



Misión Colombia envejece

Una investigación viva



Créditos >>>

Fundación Saldarriaga Concha

Calle 72 No. 7 - 64, oficina 202
Bogotá, Colombia

Soraya Montoya González

Directora ejecutiva

Misión Colombia envejece - Una investigación viva

Investigadores

Fundación Saldarriaga Concha

Soraya Montoya González
Lina María González Ballesteros
Augusto Galán Sarmiento
Lina María Aristizábal
Juan Pablo Álzate
Camila Andrea Castellanos Roncancio
Juan Camilo Celemin
Jenny Patricia Muñoz Cortés
Erika Johanna Jején Gil
Lina María Pinzón Forero
Daniel Fernando Poveda
Óscar Eduardo Gómez Cárdenas

Fedesarrollo

Luis Fernando Mejía
David Fernando Forero
Víctor Saavedra
Silvia Botello
Giancarlo Buitrago Gutiérrez
Philipp Hessel

PROESA

Victoria Eugenia Soto
Irieleth Gallo

Investigadores independientes

Andrés Casas Casas
Jerónima Sandino
José Elías Durán
Gabriel Fernando Torres Ardila
Laura Córdoba
Mariana Vázquez Ponce
Sebastián Fernández de Castro González
Nicolás León Sanabria
Paula Bueno

ISBN (ONLINE)

978-628-95980-2-5



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, Fedesarrollo, PROESA y DANE.

Cítese como:

Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE. (2023). Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva. Bogotá, D.C. Colombia. 597 páginas

Contenido

Introducción16

Referencias.....22

1 Capítulo: **Demografía y Percepciones de la Vejez23**

Contenido25

1.1. Introducción.....27

1.2. Marco Teórico28

1.2.1. Percepción de la vejez y el envejecimiento.....29

1.2.1.1. Significantes y significados de la vejez29

1.2.1.2. Cambios en la percepción del envejecimiento propio30

1.2.2. Elementos demográficos.....48

1.3. Hallazgos49

1.3.1. El envejecimiento en América Latina y el Caribe.
Aumento de la población mayor49

1.3.1.1. Razones para el envejecimiento en
Latinoamérica.....51

1.3.1.2. Transición demográfica: proceso acelerado51

1.3.1.3. Envejecimiento de la población en Latinoamérica:
un panorama heterogéneo.....53

1.4. El envejecimiento en Colombia58

1.4.1. Envejecimiento poblacional: el volumen de la
población y su distribución por edad58

1.4.1.1.	Composición etaria del crecimiento poblacional.....	61
1.4.1.2.	La distribución relativa por edad.....	65
1.4.1.3.	Etnia.....	70
1.4.1.4.	Migración.....	70
1.4.1.5.	Relación de dependencia	73
1.4.1.6.	Índice de envejecimiento.....	76
1.4.1.7.	Índice de envejecimiento y relación de dependencia por regiones y ciudades.....	77
1.4.1.8.	Envejecimiento doméstico.....	81
1.4.1.9.	Envejecimiento individual. Aumento de la expectativa de vida	90
1.4.1.10.	La feminización del envejecimiento.....	92
1.5.	Recomendaciones.....	96
1.6.	Referencias.....	97
1.7.	Siglas.....	102
1.8.	Lista de figuras.....	103
1.9.	Lista de tablas.....	105

2	Capítulo: Salud física y mental de las personas mayores.....	106
	Contenido	108
2.1.	Introducción.....	111
2.2.	Marco teórico.....	114
2.2.1.	Envejecimiento poblacional en América Latina.....	114
2.2.2.	Cambios dados por el envejecimiento normal.....	117

2.2.3.	Comorbilidades en la vejez.....	117
2.2.4.	Situación de salud de la persona mayor.....	118
2.2.4.1.	La jubilación.....	119
2.2.4.2.	Salud mental y jubilación.....	120
2.2.4.3.	Uso y costos de servicios en salud	121
2.2.4.4.	Costos de salud en la vejez	122
2.2.4.5.	Situación de los adultos mayores durante la pandemia	125
2.3.	Hallazgos	128
2.3.1.	El aseguramiento social en salud	128
2.3.1.1.	Tipo de aseguramiento	129
2.3.1.2.	Acceso a servicios de salud preventivos.....	132
2.3.1.3.	Acceso a servicios de salud ambulatorios financiados por el SGSSS.....	133
2.3.1.4.	Acceso a servicios de salud hospitalarios financiados por el SGSSS.....	134
2.3.2.	Consumo de servicios de salud de personas mayores.....	135
2.3.2.1.	Consumo de servicios de salud por individuo..	136
2.3.2.2.	Consumo de servicios de salud por enfermedad	140
2.3.3.	La enfermedad mental de personas mayores	141
2.3.3.1.	Prevalencia de síntomas de depresión.....	142
2.3.3.2.	Prevalencia de deterioro cognoscitivo leve y demencia.....	144
2.3.4.	Discapacidad en personas mayores	145
2.3.4.1.	Prevalencia de discapacidad severa	145
2.3.5.	Mortalidad en personas mayores	148
2.3.5.1.	Principales causas de muerte	149
2.3.5.2.	Tasas de mortalidad ajustadas y años de vida perdidos por región.....	151
2.3.6.	Gasto público y privado en salud.....	152
2.3.6.1.	Gasto público en salud en el régimen contributivo	153
2.3.6.2.	Gasto privado en salud.....	157

2.3.7.	Jubilación laboral, enfermedad y utilización de servicios en salud.....	159
2.3.7.1.	Fuentes de información.....	160
2.3.7.2.	Población de estudio.....	160
2.3.7.3.	Desenlaces.....	160
2.3.7.4.	Análisis estadístico.....	160
2.3.7.5.	Resultados.....	161
2.3.8.	Análisis y discusión.....	165
2.3.8.1.	Implicaciones de los resultados para el futuro del SGSSS.....	165
2.3.8.2.	Fortalezas y debilidades de este análisis.....	168
2.4.	Conclusiones.....	169
2.5.	Recomendaciones para la formulación de políticas públicas.....	169
2.5.1.	Recomendaciones estructurales del Sistema de Salud (Reforma en salud).....	169
2.5.1.1.	Fortalecimiento de la implementación de las guías de práctica clínica con el fin de promover una mejor calidad en la prestación de servicios de salud.....	169
2.5.2.	Promoción de nuevos modelos de prestación de servicios dentro del SGSSS con el objetivo de mejorar la cobertura de servicios de salud en áreas rurales y apartadas.....	170
2.6.	Recomendaciones generales.....	170
2.6.1.	Sensibilización del personal de salud y comunidad en general sobre la enfermedad mental.....	170
2.6.2.	Formación en salud y promoción del bienestar de los cuidadores.....	171
2.6.3.	Educación para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables en todo el curso de la vida.....	172
2.7.	Referencias.....	173
2.8.	Lista de figuras.....	179
2.9.	Lista de tablas.....	181

3	Capítulo:	
	Educación a lo largo de la vida	182
	Contenido	184
3.1.	Introducción.....	186
3.2.	Marco teórico.....	190
3.2.1.	Cognición, educación y edad	190
3.2.2.	Consideraciones pedagógicas y mejores prácticas en calidad educativa.....	193
3.2.2.1.	Satisfacción emocional para el proceso de aprendizaje.....	193
3.2.2.2.	Ofrecer variedad de cursos que prioricen temáticas de interés.....	193
3.2.2.3.	Ampliar la oferta de formación para el trabajo.....	194
3.2.2.4.	Considerar capacitación inicial, los conocimientos y experiencias previas, así como las diferencias en los ritmos de aprendizaje para el desarrollo de la oferta	195
3.2.2.5.	Anticiparse a las necesidades educativas futuras de la población mayor	195
3.2.2.6.	Generar métricas diferenciadas para la evaluación de personas mayores	196
3.2.2.7.	Fomentar el autoaprendizaje que permita conectar los conocimientos previamente adquiridos con los nuevos conocimientos	196
3.2.2.8.	Fomentar el aprendizaje intergeneracional	196
3.2.2.9.	La importancia creciente del internet y otros servicios digitales en la educación de las personas mayores es un área que define retos específicos en la población mayor.....	197
3.2.2.10.	Implementación de “cursos cero” para personas mayores.....	197
3.3.	Hallazgos	198
3.3.1.	Cobertura.....	198
3.3.1.1.	Nivel de escolaridad por grupos etarios	199

3.3.1.2.	Tasas de asistencia a educación formal por grupos etarios	201
3.3.1.3.	Nivel de escolaridad por territorio	203
3.3.1.4.	Nivel de escolaridad urbano-rural.....	206
3.3.1.5.	Nivel de escolaridad por género	208
3.3.1.6.	Brechas de persona mayor con discapacidad y sin discapacidad en educación.....	210
3.3.1.7.	Tasas de analfabetismo.....	213
3.3.1.8.	Logro educativo por sectores poblacionales: LGBT, campesinidad y etnia.....	217
3.3.2.	Calidad	219
3.3.2.1.	Educación para el bienestar	220
3.3.2.2.	Habilidades digitales	224
3.3.3.	Pertinencia	231
3.3.3.1.	Educación y bienestar material y productivo...231	
3.3.3.2.	La automatización como oportunidad de reconversión	236
3.3.3.3.	Oportunidades en áreas del cuidado y educación.....	240
3.4.	Conclusiones.....	243
3.5.	Recomendaciones.....	245
3.6.	Referencias.....	249
3.7.	Siglas.....	256
3.8.	Lista de figuras.....	257
3.9.	Lista de tablas.....	259

4

Capítulo:

El cuidado y los cuidadores

de las personas mayores..... 260

Contenido 262

4.1. Introducción 264

4.2. Marco teórico..... 266

4.2.1. Definición de cuidado 266

4.2.2. Definición de tipos, modelos y programas de cuidado 268

4.2.2.1. Cuidado en la vejez 268

4.2.2.2. Cuidado en el hogar y cuidado institucional..... 269

4.2.2.3. Situación de cuidado en el mundo 270

4.2.3. Modelos pequeños, enfocados en la comunidad..... 272

4.2.4. Modelos grandes, regulados a nivel estatal o regional..... 274

4.2.4.1. Modelo de Columbia Británica 274

4.2.4.2. Modelo de Arizona..... 274

4.2.4.3. Modelos en Latinoamérica..... 274

4.2.5. El cuidador de la persona mayor 275

4.2.6. Costos de cuidado..... 276

4.2.7. Cuidado y pandemia..... 277

4.3. Hallazgos 279

4.3.1. Evolución de la cohabitación de personas mayores... 279

4.3.2. Principales fuentes de cuidado de las personas mayores 286

4.3.3. Niveles de dependencia y el rol del cuidado 299

4.3.4. Perfil y características de los cuidadores 303

4.3.5. Las mujeres y el cuidado de las personas mayores ... 310

4.3.6. Necesidades que se espera satisfacer a través del cuidado provisto..... 313

4.3.7.	Del cuidado por parte de la población mayor	315
4.3.8.	Bienestar de las personas recibiendo cuidado	321
4.3.9.	Bienestar de las personas prestando cuidado.....	324
4.3.10.	Efectos derivados de la provisión de cuidado	328
4.4.	Conclusiones.....	330
4.4.1.	La gran mayoría (70%) de las personas mayores que necesitan cuidados reciben cuidado no remunerado por parte de otro miembro del hogar	331
4.4.2.	Existe una carga importante para el cuidador en Colombia.....	333
4.4.3.	Efectos de la pandemia del COVID-19 y cambios en la oferta y demanda de atención a las personas mayores en Colombia	334
4.5.	Recomendaciones.....	335
4.6.	Referencias.....	338
4.7.	Lista de figuras	343

5 Capítulo: **Protección económica a la vejez346**

Contenido	348
5.1. Introducción.....	350
5.2. Marco teórico.....	353
5.2.1. Visión macro: Trayectoria de ingreso, gasto y ahorro a lo largo de la vida.....	353
5.2.1.1. Ciclo de vida económico y la hipótesis del ingreso permanente.....	353
5.2.2. Las Cuentas Nacionales de Transferencia.....	354
5.2.2.1. Resultados de las CNT para Colombia. 2017	355

5.3. Hallazgos.....	359
5.3.1. El rol activo de las personas mayores.....	359
5.3.1.1. Ingresos activos: el mercado laboral.....	363
5.3.1.2. Participación de las personas mayores en el mercado laboral colombiano....	367
5.3.1.3. Emprendimiento	378
5.3.1.4. Efectos de la pandemia en la situación económica de las personas mayores	388
5.3.2. La protección social y los ingresos pasivos de las personas mayores	392
5.3.2.1. El sistema de protección económica para la vejez y los regímenes contributivo, semi-contributivo y no contributivo.....	392
5.3.2.2. Componente contributivo y sus dos regímenes: El RPM y el RAIS.....	395
5.3.3. Componente no contributivo: los subsidios de Colombia Mayor	405
5.3.4. Componente semi contributivo: los beneficios económicos periódicos - BEPS	410
5.3.5. Las propuestas de reforma al sistema de protección económica a la vejez	412
5.3.6. Ahorro.....	416
5.3.6.1. Instrumentos formales.....	417
5.3.6.2. Instrumentos no formales.....	418
5.3.6.3. Promoción del ahorro para el retiro en América Latina.....	420
5.4. Conclusiones.....	432
5.5. Recomendaciones.....	433
5.6. Referencias.....	443
5.7. Lista de figuras.....	446
5.8. Lista de tablas	448
5.9. Lista de mapas	449

6	Capítulo: Bienestar y participación social de las personas mayores.....	450
	Contenido	452
6.1.	Introducción.....	453
6.2.	Marco teórico.....	455
6.2.1.	Conceptualizaciones de bienestar	455
6.2.2.	Buen vivir como propuesta para el bienestar	458
6.2.3.	Buen vivir y envejecimiento en Latinoamérica	460
6.2.4.	Bienestar para la Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva.....	462
6.2.5.	Bienestar asociado a la juventud.....	462
6.2.6.	Bienestar asociado a la cognición	462
6.2.7.	Bienestar asociado al conocimiento.....	463
6.2.8.	Bienestar asociado a la educación	463
6.2.9.	Bienestar asociado al cuidado de la vida	464
6.2.10.	Bienestar asociado a la educación financiera	465
6.3.	Participación social en el envejecimiento	465
6.3.1.	La vejez no es “inactiva”, en cuidados y trabajo doméstico	469
6.4.	Hallazgos	471
6.4.1.	La satisfacción con la vida como indicador de bienestar	472
6.4.2.	La espiritualidad es bienestar y promueve la participación social.....	482
6.4.3.	Género, edad y raza: determinantes del bienestar en la vejez	488
6.4.4.	Confianza local y global.....	497
6.4.5.	Las nuevas preocupaciones del bienestar	513
6.5.	Conclusiones.....	523

6.6. Recomendaciones.....	524
6.7. Referencias.....	525
6.8. Lista de figuras.....	528

7 Metodología.....531

7.1. Descripción general.....	535
7.2. Revisión de literatura	536
7.3. Metodología cuantitativa	537
7.3.1. Selección y tamaño de la muestra.....	537
7.3.2. Criterios de inclusión y exclusión	537
7.3.3. Tratamiento de datos	537
7.3.4. Tipos de procedimientos cuantitativos.....	537
7.3.5. Fuentes de información.....	538
7.4. Metodología cualitativa	541
7.4.1. Paradigma.....	541
7.4.2. Enfoque teórico	542
7.4.3. Recolección en campo.....	543
7.4.4. Uso de programas informáticos para el análisis cualitativo	543
7.4.5. Tipo de muestreo y estrategia de muestreo	544
7.4.6. Criterios de selección.....	544
7.4.6.1. Grupos focales.....	544
7.4.6.2. Entrevistas a profundidad.....	545
7.4.7. Saturación por categorías	546
7.4.8. Saturación temática.....	546
7.4.9. Fases del análisis	548
7.4.9.1. Familiarización con los datos -información-.....	548

74.9.2.	Generación de categorías o códigos iniciales...	548
74.9.3.	Búsqueda de temas.....	548
74.9.4.	Revisión de temas.....	549
74.9.5.	Definición y denominación de temas.....	549
74.9.6.	Producción del informe final.....	549
74.9.7.	Proceso de análisis.....	550
7.4.10.	Descripción de las estrategias	550
74.10.1.	Grupos focales.....	550
74.10.2.	Definición de lugares.....	551
74.10.3.	Entrevistas a profundidad.....	552
7.5.	Cuasi experimento social gamificado	552
7.6.	Triangulaciones	556
7.6.1.	Triangulación temática.....	556
7.6.1.1.	Triangulación metodológica.....	558
7.7.	Referencias.....	560
7.9.	Anexos.....	563
7.9.1.	Anexo 1. Formulario de consentimiento informado para los participantes de los grupos focales.....	563
7.9.2.	Anexo 2. Formulario de consentimiento informado para los expertos de las entrevistas a profundidad ...	565
7.9.3.	Anexo 3. Guías de grupos focales y entrevistas.....	567
7.9.3.1.	Formato guion grupo focal personas mayores.....	567
7.9.3.2.	Formato guion entrevistas a profundidad.....	570
7.9.4.	Anexo 4. Diccionario de categorías	571
7.10.	Lista de figuras.....	576
7.11.	Lista de anexos.....	577
7.12.	Lista de tablas	578

8	Conclusiones y recomendaciones	579
8.1.	Modelo de cuidado, no podemos esperar más	581
8.2.	Trayectorias educativas a lo largo del ciclo de vida, educarse no caduca por edad.....	583
8.3.	Acceso real a la salud para todos, un determinante de calidad de vida.....	584
8.4.	Seguridad económica en la vejez, mayores y productivos.....	585
8.5.	Participación social y bienestar para un envejecimiento activo y saludable	586
8.6.	Heterogeneidad, enfoque de género, discapacidad y articulación institucional.....	587
8.7.	Recomendaciones.....	589
8.7.1.	Factibilidad.....	589
8.7.2.	Impacto sobre el bienestar	589
8.7.3.	Eficiencia	589
8.7.4.	Urgente necesidad de inmediatez en la ejecución de las recomendaciones.....	589

Introducción

ISBN (ONLINE)
978-958-53617-6-8



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NonCommercial 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, Fedesarrollo, PROESA y DANE.

Cítese como:

Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE. (2023). Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva. Bogotá, D.C. Colombia. 597 páginas



La población mundial está envejeciendo y Colombia no es la excepción, las personas mayores de 60 años son la población con mayor tasa de crecimiento en el planeta y este es el momento en la historia de la humanidad con más personas mayores. De hecho, se espera que para el 2050, por primera vez, la población mundial mayor de 60 años supere el segmento de los menores de 15 años (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2013). Además, la población mundial de personas mayores de 60 años en el 2019 fue superior a los 2 billones de personas y el 80% se encontra-

ban en países de bajo y mediano ingreso (WHO, 2016).

En la región de América Latina se han constituido perfiles de envejecimiento distintos, pero con un punto en común: el envejecimiento poblacional. Si bien América Latina solía ser una región relativamente joven, cifras recientes de las Naciones Unidas demuestran que la población mayor de 60 años en la región pasaría “de un nivel actual del 11% al 25% en un lapso de 35 años, casi la mitad de tiempo que tardó Europa en recorrer el mismo camino. Asimismo, se proyecta que el ritmo al cual la región está envejeciendo se ace-

lere aún más a partir del 2030”. (Aranco, Stampini, Ibarán, Medellín, 2018). El Banco Interamericano de Desarrollo (BID), estima que, en 2050, la proporción de adultos mayores de 60 años en la región será similar a las cifras que hoy se observan en Alemania, Holanda, Suiza, Dinamarca y otros países de Europa (Aranco, Stampini, Ibarán, Medellín, 2018).

Además, las similitudes culturales que existen en América Latina terminan por afectar la manera en la que se ve el cuidado, especialmente de las personas mayores. En efecto, el envejecimiento en América Latina influye en gran medida en la estructura de la familia, pues esta institución ha debido asumir, en gran parte, las responsabilidades de cuidar a una persona mayor, sobre todo en aquellos países en los que ni el sistema de seguridad social, ni las instituciones nacionales han logrado establecer mecanismos de protección estables para esta población. Se puede señalar que casi de forma generalizada en América Latina y el Caribe “se ha dejado que las familias resuelvan el problema de la protección de los adultos mayores por sí mismas, a través de estrategias de solidaridad intergeneracional que implican una redefinición de la pertenencia a los hogares. Es decir, las familias han asumido la responsabilidad por la asistencia económica y el cuidado de los adultos mayores mientras el Esta-

do y las organizaciones de la sociedad civil han jugado un rol secundario” (Sunkel, 2006).

Sumado a lo anterior, la región se caracteriza por no tener políticas de cuidado bien definidas, a excepción de unos cuantos países. El tema de cuidado o independencia de las personas de la tercera edad no aparece con mucha frecuencia en la agenda pública y cuando aparece no está soportada en instituciones robustas y lo suficientemente fortalecidas para pasar a ser la primera opción de cuidado para la población envejeciente y por consiguiente desplazar la institución de la familia a un segundo plano. A esto se suma que las políticas públicas para personas mayores suelen depender del gobierno de turno porque no son políticas de Estado: es decir, si un gobierno logra avances en este tema, es posible que una nueva administración decida posponer la discusión de las condiciones del envejecimiento y las vejeces, lo que en últimas estanca el acceso de las personas mayores a sus derechos.

También se presenta de manera generalizada en la región una prevalencia del enfoque de políticas en aseguramiento y pensiones sobre otras encaminadas hacia el cuidado o la independencia de las personas mayores. Este enfoque señala las crisis en el sistema de salud o pensional, que si bien han venido disminuyendo,

para darle paso a un enfoque más humanitario y menos financiero, es común que en regiones como África o América Latina, “las políticas se sustenten sobre la base de que las redes privadas -comunidades, familia- pueden asumir el cuidado de las personas mayores, sin prestar atención a las limitaciones de los cuidadores (muchos de ellos mujeres) y a los impactos en la calidad del cuidado no remunerado, en el ingreso de las familias cuidadoras, en la salud y el futuro empleo de los cuidadores” (Huenchuan, Rodríguez, 2015).

Si bien ya se han expuesto algunas de las similitudes de la región, las diferencias resultan ser importantes, pues ¿cómo se podría explicar que países como Chile, Brasil o Costa Rica tengan condiciones más garantistas para los mayores, en contraste con República Dominicana, Nicaragua o Colombia? Autores como Huenchuan, (2016) aseguran que la gran diferencia yace en las instituciones y normas creadas por el Estado para materializar los derechos de las personas viejas, derechos que son reiterados por los estados a través de la firma y ratificación de compromisos o lineamientos internacionales; de manera que no parece ser casualidad que aquellos países que cuentan con instituciones lo suficientemente robustas, y garantistas de los derechos de las personas mayores tengan mejores políticas dirigidas a ellos. “Por ejemplo, en

la Argentina el paradigma de los derechos humanos tiene una amplia data en el repertorio de los asuntos de la vejez, y ha inspirado no solo las políticas y programas hacia las personas mayores, sino también la imagen que tiene la sociedad respecto de la situación deseable para este grupo social. En el caso del Uruguay, la misión de los mayores es difundir en la sociedad y el resto del aparato de Estado esta mirada sobre el envejecimiento y la vejez en un nivel distinto, y tiene un enorme potencial.” (Huenchuan, 2016).

Países como Argentina, Costa Rica, Cuba y México si bien no fueron los primeros en la creación de instituciones públicas orientadas a las personas mayores en la región, abordaron los asuntos del envejecimiento con nombres y funciones no exclusivas de este grupo poblacional, pero fueron pioneros en incluir a las personas de la tercera edad en la agenda pública de una u otra forma (Huenchuan, 2016). La creación de normas e instituciones que garanticen la protección de las personas mayores influyen de diversas formas en los niveles socioeconómicos de la tercera edad, en los diferentes países. Por ejemplo, al evaluar los países que tienen mayor cobertura en pensiones contributivas y no contributivas, se observa que existe una relación proporcional frente a los niveles de pobreza de los mismos; de manera que “los países con niveles

elevados de cobertura del sistema de seguridad social son, en general, aquellos con menores niveles de pobreza entre la población mayor” (Aranco, Stampini, Ibarrán, Medellín, 2018).

Con lo anterior, se evidencia que hay avances en la institucionalidad en términos de asegurar los derechos de las personas mayores en países como Uruguay, Chile, Argentina y Costa Rica y que llevan la delantera frente a los demás países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, la conformación de instituciones formales apoyadas por el Estado y basadas en la protección de las personas mayores aún tiene un camino largo por transitar en la región; no es suficiente la constitución de instituciones para lograr garantizar el goce pleno de los derechos de las personas de la tercera edad. Por su parte, el Estado colombiano en septiembre del 2022 ratificó la “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, la cual fue adoptada en Washington el 15 de junio de 2015 por la Organización de los Estados Americanos (OEA). Así el país sigue avanzando en el logro de la promoción, protección y aseguramiento del goce de los derechos en condiciones de igualdad para las personas mayores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Pero esta no es la primera vez que nos preguntamos por las condiciones del en-

vejecimiento y las vejeces en Colombia. En 2015 presentamos el documento **Misión Colombia Envejece - cifras, retos y recomendaciones**, y no hay duda de sus resultados. En efecto, ha sido referente metodológico de otras Misiones en Colombia y otros países; referente técnico de evaluaciones de vejez y envejecimiento en Colombia y Latinoamérica; referente para el desarrollo e implementación de acciones en políticas regionales; referente en acciones de la Procuraduría General de la Nación, en evaluaciones y programas de la Defensoría del Pueblo y referente de datos para el Departamento Nacional de Planeación. Fue el documento base en la firma y adhesión de la Convención Interamericana sobre protección de los derechos humanos de las personas mayores por parte del Estado colombiano. Además de haber contribuido en la definición de modelos de cuidado territoriales, ha puesto el tema de las vejeces y el envejecimiento en la agenda pública. En Google se encuentran 2.350 resultados de búsquedas específicas de la Misión Colombia Envejece 2015 e incluye el documento de la investigación en varios portales y repositorios, noticias en medios de comunicación, artículos especializados y académicos, entre otros.

En concordancia, especialmente después de la pandemia por COVID-19, parece pertinente y urgente re-pensar: el

envejecimiento y las vejeces en nuestro país; las necesidades emergentes y urgentes de atención; el nuevo censo que proporciona datos sobre la transición demográfica; y nuestro Índice de Inclusión Multidimensional que arroja información importante sobre las personas mayores en Colombia. Es en este contexto donde se despliega la **Misión Colombia Envejece -Una Investigación Viva**, no solo como una actualización de la **Misión Colombia Envejece - cifras, retos y recomendaciones** -que cumple 7 años-, sino también, como una oportunidad de poner formas novedosas y temas coyunturales en la agenda del país -y posiblemente de Latinoamérica y el Caribe-.

Así pues, esta investigación plantea nuevas miradas y oportunidades del envejecimiento y las vejeces en la sociedad colombiana, desde un enfoque positivo y holístico que permite modificar los imaginarios y aprovechar las potencialidades de las personas mayores en el desarrollo del país. Específicamente, esta Misión se pregunta por los nuevos retos para Colombia en aspectos como la comprensión de la transición demográfica, la salud física y mental, la educación a lo largo de la vida, la protección económica en la vejez, el cuidado y los cuidadores y el bienestar y la participación social, este último como eje transversal de la investigación. Asimismo, plantea propuestas y recomendacio-

nes concretas y posibles en cada uno de los temas y alternativas para su adecuada implementación. La **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva** es una fuente dinámica y diversa para la construcción de políticas públicas y programas que reconocen en el estar-bien un eje transversal para articular los factores endógenos y exógenos de los individuos, es la inspiración para disminuir la brecha de exclusión que viven las personas mayores en la actualidad y las que están en el curso del envejecimiento.

Referencias



Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. CEPAL - ECLAC (Vol. 21). http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7157/S01121061_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Aranco, N.; Stampini, M.; Ibararán, P.; Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo.

Huenchuan S., Rodríguez R. (2015). Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México. Diagnóstico y lineamientos de política. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Huenchuan, S. (2016). Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos. Naciones Unidas.

Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Minsalud celebra ratificación de la Convención Interamericana para la Protección de las Personas Mayores. Consultado el 10 de octubre de 2022 en:

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-celebra-ratificacion-de-la-Convencion-Interamericana-para-la-Proteccion-de-las-Personas-Mayores.aspx>

Rico M.; Robles C. (2016). Políticas de cuidado en América Latina. Forjando la igualdad. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Sunkel, G. (2006). El papel de la familia en la protección social en América Latina. Santiago de Chile. Naciones Unidas.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, P. D. (2013). World Population Ageing. United Nations. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>

WHO (2016). Envejecimiento. Consultado el 4 de abril de 2022 de https://www.who.int/es/health-topics/ageing#tab=tab_1



1

Capítulo:
**Demografía y
Percepciones
de la Vejez**

1 Capítulo: Demografía y Percepciones de la Vejez

Autores >>>

- > Victoria Eugenia Soto
- > Irieleth Gallo
- > Camila Andrea Castellanos Roncancio
- > Nicolás León Sanabria
- > Erika Johanna Jején
- > Lina María Pinzón Forero
- > Lina María González Ballesteros

ISBN (ONLINE)

978-958-53617-8-2



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, Fedesarrollo, PROESA y DANE.

Cítese como:

Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE. (2023).
Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva. Bogotá, D.C.
Colombia. 597 páginas

Contenido

Capítulo:	
Demografía y Percepciones de la Vejez.....	23
Contenido	25
1.1. Introducción.....	27
1.2. Marco Teórico.....	28
1.2.1. Percepción de la vejez y el envejecimiento.....	29
1.2.1.1. Significantes y significados de la vejez.....	29
1.2.1.2. Cambios en la percepción del envejecimiento propio.....	30
1.2.2. Elementos demográficos.....	48
1.3. Hallazgos	49
1.3.1. El envejecimiento en América Latina y el Caribe. Aumento de la población mayor	49
1.3.1.1. Razones para el envejecimiento en Latinoamérica.....	51
1.3.1.2. Transición demográfica: proceso acelerado.....	51
1.3.1.3. Envejecimiento de la población en Latinoamérica: un panorama heterogéneo.....	53
1.4. El envejecimiento en Colombia	58
1.4.1. Envejecimiento poblacional: el volumen de la población y su distribución por edad.....	58
1.4.1.1. Composición etaria del crecimiento poblacional.....	61
1.4.1.2. La distribución relativa por edad.....	65
1.4.1.3. Etnia.....	70
1.4.1.4. Migración.....	70
1.4.1.5. Relación de dependencia	73
1.4.1.6. Índice de envejecimiento.....	76

1.4.1.7.	Índice de envejecimiento y relación de dependencia por regiones y ciudades.....	77
1.4.1.8.	Envejecimiento doméstico.....	81
1.4.1.9.	Envejecimiento individual. Aumento de la expectativa de vida	90
1.4.1.10.	La feminización del envejecimiento.....	92
1.5.	Recomendaciones.....	96
1.6.	Referencias.....	97
1.7.	Siglas.....	102
1.8.	Lista de figuras	103
1.9.	Lista de tablas.....	105



1.1. Introducción



El envejecimiento es un fenómeno global (Powell & Khan, 2013). La población mayor de 60 años ha presentado un crecimiento sin precedentes, al mismo tiempo que disminuye la población menor de 15 años. La transición demográfica, explicada por menores tasas de fecundidad y mortalidad han contribuido significativamente a los procesos de envejecimiento (Bloom & Luca, 2016). Asimismo, el creci-

miento de la población mayor de 60 años se caracteriza por ser un proceso heterogéneo en los diferentes países del mundo, porque responde a factores sociales, culturales y económicos particulares (Pew Research Center, 2014).

Al igual que sucede en los otros países, Colombia está presente en la senda de envejecimiento y ya se ubica en etapas moderadamente avanzadas del enve-

jecimiento de su población (Huenchuan, Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos, 2018). Los procesos de envejecimiento difieren al interior del país, destacando algunas regiones más envejecidas que otras. Lo anterior, implica retos en términos de política pública para atender a las necesidades de protección social, salud, pensiones, cuidado, educación y bienestar de las personas mayores, todo esto en el marco del envejecimiento activo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002).

Por lo anterior, reconocer las percepciones de la vejez en el país, permite trabajar sobre las nociones negativas y positivas vinculadas al proceso de envejecimiento (Beyene, Becker, & Mayen, 2002) e identificar las oportunidades en el cambio de la percepción en este momento del curso de vida (Bowling, 2008). Además, posibilita generar acciones para el envejecimiento activo y saludable de la población en Colombia, en medio de la transición demográfica. El presente capítulo tiene como objetivo analizar la evolución de la población colombiana en el periodo 1985-2070, diferenciando los cambios demográficos a nivel agregado, hogar e individual, así como abordar la percepción frente al envejecimiento de la población colombiana.

1.2. Marco Teórico



El envejecimiento es un proceso complejo que involucra diversas aproximaciones: biológica y fisiológica, antropológica y sociocultural (Fedesarrollo; Fundación Saldarriaga Concha, 2015). Biológicamente, el envejecimiento se da por la acumulación de múltiples y diversos daños moleculares y celulares que generan el descenso gradual en las capacidades del individuo, aumentan la vulnerabilidad a la enfermedad y propician la muerte. Los cambios no son iguales ni tienen un patrón lineal entre los individuos, dependen de factores biológicos, genéticos, contextuales, sociales, económicos, entre otros; estos cambios se asocian a hitos vitales y a transiciones de la sociedad y de las comunidades. (WHO, 2021). Asimismo, el paso de los años, desde la perspectiva biológica y fisiológica, guarda una estrecha relación con los cambios en el cuerpo y la pérdida de capacidades funcionales (Huenchuan, 2013).

Las aproximaciones antropológicas y socioculturales demuestran que el envejecimiento es una construcción social moldeado por las normas y factores culturales propios de cada sociedad (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha,

2015), en consecuencia, la definición de envejecimiento no es estándar. Un ejemplo de ello es la heterogeneidad del significado, persona mayor, según cada grupo étnico (Huenchuan, 2013).

Así, el marco conceptual que guía este capítulo, explora la percepción de las vejeces y el significado del envejecimiento, a partir de elementos individuales, sociales y culturales; además, presenta los elementos del dominio demográfico que permiten entender las tendencias analizadas en los procesos de envejecimiento a nivel poblacional.

1.2.1. Percepción de la vejez y el envejecimiento

1.2.1.1. Significantes y significados de la vejez

El envejecimiento y la vejez son afectados, no solo por el componente biológico, sino también por los componentes sociales, políticos y culturales, que están presentes en los diversos procesos y momentos del curso de vida. Tal como lo refiere Cardona y Peláez (2012), la imagen de la vejez tiene un componente psicosocial relacionado con el estereotipo actual de bienestar que está dirigido hacia la juventud. “Nadie quiere llegar a viejo, porque se aleja de la juventud y se acerca a la muerte; se carga con el estigma social, y por eso debe alejarse de la sociedad,

aislarse de los cuerpos perfectos, pues la vejez se convierte en una enfermedad incurable”. (Cardona y Peláez, 2012, p. 336).

Son diversos los estudios que presentan los estereotipos, positivos o no, frente a las personas mayores. En común, la variedad de significados socava el desempeño del viejo en distintas áreas, en particular, modifican su autopercepción y la percepción social, frente a su vivencia de la vejez. Esto último ha abierto discusiones alrededor de ¿qué tanto, el deterioro cognitivo de una persona mayor, puede estar influenciado por un contexto social negativo? De hecho, una vez que es evidente la evolución y respuesta cognitiva de las personas mayores, en contextos sociales que logran la protección para estos individuos.

Son variados los elementos que entran en juego en la percepción de la vejez: género, estatus socioeconómico, etnia, cultura, religión; matizan los estereotipos implícitos y explícitos e impactan en los resultados sociales y en el funcionamiento de las personas mayores (Carstensen & Hartel, 2006).

Los significados de la vejez impactan de forma directa la manera en que las poblaciones que están envejeciendo, se refieren a ella. La percepción de la vejez involucra distintos significados para identificar cómo las personas (viejas o no) ven la vejez. Arias (2006) define la percepción como “una

parte esencial de la conciencia, es la parte que consta de hechos intratables y, por tanto, constituye la realidad como es experimentada. (...) La percepción puede entonces definirse como el resultado del procesamiento de información que consta de estimulaciones a receptores en condiciones que en cada caso se deben parcialmente a la propia actividad del sujeto”. (Arias, 2006, p. 10).

La percepción se da gracias a la interacción de los elementos biológicos y con el mundo físico. La percepción, según lo relata Oviedo (2004), no está sometida a la información proveniente de los órganos sensoriales, sino que se encarga de regular y modular la sensorialidad. Es decir, la percepción se compone de las estructuras de significado que dan orden a los datos que recibe de la realidad. Las estructuras de significado son individuales y dependen del contexto, la cultura y la sociedad y son vulnerables a la modificación y a la influencia (Oviedo, 2004).

1.2.1.2. Cambios en la percepción del envejecimiento propio

Como parte del proceso de envejecimiento, es natural encontrar variaciones en la percepción de sí mismo, conforme avancen los años y aparezcan cambios a nivel corporal y psíquico. Para evaluar la evolución de la percepción propia desde un punto de vista integral Diehl et al. (2021),

propone un estudio que evalúa tres pilares fundamentales de la percepción sobre el envejecimiento individual: las pérdidas físicas, las pérdidas sociales y el desarrollo personal. La investigación se realiza a lo largo de una cohorte de hasta 21 años; con una muestra representativa de Alemania, evaluada por medio de modelos de regresión logística.

Algunos de los hallazgos principales del estudio muestran que a partir de los 65 años la autopercepción de pérdidas sociales y físicas tiende a aumentar de forma proporcional con la edad hasta los 80 años, en donde la pendiente se vuelve más pronunciada. Sin embargo, en el componente de desarrollo personal se observa una tendencia opuesta a la descrita anteriormente, ya que, a partir de los 55 años esta tiende a ir decreciendo progresivamente hasta los 70 años en donde el ritmo de caída aumenta de forma irremediable (Diehl et al., 2021). Como explicación se sugiere que el aumento en las pérdidas físicas y sociales se relaciona con la normativa alemana que define los 65 años como la edad de retiro obligatorio y de postulación a la pensión (Diehl et al., 2021).

Lo anterior, permite demostrar la correlación entre el medio sociocultural del individuo y la percepción de sí mismo como ha sido descrito por diversos investigadores, quienes afirman que la población general tiende a vincular la edad de retiro con el ini-

cio de la vejez (Diehl et al., 2021). Adicionalmente, cabe señalar que la aceleración de esta tendencia a partir de los 80 años permite dilucidar que la vulnerabilidad en esta población la hace candidata a implementar intervenciones en salud y redes de apoyo con un enfoque de riesgo. En cambio, en lo que se respecta al desarrollo personal se explica que a partir de los 55 años las expectativas laborales se ven perjudicadas ya que el individuo percibe que algunas de sus metas ya no son realizables o que ya no dispone de las oportunidades de las que antes estaba rodeado (Diehl et al., 2021). Adicionalmente, se presenta que esta toma de conciencia por parte del individuo puede derivar de experiencias propias del final de la mediana edad como, por ejemplo, ser tratado como el empleado más viejo del lugar de trabajo o, incluso, experiencias de discriminación relacionadas con estereotipos de la edad.

Sin embargo, ¿sobre qué factores ejerce su influencia la percepción sobre el envejecimiento propio? Y, ¿por qué es importante conocer su trayectoria a lo largo del curso de vida? Las respuestas a estos dos interrogantes se presentan en el estudio de Shrira, et. al. (2019) llevado a cabo en Irán, demuestra que, desde un estado físico basal, la percepción del envejecimiento propio funciona como un predictor de la función física reportada y no viceversa (Shrira, et. al., 2019). Esto quiere decir que,

los individuos con una percepción positiva de su envejecimiento tendrán una función física reportada más alta en un periodo de 2 años (Shrira, et. al., 2019). La razón detrás de esta relación entre el componente psicológico y físico del envejecimiento radica en que quienes tienen una mejor percepción propia asimilan más comportamientos preventivos en salud (Shrira, et. al., 2019).

Adicionalmente, Shrira, et. al. (2019) incluyen un concepto que afecta de forma directa la relación entre la percepción del envejecimiento propio y la función física reportada: la autoeficacia. Esta se define como la confianza que tiene el individuo en su capacidad para ejecutar acciones direccionadas a conseguir un propósito. De la misma manera, es una cualidad que permite afrontar la adversidad ante los obstáculos que se puedan presentar en el camino para alcanzar la meta propuesta (Shrira, et. al., 2019). De hecho, se sostiene que aquellos individuos con una mayor confianza en su autoeficacia desarrollan más mecanismos de afrontamiento para mantener su función física (Shrira, et. al., 2019). Por ende, la autoeficacia puede ser un recurso motivacional en la población mayor para adquirir y utilizar patrones de afrontamiento durante el proceso de envejecer para mantener al máximo los beneficios de una percepción del envejecimiento propia positiva.

Como se mencionó anteriormente el envejecimiento no tiene un patrón lineal, no es igual para todos los individuos, porque depende de su contexto biológico, social, económico, cultural, etc. Además, se reconocen

diferentes procesos de envejecimiento: social, familiar e individual. En cuanto al envejecimiento individual, los entrevistados identifican pérdidas físicas como el deterioro de su salud física y mental:

“Me siento ya en este momento, digamos, envejecida, porque uno siente que ya el cuerpo ha perdido fuerza; la misma capacidad mental, pues, de hecho, no es la misma, eh, o sea, uno va de hecho perdiendo mucha facultad en todos los aspectos”.

(Grupo Focal -GF-, mujeres mayores de 60 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

“(...) yo viví el cáncer de próstata, sobreviví a eso (...) con muy buenos resultados. Después ya de que empezó esas radioterapias, siempre trae efectos secundarios muy fuertes, ya después de eso (...) Hace un año me dio una acidez de cerebro muscular que me paralizó todo este lado derecho del cuerpo; ahí estoy en ese proceso de recuperación. También he salido adelante muy bien, a pesar de que fue tan difícil la enfermedad, que en este momento estoy en cuidado paliativos (...) voy para 82 y sigo teniendo una vida muy activa a pesar de las dificultades en salud”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 3 y 4, Manizales).

“Yo no les puedo decir que tenga muy buena salud, porque no puedo caminar muy ligero, me siento desesperada por no poder caminar bien, por no poder caminar ligero. Sí camino, pero muy poquito. Tengo que, para subirme a un carro, subirme despacio, volver a bajarme y así sucesivamente”.

(GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

“Una persona mayor es alguien que sufre de cansancio, enfermedades, ya uno se siente como flojo, ya uno no siente los mismos ánimos que tenía antes, a pesar de que tiene su mentalidad... Por ejemplo, yo me siento bien, me siento viva, pero ya tengo muchas enfermedades, sufro de azúcar, de digestión, de colesterol, de gastritis. Me siento bien a pesar de todo, pero no tengo ánimos”.

(GF, mujeres mayores de 60 años, Quibdó).

Cuando se envejece, para la persona es importante su capacidad de ejecutar acciones direccionadas a conseguir un propósito, es decir, poder valerse por sí misma. Ser auto eficaz influye en la percepción que tiene el individuo respecto a su envejecimiento y función física, así lo evidencian algunas de las siguientes afirmaciones:

“Porque soy independiente y puedo hacer mis cosas, sí, pues eso para mí...yo me siento feliz porque es una oportunidad que Dios le da a uno y doy gracias a Dios. Cada paso que doy, digo: ¡gracias papito lindo porque me das licencia de no estar independizado de otra persona! Como que necesito reclamar un medicamento..., entonces: - ¿usted va y me lo reclama? -. No, no, nada de eso, yo todavía hago mis cosas. Entonces eso para mí es una felicidad”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Bogotá).

“Que nos podamos mover, que podamos hablar, que podamos expresar nuestras cosas, todas esas, todos esos puntos son importantes (...) que una persona se pueda desplazar, que pueda caminar, que tenga todavía un poquito de memoria, que pueda comer bien”.

(GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Manizales).

“En mi caso me siento con todas las facultades mentales y físicas, porque puedo caminar, puedo bailar, hacer ejercicio, salir y tengo mis facultades mentales muy activas; porque quizá mi trabajo hizo también que fuera muy dinámica, porque se trabajaba mucho. Entonces me gusta leer mucho (...) y yo pienso que eso ayuda”.

(GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

A partir de lo anterior, un buen envejecimiento se encuentra estrechamente relacionado con la funcionalidad que el individuo percibe de sí mismo. El significado de su funcionalidad está ligado al bienestar de la autosuficiencia porque:

“Con el mayor tiempo posible en que yo pueda ser autónomo y funcional, y, sobre todo (...) que esa autonomía y esa funcionalidad; me permita a mí como ser humano, como anciano, como joven, hacer lo que más me gusta, y ahí es donde yo veo bienestar”.

(Entrevista a Profundidad -EP-, experto n°2 de Cuidado y cuidadores).

En las entrevistas grupales, la funcionalidad, es sinónimo de buena salud y vejez, porque le permite a la persona, ser y hacer lo que es importante para ella, tener la capacidad de pensar y tomar decisiones por sí misma:

“Soy paciente diabética, para mí tener buena salud es poder moverme, poder hacer; así, digamos que es la glicerina se suba un poquito, o se baje un poquito, tener la capacidad de poder seguir activa, trabajando, para mí eso es salud. No tiene que ser perfecto, sino que uno pueda: moverse, hablar, comunicarse, tener su cerebro pues conectado, tener, sí, todos los sentidos, los 5 sentidos activos. Y sobre todo salud, ganas de seguir, de hacer las cosas”.

(GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

“Tener buena salud es estar funcional, ser productivo, sentirme bien en mi diario, con trabajo, con mis amigos, con mi familia. Entonces, a pesar de que tengo unas condiciones de salud de base, yo siento que tengo una buena salud porque funciono bien, para mí”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional, estratos 5 y 6, Manizales).

Asimismo, para que una persona tenga bienestar y viva bien, no solo supone la autoeficacia y la funcionalidad, como se evidenció en los testimonios anteriores, sino además y de manera implícita, también se refieren al acceso de sus derechos:

“Implica un montón de cosas: implica acceso a la vivienda, eso implica una condición económica adecuada que suple a tus necesidades básicas, un acceso a buena alimentación, un acceso a buenos servicios básicos, una facilidad para tener contacto familiar, una buena condición de salud, acceso a salud, acceso a medicamentos, o sea, la salud integral”.

(EP, experto n°1 de Bienestar y participación social).

El bienestar es integral y es multidimensional porque involucra no sólo acciones de autocuidado, sino también acciones por parte de la familia y el Estado; de hecho, cuando se logra esta integralidad, influye en la percepción positiva propia y social del envejecimiento:

“Tener una calidad de vida digna, es tener acceso a una educación, a un trabajo, a un tema de salud. Considero que esa palabra salud es un tema integral: el bienestar del ser humano, no solo debe ser medido como tema de mi estado físico, como cuerpo, de que si me duele algo voy y lo trato, no; si no es la integridad de todo lo que te une como ser humano y que tienes derecho a tener para garantizar una vida digna. Entonces para mí, ese tema de tener una buena salud, es garantizar los diferentes aspectos de tu vida: físicos, mentales, sociales, económicos”.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 1 y 2, Bogotá).

“(…) yo por ejemplo llevo ya 30 años de jubilado, entonces, mire que la tranquilidad es muy buena, le va uno prácticamente muy bien, que, pues de todas maneras uno tiene su cuentica y tiene todo, pues, para uno vivir la vida eso es estar muy tranquilo”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 3 y 4, Manizales).

“Es tener tranquilidad, tener una buena higiene, porque (…) vivir en malas condiciones enferma, porque si nosotros estamos acostados donde hay mosquitos y que la persona no pueda poner un toldo o si no hay una adecuada vivienda, uno se enferma: porque está estresado, porque siempre está pensando en cómo vivo, cómo voy a mejorar (…) que no le duela nada a uno, que uno se levante, así, como sabrosito, sin dolores”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional, Quibdó).

“Tener garantizado un acceso a un sistema de salud que te garantice la prevención, la atención y en última medida, pues cualquier tratamiento. Que te garantice poder vivir en unas condiciones mínimas de estabilidad, de desarrollarte como persona en algunas actividades mínimas”.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

De igual forma, la percepción del envejecimiento propio implica tanto la participación de la persona en la comunidad, así como, las relaciones sociales que establece, lo que contribuye a su bienestar y satisfacción:

“Cuando ya vamos envejeciendo, también tenemos que pensar que no sólo es tener un buen estado de salud o de pronto tener una muy buena pensión, y, sino también como haber cultivado unas buenas relaciones con la familia, con las personas que nos rodean., estar en paz con la vida; porque de nada me va a servir, tener todo lo material y lo físico, si voy a estar solo, si no voy a tener quién me acompañe o quién me cuida. Entonces, empezar a cultivar desde ahora... como ese amor por las demás personas, para que en el momento en que uno necesite, también lo acompañen en ese aspecto”.

(GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

“Yo estaba satisfecho de mi vida y quería vivir, pero ya no quiero vivir en estos momentos (...) no me siento bien hablando de la familia, ¿por qué?, porque no tengo familia. O tengo familia y es como si no tuviera nada. Yo tengo hijos, tengo mujer, pero no sé nada de ellos y ni quiero saber nada. Entonces, yo no quiero hablar de nada de mi pasado, porque si hablaría de mi pasado, tendría que pasar por el lugar, y por ese lugar, no quiero volver a pasar. Lo quiero tener olvidado. Únicamente hoy en día quiero es disfrutar lo que estoy viviendo, no más. No me interesa el pasado, esperemos a ver qué llega mañana”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Manizales).

Para afrontar los cambios a causa de la pandemia, las relaciones sociales para la mayoría fueron vitales: daban y recibían apoyo porque reconocían los retos y dificultades por las consecuencias del COVID-19:

“Yo realmente trabajaba en una fundación, era coordinadora de la fundación y más que afectarme, me enriqueció porque nosotros ayudábamos a los adultos mayores, pues, en el tema de mercados. Entonces la fundación hizo muchas solicitudes a otras instituciones en Bogotá, y nos regalaron, pues nos dieron donaciones y nosotros mejor dicho nos dotábamos camioneta y nos íbamos a repartir mercado a todos los adultos, a los barrios”.

(GF, hombres y mujeres intergeneracional, estratos 3 y 4, Manizales).

“Pues se siente uno muy contento también porque a través de ese COVID, aprendimos a convivir y aceptar las otras personas, a darnos cuenta qué importante era estar en familia y qué importante eran la familia para nosotros ante una enfermedad de esas y ante a lo que estábamos viviendo a nivel mundial y hay mucho acercamiento con la familia porque (...) se sentía la necesidad de convivir y de estar en familia”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional, Quibdó).

“Yo tengo un grupo de amigos que casi nunca nos vemos, pero siempre estamos como en contacto (...) ese grupo durante la pandemia ya se volvió como grupo de dolencias y penas, y de todos contando sus historias tristes y por lo que están pasando. Entonces como creo que ese es el apoyo, ahí de la comunidad: como que los mismos amigos de uno contando sus chistes, sus penas, pero también ayudándolo a uno, como a salir de las propias”.

(GF, hombres y mujeres intergeneracional, estratos 3 y 4, Bogotá).

Envejecer en la pandemia para unas personas fue difícil y para otras no presentó ninguna dificultad relevante, porque como se mencionó anteriormente, el bienestar y la calidad de vida son subjetivas, sin embargo, hay convergencias. Es así como la pandemia fue difícil para los que experimentaron: miedo, estrés, preocupación e incertidumbre; problemas de salud o desempleo; pérdidas sociales, que, en suma, acrecentaron los sentimientos de soledad y vulnerabilidad:

“Lo que pasa es que yo la pandemia la viví fue como una soledad, porque uno no tenía a los seres queridos al lado, como yo estoy viviendo sólo con mi esposa, los hijos nunca estuvieron a mi lado, eso fue para mí lo que significa la pandemia, una soledad. Y había que saber vivir bien para no caer en una zona algo monótono y eso conlleva a que uno mentalmente se afecte, porque uno no está dado para estar solo, uno siempre necesita la compañía de alguien”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

“Porque murió mucha gente conocida, mucha gente que uno quería, y cuando uno iba a preguntar lo habían enterrado, eso a mí no me dejaba dormir. A mí me daba un desespero de pensar a qué hora se muere alguien de mi familia y yo no lo vuelvo a ver, entonces eso me mantenía con una zozobra, con un desespero, era una cosa que me afectó; también en el trabajo, yo trabajaba y me sacaron del trabajo, me tocaba duro entonces eso me afectó”.

(GF, hombres y mujeres intergeneracional, Quibdó).

Sin embargo, para otras personas envejecer en pandemia no implicó un gran problema, aunque sintieron el temor y la angustia de contagiarse y/o contagiar a sus seres queridos. Ellos en el confinamiento compartieron más tiempo en familia y generaron espacios de resiliencia frente a los cambios por el COVID-19:

“Yo sí vi que sí hubo un efecto depresivo y de incertidumbre generalizada. Cada quien como que trató de manejar a su mejor manera este tema de encierro. Para mí no fue tan terrible quedarme encerrada. De hecho, yo sigo encerrada por gusto, no porque tenga sino porque me gusta estar en la casa (...) pues yo me encerré mucho porque, pues, al principio uno no sabía para dónde iba eso, sí. Le daba a uno susto asomar la nariz a la ventana. Pero de hecho yo busqué hacer ejercicio desde casa, a mí me gusta hacer pilates”.

(GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

“Pues, a mí no me afectó nada porque en este tiempo pude compartir más con mi familia y algunos amigos. Entonces, para mí fue un año bien, a pesar de la pandemia, fue bien. O sea, yo estuve con mi familia, entonces pude compartir más tiempo con ellos, socializar con amigos que hacía mucho tiempo no veía y todo”.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años n°2, Quibdó).

Además, una de las poblaciones más afectada en pandemia fueron las personas mayores por el confinamiento:

“En primera medida, pues el riesgo que tenían para la vida, (...) de una manera alarmante fue el grupo poblacional más afectado. La mayor tasa de mortalidad estuvo en personas mayores y pues, obviamente, eso afecta a nivel emocional de muchas formas. Entonces el hecho de sentirse en riesgo por la edad, solamente por el factor edad ya implica una angustia adicional al tema de la pandemia”.

(EP, experto n°1 de Bienestar y participación social).

Las personas mayores requirieron más cuidados por parte de sus seres queridos y de los profesionales y entidades prestadoras de salud, sin embargo, hubo una afectación en el bienestar emocional y físico, porque algunos tuvieron que estar alejados de sus seres queridos:

“Muchos no vieron a sus hijos o a sus nietos por protección y por el riesgo que implicaba el contacto físico, pero, pues efectivamente esto tiene una repercusión en mi salud mental y en cómo me relaciono con los seres que amo; estar alejados de ellos... Hay una afectación psicológica grande, el hecho de que se mueran personas contemporáneas, el hecho del duelo, la muerte, el sobrellevar esa situación, en unas situaciones tan particulares como que no puedes hacer un duelo”.

(EP, experto n°1 de Bienestar y participación social).

En las entrevistas grupales se evidenciaron experiencias de personas mayores que reconocen las dificultades mencionadas anteriormente. Cabe destacar que algunos manifestaron deterioro en su salud o en la de sus seres queridos, a causa de la pandemia:

“El relativo deterioro de la capacidad de hacer cosas, generado por el tema necesario del desgaste físico del cuerpo. Los riesgos, además, que surgieron durante la pandemia acrecentaron de pronto los temores relativos, injustificados muchas veces, alrededor de la salud; lo cual fue una complicación sustancial, lo cual algunos tuvimos más preocupaciones y perturbaciones psicológicas que físicas; por el tema del miedo, de involucrarse en algún tema de contaminación cruza por el tema de la pandemia, lo cual acrecentó el miedo al asunto”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

“Yo tengo mi abuelo de 96 años, era muy funcional, dentro de lo que cabe, y yo noto que con todo el cuento de la pandemia (...) implicó una cantidad de cosas que lo llevaron a perder mucha actividad sensorial, y que eso se viera reflejado en las condiciones. Es una persona dependiente, que necesita cuidado todo el tiempo. Y creo que eso seguramente se iba a dar, pero se vio más acelerado por la situación de la pandemia”.

(GF, hombres y mujeres intergeneracional, estratos 5 y 6, Manizales).

Es importante conocer el significado de ser una persona mayor, porque no solo permite comprender la percepción que se tiene de las personas mayores, sino, además, los estereotipos y las expectativas con relación a la vejez. En los grupos focales los participantes identificaron que una persona mayor significa: una persona de edad, con experiencia, sabiduría y respeto; pese a que en la vejez presentan alguna comorbilidad, son personas que tienen ganas de vivir:

“Una persona que ha vivido y tiene experiencia y que comienza a tener menos capacidades físicas que cuando era joven, es lo que uno empieza a sentir en la vejez, todos los achaques, que uno llama, pero, sin embargo, que ha vivido la vida y tiene experiencia y pues que ya está como los carros viejos, tiene que cada rato estar reparando la maquinaria”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

“Yo los considero como un libro de historias, ¿por qué? porque a ellos les gusta hablar de sus vivencias y a partir de sus vivencias, ellos nos generan enseñanzas. Y de pronto por lo que nos hablan nosotros podemos prevenir errores que podamos cometer a lo largo de la vida, porque quizás ellos ya los cometieron y al conversar con nosotros pueden evitar que esto nos ocurra; o también son muy dados a la historia porque muchos son de pueblos y en los pueblos se escuchan muchas historias y así es como se mantienen vivas ese tipo de tradiciones”.

(GF n°1, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Manizales).

“Respeto, sabiduría, mucho conocimiento, claro, uno ya creció, ya está mayorcito y ya es mucha la experiencia que tiene y pues dicen que; nos volvemos consejera de esos jovencitos que vienen creciendo, que van subiendo, que van a llegar a nuestra edad y pues placer también por todo lo que uno ha vivido. Gracias Dios mío, porque has permitido que haya llegado hasta aquí, que tuviera un día más de vida”.

(GF, hombres y mujeres intergeneracional, Quibdó).

“Yo a mis sesenta y cinco años, pues, yo me siento es joven (...) siento que uno a esta edad está como lleno de sabiduría también, porque de todas maneras uno conoce de Dios y Él le da la sabiduría, y yo todos los días le digo: ¡Gracias, señor! Yo me siento como una china, la verdad, sí, y me siento muy contenta. Para el consejo, para compartir, eso me parece excelente, compartir con mis sobrinas, mis sobrinos, mis hermanas, mi hermano”.

(GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

De igual forma, los entrevistados identifican estereotipos en la vejez, algunos positivos y otros negativos. Sin embargo, éstos últimos influyen en el no desarrollo personal de la persona mayor, porque se les percibe, en ocasiones, como personas no autónomas e independientes:

“Pero lo que yo encontré es que hay una situación de desconocimiento y de irrespeto general por las personas mayores. No somos considerados seres humanos como los demás sino viejitos. Entonces, inclusive, nos estaban dando ese trato conmisericordioso de llamarnos abuelitos, al mismo tiempo que nos encerraban”.

(EP, experto n°1 en Protección económica).

“Nos gusta sentirnos útiles, nosotros todavía tenemos la energía... hay muchos jóvenes que tienen 50 o 40 años y no ayudan ni a mover una cama, o no hacen esto que nosotros estamos haciendo, yo sé que hay jóvenes que son muy activos y serviciales, pero hay otros que no; y yo pienso que estas cosas, pues, maravilloso poder servirle a otra persona, tenemos un espíritu alegre, y todavía bailamos y todavía vamos a fiestas”.

(GF n°1, mujeres mayores de 60 años, estratos 3 y 4, Manizales).

“Desafortunadamente, nosotros, de todas esas etapas que vivimos el ser humano tenemos muy estigmatizado, muy visto de mala manera (...) no aceptamos que vamos a envejecer y de una u otra manera nosotros continuamos como rasguñando poder o querer quedarnos como en esa parte de la Juventud; no aceptamos que el pelo se nos ponga blanco que nos arrugamos, es difícil aceptarlo y eso hace parte del proceso de nuestras vidas (...) y de una u otra forma en las familias a las personas cuando van envejeciendo, las van haciendo a un ladito, entonces también hay muchos motivos por cual el envejecimiento, relacionarlo con algo malo con algo feo”.

(GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

“Algo que no me gusta del tema de adulto mayor sabes, porque es que mientras más aumenta la edad del adulto mayor, que menos se tiene en cuenta en los procesos: ya no cuentan con los espacios donde ellos puedan ir a encontrarse, hay más dificultades para salir a caminar y compartir con las personas de la misma edad; también para los bancos y las instituciones, ya no pueden sacar un préstamo, ya no son prioridad en muchos programas”. (GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, Quibdó).

Asimismo, cuando en las entrevistas se habla de vejez, no solo se identifican los estereotipos y juicios morales con relación a esta etapa de la vida, sino también sus expectativas e incertidumbres, por ejemplo: algunos no saben si van a tener el cuidado y apoyo de sus seres queridos, estabilidad económica, buena salud, seguridad, etc.

“Creo que casi toda mi generación cuando empezamos a tocar o a rozar los 30, como que la planteamos más fácilmente y decimos que somos una generación que no quiere hijos, ¿no? Entonces pensamos mucho en que a nuestros abuelitos siempre los han cuidado sus hijos y uno dice: ¿bueno, y yo, ¿cómo de quién voy a depender? O, ¿cuándo ya no tenga las fuerzas, ¿qué voy a hacer? Como que miramos opciones. Y lo otro es que envejecer en Colombia tiene que ser muy difícil, muy difícil, y más que nosotros no vamos a poder acceder a eso de la pensión, ni nada, olvídenlo; entonces sí la pienso mucho, en que de pronto: o puede ser muy precario o me toca hallar la forma de sostenerme; como que da mucha incertidumbre y sobre todo miedo”.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

“Yo creo que para nosotros ese tema de la pensión va a ser un tema re complicado, ese tema de garantizarnos unos mínimos de condiciones después de los 65. Si todo sigue como está hoy en día, a la luz de lo que vimos en este momento, si ese es el referente, yo creo que va a ser muy complicado tener una vejez digna. Si no logramos dentro de todo este largo trecho profesional y laboral garantizarnos unas formas de subsistir después de los 60, va a ser una vejez muy complicada y difícil y con un sistema de salud también súper costoso, de difícil acceso y como que hasta ahí por el momento”.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

“Ya cuando están así que no pueden hacer algo o no tienen plata, los llevan para el ancianato, y si están en la casa: los tratan mal, los tienen en el abandono, un estorbo, no sirven, los aíslan. Nos ha tocado ver: ellos se sienten muy tristes de ver que ellos trabajaron duro en su juventud para sus hijos y después de ver que ya están así viejitos, les estorban”.

(GF, hombres y mujeres intergeneracional, Quibdó).

“Pues la verdad, yo no lo pienso, o sea, lastimosamente vivimos en mundo, hay mucho conflicto y mucha guerra, especialmente, lo que estamos viviendo en estos momentos en Quibdó; pero, pues, la verdad yo todavía no lo pienso, o sea, no pienso como si va a pasar algo; ya son cosas de la vida más adelante; o no alcance a llegar a la vejez”.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, Quibdó).

Por otro lado, el envejecimiento a nivel familiar: cuando los integrantes de una familia evidencian que sus seres queridos van envejeciendo y algunos de ellos empiezan a requerir cuidados, ya sea para sus Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) o para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD); o también identifican que algunos de sus familiares siguen manteniendo su autonomía e independencia:

“Es una persona que, ya llegando a cierta edad, necesita diferentes cuidados, todas las situaciones para ellos son como diferentes: el compartir en familia para ellos es diferente, para laborar para ellos es diferente, ya ni siquiera tienen oportunidad. Entonces todas las condiciones de ellos cambian, es una persona que ya a partir de cierta edad sus condiciones y todo cambian: diferentes atenciones, diferentes cuidados”.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 1 y 2, Bogotá).

“Mis abuelos están perfectos: mi abuela, es pediatra y aunque ya está pensionada, aún sigue haciendo consulta; mi abuelo, es ingeniero y todavía sigue haciendo lo que hacen los ingenieros civiles, licitaciones y todo eso. Yo creo que los adultos mayores pueden seguir con sus trabajos normales mientras no tengan alguna enfermedad crónica que lo impida o cualquier otra que lo impida, y si no, pues, si tiene una buena pensión puede hacer actividades que lo mantengan activo, si no puede seguir trabajando”.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

1.2.2. Elementos demográficos

El envejecimiento poblacional se encuentra relacionado con la transformación de las estructuras etarias de los países - transitando de jóvenes a envejecidos - (Fundación Saldarriaga Concha - Fedesarrollo, 2015). Desde esta perspectiva cronológica, se define el umbral expresado en años en el que las personas se pueden considerar mayores. Como se discutió en el apartado anterior, el umbral de la edad de las personas mayores está sujeto a variación que no solo obedece a la percepción de la vejez. Las Naciones Unidas define como personas mayores a quienes tienen 60 años o más, y la Organización Mundial de la Salud (OIM), establece el umbral en 65 años, para los países desarrollados (Unión Europea, 2019). Estas diferencias conciernen principalmente con la edad de jubilación, por lo que la perspectiva cronológica, no está exenta del aspecto sociocultural y económico (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015; Huenchuan, 2013).

De otro lado, la transición demográfica tiene implicaciones en la estructura de edades. La transición demográfica se caracteriza por una disminución de los niveles de mortalidad, inicialmente, y de fecundidad, posteriormente (Turra y Fernández, 2021, Chackiel, 2004). Lo anterior, trae como consecuencia, el aumento de

la población mayor, mientras que disminuye la población más joven, es decir, se genera un proceso de envejecimiento en la población.

Asimismo, el envejecimiento demográfico no solo obedece a las tendencias de mortalidad y fecundidad, también puede relacionarse con procesos de migración. Este efecto se debe en principio, a que la población mayor tiende a migrar menos que la población joven (Zaiceva, 2014), lo cual puede incidir en la estructura etaria de los países (CAF, 2020). No obstante, los flujos migratorios han tenido un comportamiento heterogéneo, coyuntural e impredecible, en particular en América Latina y el Caribe (Chackiel, 2004; Huenchuan, 2009; Huenchuan, 2018).

De otro lado, así como los individuos envejecen, también lo hacen los hogares. El envejecimiento demográfico puede traer consigo la conformación de los hogares con una mayor participación de las personas mayores y con la interacción de diversas generaciones en un mismo espacio, transformando los núcleos familiares que habitan los hogares, al igual, que favorece el surgimiento de nuevas relaciones sociales como el cuidado de las personas mayores (Fernández y Velarde, 2014; Flores y Soto, 2016).

1.3. Hallazgos



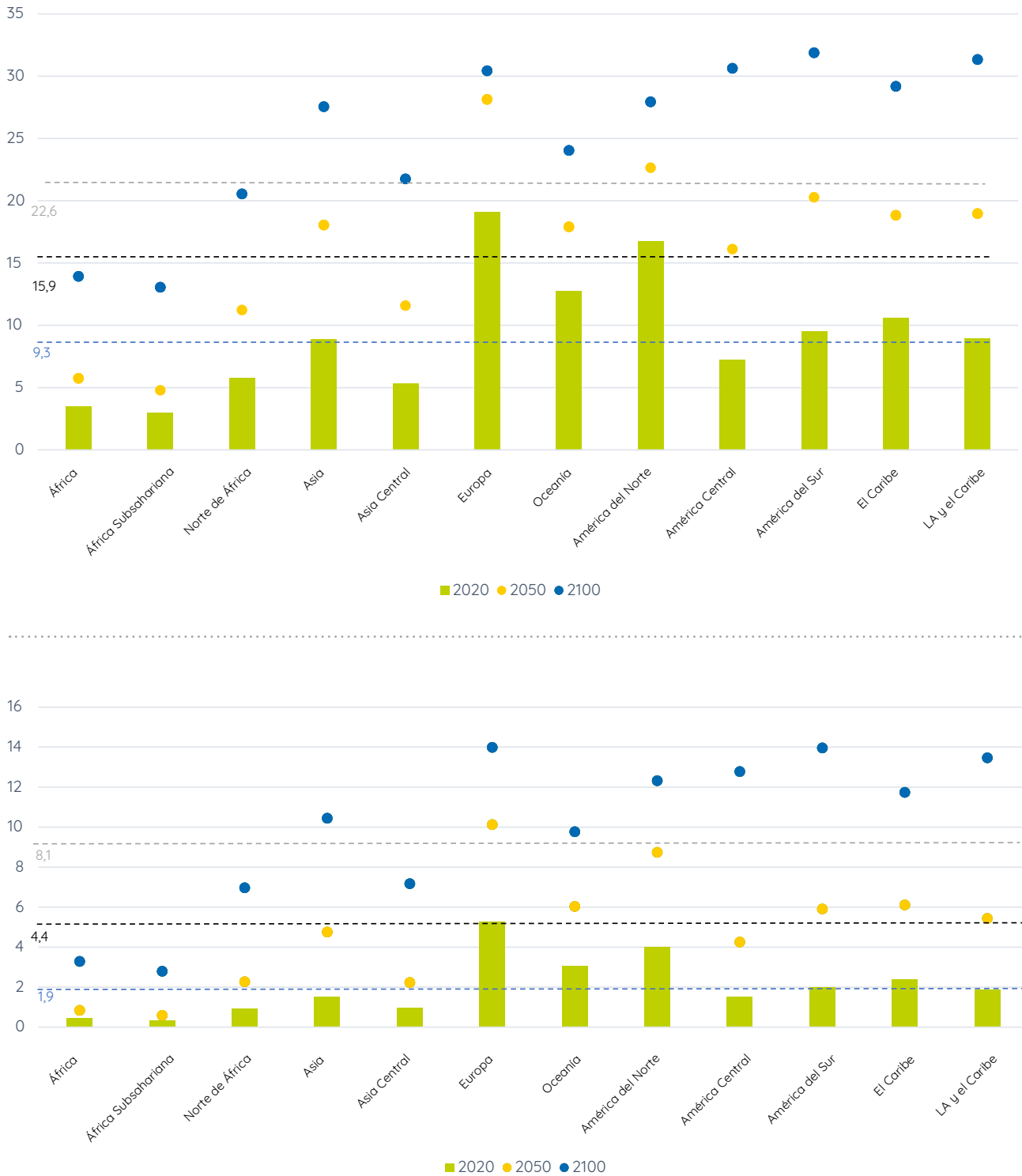
1.3.1. El envejecimiento en América Latina y el Caribe. Aumento de la población mayor

América Latina y el Caribe está compuesta por una población que asciende a 654 millones de habitantes. De esta, la población menor de 15 años representa el 24%, mientras que la Población Mayor (PM), con 60 años o más, corresponde, aproximadamente, al 13% (CEPAL, 2020; Huenchuan, 2018). No obstante, se prevé que esta diferencia se profundizará y cambiará su composición a lo largo del tiempo. Según proyecciones de las Naciones Unidas, para 2050 alrededor del 17% de la población total corresponderá a la población menor de 15 años. Por su parte, la población adulta mayor aumentará su proporción a 25%, específicamente, las personas mayores de 80 años pasarán de representar el 11% al 26% de la población en el 2050 (Aranco y otros., 2018; CEPAL, 2020).

El cambio en la proporción de adultos mayores se observa de manera singular en las diferentes regiones del mundo

(Figura 1). En Oceanía, la proporción de PM con respecto al total es de 16%, en el Este de Asia de 17%, en América del Norte de 21% y en Europa de 24% (Aranco, y otros, 2018). Aunque el valor exhibido en América Latina es inferior (13%), resulta particularmente importante el ritmo en que se ha desarrollado el proceso de envejecimiento (Huenchuan y Rovira, 2019; Álvarez, 2020). Europa y América del Norte tardaron 65 y 75 años, respectivamente, para que la PM alcanzará una proporción de alrededor del 25% de la población total, mientras que las proyecciones indican que América Latina (LA) solo le tomará 35 años para alcanzar esta proporción (Aranco y otros, 2018). La velocidad de este crecimiento ha sido un tema discutido ampliamente en la literatura, se resaltan los trabajos más recientes de Huenchuan (2018), Aranco, y otros (2018), Álvarez (2020), Cotlear (2011), donde se analizan las implicaciones del envejecimiento en los sistemas de protección social: salud, pensiones y cuidado. A su vez, las formas en las que el envejecimiento se define y se aborda siguen siendo un tema clave para los hacedores de política.

Figura 1. Proporción de la población mayor de 65 años y más (Panel A) y 80 años y más (Panel B) en las regiones del mundo



Fuente: Naciones Unidas (2019). Elaborado de acuerdo con Álvarez, 2020, pág. 52 (Gráfico 110).

1.3.1.1. Razones para el envejecimiento en Latinoamérica

Transición demográfica

Como se mencionó en el apartado 2, la transición demográfica ocurre cuando se pasa de niveles altos a niveles bajos en las tasas de mortalidad y de fecundidad (Turra y Fernández, 2021). Este fenómeno se refleja, entre otras cosas, en el aumento en la proporción de la PM (Álvarez, 2020). La disminución de las tasas de mortalidad en cada uno de los rangos de edad implica un incremento en la esperanza de vida al nacer (Álvarez, 2020). En la década de 1950, América Latina y el Caribe presentó una esperanza de vida de 51 años, para el 2018, esta aumentó a 76 años y se prevé que para final del siglo ascienda a 87 años (Álvarez, 2020). Si comparamos este indicador con el de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), las diferencias con los países de América Latina y el Caribe han disminuido significativamente. En 1953, los países de OECD reportaban una esperanza de vida al nacer igual a 65 años y en 2018, 81 años (Álvarez, 2020). Esto implica que la brecha en esperanza de vida entre los países de OECD y América Latina y el Caribe, en este periodo de tiempo, ha pasado de 14 años en 1953 a tan sólo 5 años en 2018. Uno de los factores que ha permitido este

proceso acelerado en América Latina y el Caribe ha sido el descenso de la mortalidad infantil, el cual, a su vez, ha estado influenciado por el avance en el control de enfermedades infecciosas, parasitarias, maternas y perinatales (Huenchuan, 2018; Cotlear, 2011).

Paralelamente a este proceso, los niveles de fecundidad en América Latina y el Caribe han demostrado un significativo descenso. En la década de 1950 la región registró 6,1 nacimientos vivos por mujer, seis décadas más tarde, este indicador se sitúa en 2,2. Similar a la tasa de mortalidad, la brecha con respecto a los países de la OCDE ha disminuido con el tiempo, a tal punto que se pronostica para 2098 una diferencia nula (Álvarez, 2020). Esta transformación se explica por diversos factores económicos y sociales, entre los que se puede destacar: la extensión de la clase media debido al aumento del producto per cápita en la década de 1970, los cambios culturales y de normas sociales respecto a la concepción del tamaño familiar, la inserción de la mujer en el mercado laboral y la disminución de la mortalidad infantil que se tradujo en una mayor supervivencia de los hijos (Álvarez, 2020; Huenchuan, 2018).

1.3.1.2. Transición demográfica: proceso acelerado

La velocidad de la transición demográfica depende del punto histórico en el

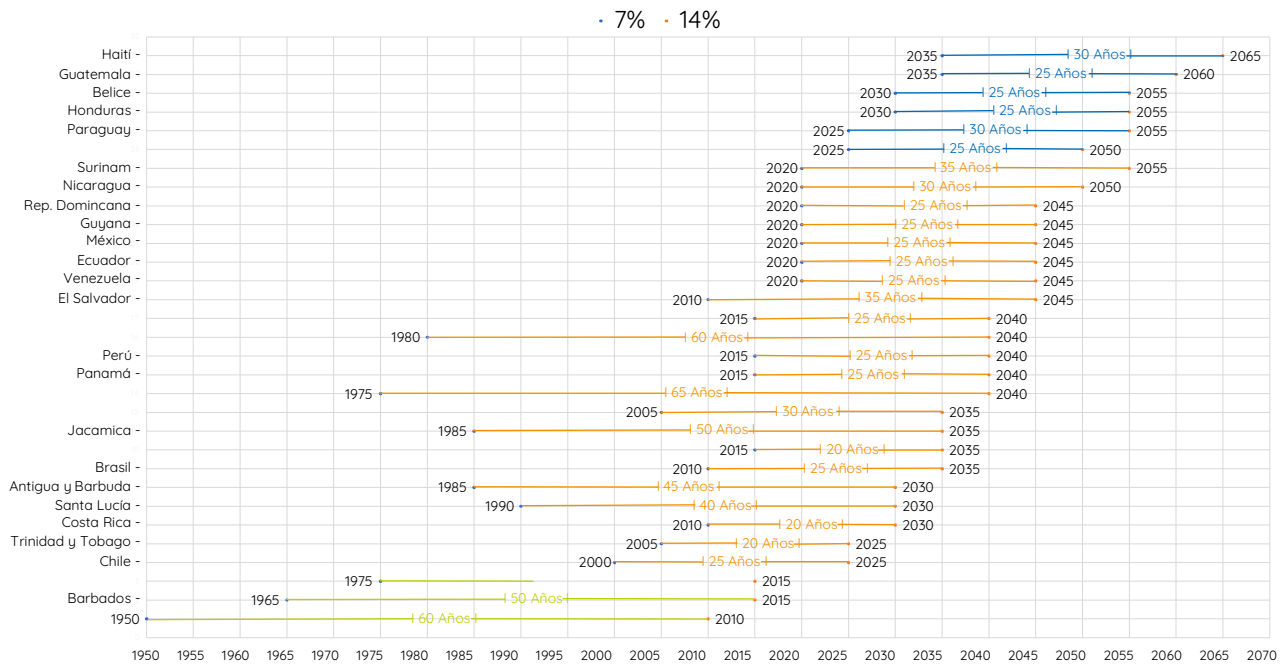
que esta se inicia. En los países europeos, empezó a desarrollarse a partir del siglo XVIII, mientras que en América Latina y el Caribe se dio después de la segunda mitad del siglo XX (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015). En Europa, la transición demográfica estuvo alentada por cambios sociales, tales como: la industrialización, el desarrollo de la medicina y los cambios en las condiciones de vida (Chackiel, 2004); asimismo, estuvieron supeditados, de alguna manera, por aspectos culturales y religiosos, que obedecen a una dimensión individual (Zavala de Cosío, 1992). De tal forma que, una vez ocurridos los cambios a nivel individual relacionados con: la escolaridad, la urbanización, la modificación de parámetros familiares, entre otros, la transición demográfica europea se intensificó (Zavala de Cosío, 1992).

Por su parte, la transición demográfica inicial en América Latina y el Caribe guardó un estrecho vínculo con el alto crecimiento económico y las transformaciones sociales en las décadas de 1960 y 1970 (Chackiel, 2004). Lo anterior le permitió a la región incorporar las tecnologías disponibles en Europa y América del Norte para controlar los altos niveles de mortalidad y natalidad (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015; Chackiel, 2004). A esto se suma la puesta en marcha de agendas programáticas

que resultaron de conferencias internacionales en el decenio de 1970, sobre problemáticas concernientes a la población; en estas se consignaron metas comunes y recursos para abordar las temáticas de salud, mortalidad y derechos reproductivos (Chackiel, 2004). Esto implicó, entre otras cosas, una amplia oferta de anticonceptivos modernos para la población pobre, aunque este acceso no se tradujo en mejoras de la calidad de vida (Zavala de Cosío, 1992).

La velocidad de la transición demográfica también se puede observar dentro de América Latina y el Caribe. La Figura 2 presenta el número de años requeridos para que la población mayor de 65 años pase de representar el 7% al 14% de la población total en los países de la región (Álvarez, 2020). Por un lado, países como Uruguay y Argentina requerirán de 60 y 65 años para alcanzar esta proporción de población mayor. Mientras que, países caribeños como Cuba, Barbados, Antigua y Barbuda tardarán entre 40 y 50 años para alcanzar dicho nivel. Los demás países necesitarán alrededor de 20-35 años.

Figura 2. Número de años requeridos para que la población mayor de 65 años pase del 7% al 14% de la población total en países de América Latina y el Caribe



Fuente: Naciones Unidas (2019). Tomado de Álvarez, 2020, pág. 54 (Gráfico 112).

Al observar con detenimiento el año en el que la población mayor de 65 años alcanzó el 7%, en Suramérica, solo Uruguay, Argentina y Chile registraron tal proporción durante el siglo XX; en el Caribe, se resalta a Cuba, Antigua y Barbuda, Barbados, Santa Lucía, Jamaica y Surinam. De hecho, son los que requieren de mayor tiempo para alcanzar el 14%. Mientras que los demás países alcanzaron el 7% después de 2005. Incluso algunos países (i.e. Belice, Honduras y Paraguay) no lo han alcanzado todavía, se estima que lo lograrán a partir de 2025.

El ejemplo anterior es una muestra de que los países de América Latina y el Caribe no iniciaron el proceso de transición demográfica de manera sincrónica, asimismo, la velocidad en la que se desarrolla la transición demográfica será diferente en cada país, al igual que, las presiones hacia una respuesta de los sistemas de protección social en cada uno de ellos.

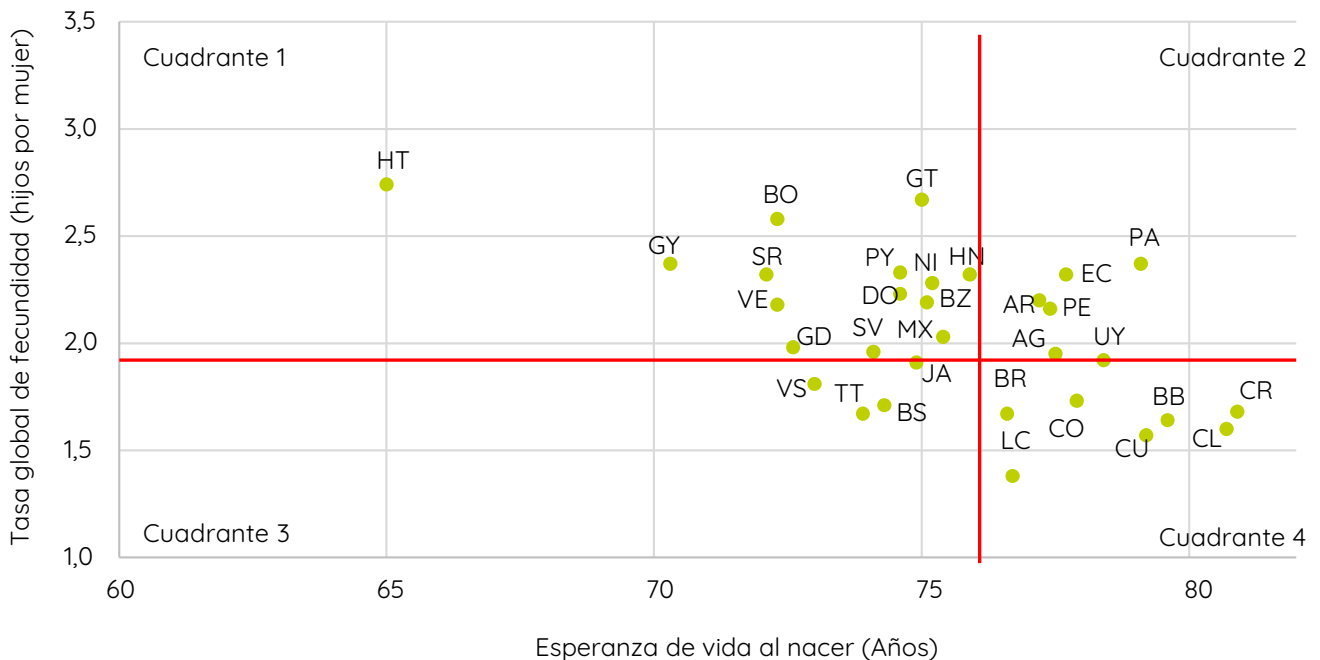
1.3.1.3. Envejecimiento de la población en Latinoamérica: un panorama heterogéneo

En general, los componentes de la transición demográfica, tasas de mortalidad

y fecundidad, en América Latina y el Caribe ha disminuido considerablemente a lo largo del tiempo, no obstante, el comportamiento dentro de la región es heterogéneo. Huenchuan (2018) compara la tasa global de fecundidad y esperanza de vida al nacer de los países de América Latina y el Caribe y lo contrasta con el promedio regional, con el fin de observar el estadio de avance en la transición demográfica en el que se encuentra cada país. A partir de

esa comparación, se encuentra que Cuba, Chile y Costa Rica presentan bajas tasas de fecundidad y altas esperanzas de vida, a este grupo se suman países como Brasil y Colombia un poco más rezagados en los años de vida en el periodo 2020-2025 (Figura 3). Como contraparte, países con una transición demográfica más incipiente: tasas globales de fecundidad superiores a 2 hijos por mujer y esperanza de vida menor al promedio, son Haití, Bolivia y Guatemala.

Figura 3. Tasa global de fecundidad y esperanza de vida al nacer para América Latina y el Caribe, 2020-2025



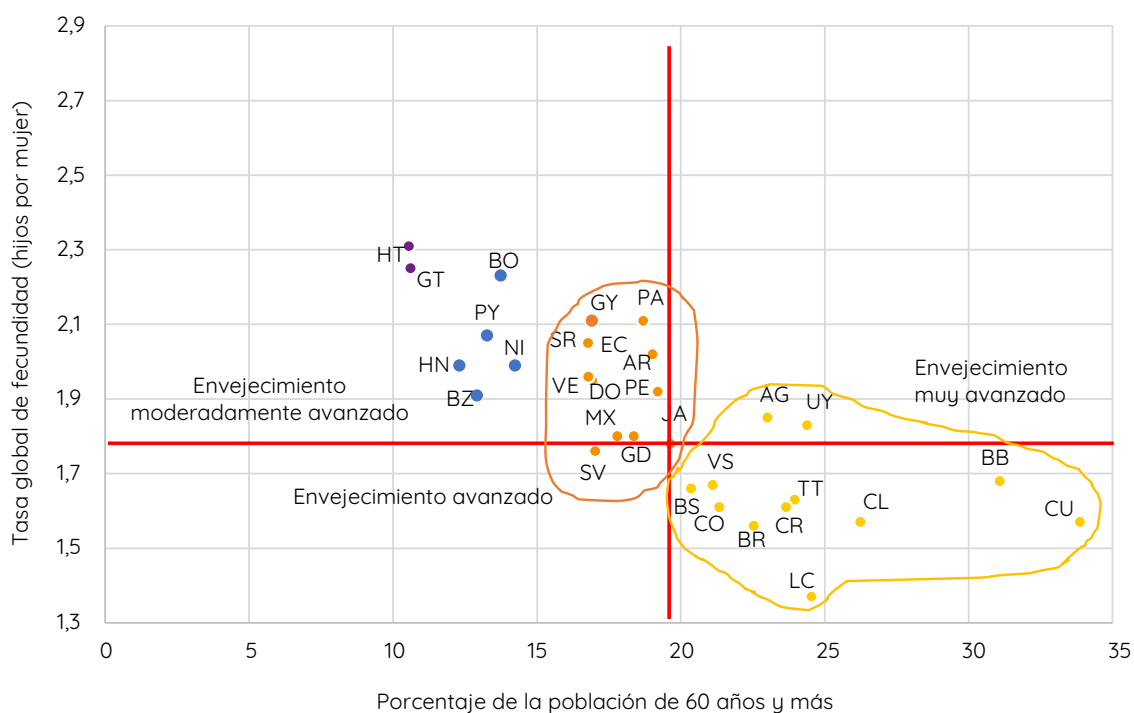
Fuente: Naciones Unidas (2015). Tomado de: Huenchuan, 2018, pág. 25 (Gráfico I.4).

Las líneas rojas representan el promedio regional (76,1 años de esperanza de vida y 1,96 hijos por mujer). GT: Guatemala, HT: Haití, BO: Bolivia, BZ: Belice, HN: Honduras, NI: Nicaragua, GY: Guyana, EC: Ecuador, DO: República Dominicana, PE: Perú, VE: Venezuela, GD: Granada, PA: Panamá, AR: Argentina, SR: Surinam, JA: Jamaica, MX: México, VS: San Vicente y Granadinas, SV: El Salvador, CO: Colombia, BR: Brasil, LC: Santa Lucía, BS: Bahamas, TT: Trinidad y Tobago, CR: Costa Rica, UY: Uruguay, CL: Chile, BB: Barbados, CU: Cuba, AG: Antigua y Barbuda.

No obstante, los países latinoamericanos y del Caribe transitarán a estadios de envejecimiento demográfico más avanzados con tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y una proporción significativa de adultos mayores. Para el periodo 2035-2040, se proyecta que países como Antigua y Bermuda, Argentina, Brasil, El Salvador, Jamaica, México, Panamá, Perú, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Santa Lucía y Colombia presentarán un envejecimiento avanzado, con un

porcentaje de población mayor que oscila entre 15 y 20% (Figura 4). Por otra parte, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Trinidad y Tobago y Uruguay presentarán un envejecimiento muy avanzado, con una población mayor de 60 años superior al 20%. Así, en menos de 15 años, se prevé que ningún país de América Latina y el Caribe estará en una etapa incipiente del envejecimiento, sino que serán un número mayor los países con envejecimiento avanzado o muy avanzado.

Figura 4. Tasa global de fecundidad y porcentaje de población de 60 años y más, para América Latina y el Caribe, 2035-2040



Fuente: Naciones Unidas (2015). Tomado de: Huenchuan (2018), pág. 33 (Gráfico I.8).

Las líneas rojas representan el promedio regional (76.1 años de esperanza de vida y 1.96 hijos por mujer) GT: Guatemala, HT: Haití, BO: Bolivia, BZ: Belice, HN: Honduras, NI: Nicaragua, GY: Guyana, EC: Ecuador, DO: República Dominicana, PE: Perú, VE: Venezuela, GD: Granada, PA: Panamá, AR: Argentina, SR: Surinam, JA: Jamaica, MX: México, VS: San Vicente y Granadinas, SV: El Salvador, CO: Colombia, BR: Brasil, LC: Santa Lucía, BS: Bahamas, TT: Trinidad y Tobago, CR: Costa Rica, UY: Uruguay, CL: Chile, BB: Barbados, CU: Cuba, AG: Antigua y Barbuda.

Colombia se encuentra en esta senda de envejecimiento. En 2015, el país alcanzó una proporción de 10,8% personas mayores de 60 años con respecto a la población total (Aranco y otros., 2018). Asimismo, en el periodo 1958-2018 Colombia ganó, en total, 21 años de vida; específicamente, el grupo entre 60-79 años ganó más años de vida que los demás grupos etarios alcanzando un nivel de 25,2 años de vida adicionales (Álvarez, 2020). Una mayor sobrevivencia se atribuye a cambios en las condiciones socioeconómicas de la población (aumento del ingreso) y a la disminución de las muertes por causas externas, como homicidios (Acosta y Romero, 2014).

Pese a este aumento en años de vida, los colombianos presentan una esperanza de vida inferior a la media de América Latina y el Caribe, pero con tasas globales de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo (1,7 hijos por mujer) (Huenchuan, 2018). Con todo esto, se observa que Colombia se ha enrutado en un proceso de envejecimiento acelerado.

Hasta ahora se ha analizado la influencia de factores naturales en la transición demográfica: las defunciones y la fecundidad. No obstante, las migraciones juegan también un papel en el cambio demográfico, no solo por el número de personas derivado de los flujos migratorios, sino por la composición etaria de

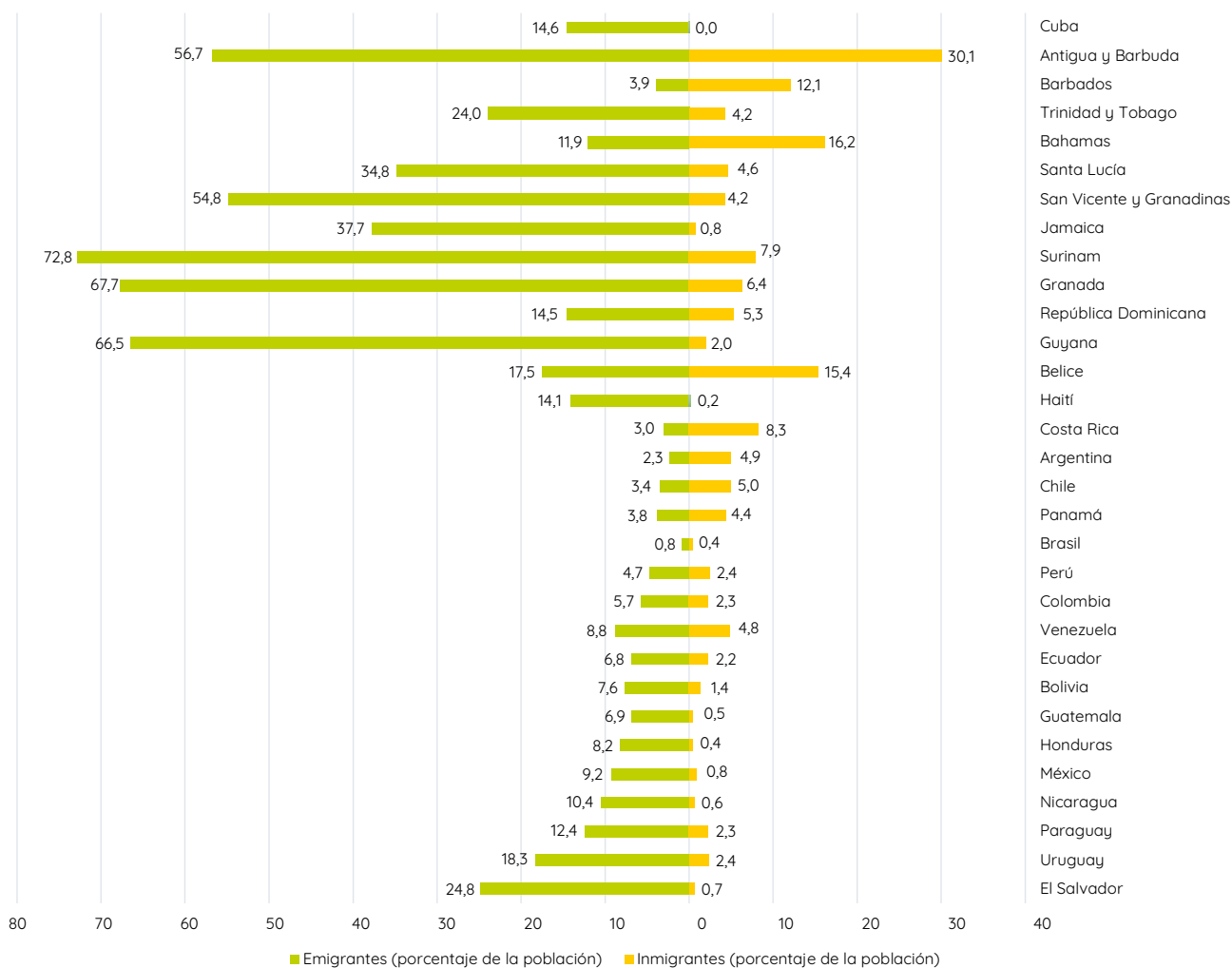
quienes migran y emigran (Chackiel, 2004; Huenchuan, 2018). Históricamente América Latina y del Caribe se ha convertido en una región expulsora neta de población; es decir, los estudios han mostrado un mayor número de personas que emigran de los países latinoamericanos comparado con aquellas que migran a esta región (Chackiel, 2004; Álvarez, 2020). Sin embargo, Costa Rica, Argentina, Chile, Panamá y Brasil presentan un saldo favorable en materia de migrantes para 2019 (Álvarez, 2020). Como contraparte, están la mayoría de los países, de los cuales se destaca El Salvador, Uruguay y México como aquellos en los que los emigrantes representan mayor peso en la población total que los inmigrantes (Figura 5). Colombia se encuentra en este último grupo de países, en donde el 5.7% de la población es emigrante y el 2.3% es inmigrante.

Un mayor número de emigrantes en el país podría influir en la estructura de edades, dado que el migrante es relativamente joven (Álvarez, 2020). A manera de ejemplo, el caso cubano es particularmente llamativo en los análisis migratorios, dado que su composición demográfica ha estado fuertemente influenciada de manera prominente por la emigración (Portelles, 2021). Este fenómeno migratorio se ha concentrado en la población joven y adulta en edades económicamente productivas, teniendo implicaciones en la

estructura etaria de la población cubana. Además, no solo ha afectado la composición etaria, también se ha observado una feminización en las emigraciones (117

mujeres por cada 100 hombres), teniendo implicaciones en la disminución de las tasas de fecundidad, entre otras cosas (Albizu-Campos, 2020; Portelles, 2021).

Figura 5. Proporción de la población migrante en términos relativos en América Latina y el Caribe para 2019



Fuente: Naciones Unidas (2019). Tomado de: Álvarez, (2020), pág. 63 (Gráfico 1.18).

1.4. El envejecimiento en Colombia



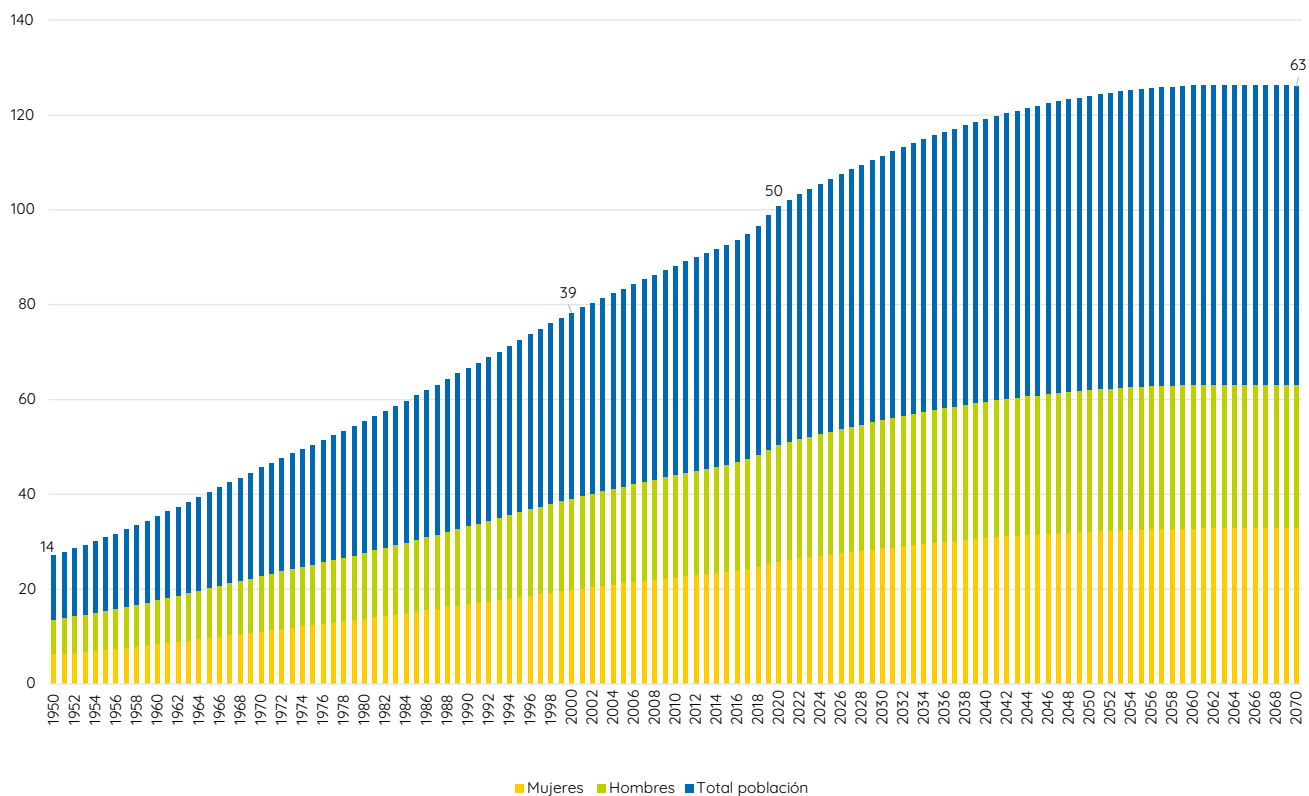
El proceso de envejecimiento de la población Colombia es una realidad. El crecimiento de población mayor se está produciendo a una velocidad mayor que la que experimentaron países con mayores niveles de ingreso. El envejecimiento de la población colombiana se expresa en una mayor longevidad. Existe un mayor dinamismo del grupo etario mayor de 80 años, en las zonas urbanas y en las ciudades del centro del país. Por lo tanto, el proceso de envejecimiento es un proceso acelerado y heterogéneo a lo largo del país. Asimismo, este proceso ha estado acompañado de un envejecimiento de los hogares, donde la composición generacional de los mismos muestra cambios hacia un aumento de hogares unipersonales o con jefatura de hogar de mayores de 60 años. Por último, se concluye que no solo hay un proceso de envejecimiento individual, sino que será cada vez más longevo, al igual, de una feminización en el aumento de la población mayor en el país.

1.4.1. Envejecimiento poblacional: el volumen de la población y su distribución por edad

Crecimiento poblacional

Entre los años 1950 y 2000 la población colombiana pasó de 14 millones a 39 millones de personas, es decir, un crecimiento de 188%, aproximadamente (Figura 6). En las dos primeras décadas del siglo XXI, la población ha seguido creciendo, pero a un ritmo cada vez menor, en 2020 la población fue de 50 millones, un 29% más que en el 2000. Esta tendencia seguirá acentuándose, de manera que para 2070 la población crecerá en un 25% con respecto a la registrada en 2020, un aumento más bajo comparado con el ocurrido en las cinco décadas del siglo pasado. Por su parte, la participación por sexo ha cambiado, entre 1950 y 1980 la proporción de mujeres en el total era inferior a la registrada para los hombres (48% y 52%, respectivamente). A partir de 1980, la población femenina empezó a superar paulatinamente a la población masculina, esta tendencia se conserva en el presente y se espera que para finales del siglo las mujeres representen el 52% de la población total.

Figura 6. Evolución de la población total por sexo, 1950-2070



Fuente: proyecciones DANE con base en la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018. Expresado en millones de personas.

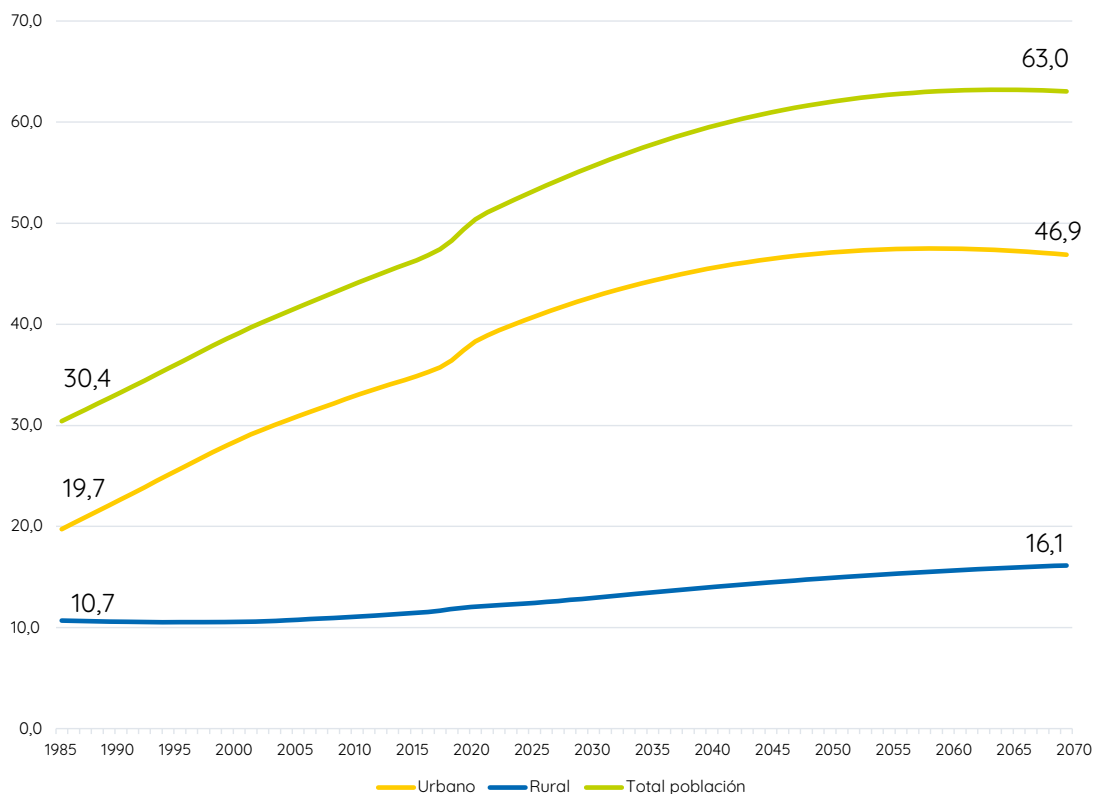
El ritmo anual de crecimiento de la población colombiana ha disminuido. La tasa de crecimiento anual promedio registrada en la segunda mitad del siglo XX fue de 2,2%. En cambio, en las dos décadas del siglo XXI, la cifra disminuyó a 1,3%. Este decrecimiento de la población seguirá vigente, se estima que después de 2026 la tasa de crecimiento se situará por

debajo de cero e incluso será negativa para finales del siglo. La tendencia demográfica en Colombia se asemeja a la observada para América Latina y el Caribe por Huenchuan (2018), en la región se espera que en 2060 la población alcance el máximo y empiece a presentar tasas decrecientes, lo cual indica que el crecimiento poblacional será cada vez más lento.

Si bien en el agregado nacional la población ha aumentado, la intensidad de esta tendencia se diferencia por zona de residencia: rural y urbana. Esto se debe al fenómeno acelerado de urbanización (década de 1960), alimentado en gran parte por la migración rural a centros urbanos, lo cual obedeció a diversos factores, tales como: la violencia, las escasas posibilidades de tenencia de la tierra, el crecimiento del sector de la construcción mediante la utilización de mano de obra barata proveniente del campo, entre otros (Ruíz, y otros, 2008).

A partir de la Figura 7 se observa un crecimiento pronunciado de la población urbana, esta pasó de ser el 65% de la población total en 1985, a ser el 76% en 2020. En este periodo, la zona urbana aumentó su población en un 94%, mientras que el aumento en la zona rural alcanzó un modesto 13%. Se estima que para el periodo 2020-2070 la población rural presente una tasa de crecimiento promedio anual de 0,6%, siendo levemente mayor a la estimada para la población urbana (0,4%), esta última alcanzará una tasa de crecimiento negativa para finales del periodo analizado.

Figura 7. Población total por zona rural y urbana, 1985-2070



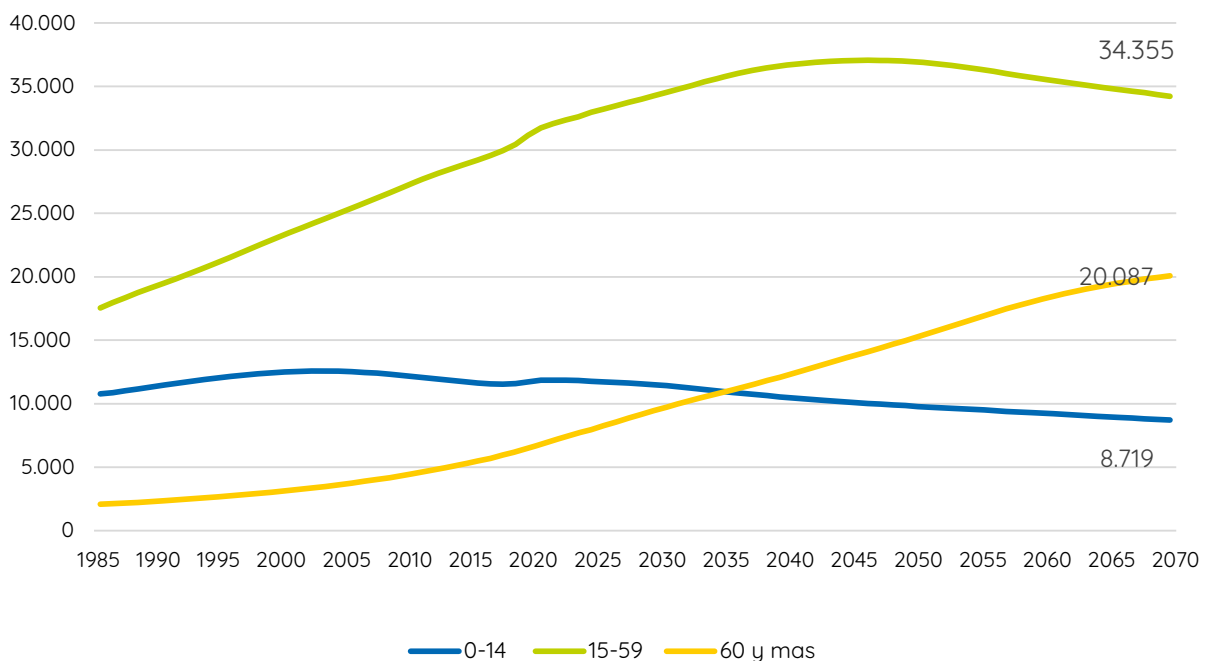
Fuente: proyecciones DANE con base en la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018. Expresado en millones de personas.

1.4.1.1. Composición etaria del crecimiento poblacional

Examinar el crecimiento poblacional por grupos de edad permite comprender el envejecimiento demográfico de la población. La Figura 8 exhibe la tendencia de crecimiento para tres grupos de edad: 0-14, 15-59, 60 y más años. La población con 0-14 años presenta una disminución considerable, entre 1950-1970 representó el 44% de la población total, en las dos primeras décadas del siglo XXI la proporción disminuyó al 28% y se estima que para 2050-2070 la cifra se reduzca a un 15%. La población de 15-59 años corresponde, en promedio,

al 60% de la población colombiana en el periodo de análisis, no obstante, se estima que a partir de 2020 presenta tasas negativas de crecimiento. Aunque la población mayor de 60 años es relativamente inferior a la población joven, su proporción con respecto al total ha estado creciendo gradualmente: en 1985 la cifra fue de un 7%, para 2020 alcanzó un 14% y para 2070 se espera que ascienda a un 32%. Resulta importante resaltar que en la década de 2030 se estima que la población mayor de 60 años equipare a la población infantil, este será un acontecimiento clave que da cuenta del proceso de envejecimiento de la población colombiana.

Figura 8. Población total por grupos de edad, 1985-2070



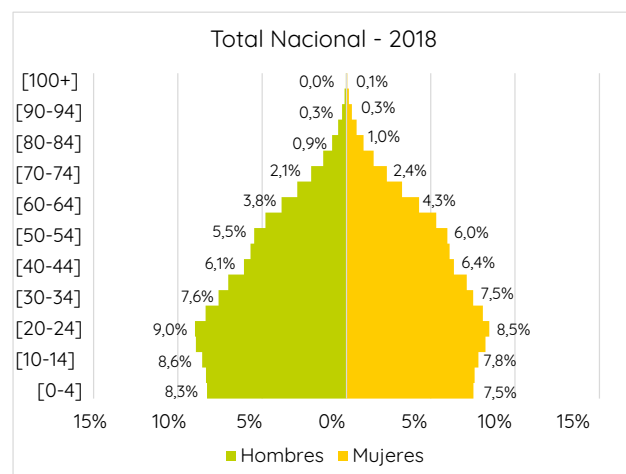
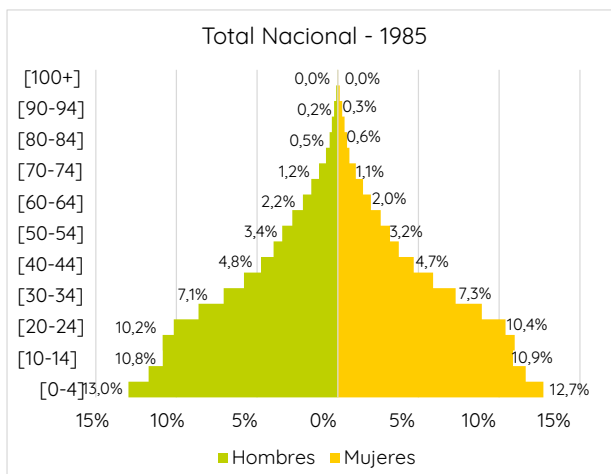
Fuente: proyecciones DANE con base en la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018. Expresado en millones de personas.

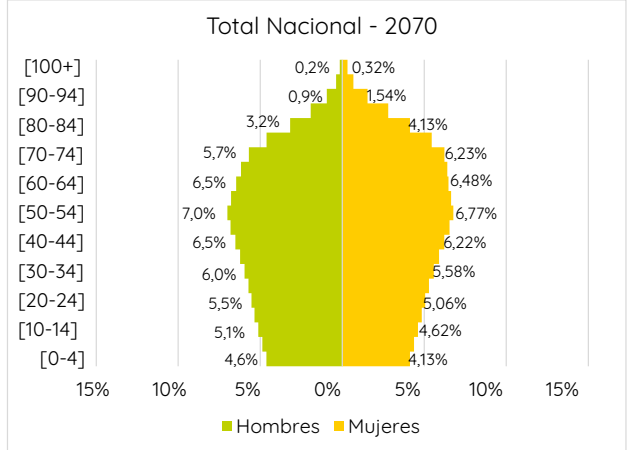
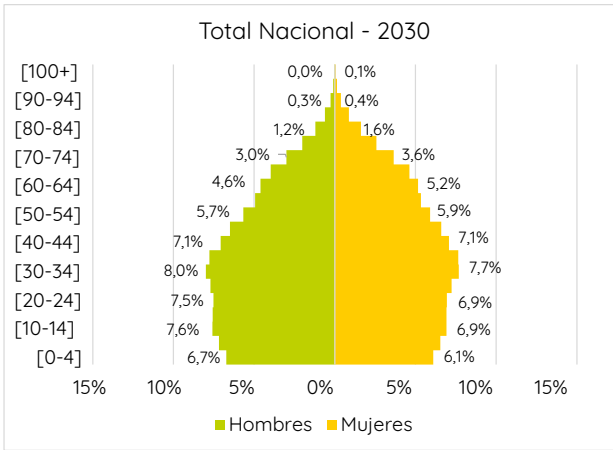
La evolución de la estructura poblacional por edad y sexo se presenta en la Figura 9. En 1985, la estructura demográfica evidenció una forma piramidal en la que predominó la población infantil por las altas tasas de fecundidad, a partir de ahí se acentúa una relación inversa entre el número de años y la población; también se observa una mayor proporción de mujeres entre 10-34 años con respecto a los hombres. Después, en 2018, la estructura piramidal cambia, presentando una reducción de la población infantil y un aumento en la población adulta, debido a incrementos en la esperanza de vida.

Las estimaciones para 2030 sugieren que la estructura poblacional será

cada vez más regresiva, esto es, la población adulta ganará mayor representatividad en el total y la población infantil disminuirá. En 2070, la población con edad entre 30-75 años representaría, aproximadamente, el 37,2% de la población total, e incluso las personas con más de 100 años corresponderían a un poco más del 0,2%. Un cambio interesante que se observa a partir de 2018 es el aumento progresivo de la proporción de mujeres en etapas avanzadas de la edad, este hallazgo indica una feminización del envejecimiento por la sobremortalidad masculina en las etapas avanzadas del ciclo de vida, entre otras razones (Huenchuan, 2018).

Figura 9. Estructura de la población total nacional por edad y sexo, 1985-2070



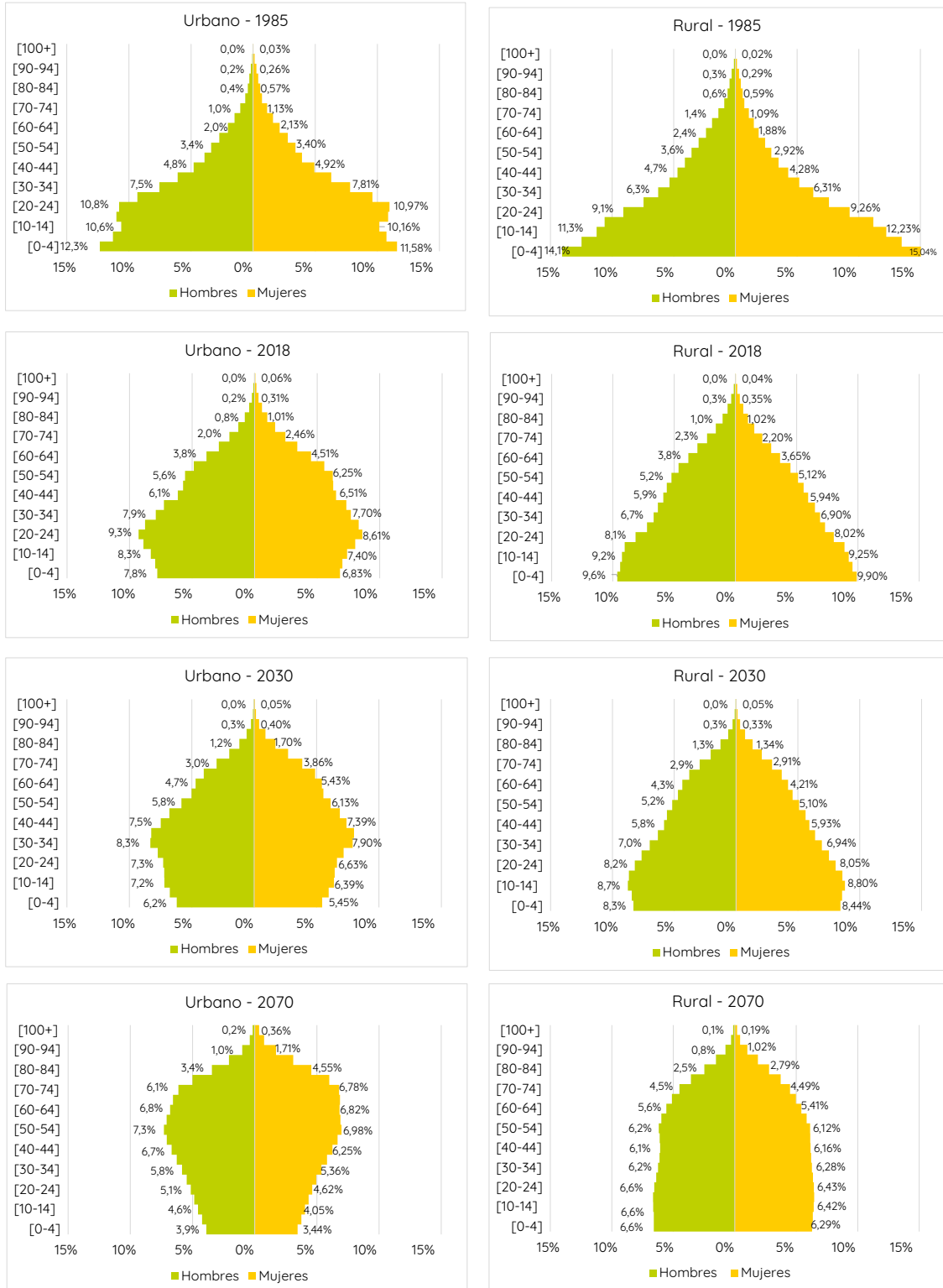


Fuente: proyecciones DANE con base en la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018.

Ahora bien, la transformación demográfica posee ritmos diferenciales entre zona urbana y rural. A partir de la Figura 10 se observa que la evolución en la zona rural es más lenta que la exhibida por la zona urbana. En 2018 la estructura demográfica de la zona urbana presenta menor proporción de la población infantil, perdiendo la forma de pirámide tradicional que conserva la zona rural para ese mismo año. Para 2030 la población urbana estará concentrada en las edades adultas y crecerá la participación de los mayores

de 60 años, por su parte, la zona rural tendrá una leve disminución en la proporción de la población infantil y un aumento en la población adulta. Más tarde, en 2070, la composición de la población en la zona urbana tendrá menor participación de la población infantil, mientras que aumentará la población adulta y mayor; para la zona rural, la estructura tomará una forma rectangular indicando que la participación de la población infantil y la población adulta es similar, pero la población mayor de 60 años es inferior.

Figura 10. Estructura de la población en las zonas rural y urbana, por edad y sexo, 1985-2070



Fuente: proyecciones DANE con base en la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018.

El fenómeno migratorio rural-urbano puede ser un factor importante en la explicación de estas diferencias, según Huenchuan (2018) esta migración es selectiva en edades laborales y se caracteriza por una alta participación femenina. Además, los niveles altos de fecundidad y de mortalidad en la zona rural podrían generar que la proporción de la población infantil sea significativamente superior con respecto a la población con edad avanzada. Todo lo anterior implicaría requerimientos en el desarrollo y mejoramiento de las condiciones de vida, de acuerdo con las particularidades de cada zona (Huenchuan, 2018).

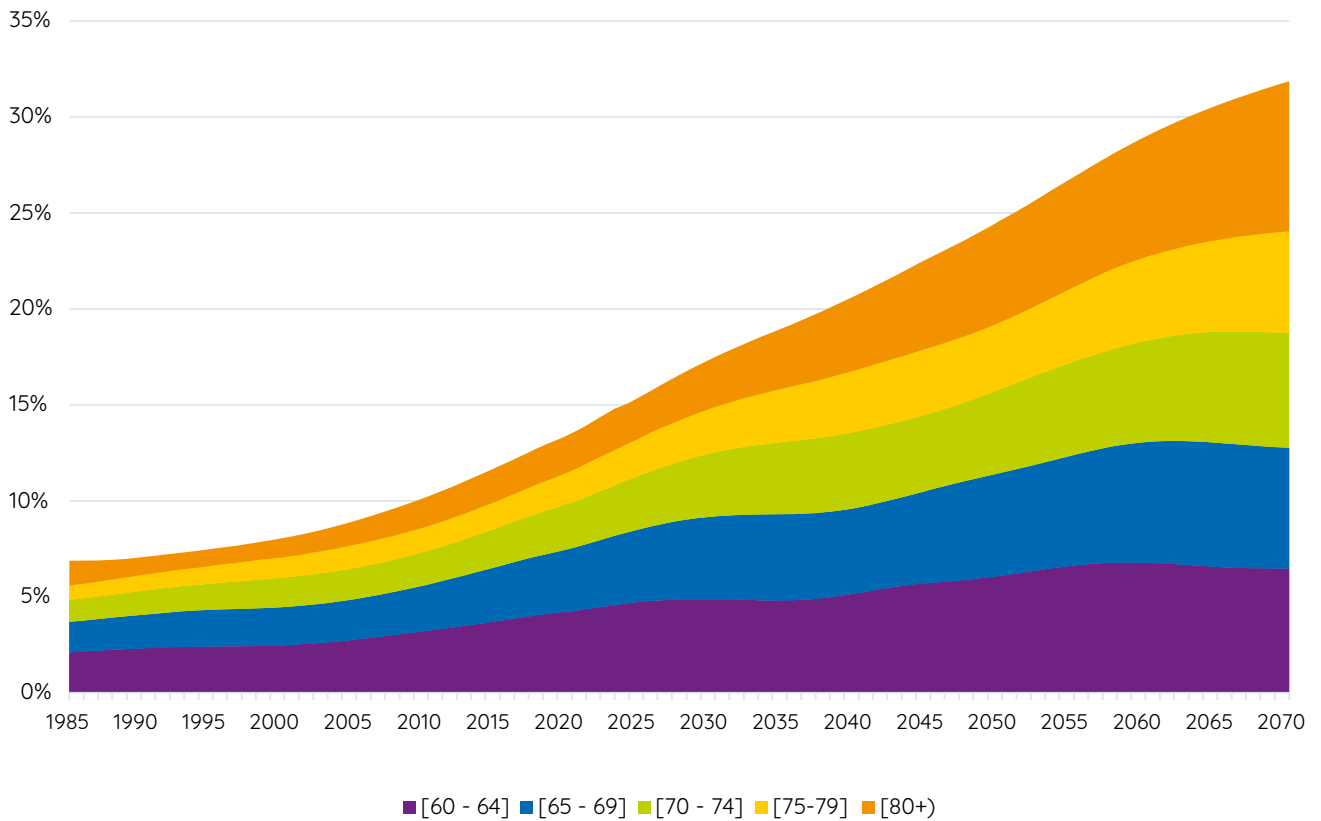
1.4.1.2. La distribución relativa por edad

La magnitud de la población mayor de 60 años en una sociedad puede dar un esbozo sobre el panorama de envejecimiento de esta. En Colombia, el peso de la población de 60 años y más con respecto a la población total presenta un crecimiento sostenido (Figura 11). El subgrupo 60-64 años presenta una leve preponderancia con respecto a los demás grupos, éste representó alrededor del 30% de la población mayor de 60 años durante 1985-2020, no obstante, se prevé que dicha proporción se reduzca a un 20% para 2070. Por su parte, el subgrupo de 75-79 años representó únicamente un 10% en el periodo mencionado, pero se prevé que

la cifra se sitúe en un 16% para 2070. Además, una característica importante de este subgrupo es que, a diferencia de los otros subgrupos, a partir de 2050 presentará una tasa de crecimiento anual positiva y mayor al 2%. Las personas mayores de 80 años crecerán de una manera continua, aun cuando los demás subgrupos presenten un relativo estancamiento.

Durante el siglo XX la participación de los mayores de 80 años en la población total fue de 1% y se estima que para 2070 alcance la cifra de 7,8% siendo esta cifra superior a la estimada para la población de 60-64 años (6%). El crecimiento de la población mayor muestra heterogeneidad entre los diferentes grupos, distinguiéndose el grupo de 80 años con un mayor dinamismo. Lo anterior implica mejorías en la esperanza de vida y supone retos en políticas públicas relacionadas con el cuidado, salud y seguridad social. Estos hallazgos sugieren que la población colombiana presenta un proceso de envejecimiento progresivo, este fenómeno se alinea con el envejecimiento acelerado observado para América Latina y el Caribe (Aranco, et al., 2018).

Figura 11. Porcentaje de la población mayor de 60 años en la población total, 1985-2070

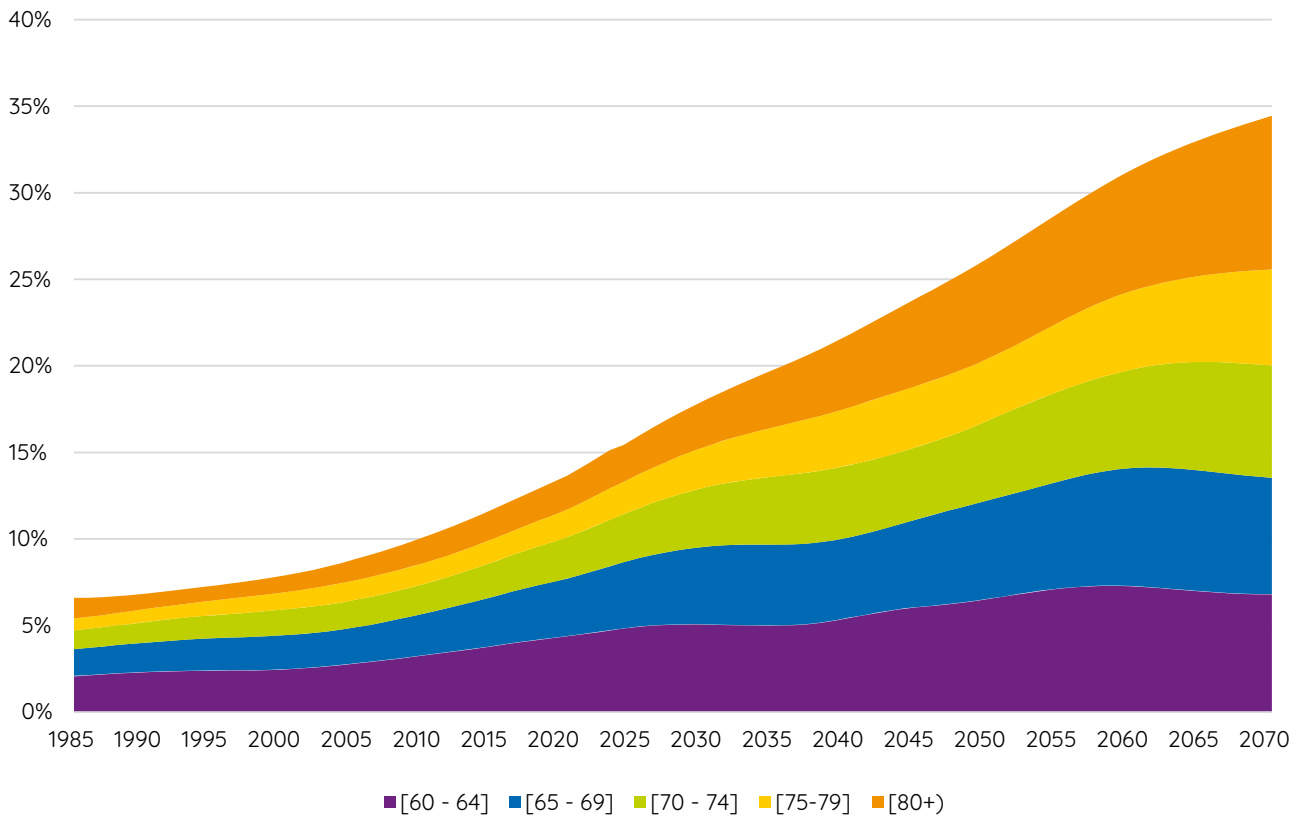


Fuente: proyecciones DANE con base en la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018.

La evolución de la distribución relativa de población mayor de 60 años en la zona rural difiere a la observada en la zona urbana durante el periodo de análisis (Figura 12). Entre 1985-2000 la zona rural presentó una población más envejecida que la zona urbana, la proporción de los mayores de 60 años con respecto al total fue 6,5% para la zona rural y 5,9% para la zona urbana.

En las dos décadas siguientes la participación de este grupo poblacional en el total sigue siendo mayor en la zona rural con un 10,7% frente a un 10,5% en la zona urbana. Las estimaciones para finales del presente siglo prevén que la zona urbana concentrará en un 34% la población mayor de 60 años, mientras que la misma proporción en la zona rural será de 24%.

Figura 12. Porcentaje de la población mayor de 60 años en la población total urbana, 1985-2070



Fuente: proyecciones DANE con base en la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018.

La Tabla 1 muestra la proporción de la población de 60 años o más con respecto al total para nueve regiones de Colombia, así como su evolución durante 1985-2050. En 2020, la región Central y Valle del Cauca presentaron una proporción alta de personas mayores, con un 16,2% y 15,8% respectivamente. Como contraparte, las regiones Orinoquía-Amazonía y Caribe poseen una proporción baja de personas mayores (8,4% y 11,4%, respectivamente). Para 2050 el panorama será diferente, se espera que en San Andrés las perso-

nas mayores de 60 años representan el 28,3%, seguido de Bogotá con un 27,8%. Por su parte, la región Orinoquía-Amazonía será la única que presente una proporción menor del 20%. Resulta llamativo que las regiones periféricas y con rezagos socioeconómicos, tales como: Orinoquía-Amazonía, Caribe y Pacífica (sin Valle) presentan proporciones más bajas de población mayor con respecto a las demás regiones, situación que podría estar respaldada por mayores tasas de fecundidad, migración interna u otros factores.

Tabla 1. Proporción de población de 60 años o más, por regiones. Quinquenal, 1985-2050

Año	Antioquia	Bogotá	Caribe	Central	Oriental	Orinoquía - Amazonía	Pacífica (sin Valle)	San Andrés	Valle del Cauca
1985	6,7%	5,1%	6,6%	7,0%	8,4%	3,9%	7,8%	5,1%	6,9%
1990	6,9%	5,3%	6,6%	7,4%	8,6%	4,1%	7,8%	5,0%	7,3%
1995	7,6%	5,8%	7,0%	8,2%	9,0%	4,5%	8,2%	5,1%	8,0%
2000	8,2%	6,4%	7,4%	9,0%	9,4%	5,1%	8,8%	5,7%	8,8%
2005	9,2%	7,6%	8,1%	10,2%	10,1%	5,7%	9,6%	6,5%	9,9%
2010	10,6%	9,1%	9,1%	11,9%	11,1%	6,5%	10,5%	7,9%	11,5%
2015	12,4%	11,3%	10,3%	14,0%	12,4%	7,5%	11,6%	10,0%	13,5%
2020	14,5%	13,7%	11,4%	16,2%	13,6%	8,4%	13,0%	13,5%	15,8%
2025	16,7%	16,5%	13,0%	18,5%	15,4%	9,7%	14,4%	17,4%	18,2%
2030	18,9%	19,0%	14,6%	20,5%	17,3%	11,1%	15,9%	20,7%	20,4%
2035	20,4%	21,0%	16,1%	22,0%	18,9%	12,5%	17,4%	23,1%	22,0%
2040	22,0%	23,1%	17,6%	23,5%	20,7%	14,0%	19,0%	24,9%	23,6%
2045	24,0%	25,4%	19,4%	25,2%	22,8%	15,5%	20,8%	26,6%	25,3%
2050	26,2%	27,8%	21,2%	26,9%	25,0%	17,1%	22,5%	28,3%	26,9%

Fuente: proyecciones DANE con base en la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018.

De igual manera, el análisis por ciudades permite observar que el incremento de la población de 60 años y más es evidente en cada una de las ciudades (Tabla 2). No obstante, cada ciudad presenta una

intensidad diferente, por ejemplo, Bogotá y Quibdó registraron la misma proporción de personas mayores en 1985, pero para 2035 la brecha se ampliará, mientras que en Bogotá el 21% de la población será

mayor de 60 años y más, en Quibdó será de 13%. También es de resaltar ciudades como Manizales, Armenia y Pereira, las cuales cuentan con alta participación de

personas mayores en el periodo analizado. Por otro lado, ciudades como Riohacha, Florencia y Valledupar presentan menores proporciones de personas mayores.

Tabla 2. Proporción de población de 60 años o más por ciudades. Quinquenal, 1985-2050

CLASIFICACIÓN DE DNP POR EDAD PROMEDIO		1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Mayores	Bogotá, D.C.	5,1%	5,3%	5,8%	6,4%	7,6%	9,1%	11,3%	13,7%	16,5%	19,0%	21,0%
	Medellín	7,2%	7,5%	8,2%	8,9%	10,2%	11,7%	13,3%	15,5%	17,9%	20,1%	21,7%
	Manizales	7,0%	7,7%	8,5%	9,4%	10,9%	13,2%	16,2%	19,3%	22,2%	24,7%	26,5%
	Pereira	7,1%	7,3%	7,9%	8,8%	10,3%	12,4%	15,1%	18,3%	21,2%	23,8%	25,6%
	Bucaramanga	8,6%	8,6%	9,0%	9,4%	10,2%	11,5%	13,2%	15,5%	18,1%	20,9%	23,2%
	Tunja	5,4%	5,7%	6,3%	7,0%	7,8%	8,8%	10,7%	12,2%	14,1%	16,3%	18,4%
Maduras	Cali	7,0%	7,4%	8,0%	8,7%	9,9%	11,5%	13,7%	16,3%	18,7%	21,1%	22,9%
	Armenia	7,2%	7,9%	8,7%	9,8%	11,4%	13,7%	16,6%	19,6%	22,1%	24,4%	26,0%
Adultas	Ibagué	6,9%	6,9%	7,8%	9,0%	10,5%	12,2%	14,3%	16,6%	19,2%	21,6%	23,5%
	Neiva	6,5%	6,7%	7,1%	8,0%	8,9%	9,9%	11,4%	13,4%	15,4%	17,6%	19,4%
	Popayán	7,7%	8,4%	9,1%	9,8%	10,4%	11,4%	12,8%	14,9%	17,1%	19,4%	21,4%
	Pasto	8,3%	8,7%	9,1%	9,5%	10,1%	11,3%	13,0%	15,4%	17,7%	20,5%	23,1%
Grandes y Jóvenes	Cartagena	6,8%	6,9%	7,3%	7,7%	8,3%	9,2%	10,6%	11,9%	13,6%	15,6%	17,2%
	Cúcuta	7,5%	7,6%	8,0%	8,5%	9,3%	10,2%	11,5%	12,3%	14,5%	16,7%	18,6%
	Barranquilla	6,8%	6,8%	7,1%	7,6%	9,0%	10,3%	12,3%	13,8%	16,1%	18,4%	20,4%
	Villavicencio	5,7%	5,7%	6,2%	6,9%	7,6%	8,6%	10,0%	12,2%	14,6%	17,1%	19,2%
Adolescentes	Sincelejo	5,9%	6,0%	6,4%	7,2%	8,4%	9,5%	10,7%	11,9%	13,5%	15,4%	17,0%
	Florencia	5,7%	5,7%	6,1%	6,5%	7,2%	8,1%	9,4%	10,5%	12,0%	13,5%	14,9%
	Montería	6,4%	6,7%	7,1%	7,8%	8,5%	9,6%	10,9%	12,1%	14,0%	16,0%	17,7%
	Valledupar	4,6%	4,8%	5,3%	5,5%	6,2%	7,2%	8,5%	9,3%	10,8%	12,6%	14,4%
	Santa Marta	6,0%	6,6%	7,1%	7,4%	7,7%	8,6%	9,9%	10,9%	12,5%	14,3%	16,0%
Embrionarias	Riohacha	5,2%	4,3%	4,4%	6,0%	6,0%	6,4%	6,5%	7,1%	8,3%	9,3%	10,4%
	Quibdó	5,0%	4,7%	5,4%	6,1%	6,4%	7,0%	7,9%	9,3%	10,9%	12,2%	13,4%

Fuente: proyecciones DANE con base en la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018.

La clasificación de las ciudades por edad media de su población es desarrollada por el Departamento Nacional de Planeación. Para mayor detalle consultar:

https://osc.dnp.gov.co/administrator/components/com_publicaciones/uploads/Misin_Sistema_de_Ciudades.pdf

1.4.1.3. Etnia

La pertenencia a un grupo étnico es una característica que permite observar las dinámicas socioculturales de una población. En Colombia, el 11% de la población colombiana se autorreconoce como perteneciente a uno de los cinco grupos: Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a); Indígena, Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Palenquero(a) de San Basilio de Palenque y Gitano(a) o Rrom. Los dos primeros concentran, respectivamente, el 60% y 38% de la población étnica y representan el 6% y 4% de la población total (DANE, 2019).¹

Respecto a la composición etaria, la población de 60 años o más identificada en el Censo Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018 que pertenece a un grupo étnico obedece al 6,5% de la población (319.716 individuos). De ellos, más de la mitad (64,6%) se identificaron como afrodescendiente, seguido de un 34,5% como indígena y solo un 0,6% como raizal, 0,2% palenquero y gitano (Rom) 0,1% (Cubillos y otros, 2020).

Huenchuan (2018) señala que, de los países de América Latina, el envejecimiento todavía no es una característica

de las poblaciones con pertenencia étnica en Colombia. No obstante, es importante mencionar que la concepción del envejecimiento en términos culturales y morales difieren en cada uno de los grupos étnicos, obedeciendo a la estructura social que cada grupo define (Huenchuan, 2018).

1.4.1.4. Migración

Como se ha mencionado, la migración tiene implicaciones en el cambio demográfico de una población, a pesar de que sus tendencias pueden ser impredecibles, heterogéneas y coyunturales (Chackiel, 2004; Huenchuan, 2009; Huenchuan, 2018). En Colombia, el fenómeno migratorio internacional desde la década de 1990 deja saldos negativos, es decir, es mayor la cantidad de personas que emigra con respecto a quienes inmigran (Figura 13). Asimismo, la cantidad de emigrantes crece cada vez más, en 1990 la cifra fue un poco más de 1 millón de individuos y en 2019, casi se triplica (ONU, 2019).² Como proporción de la población total colombiana, las personas emigrantes pasaron de representar el 3% en 1990 a superar el 5% para 2019. La población inmigrante, por su

1. La población que se autorreconoce como perteneciente a los grupos étnicos se distribuyen a lo largo del territorio nacional; sin embargo, se concentra en determinados departamentos. Según DANE (2019), el grupo étnico Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a) se concentra principalmente en Valle del Cauca y Chocó, el grupo Indígena se encuentran en La Guajira, Cauca y Nariño. Aquellos que se reconocen como Gitano (a) o Rom están asentados mayoritariamente en Bogotá y Santander, mientras que los Palenqueros(as) de San Basilio están Bolívar y Atlántico. La población Raizal se concentra principalmente en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y en menor medida en Bogotá.

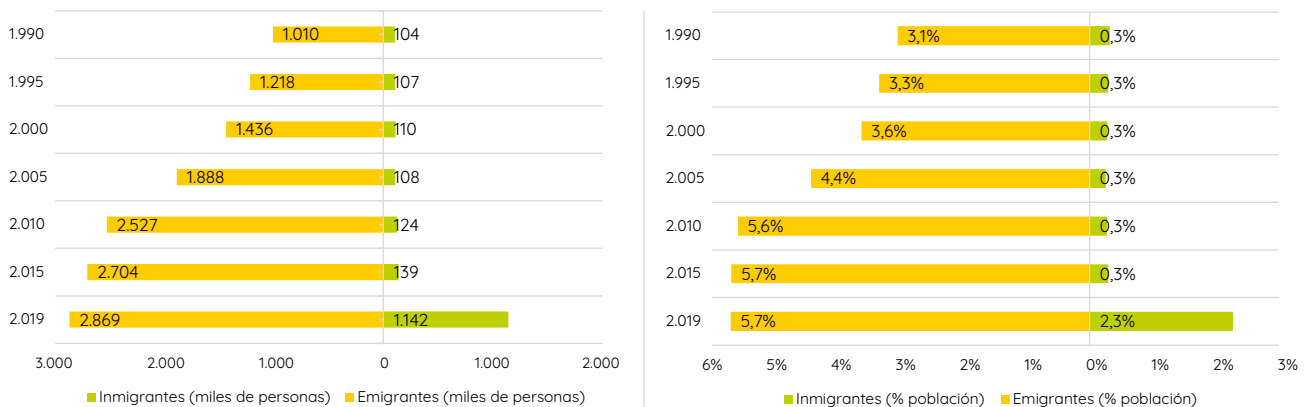
2. El número de emigrantes en 1990 fue igual a 1.009.935, en 2019 fue de 2.869.000 (UNAF, 2019a).

parte, durante el periodo 1990-2015 no superó las cien mil personas, mientras que para 2019 la cifra creció considerablemente hasta sobrepasar el millón, es

decir, el 2,3% de la población total. Para ese mismo año, el 92% de la población inmigrante provenía del país vecino Venezuela ³ (ONU, 2019).

Figura 13. Migración en Colombia. Quinquenal 1990-2019

(Panel A: Migración en términos absolutos. Panel B: Migración en términos relativos)



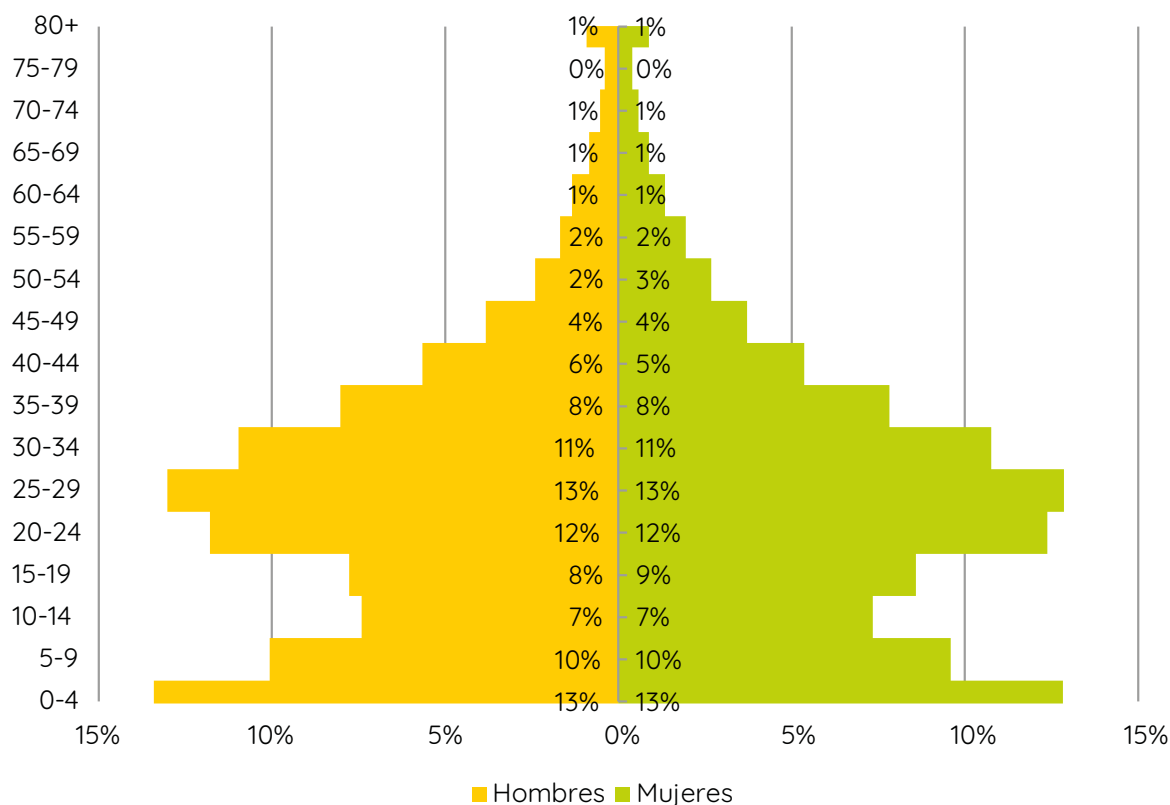
Fuente: Naciones Unidas, 2019a.

En relación con la población emigrante, la Figura 14 exhibe su composición por edad y sexo. La participación por sexo es proporcionalmente equivalente, las mujeres representan el 51% y los hombres el 49%. Por su parte, la es-

tructura etaria revela el predominio del grupo 20-34 años con un 36%, seguido de la población infantil entre 0-9 años (23%), lo que podría estar explicado por la emigración de familias con hijos menores. Dado lo anterior, valdría la pena

3. La Encuesta de Pulso de la Migración (EPM) realiza la caracterización sociodemográfica de los inmigrantes venezolanos, encontrando que para 2021 la composición por sexo es similar, el 51% corresponde a hombres y el 49% a mujeres. La estructura etaria muestra que predomina las personas en edad adulta (25-54 años) concentrando el 63,4% del total, le sigue quienes están en el grupo 15-24 años con un 27,4% y la población mayor de 55 años corresponde al 9,2% (DANE - Encuesta Pulso de la Migración, 2022).

Figura 14. Emigrantes por sexo y edad en Colombia, 2018



Fuente: Censo 2018

preguntar si la composición etaria y por sexo de la población emigrante influye significativamente en el cambio demográfico hacia una población envejecida. De acuerdo con Álvarez (2020), la migra-

ción en términos relativos en Colombia es baja, por lo que, en un escenario hipotético con un saldo migratorio nulo, las proyecciones de envejecimiento resultarían aproximadamente inalterables.⁴

4. La Encuesta de Pulso de la Migración (EPM) realiza la caracterización sociodemográfica de los inmigrantes venezolanos, encontrando que para 2021 la composición por sexo es similar, el 51% corresponde a hombres y el 49% a mujeres. La estructura etaria muestra que predomina las personas en edad adulta (25-54 años) concentrando el 63,4% del total, le sigue quienes están en el grupo 15-24 años con un 27,4% y la población mayor de 55 años corresponde al 9,2% (DANE - Encuesta Pulso de la Migración, 2022).

1.4.1.5. Relación de dependencia

La relación de dependencia calcula el número de personas menores de 15 años y mayores de 60 años con respecto a las personas entre 15 y 59 años, es decir, relaciona la población potencialmente dependiente con la población potencialmente activa. La relación de dependencia también puede ser desglosada para menores de 15 años y para mayores de 60 años. Este indicador de la estructura etaria de la población permite un acercamiento al soporte social requerido por la población joven y adulta que debe ser brindado por la población activa.

En Colombia, la tasa de dependencia ha disminuido en los últimos años, tanto en el agregado nacional, como en las zonas rurales y urbanas (Figura 15). La disminución de la relación de dependencia total y el tiempo que se tarde en esta fase constituye el bono demográfico, esto es, la oportunidad de acumulación de capital humano y crecimiento económico permitido por niveles altos de productividad laboral, entre otros factores (Álvarez, 2020; Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015; Cotlear, 2011). No obstante, se observa un punto mínimo de la relación de dependencia en 2017, a partir de ahí el indicador crece. Es decir, que ya nos encontramos transitando en una fase que se conoce como impuesto demográfico (CEPAL,

2014), puesto que, a diferencia de la fase de bono demográfico, la tasa de dependencia presenta un crecimiento. Lo anterior implica que debemos estar asignando más recursos para los requerimientos de la población dependiente.

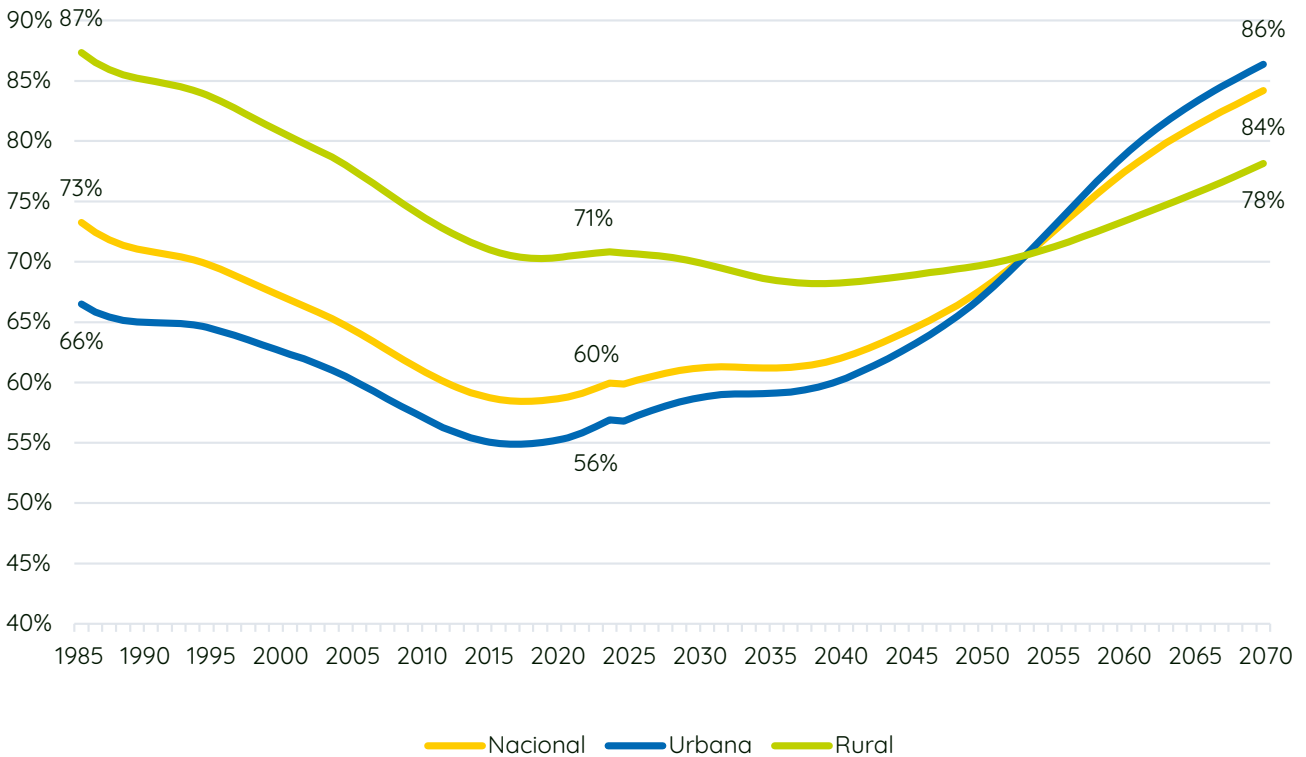
No obstante, se debe señalar que no hay una definición exacta sobre los límites temporales del bono demográfico, Saad, y otros. (2012) consideran que el bono demográfico está vigente mientras la relación de dependencia se mantenga por debajo del 66%. En 2022, Colombia presenta una relación de dependencia del 60% indicando que por cada 100 personas en edad activa (15-59 años) hay 60 personas económicamente dependientes. Hacia el año 2048 se proyecta que el bono demográfico se agota y supondría un reto en términos de política pública relacionadas con protección social en pensiones, salud, educación y cuidado.

Ahora bien, en la zona rural la tasa de dependencia fue elevada (87%) para 1985, mientras que la zona urbana registró una tasa de dependencia del 66%. Para 2022, la relación de dependencia en la zona urbana y rural es de 56% y 71%, respectivamente (Figura 15). Las proyecciones para finales del siglo apuntan hacia un crecimiento de la relación de dependencia en cada una de las zonas, no obstante, se desdibuja el comportamiento dependiente de la zona rural, en 2070 la tasa de dependencia de

la zona urbana alcanzará un 83% mientras que en la zona rural será de 76%. La

zona rural presenta un proceso de envejecimiento tardío respecto a la zona urbana.

Figura 15. Evolución de la relación de dependencia, 1985-2070



Fuente: proyecciones DANE con base en la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018.

La Figura 16 exhibe la tendencia de la relación de dependencia de población menor (menores de 15 años) y adulta mayor (mayores de 60 años). En el siglo pasado, la dependencia de menores fue un determinante en la evolución de la dependencia total, lo cual indica que, por cada 100 personas en edad activa, 70 corresponden a edades

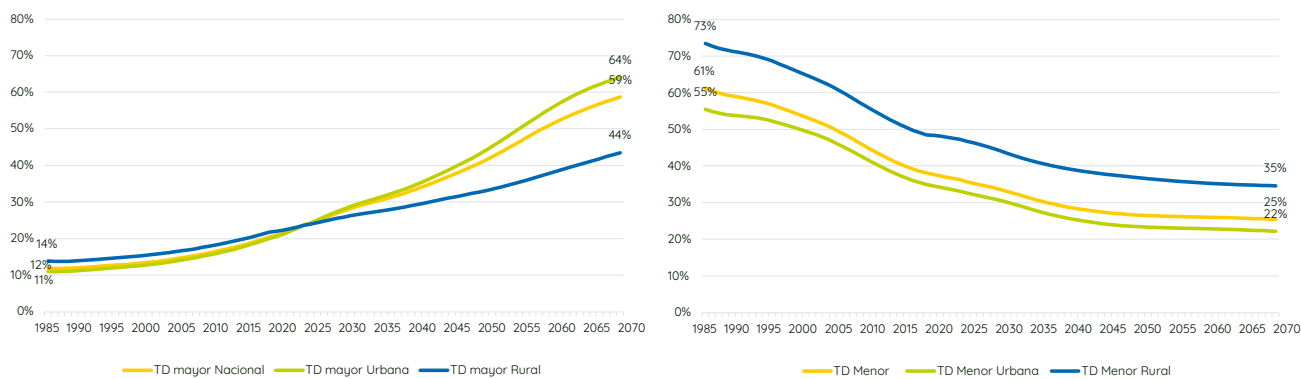
inactivas y, de esas, 58 son menores de 15 años. La elevada tasa de fecundidad en este periodo fue un factor relevante para que la población menor tuviera más preponderancia en la sociedad. No obstante, su participación decae considerablemente, en 2020 la dependencia menor se sitúa en 37% y corresponde al 63% de la dependen-

cia total. Las estimaciones para finales del siglo indican que la dependencia de menores se reducirá al 25%, es decir, el 30% de la dependencia total. Los cambios culturales y de normas sociales, la inserción de las mujeres al mercado laboral y la disminución de la mortalidad infantil explican este cambio de tendencia en la población (Álvarez, 2020; Huenchuan, 2018). Por zonas, la dependencia de menores es más elevada en la zona rural que en la zona urbana, esto indica que los factores antes mencionados no han permeado con totalidad las dinámicas en la zona rural.

La dependencia de mayores, por su parte, presenta una tendencia de crecimiento. Mientras que antes de la década del 2000 la cifra no superaba el 13%, a partir de 2017 alcanza el 20% y crecerá a un ritmo que le

permitirá superar el 50% para la década de 2060. Asimismo, su participación en el total será cada vez más importante, de tal forma que para 2070, el 70% de las personas en edad de dependencia corresponden a personas mayores de 60 años. Esta tendencia implica retos importantes en materia de política pública, porque las demandas en salud, cuidado, necesidades económicas de la población mayor aumentarán. Desde una perspectiva de zonas, durante el periodo 1985-2020 el indicador se comportó de manera similar para ambas zonas. A partir del 2020 la zona rural presenta un relativo estancamiento frente a la zona urbana, este comportamiento se conserva, de tal forma que, para 2070 se estima una dependencia adulta del 44% para la zona rural mientras que para la zona urbana será del 64%.

Figura 16. Evolución de la relación de dependencia de la población mayor y menor, 1985-2070



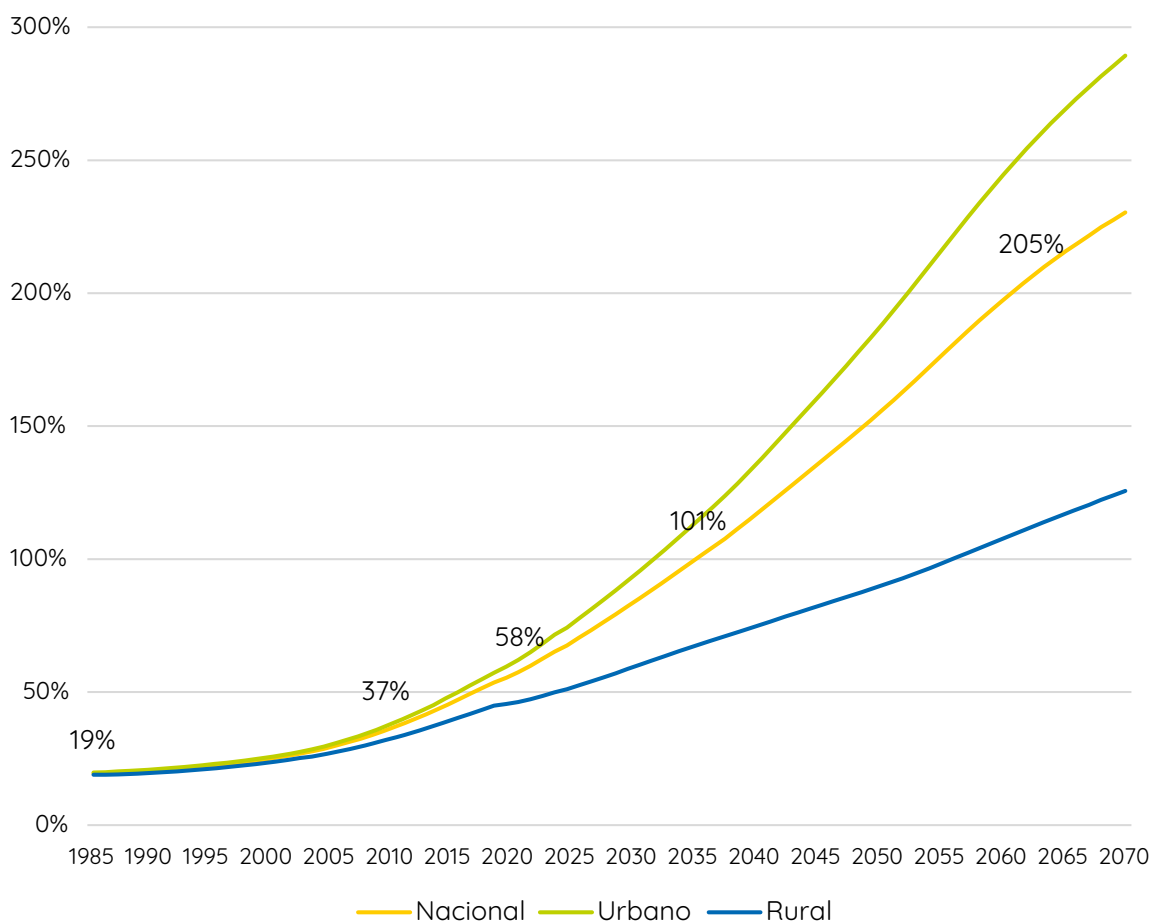
Fuente: proyecciones DANE con base en la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018. Tasa de Dependencia (TD).

1.4.1.6. Índice de envejecimiento

El índice de envejecimiento calcula la proporción de personas mayores de 60 años en la población menor de 15 años, de esta forma refleja la capacidad de reemplazo de una población. Es decir, un índice bajo de envejecimiento (la población menor de 15 años es más alta que la población mayor de 60 años) implica que las

personas menores de 15 años podrán reemplazar a los mayores de 60 años en el futuro. En cambio, si el índice de envejecimiento es alto, las personas menores de 15 años no podrán reemplazar a quienes son mayores de 60 años. Este indicador resulta particularmente importante para ajustar las ofertas sociales ante la preponderancia de la población mayor (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015).

Figura 17. Evolución del índice de envejecimiento, 1985-2070



Fuente: proyecciones DANE con base en la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018.

La evolución del índice de envejecimiento a nivel nacional y desagregado por zona se muestra en la Figura 17. Durante el periodo de 1985-2000 el índice de envejecimiento nacional se comportó relativamente estable, fluctuando entre 19-25%. En las dos décadas siguientes, el indicador presentó un crecimiento sostenido: pasó de 37% en 2010 a 58% en 2020. Para 2035 se estima que el índice de envejecimiento superará el 100% y a partir de 2060 superará el 200%, es decir, en Colombia se tendrán más de 200 adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes. El análisis por zona muestra diferencias, a pesar de que al inicio del periodo de estudio presentan una cifra similar. Por el fenómeno migratorio interno, la zona urbana mostrará un índice de envejecimiento superior al 100% en el 2032, dos décadas más tarde sobrepasará el 200%. Por su parte, la zona rural revela un crecimiento tardío, en 2056 alcanzará el 100% y para 2070 se estima un valor de 126%. En otras palabras, la zona urbana tendrá cada vez menos capacidad de renovar su población.

1.4.1.7. Índice de envejecimiento y relación de dependencia por regiones y ciudades

El índice de envejecimiento se ha comportado de manera heterogénea dentro del país (Tabla 3). En 2020, la región Cen-

tral, Bogotá y Valle del Cauca presentaron los índices más altos con respecto a las demás regiones (69-72%). Bogotá presenta un comportamiento distintivo, entre 1985 y 2020 el índice de envejecimiento creció alrededor de 4 veces y se espera que para 2050 se tendrán 218 adultos mayores por cada 100 niños. Como contraparte de tal envejecimiento acelerado, se resalta a la región Orinoquía-Amazonía, en 1985 el indicador se situó en 8%, para 2020 alcanzó un 28% (2 veces más) y para 2050 se espera 83 adultos por cada 100 niños.

En términos de dependencia, todas las regiones en 1985 presentaban altas tasas de dependencia, fluctuando entre 65-100%. A partir de entonces se observa una disminución con un punto mínimo entre 2015 y 2020. Como excepciones están las regiones San Andrés, Valle del Cauca y Orinoquía-Amazonía, las dos primeras presentarán el valor mínimo antes que las demás (2010) y la segunda en 2040 siendo la última región en exhibir esta tendencia. Después del 2020, las regiones tendrán un aumento del indicador hasta llegar a valores similares a los observados en 1985. Las regiones que presentaron tasas de dependencia muy altas en 1985, no podrán superarlas para 2050 (Orinoquía-Amazonía, Pacífica y Caribe), se trata de regiones jóvenes con un proceso de envejecimiento lento. De otro

lado, las regiones con valores bajos en 1985 superarán las tasas de dependencia en 2050 demostrando un proceso de envejecimiento avanzado, este es el caso para Valle del Cauca, Bogotá y Antioquia.

Para el análisis de la tasa de dependencia e índice de envejecimiento en las ciudades se comparan los años 2005, 2018, 2035 (Tabla 4). En primer lugar, la tasa de dependencia en todas las ciudades disminuye entre 2005-2018, pero se espera un incremento entre 2018-2035, esto se debe a que la dependencia de menores de 15 años disminuye, pero la dependencia de mayores de 60 años incrementa y este aumento compensa la disminución de la anterior presionando al alza la tasa de dependencia total. Aunque todas las ciudades siguen esta tendencia, se observan

particularidades, por ejemplo, Armenia presentará para 2035 una tasa de dependencia de mayores del 44% mientras que para la población menor será de 22%, es decir, la brecha será considerablemente alta a favor de la población mayor; por su parte, Quibdó mantendrá una relación de dependencia de menores más alta (35%) que la de mayores (15%). En segundo lugar, el índice de envejecimiento también presenta un crecimiento en todas las ciudades, pero se acentúa más en unas que en otras. Por ejemplo, en 2035 Armenia tendrá 203 personas mayores por cada 100 niños, mientras que Riohacha tendrá 28 mayores por cada 100 niños. El envejecimiento de la población colombiana es evidente, pero el comportamiento dentro del país es heterogéneo.

Tabla 3. Tasa de dependencia e índice de envejecimiento por región. Quinquenal, 1985-2050

Año	Antioquia	Bogotá	Caribe	Central	Oriental	"Orinoquía - Amazonía"	Pacífica	San Andrés	Valle del Cauca
Tasa de dependencia									
1985	65,7%	65,4%	81,6%	72,0%	75,2%	100,9%	83,3%	74,2%	65,1%
1990	65,3%	64,3%	77,5%	69,3%	72,8%	91,0%	81,2%	71,0%	63,1%
1995	66,7%	63,4%	74,4%	67,0%	71,1%	83,7%	78,3%	67,3%	62,5%
2000	65,2%	60,9%	71,1%	64,9%	68,5%	78,7%	74,2%	60,4%	61,3%
2005	61,8%	56,6%	69,0%	63,6%	65,5%	75,3%	70,0%	53,0%	60,6%
2010	57,2%	51,2%	66,9%	61,5%	61,6%	71,2%	65,7%	48,5%	60,0%
2015	54,5%	47,5%	65,3%	61,1%	58,7%	66,7%	62,5%	49,3%	61,0%
2020	55,3%	48,4%	63,6%	63,1%	58,5%	62,9%	61,6%	56,0%	63,5%
2025	57,2%	51,6%	63,2%	65,9%	59,9%	61,1%	61,7%	63,5%	65,7%
2030	59,1%	54,9%	62,2%	67,8%	60,7%	59,7%	62,0%	68,2%	67,4%
2035	59,7%	57,3%	60,4%	67,9%	60,4%	58,4%	61,9%	68,7%	67,4%
2040	61,1%	60,1%	60,0%	68,9%	61,4%	57,9%	63,0%	69,3%	68,0%
2045	64,3%	63,7%	61,2%	71,3%	64,4%	58,6%	65,3%	71,3%	69,9%
2050	68,6%	68,2%	63,5%	74,5%	68,4%	60,2%	68,0%	73,8%	72,5%
Índice de envejecimiento									
1985	20%	15%	17%	20%	24%	8%	21%	14%	21%
1990	21%	16%	18%	22%	26%	9%	21%	14%	23%
1995	23%	18%	20%	25%	28%	11%	23%	14%	26%
2000	26%	20%	22%	30%	30%	13%	26%	18%	30%
2005	32%	26%	25%	36%	34%	15%	30%	23%	36%
2010	41%	37%	29%	46%	41%	19%	36%	32%	44%
2015	54%	54%	35%	58%	50%	23%	43%	43%	55%
2020	68%	72%	41%	72%	58%	28%	52%	60%	69%
2025	85%	94%	50%	87%	70%	34%	61%	81%	85%
2030	103%	115%	62%	103%	84%	42%	71%	105%	103%
2035	120%	136%	75%	119%	101%	51%	83%	130%	121%
2040	138%	160%	89%	136%	120%	61%	96%	155%	139%
2045	159%	189%	104%	153%	139%	72%	111%	178%	159%
2050	182%	218%	120%	169%	159%	83%	125%	200%	178%

Fuente: proyecciones DANE con base en la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018.

Tabla 4. Tasa de dependencia e índice de envejecimiento por ciudades, 2005-2035

CLASIFICACIÓN DE DNP POR EDAD PROMEDIO		Tasa de dependencia			Tasa de dependencia demográfica						Índice de envejecimiento		
		2005	2018	2035	Menores 15 años			Mayores 65 años			2005	2018	2035
Mayores	Bogotá, D.C.	50,5%	38,7%	45,3%	43,0%	27,0%	22,5%	7,5%	11,7%	22,8%	17,5%	43,5%	101,5%
	Medellín	46,2%	40,1%	46,6%	36,1%	26,3%	22,0%	10,1%	13,8%	24,7%	27,9%	52,3%	112,4%
	Manizales	43,1%	41,3%	53,2%	32,5%	23,8%	21,4%	10,6%	17,5%	31,8%	32,4%	73,5%	148,2%
	Pereira	47,4%	43,8%	54,0%	37,3%	26,9%	23,4%	10,2%	16,9%	30,7%	27,3%	62,7%	131,2%
	Bucaramanga	47,5%	42,6%	48,7%	37,0%	28,1%	22,7%	10,4%	14,5%	26,0%	28,2%	51,7%	114,4%
	Tunja	43,7%	41,4%	42,4%	36,3%	30,9%	24,0%	7,5%	10,4%	18,4%	20,6%	33,7%	76,7%
Maduras	Cali	50,9%	47,8%	51,8%	40,6%	32,3%	25,1%	10,3%	15,6%	26,8%	25,3%	48,3%	106,7%
	Armenia	66,7%	56,3%	65,9%	51,9%	31,4%	21,7%	14,8%	24,9%	44,1%	28,4%	79,5%	202,9%
Adultas	Ibagué	49,5%	45,0%	49,8%	38,7%	29,1%	22,6%	10,8%	15,9%	27,1%	27,9%	54,4%	120,0%
	Neiva	55,9%	51,3%	50,5%	46,4%	38,8%	29,0%	9,4%	12,6%	21,5%	20,3%	32,5%	74,1%
	Popayán	50,7%	42,1%	46,5%	39,9%	28,2%	22,9%	10,8%	13,9%	23,6%	27,1%	49,1%	102,9%
	Pasto	49,9%	41,1%	45,2%	39,7%	26,8%	20,3%	10,3%	14,3%	24,9%	25,9%	53,2%	122,7%
Grandes y Jóvenes	Cartagena	56,9%	49,1%	46,6%	47,8%	37,8%	28,3%	9,0%	11,3%	18,3%	18,9%	29,9%	64,9%
	Cúcuta	54,9%	47,4%	46,1%	44,8%	35,3%	26,3%	10,1%	12,0%	19,8%	22,5%	34,0%	75,2%
	Barranquilla	52,6%	48,7%	49,5%	43,1%	35,2%	26,6%	9,5%	13,5%	22,9%	22,1%	38,2%	86,3%
	Villavicencio	55,1%	44,9%	45,1%	47,2%	34,0%	24,8%	7,9%	10,9%	20,3%	16,7%	31,9%	81,9%
Adolescentes	Sincelejo	54,8%	50,5%	46,7%	46,0%	38,9%	28,6%	8,8%	11,6%	18,1%	19,1%	29,9%	63,4%
	Florencia	60,2%	50,5%	44,0%	52,4%	40,2%	28,6%	7,8%	10,3%	15,4%	15,0%	25,6%	53,9%
	Montería	53,5%	48,9%	48,0%	44,7%	37,5%	29,0%	8,8%	11,4%	19,0%	19,8%	30,3%	65,7%
	Valledupar	61,6%	53,3%	45,6%	55,0%	44,1%	30,9%	6,6%	9,2%	14,6%	12,1%	20,8%	47,3%
	Santa Marta	56,9%	49,5%	43,3%	55,0%	44,1%	30,9%	6,6%	9,2%	14,6%	12,1%	20,8%	47,3%
Embrionarias	Riohacha	71,8%	64,5%	49,1%	65,1%	57,4%	38,3%	6,7%	7,1%	10,8%	10,3%	12,3%	28,1%
	Quibdó	68,7%	61,2%	49,8%	61,1%	51,9%	35,1%	7,6%	9,3%	14,7%	12,4%	17,9%	41,7%

Fuente: DANE (2020) Proyecciones y retroproyecciones de población municipal para el periodo 1985-2017 y 2018-2050 con base en la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018.⁵ La clasificación de las ciudades por edad media de su población es desarrollada por el Departamento Nacional de Planeación.

5. Para mayor detalle consultar: https://osc.dnp.gov.co/administrator/components/com_publicaciones/uploads/Misin_Sistema_de_Ciudades.pdf

1.4.1.8. Envejecimiento doméstico

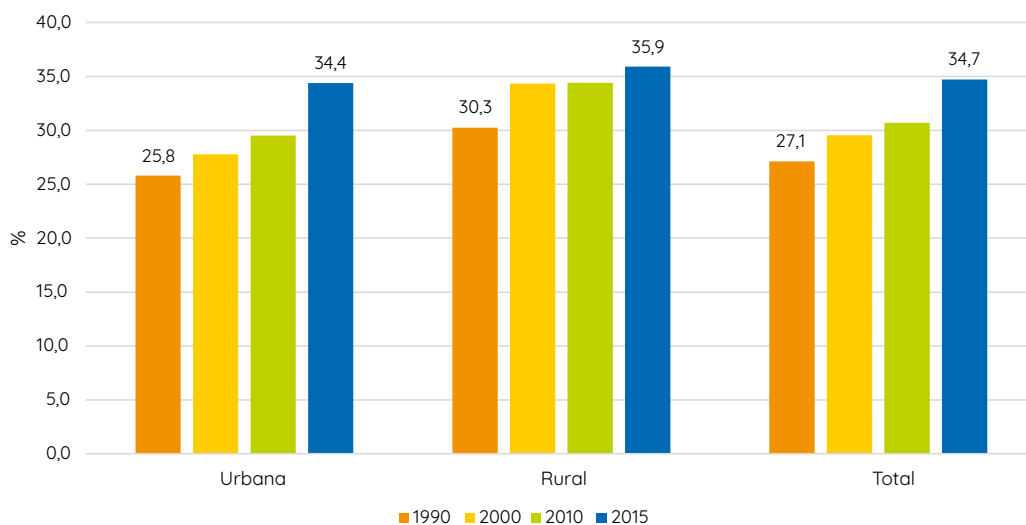
La transición demográfica ha estado acompañada por cambios en la conformación de hogares (Fernández y Velarde, 2014; Flórez y Soto, 2016). No solo se observa, en promedio, un tamaño menor de los hogares colombianos (4.9 miembros en 1990 y en 2015, 3.5; ENDS 1990, 2015), sino también diversas configuraciones domésticas en la medida que distintas generaciones conviven en un mismo espacio y tiempo.

El envejecimiento de la población colombiana ha traído consigo un envejecimiento de los hogares. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del Ministerio de Salud, en el año 2015, el 34,7% de los hogares contaba con

al menos un miembro de 60 años o más, esto implicó un aumento del 28% en relación con la cifra registrada en el año 1990 (27,1%) (Figura 18). El panorama de América Latina es similar, según Huenchuan (2018) en los países con etapas moderadas de envejecimiento, 1 de cada 4 hogares cuenta con una o más personas mayores como residente, y en los países con envejecimiento avanzado, la proporción es mayor (35%).

Desagregando por zonas, se observa que la zona rural presenta una leve proporción inferior de hogares con PM para el año 2015 (Figura 18). Por su parte, la tendencia a partir de la década de 1990 en ambas zonas ha sido hacia el crecimiento, siendo el aumento más acentuado en las zonas urbanas.

Figura 18. Evolución de los hogares con al menos un miembro mayor de 60 años, por zonas y total, 1990-2015

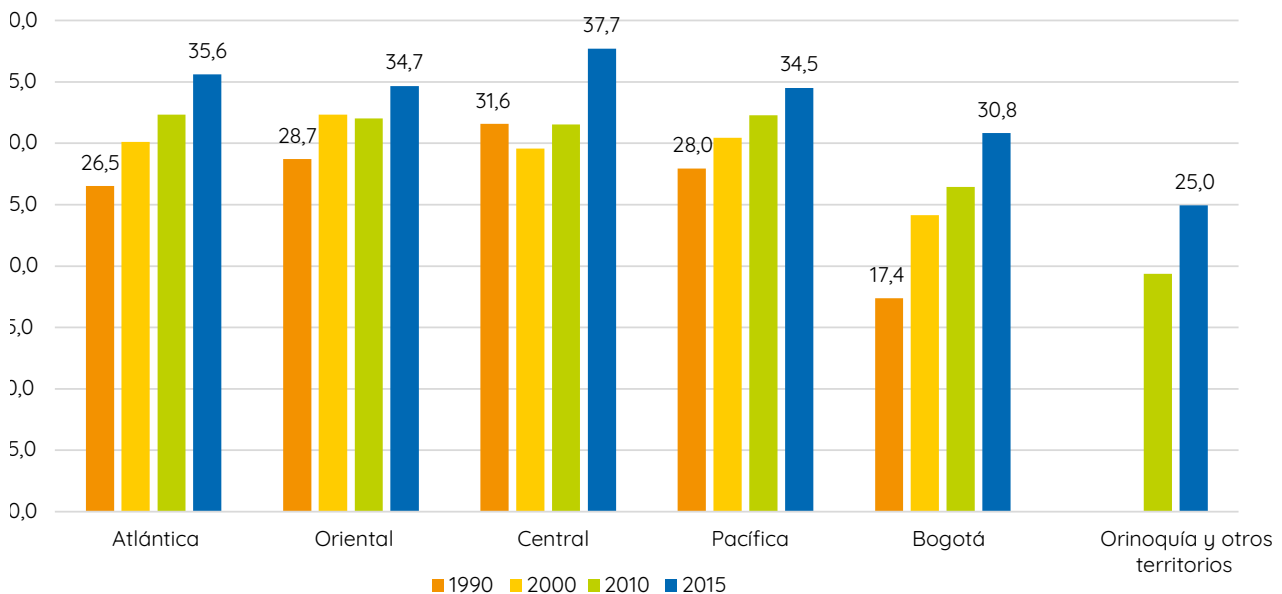


Fuente: DANE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 1990, 2000, 2010, 2015.

En cuanto a la proporción de hogares con al menos un miembro con 60 años o más, la Figura 19 exhibe el comportamiento de seis regiones colombianas. En la región Central, la proporción de hogares con participación de personas mayores es más alta con respecto a las demás regiones, la cifra asciende aproximadamente a 38% para el año 2015.

La región Orinoquía-Amazonía presenta la proporción más baja comparándose con las demás regiones para este año, lo cual señala que se trata de una región relativamente joven. Bogotá ha presentado un incremento significativo de hogares con PM, la proporción de hogares con al menos un miembro de PM paso de 17.4% en 1990 a 30.8% en 2015.

Figura 19. Evolución de los hogares con al menos un miembro mayor de 60 años por región, 1990-2015

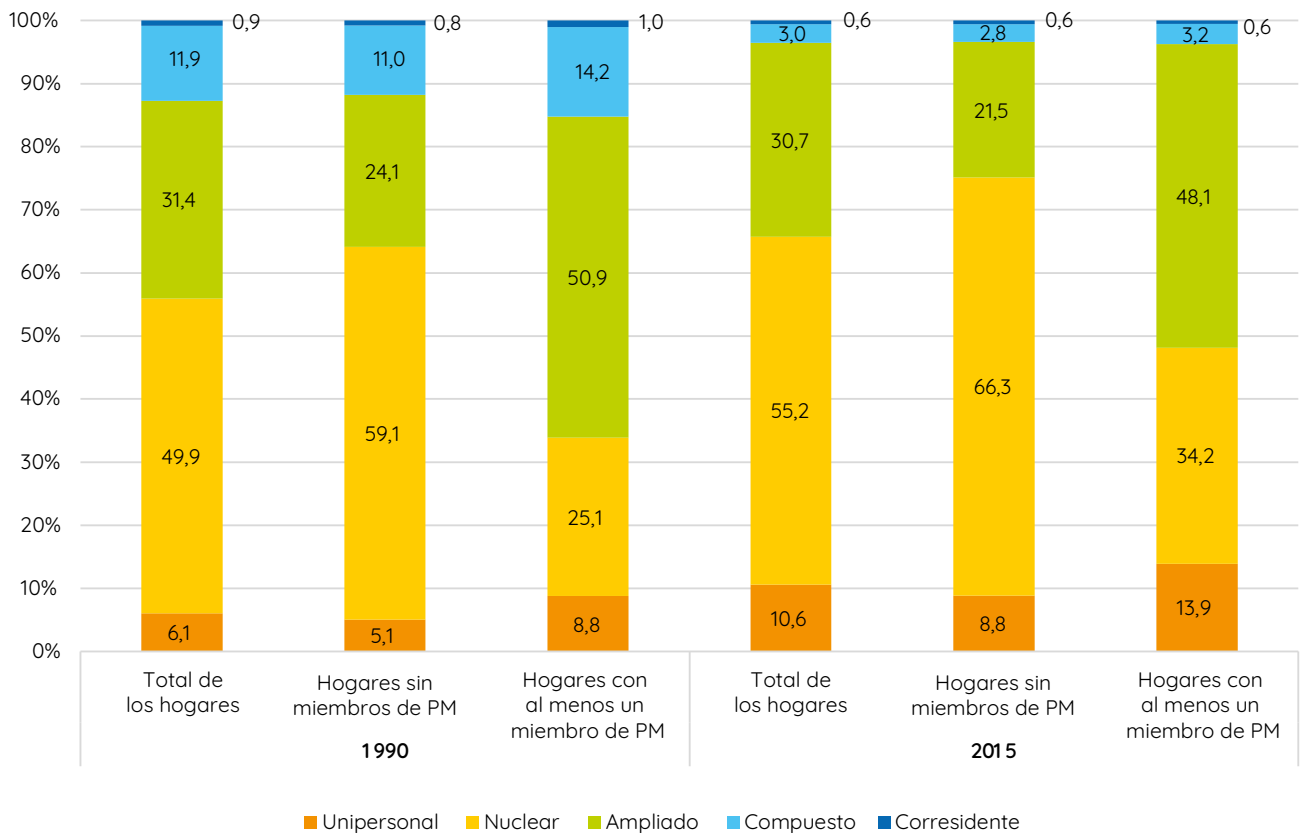


Fuente: DANE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 1990, 2000, 2010, 2015.

El envejecimiento dentro del hogar resulta particularmente importante en la creación y ejecución de estrategias de políticas públicas para la PM, puesto que estas no solo tienen un impacto para las personas en este grupo etario, sino que tienen repercusiones para los hogares que habitan (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015). Los hogares presentan diferentes tipos de configura-

ciones domésticas (nuclear, ampliado, compuesto, unipersonal y corresidente), en los cuales, los hogares nucleares son el arreglo doméstico predominante entre el total de configuraciones de los hogares (Figura 20). No obstante, se observa que los hogares unipersonales han aumentado su peso relativo en el total de hogares en el periodo 1990-2015, pasando de 6.1% a 10.6% en este periodo.

Figura 20. Distribución de la configuración doméstica para hogares con y sin personas mayores, 1990-2015



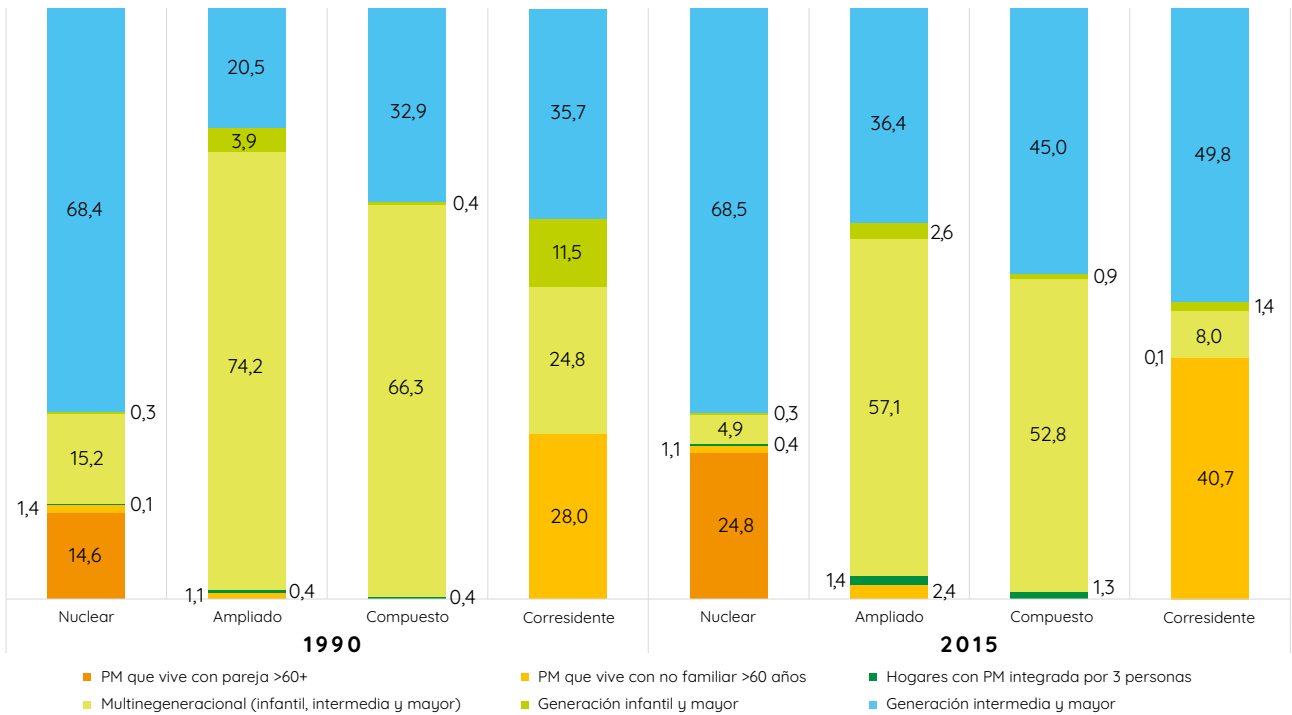
Fuente: DANE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 1990, 2000, 2010, 2015.

El aumento de los hogares unipersonales en el total de hogares se debe en parte por el comportamiento de los hogares con adultos mayores. En el 2015, aproximadamente el 13,9% de hogares con al menos un miembro con 60 años o más correspondía a hogares unipersonales, mientras que el 8,8% eran hogares unipersonales con menos de 60 años (Figura 20). Por otra parte, el porcentaje de hogares compuestos disminuyó significativamente, pasando de 11,9% en 1990 a 3% en 2015. Entre estos hogares, aquellos integrados por al menos una persona mayor han sido los que presentaron una disminución más expresiva (14,2% en 1990, 3,2% en 2015). Los hogares nucleares son la configuración predominante entre los hogares sin PM, mientras que los hogares ampliados, aquellos que incluyen parientes y no parientes, representan aproximadamente la mitad de los hogares con PM.

Examinando en detalle la conformación de hogares con PM (Figura 21), de los hogares nucleares con solo PM, el arreglo doméstico más sobresaliente corresponde a hogares en los cuales conviven generaciones adultas: población entre 15-59 años y PM. Asimismo, se observa que en los hogares nucleares con PM aumentó entre 1990 y 2015, cerca de un cuarto de estos hogares en 2015 incluye PM que vive con pareja. En contrapartida, en esos hogares, se presenta una reducción

de los hogares con múltiples generaciones (menores 15 años, población adulta y mayor) pasando de 15,2% de los hogares nucleares con PM en 1990 a 4,9% en 2015. Estas tendencias dan cuenta del envejecimiento dentro de los hogares propio de regiones más envejecidas, en Europa y América del Norte una gran proporción de personas mayores viven de manera independiente, en hogares unipersonales o con su cónyuge, por su parte, en África, Asia y América Latina y el Caribe las personas mayores conviven principalmente con sus hijos o en familias ampliadas (CEPAL, 2019).

Figura 21. Composición generacional de los hogares con población mayor, 1990-2015



Fuente: DANE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 1990, 2000, 2010, 2015.

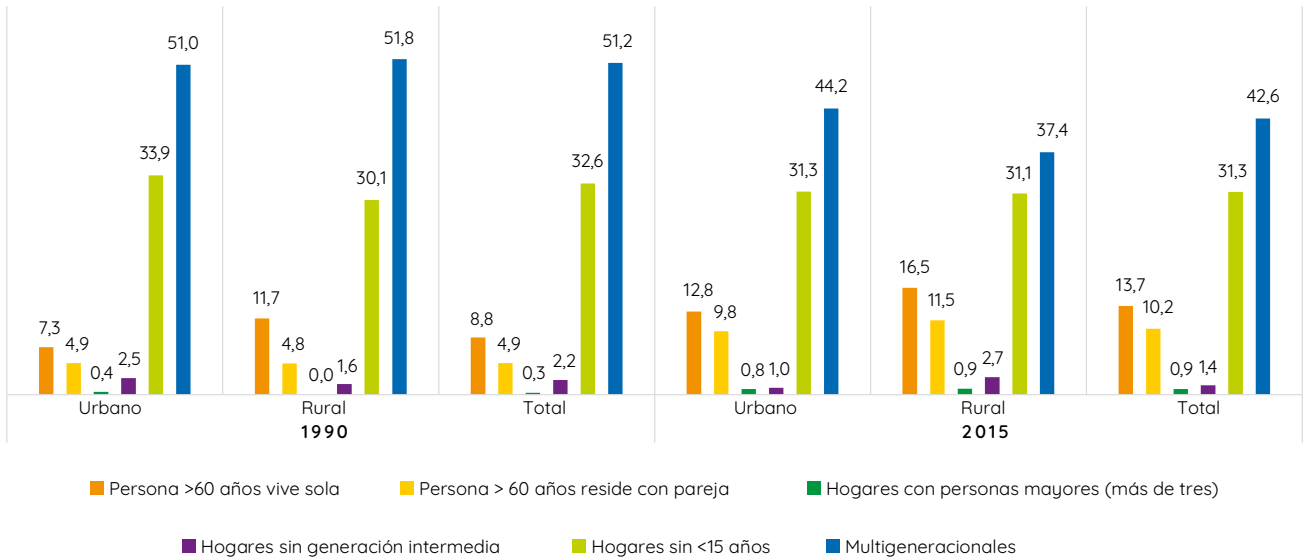
Por otra parte, se observa que entre los hogares coresidentes con PM, los hogares que incluyen adultos de 60 años⁶ o más que conviven con “no pariente” aumentaron entre 1990 y 2015, pasando de 28% a 40,7% en estos años. Igualmente, en los hogares coresidentes con PM y miembros “no parientes” con menos de 60 años se incrementó en 40% para el mismo periodo.

En relación con hogares con convivencias intergeneracionales por zona, la Figura 22 presenta la proporción de hogares que cuentan con al menos una persona mayor, los hogares sin menores de 15 años y los multigeneracionales. Con respecto a los

valores registrados entre 1990 y 2015, se observa que la proporción de los hogares con PM que no incluye menores de 15 años se ha mantenido estable en alrededor de un 30%, tanto en zonas urbanas como rurales. Por su parte, los hogares multigeneracionales, presentan una leve reducción en ese periodo, que se refleja en un aumento de los hogares con PM unipersonales y que residen con pareja. Aumento que se observa con mayor profundidad hacia las zonas rurales, donde en el 2015, el 16,5% de los hogares rurales ya corresponde a hogares unipersonales con PM, mientras que el 12,8% de los hogares urbanos presentan una PM viviendo sola.

6. Hogares con dos generaciones: mayor e intermedia (15-59 años).

Figura 22. Proporción de los hogares con personas mayores según tipología y zona, 1990-2015

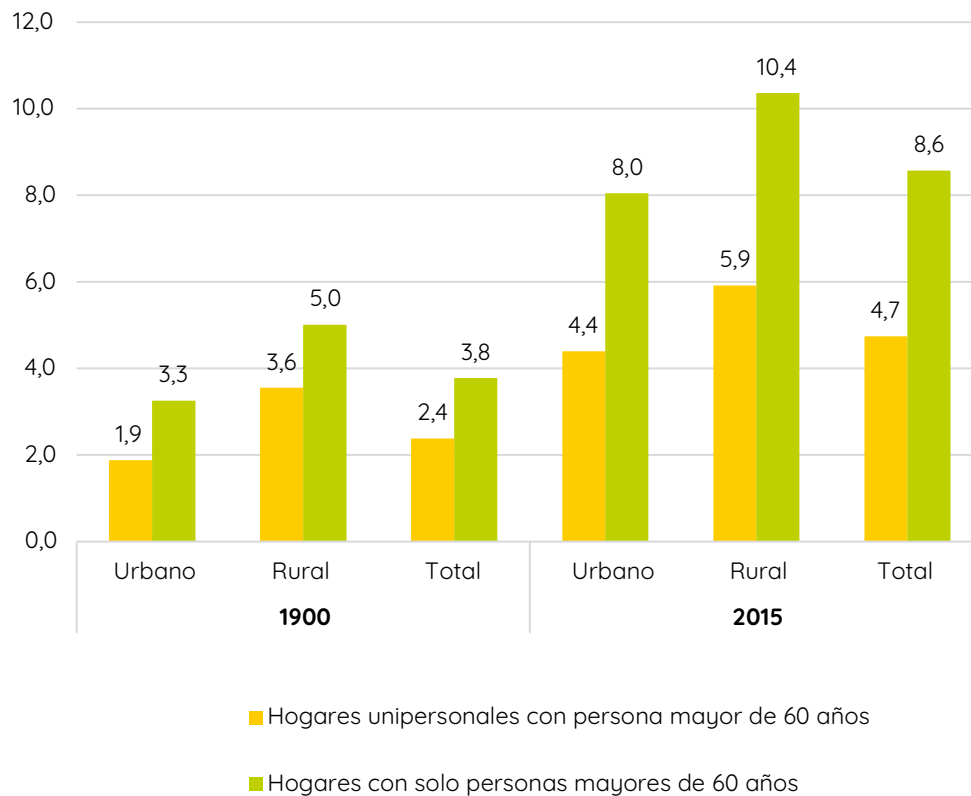


Fuente: DANE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 1990, 2000, 2010, 2015.

Asimismo, la proporción de hogares con solo PM ha aumentado principalmente en las zonas rurales que en las urbanas: en 1990, el 5% de los hogares rurales, correspondía a hogares constituidos únicamente con PM, en el 2015 esta proporción se incrementa a 10.4% (Figura 23). Panorama similar para los hogares unipersonales de PM en zonas rurales. Una mayor preponderancia de los hogares

unipersonales y con solo PM mayor en las zonas rurales no es una situación exclusiva de los hogares colombianos. Huenchuan (2018) señala que para los países de América Latina y el Caribe se observa una elevada participación de este tipo de hogares en las zonas rurales comparándose con las urbanas, que se explica principalmente por la migración del campo a la ciudad.

Figura 23. Evolución de la proporción de hogares unipersonales con persona mayor y de hogares con solo miembros mayores, por zona, 1990-2015



Fuente: DANE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 1990, 2000, 2010, 2015.

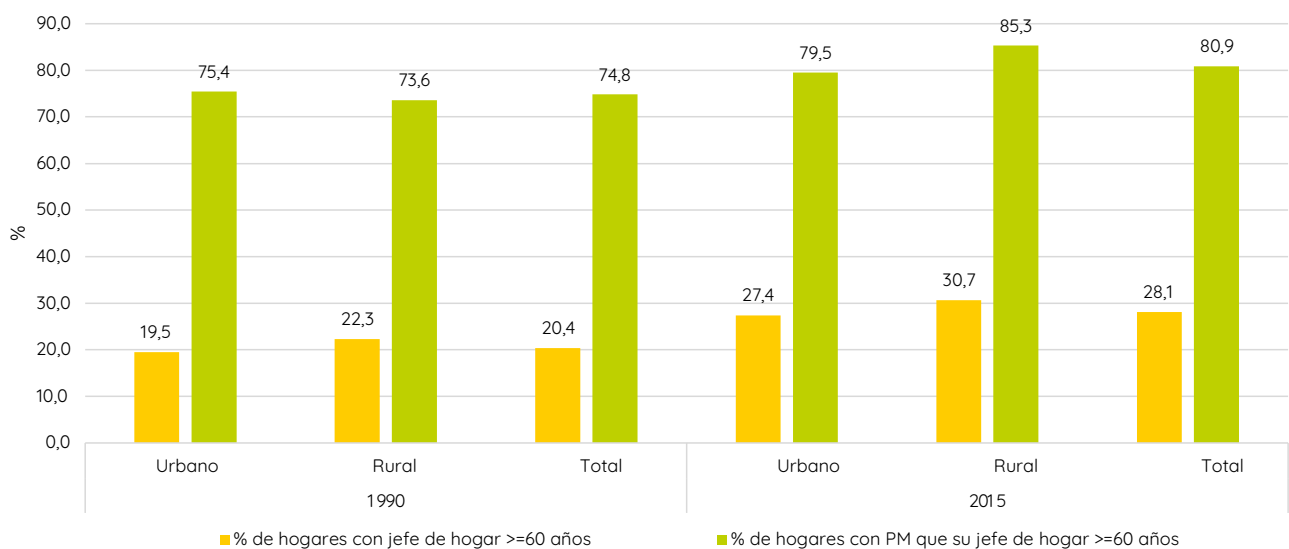
En relación con la importancia de los roles de la persona mayor dentro de los hogares, resulta interesante analizar la posición de este grupo etario como jefe de hogar. La Figura 24 compara la proporción de hogares con jefes de hogar de 60 años o más en el total de hogares y en el total de hogares con PM, por zona.

Para el año 1990, el 20,4% de los hogares tenía un jefe de hogar con 60 años o más, proporción que aumenta a 28,1% en 2015. Por zona, esta proporción es superior en las zonas rurales que en las urbanas. Por otro lado, la proporción de hogares con PM cuyo jefe de hogar pertenece a PM, representa el 79,5% en 1990 y 80,9% en

2015. Sin embargo, los diferenciales por zona de esta proporción se revierten y se amplían entre estos años. Esta situación se observa en la mayoría de los países

de América Latina y el Caribe, donde más del 50% de las personas mayores señala estar a cargo del hogar donde vive como jefe de hogar (Huenchuan, 2018).

Figura 24. Evolución de hogares con jefatura mayor y menor de 60 años, 1990-2015



Fuente: DANE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 1990, 2000, 2010, 2015.

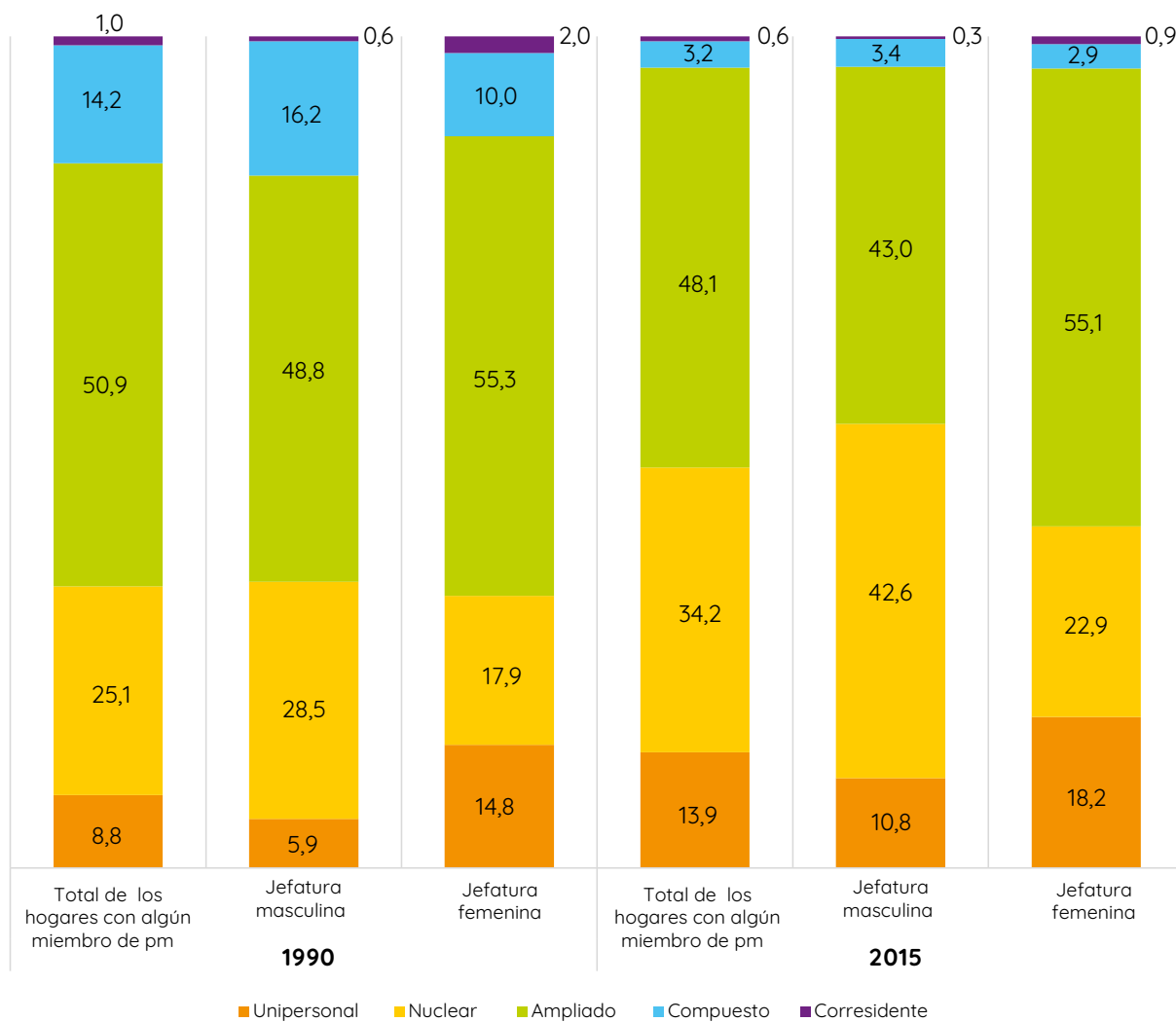
Las cifras de jefatura de hogar difieren también por sexo del jefe de hogar en los hogares con PM. De los hogares con jefatura femenina y PM, la configuración de hogares ampliados equivale aproximadamente a la mitad de estos hogares (Figura 24). Asimismo, el porcentaje de hogares unipersonales con jefatura femenina de 60 años o más ha aumentado en el tiempo: en 1990, 14.8% y en

2015, 18.2%. Además, comparado con los hogares con jefatura masculina unipersonales, el porcentaje de hombres como jefes de hogar es menor para estos años. El acentuamiento de la jefatura femenina en los hogares con PM puede deberse a la viudez, aunque también se ha observado que cada vez son más las mujeres que son designadas como jefes de hogar en hogares biparentales (Huenchuan, 2018).

Las cifras presentadas en esta sección muestran un envejecimiento de los hogares, con un particular acentuamiento hacia los hogares unipersonales, en las zonas rurales y un rol como jefes de hogar, especialmen-

te, jefatura femenina. Lo anterior indicaría que los hogares con PM presentan una configuración diferente de los hogares sin PM; además, del predominio de ciertas configuraciones frente a otras, en el último siglo.

Figura 25. Distribución de los hogares con población mayor por sexo del jefe de hogar, 1990-2015



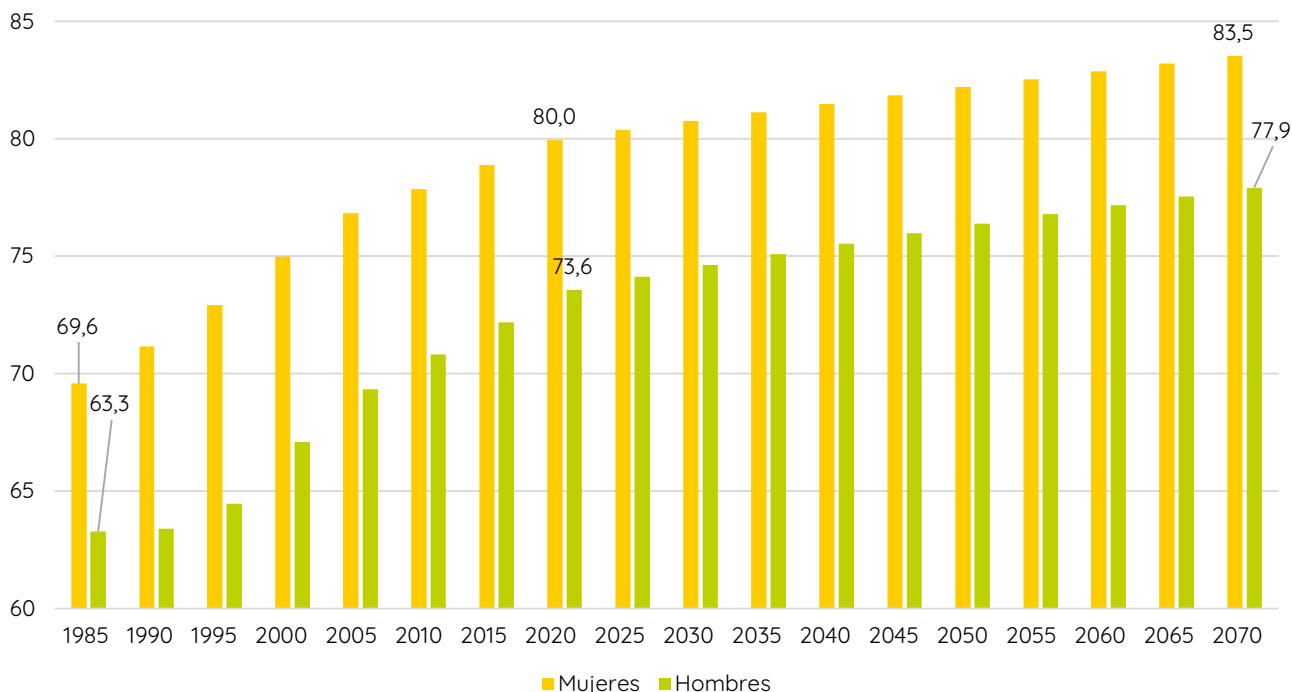
Fuente: DANE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 1990, 2000, 2010, 2015.

1.4.1.9. Envejecimiento individual. Aumento de la expectativa de vida

La esperanza o expectativa de vida estima el número de años en promedio que vivirán las personas de una cohorte determinada si los patrones de mortalidad se mantienen constantes. La Figura 26 muestra la evolución de la esperanza de vida durante el periodo 1985-2070.

Para una mujer nacida en 1985 se esperaba que viviera 69,6 años, para un hombre era de 63,3 años, si la mortalidad se mantiene constante. La esperanza de vida ha aumentado, de tal forma que una mujer nacida en 2020 se espera que viva 80 años y un hombre 74 años. Las cohortes nacidas para finales del siglo tendrán mayor esperanza de vida, para las mujeres 83 y para los hombres 78 años.

Figura 26. Evolución de la expectativa de vida al nacer, 1985-2070



Fuente: proyecciones DANE con base en la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018.

En 1985 se esperaba que las mujeres y los hombres mayores de 60 años vivieran 19 y 17 años más, respectivamente, la esperanza de vida en este grupo etario seguirá creciendo de manera que para 2070 se esperaba que las mujeres alcancen 86 años y los hombres 83 años (Figura 27). Entre 1985 y 2070 la esperanza de vida de los mayores de 70 años pasará

de 13 a 18 años para las mujeres y de 11 a 15 años para los hombres. Respecto a los mayores de 80 años, la esperanza de vida presenta también un aumento, en 1985 se esperaba que las mujeres de este grupo llegaran a los 88 años y los hombres 87 años, para 2070 se estima que las mujeres lleguen a 91 años y los hombres a 90 años.

Figura 27. Expectativa de vida a los 60, 70 y 80 años, 1985-2070



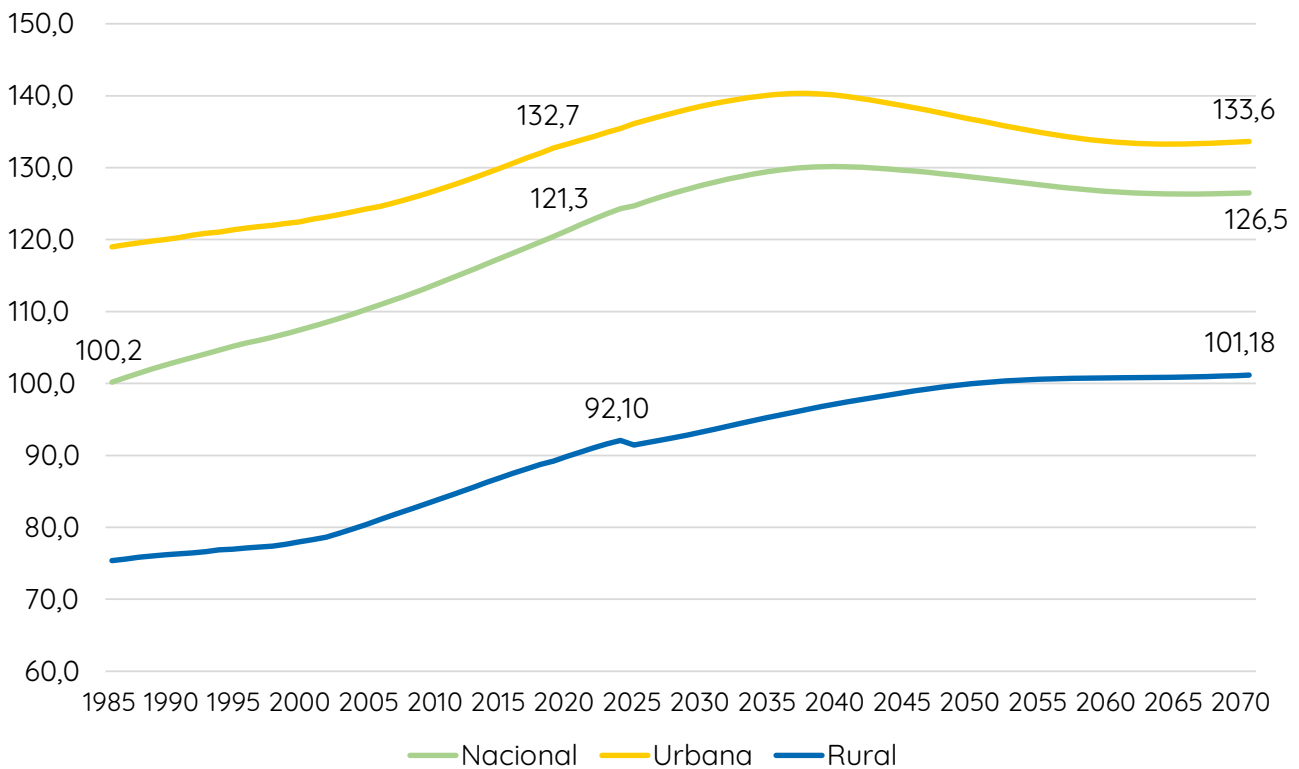
Fuente: proyecciones DANE con base en la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018.

1.4.1.10. La feminización del envejecimiento

En todos los grupos etarios las mujeres presentan una mayor esperanza de vida respecto a los hombres, es decir, en los estadios más avanzados de la edad las mujeres ganan mayor preponderancia. Un indicador que permite un acercamiento a este fenó-

meno es la relación de feminidad, esto es, el número de mujeres por cada 100 hombres. La relación ha aumentado en el agregado nacional para el grupo mayor de 60 años, pasando de 100 en 1985 a 122 en 2020, es decir, 122 mujeres por cada 100 hombres, asimismo, se espera que para 2070 la relación de feminidad ascienda a 126,5 (Figura 28).

Figura 28. Relación de feminidad en la población de 60 años o más por zona, 1985-2070

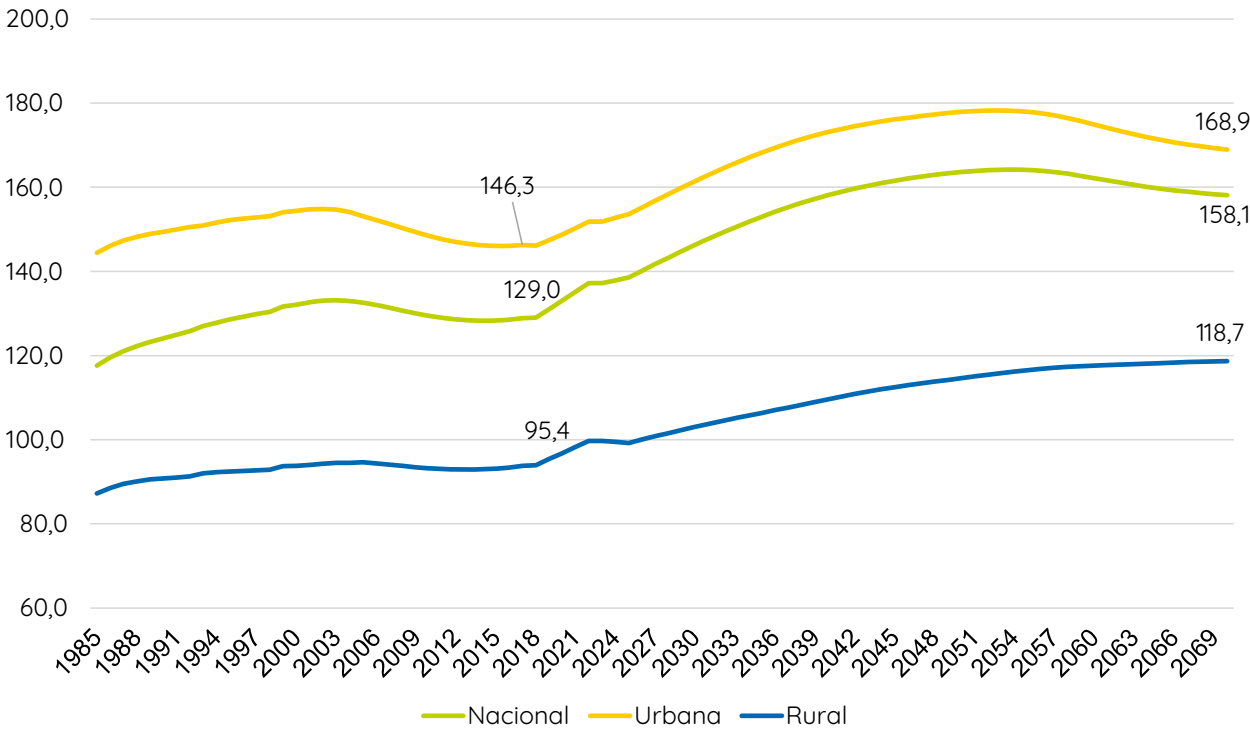


Fuente: proyecciones DANE con base en la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018.

El comportamiento de la relación de feminidad difiere por zona, aunque ambas exhiben un aumento, en la zona rural hay menos mujeres por cada 100 hombres, con respecto a la zona urbana. Mientras que en 1985 la zona urbana registró 119 mujeres por cada 100 hombres, para la zona rural fue de 75 mujeres por cada 100 hombres. Sin embargo, la zona urbana presentará un decrecimiento de la relación de feminidad a partir de 2040,

mientras que en la zona rural seguirá aumentando. En los mayores de 80 años la relación de feminidad es más alta respecto a los mayores de 60 años (Figura 29). En el periodo de análisis la tendencia inicia con valores más altos para el agregado nacional (118), la zona urbana (144) y la zona rural (87). Para la zona urbana también se proyecta un decrecimiento, pero a diferencia del grupo mayor de 60 años, este será en 2055.

Figura 29. Relación de feminidad en la población de 80 años o más por zona, 1985-2070



Fuente: proyecciones DANE con base en la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (CNVP) 2018.

El predominio femenino en el proceso de envejecimiento se observa de manera similar para América Latina y el Caribe. La relación de feminidad en 2017 para la región en las personas mayores de 60 años se acercó a 123 mujeres por cada 100 hombres, esta tendrá una leve reducción para 2060 situándose en 115 (Huenchuan, 2018). La esperanza de vida de las mujeres mayores de 60 años en el periodo 2015-2020 presenta el mismo valor para Colombia y América Latina y el Caribe (23,9), asimismo, para esta región la esperanza de vida es menor en los hombres (20,7).

Tanto la esperanza de vida, como la relación de feminidad apuntan a un hecho clave: las mujeres viven más que los hombres, no obstante, este hecho no implica que las mujeres viven mejor (Aguirre y Scavino, 2018). Lo anterior exige prestar atención al proceso de envejecimiento de las mujeres, de acuerdo con Huenchuan (2009), en los países en desarrollo las mujeres mayores presentan condiciones específicas en el proceso de envejecimiento. Tales condiciones pueden ser explicadas por factores biológicos y sociales que, según su naturaleza, pueden repercutir en necesidades de protección social y cuidado (Huenchuan, 2009; Álvarez, 2020).

Respecto a los factores biológicos, según Aranco, et al. (2018) las mujeres presentan mayor prevalencia de enfer-

medades crónicas debilitantes y con baja mortalidad (i.e. artritis, osteoporosis, enfermedades neurodegenerativas), mientras que la prevalencia de enfermedades con altos niveles de mortalidad (i.e. enfermedades cardiovasculares) se concentra en los hombres y se desarrolla a edades tempranas. La mayor duración de la vida de las mujeres, pero no de una manera saludable, implica dependencia, de tal forma que influye en requerimientos especiales relacionados con cuidado y protección social en salud (Aguirre y Scavino, 2018; Aranco, et al., 2018).

En términos sociales, Huenchuan (2009) afirma que las mujeres en la vejez se enfrentan a desventajas socioeconómicas, producto de las brechas de género en educación, participación laboral y salarios. Aunado a esto, muchas mujeres mayores se encuentran en situación de viudez, lo cual implica dependencia económica y problemáticas en salud mental, tales como soledad y abandono (Huenchuan, 2009; Álvarez, 2020).

El proceso de envejecimiento de la población Colombia es una realidad. El crecimiento de población mayor se está produciendo a una velocidad mayor que la que experimentaron países con mayores niveles de ingreso. El envejecimiento de la población colombiana se expresa en una mayor longevidad. Existe un mayor dinamismo del grupo etario mayor

de 80 años, en las zonas urbanas y en las ciudades del centro del país. Por lo tanto, el proceso de envejecimiento es un proceso acelerado y heterogéneo a lo largo del país. Asimismo, este proceso ha estado acompañado de un envejecimiento de los hogares, donde la composición generacional de los mismos muestra cambios hacia un aumento de hogares unipersonales o con jefatura de hogar de mayores de 60 años. Por último, se concluye que no solo hay un proceso de envejecimiento individual, sino que será cada vez más longevo, al igual, de una feminización en el aumento de la población mayor en el país.

1.5. Recomendaciones



- › El envejecimiento es un proceso inexorable en Colombia. La población mayor de 60 años ha aumentado su representatividad en el total de la población, pasando del 7% en 1985 al 14% en 2020 y, según las estimaciones, en 2070 será del 32%. Además, dentro de este grupo etario no hay un comportamiento homogéneo. Los subgrupos de 60-64 y 65-69 años poseen, en la actualidad, mayor preponderancia, pero se estima un comportamiento estable para las próximas décadas. Por su parte, los estadios más avanzados, 75-79 y mayores de 80 años, aunque en la actualidad presentan menor representatividad, en el futuro crecerán considerablemente. Este panorama implica la necesidad de realizar seguimientos a los grupos etarios de la población mayor, porque permite conocer las necesidades particulares de cada grupo y, a partir de esto, se puede dar una mejor respuesta a los cambios en los sistemas de protección social (salud, pensiones y cuidado). El diseño de los sistemas de protección social debe tener en cuenta el dinamismo y comportamiento de cada subgrupo etario, así como los riesgos a los que están expuestos, por ejemplo, según Rouzet y otros (2019) el riesgo de pobreza es mayor para las personas mayores de 75 años.
- › Por otro lado, es importante considerar otros indicadores de dependencia poblacionales que den cuenta de las implicaciones del envejecimiento. Por ejemplo, la tasa de dependencia ponderada propuesta por Budlender (2008) en Flórez y otros (2019), en el que se asigna el peso de 1 a los grupos menores de 7 años y mayores de 85 años, mientras que a la población entre 7-12 años y 75-84 años se asigna el peso de 0.5. De esta forma se distinguen dentro de los grupos potencialmente dependientes, la población que precisa más cuidado (Huenchuan y Rodríguez, 2015; Flórez y otros, 2019).
- › Las políticas públicas dirigidas a la población mayor pueden tener efectos spillovers, es decir, no solo tiene efectos en el adulto beneficiario, sino que tiene consecuencias en el hogar que habita, como decidir si miembros del hogar participan en el mercado laboral (Paz, 2019). Por lo tanto, es aconsejable que el diseño de las políticas considere los posibles efectos en los hogares.

1.6. Referencias



Acosta, K., & Romero, J. (2014). Cambios recientes en las principales causas de mortalidad en Colombia. Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional No. 209, 1-54.

Aguirre, R., & Scavino, S. (2018). Vejececes de las mujeres: Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay (D. Clic (ed.)).

Albizu-Campos, J. (2020). Cuba: envejecimiento demográfico y desarrollo humano. *Economía y Desarrollo*, 164(0252-8584), 1-22.

Aranco, N., Stampini, M., Ibarrarán, P., & Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo, Resumen de, 101. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-América-Latina-y-el-Caribe.pdf>

Arias Castilla, Carmen Aura, Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas, *Horizontes Pedagógicos*, Volumen 8, No. 1 Año 2006

Álvarez, F. (2020). La protección social para el adulto mayor y el desafío demográfico. In CAF (Ed.), *Los sistemas de pensiones y salud en América Latina: Los desafíos del envejecimiento, el cambio tecnológico y la informalidad* (p. 385).

Bloom, D. y Luca, D. 2016. *The Global Demography of Aging: Facts, Explanations, Future.* IZA Discussion Papers No. 10163. Institute for the Study of Labor (IZA), Bonn.

Cardona Arango, D & Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: Oportunidades, retos y preocupaciones. *Revista Salud Uninorte*, 28(2), 335-348. Retrieved August 22, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522012000200015&lng=en&tlng=es

CEPAL. (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, 80. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37252/MPD_ddr2_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

CEPAL. (2019). Los arreglos residenciales de las personas mayores en distintas partes del mundo. *Población y desarrollo.* <https://bit.ly/3NTOfr8>

CEPAL. (2020). Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19. Informes COVID-19, 35. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2020/04/Versión2->

Chackiel, J. (2004). La dinámica demográfica en América Latina (52, Población y Desarrollo).

Cotlear, D. (2011). Envejecimiento de la población: ¿está preparada América Latina? Banco Mundial.

Cubillos Álzate, J. C., Cárdenas Matamoros, M., & Caro Perea, S. A. (2020). Boletines Poblacionales: Personas Adultas Mayores de 60 años. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-envejecimiento.pdf>

DANE. (2019). Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera. Resultados Del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-eticos/presentacion-grupos-eticos-poblacion-NARP-2019.pdf>

DANE. (2022). Resultados para la décima ronda (enero - febrero de 2021). Encuesta Pulso de La Migración. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/encuesta-pulso-de-la-migracion-epm>

Entrevista a Profundidad (EP), experto n°1 de Bienestar y participación social. (2022). Realizada por la Fundación Saldarriaga Concha.

EP, experto n°1 en Protección económica. (2022). Entrevista a profundidad realizada por la Fundación Saldarriaga Concha.

EP, experto n°2 de Cuidado y cuidadores. (2022). Entrevista a profundidad realizada por la Fundación Saldarriaga Concha.

Grupo Focal (GF), hombres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Bogotá. (2022). Realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres mayores de 60 años, estratos 3 y 4, Bogotá. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Bogotá. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años n°1, estratos 3 y 4, Manizales. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años n°2, Quibdó. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estrato 3 y 4, Bogotá. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 1 y 2, Bogotá. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 5 y 6, Bogotá. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, Quibdó. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 5 y 6, Bogotá. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, Quibdó. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres y mujeres intergeneracional, estratos 3 y 4, Bogotá. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres y mujeres, intergeneracional, estratos 3 y 4, Manizales. (2022).

Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres y mujeres, intergeneracional, estratos 5 y 6, Manizales. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres y mujeres, intergeneracional, Quibdó. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, mujeres mayores de 60 años n°1, estratos 3 y 4, Manizales. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 3 y 4, Bogotá. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Manizales. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, mujeres mayores de 60 años, Quibdó. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

Manfred Diehl, Allyson F. Brothers, Hans-Werner Wahl, Chapter 10 - Self-perceptions and awareness of aging: past, present, and future, Editor(s): K. Warner Schaie, Sherry L. Willis, In Handbooks of Aging, Handbook of the Psychology of Aging (Ninth Edition), Academic Press,

2021, Pages 155-179, ISBN 9780128160947,
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816094-7.00001-5>

European Union. (2019). Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU. In Statistical Books. European Union. <https://doi.org/doi:10.2785/811048>

Fedesarrollo, & Fundación Saldarriaga Concha. (2015). Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones (Fundación Saldarriaga Concha (ed.)).

Flórez, C., Martínez, L., & Aranco, N. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia. Banco Interamericano de Desarrollo, Nota Técnica, 81. <http://www.iadb.org>

Huenchuan, S. (2009). Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas (CEPAL (ed.)).

Huenchuan, S. (2013). Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/35929>

Huenchuan, S. & Rodríguez, R. (2015). Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México: Diagnóstico y lineamientos de política. Documento de proyecto. CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38879/1/S1500754_es.pdf

Huenchuan, S. (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos (CEPAL (ed.)).

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

OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol, 37(S2), 74-105. https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

Oviedo, Gilberto Leonardo. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la Teoría Gestalt. Revista de Estudios Sociales, (18), 89-96. Retrieved August 31, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X2004000200010&lng=en&tlng=es

Paz, J. (2019). Envejecimiento doméstico, coresidencia y oferta laboral de hombres y mujeres. Revista de Análisis Económico. 34(2). 53-80. DOI: 10.4067/s0718-88702019000200053.

Pew Research Center. (2014). Attitudes about Aging: A Global Perspective.

Portelles, J. (2021). Envejecer y emigrar en Cuba: transición demográfica y desafíos. 4(38), 5.

Powell, J. & Khan, H. (2013). Ageing and Globalization: A Global Analysis. *Journal of Globalization Studies*. 4(1), 137-146.

Rouzet, D., Caldera, A., Renault, T. & Roehn, O. (2019). Fiscal Challenges and Inclusive Growth in Ageing Societies. *OECD Economic Policy Paper*, No. 27. 70p. DOI: 10.1787/2226583X

Ruíz S., M., Rubiano, N., González, A., Lulle, T., Bodnar, Y., Velázquez, S., Cervo, S., & Castellanos, E. (2007). Ciudad, espacio y población: el proceso de urbanización en Colombia. Universidad Externado de Colombia.

Saad, P., Miller, T., Martínez, L., & Holz, M. (2012). Juventud Y Bono En Iberoamérica (CEPAL (ed.)).

Shrira, A., Carmel, S., Tovel, H., & Raveis, V. H. (2019). Reciprocal relationships between the will-to-live and successful aging. *Aging & Mental Health*, 23(10), 1350-1357. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1499011>

Turra C., & Fernández F. (2021). La transición demográfica: Oportunidades y desafíos en la senda hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe (C. E. para A. L. y el C. CEPAL (ed.)). https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46805/4/S2000433_es.pdf

United Nations. (2019). International Migrant Stock 2019. Department of Economic and Social Affairs. https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationStock2019_TenKeyFindings.pdf

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

Zaiceva, A. (2014). The impact of aging on the scale of migration. *IZA World of Labor*, 99. DOI: 10.15185/izawol.99

1.7. Siglas



AG	Antigua y Barbuda	GY	Guyana
AR	Argentina	HN	Honduras
BB	Barbados	HyM	Hombre y Mujer
BO	Bolivia	HT	Haití
BR	Brasil	JA	Jamaica
BS	Bahamas	LA	América Latina
BZ	Belice	LAC	América Latina y el Caribe
CAF	Banco de Desarrollo de América Latina	LC	Santa Lucía
CL	Chile	MX	México
CNPV	Censo Nacional de Población y Vivienda	NI	Nicaragua
CO	Colombia	OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
CR	Costa Rica	PA	Panamá
CU	Cuba	PE	Perú
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística	PM	Población Adulta Mayor de 60 años
DNP	Departamento Nacional de Planeación	SR	Surinam
DO	República Dominicana	SV	El Salvador
EC	Ecuador	TT	Trinidad y Tobago
EP	Entrevista a Profundidad	UY	Uruguay
GD	Granada	VE	Venezuela
GF	Grupo Focal	VS	San Vicente y Granadinas
GT	Guatemala		

1.8. Lista de figuras



- Figura 1.** Proporción de la población mayor de 65 años y más (Panel A) y 80 años y más (Panel B) en las regiones del mundo
- Figura 2.** Número de años requeridos para que la población mayor de 65 años pase del 7% al 14% de la población total en países de América Latina y el Caribe
- Figura 3.** Tasa global de fecundidad y esperanza de vida al nacer para América Latina y el Caribe, 2020-2025
- Figura 4.** Tasa global de fecundidad y porcentaje de población de 60 años y más, para América Latina y el Caribe, 2035-2040
- Figura 5.** Proporción de la población migrante en términos relativos en América Latina y el Caribe para 2019
- Figura 6.** Evolución de la población total por sexo, 1950-2070
- Figura 7.** Población total por zona rural y urbana, 1985-2070
- Figura 8.** Población total por grupos de edad, 1985-2070
- Figura 9.** Estructura de la población total nacional por edad y sexo, 1985-2070
- Figura 10.** Estructura de la población en las zonas rural y urbana, por edad y sexo, 1985-2070
- Figura 11.** Porcentaje de la población mayor de 60 años en la población total, 1985-2070
- Figura 12.** Porcentaje de la población mayor de 60 años en la población total urbana, 1985-2070
- Figura 13.** Migración en Colombia. Quinquenal 1990-2019 (Panel A: Migración en términos absolutos. Panel B: Migración en términos relativos)
- Figura 14.** Emigrantes por sexo y edad en Colombia, 2018

- Figura 15.** Evolución de la relación de dependencia, 1985-2070
- Figura 16.** Evolución de la relación de dependencia de la población mayor y menor, 1985-2070
- Figura 17.** Evolución del índice de envejecimiento, 1985-2070
- Figura 18.** Evolución de los hogares con al menos un miembro mayor de 60 años, por zonas y total, 1990-2015
- Figura 19.** Evolución de los hogares con al menos un miembro mayor de 60 años por región, 1990-2015
- Figura 20.** Distribución de la configuración doméstica para hogares con y sin personas mayores, 1990-2015
- Figura 21.** Composición generacional de los hogares con población mayor, 1990-2015
- Figura 22.** Proporción de los hogares con personas mayores según tipología y zona, 1990-2015
- Figura 23.** Evolución de la proporción de hogares unipersonales con persona mayor y de hogares con solo miembros mayores, por zona, 1990-2015
- Figura 24.** Evolución de hogares con jefatura mayor y menor de 60 años, 1990-2015
- Figura 25.** Distribución de los hogares con población mayor por sexo del jefe de hogar, 1990-2015
- Figura 26.** Evolución de la expectativa de vida al nacer, 1985-2070
- Figura 27.** Expectativa de vida a los 60, 70 y 80 años, 1985-2070
- Figura 28.** Relación de feminidad en la población de 60 años o más por zona, 1985-2070
- Figura 29.** Relación de feminidad en la población de 80 años o más por zona, 1985-2070

1.9. Lista de tablas



- Tabla 1.** Proporción de población de 60 años o más, por regiones. Quinquenal, 1985-2050
- Tabla 2.** Proporción de población de 60 años o más por ciudades. Quinquenal, 1985-2050
- Tabla 3.** Tasa de dependencia e índice de envejecimiento por región. Quinquenal, 1985-2050
- Tabla 4.** Tasa de dependencia e índice de envejecimiento por ciudades, 2005-2035



2

Capítulo:
Salud física
y mental de
las personas
mayores

2 Capítulo: Salud física y mental de las personas mayores

Autores >>>

- > Giancarlo Buitrago Gutiérrez
- > Lina María González Ballesteros
- > Gabriel Fernando Torres Ardila
- > Augusto Galán Sarmiento
- > Sebastián Fernández de Castro González
- > Camila Andrea Castellanos Roncancio
- > Óscar Eduardo Gómez Cárdenas
- > Nicolás León Sanabria

ISBN (ONLINE)

978-958-53617-7-5



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, Fedesarrollo, PROESA y DANE.

Cítese como:

Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE. (2023). Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva. Bogotá, D.C. Colombia. 597 páginas

Contenido

2.1.	Introducción.....	111
2.2.	Marco teórico.....	114
2.2.1.	Envejecimiento poblacional en América Latina.....	114
2.2.2.	Cambios dados por el envejecimiento normal.....	117
2.2.3.	Comorbilidades en la vejez.....	117
2.2.4.	Situación de salud de la persona mayor.....	118
2.2.4.1.	La jubilación.....	119
2.2.4.2.	Salud mental y jubilación.....	120
2.2.4.3.	Uso y costos de servicios en salud	121
2.2.4.4.	Costos de salud en la vejez	122
2.2.4.5.	Situación de los adultos mayores durante la pandemia	125
2.3.	Hallazgos	128
2.3.1.	El aseguramiento social en salud	128
2.3.1.1.	Tipo de aseguramiento	129
2.3.1.2.	Acceso a servicios de salud preventivos	132
2.3.1.3.	Acceso a servicios de salud ambulatorios financiados por el SGSSS.....	133
2.3.1.4.	Acceso a servicios de salud hospitalarios financiados por el SGSSS.....	134
2.3.2.	Consumo de servicios de salud de personas mayores.....	135
2.3.2.1.	Consumo de servicios de salud por individuo..	136
2.3.2.2.	Consumo de servicios de salud por enfermedad	140
2.3.3.	La enfermedad mental de personas mayores	141
2.3.3.1.	Prevalencia de síntomas de depresión.....	142
2.3.3.2.	Prevalencia de deterioro cognoscitivo leve y demencia.....	144
2.3.4.	Discapacidad en personas mayores	145
2.3.4.1.	Prevalencia de discapacidad severa	145

2.3.5. Mortalidad en personas mayores	148
2.3.5.1. Principales causas de muerte	149
2.3.5.2. Tasas de mortalidad ajustadas y años de vida perdidos por región.....	151
2.3.6. Gasto público y privado en salud	152
2.3.6.1. Gasto público en salud en el régimen contributivo	153
2.3.6.2. Gasto privado en salud.....	157
2.3.7. Jubilación laboral, enfermedad y utilización de servicios en salud	159
2.3.7.1. Fuentes de información.....	160
2.3.7.2. Población de estudio	160
2.3.7.3. Desenlaces.....	160
2.3.7.4. Análisis estadístico.....	160
2.3.7.5. Resultados.....	161
2.3.8. Análisis y discusión	165
2.3.8.1. Implicaciones de los resultados para el futuro del SGSSS	165
2.3.8.2. Fortalezas y debilidades de este análisis.....	168
24. Conclusiones	169
25. Recomendaciones para la formulación de políticas públicas	169
2.5.1. Recomendaciones estructurales del Sistema de Salud (Reforma en salud)	169
2.5.1.1. Fortalecimiento de la implementación de las guías de práctica clínica con el fin de promover una mejor calidad en la prestación de servicios de salud.....	169
2.5.2. Promoción de nuevos modelos de prestación de servicios dentro del SGSSS con el objetivo de mejorar la cobertura de servicios de salud en áreas rurales y apartadas	170
26. Recomendaciones generales	170
2.6.1. Sensibilización del personal de salud y comunidad en general sobre la enfermedad mental	170

2.6.2.	Formación en salud y promoción del bienestar de los cuidadores.....	171
2.6.3.	Educación para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables en todo el curso de la vida	172
2.7.	Referencias.....	173
2.8.	Lista de figuras.....	179
2.9.	Lista de tablas.....	181



2.1. Introducción



Uno de los retos más importantes que afrontan la mayor parte de los sistemas de salud en el mundo es el incremento sostenido de la expectativa de vida de la población. Múltiples autores han descrito en forma consistente un incremento en los costos de la atención en salud asociado al incremento de la expectativa de vida (Di Matteo, 2005). Sin embargo, aun-

que existe consenso sobre la presencia de esta relación, los mecanismos causales de esta asociación siguen sin entenderse completamente (Zweifel, Felder, & Meiers, 1999; Zweifel, Felder, & Werblow, 2004).

Una de las hipótesis más aceptadas ha sido que el incremento en los costos de la atención en salud se asocia al fenómeno conocido como la ‘transición epidemiológica’ (Amos, McCarty, & Zimet, 1997; Arredondo & Aviles, 2015; Villarreal-Ríos et al., 2002). La transición epidemiológica hace referencia, entre otros varios fenómenos, al cambio del pico de

morbilidad y mortalidad de los jóvenes a los adultos mayores y al predominio de la morbilidad sobre la mortalidad (Frenk et al., 1991). Dada la creciente población de personas mayores y el incremento de la morbilidad asociada a la edad, el incremento de la expectativa de vida llevaría a un incremento sustancial de los costos de atención para los sistemas de salud.

Otra de las hipótesis propuestas sugiere que el principal generador del incremento en los costos de la atención en salud podría ser los costos incurridos durante el tiempo cercano a la fecha de muerte, de forma independiente a la edad (Zweifel et al., 1999; Zweifel et al., 2004). Múltiples autores han documentado que cuando el efecto de la edad sobre los costos en salud es ajustado por la cercanía a la fecha de muerte, el efecto de la edad deja de ser significativo (O'Neill, Groom, Avery, Boot, & Thornhill, 2000; Polder, Barendregt, & van Oers, 2006; Zweifel et al., 1999). Las implicaciones de este mecanismo causal radicarían en que, dado que el incremento de la expectativa de vida pospone la fecha de muerte, el envejecimiento poblacional no incrementaría por sí mismo los costos en salud.

Asimismo, otro de los factores asociados al incremento en los costos de atención podría ser la jubilación laboral. Múltiples estudios han evaluado el efecto de la jubilación laboral sobre el consumo de

servicios de salud con resultados diversos (Eibich, 2015; Laaksonen et al., 2012; Shai, 2018). Esta relación entre la jubilación laboral y el incremento de los costos de atención podría ser explicada por la disminución del costo de oportunidad del tiempo para asistir a servicios de salud o un efecto deletéreo de la jubilación sobre la salud de los individuos (Zhang, Salm, & van Soest, 2018).

En este capítulo se pretende estudiar la relación del sistema de salud con la transición demográfica y el envejecimiento poblacional en Colombia. Con la caída de las tasas de mortalidad (sobre todo infantil) se pasa de un escenario donde predominan las enfermedades transmisibles a uno donde la población envejece, los servicios sanitarios mejoran la calidad de vida y hábitos de autocuidado y nutrición, y permiten paralelamente longevidad y el aumento del peso relativo de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT): “esta es la transición epidemiológica en sentido estricto, que se refiere a los cambios de frecuencia, magnitud y distribución de las condiciones de salud, expresadas en términos de muerte y enfermedad” (Frenk et al., 1991).

Sin embargo, este proceso no es vivido de igual manera por todos los territorios y, si bien el aumento en el peso de las ECNT es transversal, el peso relativo de cada una de las enfermedades y sus

prevalencias depende de otros factores culturales, sociales y económicos.

La transición demográfica: “involucra múltiples transiciones, por lo que no se puede precisar una secuencia fija, sino que en ella concurren distintos perfiles epidemiológicos” (Cabrera-Marrero, 2014). Estos diferentes perfiles epidemiológicos son los que hacen que no haya una relación directa, más allá del incremento de las ECNT, entre Transición Demográfica (TD) y Transición Epidemiológica (TE).

Una cuestión de singular interés resulta al analizar los vínculos entre ambas teorías, que no vienen dados solamente porque una sirve de origen a la otra, sino que va más allá, en tanto ambos procesos de transformación de las poblaciones ocurren de manera solapada. De un análisis teórico podría extraerse que la reducción de tasas de mortalidad, en el origen de la TD comienza por las enfermedades infecciosas, aumentando la importancia relativa de los padecimientos crónicos y degenerativos. Pero estos últimos ganan una mayor importancia en el cuadro epidemiológico de una población, cuya estructura por edades ha sido impactada por un proceso de transición y el descenso de las tasas de fecundidad. De modo que ambas teorías se acercan por vías diferentes al mismo proceso de evolución y cambio de las poblaciones (Cabrera-Marrero, 2014).

Por eso es importante investigar sobre las estructuras epidemiológicas de los diferentes países en la región. La relación que tienen, que no es de determinación la una sobre la otra, sino una suerte de condicionamientos que permiten que haya múltiples perfiles epidemiológicos dentro de un mismo “estado” de la transición demográfica. Este hecho permitirá situar retos frente a los sistemas de salud, los perfiles de aseguramiento y la investigación en salud.

Debido a la transición epidemiológica en Latinoamérica, la planeación de los presupuestos en salud ante el envejecimiento poblacional cobra una especial importancia para los sistemas de salud de la región. Por tanto, es importante describir los costos y el acceso a los servicios de salud, así como la exploración de posibles explicaciones de estos.

2.2. Marco teórico



2.2.1. Envejecimiento poblacional en América Latina

El envejecimiento demográfico se define como el aumento progresivo de la población de 60 o más años respecto a la población total. El envejecimiento de las poblaciones y la incidencia que este tiene en su composición y crecimiento es el resultado de los cambios sostenidos que se han dado en los componentes demográficos, disminución de la mortalidad y, especialmente, de la fecundidad, llevando a que, de manera general, incluyendo América Latina y el Caribe, progresivamente sufran un proceso de envejecimiento poblacional (Naciones Unidas. CEPAL, 2006).

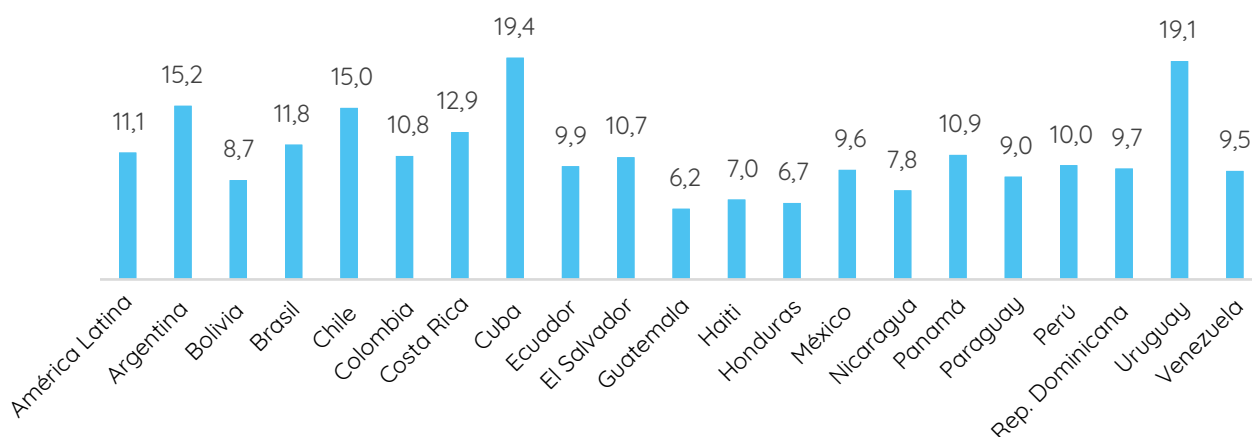
Este proceso se ha desarrollado con mayor o menor intensidad en todos los países de la región en las últimas décadas, periodo en el que se ha dado un aumento considerable de la población de personas de 60 o más años, pasando de 43 millones (8,2% de la población) en el año 2000 a 100,5 millones (15%) según las proyecciones para el 2025 y, 183,7 millones (24%) para 2050 (Naciones Unidas. CEPAL, 2009).

Aunque América Latina y el Caribe todavía no se considera una región envejecida, su proporción de población de adultos mayores de 60 años es alrededor del 11%, similar al nivel global, 12%, pero menor a Europa, 24%. Sin embargo, la tasa de envejecimiento es superior a lo observado en Europa, donde el envejecimiento poblacional tomó 60 años para consolidarse, siendo este periodo proyectado a 35 años para Latinoamérica y el Caribe (Aranco, Stampini, Ibararán, & Medellín, 2018).

Este proceso de envejecimiento no solo se traduce en cambios en la estructura poblacional de los países, puesto que, a nivel comunitario, la población de adultos mayores representa una mayor carga para la estructura sociopolítica y una disminución en su capacidad productiva, reflejada en el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas y una creciente demanda de servicios de salud y cuidado (Aranco et al., 2018).

Existen algunas diferencias en cuanto a la proporción de población mayor respecto a la población total en los países de América Latina y el Caribe. En la Figura 1 se observa la población adulta mayor por país para el año 2015, según datos del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) a corte de la revisión de 2016 (CEPALSTAT, 2022).

Figura 1. Proporción de población de adultos de 60 o más años por país para 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CEPALSTAT, 2022.

La mediana de la proporción de personas mayores es de 9,95 (Rango intercuartil [RIC] 18,7 – 12,6), con un valor mínimo de 6,2, correspondiente a Guatemala y un máximo de 19,4, correspondiente a Cuba. Uruguay y Cuba representan valores extremos (>19), Guatemala, Honduras, Haití y Nicaragua se encuentran por debajo del cuartil inferior para la región y Costa Rica, Chile y Argentina por encima del cuartil superior.

Una aproximación complementaria para caracterizar mejor el peso de la población adulta mayor en una sociedad está dada por el índice de envejecimiento, que expresa la relación entre la cantidad de personas mayores y la cantidad de niños y jóvenes, al dividir la cantidad

de personas mayores de 65 años y más en la cantidad de personas menores de 15 años, multiplicado por 100 (Naciones Unidas. CEPAL, 2009).

Para el 2010, según el índice de envejecimiento por país, Cuba ocupó el primer lugar con un índice de envejecimiento de 100 (Naciones Unidas. CEPAL, 2009), es decir, 100 personas de 65 o más años por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años, una relación 1:1. El índice de envejecimiento también sirve para clasificar los países de acuerdo a la etapa de envejecimiento en que se encuentra: envejecimiento incipiente, envejecimiento moderado, envejecimiento moderadamente avanzado, envejecimiento avanzado y envejecimiento muy avanzado (Naciones Unidas. CEPAL, 2009).

La Tabla 1 evidencia el índice de envejecimiento para 2010 por país, con relación a la etapa de envejecimiento poblacional que representa. Estas diferencias pueden deberse a las condiciones culturales, sociales, políticas y económicas de cada país. En el documento El envejecimiento y las personas de edad: indicadores socio-demográficos para América Latina y el

Caribe, preparado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CE-LADE) - División de Población de la CEPAL, se evalúa la situación del envejecimiento poblacional de los países de América Latina y el Caribe en correspondencia con el Producto Interno Bruto (PIB) y algunos indicadores de cómo éste se invierte en el desarrollo social de las comunidades.

Tabla 1. Índice de envejecimiento por país y etapa de envejecimiento en que se clasifica

País	Índice de envejecimiento	Etapa de envejecimiento
Guatemala	15,2	Envejecimiento incipiente
Honduras	16,8	
Haití	18,0	
Nicaragua	18,1	
Bolivia	20,1	
Paraguay	22,8	
República Dominicana	27,6	Envejecimiento moderado
Perú	29,1	
Venezuela	29,3	
Colombia	29,8	
Ecuador	30,9	
El Salvador	32,2	
Panamá	33,6	
México	33,9	Envejecimiento moderadamente avanzado
Costa Rica	37,3	
Brasil	39,8	
Argentina	58,1	Envejecimiento avanzado
Chile	59,1	
Uruguay	81,7	
Cuba	100,0	Envejecimiento muy avanzado

Fuente: CEPAL, 2009.

En conclusión, la situación del envejecimiento en América Latina y el Caribe ha demostrado una tasa de envejecimiento superior a las regiones envejecidas del mundo. La relación entre la proporción de población mayor de 60 años y el índice de envejecimiento evidencia características propias de los procesos de transición demográfica, por ejemplo, no solo aumenta la población mayor, sino que la población joven disminuye, como es el caso de Cuba que en el 2010 mostró una relación 1 a 1. En la región se proyecta para el 2050, que 1 de cada 4 individuos sea persona mayor de 60 años, lo que implica que los estados deben planear de manera integral y desde el presente la atención que recibirá esta población en los próximos años.

2.2.2. Cambios dados por el envejecimiento normal

La vejez, al ser la última etapa del ciclo de vida, facilita examinar el resultado de todas las vivencias y transformaciones derivadas de las etapas anteriores. Esto no solo significa para la persona mayor el auge de la madurez personal sino también es una etapa de mayor impacto en su salud, como consecuencia, entre otros factores, del estilo de vida que ha llevado y del deterioro físico natural.

Es importante tener claro que el envejecimiento no es una enfermedad y que por lo general los cambios del en-

vejecimiento normal no deberían causar síntomas. Sin embargo, es evidente que en la vejez aumenta la susceptibilidad a muchas enfermedades y trastornos que experimenta la persona, por la disminución de la reserva fisiológica, es decir, de la capacidad que tiene el organismo de defenderse, adaptarse y recuperarse de la enfermedad.

En el último siglo, se ha evidenciado la transición de una morbimortalidad y fertilidad alta hacia una baja, proporcional al desarrollo socioeconómico de cada país. La “transición epidemiológica”, se caracteriza por la disminución de las enfermedades infecciosas y agudas y por el aumento paulatino de las ECNT y de las enfermedades degenerativas (Organización Mundial de la Salud, 2021).

2.2.3. Comorbilidades en la vejez

Según datos epidemiológicos y demográficos presentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas se asocian con la pobreza, la desnutrición y la infraestructura limitada de los países en vías de desarrollo. En estas poblaciones suele haber un menor acceso a antibióticos y a medidas sanitarias de prevención de enfermedades infecciosas como son las vacunas. Por otro lado, en los países con mejores ingresos y que

registran una edad promedio de muerte mayor a los 50 años, las ECNT de mayor incidencia son: cardiovasculares, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Accidentes Cerebrovasculares (ACV), artritis, osteoporosis, hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedades mentales (como depresión y demencia), y alteraciones sensoriales (alteraciones visuales y auditivas).

2.2.4. Situación de salud de la persona mayor

En Colombia también ha sido evidente la transición demográfica y epidemiológica. Hace algunas décadas la principal causa de muerte eran las enfermedades infecciosas, pero recientemente esta tendencia se ha inclinado hacia las ECNT, que ocasionan la muerte de personas mayores de 60 años, en especial por enfermedades crónicas de origen cardiovascular.

Los últimos estudios epidemiológicos en el país revelaron que la hipertensión arterial es la enfermedad más frecuente en los adultos mayores y se considera el principal factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades: cerebrovasculares, de las arterias coronarias e insuficiencia cardiaca. Se ha reportado el predominio de la Hipertensión Arterial (HTA), de 20-30% en población general y 60% en mayores de 60 años. Según un estudio conducido en la ciudad de Pasto

por el Dr. Alexander Morales y colaboradores, la mayor incidencia que se encontró de la HTA fue de 55.5%, dato similar a la tendencia de la estadística mundial (Morales et al., 2016).

Es importante resaltar que el cáncer le sigue a la HTA, como principal causa mundial de mortalidad de la persona mayor; luego la osteoartritis (52% en la población mayor de 85 en USA); la diabetes mellitus (que para el 2050 se prevé que aumente en prevalencia un 400%); la osteoporosis; y, enfermedades psiquiátricas o cognitivas como la demencia (la prevalencia mundial de la demencia puede aumentar de 47 millones en 2015 a 131 millones en 2050), la depresión y el envejecimiento cognitivo.

El aumento de las ECNT es multicausal, no solo se debe al incremento en la expectativa de vida promedio y al desarrollo de la medicina, sino también se relaciona con procesos de urbanización e industrialización, tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo. Además, se vincula con los cambios en el estilo de vida: la disminución de la actividad física, el incremento de comidas procesadas y de alto contenido calórico, y con el mayor consumo de azúcar, sal, cigarrillo y bebidas alcohólicas.

Es importante tener presente que hay cambios fisiológicos normales que se dan a medida que avanza el proceso de en-

vejecimiento. Esto conlleva a que la medición de variables fisiológicas esté sujeta al proceso individual de envejecimiento y a que pueda existir una alta heterogeneidad en dichas lecturas, encontrándose que valores por fuera de los rangos considerados normales para la población adulta, no necesariamente estén relacionados con patologías en los adultos mayores.

En la persona mayor los problemas médicos suelen ser diversos y por causa de varios factores (multimorbilidad y multifactorialidad), en consecuencia, los riesgos y trastornos físicos, cognitivos y afectivos, están abiertos al infradiagnóstico y la infravaloración.

Conforme a lo dicho, la etiología de las enfermedades de la persona mayor puede originarse por factores genéticos y ambientales, lo que significa que además de la predisposición biológica, hay un gran número de determinantes sociales en las distintas etapas de la vida que permiten o no, el desarrollo de una enfermedad crónica no transmisible.

2.2.4.1. La jubilación

Salud de la persona mayor jubilada

La jubilación presenta un efecto variable en la salud mental de la persona mayor. Diversos estudios alrededor del mundo evidencian distintas tendencias

de la salud mental del jubilado, según el país en el que se encuentra, la situación laboral anterior, el género, el estatus socioeconómico, el nivel de participación social, la salud física y la dependencia que desarrolle en los años posteriores a la jubilación.

Durante los últimos 5 años, en diversos estudios a nivel mundial, acerca de los efectos de la jubilación en la salud mental, se encuentran distintas correlaciones entre ambas variables, dependiendo del país y las características de la población en donde se hizo la investigación. Estas diferencias se pueden deber a las variaciones en las condiciones de empleo y a cómo las personas en cada región reciben culturalmente la jubilación.

La mayoría de los estudios en países europeos han demostrado que la jubilación tiene efectos beneficiosos en la salud mental de la persona mayor a corto y largo plazo. Sin embargo, algunos resultados en poblaciones asiáticas indican lo contrario, la transición a la jubilación es perjudicial para la salud mental.

En un estudio publicado en BioMed Central (BMC) sobre el efecto de la participación social en la salud mental de las personas mayores evidenció que la jubilación en la población japonesa mayor de 65 años aumentó los síntomas depresivos y fue más marcado en hombres de origen ocupacional inferior (no profesional).

Como explicó el artículo, esta asociación se debe a que, para muchos de los participantes, la jubilación significó la pérdida de su función social y por lo tanto de su sentido de vida. Esta asociación es lógica para esta población ya que entre los trabajadores japoneses que experimentaron el período de rápido crecimiento económico de posguerra, el empleo se caracterizó por largas horas de trabajo, así como por un sentido compartido de sacrificio con el objetivo de reconstruir la nación después de la destrucción causada por la Segunda Guerra Mundial (Laidlaw & Pachana, 2011).

2.2.4.2. Salud mental y jubilación

No todas las poblaciones tienen las mismas capacidades de ahorro para jubilarse. Varias encuestas alrededor del mundo han señalado que las personas mayores que no están cubiertas financieramente en la jubilación manifiestan mayores niveles de ansiedad y depresión.

En un estudio de cohorte longitudinal, realizado a 2.000 personas en China, se observó que las probabilidades de tener menos ansiedad o depresión son 0,36 (IC 95%: 0,16–0,43) veces menos, para las personas que pensaban que no habían ahorrado o no podrían ahorrar lo suficiente para su jubilación, de quienes decían estar preparados financieramente. Asimismo, demostró que tener más fuentes ex-

ternas de asistencia financiera, incluidos la familia y los gobiernos, no los ayudó a aliviar el sufrimiento mental. El análisis reveló también que la población rural dispone de la mitad de las probabilidades de estar preparada financieramente para la jubilación, independientemente de si permanece en zonas rurales o migran a las ciudades (Chen, Petrie, Tang, & Wu, 2018).

Del 2015 a 2050, la proporción de la población mundial de 60 años o más aumentará del 12 al 22%, y alrededor del 20% de este subgrupo de población sufrirá un trastorno mental o neurológico (Organización Mundial de la Salud, 2021). La implicación internacional de los hallazgos del estudio en China es que las estrategias de la salud también deben considerar el papel de la planificación financiera para facilitar la mejora de la salud mental de los adultos de mediana edad y mayores.

Por otro lado, es importante hacer hincapié en que más allá de las creencias culturales y la capacidad financiera del jubilado, las condiciones laborales previas y el nivel de actividad física y cognitiva que lleve la persona después de jubilarse tienen un efecto directo en el mantenimiento y mejoramiento de la higiene mental.

Las condiciones laborales previas a la jubilación han demostrado una asociación significativa con la magnitud de mejora en salud mental de la persona, des-

pués de la jubilación. El estudio Whitehall II, evaluó de forma longitudinal el cambio en salud mental de alrededor de 5 mil funcionarios públicos británicos y evidenció que las demandas psicosociales en el trabajo definen la salud mental de los participantes luego de su jubilación: si había más demanda psicosocial en el trabajo, la salud mental mejoraba significativamente a corto plazo y no mostraba diferencias a largo plazo. El estudio probó también, al igual que lo propuesto por Heller-Sahlen (2017), que entre menor nivel de autoridad ejercía la persona en el trabajo, previo a la jubilación, mayor era el beneficio en la salud mental (Fleischmann, Xue, & Head, 2020).

Cabe resaltar que la jubilación se asocia con disfunción física a lo largo del tiempo, sin embargo, las mujeres no se relacionan con dicha condición desde la angustia psicológica, mientras los hombres, con alto nivel de disfunción física, sí lo manifiestan. Los hallazgos apuntan a la importancia de atender las necesidades de salud física y mental, alrededor del período de jubilación, particularmente para los hombres con mala salud física (Byles et al., 2016).

El deterioro de la funcionalidad física de la persona mayor después de la jubilación se relaciona con el detrimento de la salud mental, especialmente en hombres. Este deterioro en la funcionalidad se debe

no solo el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, sino también es consecuencia del sedentarismo, la mala alimentación y la falta de asistencia a los controles médicos necesarios en esta etapa vital.

2.2.4.3. Uso y costos de servicios en salud

Uso de servicios de salud para la población mayor

Las personas mayores en Colombia, usuarios anuales de los servicios de salud, pasaron, de 3 millones en 2009 a 5 millones en 2019. Igualmente, el número de atenciones se incrementó de 27 millones en 2009 a 117 millones en 2019, en promedio 12 atenciones por persona mayor en 2020; cifra que supera el promedio de la población general, de 8 atenciones por persona (Cubillos, Matamoros, & Perea, 2020).

En la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), se entrevistaron 23.694 personas mayores, en promedio de 60 años (Rango 60 - 108). Los resultados evidenciaron algunos factores que podrían estar asociados con la disminución del uso de los servicios de salud y del mantenimiento de la salud, de las personas mayores. El 2,2% de los encuestados no tenía ningún tipo de afiliación al Sistema Nacional de Seguridad

Social en Salud (SGSSS), entre 25% y 50% reportaron condiciones que dificultarían el acceso a los servicios del SGSS: ausencia de transporte público cercano al lugar de vivienda (24,3%) e inexistencia de centros deportivos (48,3%) y lúdicos (43,5%) (Duran Cristiano & Gómez-Molina, 2020). En Colombia, en el primer semestre 2020, las personas mayores con afiliación al SGSSS fue de 95,97%: el departamento con la mayor proporción de población asegurada fue Santander (99,70%) y con la más baja afiliación, Cundinamarca, 81,13% (Cubillos et al., 2020).

Respecto al uso específico de los servicios del SGSSS se reportó que el 74,4% de las personas asistieron a servicios de atención ambulatoria, siendo los más frecuentes medicina general o especializada (94,9%). El 55,7% de los entrevistados consideraron la atención, buena o muy buena, y el 84,2% manifestaron la prescripción de algún medicamento durante la consulta (Duran Cristiano & Gómez-Molina, 2020).

De forma similar, también han sido reportados factores asociados con el uso de los servicios de salud. Para una muestra de 656 personas mayores de la ciudad de Cartagena, con edades promedio de 67,9 años, se halló que el uso se asociaba a encontrarse clasificado en los niveles 4, 5 y 6 del SISBEN ($p = 0,043$), tener una enfermedad diagnosticada crónica ($p = 0,008$) o esperar 30 minutos o menos

para ser atendidos ($p = 0,075$) (Melguizo-Herrera & Castillo-Ávila, 2012).

El mismo estudio mostró que la mayoría de los encuestados habían usado servicios de consulta programada (86,1%), asistido al servicio 1 o 2 veces en el último mes (92,4%) y en cuanto a la percepción del servicio, más de la mitad estaban muy poco satisfechos con la atención recibida (58,2%) (Melguizo-Herrera & Castillo-Ávila, 2012).

Los resultados en Antioquia indican que las barreras para acceder a los servicios de salud se relacionan con el tiempo de espera para la asignación de citas de medicina general, residir en área rural, pertenecer a los niveles 0 y 1 del SISBEN y estar afiliado al régimen subsidiado. Además, el reporte señala que los servicios de hospitalización habían sido utilizados por el 7,4% de las personas. Sin embargo y en contraste con los resultados en Cartagena, en Antioquia el 57,8% de las personas encuestadas calificaron como buena atención dentro del sistema de salud (Peña-Montoya, Garzon-Duque, Cardona-Arango, & Segura-Cardona, 2016).

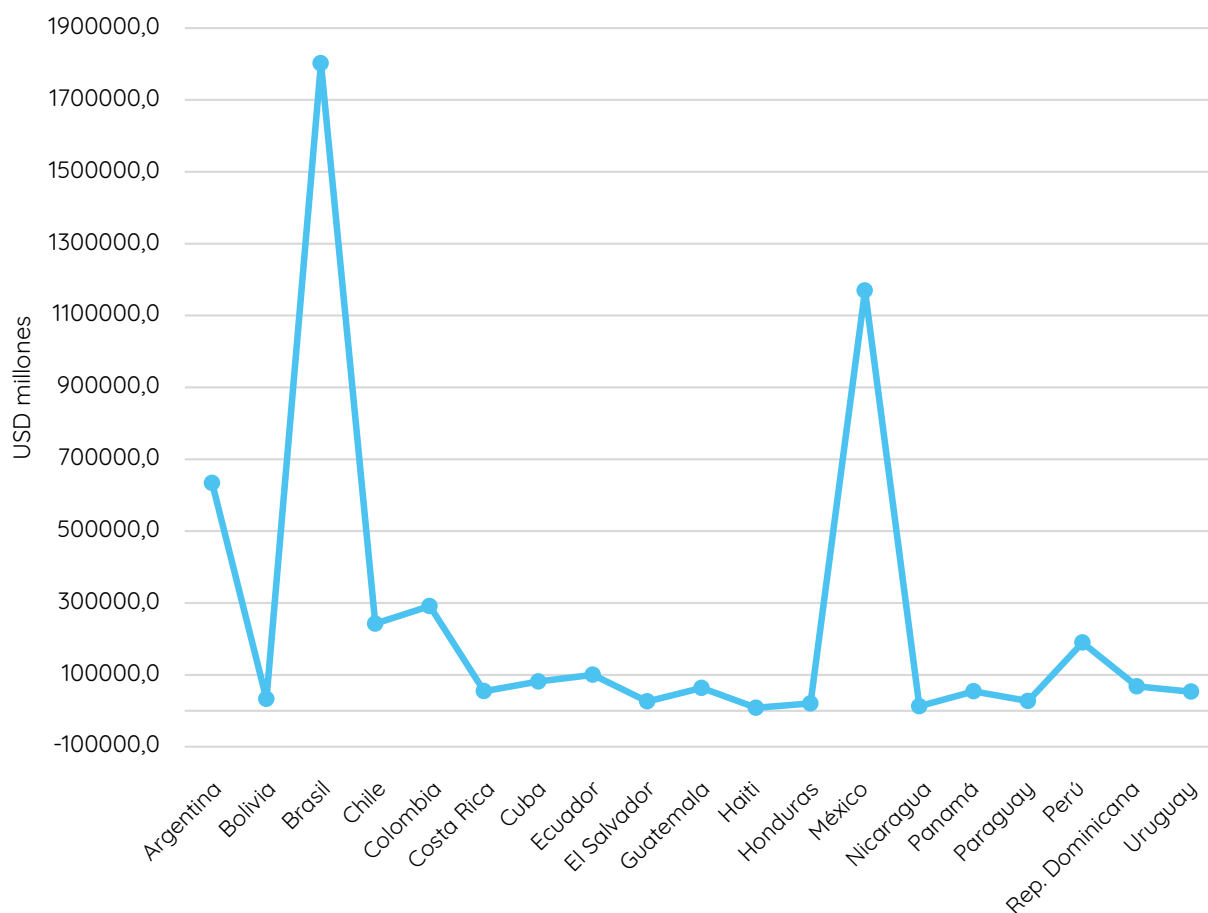
2.2.4.4. Costos de salud en la vejez

Algunos países han respondido tempranamente y cuentan con un gasto público importante destinado a la protección social. En el caso especial de Paraguay, la distribución del gasto social lo priorizan de manera

estratégica para planear las acciones de respuesta ante la transición demográfica que experimenta la región. En la Figura 2 se representa el Producto Interno Bruto (PIB) total anual a precios corrientes en dólares

para 2015, reportado en la Base de Datos y Publicaciones Estadísticas de CEPAL (CEPALSTAT, 2022); se excluye a Venezuela por no contar con registro en la base de datos para el año seleccionado.

Figura 2. Producto Interno Bruto (PIB) total anual* de los países de América Latina para 2015



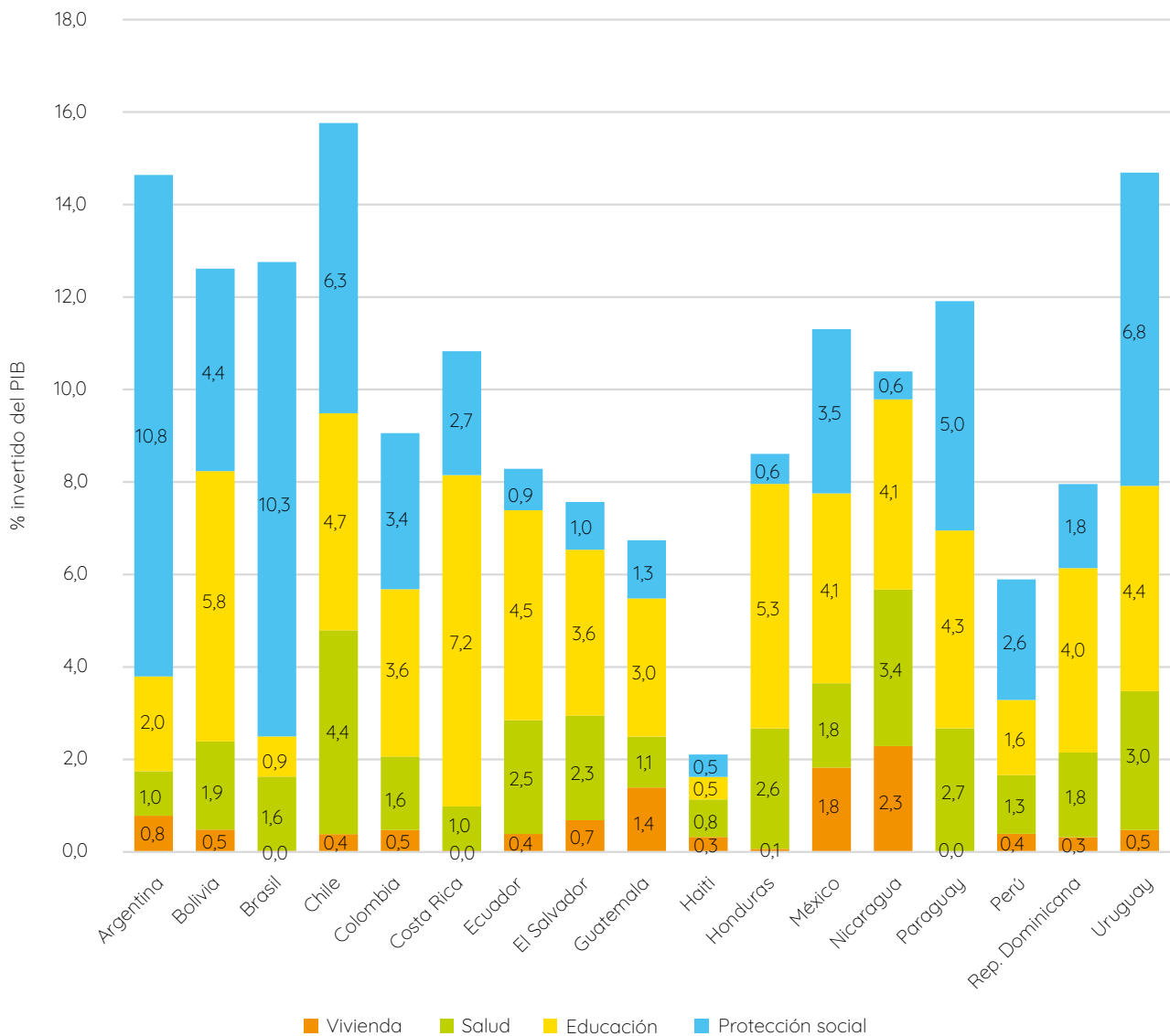
* PIB total anual a precios corrientes en dólares para 2015.

Fuente: CEPALSTAT, 2022.

La Figura 3 presenta el porcentaje del PIB, por país, que fue invertido en gasto social: vivienda, salud, educación y protección social para el año 2015. Al evaluar la relación entre el porcentaje de perso-

nas mayores por país y los parámetros descritos en este documento, se encontró una relación significativa con el PIB (Spearman 0,526 $p = 0,017$) y el índice de envejecimiento (Spearman 0,746 $p < 0,0001$).

Figura 3. Porcentaje del PIB gasta en inversión social por país en 2015



Fuente: CEPALSTAT, 2022

Países como Chile, Uruguay, Brasil y Argentina, que se encuentran en etapas avanzadas de envejecimiento poblacional, invierten un gran porcentaje del PIB en protección social, para favorecer al mismo tiempo, la atención de las personas mayores y responder a los cambios sociales y económicos que conlleva el aumento de la población mayor. Paraguay es el único país de los que se encuentra en una fase incipiente del envejecimiento, que invierte una mayor proporción del PIB en protección social, hecho que pudiera facilitar una respuesta temprana ante la tasa de crecimiento general que se observa en América Latina y el Caribe. A excepción de Haití, no hay diferencias considerables en la distribución del gasto entre los países con menor proporción de adultos mayores y los que se ubican entre los cuartiles inferior y superior.

En Colombia, teniendo en cuenta la estructura del SGSSS, los gastos reportados según el régimen de afiliación muestran que, para el caso del sistema contributivo, entre 2014 y junio de 2020 el gasto sumaba \$40,4 billones de pesos y para el régimen subsidiado el gasto total ascendía a \$35,7 billones de pesos. Además, el gasto representado por las personas mayores de 75 años era de cerca del 40% del total de la población adulta mayor (Cubillos et al., 2020).

La conformación de los registros poblacionales de cáncer en Colombia ha permitido estimar la tasa de incidencia de cáncer para las neoplasias priorizadas en el plan decenal para el control del cáncer en Colombia. La tasa por 100.000 personas año es: 33,8 cáncer de mama, 46,5 cáncer de próstata, 19,3 cáncer de cérvix, 12,2 cáncer de colon en hombres y 12,3 cáncer de colon en mujeres. Por último, para el cáncer de estómago en hombres la tasa de incidencia es de 18,5 y de 10,3 para mujeres (Bravo & Muñoz, 2018). Dentro de estos tipos de cáncer priorizados por el plan decenal, los más prevalentes reportados en personas mayores han sido el de estómago para ambos sexos, el de cérvix en mujeres y el de próstata en hombres, seguidos por las neoplasias del tejido sanguíneo y hematopoyético en hombres (Valencia-Cuéllar, Marulanda-Sánchez, Andrade-Pantoja, Arango, & Calvache, 2020). Se proyecta que la incidencia de cáncer en hombres mayores de 65 años aumente del 62% en 2020 al 75% en 2050, en mujeres este cambio se daría del 33% al 35% para el mismo periodo (Henríquez & de Vries, 2017).

2.2.4.5. Situación de los adultos mayores durante la pandemia

Alrededor del mundo las personas mayores no han sido ajena a las dinámicas y los cambios sociales por el coro-

navirus SARS-CoV-2. Tal es el caso de los cambios en la salud mental reportados para esta población en diferentes cohortes. Por ejemplo, en el estudio longitudinal de envejecimiento de Inglaterra los niveles de depresión aumentaron 16 puntos porcentuales, pasando del 12,5% al 28,5% entre el periodo prepandemia y diciembre de 2020, en el mismo periodo aumentó la percepción de soledad y el deterioro de la calidad de vida. Estos cambios no solamente mantuvieron un incremento con el avance de la pandemia, sino que respondieron a fenómenos propios de la situación de emergencia como la implementación de las medidas restrictivas y a factores propios de los individuos; encontrándose en mayor riesgo las mujeres, las personas que vivían solas y aquellas en condición de pobreza (Zaninotto et al., 2022).

De manera similar, el bienestar de las personas mayores durante la pandemia se relacionó con factores protectores, principalmente derivados de las acciones implementadas antes del inicio de la pandemia, en regiones con sistemas consolidados de seguridad. En el caso de un grupo de personas mayores de Beijing, con alto nivel de escolaridad y menor número de comorbilidades, se evidenció el mayor bienestar percibido y la disminución de los gastos públicos en salud. Lo anterior se ha relacionado con la capacidad de

adaptación y mejor uso de las fuentes de información facilitadas por las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) a la que accedieron los adultos mayores con mayor nivel educativo (Wu et al., 2022). Siendo esta condición, a su vez, parte de un grupo de factores protectores para garantizar el aseguramiento social de la población mayor: mejoramiento del tejido social y de las relaciones familiares y empleo de estrategias de regulación emocional y afrontamiento (Rodrigues et al., 2022; Strutt et al., 2022).

Una situación similar fue reportada para la cohorte de seguimiento del estudio longitudinal canadiense sobre envejecimiento, que calculó un índice de resiliencia a la multimorbilidad y lo asoció inversamente con el impacto del curso de la pandemia (OR = 0,84; $p < 0,001$; IC 95%: [0,81 a 0,87]) y la preocupación que generaba en las personas mayores (OR = 0,89; $p < 0,001$; IC 95%: [0,86 a 0,93]). A la luz de estos resultados se sugirió que el fortalecimiento de la resiliencia está implicado en la protección del bienestar de las personas con comorbilidades somáticas, con una bidireccionalidad en la relación con la presencia de factores protectores y trastornos de salud mental (Wister et al., 2022). Diversos reportes han sugerido que los factores que se asociaron durante la pandemia con una mayor vulnerabilidad de las personas mayores y que

afectaron su bienestar físico y psicológico fueron: ser mujer, las múltiples comorbilidades -que incluyen antecedentes de enfermedad mental-, condición de pobreza y un bajo nivel educativo (Webb & Chen, 2022; Wister et al., 2022; Zaninotto et al., 2022).

Adicionalmente, se ha explorado el efecto de las medidas de contención del avance de la pandemia, específicamente la cuarentena. Se encontró una relación entre el nivel de ansiedad y depresión de un grupo de personas mayores de Turquía y su nivel de discapacidad física, relacionado probablemente con un mayor nivel de desacondicionamiento físico y cambios en los hábitos nutricionales durante el mantenimiento de las medidas restrictivas (Özpinar et al., 2022). Al considerarse un subgrupo de particular interés, dentro de las personas mayores con antecedente de deterioro neurocognitivo, se evidenció una importante dificultad para la adaptación a los cambios inducidos por las restricciones durante la pandemia, menor capacidad de afrontamiento y mayor probabilidad de tener síntomas afectivos, principalmente depresivos, siendo mayor el riesgo de manera proporcional al grado de severidad del deterioro y asociado al sexo femenino (Beridze et al., 2022; Carlos et al., 2022).

Afectaciones en el nivel de la calidad de vida percibido por las personas mayores

evidencian un deterioro posterior al primer pico de contagios y acentuado durante los picos subsiguientes, un efecto acumulativo de deterioro probablemente inducido por la pandemia. Esta disminución de la calidad de vida se ha relacionado con la disminución del nivel de actividad física y de felicidad, alteraciones de la memoria y el estado de salud general, la edad y la percepción de soledad, de un grupo de adultos mayores de Montreal (Colucci et al., 2022).

La situación de soledad de las personas mayores en Colombia ha sido caracterizada por las fuentes estadísticas oficiales, como las producidas por el Departamento Nacional de Estadística (DANE). Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, las personas mayores de 65 años representan el 22,8% de los hogares unipersonales, es decir, 602.703 personas mayores, de las cuales aproximadamente el 30% reportó no tener una red de apoyo y confianza. También se observa el aumento gradual, entre 50 y 60% aproximadamente, de la proporción de mujeres solas de 60 años y más. La “edad avanzada” fue reconocida como la segunda causa más frecuente (29,8%), de las dificultades para el funcionamiento, la comunicación, la movilidad, las actividades instrumentales y el relacionamiento. Durante la pandemia, alrededor del 40% (39,8% mujeres y 30,7% hombres) de la población sola mayor de 55 años repor-

tó sentirse sola, estresada, preocupada o deprimida (Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2020).

Por otra parte, en enero de 2021 se estimó una tasa de mortalidad de 805 muertes por millón de habitantes, un aumento cercano al 15% desde el 2015. Esta situación se enmarca en factores de vulnerabilidad descritos previamente, como la presencia de comorbilidades y un bajo nivel de ingresos (Gutiérrez Cortes & Perdomo Morales, 2021). Dinámica que, a su vez, manifiesta la necesidad de priorizar la atención de las personas mayores con un enfoque de protección de los derechos de esta población, en el que se garantiza: acceso a servicios para la atención de patologías de curso agudo y crónico; estrategias de prevención que tiendan a reducir la carga de enfermedad tempranamente; fomento de la adopción de hábitos de vida saludable y estrategias de promoción del envejecimiento activo.

2.3. Hallazgos



2.3.1. El aseguramiento social en salud

La mayor parte de los países de alto ingreso poseen algún tipo de asegura-

miento social que permite el financiamiento colectivo de la prestación de servicios de salud. Este tipo de aseguramiento posibilita, entre otras cosas, una efectiva redistribución del ingreso y los servicios de salud hacia la población más necesitada (Zweifel, 2000). Colombia, a través de la ley 100 de 1993, crea el Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), el primer sistema de aseguramiento social en el país. El SGSSS permite la entrada del sector privado como opción adicional al Instituto de Seguros Sociales y crea el régimen subsidiado como responsable del aseguramiento de la población no trabajadora o con bajo ingresos.

Los logros de la implementación de la ley 100 han sido ampliamente reconocidos a nivel nacional e internacional, y uno de sus pilares es el incremento del aseguramiento en salud (Yepes Luján, 2010). Dicho incremento ha permitido proveer de protección financiera a los hogares colombianos de los gastos asociados al cuidado de la salud; mayor acceso a los servicios de salud, especialmente para poblaciones más necesitadas; y, ampliación sustancial en el consumo de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Asegurar que los logros de la implementación de la ley 100 sigan beneficiando a los colombianos de generaciones futuras ante el reto del envejecimiento

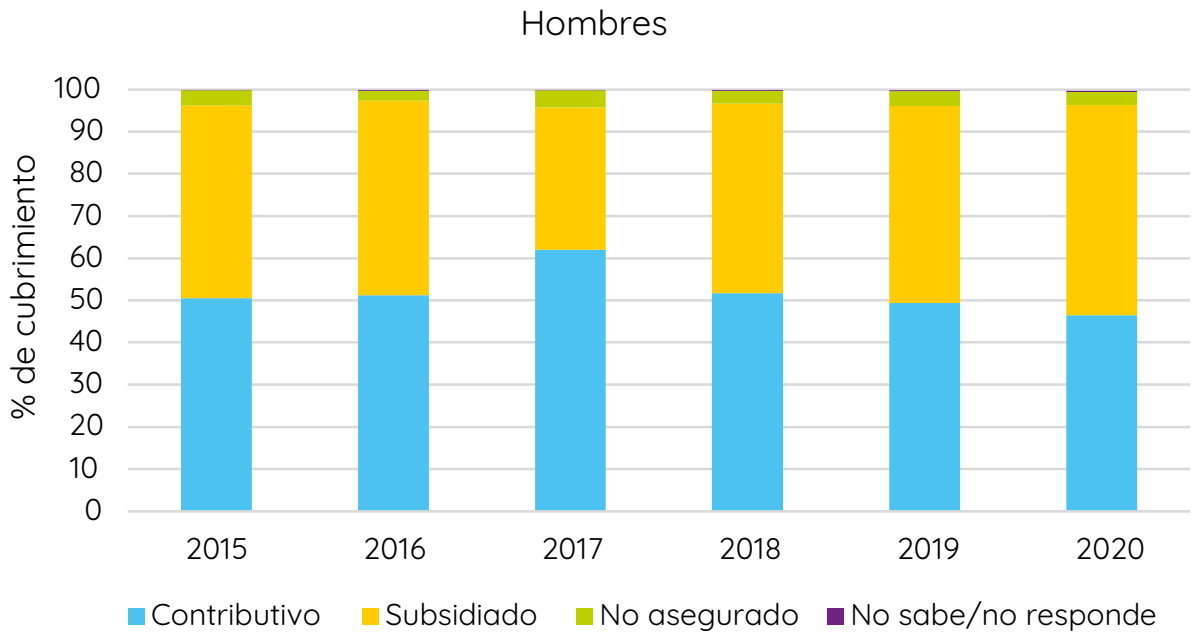
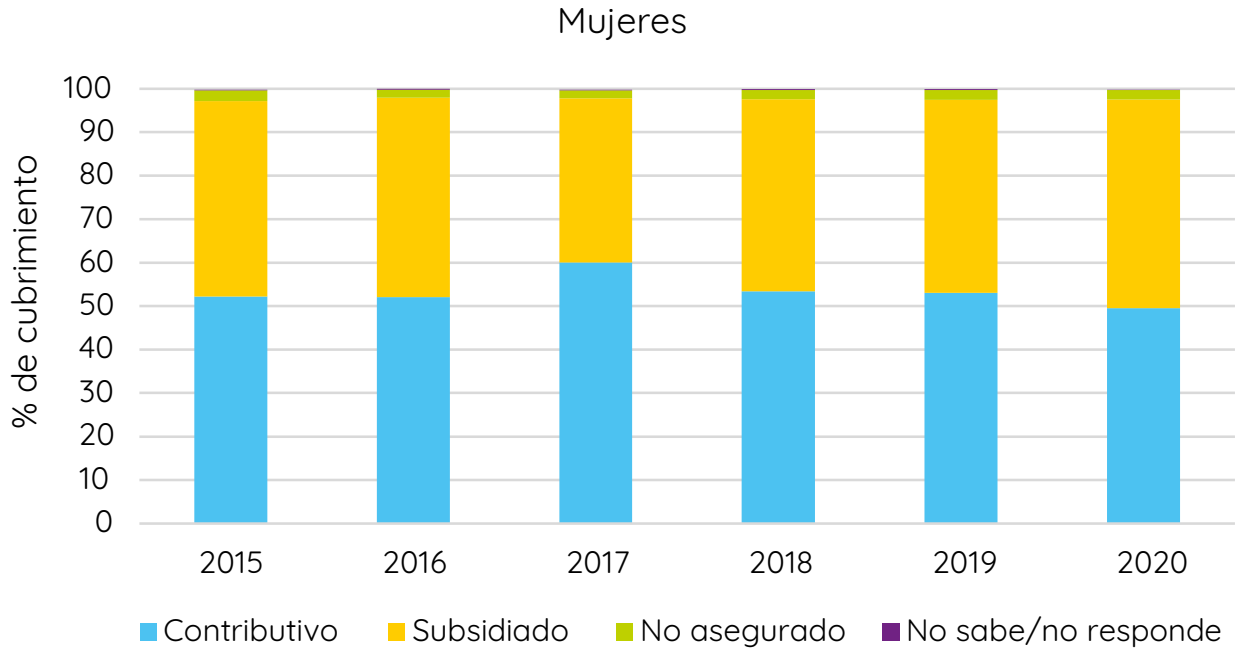
poblacional, hace necesario una evaluación continua en las condiciones de aseguramiento de la población. Es así, como en esta sección se explorarán los cambios recientes en el tipo de aseguramiento y el acceso a los servicios de salud (preventivos, ambulatorios y hospitalarios) de las personas mayores en Colombia. Los datos son obtenidos de las Encuestas de Calidad de Vida (ECV) del año 2015 hasta el 2020. En breve, las ECV son encuestas poblacionales realizadas anualmente por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) que buscan recoger información sobre diferentes aspectos y dimensiones del bienestar e incluyen temas como: acceso a bienes y servicios públicos, salud, educación, atención integral de los niños, entre otros.

2.3.1.1. Tipo de aseguramiento

La Figura 4 muestra los cambios en el tipo de aseguramiento de las personas mayores en Colombia entre 2015 y 2020. En términos generales, la proporción de la población adulta mayor a 55 años afiliada al régimen contributivo presentó una disminución sustancial durante el año 2020 (de 50.4% en 2015 a 46.5% en 2020 para hombres y de 52.2% en 2015 a 49.5% en 2020 para mujeres). Estos cambios en la proporción de la población afiliada al régimen contributivo afectaron en mayor medida a regiones como

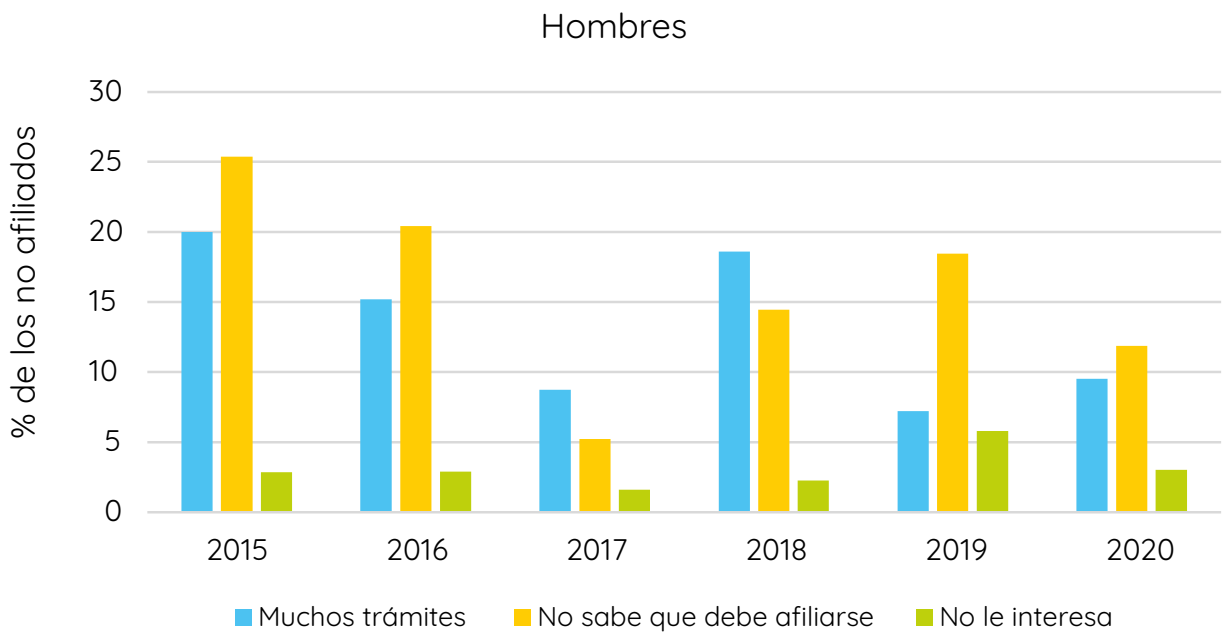
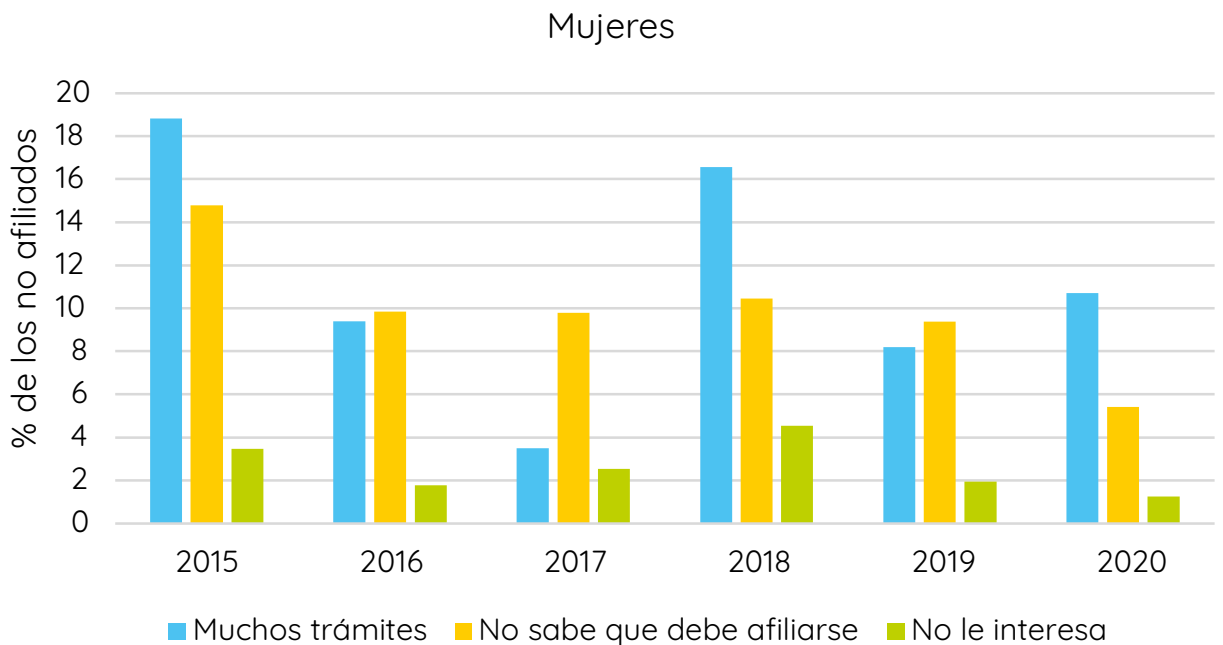
la Amazonía (de 31.2% en 2015 a 16.3% en 2020 para hombres y de 28.7% en 2015 a 17.4% en 2020 para mujeres) y la región Caribe (de 33.9% en 2015 a 27.3% en 2020 para hombres y de 37.7% en 2015 a 29.5% en 2020 para mujeres). En contraste, la proporción de población no afiliada se mantuvo estable durante los años 2015 a 2020 (de 3.4% en 2015 a 2.8% en 2020 para hombres y de 3% en 2015 a 1.8% en 2020 para mujeres). En forma similar, no se identificaron diferencias aparentes en la población asegurada al régimen contributivo en el área rural entre 2015 y 2020 (de 19.3% en 2015 a 18.3% en 2020 para mujeres y de 18.4% en 2015 a 18.2% en 2020 para hombres). Aunque las causas autoreportadas de la falta de aseguramiento han fluctuado en forma importante durante este periodo de tiempo, la percepción de tener que realizar “muchos trámites” y la falta de interés constituyeron las principales causas durante los años 2015 a 2020 (ver Figura 5).

Figura 4. Cambios en el aseguramiento de la población mayor de 55 años en el periodo de 2015 a 2020



Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2015 - 2020.

Figura 5. Cambios en las razones reportadas como causas de la falta de afiliación al SGSSS en población mayor de 55 años de 2015 a 2020



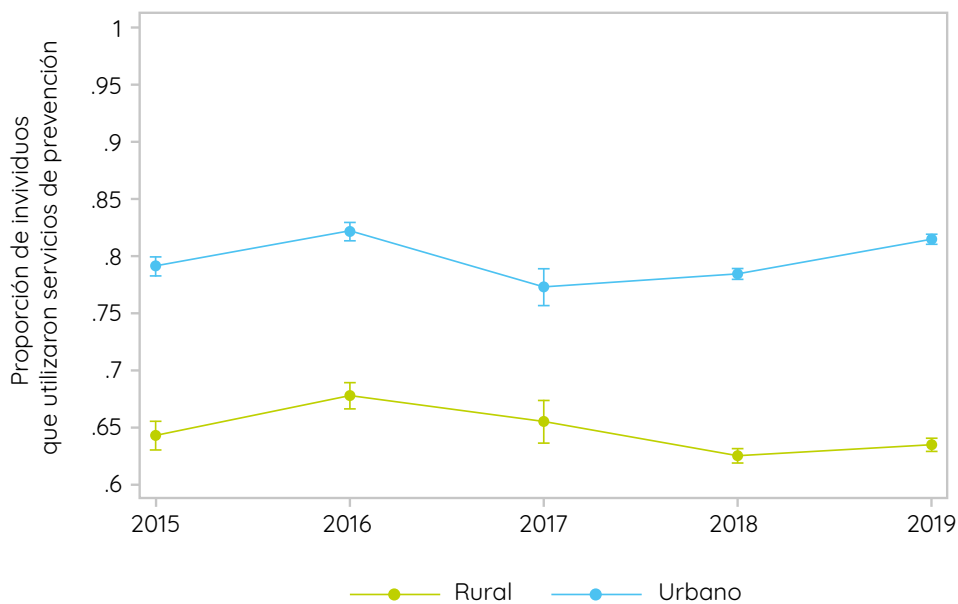
Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2015 - 2020.

2.3.1.2. Acceso a servicios de salud preventivos

El acceso a servicios de salud preventivos en la población mayor de 55 años se evaluó calculando la proporción de personas que respondieron positivamente a la siguiente pregunta: “sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿... consulta por lo menos una vez al año a (1) solo al médico (2) solo al odontólogo (3) al médico y al odontólogo (4) a ninguno?” En resumen, la asistencia a servicios de salud preventivos médicos u odontológicos al menos una vez al año, en población

mayor de 55 años, fluctuó entre 70% en 2015 y 70.3% en 2019 en hombres y entre 81% en 2015 y 83.24% en 2019 en mujeres (ver Figura 6). Este nivel de acceso a servicios preventivos parecería tener importantes diferencias entre el área de residencia (entre 79.1% en 2015 y 81.4% en 2019 en residentes de cabeceras municipales y entre 64.3% en 2015 y 63.4% en 2019 en residentes de centros poblados o áreas rurales dispersas) y las regiones (entre 77.4% en 2015 y 79.8% en 2019 en residentes de la región Andina y 67.7% en 2015 y 66.3% en 2019 en residentes de la Amazonía).

Figura 6. Acceso a servicios preventivos (médicos u odontológicos) al menos una vez al año en población mayor de 55 años por área de residencia de 2015 a 2020



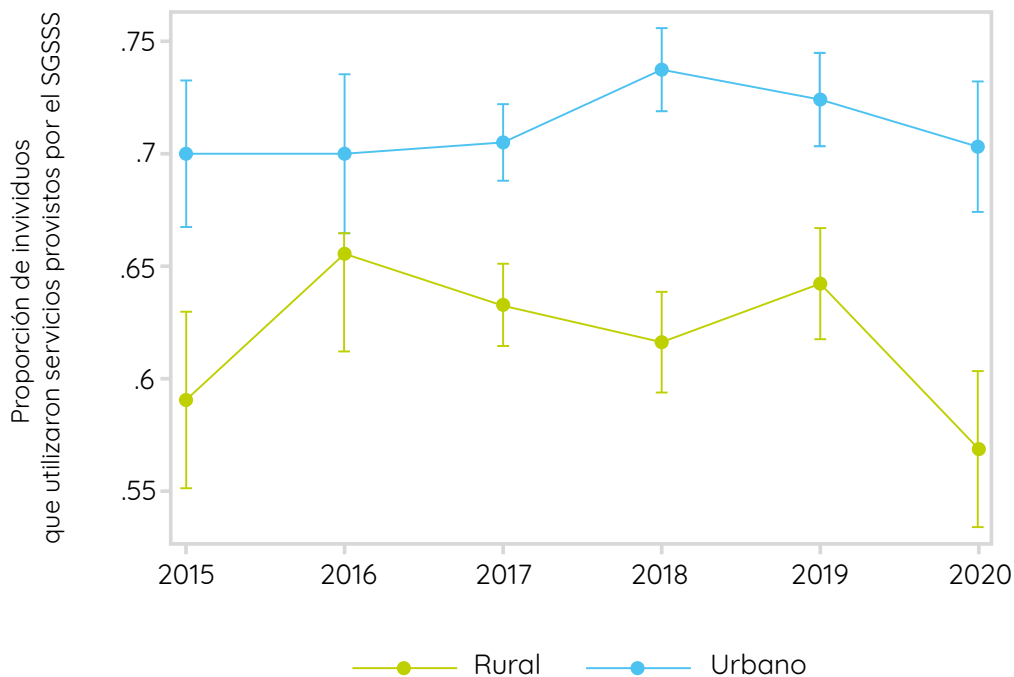
Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2015 - 2020.

2.3.1.3. Acceso a servicios de salud ambulatorios financiados por el SGSSS

El acceso a servicios de salud ambulatorios en la población mayor de 55 años se determinó estimando la proporción de personas que respondió afirmativamente a las siguientes preguntas (1) “En los últimos 30 días, ¿...tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización?” y (2) “¿cuáles

de las siguientes fuentes utilizó ...para cubrir los costos de atención en salud en los últimos 30 días? (incluya consulta médica, exámenes y medicamentos); entidad de seguridad social de la cual es afiliado”. Los individuos que reportaron no haber tomado ninguna conducta porque consideraron que la condición de salud fue muy leve no fueron tenidos en cuenta para el cálculo de los estimados. Los resultados del acceso a servicios de salud ambulatorios financiados por el SGSSS se resume en la Figura 7.

Figura 7. Acceso a servicios financiados por el SGSSS en individuos mayores de 55 años que requirieron servicios ambulatorios de 2015 a 2020 según área de residencia



Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2015 - 2020.

En resumen, no se identificaron cambios aparentes en las proporciones de la población mayor de 55 años que utilizaron servicios de salud ambulatorios financiados por el SGSSS entre 2015 y 2020 (entre 66.5% en 2015 y 68% en 2020 en hombres y entre 67.4% en 2015 y 67.2% en 2020 en mujeres). En contraste, se identificaron posibles diferencias entre áreas de residencia (entre 70% en 2015 y 70.2% en 2020 en residentes de cabeceras municipales y entre 59.1% en 2015 y 56.8% en 2020 en residentes de centros poblados o áreas rurales dispersas) y disminuciones sustanciales en el consumo de servicios entre 2015 y 2020 en algunas regiones del país (entre 71.1% en 2015 y 51.2% en 2020 en residentes de Orinoquía y 79.4% en 2015 y 49.1% en 2020 en residentes de la Amazonía).

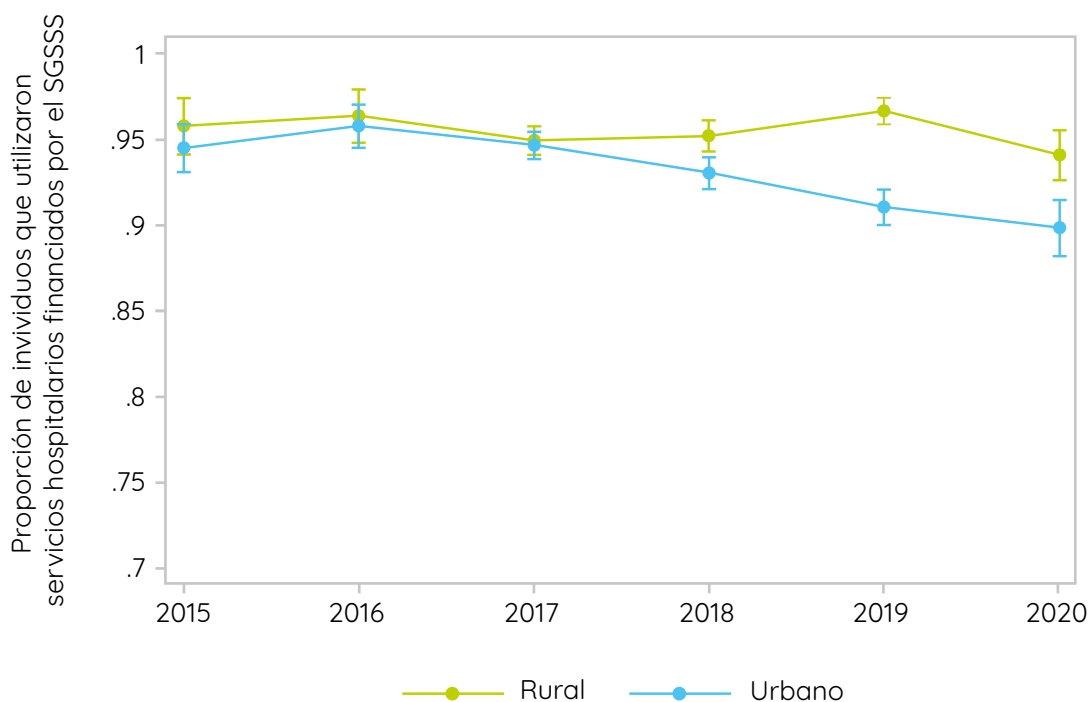
2.3.1.4. Acceso a servicios de salud hospitalarios financiados por el SGSSS

En forma similar, el acceso a servicios de salud hospitalarios fue evaluado calculando la proporción de individuos que respondieron afirmativamente las siguientes preguntas: “Durante los últimos 12 meses ¿... tuvo que ser hospitalizado(a)?” y “¿Cuáles de las siguientes fuentes se utilizaron para cubrir los costos de esta hospitalización (incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)? 1. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado”.

Los resultados sobre acceso a servicios de salud hospitalarios financiados por el SGSSS se resumen en la Figura 8.

En conclusión, la mayor parte de los adultos mayores de 55 años que requirieron servicios hospitalarios entre 2015 y 2020 pudieron acceder a los mismos a través del SGSSS (entre 94.8% en 2015 y 90.7% en 2020). No se identificaron diferencias sustanciales entre la proporción de individuos que accedieron a los servicios hospitalarios a través del SGSSS residentes en áreas rurales y urbanas (entre 94.5% en 2015 y 89.9% en 2020 en residentes de áreas urbanas y 95.8% en 2015 y 94.2% en 2020 en residentes de áreas rurales). En contraste, llama la atención una aparente disminución de la población que accedió a servicios hospitalarios a través del SGSSS en la región Caribe y en la Orinoquía entre 2019 y 2020 (entre 95.3% en 2019 y 90.7% en 2020 en la región Caribe y entre 96.2% en 2019 y 85% en 2020 en la Orinoquía).

Figura 8. Acceso a servicios financiados por el SGSSS en individuos mayores de 55 años que requirieron servicios hospitalarios de 2015 a 2020 según área de residencia



Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2015 - 2020.

2.3.2. Consumo de servicios de salud de personas mayores

El incremento de la prevalencia de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), especialmente las enfermedades vasculares, respiratorias crónicas, diabetes y el cáncer, ha constituido uno de los principales retos asociados al envejecimiento poblacional. Estas enfermedades, caracterizadas por un curso lento y de larga duración, se asocian con una carga

de enfermedad desproporcionadamente alta en las personas mayores. Sin embargo, aunque la mayor parte de las sociedades han experimentado este cambio en el perfil de morbilidad de sus poblaciones, existen importantes diferencias en la carga que estas enfermedades imponen en las sociedades.

Uno de los indicadores más frecuentemente utilizados para estimar la carga de las enfermedades en una sociedad es el cálculo de las prevalencias poblaciona-

les. Para Colombia, según los resultados del Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) de 2015, las condiciones de salud reportadas con mayor prevalencia en Colombia fueron la hipertensión arterial (60,7%), la artritis-artrosis (25,8%), diabetes mellitus (18,5%), la enfermedad isquémica cardiaca (14,5%) y el cáncer (5,3%) (Duran Cristiano & Gómez-Molina, 2020). En 2020 este perfil de morbilidad no mostró diferencias sustanciales frente a lo reportado previamente. Las enfermedades con mayor prevalencia en personas mayores en Colombia fueron las enfermedades del sistema circulatorio (27,3%), seguidas por las enfermedades endocrinas (11,4%) y las enfermedades del sistema osteomuscular (10,4%) (Cubillos et al., 2020).

Otro de los indicadores más frecuentemente utilizados en la estimación de la carga de las enfermedades es la cuantificación de los recursos consumidos por dicha enfermedad. Cuantificar los recursos consumidos por el cuidado de una enfermedad podría ayudar a estimar, no solo el efecto de dicha enfermedad sobre la población afectada, sino también el impacto de ésta sobre el resto de la población porque estos recursos ya no estarán disponibles para el cuidado de otras enfermedades. Cuantificar los recursos consumidos también podría ayudar a justificar programas de intervención, ayudar a

establecer prioridades de inversión en salud o proveer información necesaria para la generación de evaluaciones económicas de programas de atención o prevención.

El objetivo del siguiente análisis es estimar el nivel de consumo de servicios en salud asociado a las principales ECNT de las personas mayores en Colombia. Para tal fin se utilizarán los datos obtenidos de los Registros Individuales de Prestación de los Servicios de Salud (RIPS). Los RIPS son un sistema que provee información sobre cada servicio de salud prestado y facilita la transferencia de datos entre los prestadores y el SGSSS. Estos registros contienen información sobre el prestador del servicio de salud, el usuario que lo recibe, la prestación del servicio propiamente dicho y el motivo que originó su prestación (diagnóstico y causa externa). La utilidad y calidad de la información contenida en los RIPS ha sido evaluada previamente (Huguett & Bernal, 2014). En efecto, los RIPS son herramientas confiables en la búsqueda de condiciones de interés en salud pública y sus diagnósticos son “coherentes con el ciclo vital y características de los pacientes”.

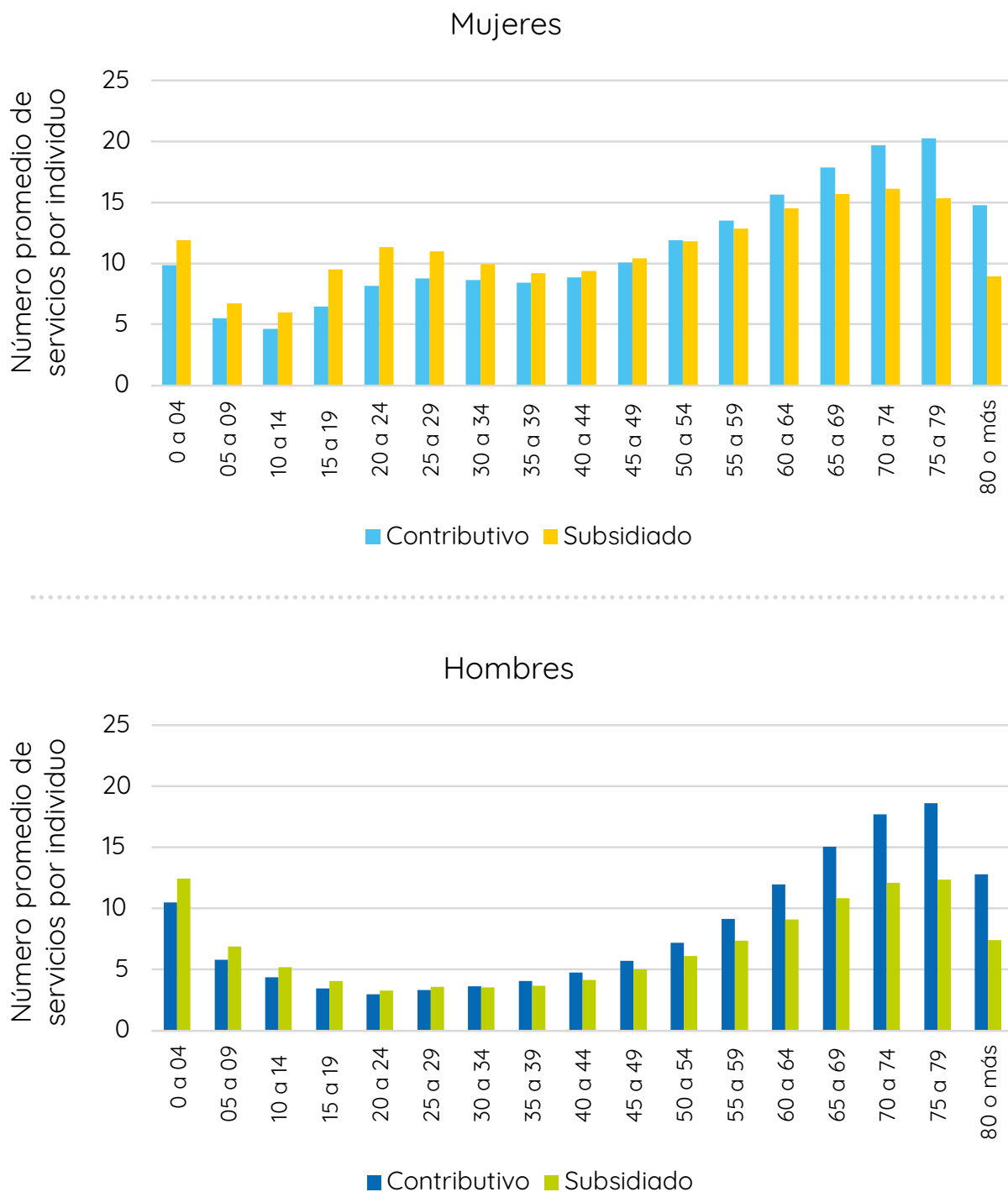
2.3.2.1. Consumo de servicios de salud por individuo

Las Figuras 9 y 10 describen las principales características del consumo de ser-

vicios de salud de personas mayores en Colombia. En términos generales, el consumo de servicios de la persona mayor se incrementó en ambos regímenes entre 2015 y 2019. Sin embargo, este crecimiento fue sustancialmente mayor en afiliados al régimen contributivo que en afiliados al régimen subsidiado (entre 8.9 en 2015 y 15.9 en 2019 en el régimen contributivo y entre 10.3 en 2015 y 11.6 en 2019 en el régimen subsidiado). El consumo de servicios por individuo también tuvo importantes variaciones según la edad (entre 5.1 en el grupo de 5 a 10 años y 16.5 en el grupo de 70 a 75 años en 2019), régimen de afiliación (entre 11.6 en adultos mayores afiliados al régimen subsidiado y 15.7 en adultos mayores afiliados al régimen contributivo) y región

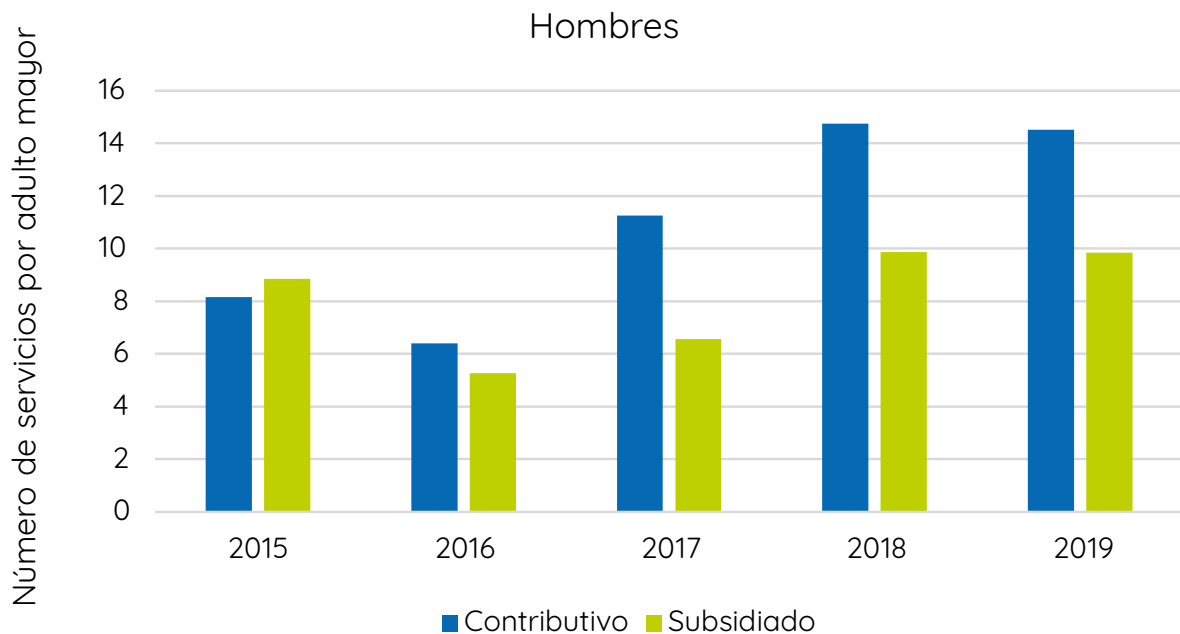
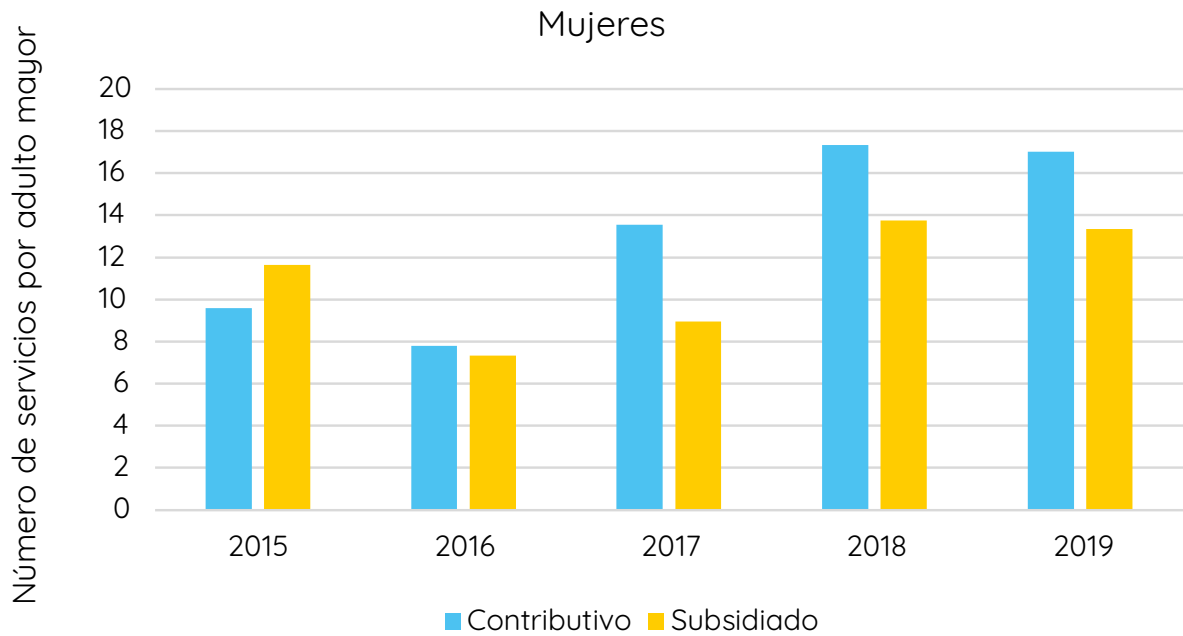
geográfica (entre máximo 16 entre los 75 a 79 años en la región pacífica y máximo 21.1 entre los 75 a 79 años en la región Caribe para el régimen contributivo y entre máximo 12.6 entre los 70 a 74 años en la región andina y máximo 16.7 entre los 70 a 74 años en la región de Amazonía para el régimen subsidiado). En forma similar, se identificaron posibles diferencias entre el número de servicios de hospitalización o urgencias y el número de consultas por persona mayor según el régimen de afiliación al SGSSS, con un nivel de consumo de consultas por individuo mayores en el régimen contributivo y un nivel de consumo de servicios de urgencias y hospitalización mayores en el régimen subsidiado durante la mayor parte del ciclo de vida.

Figura 9. Número de servicios por individuo según grupo de edad y régimen de afiliación en 2019



Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios, 2015 - 2020.

Figura 10. Número de servicios por adulto mayor según sexo y régimen de afiliación de 2015 a 2019



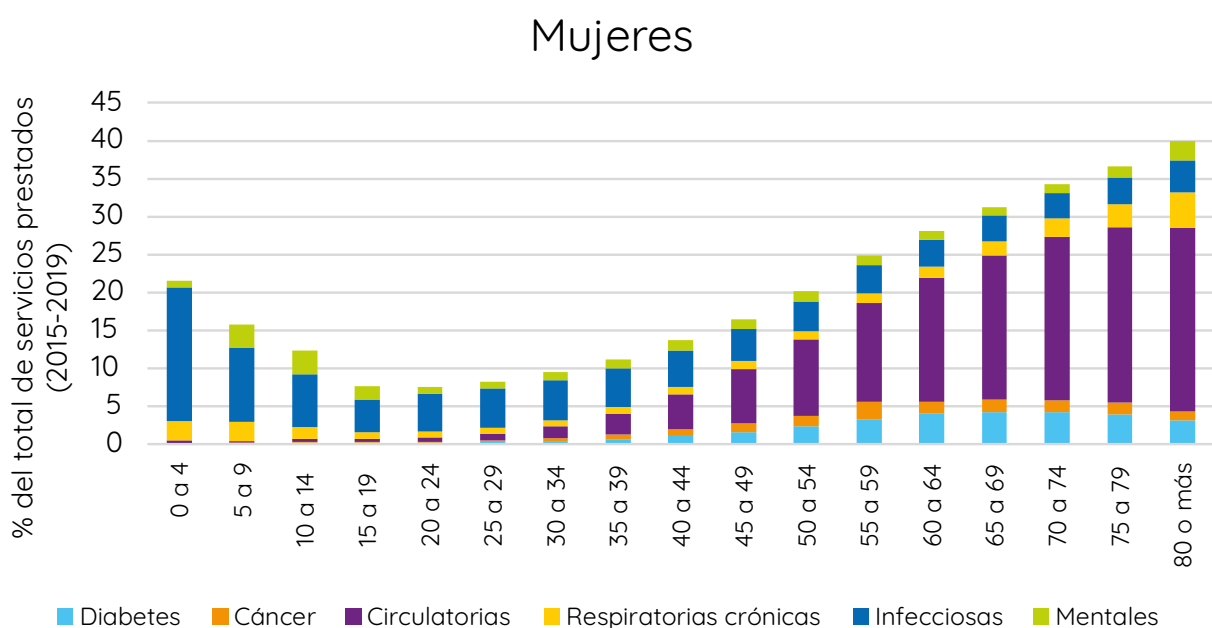
Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios, 2015 - 2020.

2.3.2.2. Consumo de servicios de salud por enfermedad

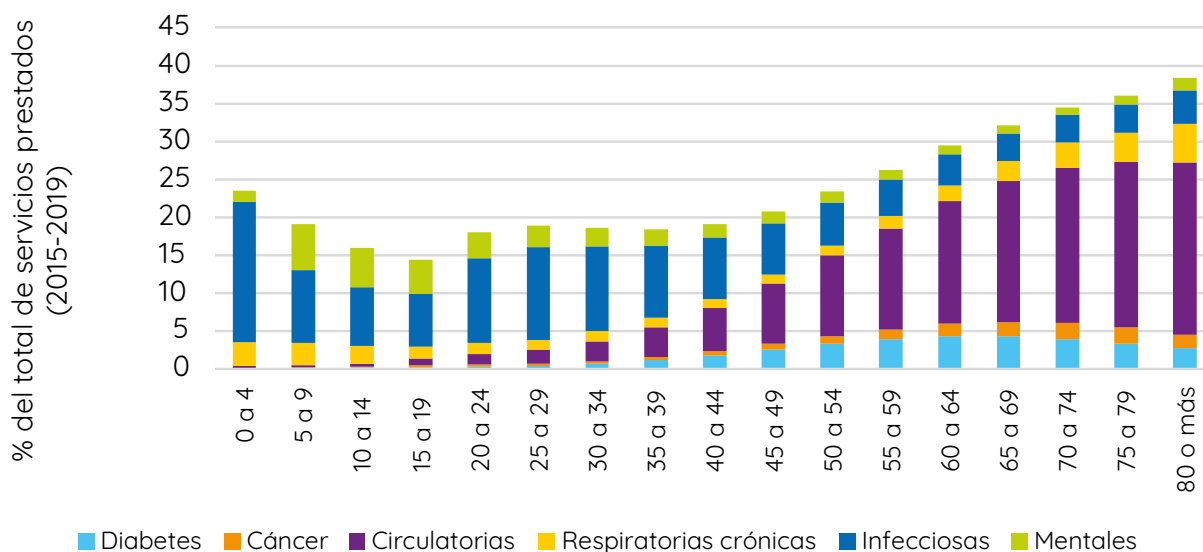
La Figura 11 describe las categorías de enfermedad que más frecuentemente se asociaron a la prestación de servicios de salud en Colombia, según la edad. En resumen, las enfermedades circulatorias, seguidas de la diabetes y sus complicaciones y el cáncer presentaron un incremento después de los 35 años hasta alcanzar un máximo en el grupo de edad de 75 a 80 años. Aunque esta distribución se mantuvo en la mayor parte del país, este análisis identificó diferencias impor-

tantes en el nivel de consumo de servicios por individuo que fue alcanzado entre las regiones. En términos generales, los individuos consultantes en regiones de Amazonía y Orinoquía mostraron niveles de consumo sustancialmente inferiores a los presentados por individuos residentes en las otras regiones del país para la mayor parte de las enfermedades estudiadas. De especial importancia cabe resaltar el nivel de consumo asociado a la enfermedad mental, categoría de enfermedad en la cual no se identificó la prestación de ningún servicio en la región de Amazonía en los adultos mayores para 2019.

Figura 11. Diagnósticos más frecuentes asociados a la prestación de servicios de salud en adultos mayores



Hombres



Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios, 2015 - 2020.

2.3.3. La enfermedad mental de personas mayores

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades mentales o neurológicas (excluyendo las cefaleas) afectan aproximadamente al 20% de los individuos mayores de 60 años y se asocian con cerca del 7% de los años vividos con discapacidad en este segmento poblacional (World Health Organization, 2017). En adición a los efectos directos sobre el bienestar de los individuos, la presencia de enfermedades mentales en personas mayores también podría relacionarse con el incremento en las complicaciones médicas de enfermedades generales y a un menor consumo

de servicios de atención primaria y de promoción y prevención (Hendrie et al., 2013).

Aunque las causas de las enfermedades mentales son altamente complejas y heterogéneas, un creciente cuerpo de evidencia sugiere una asociación significativa entre un perfil adverso de características socioeconómicas en las comunidades y un incremento en el riesgo de desarrollar enfermedades mentales (Lund et al., 2010). Este perfil de características socioeconómicas podría también relacionarse a una menor demanda de servicios de salud mental y por consiguiente a empeoramiento de la carga de la salud mental en personas mayores de poblaciones más vulnerables (Roberts et al., 2018).

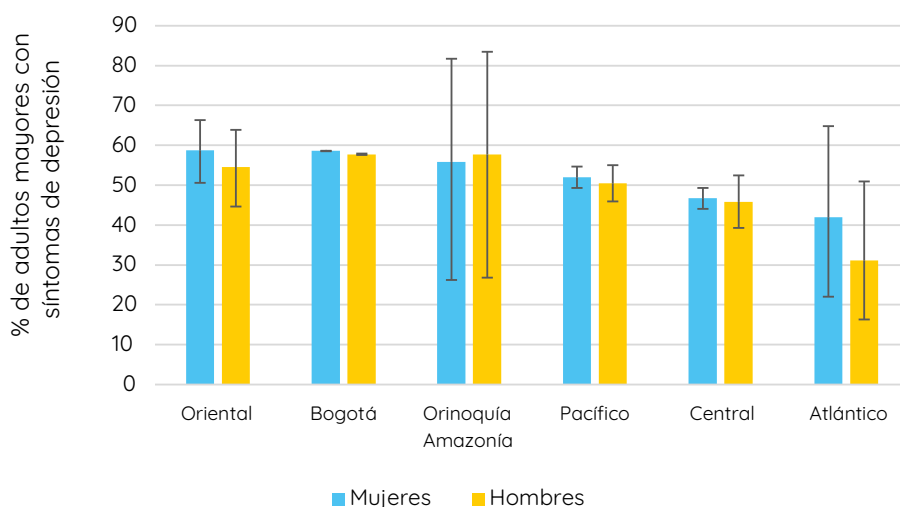
El objetivo de esta sección es describir la prevalencia de los síntomas de las enfermedades mentales más frecuentes que afectan a las personas mayores y explorar sus posibles asociaciones con las características socioeconómicas de las poblaciones. Esta descripción se fundamenta en los resultados del estudio SABE Colombia 2014 - 2015. El estudio SABE Colombia 2014 - 2015 es un estudio transversal representativo de los hombres y mujeres mayores de 60 años residentes en el país. Este estudio incluyó entre otros elementos, la aplicación de una encuesta poblacional en hogares de zonas rurales y urbanas y registró información general sobre los adultos mayores con relación a variables socioeconómicas, del entorno físico y social, de la conducta, la cognición y el afecto, la funcionalidad, el

bienestar mental, las condiciones médicas y de salud, y el uso y acceso a servicios de salud.

2.3.3.1. Prevalencia de síntomas de depresión

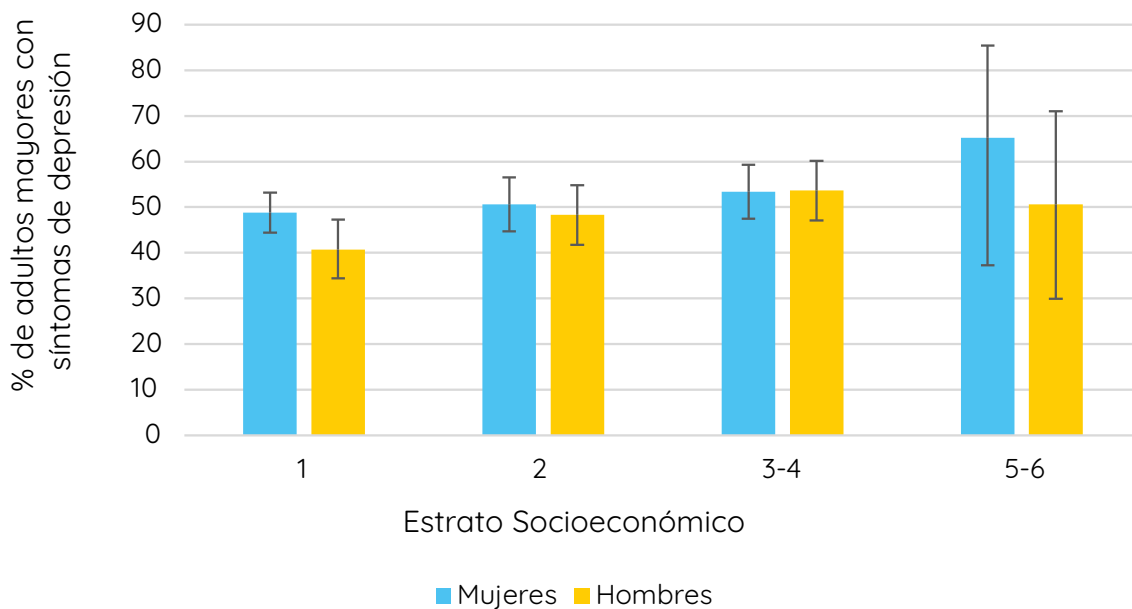
La prevalencia de síntomas de depresión en adultos mayores en Colombia fluctuó entre 47.9% en hombres a 51.5% en mujeres. No se identificaron diferencias significativas en la prevalencia de síntomas de depresión según región de residencia, grupo de edad, estrato socioeconómico, estado civil ni zona de residencia (ver Figuras 12 y 13). En forma similar, no se identificaron diferencias significativas en la prevalencia de síntomas de depresión entre el máximo nivel educativo y participación en programas de actividad física (ver Figuras 14 y 15).

Figura 12. Prevalencia de síntomas de depresión según región geográfica



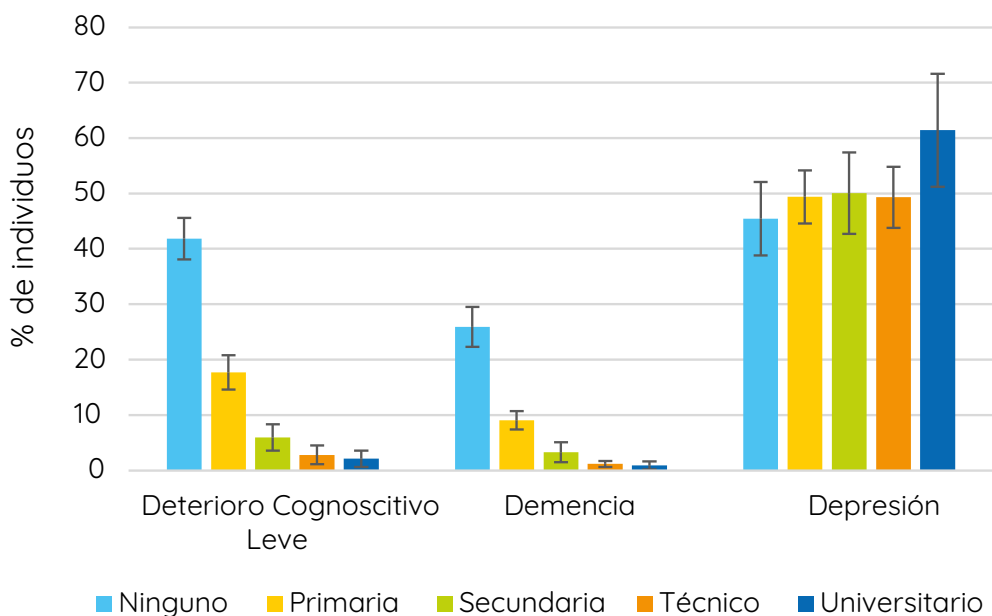
Fuente: datos tomados de la encuesta SABE, 2015.

Figura 13. Prevalencia de síntomas de depresión según estrato socioeconómico



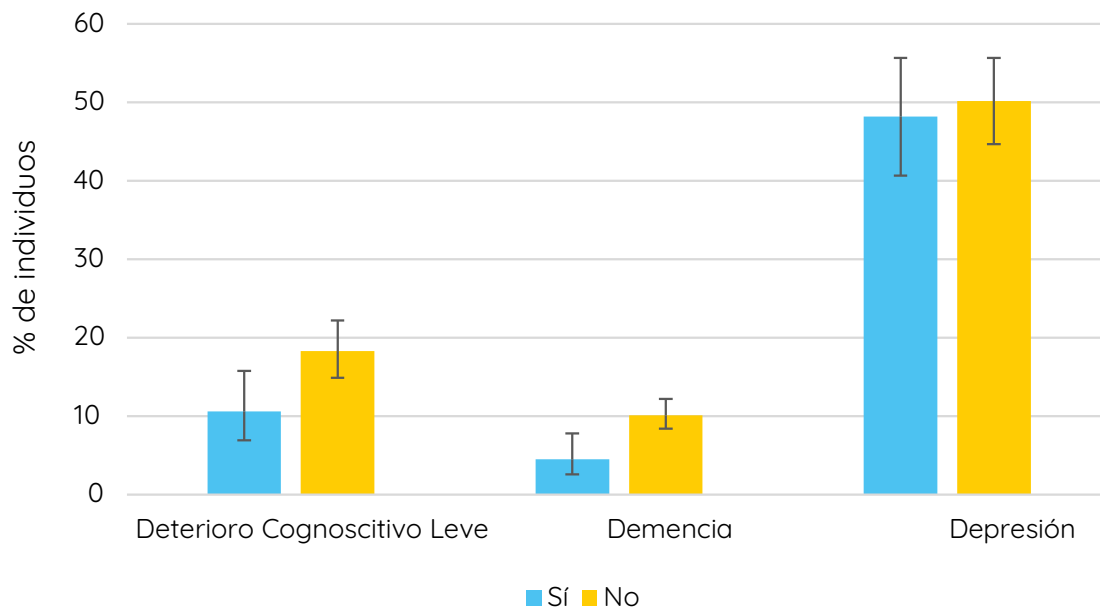
Fuente: datos tomados de la encuesta SABE, 2015.

Figura 14. Prevalencia de síntomas de enfermedad mental y máximo nivel educativo



Fuente: datos tomados de la encuesta SABE, 2015.

Figura 15. Prevalencia de síntomas de enfermedad mental y participación en programas de actividad física



Fuente: datos tomados de la encuesta SABE, 2015.

2.3.3.2. Prevalencia de deterioro cognoscitivo leve y demencia

La prevalencia del Deterioro Cognoscitivo Leve (DCL) fue de 17.6%, con un incremento progresivo desde los 60 a 64 años (7.4%) hasta los 80 años (52.5%). Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de DCL que los hombres (19.1% vs 15.8%). En forma similar, se identificaron importantes diferencias en la prevalencia de DCL según el nivel educativo (entre 41.8% en individuos sin ninguna escolaridad y 1.5% en individuos con nivel universitario o de postgrado) y la zona de

residencia (mayor en el área rural que en el área urbana). La región del país que presentó mayor prevalencia de DCL fue la Atlántico con 26,2%, y la menor Bogotá, con 8,6%.

Estos hallazgos fueron similares en individuos con diagnóstico de demencia. En general, la prevalencia global de demencia fue de 9.4%, con una mayor prevalencia en el grupo de 85 años o más y fue mayor en mujeres y en estratos socioeconómicos bajos. En forma similar al DCL, la prevalencia de demencia fue mayor en adultos mayores residentes en áreas rurales y con niveles de educación bajos. La

participación en programas de actividad física fue significativamente menor en adultos mayores con diagnóstico de demencia que en adultos mayores sin diagnóstico de la enfermedad (ver Figura 15).

2.3.4. Discapacidad en personas mayores

De acuerdo con estimaciones del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES) aproximadamente el 46% de los adultos mayores sufren de discapacidad y entre ellos, cerca de 250 millones experimentan algún tipo de discapacidad severa (World Health Organization & World Bank, 2011). En adición al impacto sobre el bienestar de los individuos y sus familias, la presencia de algún tipo de discapacidad también se asocia con el incremento en la demanda de servicios de salud (Chan et al., 2002). Este incremento se hace relevante, en la medida que aumenta el número de limitaciones que vivencia la persona mayor con discapacidad durante las actividades diarias.

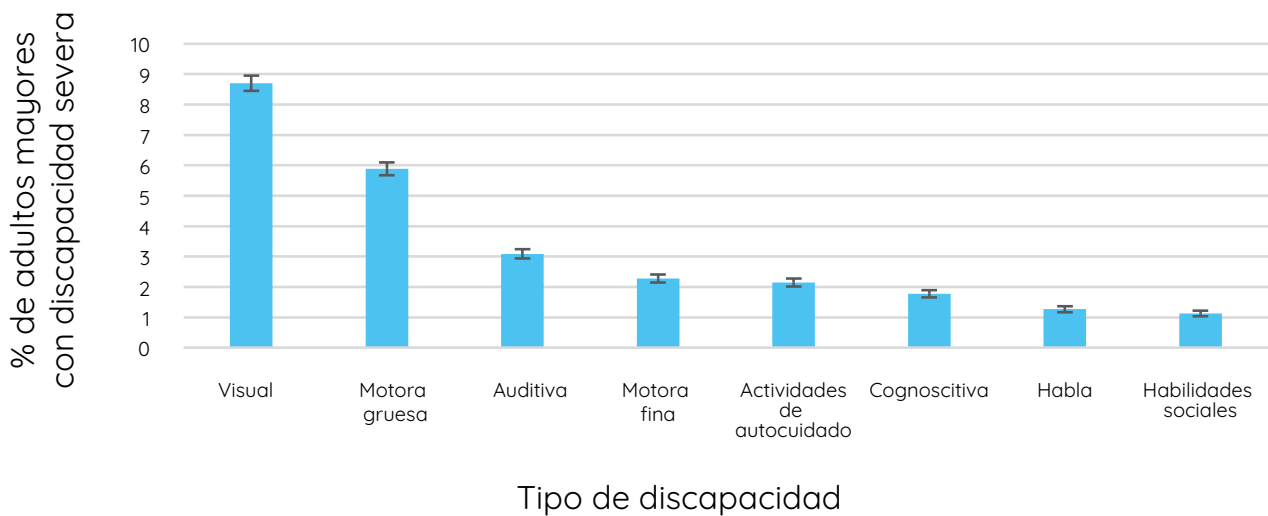
El objetivo de esta sección es proveer información necesaria para la generación de políticas en salud dirigidas a la prevención y tratamiento de la discapacidad en los adultos mayores en Colombia. Para tal fin, este análisis se basa en los datos recogidos por la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en 2020. En breve, esta encuesta define la discapacidad como cualquier nivel de difi-

cultad para la realización de al menos una de las siguientes 8 actividades básicas de la vida diaria: visión, audición, habilidades motoras gruesas y finas, actividades de autocuidado, habilidades cognitivas, comunicación verbal y relaciones sociales. Cada una de estas actividades se calificó en una escala ordinal de 4 ítems que fluctuó entre la incapacidad total para la realización de la actividad hasta su realización sin ningún tipo de dificultad.

2.3.4.1. Prevalencia de discapacidad severa

Aproximadamente, 4.681.056 personas mayores de 55 años experimentaron dificultades en la realización de al menos un tipo de actividad de la vida diaria durante 2020 (52.3% del total de la población mayor de 55 años), de los cuales 1.358.328 (15% del total de la población mayor de 55 años) experimentaron una forma severa de discapacidad en al menos una actividad. Las principales actividades asociadas a discapacidad severa (incapacidad para realizar la actividad o ser capaz de realizarla solo con mucha dificultad) en mayores de 55 años fueron: visuales (8.7%), motora gruesa (mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras, 5.88%), auditivas (3.09%), motora fina (agarrar o mover objetos con las manos, 2.28%) y actividades de autocuidado (comer, vestirse o bañarse por sí mismo, 2.14%) (ver Figura 16).

Figura 16. Principales actividades asociadas a discapacidad severa en mayores de 55 años en Colombia

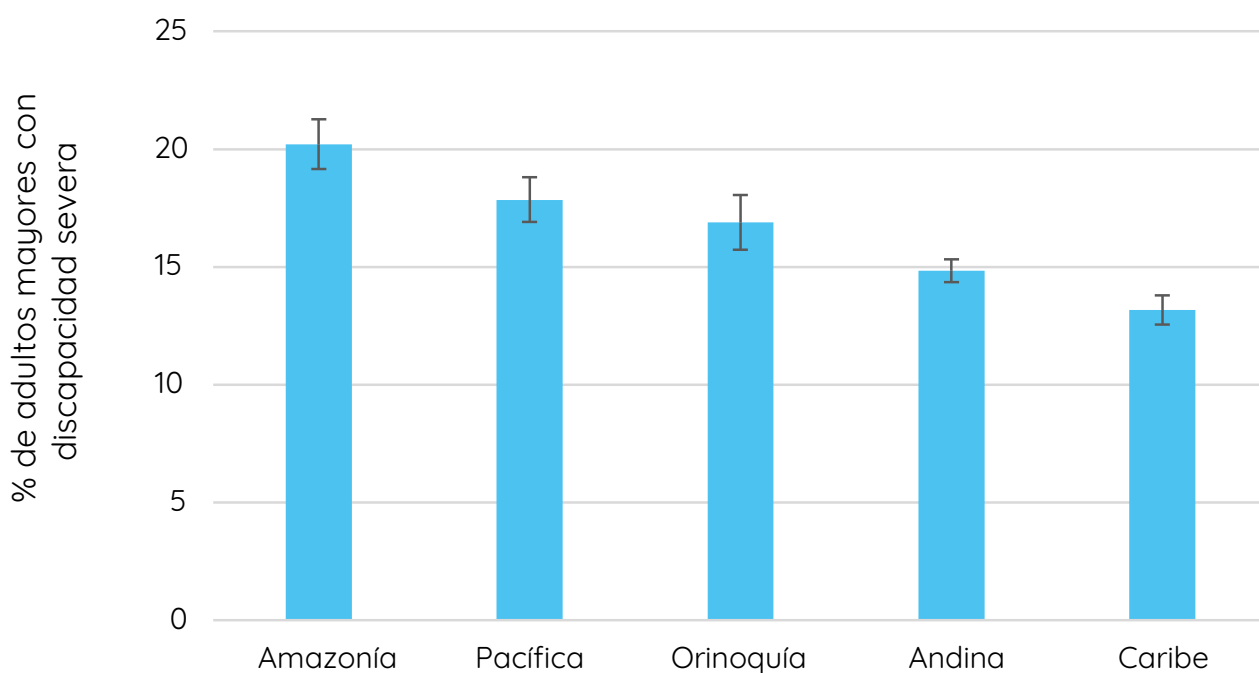


Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2020.

Aunque la discapacidad severa afecta todas las poblaciones del país, existen importantes diferencias en la prevalencia de este tipo de discapacidad según la región geográfica de residencia (ver Figura 17). Aproximadamente el 20% de los adultos mayores de 55 años que residen en la región de Amazonía reportaron algún tipo de discapacidad severa, comparado con el 13% en la región Caribe y el 14.9% en la región Andina.

madamente el 20% de los adultos mayores de 55 años que residen en la región de Amazonía reportaron algún tipo de discapacidad severa, comparado con el 13% en la región Caribe y el 14.9% en la región Andina.

Figura 17. Distribución de la discapacidad severa en mayores de 55 años por región geográfica de residencia

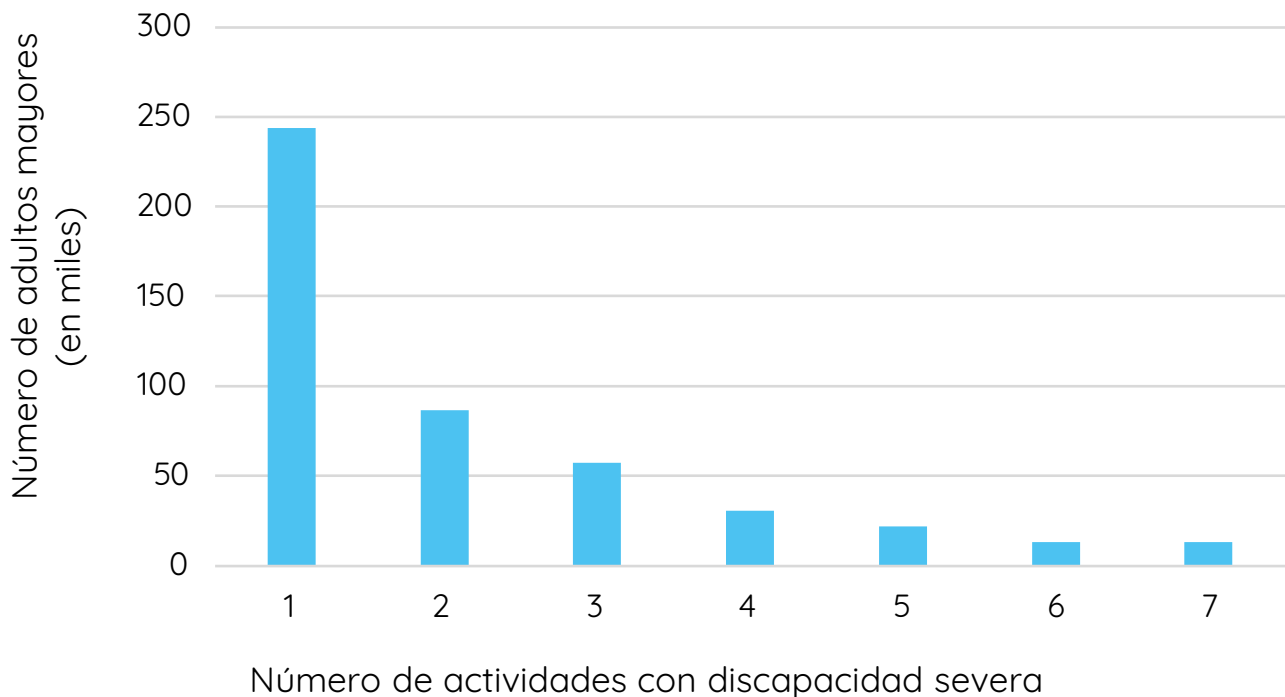


Fuente: Encuesta Nacional de Calidad y Vida, 2020.

En adición a la presencia de discapacidad severa para realizar al menos una actividad, aproximadamente 243.799 individuos padecen discapacidad severa

para realizar dos actividades, 86.664 para realizar 3 actividades, 57.332 para realizar 4 actividades y 79.218 para realizar 5 actividades o más (ver Figura 18).

Figura 18. Discapacidad severa para múltiples actividades en mayores de 55 años



Fuente: Encuesta Nacional del Calidad de Vida, 2020.

2.3.5. Mortalidad en personas mayores

Como se mencionó previamente, uno de los principales componentes de los cambios en la expectativa de vida observados en la transición epidemiológica es el reemplazo de las enfermedades infecciosas por las ECNT y las lesiones personales, como las principales causas de muerte en la población. Aunque en la mayor parte de los países en Latinoamérica se han

observado signos asociados a este fenómeno, existe evidencia creciente que este proceso podría encontrarse en diferentes etapas dentro de la misma región (Dávila-Cervantes & Agudelo-Botero, 2018).

Uno de los métodos más utilizados para evaluar el efecto de la transición epidemiológica sobre la mortalidad es identificar las principales causas de muerte en una población. Aunque es pertinente conocer dichas causas para priorizar la inversión en salud, estos estimados pueden

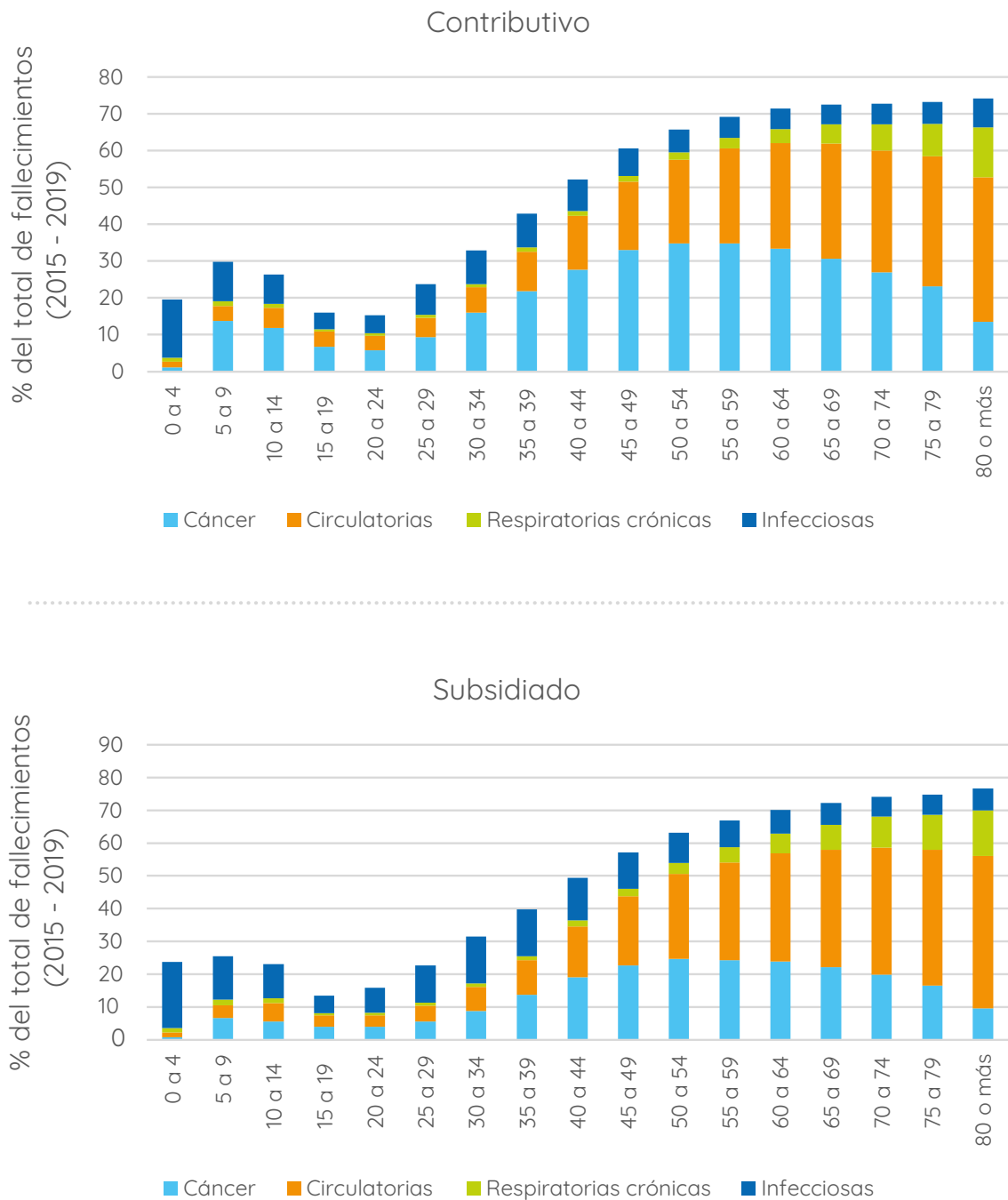
no reflejar adecuadamente el impacto de la mortalidad temprana. Dado que parte de la transición epidemiológica implica el incremento de la presencia de las ECNT, evaluar el efecto en etapas tempranas de la edad adulta mayor resultaría de especial importancia para la generación de políticas en salud (Murray, Salomon, Mathers, Lopez, & Organization, 2002). Otro de los métodos para evaluar el efecto de las enfermedades sobre la mortalidad es a través del cálculo de los años de vida perdidos. Sin embargo, este método otorga mayor peso relativo a las enfermedades que causan muertes tempranas y es útil para comparar la importancia relativa de diferentes enfermedades, evaluar los cambios en el tiempo y estimar la costo-efectividad de programas en salud (Murray et al., 2002).

El objetivo principal del presente análisis es identificar las causas de muerte de las personas mayores en Colombia y que fueron reconocidos como el origen básico de la defunción en los registros vitales publicados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) desde 2015 a 2019. En forma adicional, utilizando información sobre el tamaño de la población y las Tablas de Esperanza de Vida al Nacer publicadas por DANE, se estimará las tasas ajustadas de la mortalidad y los Años de Vida Perdidos (AVP) asociados a las principales categorías de enfermedad en 2019.

2.3.5.1. Principales causas de muerte

La Figura 19 describe las principales causas de muerte en los adultos mayores registradas en los certificados de defunción entre los periodos de 2015 a 2020. Después de los 60 años, las principales causas de muerte fueron las enfermedades circulatorias, seguidas del cáncer y de las enfermedades respiratorias crónicas. Aunque este perfil no ha presentado cambios sustanciales en los últimos 5 años, existen diferencias importantes con relación al régimen de aseguramiento registrado en el momento del fallecimiento. Las enfermedades circulatorias se constituyeron en la principal causa de muerte en individuos afiliados al régimen contributivo solo después de los 65 años, en comparación con los 50 años en individuos afiliados al régimen subsidiado y los 40 años en individuos que no reportan afiliación al SGSSS. Con relación a la mortalidad específica por enfermedad, la mortalidad asociada a las enfermedades circulatorias fue la más alta entre todas las categorías analizadas. En forma similar, la mortalidad ajustada por edad y sexo fue mayores entre los afiliados al régimen subsidiado, con excepción del cáncer, cuya mortalidad fue mayor en los individuos afiliados al régimen contributivo durante la mayor parte de los momentos de la vida.

Figura 19. Principales causas de muerte registradas en los certificados de defunción de 2015 a 2019 según régimen de afiliación



Fuente: Registros Vitales DANE, 2015-2019

2.3.5.2. Tasas de mortalidad ajustadas y años de vida perdidos por región

La Tabla 2 describe las tasas de mortalidad y los años de vida perdidos de las principales categorías de enfermedades que afectaron a las personas mayores en Colombia en 2019. Las tasas de mortalidad más altas asociadas a cáncer y a enfermedades respiratorias crónicas se identificaron en el área Andina, mientras que las tasas de mortalidad más altas asociadas a las en-

fermedades circulatorias y a enfermedades infecciosas, se identificaron en la región Caribe y la región de Orinoquía. Con relación a los años de vida perdidos por mortalidad temprana, el área Andina presentó el mayor número de años de vida perdidos asociado a enfermedades circulatorias, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas, mientras que la región Caribe y la Orinoquía presentaron el mayor número de años de vida perdidos asociados a enfermedades infecciosas.

Tabla 2. Tasa de mortalidad anual ajustada a la edad y años de vida perdidos asociados a las principales categorías de enfermedad en Colombia

	Tasa de Mortalidad ajustada (por cada 100,000 habitantes)		Años de Vida Perdidos (por cada 1,000 habitantes)	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Enfermedades circulatorias				
Andina	140.20	163.98	13.03	18.22
Caribe	153.88	164.26	12.84	16.70
Pacífica	134.06	150.90	13.01	16.96
Orinoquía	164.95	169.86	12.46	15.55
Amazonia	102.14	113.39	6.80	10.26
Cáncer				
Andina	87.97	90.15	17.97	13.92
Caribe	72.56	64.76	13.49	8.44
Pacífica	80.50	76.31	16.22	11.69
Orinoquía	69.03	62.18	12.33	8.26
Amazonia	53.73	49.37	7.70	5.94

	Tasa de Mortalidad ajustada (por cada 100,000 habitantes)		Años de Vida Perdidos (por cada 1,000 habitantes)	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Enfermedades respiratorias crónicas				
Andina	43.89	47.77	2.72	3.70
Caribe	31.12	34.88	2.04	2.68
Pacífica	30.16	36.37	2.44	3.43
Orinoquia	30.82	35.49	1.47	2.21
Amazonia	28.73	30.98	1.53	1.94
Enfermedades infecciosas				
Andina	27.99	38.97	5.12	8.88
Caribe	43.71	52.47	9.83	13.62
Pacífica	25.64	38.88	5.93	10.02
Orinoquia	35.26	47.21	5.98	10.52
Amazonia	17.53	23.14	4.07	5.00
Mortalidad total				
Andina	436.01	564.68	69.72	110.42
Caribe	455.27	531.88	77.83	108.93
Pacífica	408.68	578.75	71.70	133.30
Orinoquia	457.64	562.07	69.89	113.89
Amazonia	319.70	456.64	48.19	101.38

Fuente: Estadísticas Vitales DANE 2019

2.3.6. Gasto público y privado en salud

Múltiples autores y organismos multilaterales han evidenciado un incremento sostenido de los presupuestos en la mayor parte de los sistemas de salud a nivel mundial (Mrsnik, Beers, & Morozov, 2010; Thomson et al., 2009). Sin embargo, aunque existe un consenso generaliza-

do sobre la presencia de este fenómeno, no hay claridad sobre sus posibles mecanismos. Las hipótesis con relación a la “compresión de la morbilidad” (una vida más larga no se asocia invariablemente a un mayor tiempo vivido con enfermedad), los “costos de morir” (que disminuyen a medida que incrementa la edad) y la reducción de los costos de atención asociados al “envejecimiento saludable”

sugieren que los incrementos observados en los costos en salud podrían estar asociados, no solo al envejecimiento poblacional, sino en mayor medida a otros fenómenos experimentados paralelamente por los sistemas de salud (Zweifel et al., 1999).

Fenómenos tales como el incremento en los patrones de consumo de servicios, el aumento de las expectativas de los pacientes sobre los servicios de salud y los costos cada vez más altos de las innovaciones tecnológicas en salud podrían explicar en mayor medida el incremento observado en los presupuestos en salud a nivel global (Smith, Newhouse, & Freeland, 2009). Dado el incremento en la expectativa de vida de la población en Colombia, entender cómo este fenómeno podría afectar los gastos en salud facilitaría el diseño de políticas que contribuyan a identificar prioridades de inversión, generar estrategias para la contención de costos, planear futuras fuentes de financiamiento, entre otras.

El presente análisis tiene como objetivo describir el gasto público y privado en salud en Colombia. Para el caso del gasto público, esta descripción se basa en el análisis de los datos disponibles en el cubo del Estudio de Suficiencia de la Unidad por Capitación (UPC) publicados en el aplicativo SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social y el número de

afiliados registrados en la Base Única de Afiliados (BDUA) durante los años 2015 a 2019.

En breve, los datos del cubo de Suficiencia de la UPC son registrados directamente por los proveedores de los servicios en el punto de prestación y sirven de fuente para el cálculo de la UPC reconocida por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) a las empresas administradoras de los recursos del régimen contributivo.

Para el caso del gasto privado, esta descripción se basa en el análisis de los datos recogidos en las Encuestas Nacionales de Calidad de Vida (ECV) de 2015 a 2020. Los datos recolectados por las ECV presentan información representativa de los hogares y las regiones en Colombia y proveen información sobre los gastos asociados a servicios ambulatorios y hospitalarios en los últimos 30 días y sus fuentes de financiamiento.

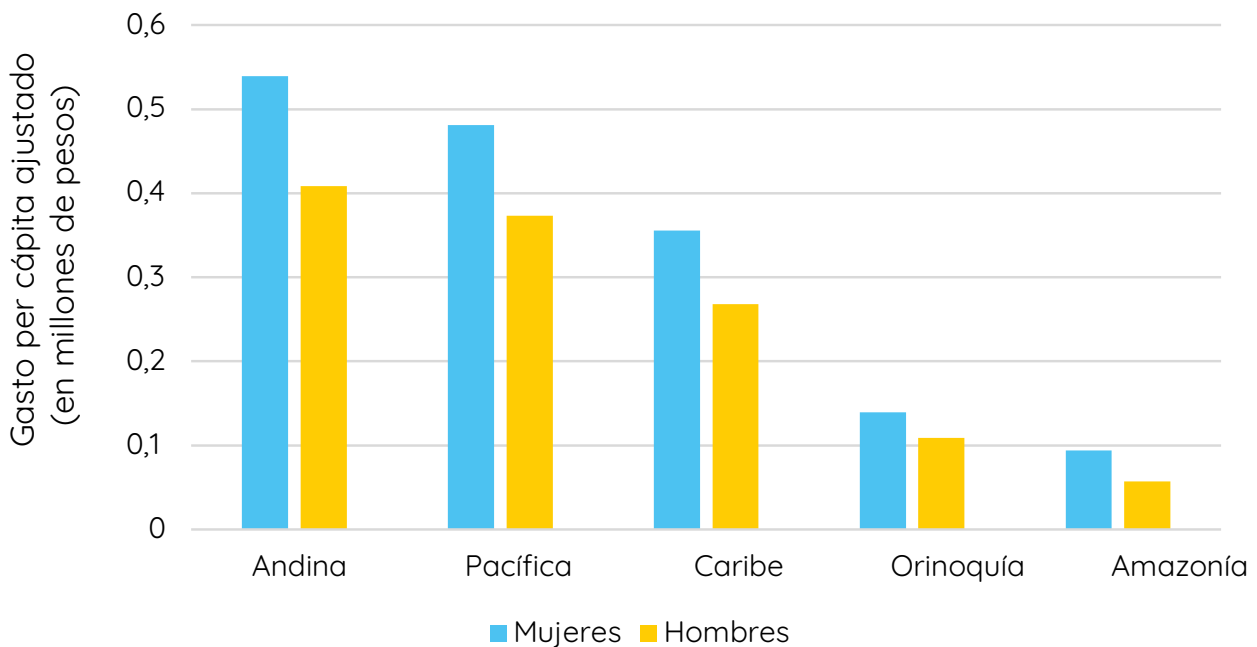
2.3.6.1. Gasto público en salud en el régimen contributivo

El gasto público en el régimen contributivo debido al consumo de servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) por región se describe en la Figura 20. Ajustando por el Índice de Precios al Consumidor (IPC) al año 2019, el gasto público en el régimen contributivo se incrementó en 14.25 puntos porcentuales

entre el 2015 y el 2019 (desde 15.7 billones en 2015 a 17.98 billones en 2019). Aunque la mayor parte de los grupos de edad experimentaron incrementos en los costos de atención, este incremento fue mayor

en los individuos de 60 años o más (29.3 puntos porcentuales de 2015 a 2019 en individuos de 60 años o más y 6 puntos porcentuales de 2015 a 2019 en menores de 60 años).

Figura 20. Distribución del gasto por individuo en el régimen contributivo según la región donde se originó el servicio



Fuente: Base Estudio Suficiencia UPC - SISPRO

A pesar de este importante incremento en el gasto global, los costos per cápita para ambos grupos etarios presentaron escasas variaciones durante este mismo periodo de tiempo (de \$1.678.340 en 2015 a \$1.710.713 en 2019 en individuos de

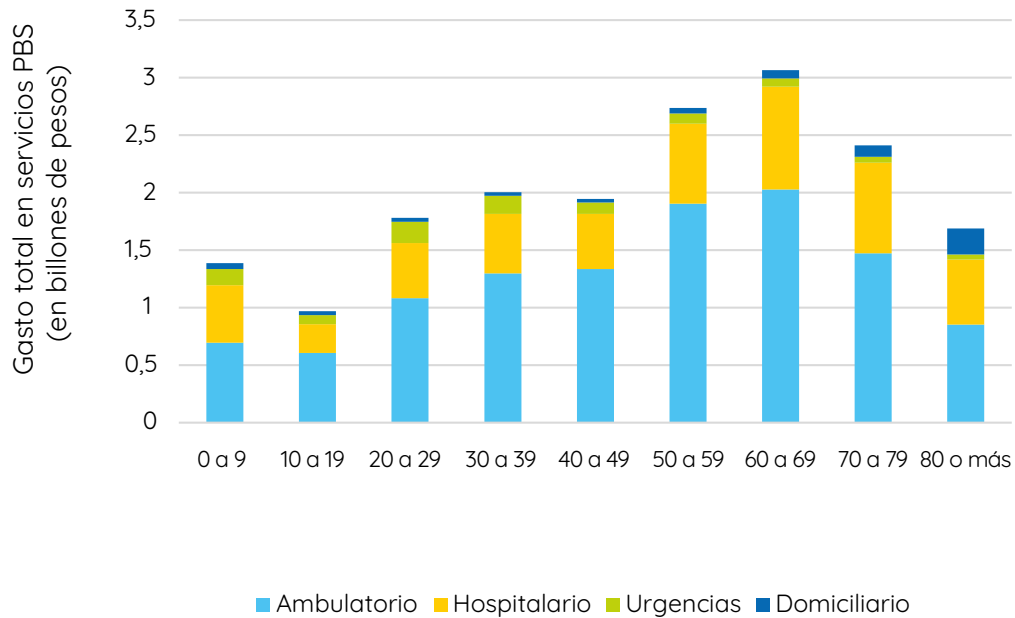
60 años o más y de \$460.240 en 2015 a \$472.636 en 2019 en menores de 60 años). Esta disociación entre los cambios en los gastos globales y los gastos por individuo se debió principalmente a un importante incremento en la población adulta mayor

durante el periodo de observación (de 3.300.712 adultos mayores afiliados en 2015 a 4.187.376 adultos mayores afiliados en 2019). En forma similar, se observaron diferencias sustanciales en el gasto per cápita entre las distintas regiones del país. Después de ajustar los costos por las diferencias de edad entre las regiones, los costos per cápita fluctuaron en hombres entre \$52.277 en la región de Amazonía a \$408.405 en la región Andina y en mujeres entre \$94.090 en la región de Amazonía a \$539.294 en la región Andina. Estos costos per cápita también fluctuaron en forma importante según la edad de los individuos con un mínimo de \$260.495 entre los 10 y 14 años hasta un máximo de \$2.220.164 entre los 75 y 79 años.

El gasto público en el régimen contributivo por categoría de enfermedad y ámbito en el cual se generaron los servicios se describen en forma similar en las Figuras 21 a 23. Las enfermedades circulatorias se constituyeron en la principal causa de gastos en salud a partir de los 30 años seguidos del cáncer y, a partir de los 40 años, seguidos de la diabetes y sus complicaciones microvasculares. Este incremento alcanzó el punto máximo entre 60 y 70 años, con el gasto de \$491.326 millones para las enfermedades circulatorias, \$252.231 millones para el cáncer y \$154.752 para la diabetes y sus complicaciones microvasculares. En total,

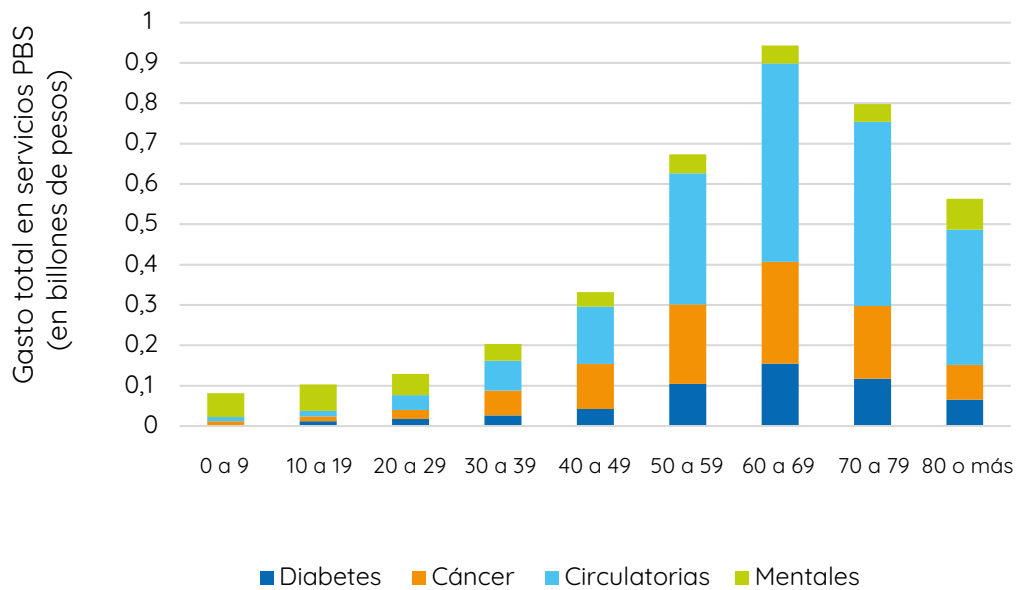
las ECNT más frecuentes (enfermedades circulatorias, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes y sus complicaciones microvasculares y las enfermedades neurológicas y mentales) se asociaron a aproximadamente la tercera parte del costo total de la atención de los adultos mayores en 2019 (\$2.56 billones, 35,77% del costo total). La mayor parte de los costos de la atención de los adultos mayores se debieron a servicios ambulatorios (60,75%), hospitalarios (31,35%) y domiciliarios (5,55%).

Figura 21. Costo total de los servicios prestados en el régimen contributivo por ámbito



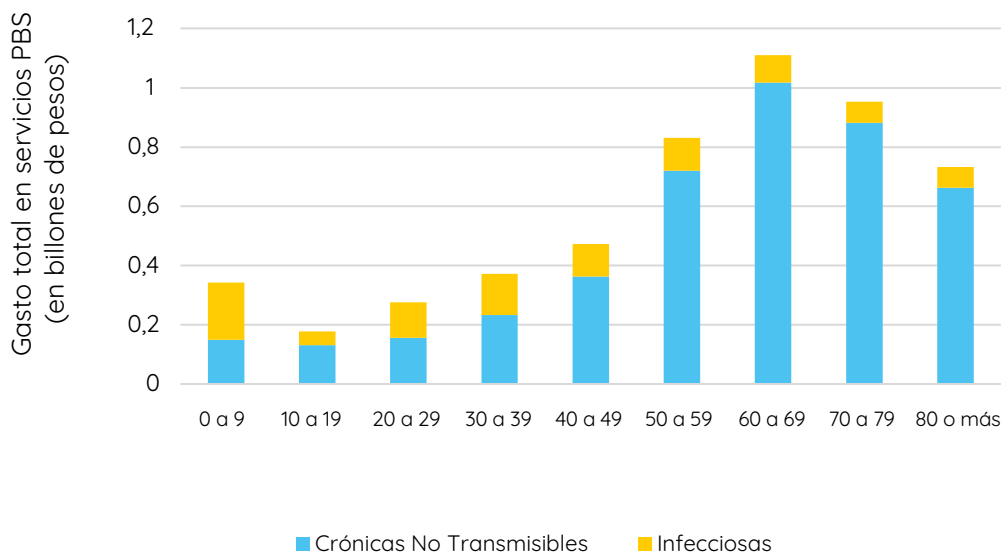
Fuente: Base Estudio Suficiencia UPC - SISPRO

Figura 22. Distribución del gasto total por enfermedad en el régimen contributivo



Fuente: Base Estudio Suficiencia UPC - SISPRO

Figura 23. Distribución de la proporción del gasto asociado a enfermedades infecciosas o enfermedades crónicas no transmisibles



Fuente: Base Estudio Suficiencia UPC - SISPRO

2.3.6.2. Gasto privado en salud

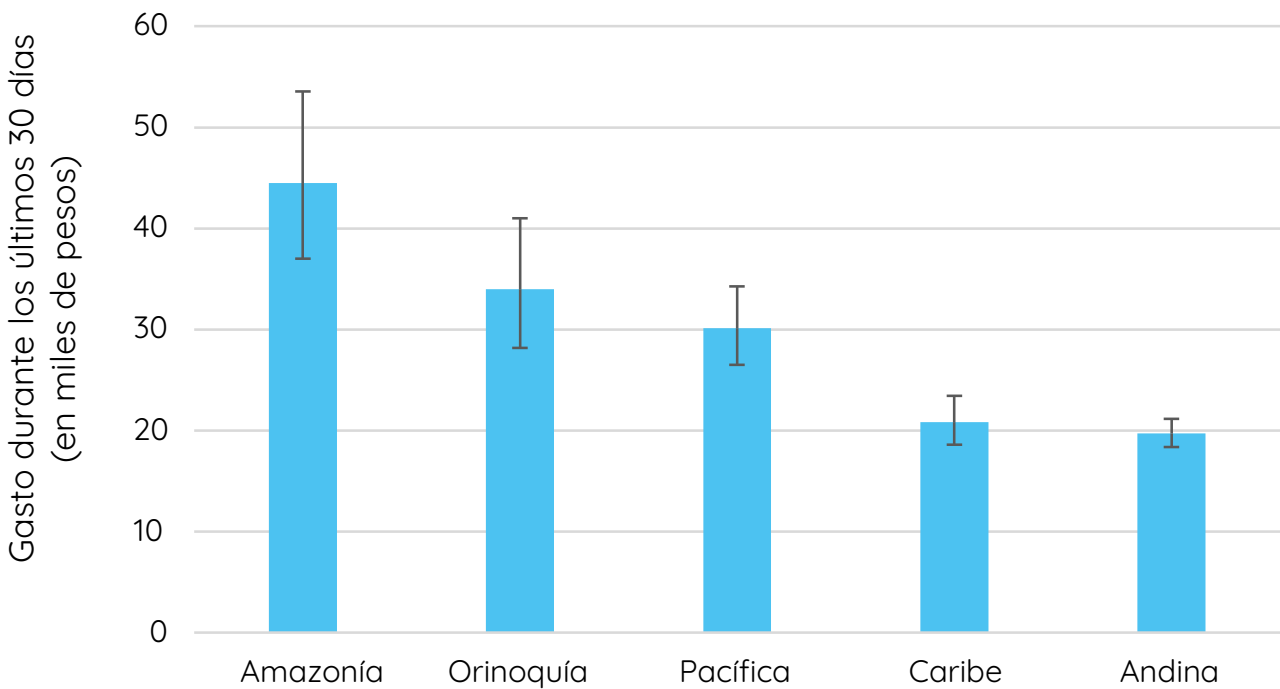
El gasto privado en salud total y por individuo se describe en las Figuras 24 y 25. En breve, el gasto privado en Colombia en 2019 fue de aproximadamente \$476.704 millones mensuales, de los cuales el 62,1% (\$296.024 millones) se generó en la región Andina, 25,25% (\$120.358 millones) en la región Pacífica, 8,48% (\$40.441 millones) en la región Caribe y 4,17% (\$19.881 millones) en las regiones de Orinoquía y Amazonía. Además de estas diferencias en los gastos privados totales, el análisis de los gastos privados por ho-

gar sugiere importantes diferencias según la región (desde \$17.879 mensuales en la región Andina hasta \$37.805 mensuales en la región de Amazonía) y el área de residencia (desde \$18.847 mensuales en el área urbana hasta \$24.308 mensuales en el área rural). Estas diferencias se incrementaron en hogares compuestos por al menos una persona mayor (desde \$19.723 mensuales en la región Andina hasta \$44.518 mensuales en la región de Amazonía y desde \$21.050 mensuales en el área urbana hasta \$26.694 mensuales en el área rural). En forma similar, el análisis de la proporción de hogares compues-

tos por al menos una persona mayor que reportaron gastos en salud considerados como catastróficos durante el último mes (mayores al 10% del ingreso mensual) parecerían ser diferentes de acuerdo con

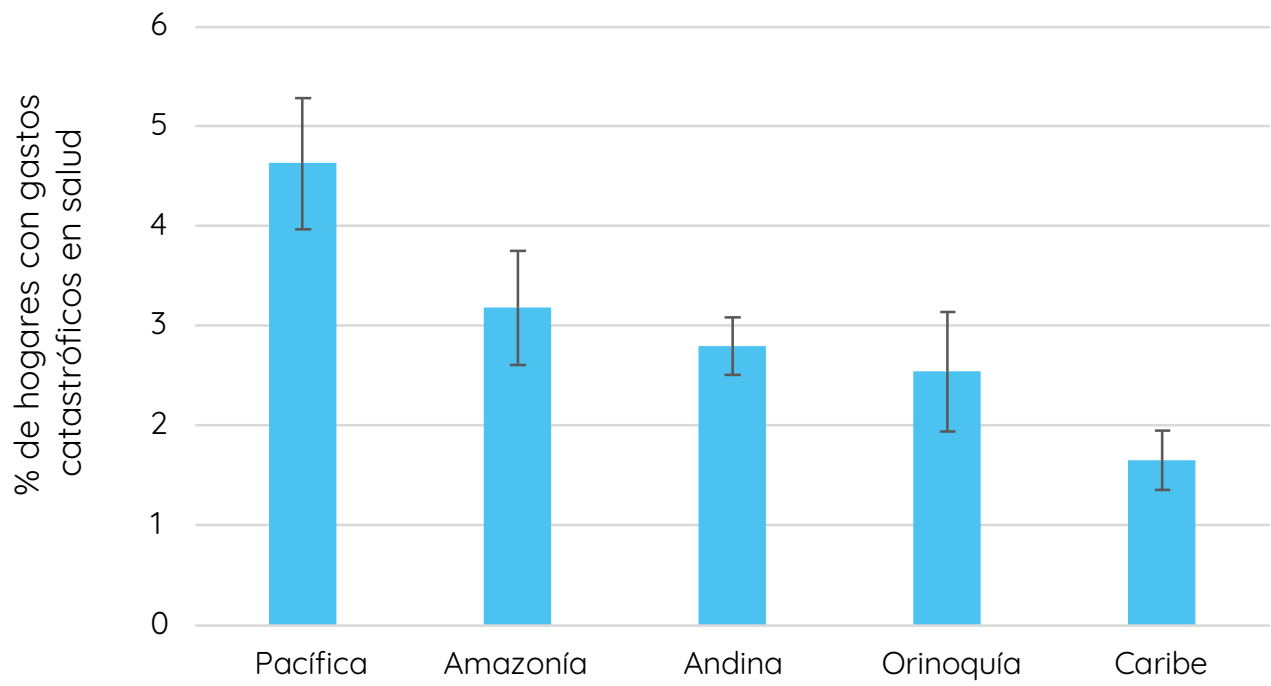
la región (desde 1,65% en la región Caribe hasta 4,63% en la región Pacífica) y el área de residencia (2,68% en residentes de áreas urbanas y 3,67% en residentes de áreas rurales).

Figura 24. Gasto privado en salud por hogar durante el último mes en hogares conformados por al menos un adulto mayor por mes según región geográfica



Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2020

Figura 25. Proporción de hogares conformados por al menos un adulto mayor con gastos catastróficos por salud durante el último mes según región geográfica



Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2020.

2.3.7. Jubilación laboral, enfermedad y utilización de servicios en salud

Como se mencionó previamente, la evidencia sobre el efecto de la jubilación laboral sobre el estado y la utilización de servicios de salud es contradictoria. Múltiples autores sugieren que la jubilación laboral, especialmente cuando es involuntaria, podría asociarse a un empeoramiento de los indicadores de desempeño

físico, capacidad funcional, morbilidad y depresión (Shaj, 2018; Zhang et al., 2018). Por el contrario, otros autores consideran que la disminución del estrés laboral, el incremento del tiempo de sueño y el incremento en la actividad física, entre otros, podrían ser mecanismos claves a través de los cuales el retiro laboral podría asociarse a una mejoría de las condiciones de salud de los individuos (Eibich, 2015).

Dado el incremento esperado en la población mayor que alcanzará la edad

de jubilación laboral en Colombia, entender el efecto de este fenómeno sobre la salud de los individuos podría proveer información de gran importancia para la generación de políticas laborales y en salud poblacional. El objetivo del siguiente análisis es evaluar si existe una asociación entre la jubilación laboral y (1) el estado de salud, (2) el nivel de consumo de servicios de salud y (3) el costo pagado por el SGSSS por la prestación de servicios de salud en los individuos jubilados comparados con individuos de edad similar que no se jubilan y que están afiliados al régimen contributivo.

2.3.7.1. Fuentes de información

Este análisis utilizó la Base de Datos Única de Afiliación (BDUA), la Planilla integrada de autoliquidación de aportes (PILA) y la Base para el estudio de Suficiencia de la Unidad por Capitación (UPC). Estas bases de datos están desprovistas de toda forma de identificación individual y solo pueden relacionarse entre sí a través de un número de identificación único que es mantenido en forma confidencial por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2.3.7.2. Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por todos los individuos de ambos sexos cotizantes al régimen contributivo nacidos entre 1917 y 1963 e identificados

como activos en la BDUA durante los años 2017 a 2019. Una vez se identificó la población de estudio, se construyó una cohorte retrospectiva que incluyó: (1) información sobre cada uno de los servicios consumidos por individuo desde enero 1 de 2017 a diciembre 31 de 2019; (2) datos sobre la carga de morbilidad de cada individuo extraídos de los códigos CIE-10 asociados a cada servicio prestado desde un año antes de ingresar a la cohorte hasta el final del seguimiento; (3) perfil demográfico básico; (4) lugar de residencia más frecuente durante el seguimiento; y (5) estado laboral (pensionado o no pensionado).

2.3.7.3. Desenlaces

Los desenlaces utilizados en este análisis fueron (1) el número de servicios de salud consumidos por cada individuo y que fueron financiados por la UPC durante el periodo de seguimiento (desagregado en las siguientes categorías: ambulatorios, hospitalarios y de urgencias); (2) el costo asumido por el SGSSS por la prestación de cada una de las categorías de servicios; (3) la presencia de al menos una enfermedades crónicas y (4) la carga de morbilidad estimada a través del Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC).

2.3.7.4. Análisis estadístico

Este estudio utilizó una aproximación de Diferencias en Diferencias en Diferen-

cias (DDD) utilizando datos panel de servicios de salud con cargo a la UPC consumidos por trabajadores formales antes y después de la jubilación e individuos de edad similar que permanecieron como trabajadores activos durante el tiempo de seguimiento. Para evaluar la sensibilidad de los resultados al cambio en el tipo de modelo utilizado, se realizaron análisis de regresión de datos panel de efectos fijos y análisis asumiendo una estructura de estudios transversales en múltiples “olas”.

2.3.7.5. Resultados

La descripción de las características basales y los desenlaces se describen en la Tabla 3. El promedio de edad fue de 65.16 años en la cohorte completa, 69.72 en la cohorte de pensionados y 61.15 en la cohorte de no pensionados. Aproximadamente el 46,1% de la cohorte total fueron mujeres. En resumen, la cohorte de pensionados presentó la mayor proporción de individuos con al menos una enfermedad crónica, un Índice de Comorbilidades de Charlson (ICC) mayor, y el mayor nivel de consumo de servicios ambulatorios y hospitalarios comparado con la cohorte de no pensionados. Los costos promedio de la atención de la cohorte de pensionados fueron sustancialmente mayor que los observados en la cohorte de no pensionados (\$2.431.000 versus \$1.527.000, respectivamente. Los resultados de los

análisis de DDD y los análisis de sensibilidad se describen en las Tablas 4 a 6. Con relación al estado de salud, el análisis de DDD sugiere el incremento de 0.623 puntos porcentuales en la prevalencia de enfermedades crónicas y de 0.0101 en el ICC en la cohorte de pensionados. En forma similar, con relación al nivel de consumo de servicios de salud, el análisis principal sugiere el incremento de 1.112 en el número de servicios ambulatorios sin una clara asociación con el riesgo de requerir al menos una hospitalización en sala de cuidado general. Finalmente, con relación al valor pagado por el SGSSS por la prestación de servicios de salud, el análisis de DDD sugiere el incremento de \$36.967 en la cohorte de jubilados. Estos resultados son robustos al tipo de análisis utilizado.

Tabla 3. Características basales y nivel de utilización de servicios de salud

Variables		Cohorte completa	Pensionados	No Pensionados
		n=6,635,902	n=3,104,877	n=3,531,025
Edad	\bar{X}	65.16	69.72	61.15
	(DE)	(0.00350)	(0.00470)	(0.00406)
Sexo femenino	%	46.1	49.1	43.5
		(0.000194)	(0.000284)	(0.000264)
Índice de Charlson	\bar{X}	0.591	0.776	0.428
	(DE)	(0.000467)	(0.000753)	(0.000562)
Presencia de al menos una enfermedad crónica	%	29.59	37.58	22.56
	(DE)	(0.0177)	(0.0275)	(0.0222)

\bar{X} : media, DE: Desviación estándar

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de microdatos de BDUA, PILA y UPC.

Tabla 4. Diferencias en la intensidad de consumo de servicios entre individuos con jubilación laboral e individuos que permanecen como trabajadores activos

Variables		Cohorte completa	Pensionados	No Pensionados
		n=6,635,902	n=3,104,877	n=3,531,025
Número de servicios de laboratorio o imágenes ambulatorias	\bar{X}	41.77	52.05	32.73
	(DE)	(0.0182)	(0.0285)	(0.0223)
Número de otros servicios ambulatorios	\bar{X}	24.59	31.03	18.93
	(DE)	(0.0124)	(0.0194)	(0.0152)
Número de consultas médicas ambulatorias	\bar{X}	6.888	8.047	5.870
	(DE)	(0.00307)	(0.00477)	(0.00388)
Visitas de al menos una vez al servicio de urgencias	%	23.79	24.73	22.96
	(DE)	(0.0165)	(0.0245)	(0.0224)

Variables		Cohorte completa	Pensionados	No Pensionados
		n=6,635,902	n=3,104,877	n=3,531,025
Hospitalización en cuidado general al menos una vez	% (DE)	9.862 (0.0116)	11.90 (0.0184)	8.067 (0.0145)
Hospitalización en Unidad de Cuidado Intensivo al menos una vez	% (DE)	1.485 (0.00470)	1.847 (0.00764)	1.166 (0.00571)
\bar{X} : media, DE: Desviación estándar				

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de microdatos de BDUA, PILA y UPC.

Tabla 5. Diferencias en los costos de atención entre individuos con jubilación laboral e individuos que permanecen como trabajadores activos

Variables		Cohorte completa	Pensionados	No Pensionados
		n=6,635,902	n=3,104,877	n=3,531,025
Costos totales de atención	\bar{X} (DE)	1,950,000 (2,717)	2,431,000 (4,418)	1,527,000 (3,296)
Costos de otros servicios ambulatorios	\bar{X} (DE)	733,924 (1,254)	909,800 (2,003)	579,274 (1,561)
Costos de consultas médicas ambulatorias	\bar{X} (DE)	204,487 (246.9)	245,712 (410.5)	168,238 (290.3)
Costos de imágenes diagnósticas ambulatorias	\bar{X} (DE)	98,971 (118.0)	113,834 (181.5)	85,903 (153.5)
Costos de laboratorios ambulatorios	\bar{X} (DE)	128,011 (110.0)	159,638 (179.7)	100,201 (131.5)
Costos de servicios de urgencias	\bar{X} (DE)	55,403 (162.7)	58,703 (235.9)	52,502 (224.6)

Variables		Cohorte completa	Pensionados	No Pensionados
		n=6,635,902	n=3,104,877	n=3,531,025
Costos de servicios hospitalarios	\bar{X}	225,016	279,502	177,106
	(DE)	(939.0)	(1,517)	(1,154)
Costos de servicios de Unidad de Cuidados Intensivos	\bar{X}	85,231	106,229	66,766
	(DE)	(655.6)	-1,52	(794.9)

\bar{X} : media, DE: Desviación estándar

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de microdatos de BDUA, PILA y UPC.

Tabla 6. Diferencias en la carga de morbilidad, presencia de enfermedades crónicas y nivel de utilización de servicios en salud entre los individuos con jubilación laboral e individuos que permanecen como trabajadores activos

Variables	Modelos Transversales	Modelos de efectos fijos	Diferencias en diferencias en diferencias
	n=6,635,902	n=2,556,805	n=1,265,349
Índice de Charlson	0.0047*** (0.0029 - 0.0065)	0.0358*** (0.0312 - 0.0404)	0.0101*** (0.0049 - 0.0153)
Presencia de al menos una enfermedad crónica	0.962*** (0.8952 - 1.0288)	2.609*** (2.4434 - 2.7746)	0.623*** (0.4172 - 0.8288)
Consumos de servicios ambulatorios	3.53*** (3.4649 - 3.5951)	5.939*** (5.8100 - 6.0680)	1.112*** (0.9532 - 1.2708)
Costos totales de atención	172,040*** (159,870 - 184,210)	530,012*** (498,868 - 561,156)	36,967* (-3,793 - 77,727)

Números positivos identifican valores más altos en el grupo de pacientes pensionados. Todos los modelos están ajustados por EAPB y los modelos transversales están ajustados adicionalmente por año, región geográfica y presencia de comorbilidades al ingreso a la cohorte. Los intervalos de confianza de 95% se presentan entre paréntesis. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de microdatos de BDUA, PILA y UPC.

2.3.8. Análisis y discusión

2.3.8.1. Implicaciones de los resultados para el futuro del SGSSS

Este capítulo describe el estado del aseguramiento social de las personas mayores en Colombia y cómo las condiciones que más afectan a esta población podrían asociarse a diferentes perfiles de consumo de recursos públicos y privados en salud. Además, el estudio se complementa con un análisis exploratorio que busca establecer si la jubilación laboral podría asociarse a cambios en el perfil de morbilidad y consumo de recursos en salud de la población mayor.

En resumen, Colombia ha logrado proveer aseguramiento en salud para la casi totalidad de su población y este cubrimiento ha permanecido sin cambios sustanciales desde 2015. La universalización del aseguramiento ha permitido el acceso a servicios de salud básicos y servicios de promoción y prevención a poblaciones que frecuentemente presentan niveles de utilización insuficientes. El aumento en la utilización de servicios sanitarios en general, sumado a una mejoría general en las condiciones y calidad de vida, al cubrimiento de los servicios públicos y a mayores niveles de educación, entre otros, podría explicar el fenómeno de transición epidemiológica observado en la mayor

parte de la población en Colombia. Sin embargo, el presente análisis también revela algunos aspectos que afectarían el bienestar de las personas mayores y la sostenibilidad del SGSSS ante el envejecimiento poblacional.

Primero, existen grandes diferencias en el acceso a servicios de salud entre las regiones y entre las áreas urbanas y rurales del país. De acuerdo con los hallazgos de la ECV 2020, las diferencias de acceso son sustancialmente mayores para servicios de promoción y prevención y servicios ambulatorios que para servicios hospitalarios (entre 10 y 20 puntos porcentuales para servicios de promoción y prevención y servicios ambulatorios respectivamente, y entre 1 y 4 puntos porcentuales para servicios hospitalarios). Los resultados del estudio cualitativo sugieren que las causas podrían estar relacionadas con la baja concentración de proveedores en algunas regiones y el consiguiente incremento de los costos de desplazamiento. Los costos frecuentemente se tornan significativos en áreas de estratos socioeconómicos bajos, donde además existe una percepción de un “bajo retorno” por la inversión realizada. La implementación de servicios de telemedicina durante la emergencia sanitaria por COVID-19, causó en forma consistente, una preocupación sobre la calidad de los servicios prestados y una percepción

de que estos servicios se asociaban a mayores complicaciones médicas.

Los efectos de promover el acceso a servicios de promoción y prevención en personas mayores han sido evaluados por múltiples autores. Peterson y colaboradores (Peterson, Helfand, Humphrey, Christensen, & Carson, 2013), en una revisión sistemática de estudios observacionales y ensayos clínicos con asignación aleatoria, valoraron los efectos de los diferentes modelos de atención dirigidos a promover el cuidado primario en salud en personas mayores. Comparado con el cuidado convencional, la mayor parte de los modelos de atención disminuyeron el nivel de consumo de servicios de urgencias y servicios hospitalarios a dos o más años de seguimiento. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en mortalidad entre los individuos en los grupos de intervención y los grupos control.

Segundo, la mayor parte del consumo de servicios de salud y las causas de muerte en las personas mayores se asociaron a enfermedades prevenibles. De acuerdo con los hallazgos del análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y los certificados de defunción, la enfermedad circulatoria y la diabetes mellitus constituyeron las principales causas de consumo de servicios de salud y de muerte en las personas mayores de 2015 a 2019. Estos

hallazgos son consistentes con los datos reportados por múltiples instituciones y organismos multilaterales quienes han llamado la atención sobre la carga desproporcionada de la enfermedad vascular en países de ingresos bajos y medios. Aunque las causas de esta carga desproporcionada sean probablemente multifactoriales, de acuerdo con la iniciativa la Carga Global de las Enfermedades, el sobrepeso y el acceso insuficiente a servicios de salud podrían constituirse como los principales factores de riesgo de la carga de la enfermedad vascular en Latinoamérica (Roth et al., 2020).

Tercero, existe una gran discrepancia entre la prevalencia de las enfermedades mentales en las personas mayores y la cantidad de servicios que se prestan para dar respuesta a esas condiciones. De acuerdo con lo observado en la encuesta SABE 2014 - 2015, el predominio global de demencia en personas mayores alcanzó el 9,4%, siendo los adultos mayores de 85 años o más, aproximadamente el 50% del total de la población mayor con diagnóstico de demencia. En forma similar, el Deterioro Cognoscitivo Leve (DCL) obtuvo una prevalencia global de 17.6% y los síntomas de depresión una prevalencia global de casi el 50%. Sin embargo, durante el periodo de 2015 a 2019; menos del 2% de los servicios prestados a este grupo de edad y menos del 5 % del gasto

en salud por edad, se asoció a algún tipo de enfermedad mental. Una de las probables causas de esta deficiente inversión es la escasa sensibilización, tanto de los pacientes como de los proveedores de servicios, con relación a las enfermedades mentales. Los resultados del estudio cualitativo sugieren que las personas frecuentemente consideran la presencia de síntomas de enfermedad mental como consecuencia de una inadecuada salud física y no como una condición por sí misma. Esta percepción errónea de las enfermedades mentales se ve frecuentemente reforzada por miembros del personal de salud, quienes consideran la presencia de síntomas de enfermedad mental, solo en el contexto de otros síntomas “más objetivos”.

Dado que se espera que la incidencia de enfermedades mentales como la demencia se duplique, con cada incremento de 5 años de edad por individuo (Prince et al., 2015), el aumento en la expectativa de vida de la población se asociará a un marcado crecimiento en el número de personas afectadas por enfermedades mentales. La falta de sensibilización de todos los actores del sistema y la poca inversión en intervenciones eficaces muy probablemente llevarán a un mayor costo humano, social y económico de la enfermedad mental en los próximos años (Vigo, Thornicroft, & Atun, 2016).

Cuarto, de acuerdo con la ECV 2020, aproximadamente el 15% de las personas mayores de 55 años presentaron algún tipo de discapacidad severa. Aunque la discapacidad severa en actividades como la audición permiten llevar una vida independiente, el compromiso de las funciones críticas para el autocuidado frecuentemente requiere de algún tipo de asistencia. De acuerdo con el Reporte Mundial de Discapacidad publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2011, las personas mayores con discapacidad requieren asistencia continua a través de centros de cuidado día, servicios de asistencia en casa, asistencia permanente para la realización de actividades de autocuidado, hogares de cuidado crónico y unidades de cuidados paliativos. Dado que se proyecta el incremento en la cantidad de personas mayores con discapacidad severa, también se espera el aumento sustancial en la cantidad de personas que requerirán servicios frecuentes de asistencia para las actividades básicas y de autocuidado en los próximos años.

Finalmente, los análisis realizados en este capítulo sugieren un incremento en la incidencia de enfermedades crónicas y del consumo de servicios de salud de las personas mayores que se jubilan, en comparación con sus contrapartes, que continúan en el trabajo activo. Como se mencionó previamente, la evidencia iden-

tificada en la literatura mundial ha reportado resultados mixtos sobre la relación entre jubilación laboral y consumo de servicios de salud en la población que se jubila. De acuerdo con diversos autores, esta aparente discrepancia en los resultados obtenidos entre los estudios podría deberse entre otros, a las importantes diferencias entre el tipo de trabajo realizado en los escenarios donde estos efectos han sido evaluados (Eibich, 2015; Zhang et al., 2018). Dado los resultados del presente análisis, se espera que un incremento de la población que se jubila en los próximos años en Colombia se asocie a una mayor demanda de servicios y recursos en salud.

2.3.8.2. Fortalezas y debilidades de este análisis

Este análisis provee información confiable dado que se basa en bases de datos administrativas de disponibilidad pública utilizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para el cálculo de la UPC y en encuestas poblacionales utilizadas por el DANE para estimar el estado de salud y el bienestar de la población. Sin embargo, este análisis también tiene algunas limitaciones importantes que se deben tener en cuenta.

Primero, por la falta de disponibilidad de datos, este análisis no incorporó los costos asociados a la prestación de servicios y tecnologías que no estaban incluidos en

el Plan de Beneficios en Salud durante el periodo de estudio. Debido a que estos servicios frecuentemente se asocian a las innovaciones en tecnologías de salud, los costos asociados a estas inversiones representan, en muchas ocasiones, una porción importante de los gastos por enfermedad.

Segundo, gran parte de la morbilidad de la población en este análisis se estimó a través del consumo de servicios en salud debido a la ausencia de un registro centralizado de la información clínica de los afiliados al SGSSS. Esta forma de determinar la morbilidad de la población subestima el efecto de las condiciones que comúnmente no se asocian a consumo de servicios de salud o que no constituyen el motivo final de consulta. Por ejemplo, la subrepresentación del efecto de los factores de riesgo en la salud de las poblaciones cuando estos análisis se basan en registros administrativos sobre consumo de servicios en salud.

Finalmente, existen preocupaciones sobre la utilización de la información contenida en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y los certificados de defunción para la toma de decisiones en salud, por la percepción de una pobre calidad en su contenido. Sin embargo, existe evidencia que estos registros, al menos los que proceden de ciudades capitales, poseen la calidad suficiente requerida para la toma de decisiones en salud.

2.4. Conclusiones



El análisis presentado en este capítulo describe el estado de aseguramiento y el acceso a servicios en salud de las personas mayores en Colombia durante el periodo comprendido entre 2015 y 2019. Además, describe el perfil de gasto asociado a las principales causas de morbilidad y mortalidad de las personas mayores, con énfasis en la enfermedad mental, la discapacidad severa y los efectos de la jubilación laboral -morbilidad y consumo de servicios-.

Como resultado de este análisis, se identificaron algunos aspectos que podrían afectar el bienestar de las personas mayores y la sostenibilidad del SGSSS ante el envejecimiento poblacional.

2.5. Recomendaciones para la formulación de políticas públicas



2.5.1. Recomendaciones estructurales del Sistema de Salud (Reforma en salud)

2.5.1.1. Fortalecimiento de la implementación de las guías de práctica clínica con el fin de promover una mejor calidad en la prestación de servicios de salud

Acciones

- › Fortalecer la implementación de las guías de práctica clínica.

Responsables institucionales

- › Ministerio de Salud y Protección Social.
- › Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.
- › Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Ruta de implementación

- › Implementar la Historia Clínica Electrónica Única en el SGSSS en todo el territorio nacional.
- › Implementar programas de diseminación de las guías de Práctica Clínica entre personal de salud y usuarios a través de redes sociales, actividades académicas para personal de salud y pacientes.
- › Evaluar la factibilidad de la implementación de sistemas electrónicos de asistencia a la toma de decisiones clínicas dentro de la Historia Clínica Electrónica Única.

2.5.2. Promoción de nuevos modelos de prestación de servicios dentro del SGSSS con el objetivo de mejorar la cobertura de servicios de salud en áreas rurales y apartadas

Acciones

- ▶ Promover la creación e implementación de modelos de atención ajustados a las características de la demanda y la oferta de servicios de salud propias de cada una de las regiones.

Responsables institucionales

- ▶ Ministerio de Salud y Protección Social.
- ▶ Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

Ruta de implementación

- ▶ Promover la capacitación de personal de farmacia, promotores de salud, líderes comunitarios, entre otros, para la atención de condiciones de baja complejidad dentro del SGSSS y de ser necesario remisión a otros niveles de atención.
- ▶ Ofrecer mayores y mejores incentivos para que los profesionales y las empresas prestadoras de salud ofrezcan sus servicios en zonas rurales y apartadas del país.
- ▶ Centralizar las negociaciones y los procesos de compra de insumos del

SGSSS: un proceso centralizado llevaría a mejores condiciones de negociación ante los proveedores y a un mejor control de la calidad de los insumos que se emplean dentro del SGSSS.

- ▶ Promover el uso adecuado de la telemedicina como herramienta fundamental para el acceso a servicios de salud de segundo y tercer nivel de las regiones apartadas y las áreas rurales.

2.6. Recomendaciones generales



2.6.1. Sensibilización del personal de salud y comunidad en general sobre la enfermedad mental

Acciones

- ▶ Realizar un tamizaje activo de las enfermedades mentales y la discapacidad en adultos mayores en todos los puntos de contacto con el SGSSS.
- ▶ Sensibilizar a la población y a los miembros del SGSSS sobre el reconocimiento temprano de los síntomas de la enfermedad mental.

Responsables institucionales

- › Ministerio de Salud y Protección Social.
- › Ministerio de Educación.
- › Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

Ruta de implementación

- › Aplicación de escalas de tamizaje de enfermedades mentales y de discapacidad a los usuarios del SGSSS en forma virtual para autoadministración o en forma presencial para administración por personal de salud.
- › Diseño y validación de algoritmos electrónicos automáticos que identifiquen pacientes a alto riesgo de enfermedades mentales basados en características sociodemográficas y perfiles de consumo de servicios de salud.
- › Incorporación de cátedras durante la formación del personal de salud y durante la educación continuada, que refuercen los conocimientos sobre la importancia del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales.
- › Implementación de campañas en medios de comunicación masiva que busquen modificar ideas equivocadas sobre los enfermos y las enfermedades mentales.

2.6.2. Formación en salud y promoción del bienestar de los cuidadores

Acciones

- › Diseñar e implementar una política de cuidadores que promueva, entre otras cosas, la formación y bienestar de los individuos dedicados a la asistencia de adultos mayores con discapacidad.

Responsables institucionales

- › Ministerio de Salud y Protección Social.
- › Ministerio de Educación.

Ruta de implementación

- › Diseño y aplicación de instrumentos que permitan identificar a las personas mayores en riesgo de discapacidad y con requerimiento de cuidador.
- › Diseño y aplicación de instrumentos que permitan el reconocimiento temprano y tratamiento prioritario del síndrome de fatiga del cuidador.
- › Educación en estrategias para realizar en forma segura las actividades de cuidado, reconocimiento y manejo básico de los principales síntomas que afectan a la persona mayor con discapacidad a través de páginas web, líderes comunitarios u otros mecanismos adaptados a cada región.
- › Diseño de esquemas de incentivos que promuevan el acceso a estos ser-

vicios educativos a través de beneficios cívicos de reconocimiento social (como priorización para ingreso a universidades, créditos de estudio, convalidación del servicio militar obligatorio, entre otros).

bles para priorización de estrategias educativas y tamizaje de enfermedades crónicas.

2.6.3. Educación para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables en todo el curso de la vida

Acciones

- › Diseño e implementación de una política educativa que promueva hábitos y estilos de vida saludables en todo el curso de la vida

Responsables institucionales

- › Ministerio de Salud y Protección Social.
- › Ministerio de Educación.
- › Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

Ruta de implementación

- › Implementación de una cátedra obligatoria de “cuidado de la salud” desde los niveles básicos de instrucción en niños y adolescentes hasta los programas de educación continua de personas mayores.
- › Diseño y aplicación de algoritmos electrónicos automáticos que permitan la identificación de pacientes a riesgo de enfermedades crónicas no transmi-

2.7. Referencias



Amos, A. F., McCarty, D. J., & Zimmet, P. (1997). The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. *Diabet Med*, 14 Suppl 5, S1-85.

Aranco, N., Stampini, M., Ibarrarán, P., & Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo, 96.

Arredondo, A., & Aviles, R. (2015). Costs and epidemiological changes of chronic diseases: implications and challenges for health systems. *PLoS One*, 10(3), e0118611. doi: 10.1371/journal.pone.0118611

Bravo, L. E., & Muñoz, N. (2018). Epidemiology of cancer in Colombia. *Colombia Médica*, 49(1), 9-12.

Byles, J. E., Vo, K., Forder, P. M., Thomas, L., Banks, E., Rodgers, B., & Bauman, A. (2016). Gender, mental health, physical health and retirement: A prospective study of 21,608 Australians aged 55-69 years. *Maturitas*, 87, 40-48. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.02.011

Cabrera-Marrero, F. (2014). Transición demográfica, transición epidemiológica: ¿Hacia dónde transita el Caribe?

CEPAL, N. U. (2006). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez, from <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3539-manual-indicadores-calidad-vida-la-vejez>

CEPAL, N. U. (2009). El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe, from <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/1350>

CELADE. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile; 2009. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1350-envejecimiento-personas-edad-indicadores-sociodemograficos-america-latina-caribe>

CEPALSTAT, N. U. (2022). Principales Cifras de América Latina y el Caribe. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas, from <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html?lang=es>

Chan, L., Beaver, S., Maclehose, R. F., Jha, A., Maciejewski, M., & Doctor, J. N. (2002). Disability and health care costs in the Medicare population. *Arch Phys Med Rehabil*, 83(9), 1196-1201. doi: 10.1053/apmr.2002.34811

Chen, D., Petrie, D., Tang, K., & Wu, D. (2018). Retirement saving and mental health in China. *Health Promot Int*, 33(5), 801-811. doi: 10.1093/heapro/dax029

Cubillos, J., Matamoros, M., & Perea, S. (2020). Boletines Poblacionales 1: Personas Adultas Mayores de 60 años. Oficina de Promoción Social. Ministerio de Salud y Protección Social I-2020, from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/280920-boletines-poblacionales-adulto-mayo-ri-2020.pdf>

Dávila-Cervantes, C., & Agudelo-Botero, M. (2018). Changes in life expectancy due to avoidable and non-avoidable deaths in Argentina, Chile, Colombia and Mexico, 2000-2011. *Cad Saude Publica*, 34(6), e00093417. doi: 10.1590/0102-311x00093417

Di Matteo, L. (2005). The macro determinants of health expenditure in the United States and Canada: assessing the impact of income, age distribution and time. *Health policy*, 71(1), 23-42.

Duran Cristiano, S. C., & Gómez-Molina, A. (2020). Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). SABE Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Bogotá DC: MinSalud; 2015.

Eibich, P. (2015). Understanding the effect of retirement on health: Mechanisms and heterogeneity. *J Health Econ*, 43, 1-12. doi: 10.1016/j.jhealeco.2015.05.001

Fleischmann, M., Xue, B., & Head, J. (2020). Mental Health Before and After Retirement-Assessing the Relevance of Psychosocial Working Conditions: The Whitehall II Prospective Study of British Civil Servants. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 75(2), 403-413. doi: 10.1093/geronb/gbz042

Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J. L., Stern, C., Lozano, R., Sepúlveda, J., & José, M. (1991). [The epidemiologic transition in Latin America]. *Bol Oficina Sanit Panam*, 111(6), 485-496.

Hendrie, H. C., Lindgren, D., Hay, D. P., Lane, K. A., Gao, S., Purnell, C., . . . Callahan, C. M. (2013). Comorbidity profile and healthcare utilization in elderly patients with serious mental illnesses. *Am J Geriatr Psychiatry*, 21(12), 1267-1276. doi: 10.1016/j.jagp.2013.01.056

Henríquez, G., & de Vries, E. (2017). El efecto del envejecimiento para la carga de cáncer en Colombia: proyecciones para las primeras cinco localizaciones por departamento y sexo en Colombia, 2020 y 2050. *Revista Colombiana de Cancerología*, 21(2), 104-112.

Huguett, C., & Bernal, O. (2014). Calidad de los Registros Individuales de Prestación de Servicios como fuente de información para el Sistema de Vigilancia en

Salud Pública en Colombia. (Magister en Salud Pública), Universidad de Los Andes, Bogotá. Retrieved from <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/12516/u686097.pdf?sequence=1>

Laaksonen, M., Metsä-Simola, N., Martikainen, P., Pietiläinen, O., Rahkonen, O., Gould, R., . . . Lahelma, E. (2012). Trajectories of mental health before and after old-age and disability retirement: a register-based study on purchases of psychotropic drugs. *Scand J Work Environ Health*, 38(5), 409-417. doi: 10.5271/sjweh.3290

Laidlaw, K., & Pachana, N. (2011). Aging with Grace. [Article]. *Monitor on Psychology*.

Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kaku-ma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., . . . Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med*, 71(3), 517-528. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.027

Melguizo-Herrera, E., & Castillo-Ávila, I. Y. (2012). Factores asociados al uso de servicios de atención primaria por adultos mayores de Cartagena, Colombia. *Revista de salud pública*, 14(5), 765-775.

Morales, A., Rosas, G. M., Yarce, E., Paredes, Y. V., Rosero, M., & Hidalgo, A. (2016). Condiciones médicas prevalentes

en adultos mayores de 60 años. *Acta médica colombiana*, 41(1), 21-28.

Mrsnik, M., Beers, D. T., & Morozov, I. (2010). Global aging 2010: an irreversible truth: Standard and Poor's.

Murray, C. J., Salomon, J. A., Mathers, C. D., Lopez, A. D., & Organization, W. H. (2002). Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications: World Health Organization.

O'Neill, C., Groom, L., Avery, A. J., Boot, D., & Thornhill, K. (2000). Age and proximity to death as predictors of GP care costs: results from a study of nursing home patients. *Health Econ*, 9(8), 733-738. doi: 0.1002/1099-1050(200012)9:8<733::aid-hec564>3.0.co;2-u

Organización Mundial de la Salud. (2021). Envejecimiento y salud, from <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>

Peña-Montoya, M. E., Garzon-Duque, M., Cardona-Arango, D., & Segura-Cardona, A. (2016). Acceso a los servicios de salud de los adultos mayores. Antioquia-Colombia: Access to health services for older adults. Antioquia-Colombia. *Universidad y Salud*, 18(2), 219-231.

Peterson, K., Helfand, M., Humphrey, L., Christensen, V., & Carson, S. (2013). Evidence Brief: Effectiveness of Intensi-

ve Primary Care Programs.VA Evidence Synthesis Program Evidence Briefs [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK384618/>

Polder, J. J., Barendregt, J. J., & van Oers, H. (2006). Health care costs in the last year of life--the Dutch experience. *Soc Sci Med*, 63(7), 1720-1731. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.04.018

Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L. M., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549-562. doi: 10.1016/s0140-6736(14)61347-7

Roberts, T., Miguel Esponda, G., Krupchanka, D., Shidhaye, R., Patel, V., & Rathod, S. (2018). Factors associated with health service utilisation for common mental disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 262. doi: 10.1186/s12888-018-1837-1

Roth, G. A., Mensah, G. A., Johnson, C. O., Addolorato, G., Ammirati, E., Baddour, L. M., . . . Group, G.-N.-J. G. B. o. C. D. W. (2020). Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol*, 76(25), 2982-3021. doi: 10.1016/j.jacc.2020.11.010

Shai, O. (2018). Is retirement good for men's health? Evidence using a change in the retirement age in Israel. *J Health Econ*, 57, 15-30. doi: 10.1016/j.jhealeco.2017.10.008

Smith, S., Newhouse, J. P., & Free-land, M. S. (2009). Income, insurance, and technology: why does health spending outpace economic growth? *Health Aff (Millwood)*, 28(5), 1276-1284. doi: 10.1377/hlthaff.28.5.1276

Thomson, S., Foubister, T., Figueras, J., Kutzin, J., Permanand, G., & Bryndová, L. (2009). Addressing financial sustainability in health systems. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 42.

Valencia-Cuéllar, A., Marulanda-Sánchez, J., Andrade-Pantoja, L., Arango, L., & Calvache, J. A. (2020). Características de pacientes adultos con cáncer y su atención en el Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 24(2), 80-87.

Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178. doi: 10.1016/s2215-0366(15)00505-2

Villarreal-Ríos, E., Mathew-Quiroz, A., Garza-Elizondo, M. E., Núñez-Rocha, G., Salinas-Martínez, A. M., & Gallegos-Han-

dal, M. (2002). [Cost of care of arterial hypertension and its impact on the budget assigned to health in Mexico]. *Salud Publica Mex*, 44(1), 7-13.

World Health Organization. (2017). Mental health of older adults, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

World Health Organization, & World Bank. (2011). World report on disability World Health Organization (Ed.) Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>

Yepes Luján, F. J. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9, 118-123.

Zhang, Y., Salm, M., & van Soest, A. (2018). The effect of retirement on healthcare utilization: Evidence from China. *J Health Econ*, 62, 165-177. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.09.009>

Zweifel, P. (2000). The Division of Labor Between Private and Social Insurance. In G. Dionne (Ed.), *Handbook of Insurance* (pp. 933-966). Dordrecht: Springer Netherlands.

Zweifel, P., Felder, S., & Meiers, M. (1999). Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Econ*, 8(6), 485-496. doi: 10.1002/(sici)1099-

1050(199909)8:6<485: aid-hec461>3.0.co;2-4

Zweifel, P., Felder, S., & Werblow, A. (2004). Population ageing and health care expenditure: new evidence on the “red herring”. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 29(4), 652-666.

Beridze, G., Triolo, F., Grande, G., Fratiglioni, L., & Calderón-Larrañaga, A. (2022). COVID-19 collateral damage-psychological burden and behavioural changes among older adults during the first outbreak in Stockholm, Sweden: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(1), e058422. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058422>

Carlos, A. F., Poloni, T. E., Caridi, M., Pozzolini, M., Vaccaro, R., Rolandi, E., Cirrincione, A., Pettinato, L., Vitali, S. F., Tronconi, L., Ceroni, M., & Guaita, A. (2022). Life during COVID-19 lockdown in Italy: the influence of cognitive state on psychosocial, behavioral and lifestyle profiles of older adults. *Aging Ment Health*, 26(3), 534-543. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1870210>

Colucci, E., Nadeau, S., Higgins, J., Kehayia, E., Poldma, T., Saj, A., & de Guise, E. (2022). COVID-19 lockdowns' effects on the quality of life, perceived health and well-being of healthy elderly individuals: A

longitudinal comparison of pre-lockdown and lockdown states of well-being. *Arch Gerontol Geriatr*, 99, 104606. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104606>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2020). Soleidad en Colombia. Bogotá: DANE

Gutiérrez Cortes, W. A., & Perdomo Morales, P. A. (2021). COVID-19 mortality in older people in Colombia. *J Am Geriatr Soc*, 69(9), 2430-2432. <https://doi.org/10.1111/jgs.17134>

Özpinar, S., Bayçelebi, S., Demir, Y., & Yazıcıoğlu, B. (2022). How did the COVID-19 pandemic affect older adults? Investigation in terms of disability, state-trait anxiety and life satisfaction: Samsun, Turkey example. *Psychogeriatrics*, 22(2), 202-209. <https://doi.org/10.1111/psyg.12801>

Rodrigues, N. G., Han, C. Q. Y., Su, Y., Klainin-Yobas, P., & Wu, X. V. (2022). Psychological impacts and online interventions of social isolation amongst older adults during COVID-19 pandemic: A scoping review. *J Adv Nurs*, 78(3), 609-644. <https://doi.org/10.1111/jan.15063>

Strutt, P. A., Johnco, C. J., Chen, J., Muir, C., Maurice, O., Dawes, P., Siette, J., Botelho Dias, C., Hillebrandt, H., & Wuthrich, V. M. (2022). Stress and Coping in Older Australians During COVID-19: Health, Service Utilization, Grandparenting, and Technolo-

gy Use. *Clin Gerontol*, 45(1), 106-119. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1884158>

Webb, L. M., & Chen, C. Y. (2022). The COVID-19 pandemic's impact on older adults' mental health: Contributing factors, coping strategies, and opportunities for improvement. *Int J Geriatr Psychiatry*, 37(1). <https://doi.org/10.1002/gps.5647>

Wister, A., Li, L., Cosco, T. D., McMillan, J., & Griffith, L. E. (2022). Multimorbidity resilience and COVID-19 pandemic self-reported impact and worry among older adults: a study based on the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *BMC Geriatr*, 22(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02769-2>

Wu, C., Liu, Y. X., Liu, T. J., Yan, X. L., Zhao, Y. X., Zeng, H., Zhou, T., Rao, P., Sun, L. Y., Jiao, Y., & Xi, J. N. (2022). Investigation and influencing factors about well-being level of elderly chronic patients during COVID-19 postpandemic period in Beijing. *Medicine (Baltimore)*, 101(9), e28976. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000028976>

Zaninotto, P., Iob, E., Demakakos, P., & Steptoe, A. (2022). Immediate and Longer-Term Changes in the Mental Health and Well-being of Older Adults in England During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 79(2), 151-159. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3749>

2.8. Lista de figuras



- Figura 1.** Proporción de población de adultos de 60 o más años por país para 2015
- Figura 2.** Producto Interno Bruto (PIB) total anual* de los países de América Latina para 2015
- Figura 3.** Porcentaje del PIB gasta en inversión social por país en 2015
- Figura 4** Cambios en el aseguramiento de la población mayor de 55 años en el periodo de 2015 a 2020
- Figura 5.** Cambios en las razones reportadas como causas de la falta de afiliación al SGSSS en población mayor de 55 años de 2015 a 2020
- Figura 6.** Acceso a servicios preventivos (médicos u odontológicos) al menos una vez al año en población mayor de 55 años por área de residencia de 2015 a 2020
- Figura 7.** Acceso a servicios financiados por el SGSSS en individuos mayores de 55 años que requirieron servicios ambulatorios de 2015 a 2020 según área de residencia
- Figura 8.** Acceso a servicios financiados por el SGSSS en individuos mayores de 55 años que requirieron servicios hospitalarios de 2015 a 2020 según área de residencia
- Figura 9.** Número de servicios por individuo según grupo de edad y régimen de afiliación en 2019
- Figura 10.** Número de servicios por adulto mayor según sexo y régimen de afiliación de 2015 a 2019
- Figura 11.** Diagnósticos más frecuentes asociados a la prestación de servicios de salud en adultos mayores
- Figura 12.** Prevalencia de síntomas de depresión según región geográfica

- Figura 13.** Prevalencia de síntomas de depresión según estrato socioeconómico
- Figura 14.** Prevalencia de síntomas de enfermedad mental y máximo nivel educativo
- Figura 15.** Prevalencia de síntomas de enfermedad mental y participación en programas de actividad física
- Figura 16.** Principales actividades asociadas a discapacidad severa en mayores de 55 años en Colombia
- Figura 17.** Distribución de la discapacidad severa en mayores de 55 años por región geográfica de residencia
- Figura 18.** Discapacidad severa para múltiples actividades en mayores de 55 años
- Figura 19.** Principales causas de muerte registradas en los certificados de defunción de 2015 a 2019 según régimen de afiliación
- Figura 20.** Distribución del gasto por individuo en el régimen contributivo según la región donde se originó el servicio
- Figura 21.** Costo total de los servicios prestados en el régimen contributivo por ámbito
- Figura 22.** Distribución del gasto total por enfermedad en el régimen contributivo
- Figura 24.** Gasto privado en salud por hogar durante el último mes en hogares conformados por al menos un adulto mayor por mes según región geográfica
- Figura 25.** Proporción de hogares conformados por al menos un adulto mayor con gastos catastróficos por salud durante el último mes según región geográfica

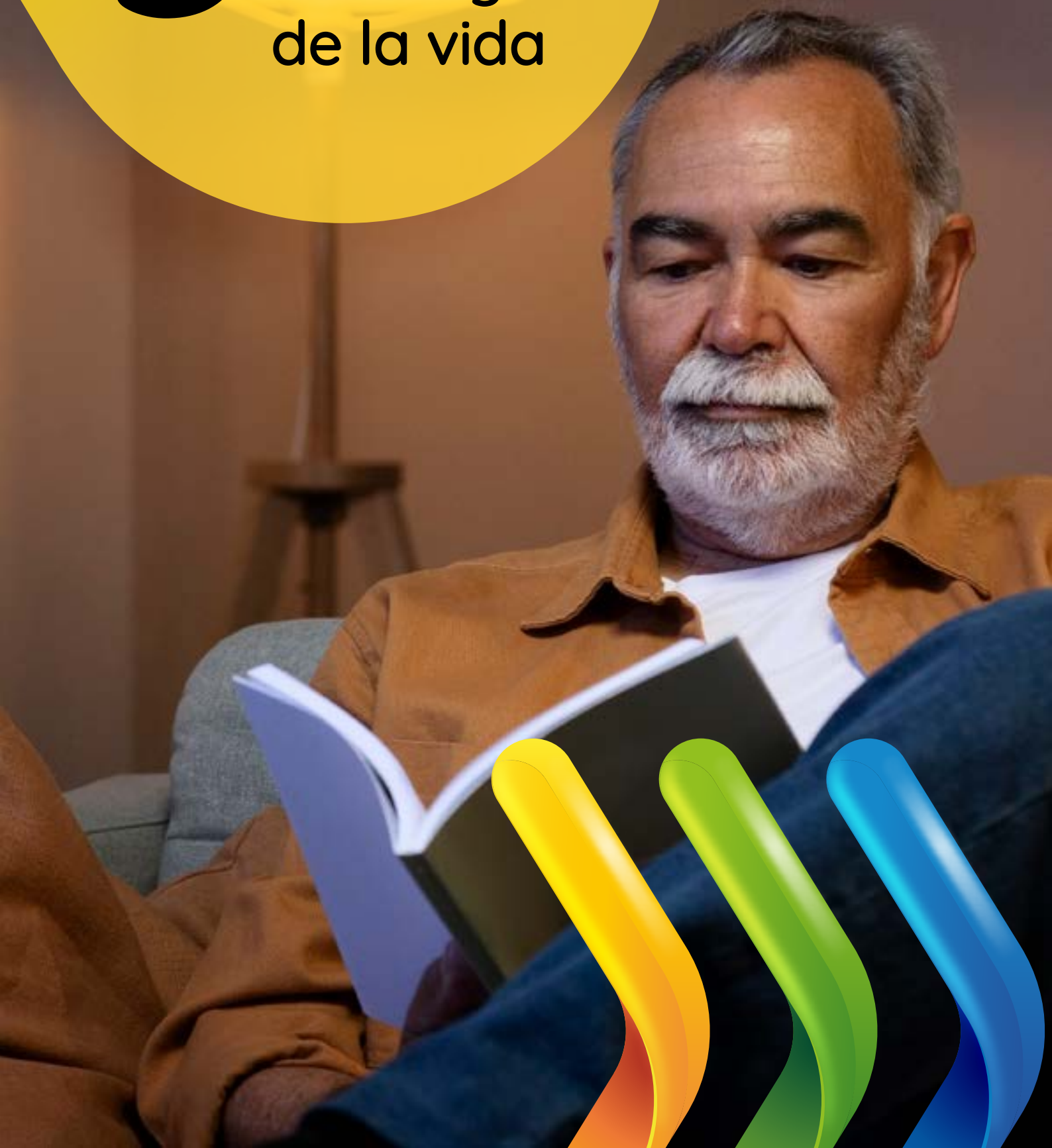
2.9. Lista de tablas



- Tabla 1.** Índice de envejecimiento por país y etapa de envejecimiento en que se clasifica
- Tabla 2.** Tasa de mortalidad anual ajustada a la edad y años de vida perdidos asociados a las principales categorías de enfermedad en Colombia
- Tabla 3.** Características basales y nivel de utilización de servicios de salud
- Tabla 4.** Diferencias en la intensidad de consumo de servicios entre individuos con jubilación laboral e individuos que permanecen como trabajadores activos
- Tabla 5.** Diferencias en los costos de atención entre individuos con jubilación laboral e individuos que permanecen como trabajadores activos
- Tabla 6.** Diferencias en la carga de morbilidad, presencia de enfermedades crónicas y nivel de utilización de servicios en salud entre los individuos con jubilación laboral e individuos que permanecen como trabajadores activos

3

Capítulo: Educación a lo largo de la vida



3

Capítulo:
Educación
a lo largo
de la vida

Autores >>>

- > Víctor Saavedra
- > Lina María Aristizábal
- > Jerónima Sandino
- > Juan Camilo Celemín
- > Laura Córdoba
- > Paula Bueno
- > Camila Andrea Castellanos Roncancio

ISBN (ONLINE)
978-958-53617-5-1



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, Fedesarrollo, PROESA y DANE.

Cítese como:

Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE. (2023). Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva. Bogotá, D.C. Colombia. 597 páginas

Contenido

3.1. Introducción.....	186
3.2. Marco teórico.....	190
3.2.1. Cognición, educación y edad	190
3.2.2. Consideraciones pedagógicas y mejores prácticas en calidad educativa.....	193
3.2.2.1. Satisfacción emocional para el proceso de aprendizaje.....	193
3.2.2.2. Ofrecer variedad de cursos que prioricen temáticas de interés.....	193
3.2.2.3. Ampliar la oferta de formación para el trabajo.....	194
3.2.2.4. Considerar capacitación inicial, los conocimientos y experiencias previas, así como las diferencias en los ritmos de aprendizaje para el desarrollo de la oferta	195
3.2.2.5. Anticiparse a las necesidades educativas futuras de la población mayor	195
3.2.2.6. Generar métricas diferenciadas para la evaluación de personas mayores	196
3.2.2.7. Fomentar el autoaprendizaje que permita conectar los conocimientos previamente adquiridos con los nuevos conocimientos	196
3.2.2.8. Fomentar el aprendizaje intergeneracional	196
3.2.2.9. La importancia creciente del internet y otros servicios digitales en la educación de las personas mayores es un área que define retos específicos en la población mayor.....	197
3.2.2.10. Implementación de “cursos cero” para personas mayores.....	197
3.3. Hallazgos	198
3.3.1. Cobertura.....	198
3.3.1.1. Nivel de escolaridad por grupos etarios	199
3.3.1.2. Tasas de asistencia a educación formal por grupos etarios	201

3.3.1.3.	Nivel de escolaridad por territorio	203
3.3.1.4.	Nivel de escolaridad urbano-rural	206
3.3.1.5.	Nivel de escolaridad por género	208
3.3.1.6.	Brechas de persona mayor con discapacidad y sin discapacidad en educación.....	210
3.3.1.7.	Tasas de analfabetismo.....	213
3.3.1.8.	Logro educativo por sectores poblacionales: LGBT, campesinidad y etnia.....	217
3.3.2.	Calidad	219
3.3.2.1.	Educación para el bienestar	220
3.3.2.2.	Habilidades digitales	224
3.3.3.	Pertinencia	231
3.3.3.1.	Educación y bienestar material y productivo...231	
3.3.3.2.	La automatización como oportunidad de reconversión.....	236
3.3.3.3.	Oportunidades en áreas del cuidado y educación.....	240
3.4.	Conclusiones.....	243
3.5.	Recomendaciones.....	245
3.6.	Referencias.....	249
3.7.	Siglas.....	256
3.8.	Lista de figuras.....	257
3.9.	Lista de tablas.....	259



3.1. Introducción



El acelerado proceso de envejecimiento en Colombia y en el mundo ha obligado a reflexionar sobre las acciones que inciden en el bienestar de las personas mayores y su participación en la sociedad. En el caso del sistema educativo colombiano, tanto en la educación formal como en la educación no formal, se carece de programas específicos suficientes para personas mayores que busquen au-

mentar la productividad laboral, la salud física y mental, la conservación cognitiva, y la participación democrática. Se requiere por lo tanto del diseño de programas, que hagan parte de una política nacional coherente, y que incluyan a los sectores de educación, trabajo (SENA y Cajas de Compensación Familiar) y salud.

Una motivación para recomendar la formulación de esta política nacional es la relación entre educación, deterioro cognitivo y bienestar. Por ejemplo, según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), las pérdidas cognitivas por

el envejecimiento están asociadas a una baja estimulación cerebral por el continuo desarrollo de tareas monótonas que requieren menos conexiones neuronales (Sibai & Hachem, 2021). También, se conoce que la limitada formación educativa en etapas iniciales (educación básica y terciaria) reduce el potencial cognitivo, acelerando el proceso degenerativo natural del cerebro (Desjardin & Warnke, 2012). No sólo esto, los entornos de aprendizaje previenen fenómenos de soledad y aislamiento y los contenidos prácticos impartidos tienen aplicaciones reales con beneficios individuales y colectivos como, por ejemplo, la mayor participación democrática informada. Finalmente, la falta de ejercicio y un estado (general) de salud pobre reduce las capacidades cognitivas un 43% más rápido en promedio (Geda et al., 2012). De hecho, mediante la educación para la salud (Gerontología de la salud) se fomenta la autonomía, el desarrollo de habilidades funcionales y la interacción social necesarias para un envejecimiento exitoso (Watkins & Xie, 2018). Considerando lo anterior, como se desarrolla a lo largo de este capítulo, el foco de la política educativa recomendada debe ser la preservación de la capacidad cognitiva de las personas durante el proceso del envejecimiento, por el efecto en el bienestar individual y colectivo de este fenómeno, mediante la consolidación del

aprendizaje a lo largo de toda la vida.

Las mejoras en la cobertura y calidad de los sistemas educativos y de salud han permitido que las personas mayores gocen de una mejor salud física y mental, así como mejor calidad de vida, lo que les ha facilitado la participación más profunda en los asuntos económicos, cívicos, culturales y sociales en las últimas décadas (ONU, 2018). Esto ha llevado a cuestionar y replantear el rol que esta población adquiere en las sociedades modernas al entender que no “hay una tendencia natural de retirarse de la vida productiva y familiar para contemplar los logros materializados en soledad” (Hooyman & Kiyak, 2008), pues por el contrario “las personas mayores son miembros de la comunidad activos y conscientes de las estructuras sociales locales y globales” (ONU, 2018). Atendiendo a los cambios demográficos observados, diferentes gobiernos han buscado priorizar políticas públicas de “envejecimiento activo”, enfocadas en garantizar la salud y la seguridad de esta población, siguiendo los lineamientos definidos en el Marco de Políticas de Envejecimiento Activo (OMS, 2002).

Según la UNESCO, la idea de aprender durante toda la vida no es un concepto reciente. De hecho, ha estado presente en el concepto de la educación y ha formado parte de los sistemas y políticas de educación durante décadas (UNESCO,

2017). En la segunda mitad del siglo XX, tras la Segunda Guerra Mundial, gracias al impulso que había cobrado la educación de personas adultas y la educación permanente, y guiados por la necesidad de reconstruir Europa, los Estados y la sociedad civil trabajaron activamente para encontrar maneras de promover sociedades más justas, democráticas y humanas, consolidando el Aprendizaje a lo Largo de Toda la Vida (ALTV) como un principio rector de la labor educativa. Desde entonces, las políticas educativas en gran parte del mundo se han basado en determinantes económicos, como la promoción del empleo, el fomento de la competitividad, la innovación y el crecimiento económico.

Esto ha dado lugar a que un gran número de políticas de educación alrededor del mundo hayan adoptado la capacitación y formación profesional como una solución a los problemas de desempleo, y hayan dado prioridad a los cursos y competencias profesionalizantes en la educación obligatoria y en la educación de adultos, enfocando los planes de estudio a las disciplinas de las que se esperan mayores oportunidades de conseguir un empleo. Adicionalmente, una característica distintiva del aprendizaje a lo largo de toda la vida es que reconoce el aprendizaje como connatural a la existencia humana, como un proceso que va más allá

de los sistemas educativos, en el que se pone a la persona que aprende, sus necesidades y aspiraciones en el centro, y en el que se prioriza que los individuos asuman la responsabilidad de su propio aprendizaje a lo largo de sus vidas desde cuatro principales propósitos: i) promoción del desarrollo económico y el empleo; ii) inclusión social, cohesión y participación democrática; iii) crecimiento personal y realización personal; y iv) desarrollo y enriquecimiento cultural (UNESCO, 2017).

En el año 2015 se planteó la necesidad de “una nueva visión de la educación” como requisito para cumplir con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 4 y puso el ALTV en el centro de esa nueva visión a través de la Declaración de Incheon:

“La visión se inspira en una concepción humanista de la educación y del desarrollo basada en los derechos humanos y la dignidad, la justicia social, la inclusión, la protección, la diversidad cultural, lingüística y étnica, y la responsabilidad y la rendición de cuentas compartidas. Reafirmamos que la educación es un bien público, un derecho humano fundamental y la base para garanti-

zar la realización de otros derechos. Es esencial para la paz, la tolerancia, la realización humana y el desarrollo sostenible. Reconocemos que la educación es clave para lograr el pleno empleo y la erradicación de la pobreza. Centraremos nuestros esfuerzos en el acceso, la equidad, la inclusión, la calidad y los resultados del aprendizaje, dentro de un enfoque del aprendizaje a lo largo de toda la vida”.

(UNESCO, 2015).

Lo anterior implica reconocer que hay aprendizaje dentro y fuera de las aulas y que toda edad es buena para aprender, como lo indica también la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que habla del “derecho a la educación” (art. 20) en igualdad de condiciones con otros sectores de la población y sin discriminación, e incentiva la participación del colectivo en los programas educativos existentes en todos los niveles, y a compartir sus conocimientos y experiencias con todas las generaciones. La Convención también señala que es necesario promover la educación y formación de la persona mayor en el uso de las Tecnologías de la Información y Co-

municación (TIC) para minimizar la brecha digital, generacional y geográfica e incrementar la integración social y comunitaria.

El aprendizaje a lo largo de la vida para las personas mayores promueve la posibilidad de seguir adelante, que no sientan que después de jubilarse ha llegado la finalización de la vida útil, sino que son capaces de continuar y dar un nuevo objetivo a la vida. El bienestar de las personas mayores no debe ser pensado solamente desde lo físico, sino también dentro de la conservación de la integración social para una mayor satisfacción con la vida y un menor deterioro cognitivo.

En este capítulo de la Misión Colombia Envejece – Una Investigación Viva, se continúa con el marco teórico (sección 2) el cual hace una revisión conceptual sobre la relación entre edad, cognición y educación, argumentando que el objetivo explícito de la nueva política debería ser la conservación de la inteligencia fluida y el aprovechamiento de la inteligencia cristalizada, y luego se listan las principales conclusiones de la revisión sobre las buenas prácticas pedagógicas y de gestión de programas.

La tercera sección revisa los principales resultados del análisis en tres subsecciones: 1) en cobertura, entendida como los niveles educativos máximos de la población, la tasa de asistencia a la educación formal, los niveles de analfabetismo y las brechas territoriales, urbano-rural, por gé-

nero y para la población con discapacidad; 2) las dimensiones de calidad que deben ser consideradas en el diseño de la política como la relación del aprendizaje con las dimensiones de desarrollo intelectual, salud (física y mental) y recreación, el acceso a internet y el desarrollo de habilidades digitales; y 3) en pertinencia, donde se considera dos mega-tendencias del mercado laboral, la automatización de ocupaciones y las necesidades de personal en cuidado y educación de la primera infancia y el cuidado a las personas mayores.

En la cuarta sección se analizan las implicaciones de los resultados en la formulación de la política pública. Finalmente, la quinta sección plantea una serie de recomendaciones para tomadores de decisiones del sector educación tanto desde el ámbito de lo público y lo privado, en donde la educación a lo largo de la vida con foco en el bienestar de las personas mayores sea una prioridad.

3.2. Marco teórico

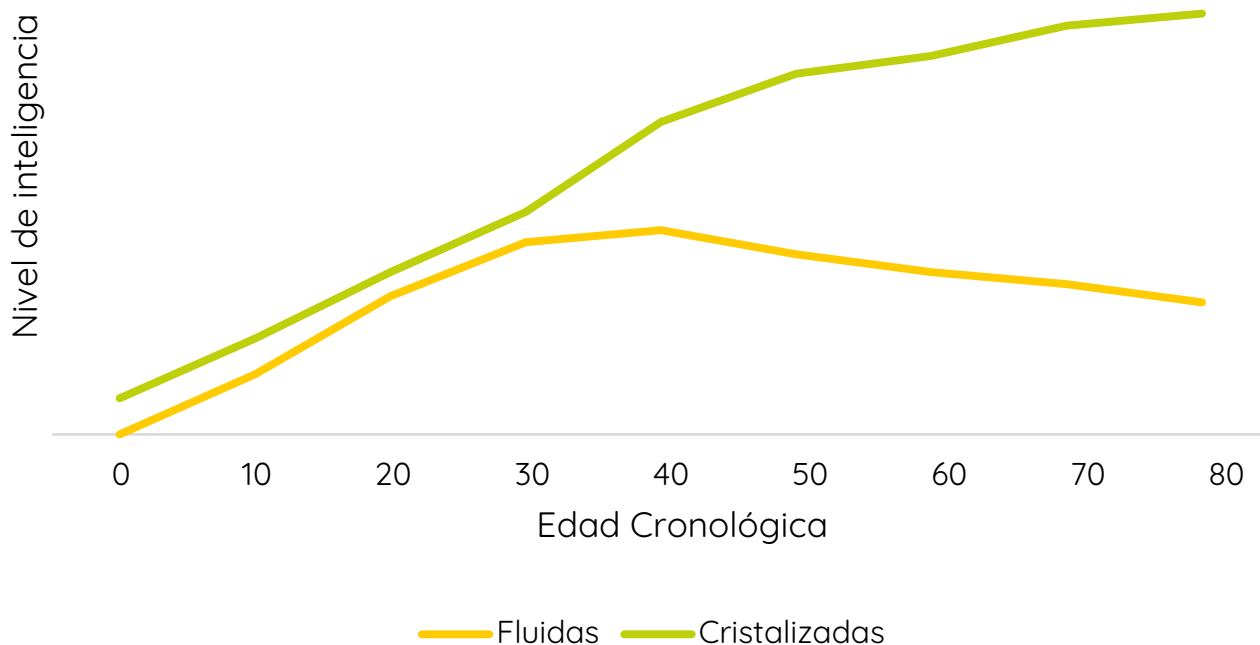


3.2.1. Cognición, educación y edad

La importancia que ha adquirido la educación en etapas avanzadas de la

vida es el resultado de un mejor entendimiento de la relación existente entre habilidades cognitivas y la edad, así como de la necesidad de una mayor inclusión social y participación de las personas mayores en diversos ámbitos para el desarrollo social, cultural y económico del país. Hace seis décadas, el psicólogo Raymond Cattell definió dos tipos de habilidades cognitivas ampliamente aceptadas en la actualidad: inteligencia cristalizada e inteligencia fluida (Perera, 2020). El primer tipo se refiere a la capacidad de utilizar destrezas y conocimientos previos para resolver problemas cotidianos. Por su parte, la inteligencia fluida alude a la capacidad de razonar de manera rápida, flexible e innovadora para resolver nuevos retos. Las habilidades cristalizadas se mantienen y no muestran deterioro a lo largo de la vida e incluso algunos autores argumentan que ésta aumenta con la edad (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2006), siendo éste un atributo especial de la población mayor. Por su parte, la inteligencia fluida toma una forma funcional de “U” invertida, alcanzando un pico aproximadamente entre los 30 y 40 años, momento en el cual comienza a decrecer a un ritmo constante, aunque algunos autores afirman una pérdida acelerada con la edad (Cacioppo, 2012).

Figura 1. Habilidades fluidas y cristalizadas a lo largo de la vida

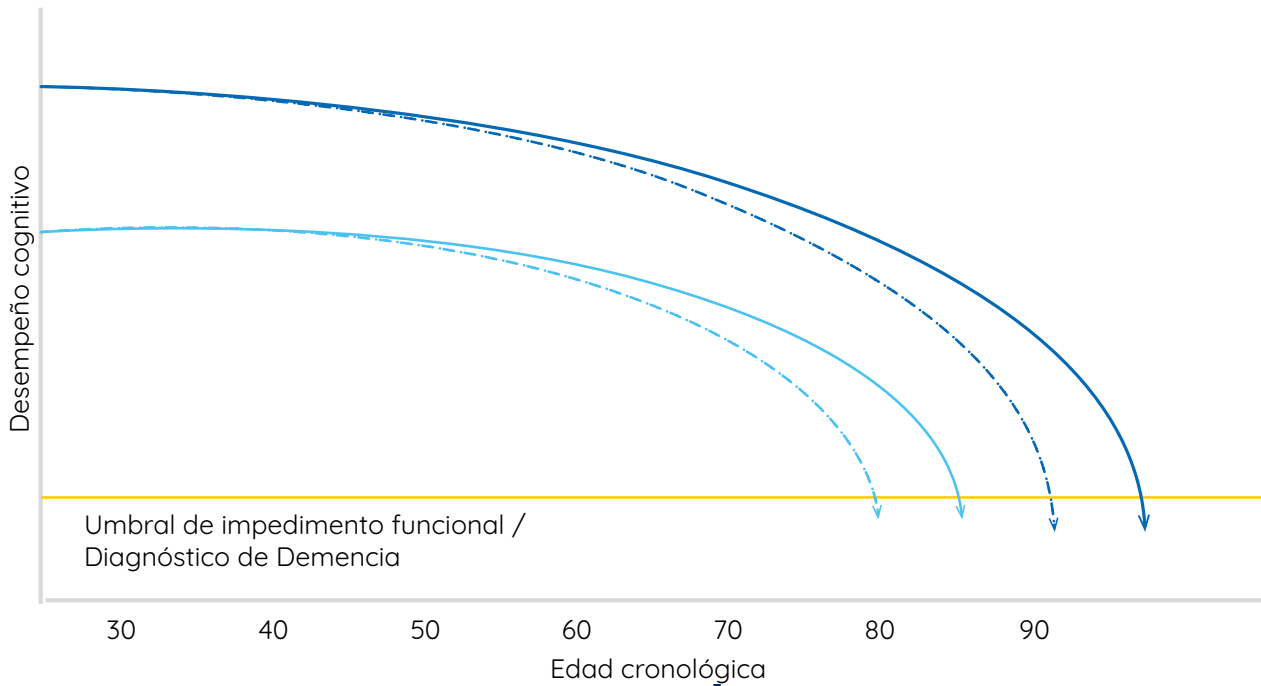


Fuente: Cacioppo, 2012.

A pesar de lo anterior, estudios recientes en el campo de la neurología y la gerontología educacional han demostrado que el aprendizaje en las personas mayores es posible y deseable, pues aumenta las habilidades cognitivas como la memoria de trabajo, la memoria episódica, el control cognitivo, así como la independencia funcional (Dunkin et al., 2020). A través de un meta-análisis realizado para 4.239 adultos en 10 estudios diferentes publicados entre 2015 y 2020, Noble et al. concluyen que la literatura sugiere una fuerte correlación entre educación

en edad avanzada y recuperación de habilidades cognitivas, devolviendo habilidades fluidas observadas en poblaciones hasta cinco años más jóvenes (para cualquier grupo etario de la tercera edad) (Noble et al., 2021). Algunos autores incluso afirman que las personas mayores que participan de programas de aprendizaje simultáneo de múltiples habilidades (en este caso español como segundo idioma, dibujo y composición musical) demuestran capacidades funcionales similares a la población de mediana edad, 30 años más joven (Kürüm, 2020).

Figura 2. Efecto de la educación en el desempeño cognitivo a través de la edad



Fuente: Lövdén, 2020.

La Figura 2 resume de manera gráfica los resultados que sugiere la literatura analizada. Tomando como referencia el umbral cognitivo en el cual se diagnostica demencia, se observa que los adultos que reciben educación a lo largo de la vida (líneas sólidas) presentan un deterioro menos acelerado de las habilidades cognitivas respecto a aquellos adultos que no continúan con los estudios en edad avanzada (líneas punteadas). Además de esto, es posible generar dos conclusiones

relevantes; 1. El aprendizaje a lo largo de la vida desacelera la pérdida de habilidades cognitivas, independiente de las habilidades iniciales que posee el adulto; y 2. Las habilidades cognitivas iniciales (desarrolladas en etapas tempranas de la vida) tienen un efecto diferencial sobre la edad en la que se llega al umbral de impedimento funcional. Un menor deterioro cognitivo resultaría en una mejora de bienestar para la población, tanto por una capacidad de generar recursos eco-

nómicos, como por mayores niveles de satisfacción con la vida.

3.2.2. Consideraciones pedagógicas y mejores prácticas en calidad educativa

Los programas enfocados en la población mayor deben considerar las mejores prácticas a nivel internacional tanto en la gestión de los programas y su diseño, como en consideraciones pedagógicas propias para esta población. Los estudios revelan que, en la experiencia de aprendizaje, se resalta la adquisición de nuevas perspectivas, el proceso reflexivo, el disfrute del aprendizaje, el apoyo en la formación de relaciones, el sentido de comunidad y la conciencia existencial (Schoultz et al., 2022). A continuación, se listan diez recomendaciones de la revisión de las mejores prácticas para los programas:

3.2.2.1. Satisfacción emocional para el proceso de aprendizaje

La satisfacción emocional es importante para el aprendizaje (Park et al., 2016). Áberg resalta los aspectos sociales del aprendizaje, como el trabajo en grupo, que permite mantener activa la interacción con otras personas (Áberg, 2016). Sentimientos como el interés y el disfrute también han sido subrayados como cruciales (McWilliams & Barrett, 2018). No

obstante, la mayoría de los estudios coinciden en que estos factores deben considerarse, no como el objetivo orientador de los cursos en forma jerárquica, sino como partes vitales de la experiencia de aprendizaje, que deben ocurrir de forma diferenciada según las actividades de los cursos.

3.2.2.2. Ofrecer variedad de cursos que prioricen temáticas de interés

Contar con una gran oferta educativa con temáticas variadas permite que la persona mayor decida de manera autónoma y a partir de sus preferencias individuales el curso que mejor se ajuste a sus expectativas. La gerontología educativa ofrece argumentos a favor de la variedad en los cursos ofrecidos ya que brinda las oportunidades para desarrollar habilidades y/o conocimientos en áreas de interés deseadas que no pudieron ser adquiridas en etapas más tempranas de la vida, ofreciendo una recompensa psicológica favorable, aumentando la autoestima. Además, la amplia variedad de cursos y temáticas aumentan la probabilidad de educarse en múltiples áreas de manera simultánea, fomentando un bienestar integral. En cuanto a las temáticas educativas que mejor acogida tienen en las personas mayores son la cultura general y los cursos relacionados con competencias básicas en lectura, escritura,

cálculo y uso de las TIC. Respecto a las competencias desarrolladas, los estudiantes destacan la aplicación del saber a la práctica, el uso de TIC y el autoaprendizaje (Prado et al., 2013). Una de las mejores prácticas que sugiere la Organización de las Naciones Unidas es la activa participación de las personas mayores en la formulación de los cursos a ofrecer a través de talleres orientados al cliente. Estos talleres deben estar compuestos por un grupo heterogéneo de personas mayores con diferentes niveles educativos.

3.2.2.3. Ampliar la oferta de formación para el trabajo

En Europa, Asia, Norteamérica y Latinoamérica se ha observado un incremento general en las tasas de participación en programas de formación para el trabajo de la población mayor de 50 años. El incremento generalizado es una señal del deseo y la necesidad que tienen las generaciones de trabajadores mayores de mantenerse activos. Como estipula el Global Report on Adult Learning and Education, los adultos necesitan apoyo en la adquisición de nuevas habilidades, pero especialmente en cómo manejar las demandas físicas, mentales y emocionales del mercado laboral actual (UNESCO, 2019). El principal reto que supone el entrenamiento para el trabajo de personas mayores es la incompatibilidad de los

sistemas tradicionales de educación con las habilidades cognitivas que tiene esta población.

En cuanto a la educación de formación para el trabajo ofrecida por el Estado se encuentra que los cursos ofrecidos no están alineados con la demanda efectiva laboral: no se ha generado un verdadero compromiso para ofrecer capacitaciones o entrenamiento en los empleos que la economía requiere. Si bien este es un problema que acompleja a la totalidad de la población económicamente activa, tiene un mayor efecto en la población mayor (ONU, 2018). Un paso importante que se ha dado en este sentido es la creación de los Marcos Nacionales de Cualificaciones, que buscan alinear la oferta educativa con el mercado laboral.

Por su parte, la formación para el trabajo brindada desde las industrias y organizaciones empresariales y productivas han excluido de manera sistemática, a la población mayor, reservando los programas formativos a la población más joven. Dado que la población de personas mayores representa una proporción minoritaria de la fuerza de trabajo para cualquier industria (aunque ya se ha dicho que esta tendencia está cambiando) y que requieren de metodologías de enseñanza diferenciadas, las industrias no consideran rentable implementar capacitaciones que cumplan con las míni-

mas características requeridas en los entrenamientos. Además de lo anterior, la ausencia de habilidades digitales básicas es una gran limitante en la participación de las personas mayores en las capacitaciones que, ya han adoptado en su mayoría herramientas tecnológicas para su desarrollo (Beier, 2022). No obstante, la participación de las personas mayores en cursos de formación para el trabajo ha aumentado en el tiempo y se han adoptado estrategias como la mayor duración de las capacitaciones, material impreso, entre otras con el fin de apoyar a esta población.

3.2.2.4. Considerar capacitación inicial, los conocimientos y experiencias previas, así como las diferencias en los ritmos de aprendizaje para el desarrollo de la oferta

Independientemente del ente o institución a la cual se le delega la responsabilidad de generar programas de formación para el trabajo para personas mayores, la educación de calidad debe tener en cuenta las condiciones iniciales de la población a la que se dirige para asegurar la mejor metodología de aprendizaje. Es importante considerar la accesibilidad y los ajustes metodológicos, didácticos e incluso curriculares, a partir de las características de cada persona y las posibles barreras que limitan la participación y

aprendizaje. El entrenamiento por computadora (CBT por sus siglas en inglés) provee control sobre el ritmo de aprendizaje del estudiante, además de brindar anonimidad eliminando así presiones psicológicas sobre los resultados obtenidos. Por su parte, los entrenamientos en formato de clase magistral brindan una sensación de familiaridad, así como la posibilidad de interactuar con los compañeros, reforzando el conocimiento aprendido, así como el fortalecimiento de las relaciones interpersonales. Cada modelo propuesto presenta ventajas para la población mayor, aunque están condicionadas a la educación previa recibida, la resiliencia y la capacidad cognitiva de tipo fluida presente al momento de capacitarse.

3.2.2.5. Anticiparse a las necesidades educativas futuras de la población mayor

La apuesta debe ser identificar brechas actuales de conocimientos que posee la población en proceso de jubilación a través de metodologías como entrevistas desde una mirada holística de la educación que integre los desarrollos sociales, culturales y contextuales de las personas mayores. La temprana identificación de estas necesidades permite el desarrollo de un programa integral y consciente de las necesidades reales de la población beneficiaria (Beier, 2022).

3.2.2.6. Generar métricas diferenciadas para la evaluación de personas mayores

Si bien se esperan las mismas capacidades laborales de las personas mayores y los adultos jóvenes en el contexto productivo, se debe anticipar que las personas mayores necesitarán, en promedio, un mayor tiempo de formación y puesta en práctica (Beier, 2022).

3.2.2.7. Fomentar el autoaprendizaje que permita conectar los conocimientos previamente adquiridos con los nuevos conocimientos

Dado que las personas mayores requieren de tiempos diferentes para adquirir conocimiento y existe un alto costo en su formación, la auto capacitación es una alternativa costo-eficiente cuando las condiciones de la población a formar lo permiten.

3.2.2.8. Fomentar el aprendizaje intergeneracional

En contextos de aprendizaje colaborativo, particularmente en aquellos donde la experiencia es un recurso valioso, se debe buscar una alta heterogeneidad en la composición etaria de los grupos de estudio. Además de compartir conocimientos, el aprendizaje intergeneracional ayuda a romper los paradigmas que tiene la población más joven respecto al

aprendizaje en edad avanzada, fomentando las prácticas de educación a lo largo de la vida.

A propósito de esta última recomendación, la ONU menciona que el aprendizaje intergeneracional debe ser aplicado en todos los contextos de educación para personas mayores, principalmente en la educación informal como el que se observa dentro de los hogares (ONU, 2018). Los grupos estudiantiles en las Instituciones Educativas Superiores (IES) son un claro ejemplo de cómo el aprendizaje intergeneracional tiene aplicaciones reales donde se busca generar un ambiente de aprendizaje colaborativo. Bajo este modelo las personas mayores sirven de apoyo a los estudiantes más jóvenes, impartiendo conocimiento adquirido gracias a las habilidades cristalizadas. En retorno, los jóvenes promueven el desarrollo de nuevas habilidades y competencias en las personas mayores, además de fortalecer las relaciones interpersonales que se traducen en bienestar mental. Esta aproximación metodológica ya se encuentra en práctica en el país. Por ejemplo, la universidad Escuela de Administración, Finanzas e Instituto Tecnológico (EAFIT) de Medellín ofrece cursos y clases donde las personas mayores apoyan a los nuevos estudiantes en su proceso formativo y los jóvenes los revitalizan en los espacios de socialización, participación y también

manejo de las herramientas TIC (discutido en detalle en la sección 3).

3.2.2.9. La importancia creciente del internet y otros servicios digitales en la educación de las personas mayores es un área que define retos específicos en la población mayor

En comparación con las generaciones más jóvenes, las personas de mayor edad han sido más lentas en la adopción y el uso de tecnologías de la información y la comunicación, lo que puede generar un rezago en asuntos importantes de la vida diaria como el contacto personal, los servicios y la información (Wessels, 2013). Es necesario contar con políticas de envejecimiento activo y aprendizaje a lo largo de la vida que aseguren la inclusión digital de las personas mayores. A pesar que las personas mayores experimentan un proceso de degeneración cognitiva con la edad, diversos autores argumentan que, siempre y cuando exista motivación para el aprendizaje de las habilidades digitales, es posible educar a las personas mayores en el manejo de las nuevas tecnologías con fines informativos, comunicativos e incluso productivos (Navarro et al., 2017). Al igual que otras habilidades intelectuales, las personas mayores pueden verse beneficiadas de modelos pedagógicos que integren metodologías tradicionales profesor-estudiante, revi-

sión de pares y aprendizaje autónomo. A propósito, investigadores de la Universidad de Hidalgo en México analizan diferentes metodologías de enseñanza de habilidades digitales y concluyen que los talleres de tipo mixto exhiben los mejores resultados en el corto y mediano plazo (Martínez-Alcalá et al., 2018). Finalmente, el aprendizaje autónomo se encuentra motivado por el “gusto de aprender”, por lo cual es necesario que las herramientas enseñadas tengan una aplicación real en su vida cotidiana y se aborden temáticas que resulten de interés para esta población.

3.2.2.10. Implementación de “cursos cero” para personas mayores

Una de las adaptaciones curriculares importantes para mejorar los cursos para mayores es la implementación de “cursos cero”. Estos son talleres voluntarios que se ofrecen de forma previa al comienzo de las clases para reforzar y afianzar conocimientos que son necesarios en el transcurso de la titulación. En este contexto, se hacen más necesarios, pues además permitirían proveer al alumno de herramientas informáticas y metodológicas que le permitan afrontar con éxito una titulación. La diversidad de los alumnos en términos de la edad, las expectativas y la heterogeneidad de la formación previa, junto con la intensificación del tra-

bajo autónomo y los distintos niveles de exigencia implican una mayor carga para el profesorado en la preparación de las guías docentes para el enriquecimiento de todos los participantes. Por último, la evaluación continua de los alumnos debe tener un carácter obligatorio, aunque se ofrezcan distintos modelos.

Los programas educativos que se identifican en Colombia, coinciden en su mayoría con las características que definen las buenas prácticas en otros cursos para mayores estudiados en otros de países referencia. Entre ellos se encuentran los principios de flexibilidad, participación social, enriquecimiento personal, evaluación constante, pero sin procesos cuantitativos, y la inclusión del grupo poblacional de mayor edad en un entorno universitario (Hincapié, 2016). Se espera que se implemente cada vez más este tipo de programas por extensión académica para dar mayor cobertura a los requerimientos educativos de las personas mayores.

3.3. Hallazgos



En las siguientes secciones se estudia: ¿cuál es el estado del nivel educativo alcanzado por las personas mayores en Colombia?, luego se describen los

elementos centrales de calidad en una política de educación para las personas mayores, y finalmente se analiza la pertinencia de la educación en relación con la automatización del mercado laboral y oportunidades de aumentar los adultos ocupados en áreas del cuidado y educación.

3.3.1. Cobertura

Los aumentos de cobertura (en las tasas brutas y netas en la educación básica y en la tasa de cobertura de educación superior) en los países son progresivos en el tiempo, se encuentran asociados al nivel de desarrollo del sistema, e incrementan los años de escolaridad promedio por cohorte a medida que aumenta la cobertura. Esto resulta en una brecha en los años promedio de escolaridad y los máximos niveles educativos de la población. Los aumentos en las coberturas desplazarán las habilidades cognitivas futuras de las personas mayores en las próximas décadas, lo que implica unas políticas de educación para personas mayores flexibles a las condiciones iniciales de la población. Estas mejoras en cobertura educativa han resultado en brechas entre la población de personas mayores y el resto de los adultos en Colombia.

En la presente sección se busca caracterizar a la población adulta mayor a través de variables educativas enfocadas

principalmente en la cobertura y el nivel de educación alcanzado para dicha población. A pesar de los bajos niveles de escolaridad de las personas mayores se observa una baja participación de esta población en los sistemas de educación formal y formación para el trabajo. Las brechas en educación y escolaridad no se evidencian simplemente al comparar las personas mayores y los demás grupos etarios, también se observan brechas significativas entre personas mayores por las características territoriales, etarias, culturales y discapacidad. De manera complementaria, esta sección analiza las condiciones y determinantes del analfabetismo en las personas mayores encontrando que las mismas dinámicas que explican las brechas en nivel de escolaridad se encuentran presentes en las tasas de analfabetismo de las personas mayores.

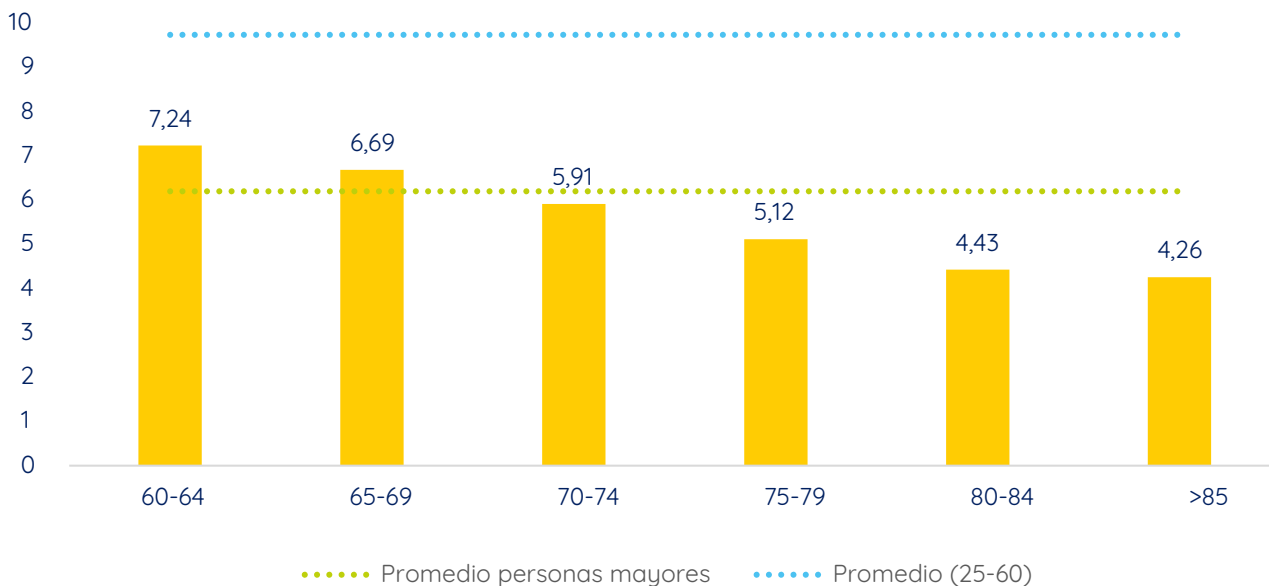
3.3.1.1. Nivel de escolaridad por grupos etarios

Colombia ha hecho importantes esfuerzos en materia de cobertura educativa, pasando de tasas brutas de participación en educación terciaria ⁷ de 4,24% en 1970 a cerca del 55% para 2019 (Banco Mundial, 2022). Gracias a esto, las poblaciones más jóvenes disfrutaron de un ma-

yor desarrollo de sus habilidades asociadas a la educación formal, y se presenta al mismo tiempo una brecha en los años promedio de escolaridad y los máximos niveles educativos entre las cohortes más jóvenes y las personas mayores del país. De hecho, según la Encuesta de Calidad de Vida, mientras que el promedio de años de educación en Colombia para la población mayor de 25 años y menor de 60 es de 9,74 años, la población adulta mayor alcanza en promedio tan sólo 6,2 años de educación (cifra ligeramente mayor a la duración de la educación primaria). También se encuentra una tendencia decreciente en el número de años de educación al interior de la población mayor, en donde el grupo de 60 a 64 años tiene una educación promedio de 7,23 años, reduciéndose hasta los 4,26 años de educación promedio para el grupo de 85 y más (DANE, 2020).

7. Tomado textualmente del Banco Mundial (2022): Corresponde al número total de estudiantes matriculados en educación superior, independientemente de su edad, expresado como porcentaje de la población total del grupo etario cinco años después de finalizar la enseñanza secundaria.

Figura 3. Años de escolaridad promedio por grupo etario

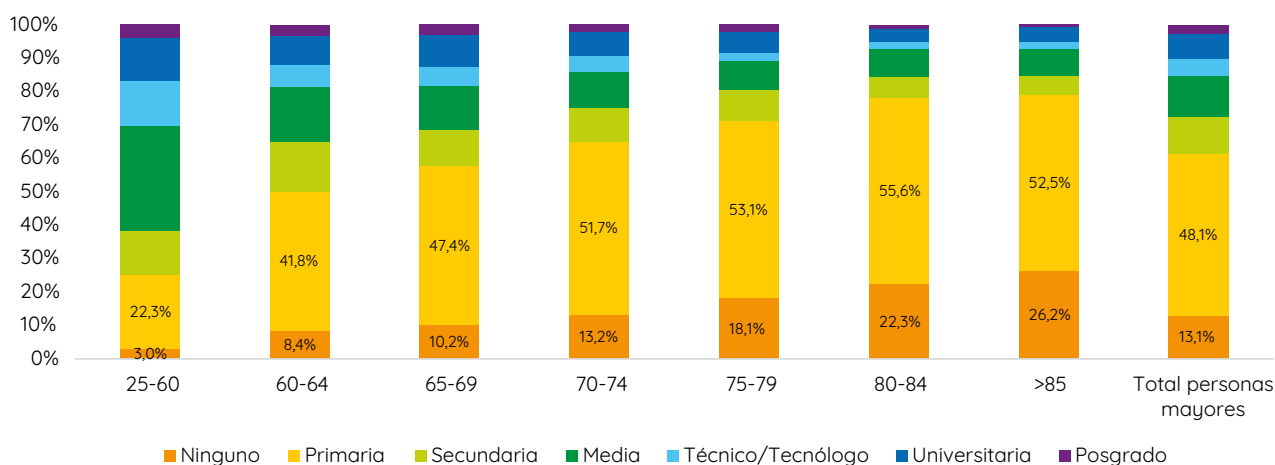


Fuente: Elaboración propia con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (DANE, 2020).

Asimismo, se observan tendencias similares en los niveles máximos de escolaridad alcanzados y las diferencias en las cohortes al interior de la población mayor. Por ejemplo, mientras el 8,4% de las personas entre los 60 y 64 años reportan no haber alcanzado ningún nivel de escolaridad, esta cifra llega al 26,2% para la población de más de 85 años. Asimismo, la proporción de personas

mayores que afirman haber completado el nivel de primaria para la población de 60 a 64 años es de 41,8%, cifra creciente en función de la edad que llega a 52,5% para la población de 85 años o más. Finalmente, mientras el 18,5% de personas mayores entre 60 y 64 años afirma tener estudios de educación superior sólo el 7,1% de las personas mayores a 85 años lo hacen (Figura 4).

Figura 4. Máximo nivel de escolaridad por grupo etario



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2020).

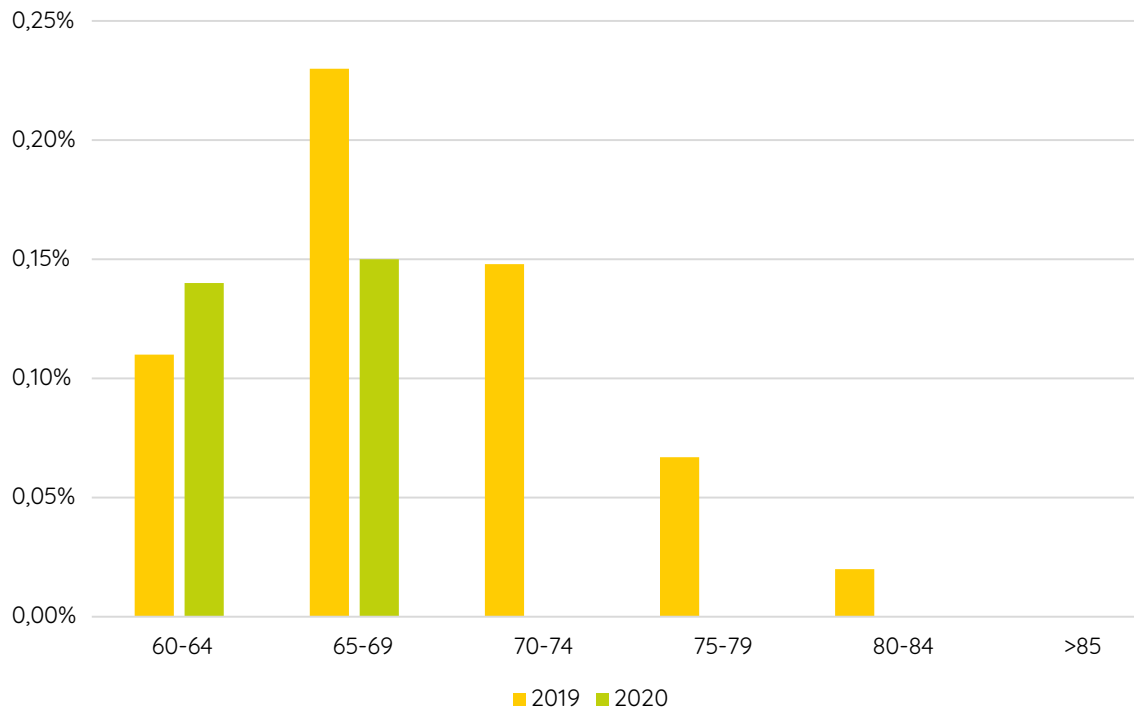
3.3.1.2. Tasas de asistencia a educación formal por grupos etarios

A la situación anterior, de brechas en los años de escolaridad promedio y los máximos niveles educativos alcanzados, es necesario anotar que el porcentaje de personas mayores que asiste a un programa de educación formal es mínimo, lo que indica que las brechas entre los grupos poblacionales, no se cerrarán. De hecho, según la Encuesta de Calidad de Vida 2020, se contaba con un total de sólo 8.687 estudiantes mayores de 60 años matriculados en cualquier nivel educativo (entre primaria y posgrado).

Adicionalmente, hubo una reducción importante durante el primer año de la pandemia, común a todos los matriculados en

educación superior. Durante el año previo al inicio de la pandemia por COVID-19, un total de 11.887 mil personas mayores de 60 años reportó cursar algún nivel de estudios formales, 36% más que lo observado en 2020. Aún más, al analizar el cambio en la composición estudiantil de las personas mayores se observa que, mientras las personas entre 70 y 74 años mostraban una mayor participación que el grupo etario de 60 a 64 años (aunque menor que el grupo de 65 a 69 años), durante el año 2020 ninguna persona mayor de 70 años reporta estar inscrita en cursos de educación formal. A pesar de lo anterior, resulta interesante que la tasa de participación del grupo etario más joven de las personas mayores (60 a 64 años) aumentó en un 23% durante el primer año de la pandemia por COVID-19.

Figura 5. Tasa de asistencia a educación formal



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2019), (DANE, 2020).

La **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva**, realizó una serie de grupos focales con personas mayores y población intergeneracional, en estos espacios de diálogo los participantes reconocieron algunas barreras que impiden a las personas mayores acceder a procesos de aprendizaje a lo largo de la vida tales como el desconocimiento de la oferta, la falta de recursos económicos y de tiempo, problemas de salud, carencias en habilidades digitales y estereotipos frente a la persona mayor.

La mayoría de los entrevistados desconocen qué tipo de espacios educativos existen para personas mayores, esto lo asocian a la falta de programas educativos en el territorio y/o al mal manejo de los canales de comunicación por parte de las entidades que los ofertan. Por otra parte, identifican como posibles instituciones que brindan educación para personas mayores al SENA, las Cajas de Compensación, centros comunales y las iglesias, aunque desconocen el tipo de oferta.

“Hay menos oferta educativa para las personas adultas mayores, porque asociamos la educación con ciertos momentos del ciclo vital, básicamente con la infancia y con la juventud (...) esa puede ser una de las razones. En casos cercanos veo que los y las adultas mayores sí se vinculan a procesos de formación, pero son procesos de formación no tan formales, por ejemplo, mi mamá asiste a unos talleres de costura semanalmente y no es que sean específicamente orientados a mujeres adultas mayores, pero por los horarios finalmente terminan yendo sólo mujeres mayores”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional, estrato 5 y 6, Bogotá).

Otra barrera identificada en los grupos focales es el bajo poder adquisitivo de una persona mayor dado que algunos espacios educativos son muy costosos para acceder, especialmente para las personas de bajos recursos y en el caso de la oferta educativa gratuita, las personas mayores en ocasiones no tienen los

ingresos suficientes para cubrir los gastos de transporte. Además, en los hallazgos cualitativos se encontró que las personas mayores no tienen el tiempo para asistir a las actividades educativas, ya sea porque cuidan a un menor o a una persona mayor o porque su cuidador no tiene el tiempo y/o los recursos económicos disponibles para llevarlos a los espacios educativos.

3.3.1.3. Nivel de escolaridad por territorio

La cobertura educativa de la población adulta mayor en Colombia se caracteriza por su elevado nivel de heterogeneidad territorial, en donde se evidencian brechas territoriales. Estas desigualdades guardan una estrecha relación con el desarrollo económico del territorio (Universidad del Rosario, 2022). En cuanto a los años promedio de educación formal de la población adulta mayor a nivel departamental, se encuentra que la ciudad de Bogotá presenta los mejores índices, con un promedio de 8,6 años de educación (Universidad del Rosario, 2022). San Andrés (7,8), Atlántico (7,5) y Valle del Cauca (6,8) son después de la capital las regiones con mayores años de educación promedio en personas mayores. Por su parte, Vichada es el departamento donde se observa el menor nivel de escolaridad promedio en personas mayores, con 2,9 años de educación seguido de la Guajira

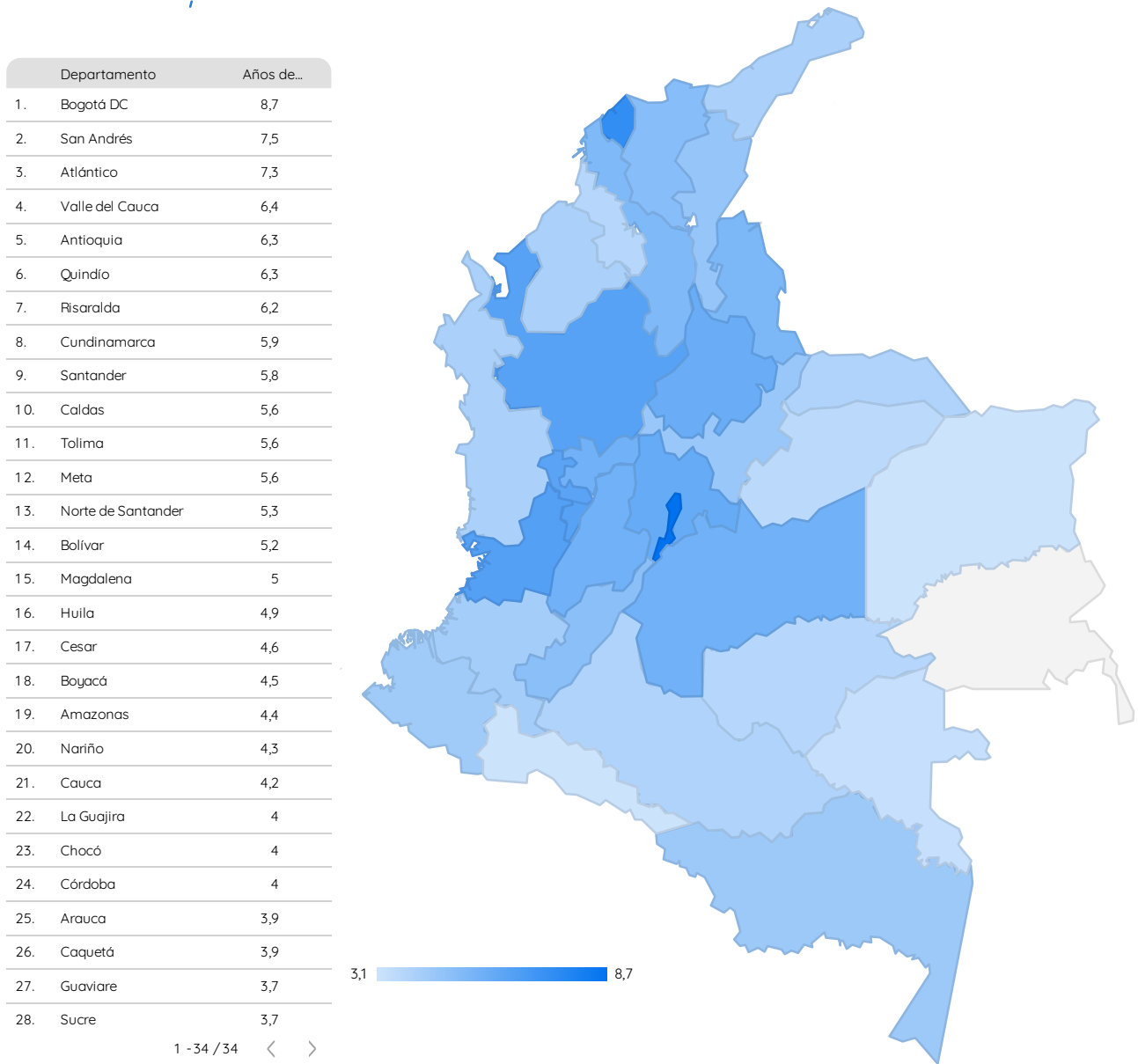
y Putumayo. En el bajo nivel educativo, en línea con el bajo nivel productivo de estas regiones según el CPC, Vichada ocupa el último lugar mientras que la Guajira y Putumayo los puestos veintiséis y veintisiete respecto a los treinta y dos departamentos del país.

En línea con los resultados observados a nivel de años de escolaridad promedio, se evidencia que el mayor nivel educativo de la población adulta mayor se ubica en los niveles de básica primaria. Específicamente, la Encuesta de Calidad de Vida (2020) muestra que el 48,1% de la población adulta mayor sólo alcanzó la primaria como máximo nivel educativo, lo que contrasta con el 22,2% en el grupo de 25 a 60 años, lo que representa una brecha de 25,9 punto porcentual (p.p). Asimismo, tan solo el 15,2% de la población de personas mayores alcanzó un nivel de educación superior, mientras que el 30,36% del gru-

po etario entre 25 y 60 años está en este nivel de estudios (Figura 7).

También se observa un elevado nivel de heterogeneidad en el máximo nivel educativo entre los diferentes entes territoriales (Figura 6). En todos los departamentos, primaria es el mayor nivel educativo que reportan tener las personas mayores, salvo en Vichada y La Guajira donde es más frecuente no tener ningún nivel educativo (el 44% y el 41,9% respectivamente reporta no haber asistido al colegio). Lo anterior contrasta con los valores en Bogotá D.C., y los departamentos de Valle del Cauca y Cundinamarca, que muestran mayor escolaridad. De hecho, en Bogotá D.C., solamente el 4,3% de las personas mayores reportan no haber accedido a educación, mientras el 36,6% alcanzó el nivel de primaria, el 29,8% estudios bachilleres y el 29,5% educación superior (Figura 7).

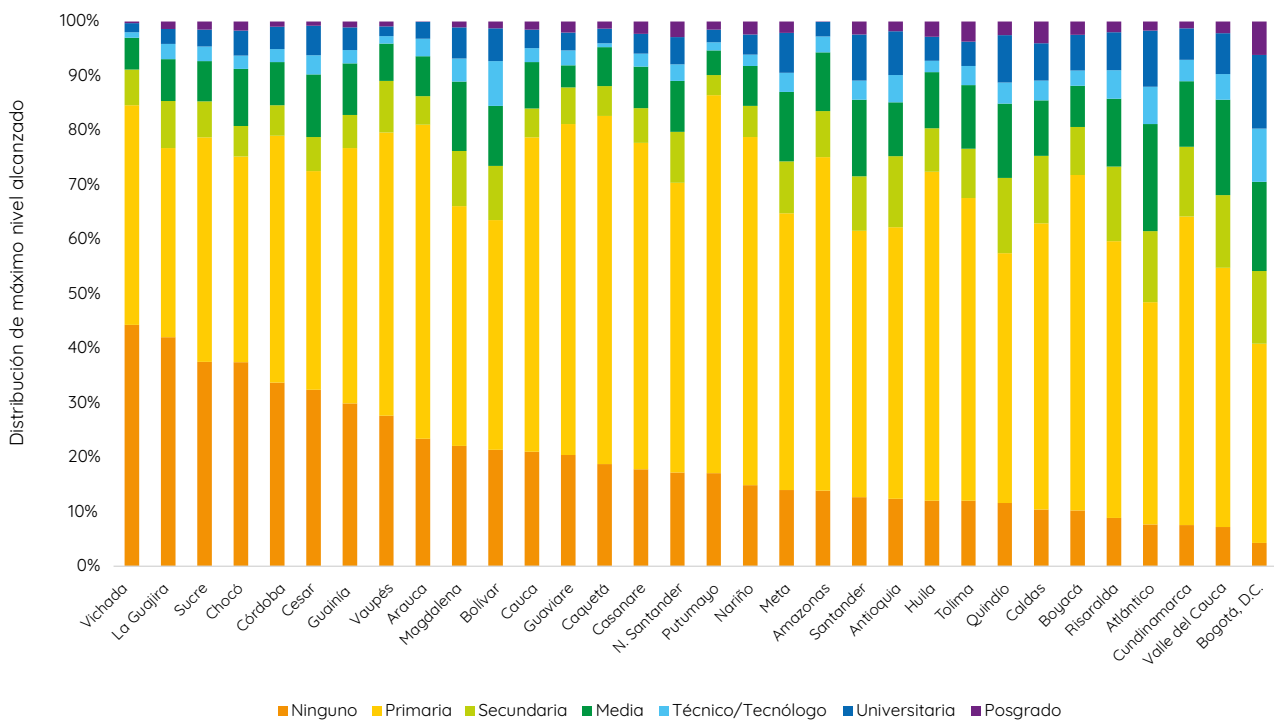
Figura 6. Años de escolaridad promedio por departamento, personas mayores



3

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2020).

Figura 7. Máximo nivel de escolaridad obtenido por departamento, personas mayores



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2020).

3.3.14. Nivel de escolaridad urbano-rural

Además de presentarse una alta heterogeneidad en el máximo nivel educativo a nivel territorial se observa una marcada diferencia entre la zona urbana y la zona rural. La Gran Encuesta Integrada de Hogares del DANE (2021) muestra que, mientras en las zonas urbanas las personas mayores tienen en promedio 6,2 años de educación, este grupo poblacional se ha educado poco menos de la mitad de años en áreas rurales (3,34 años). Lo anterior cobra particular relevancia por el envejecimiento más acelerado de la po-

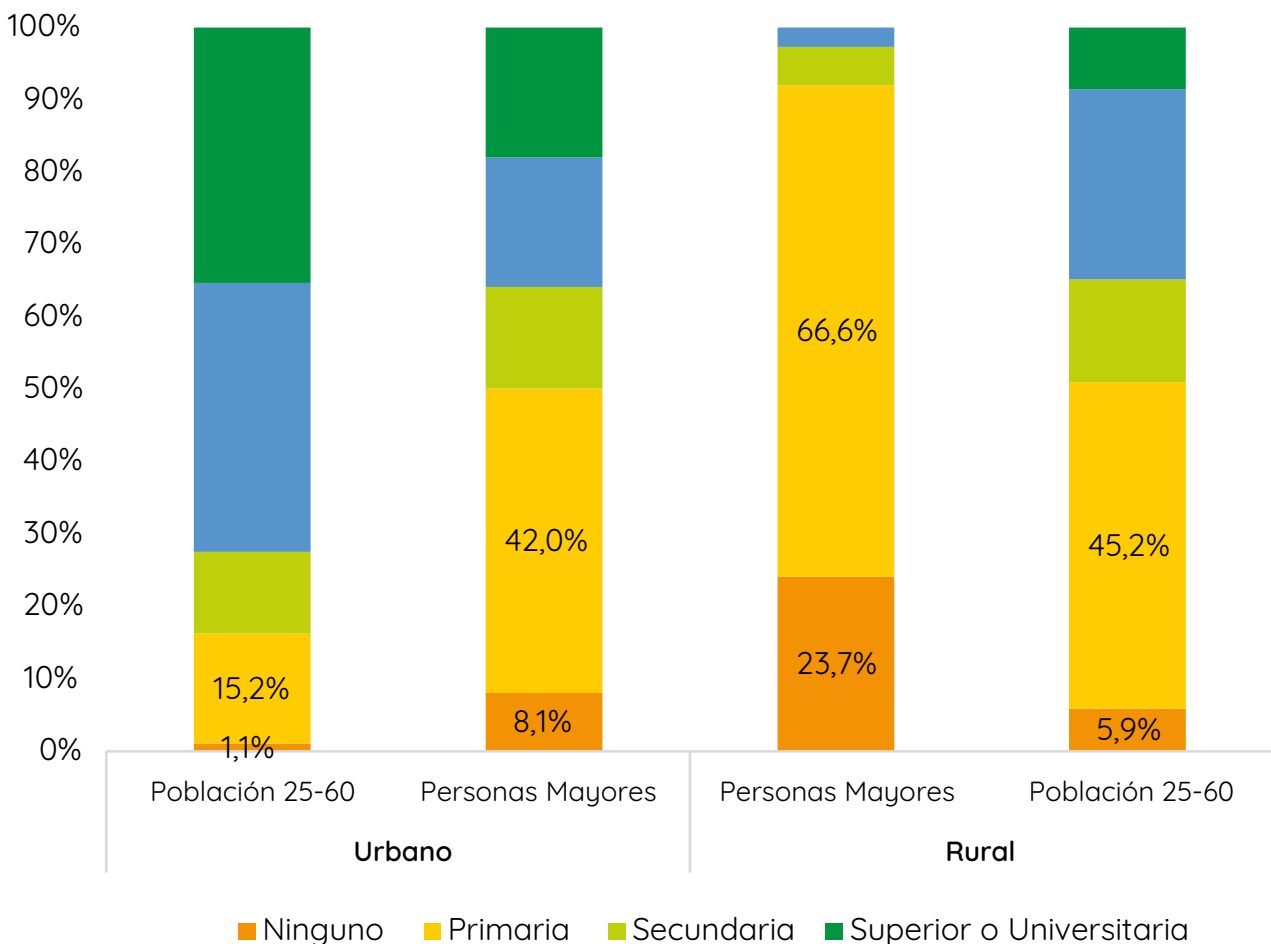
blación rural frente a la población urbana.

Las diferencias urbano-rurales se observan en todos los departamentos, aunque con una alta dispersión en su proporción. Por ejemplo, mientras en el departamento del Quindío existe una diferencia de tan solo 0,6 años entre la población de personas mayores urbanas y rurales, esta cifra asciende a 4,28 años para el caso de Guainía pues, mientras la población de personas mayores en zonas urbanas tiene una educación similar al promedio nacional (6,1 años de educación) en zonas rurales las personas mayores tan solo cuentan con 1,8 años

de educación en promedio. En Santander, Bolívar y Magdalena se presenta una diferencia de 4 años en promedio. Finalmente, mientras que el 8,1% de la población mayor en áreas urbanas afirma no

tener ningún nivel de estudios esta cifra asciende a 23,7% en el caso de las zonas rurales, lo que se correlaciona con las elevadas tasas de analfabetismo descritas posteriormente.

Figura 8. Máximo nivel educativo por condición de ruralidad



Fuente: Elaboración propia con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (DANE, 2021).

3.3.1.5. Nivel de escolaridad por género

Al realizar un análisis específico de la educación en personas mayores por género se puede concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de escolarización de hombres y mujeres de edad avanzada. Mientras los hombres mayores de 60 años tienen en promedio 6,28 años de educación, las mujeres alcanzan 6,13 años, una diferencia de sólo 0,15 años. Estas cifras contrastan con lo observado en la población de personas menores de 60 años, donde se concluye que las mujeres tienen más educación que los hombres (medio año

de educación adicional con significancia estadística al 99%). En cuanto al máximo nivel educativo se concluye que tanto hombres como mujeres mayores de 60 años lograron en su mayoría el nivel de básica primaria sin diferencias significativas entre los dos géneros (47,6% y 48,5% respectivamente). En cuanto a educación superior sí existen unas diferencias, que, aunque son pequeñas en magnitud, resultan significativas pues, mientras el 16% de los hombres mayores de 60 años afirman que tienen estudios superiores, el 14,5% de las mujeres mayores afirma lo mismo, es decir 1,5 Punto Porcentual (p.p.) menos que lo observado en los hombres.

Figura 9. Máximo nivel de escolaridad alcanzado por género, personas mayores



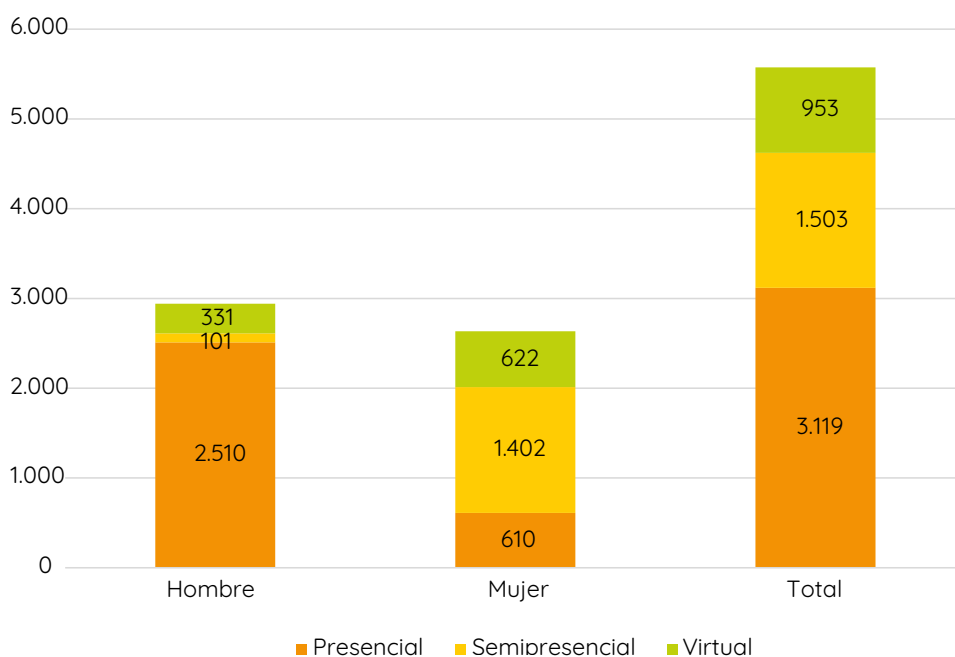
Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2020).

En cuanto a la asistencia a educación formal se encuentra que, poco menos del 0,1% de la población de personas mayores ha cursado algún nivel en centros formativos de educación formal a cualquier nivel. Al realizar el análisis diferenciado entre hombres y mujeres, no muestra diferencias estadísticamente significativas pues, mientras el 0,09% de los hombres mayores de 60 años afirman que se encuentran cursando estudios formales, el 0,07% de las mujeres hacen esta afirmación.

A pesar de lo anterior, existen diferen-

cias que deben ser consideradas como el porcentaje de matriculados en programas presenciales o virtuales. Mientras el 85,3% de los hombres asisten a educación formal de manera presencial sólo el 23,1% de las mujeres asisten bajo este tipo de modalidad. La información de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020 muestra que las mujeres participan en mayor proporción a sus clases de educación formal de manera semipresencial, con un 52,3% del total de asistencia y un 23,6% de manera virtual, 12,3 p.p. menos que lo reportado por los hombres.

Figura 10. Número de estudiantes que asisten a educación formal por género y modalidad de asistencia, personas mayores



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2020).

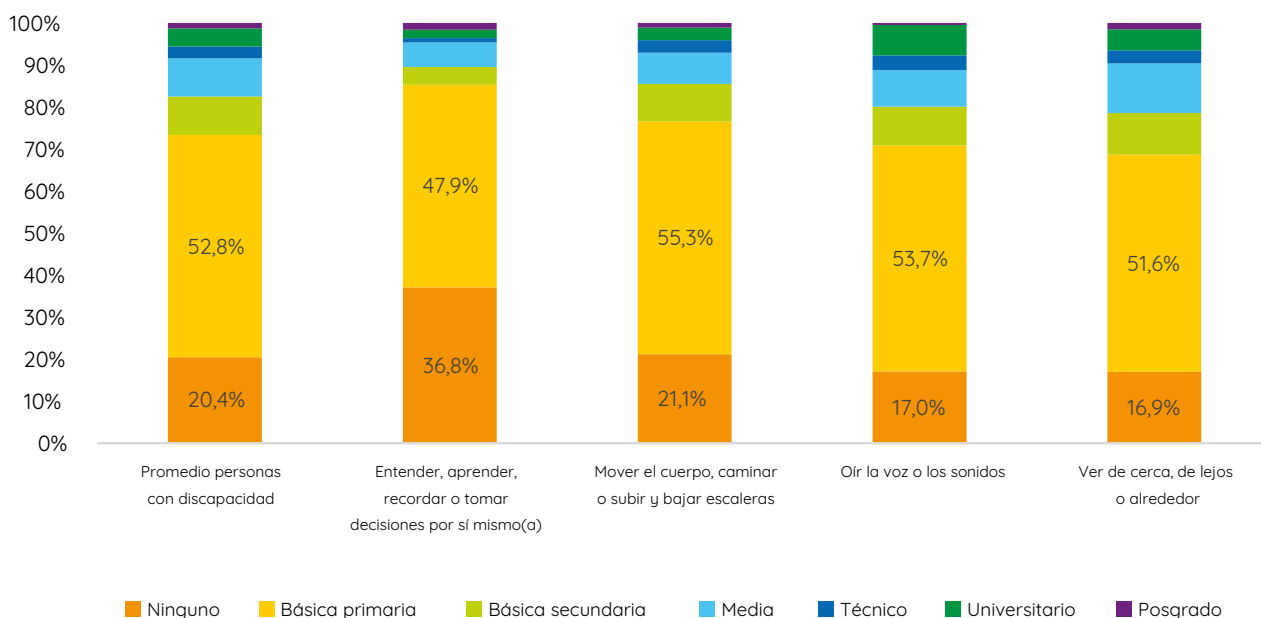
3.3.1.6. Brechas de persona mayor con discapacidad y sin discapacidad en educación

La Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020 permite concluir que el 50,43% de la población con discapacidad mayor de 25 años es adulto mayor. La discapacidad de mayor prevalencia en la población mayor es la dificultad para ver de cerca siendo el 40,4% del total de la población mayor con discapacidad, seguido por las limitaciones en movilidad (37,01%), discapacidad cognitiva (12,8%) y en menor proporción las limitaciones auditivas (9,66%). En cuanto al nivel de escolarización de las personas mayores con discapacidad, se puede argumentar que esta población se encuentra en mayor desventaja pues, mientras el 13,1% de la población de personas mayores afirma no tener ningún nivel de estudios, la cifra asciende a 20,4% para la población con discapacidad de este grupo etario.

Al analizar el nivel de escolaridad por el tipo de discapacidad presente se encuentra que la discapacidad intelectual (dificultad para entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo/a) presenta el menor nivel de escolaridad, pues una de cada tres personas mayores con dificultades cognitivas no tiene ningún nivel de escolaridad (36,8%). De igual forma, resulta interesante que la discapacidad

visual (ver de cerca, de lejos o alrededor) es la discapacidad con menor incidencia en el desempeño educativo, donde el 16,9% de este grupo poblacional no tiene ningún nivel de estudios, muy similar a lo observado en la población con discapacidad auditiva. En general, se evidencia que las personas mayores con algún tipo de discapacidad cuentan con estudios a nivel de básica primaria con un 52,8% de esta población.

Figura 11. Mayor nivel educativo por tipo de discapacidad en personas mayores

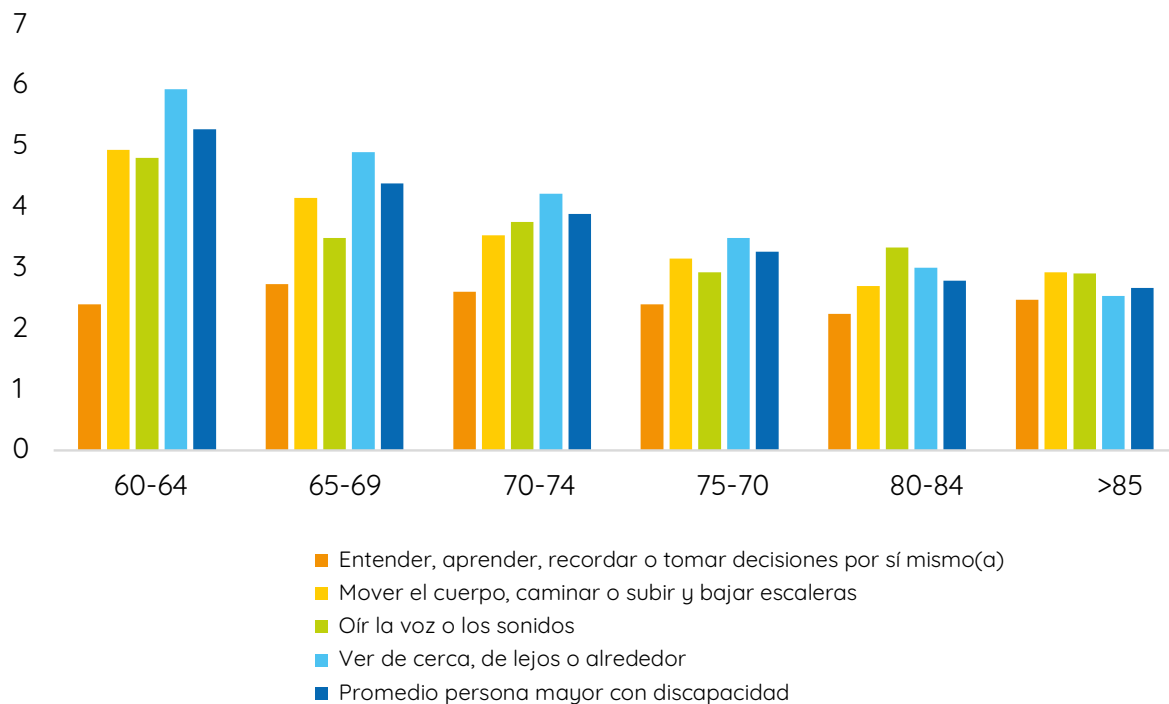


Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2020).

En cuanto a los años de escolaridad promedio de la población de personas mayores con discapacidad se encuentra que el total de este grupo poblacional es de 4,52 años, 1,7 años menos que el promedio general del grupo etario de personas mayores. En este punto vale la pena destacar que, aunque los años promedio

de educación son decrecientes en función de la edad tal como se mencionó anteriormente, las personas con dificultades para entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a) tienen una educación sistemáticamente menor y cercana a los 2,5 años de educación para cualquier grupo etario de la población adulta mayor.

Figura 12. Años promedio de educación por grupo etario y tipo de discapacidad, personas mayores



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2020).

Las anteriores cifras muestran la necesidad de hacer ajustes y adaptaciones en las propuestas educativas ofertadas para la población mayor con discapacidad. Principalmente se recomienda hacer dos tipos de revisiones. Por un lado, el primer grupo con relación a la generación de ajustes metodológicos, didácticos y curriculares, que favorezcan la inclusión de la población con alteraciones en los dispositivos básicos de aprendizaje como atención, memoria, concentración. Esto es muy importante porque de no haber flexi-

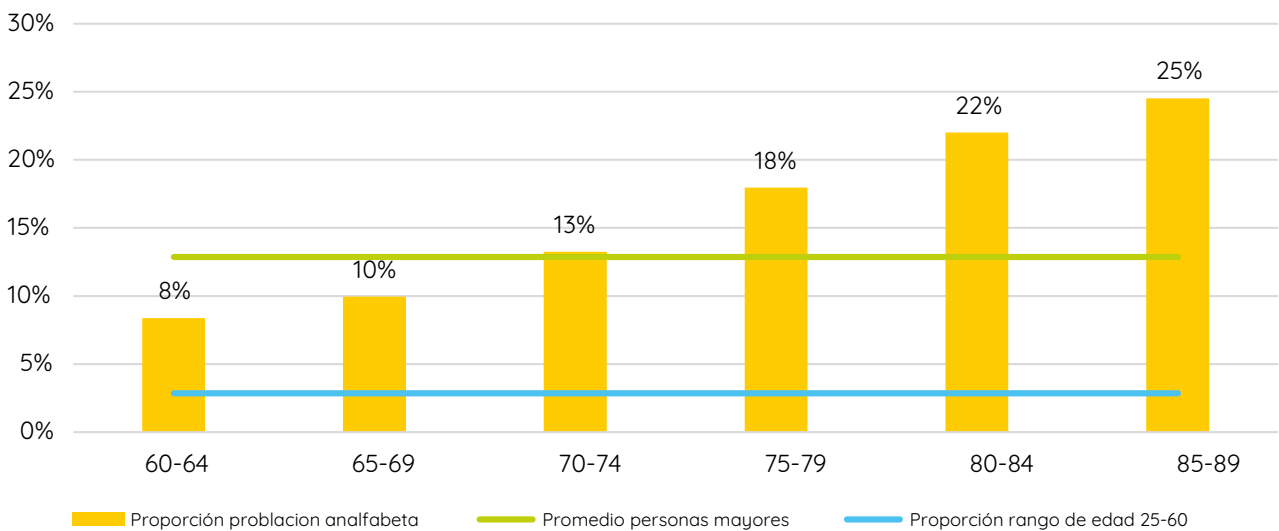
bilidad, la brecha educativa para las personas con discapacidad intelectual será cada vez mayor y tendrán más dificultades para una verdadera inclusión social y productiva. Por otro lado, se necesita contar con más opciones de apoyos para favorecer la accesibilidad, no sólo a nivel físico sino en el uso de la información. El país debe adaptar progresivamente a normas como la 5854 que establece los requisitos de accesibilidad que son aplicables a las páginas web y la creación de documentos en línea.

3.3.1.7. Tasas de analfabetismo

A partir de la ECV (2020) se encontró que un total de 1.559.839 colombianos (mayores de 25 años) carecen de habilidades de lectura y/o escritura en el nivel más básico, es decir, el 5,15% de la población total. Al realizar una desagregación por grupos etarios se evidencia que dos de cada tres analfabetas del país pertenecen a la población de personas mayores (57,09%) cuando este grupo poblacional constituye tan solo el 22,8% de la población nacional mayor de 25 años. En este sentido se muestra una alta preva-

lencia de analfabetismo en las personas mayores, con una clara sobrerrepresentación de dicha población, donde el 12,87% del total de este grupo etario presenta analfabetismo, 7,72 p.p. por encima de la tasa global. Al analizar la descomposición en grupos quinquenales de la población adulta mayor hay una tendencia creciente en la tasa de analfabetismo en función de la edad; mientras que la población entre 60 y 64 años presenta una tasa de analfabetismo de 8,3%, dicha tasa se duplica para la población entre 75 y 79 años (17,96%) y se triplica para la población de más de 85 años (24,5%).

Figura 13. Tasa de analfabetismo por grupo de edad, población persona mayor

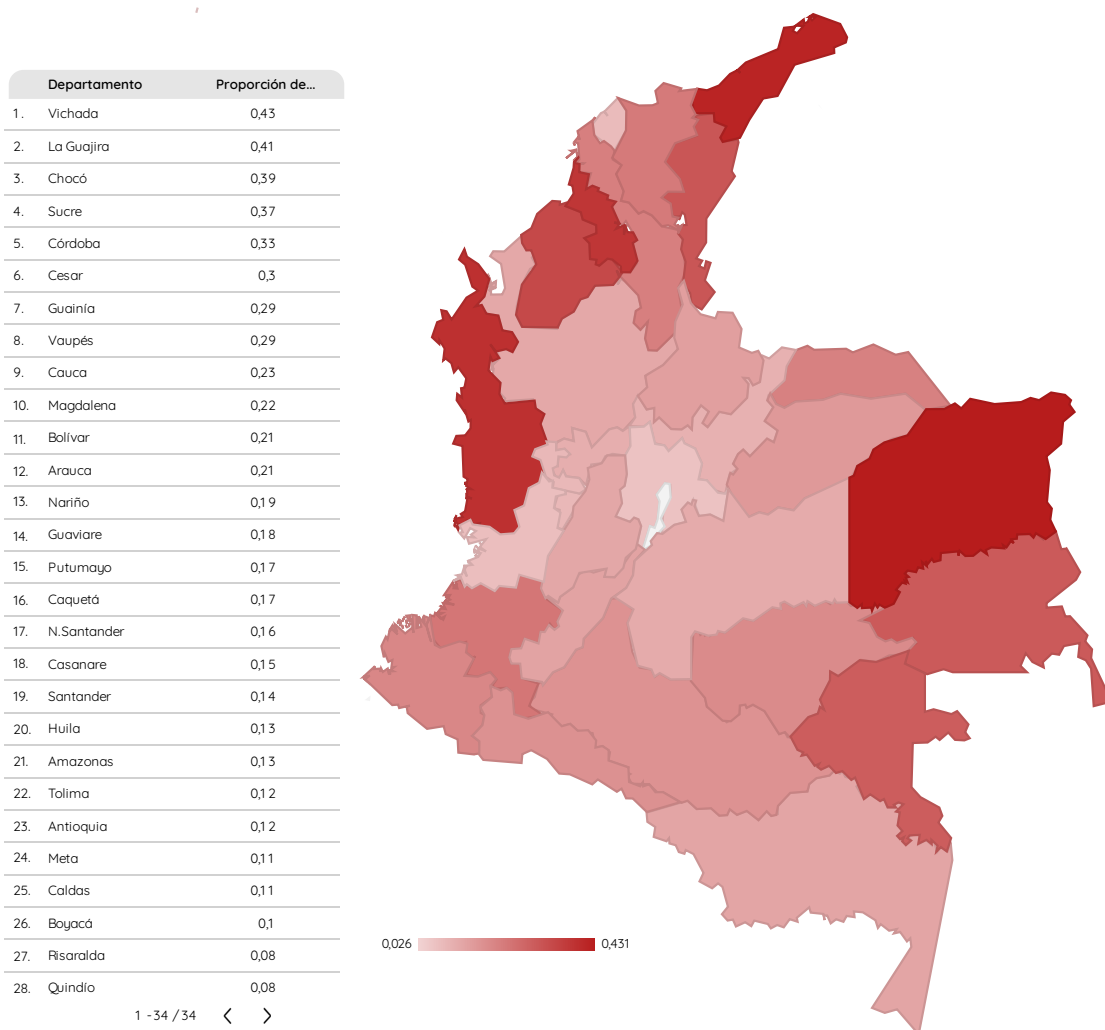


Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2020).

Las brechas de analfabetismo no sólo son evidentes entre grupos etarios, la población adulta mayor presenta tasas diferenciadas por su condición de ruralidad y su lugar de residencia a nivel departamental. Para el primer caso se encuentra que una de cada cuatro personas mayores en zonas rurales no sabe leer y/o escribir (25,85%), superando la tasa observada

en zonas urbanas por 16,8 p.p. Por lo tanto, aunque esta característica no es única del grupo etario de personas mayores localizada en zonas rurales, las brechas de analfabetismo urbano-rurales también se observan en los grupos etarios, para el promedio nacional las zonas rurales presentan 8,59 p.p. más prevalencia de analfabetismo en comparación con las zonas rurales.

Figura 14. Tasa de analfabetismo a nivel departamental en personas mayores



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2020).

Por su parte, al realizar un análisis geográfico se observa que los departamentos que presentan las mayores tasas de analfabetismo en la población mayor (superiores al 30%) tienen a su vez alta incidencia de pobreza (Figura 14). Vichada es el departamento con mayor analfabetismo en la población adulta mayor (43,1%), siendo este a su vez el departamento con mayor pobreza monetaria del país (DANE, 2020). Le siguen los departamentos de La Guajira (41,3%), Chocó (38,6%), Sucre (37,4%) y Córdoba (33,0%). Por su parte, Bogotá D.C presenta la menor tasa de analfabetismo para personas mayores (3,8%), seguido por Cundinamarca (6,2%), Valle del Cauca (7,1%) y Atlántico (7,8%).

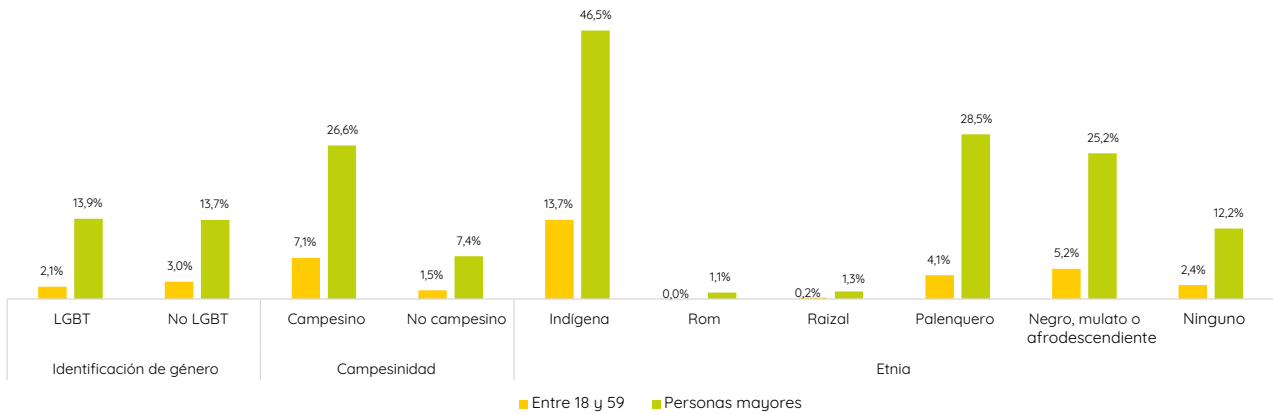
En la caracterización de analfabetismo en la población mayor en función del género, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Mientras la tasa de analfabetismo para hombres es de 12,6%, para el caso de las mujeres es de 13,1%, sólo 0,8 p.p. superior. Este hallazgo es consistente con lo observado para toda la población del país, pues las mujeres presentan una tasa de analfabetismo de 0,5 p.p. superior a los hombres.

En línea con los hallazgos para el total de la población, el analfabetismo es mayor en el grupo etario de las personas mayores de 60 años que en el de los menores de 60 años, independientemente de las condiciones de género, campesinidad o etnia. Sin

embargo, la prevalencia del analfabetismo sí cambia significativamente según el grupo poblacional que se analiza.

Entre las personas mayores que se reconocen y no se reconocen como población de Lesbianas, Gais, Bisexuales y Trans -transgénero, transexuales y travestis- (LGBT) no hay diferencias significativas, pero la tasa de analfabetismo de las personas mayores de 60 años que se reconocen como campesinas es 3,6 veces más alta que la de aquellas personas mayores que no se reconocen como campesinas. Asimismo, la tasa de analfabetismo entre las personas mayores que se autorreconoce como indígenas, palenqueros o negros, mulatos o afrodescendientes es significativamente más alta que la de las personas menores de 60 años pertenecientes a los mismos grupos étnicos. En el caso de la población indígena, por ejemplo, casi la mitad de las personas mayores son analfabetas.

Figura 15. Tasa de analfabetismo de las personas mayores por grupos de especial interés



Fuente: Elaboración propia, Gran Encuesta Integrada de Hogares GEIH (DANE, 2021)

A nivel departamental también se encuentran discrepancias significativas. En Chocó, por ejemplo, el 54% de las personas mayores que se reconocen como LGBT son analfabetas, y en Bogotá y Vaupés la tasa de analfabetismo de las personas mayores de 60 años que se reconocen como LGBT es 3,3 y 2,5 veces más alta que la de aquellas personas en el mismo grupo etario que no son LGBT. En departamentos como Arauca, Casanare y San Andrés, no hay analfabetas entre las personas mayores que se reconocen como LGBT.

En Chocó, Córdoba y Arauca, la tasa de analfabetismo de las personas mayores campesinas es de 54, 48 y 44%, respectivamente; en Bogotá, Quindío y Cundinamarca, la tasa de analfabetismo de las

personas mayores campesinas es menor al 15%. En Bolívar, la tasa de analfabetismo de las personas mayores campesinas es 6 veces más alta que la de los que no son campesinos en el mismo grupo etario; en Atlántico, Arauca, Casanare y Guainía, esta razón es cercana a las 4 veces.

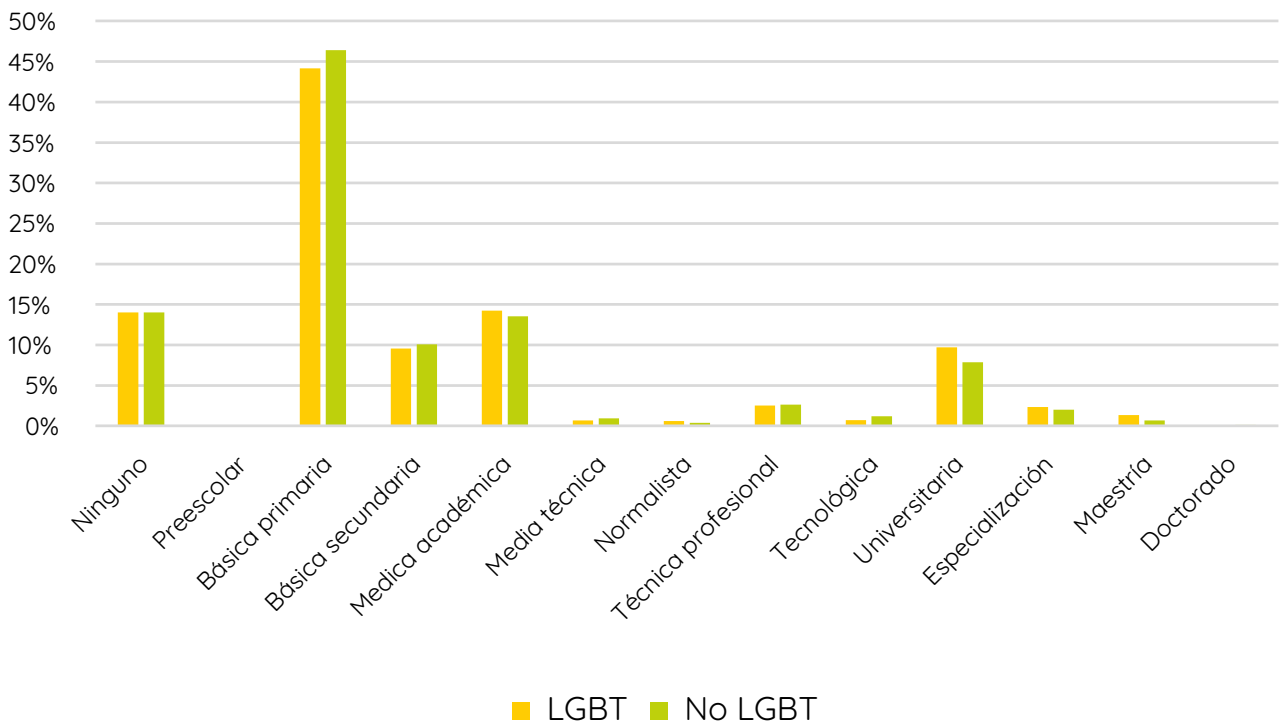
En Arauca, todas las personas mayores que se reconocen como indígenas son analfabetas, y en Córdoba y Chocó, casi 6 y 9 de cada 10 personas mayores indígenas respectivamente son analfabetas. En Arauca, la tasa de analfabetismo entre las personas mayores pertenecientes al grupo étnico de negros, mulatos y afrodescendientes es de 85%, y en Vichada, Sucre y Chocó la misma tasa es superior al 40%.

3.3.1.8. Logro educativo por sectores poblacionales: LGBT, campesinidad y etnia⁸

Aunque no hay diferencias significativas entre los dos grupos y la básica primaria es el nivel con mayor porcentaje de representación, el logro educativo promedio es ligeramente más alto en el grupo de las personas mayores LGBT: 13 de cada 100

personas mayores que se reconocen como LGBT alcanzaron niveles universitarios de pregrado o posgrado, mientras que solo 10 de cada 100 personas mayores que no se reconocen como LGBT alcanzaron el mismo logro educativo. Asimismo, el porcentaje que solo llegó hasta básica primaria es ligeramente menor entre quienes se identifican como LGBT que entre quienes no lo hacen.

Figura 16. Logro educativo por identificación LGBT



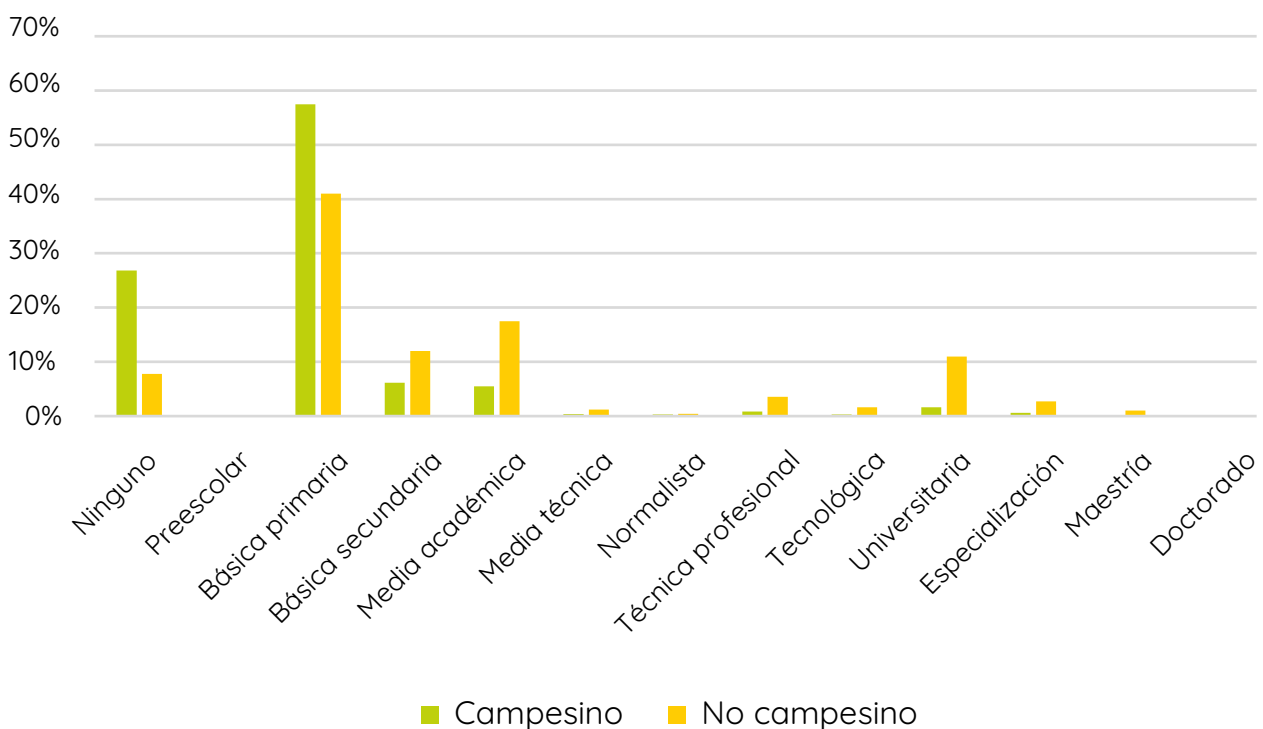
Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2018), (DANE, 2021).

8. A partir de 2021, la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) incluyó en el cuestionario de la encuesta un bloque de preguntas para visibilizar la población LGBT y el campesinado. Estas preguntas de autorreconocimiento solo aplican para mayores de edad.

Respecto al campesinado, 27% de las personas mayores campesinas no alcanzaron ningún nivel educativo, 19 puntos porcentuales más que las personas mayores ni campesinas. Asimismo, 57% de las personas

mayores campesinas llegaron hasta básica primaria y solo 2% alcanzaron los niveles universitarios, mientras que los mismos porcentajes para la población mayor no campesina son 41 y 15 %, respectivamente.

Figura 17. Logro educativo población rural

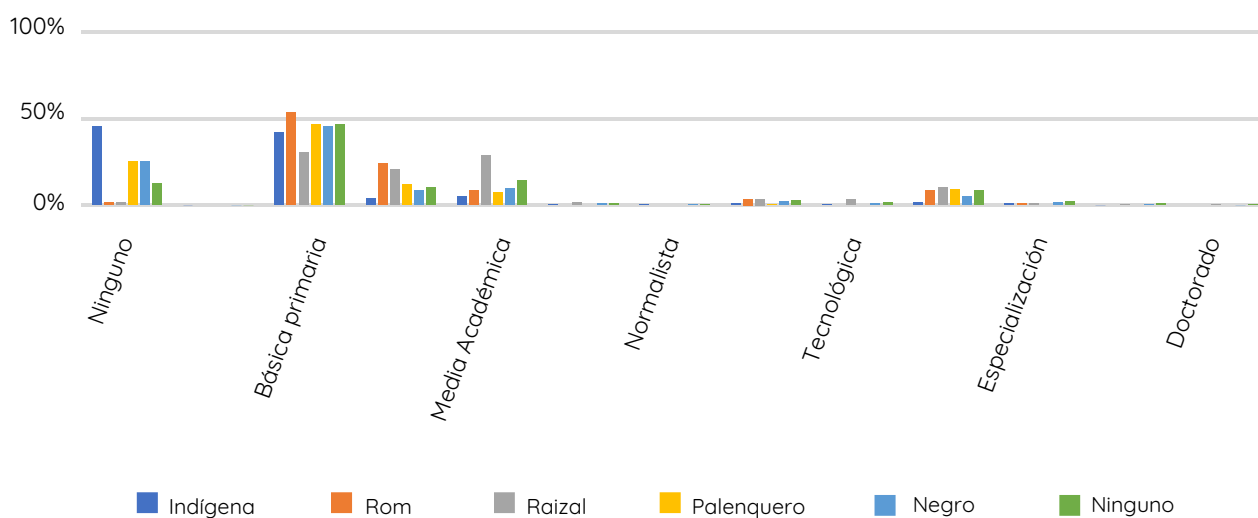


Fuente: Elaboración propia con base en la GEIH 2021, 2018.

Por grupos étnicos, el porcentaje de personas mayores que no alcanzaron ningún nivel educativo es más alto en los grupos étnicos indígenas, palenqueros y negros, mulatos o afrodescendientes, mientras que todos los grupos étnicos registran un porcentaje representativo

en los niveles de básica primaria. En educación universitaria de pregrado, aunque los porcentajes son iguales o inferiores al 10 %, los grupos étnicos con mayor porcentaje de personas mayores que alcanzaron ese nivel son los raizales y los palenqueros.

Figura 18. Logro educativo por grupos étnicos



Fuente: Elaboración propia con base en la GEIH (2018, 2021).

3.3.2. Calidad

La calidad educativa que reciben las personas mayores se puede dimensionar desde dos ejes fundamentales en cumplimiento del objetivo del sistema educativo de generar las condiciones para un aprendizaje efectivo; 1. la relevancia de los temas impartidos en los cursos educativos, los cuales deben tener en cuenta las preferencias individuales y colectivas del grupo poblacional mayor; 2. el continuo mejoramiento de las condiciones y calidad de vida (Quality of Life, QoL, si-

gla en inglés) de las personas mayores, atendiendo los principales factores que inciden en su calidad. A propósito, Cabedo explica que la principal motivación de las personas mayores en participar de la educación a través de la vida es el envejecimiento activo (participar en diferentes actividades que supongan un reto intelectual y físico) (Cabedo et al., 2013). Además, encuentra suficiente evidencia para argumentar que “la oportunidad de conocer nuevas personas” es la segunda causa principal de participación en actividades de educación, mientras que el inte-

res por generar una transferencia de conocimientos, es la tercera principal razón expuesta por la población de personas mayores entrevistadas.

Esta sección analiza dos elementos de la calidad educativa para la población mayor (adicionales a las consideraciones pedagógicas descritas en el marco lógico de la segunda sección): 1. la educación para el bienestar que considera la recreación, el deporte, la educación para la salud y el desarrollo intelectual como elementos centrales de una oferta educativa de calidad y como habilitantes para la inclusión social, y 2) el desarrollo de habilidades digitales y el estado actual de conectividad de la población.

3.3.2.1. Educación para el bienestar

Si bien el periodo de mayor plasticidad del cerebro es durante la primera infancia, este tiene capacidad maleable a lo largo de la vida que se ve reducida a medida que la edad avanza (Erickson et al., 2012). En particular, el tamaño de la masa cerebral se reduce con los años y esto se ve asociado a pérdidas en el desarrollo cognitivo, que, sumadas a la menor maleabilidad del cerebro, dificulta la adquisición de aprendizajes (Harada et al., 2013). No obstante, literatura interdisciplinaria ha mostrado evidencia de cómo la combinación de un estilo de vida sano y entrenamiento intelectual estimulante

protege el desarrollo cognitivo durante el envejecimiento (Hertzog et al., 2008). El bienestar físico y emocional durante la vejez son cruciales para amortiguar los efectos naturales del envejecimiento sobre el desarrollo cognitivo y así mejorar la calidad de vida durante la vejez.

Por un lado, la relación entre la actividad física y el desarrollo cognitivo se da a través de sus efectos en la salud. Existe evidencia que asocia una baja, o falta de actividad física con mayores riesgos de enfermedad cardiovascular, diabetes, cáncer, osteoporosis entre otros (Hertzog et al., 2008). Además, hay evidencia que muestra la importancia de realizar ejercicio para la prevención de enfermedades. Muchas de estas patologías se asocian con compromisos sobre el desempeño cognitivo, por lo que una mayor actividad física y ejercicio ayudan a mantener el desarrollo cognitivo durante la vejez al reducir el riesgo de estas enfermedades. Por otro lado, la exposición a situaciones adversas durante la vida lleva a cambios sobre las ramas dendríticas y lleva a la modificación de la estructura cerebral (McEwen, 2000). Sin embargo, la literatura argumenta que un conjunto de factores sociales, individuales y ambientales, entre estos la actividad física, ha mostrado efectos sobre incrementos en las ramas dendríticas y la generación de nuevas redes sinápticas, por tanto, sobre cambios

fisiológicos positivos en el cerebro (Hertzog et al., 2008). Así las cosas, el ejercicio durante la vejez ayuda a amortiguar los efectos del proceso natural del envejecimiento cognitivo y de los cambios en las estructuras cerebrales que provienen de situaciones adversas a lo largo de la vida.

En una caracterización de la población mayor en Colombia, Hessel usa la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) y caracterizan la alta prevalencia de problemas de presión arterial alta en las personas mayores para 2015 (Hessel et al., 2020). En particular, resaltan un gradiente en las condiciones socioeconómicas y la severidad de los síntomas, donde la población mayor con mayor vulnerabilidad socioeconómica presenta un mayor riesgo de sufrir problemas de presión arterial alta, más comportamientos poco saludables como el consumo de cigarrillo, menor consumo de alimentos sanos, y mayor riesgo de obesidad. Un estudio de la Revista Colombiana de Cardiología (Barón-Castañeda, 2019), resalta que el envejecimiento de la población en Colombia está en aumento, y por consiguiente la cantidad de personas mayores con enfermedades y riesgos cardiovasculares también. La baja prevalencia de actividad física en población mayor es uno de los principales riesgos para la salud cardiovascular de la población longeva.

La salud mental por su parte también juega un rol crítico en el desarrollo cognitivo, y es particularmente relevante, dado que es un componente subyacente a otras esferas de la vida. Por un lado, la prevalencia de problemas de salud mental afecta la adquisición de habilidades y la acumulación de capital humano (Ridley et al., 2020). En particular, la evidencia ha mostrado efectos de baja salud mental sobre los procesos de toma de decisiones económicas, por ejemplo, decisiones sobre consumo, ahorro, participación laboral entre otros. Y, por consiguiente, tiene efectos sobre la calidad de vida. El componente cognitivo es particularmente vulnerable ante dificultades de salud mental. Los problemas de salud mental son impedimentos en sí mismos que pueden estar asociados a la discapacidad, pero también son condiciones subyacentes a patologías de salud física que afecta aún más la calidad de vida. Baja salud mental en conjunto con escasez en capital social y físico afectan negativamente la salud física, la productividad y la formación de capital social que tiene consecuencias económicas de largo plazo (Ridley et al., 2020).

Intervenciones de actividad física y estimulación cognitiva, como juegos que fomentan la memoria y la cognición, han sido efectivas para mejorar las funciones cognitivas y el estado funcional de

las personas mayores con y sin deterioro cognitivo. Un meta-análisis conducido por la Sociedad Americana de Medicina Psicosomática recopila los resultados de 29 experimentos aleatorios controlados donde se resaltan los efectos positivos sobre habilidades cognitivas de intervenciones grupales y comunitarias que combinan aspectos de estimulación cognitiva y de actividad física con una confianza estadística del 95% (Smith et al., 2010).

Por el lado de la dimensión cognitiva se abordan componentes específicos, por ejemplo, la memoria, atención y velocidad a través de actividades grupales. De igual manera, el componente de actividad física de mediana y baja intensidad se realiza en dinámica individual y grupal. Las intervenciones específicamente destinadas a la actividad física, por ejemplo, “Women who walk” un programa que consistía en caminatas grupales semanales dentro de las zonas residenciales de las personas mayores, evidenció que aquellos que participaban presentaron un menor riesgo de experimentar deterioro cognitivo en la medición de seguimiento 6-8 años después (Yaffe et al., 2001).

Un ejemplo adicional es el estudio “FINE”⁹ que recopila datos de los factores físicos, mentales y sociales del envejecimiento en tres países europeos, encontró

que la participación en actividades físicas de baja intensidad tuvo la capacidad de posponer el deterioro cognitivo de las personas mayores (Van Gelder et al., 2004). La mayoría de la evidencia apunta a que las intervenciones de actividad física y estimulación de herramientas cognitivas tienen efectos individualmente sobre el desarrollo cognitivo. Sin embargo, la combinación de los dos entrenamientos parece derivar en efectos más significativos y duraderos sobre las habilidades motoras y de memoria reflejando mayor función cognitiva (Fabre et al., 2002).

Los programas y servicios educativos, formativos y que promuevan la actividad física durante la vejez, juegan un rol importante para proveer estimulación y protección a la función cognitiva. En Colombia, distintas entidades institucionales han desarrollado programas de acompañamiento a población mayor en condiciones de vulnerabilidad. Por ejemplo, la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) en Bogotá, o la Alcaldía de Medellín han desarrollado programas para atender población con vulneración en su integridad personal (física, psicológica, moral o económica); por tanto son programas de respuesta principalmente de protección a una población específica más no de prevención. Esto resalta la

9. El estudio FINE es un estudio longitudinal de 2.285 personas mayores nacidas en Finlandia, Italia o los Países Bajos entre 1900 y 1922. Se toma como línea base el estado de salud cardiovascular en el seguimiento de 1984 (Hale, 2022) y se analizan variables de salud mental como incidencia de la demencia además de la capacidad cognitiva a través del test Mini (MMSE por sus siglas en inglés). Recuperado de: <https://www.sevendcountriesstudy.com/about-the-study/related-studies/fine-study/>

necesidad de pensar en dinámicas para proveer atención a personas mayores que no están en condiciones de vulnerabilidad, pero que tampoco están recibiendo la estimulación física y cognitiva necesaria para el bienestar integral durante la vejez.

En Colombia, la Universidad EAFIT desarrolla un programa llamado “Saberes de Vida” que busca crear un espacio donde las personas mayores puedan continuar enriqueciéndose intelectualmente. Este programa promueve el entrenamiento cognitivo de los adultos a través de actividades individuales y grupales con pares generacionales, por ejemplo: a través de tertulias, juegos, convenciones u otras actividades dinámicas en las cuales puedan desarrollar y socializar sus proyecciones (Manjarrés, M. 2014). Otra intervención es el programa “Casa de la Felicidad” desarrollado por la Universidad Pontificia Bolivariana. Es un programa de formación cognitiva, espiritual, artística y de oficios cuyo objetivo es brindar espacios de aprendizaje y crecimiento personal en el disfrute, la socialización, la apropiación social del conocimiento y la generación de comunidad como contexto propicio de bienestar, interacción y goce para el adulto. Este programa promueve en los adultos la importancia de un estilo de vida equilibrado consigo mismo, con los otros, con el mundo y espiritual, para po-

der tener calidad de vida (Peláez, 2018).

Por otro lado, la Universidad Nacional de Colombia desarrolla iniciativas para fortalecer las habilidades cognitivas, lingüísticas y comunicativas, tal como el programa “Mentes en Acción”, diseñado y puesto en marcha desde 2008 y dirigido a personas mayores de 60 años. Con la implementación de esta propuesta se evidencian mejoras significativas en la mayoría de los dominios evaluados (comunicación, atención, memoria, habilidades de planificación y razonamiento) y en algunas de las variables relacionadas con la calidad de vida tales como dolor, salud general, rol emocional, función social y salud mental (Lara-Díaz et al., 2019).

En síntesis, la evidencia muestra que existen mecanismos a través de los cuales el deterioro cognitivo natural del envejecimiento puede ser mitigado y donde el bienestar juega el rol principal. La actividad física y la estimulación intelectual, y más aún la combinación de ambas, son esenciales para garantizar la función cognitiva y calidad de vida durante la vejez. Esta sección resalta la necesidad de promover intervenciones que aborden no solo la estimulación de habilidades cognitivas - a través de juegos, tertulias, reuniones grupales-, sino sobre todo de cómo el bienestar físico es un componente necesario. Este afecta la capacidad de involucrarse en actividades cognitivamente

estimulantes y además tiene un efecto directo sobre la arquitectura cerebral ayudando a posponer el deterioro cognitivo.

Al indagar por la motivación que tienen las personas mayores por sumarse a procesos de aprendizaje a lo largo de la vida, se encontró en el análisis cualitativo que buscan el bienestar emocional, físico y económico, así como socializar, compartir con otras personas y sentirse útiles para mantener su mente y su cuerpo trabajando en pro de algo que les gusta:

“A mí me gustaría aprender (...) cómo administrar el negocio, aprender algo más que podamos hacer (...) ahora las cosas se manejan muy distintas; las ventas, el manejo, aprender todo eso para traer beneficios a la fundación, que nos podamos modernizar”.

(GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 3 y 4, Manizales).

3.3.2.2. Habilidades digitales

Las habilidades digitales son fundamentales para el ámbito laboral y educativo, para cualquier grupo poblacional, independiente de su edad y contexto socioeconómico. Sin embargo, para el caso de la población mayor, las herramientas

TIC permiten, por ejemplo, gestionar procesos con entidades bancarias, de salud o gubernamentales, sin necesidad de salir de casa, ni generar desplazamientos que en muchos casos implican grandes esfuerzos o simplemente no son viables por diferentes motivos (por ejemplo, de salud), brindándole mayor autonomía e independencia a esta población. Además, las herramientas TIC permiten a la población adulta mayor mantener contacto permanente con sus familiares y personas cercanas, cuidando su salud mental y emocional.

Por otra parte, la participación de las personas mayores en el mercado laboral ha crecido de manera sostenida motivada por el aumento en la esperanza de vida, mejoras en la salud física y mental, aparición de empleos con menor demanda de esfuerzo físico, así como los incrementos en la edad de pensión (Hecker y Kuehn, 2021). Adicionalmente, el aparato productivo de las economías modernas se ha visto beneficiado por esta mayor participación gracias a la posibilidad de aprovechar las habilidades cristalizadas de las personas mayores (adquiridas a través de la experiencia) y cada vez se valora más el aporte que hacen a la democracia, la convivencia social y al respeto de los derechos humanos.

Las personas mayores poseen habilidades únicas como el conocimiento es-

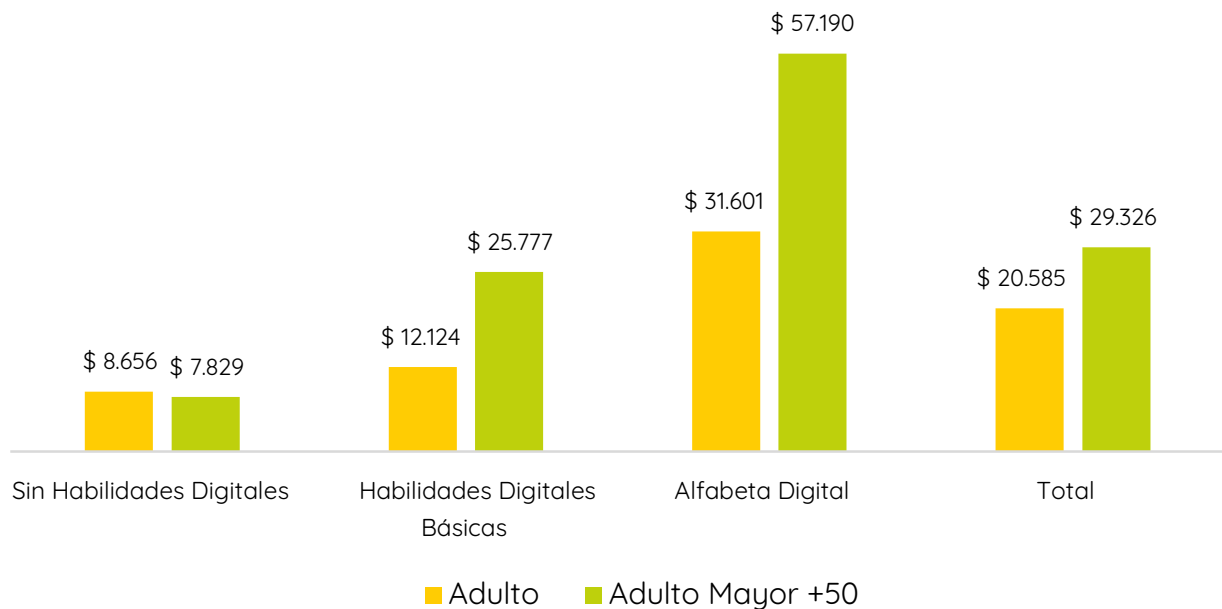
pecializado, así como capacidades de relacionamiento interpersonal que los hace ideales para ocupar cargos de líderes. Sin embargo, la acelerada digitalización de las habilidades requeridas en el mercado laboral ha puesto en riesgo la empleabilidad de la población mayor, quienes tienen menores habilidades digitales y apropiación de las nuevas herramientas tecnológicas, tal como se muestra en la presente sección. Adicionalmente, la pandemia por COVID-19 ha acelerado el ritmo de adopción de las habilidades digitales, el cual ha generado una expulsión del mercado laboral de personal no calificado. Por lo anterior, las personas mayores han sido expulsadas más que proporcionalmente con respecto a otras condiciones de vulnerabilidad como la pobreza, la falta de educación o la pertenencia a un grupo minoritario (Bennet, 2021). Además, las personas en edad avanzada presentan mayores tasas de desempleo de largo plazo por la falta de habilidades digitales causada, entre otras cosas, por la baja disposición de los empleadores en capacitar o re-entrenar a este grupo poblacional, lo que genera una noción negativa en la población mayor respecto a su capacidad de aprendizaje dada su avanzada edad.

Las mediciones sobre habilidades digitales y sus impactos en salarios y productividad no son recientes a nivel global.

De hecho, la evaluación de la encuesta de habilidades digitales PIACC 2013 realizada para 24 países miembros de la OCDE mostró que las personas mayores sin habilidades digitales tenían en promedio un salario 9,5% menor que las personas adultas menores de 50 años que reportan no tener habilidades digitales. Por su parte, las personas mayores con habilidades digitales básicas presentaban una mayor remuneración promedio que su contraparte más joven. Específicamente, las personas mayores con habilidades digitales tienen una remuneración 70,5% mayor en promedio que los trabajadores jóvenes y adultos (Hecker y Kuehn, 2021).

A partir de evidencia empírica el Fondo Monetario Internacional (FMI) estima que la expulsión de personas mayores del mercado laboral por la digitalización de las habilidades reducirá las capacidades productivas en hasta 25%. Sin embargo, si se aplican políticas educativas y de formación para el trabajo específico para las personas mayores, el efecto negativo del envejecimiento poblacional en la productividad será de tan solo 7%, 18 p.p. menos que en ausencia de dichas políticas.

Figura 19. Retornos de largo plazo, habilidades digitales personas mayores



Fuente: USA - Programa para la Evaluación Internacional de las Competencias de la Población Adulta (PIACC), (OCDE, 2013).

En el caso colombiano los resultados de la ECV (2020) muestran el estado de conectividad y el autorreporte sobre el desarrollo de algunas habilidades digitales. Sobre la conectividad se observa que mientras el 31,5% de la población colombiana afirma que utilizan un computador al menos una vez por semana, el porcentaje se reduce a 10,5% de la población adulta mayor, tres veces menos que la población general. A su vez, se observa una brecha importante en el uso de computador para esta población con base en su condición de ruralidad, ya que tan solo el 1,7% de la población adulta mayor en zonas rurales utiliza un computa-

dor, lo cual es 11,3 p.p. menor a lo observado en áreas urbanas.

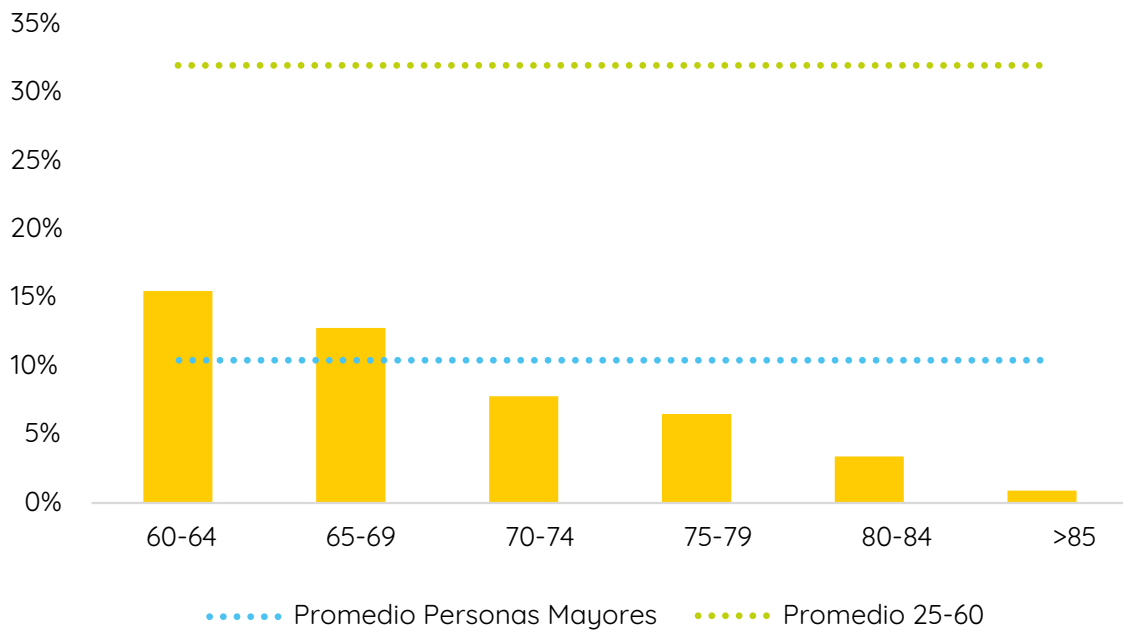
Además, la proporción de personas mayores que utilizan computador al menos una vez al mes aumenta significativamente cuando se dispone de un computador en casa, en especial la población rural, donde aumenta 12,5 veces con una proporción de 17,5%. Por lo tanto, se puede argumentar que la condición de poseer un computador en casa es un determinante en la población adulta mayor para poder acceder a las herramientas que este dispositivo ofrece, diferente a las condiciones de otros grupos etarios que pueden utilizar el computador en

otros lugares diferentes al hogar como los centros educativos y los lugares de trabajo.

En cuanto a las habilidades digitales específicas de esta población, en el uso del computador, se cuenta con información de dos variables que reflejan actividades que integran diferentes conocimientos; uso de Excel, que se refiere a realizar operaciones con fórmulas básicas y presentar cuadros con información estructurada; instalación de Software, que incluye la identificación de programas que sean relevantes para el usuario, así como la descarga e instalación de este (DANE, 2020). Para ambos casos se concluye que las habilidades que tiene la población adulta mayor que afirma utilizar

el computador es menor a la observada en la población adulta menor de 60 años pues, mientras el 59,1% de las personas mayores que afirman utilizar computador tiene conocimientos básicos en Excel, esta cifra aumenta a 75.6% en la población entre 25 y 60 años. De igual forma, se evidencia una marcada tendencia decreciente en las habilidades digitales en función de la edad ya que mientras el 40% de las personas entre 60 y 65 años (con habilidades en el manejo del computador) afirman tener conocimientos para descargar e instalar software, esta proporción se reduce a la mitad (20%) en personas entre 70 y 75 años y tan sólo el 7% en las personas mayores de 85 años.

Figura 20. Uso de computador de manera frecuente



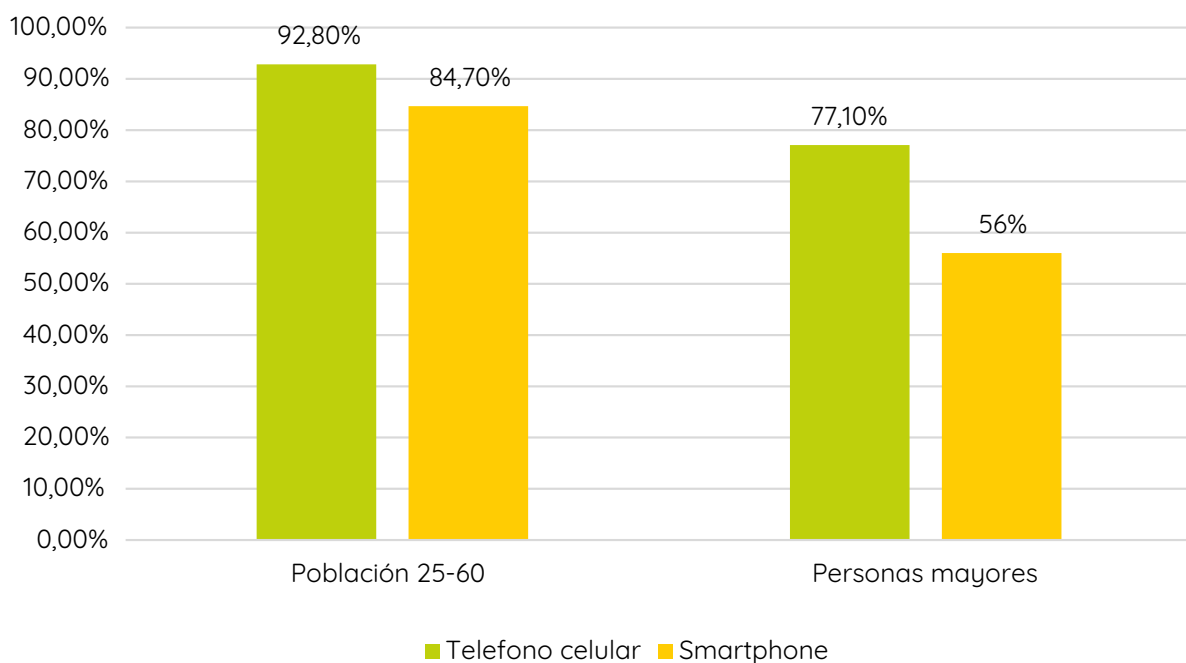
Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Calidad de Vida (DANE, 2020).

Adicionalmente, la Encuesta de Calidad de Vida (2020) permite concluir que tres de cada cuatro personas mayores (77%) en el país tienen un teléfono celular, cifra menor a lo observado para el total de la población mayor de 25 años, cuya proporción asciende al 92%. Asimismo, del total de personas mayores que reportan tener un teléfono celular, un poco más de la mitad (56%) de estos son teléfonos inteligentes (smartphones).

Al igual que lo observado en el caso de los computadores, cuando se posee el dispositivo su uso aumenta significativamente, siendo especialmente cierto con los teléfo-

nos celulares pues, del total de la población adulta mayor que tiene un dispositivo celular, dos de cada tres lo utilizan con una frecuencia diaria y prácticamente el total de esta población lo utiliza al menos una vez a la semana (95,9%). Por su parte, si bien el principal motivo de uso del teléfono es la comunicación (99%) cuatro de cada cinco personas mayores utilizan su teléfono celular para navegar por internet (79,7%) demostrando que las necesidades de esta población en cuanto a herramientas TIC es fundamentalmente la comunicación, la búsqueda de información y la gestión de tareas simples de su vida cotidiana.

Figura 21. Tenencia dispositivo celular



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Calidad de Vida (DANE, 2020).

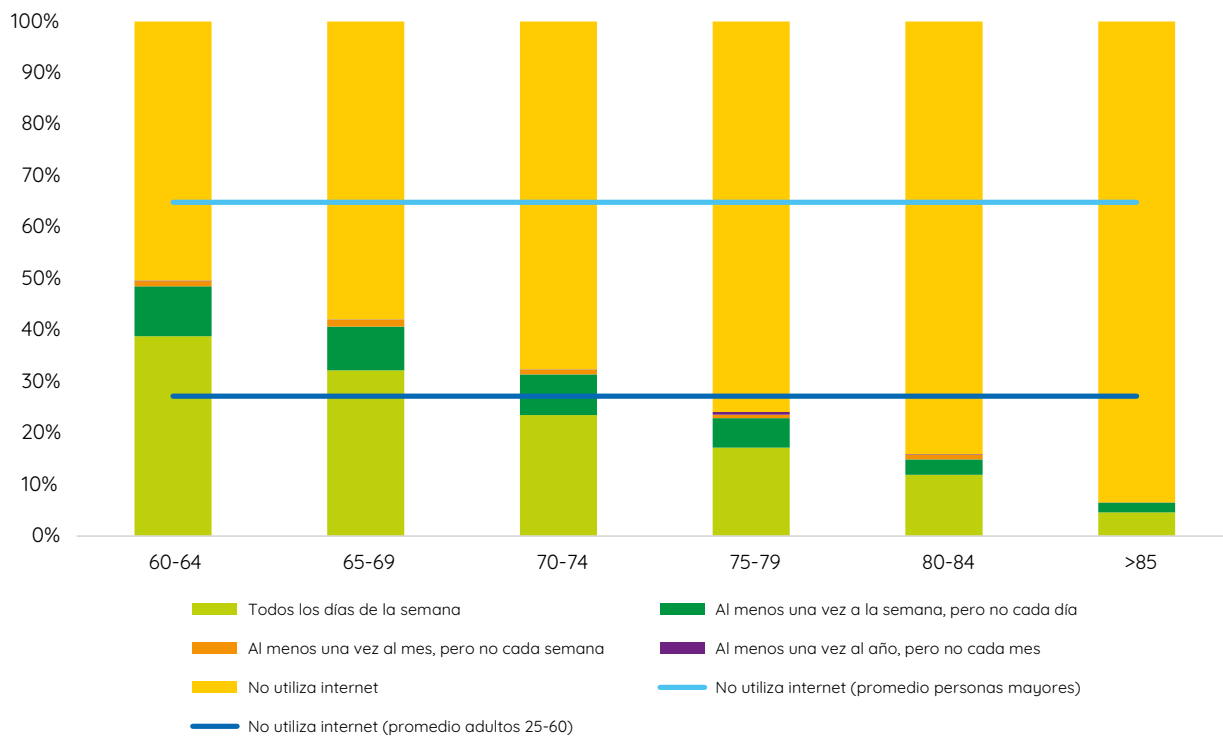
Uno de los componentes más importantes para el desarrollo de las habilidades digitales es el acceso y uso del Internet, que en el caso de la población mayor presenta brechas frente al resto de la población. La Encuesta de Calidad de Vida (2020) muestra que uno de cada tres personas mayores (35,1%) acceden a internet al menos una vez por semana mientras que el 72,8% del total de la población adulta (entre 25 y 60 años) en el país utiliza el internet con dicha frecuencia. Además, una de cada tres (36,6%) personas mayores que acceden a Internet lo hacen desde sus lugares de trabajo dado que ya se había mencionado que esta población tiene una alta participación relativa en el mercado laboral.

La principal razón para usar internet de este grupo población es fundamentalmente la comunicación, pues el 86,73% afirma que usa internet para acceder a redes sociales a su vez que el 80,91% responde que utiliza el correo electrónico. Además, aunque en menor medida el 21% de la población mayor utiliza el Internet como herramienta para la formación (tanto formal como informal). La proporción de personas mayores que utilizan internet para hacer operaciones bancarias (13,1%) es muy similar a la proporción de adultos entre 25 y 60 años que hacen la misma afirmación (18,4%). De igual forma, mientras el 6,9% de las personas mayores

afirman acceder a servicios del Estado a través de internet, esta cifra aumenta ligeramente para las personas entre 25 y 60 años, con un 9,6% de respuestas afirmativas.

Las dos principales razones para no utilizar el internet en las personas mayores son la ausencia de conocimiento para utilizarlo (60,5%) y que creen que el Internet no le genera valor a ningún aspecto de su vida (26,7%). Estas cifras demuestran que, aunque la apropiación del Internet como herramienta de información y comunicación en la población mayor no es despreciable, aún existen brechas en las habilidades que esta población. De igual forma existe desinformación sobre las grandes prestaciones que el Internet puede brindar para mejorar aspectos de su vida.

Figura 22. Frecuencia uso internet por grupos etarios



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Calidad de Vida (DANE, 2020).

A partir de los hallazgos cualitativos encontramos que la mayoría de las personas mayores consideran que no cuentan con habilidades digitales y aquellos que manejan las TIC en su mayoría son personas profesionales o por su trabajo han tenido que formarse en el manejo de las mismas. Además, las personas que viven o tienen familiares mayores identifican las barreras que tienen sus familiares frente al manejo tecnológico. No obstante, a partir de la pandemia los entrevistados identificaron aún más las brechas existentes entre las

personas mayores y el manejo de las TIC. Por ejemplo, a causa del confinamiento la atención en servicios de salud, las transacciones bancarias, el estudio, el trabajo, entre otras actividades empezaron a hacerse virtuales. Para la mayoría de las personas mayores el uso de medios tecnológicos afectó su autonomía de realizar actividades por sí solos, pero también identifican rapidez en trámites que antes requerían largas filas. Además, el uso de las TIC se convierte en una oportunidad para lograr acercarse a sus seres queridos.

Por otro lado, a causa de la pandemia los entrevistados reconocen que las instituciones educativas empezaron a hacer uso de los medios tecnológicos, sin embargo, para las personas mayores se ha convertido en una barrera porque hay ofertas educativas que empezaron a ser virtuales y no presenciales; y la mayoría de los adultos reconocen que su conocimiento sobre el manejo de computadores y plataformas digitales es bajo (en su mayoría de estratos 1 y 2).

“Hay muchas barreras en el momento porque ahora lo que manda es la tecnología, y a nosotros nos atropella la tecnología, porque yo veo que ahora hasta el más pequeño maneja celulares y nosotros apenas para chatear, contestar y llamar”.

(GF, Mujeres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Manizales).

3.3.3. Pertinencia

Según el Plan Nacional Decenal de Educación 2016-2026 la pertinencia se entiende como la congruencia entre el proyecto educativo con las necesidades sociales y la diversidad cultural de los estudiantes y

su entorno. Pensar en una educación pertinente requiere del desarrollo de habilidades para el empleo y el emprendimiento, evitando cualquier forma de marginación y exclusión económica.

La pertinencia de la oferta deberá estar centrada en cómo hacer que la vida de las personas mayores tenga valor, un sentido, que favorezca a su proyecto de vida y al proyecto de país. Por otra parte, el aprendizaje a lo largo de la vida enfocado en el bienestar intelectual contribuye al desarrollo de los individuos, haciendo que las personas mayores se sientan valoradas, eleven sus conocimientos; participen y decidan de manera objetiva y crítica en su comunidad, con aportes en ámbitos como el político, económico y social. Esta sección estudia la relación entre la educación y el bienestar material y productivo, describe el impacto diferencial que tiene la automatización del mercado laboral sobre la población mayor y revisa el caso específico de mayor demanda laboral en las áreas del cuidado a la primera infancia y a personas mayores.

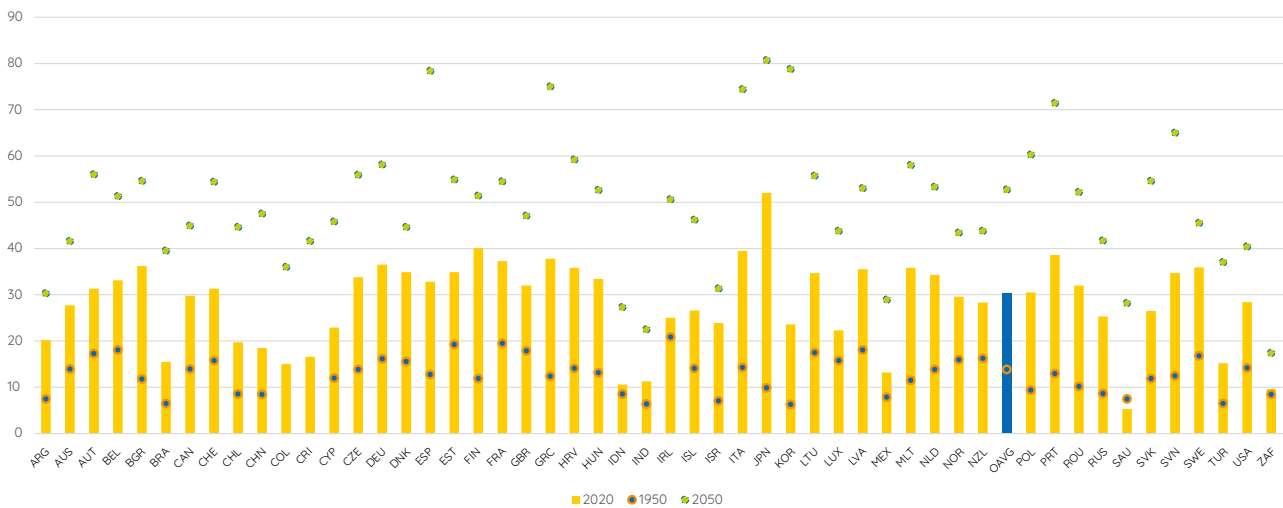
3.3.3.1. Educación y bienestar material y productivo

El nivel de escolaridad es una variable que se encuentra estrechamente relacionada con el desempeño laboral en el largo plazo, particularmente, las funciones más sensibles a la escolaridad son la memoria

y la fluidez verbal. Pero aún más importante, son las habilidades que permiten que una persona sea autónoma, tome decisiones y pueda programar las actividades que requiere realizar en su vida diaria (Lored-Figueroa et al., 2016). También se encuentra que el nivel de estudios obtenido

y el grado de lectura de una persona, favorecen la autonomía y funcionalidad de una persona mayor, en ese sentido, actúa como un elemento protector de la vejez. (Soto Añari, 2016). Las personas mayores con un grado de escolaridad más bajo evidencian mayor dependencia.

Figura 23. Personas mayores de 65 años por cada 100 habitantes menor de 65 años



Fuente: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) 2021.

Las personas mayores trabajadoras con baja educación son expulsadas del mercado laboral más rápidamente que sus pares educados. Asimismo, tienden a padecer de problemas de salud causados por trabajos que son físicamente demandantes, acortando su esperanza de vida en hasta 30% (Johnson & Karamcheva, 2017). Debido a la inversión de la pirámi-

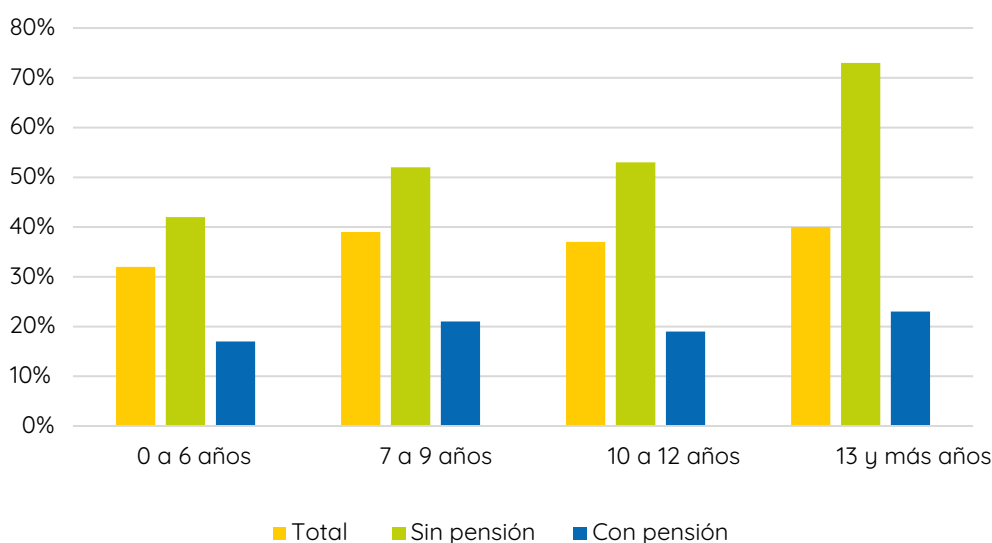
de poblacional, los gobiernos han optado por políticas pensionales más restrictivas, aumentando la edad legal de pensión que asegure la sostenibilidad de mediano y largo plazo del sistema pensional. Lo anterior ha incidido negativamente en el bienestar económico de la población mayor con menores estudios, al ser en muchos casos incapaces de cumplir con el número

mínimo de semanas establecidas por ley, limitados por las exigencias en las habilidades y competencias requeridas para mantenerse dentro del mercado laboral.

La evidencia internacional da cuenta de los argumentos anteriormente planteados. Mientras el 13% de la población adulta mayor en Estados Unidos que no ha culminado sus estudios de bachillerato participa del mercado laboral, esta cifra asciende hasta un 35% para los profesionales universitarios (Johnson, 2017). De igual forma McAllister et al., concluyen que las personas mayores de cuatro países desarrollados (Canadá, Dinamarca, Suecia y el Reino Unido) con niveles de estudios superiores tienen una participa-

ción de hasta 10 p.p. mayor que sus pares con bajo nivel educativo (McAllister et al., 2020). En líneas generales, el panorama latinoamericano presenta tendencias similares a las observadas en los países desarrollados; la tasa de participación global de las personas mayores es creciente en función de los años de educación recibidos (ONU, 2018). Sin embargo, resulta más interesante el análisis al desagregar la participación laboral para las personas mayores que han obtenido los requisitos legales para pensionarse y las que no. La Figura 24 presenta este análisis para América Latina con base en las estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2019).

Figura 24. Tasa de ocupación en población pensionada y no pensionada por años de educación en Latinoamérica



Fuente: Organización Internacional del Trabajo (OIT) 2019.

Como ya se ha mencionado, la participación de las personas mayores en el mercado laboral es superior para las personas con alto nivel educativo pues, mientras el 33,4% de las personas mayores con 0 a 6 años de educación participan del mercado laboral, esta cifra asciende al 41,4% para la población de 13 y más años de educación, (OIT, 2019). A su vez, la población de personas mayores que no cuentan con pensión asegurada participa hasta un 38% más que sus pares pensionados, siendo las personas más educadas (pero sin pensión) las que presentan mayor tasa de ocupación donde una de cada 3 personas mayores de este grupo afirma realizar labores remuneradas. Finalmente, se observa la misma tendencia en las personas pensionadas, donde la mayor participación (de este grupo) se encuentra en los niveles más altos de educación.

La caracterización de la población mayor ocupada en América Latina nos permite llegar a tres conclusiones fundamentales. Primera, la participación de las personas mayores se encuentra motivada en una alta proporción por la falta de seguridad económica, es decir que existe una inserción laboral involuntaria pues necesitan los ingresos laborales y no pueden darse el lujo de quedar desempleadas. Lo anterior puede ser explicado por un ingreso pensional que no resulta suficiente para satisfacer sus necesidades básicas o la

ausencia total de este ingreso (ONU, 2018). Segunda, el hecho de que las personas mayores con mayores niveles educativos sin pensión tengan una sobrerrepresentación en el mercado laboral puede deberse en gran parte por un mayor nivel de habilidades adquiridas gracias a la educación recibida que les permite mantenerse competitivos y productivos incluso en edades avanzadas. Tercera, dado que la mayor participación observada de la población pensionada se encuentra en el grupo de mayor nivel educativo muestra que existe una motivación para trabajar en edad avanzada por preferencias personales, más allá de las necesidades económicas básicas. A propósito, Sewdas explica que uno de los factores más influyentes en la decisión de la población mayor de participar del mercado laboral es el sentido de pertenencia y contribución social (Sewdas et al., 2017).

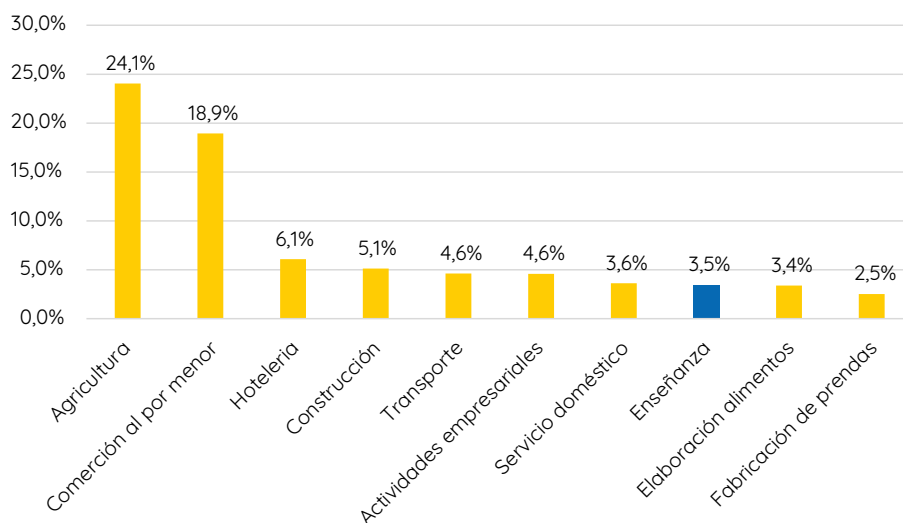
En cuanto a la relación entre desempleo y nivel educativo para el caso de Colombia, se encuentra una vez más que a mayor nivel de escolaridad alcanzada la tasa de desempleo es menor en promedio para toda la población adulta mayor, exceptuando a la población con estudios universitarios. Mientras que la población económicamente activa de este grupo etario que reporta no tener ningún nivel educativo presenta una tasa de desempleo del 10,6%, esta proporción se reduce a 5,7%

para las personas mayores que cuentan con estudios técnicos o tecnológicos. Por su parte, si bien la tasa de desempleo para las personas mayores con un nivel educativo universitario es menor que la de las personas mayores sin ninguna formación educativa, este valor es mayor que lo observado para la población con estudios de bachiller y técnicos.

Adicionalmente, la proporción de personas mayores empleadas disminuye con la edad. Mientras que el 53,6% de las personas mayores entre los 60 y 65 años se encuentran ocupados, esta tasa disminuye a 9,7% para la población entre 80 y 85 años, mientras que tan sólo el 3,7% de las personas mayores de 85 años se están ocupados. Sin embargo, a pesar de encontrarse en edad de jubilación, se

puede concluir que la población adulta mayor presenta alta tasa de ocupación, pues una de cada tres personas de este grupo poblacional está ocupada (35,8%), lo cual evidencia que las personas mayores están en la necesidad de trabajar para generar ingresos de subsistencia. Finalmente, a pesar de la alta participación de este grupo poblacional en actividades de bajo valor agregado, informales y con bajos requisitos en su formación educativa se encuentra que las labores de enseñanza (en todos los niveles educativos) hacen parte de las 10 actividades principales de las personas mayores, ubicándose en el octavo puesto en el que, según la Gran Encuesta Integrada de Hogares para 2019, se encontraban 77.191 personas mayores participando.

Figura 25. Sectores laborales en los que se ocupan las personas mayores en Colombia



Fuente: Elaboración propia con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (DANE, 2019).

3.3.3.2. La automatización como oportunidad de reconversión

El aprendizaje a lo largo de la vida también tiene como uno de sus objetivos la preparación para subir el nivel de los adultos ocupados, lo que incrementa la eficiencia de los trabajadores y los prepara para ocupar cargos superiores o en nuevos campos. Hablar de actualización de los conocimientos o de una reconversión laboral está unida a un proceso que en la actualidad se ha denominado automatización y que las personas mayores deben entender y prepararse para enfrentarlo y así no quedar por fuera del mercado laboral.

La visión tradicional de la automatización razona que el avance tecnológico permite relegar una proporción (cada vez mayor) de dichas tareas, generando una inevitable expulsión de la fuerza de trabajo que es independiente a cualquier industria o modelo económico. Sin embargo, Acemoglu argumenta que esta visión es muy limitada pues no tiene en cuenta factores relevantes al momento de analizar la composición productiva y la relación que existe entre los factores de producción (Acemoglu, 2003). El autor realiza una distinción entre dos tipos de tareas: las tareas rutinarias y las no-rutinarias. Evidentemente las tareas rutinarias son aquellas que, en palabras de Osborne son “altamente computarizables”

dado su bajo nivel de complejidad en términos operativos. Por su parte, las tareas no-rutinarias son aquellos procesos operativos que responden a contextos y realidades cambiantes, además de tener un alto componente de “juicio de valor” que suponen un razonamiento abstracto no computarizable (Benedikt Frey & Osborne, 2013).

Este marco teórico nos permite tener una visión más completa del efecto que tiene la introducción de nueva tecnología en el agregado productivo. Como es de esperarse, la automatización de procesos genera un reemplazo directo y proporcional de la fuerza laboral. Sin embargo, este fenómeno, como aseguran los autores, se da exclusivamente en las tareas rutinarias, es decir afectando los procesos y trabajos que requieren bajos niveles de habilidades en el razonamiento abstracto. Contrario a lo esperado desde la visión tradicional de la automatización, el reemplazo de tareas rutinarias implica una reconfiguración del proceso productivo, en el cual inevitablemente se generan nuevas tareas, pero esta vez de tipo no-rutinarias. En este sentido, Acemoglu y Restrepo concluyen que la automatización de procesos productivos libera fuerza de trabajo que puede ser utilizada en las nuevas tareas no-rutinarias donde existe un alto valor agregado (Acemoglu & Restrepo, 2019). La creación de nuevas

tareas no-rutinarias no se da (necesariamente) sobre la misma industria que ha sido objeto de automatización. Esto es observado por Osborne quien explica que existen industrias en proceso de completa automatización, dada su alta composición de tareas de tipo rutinaria¹⁰ (Benedikt Frey & Osborne, 2013).

Los hallazgos de Osborne se encuentran estrechamente relacionados con los propuestos por Acemoglu. Las industrias con baja probabilidad de automatización son a su vez industrias con una demanda de capital humano de alto valor agregado, es decir una fuerza laboral con habilidades cognitivas que son desarrolladas y adquiridas a través de la educación. A su vez, las industrias con alta probabilidad de automatización requieren de desarrollos en otras áreas productivas, generando nuevas tareas no rutinarias que sólo pueden ser cubiertas por fuerza laboral capacitada. Por lo tanto, se concluye que los nuevos desarrollos tecnológicos son complementarios a los procesos productivos en industrias de baja automatización, pues potencian las capacidades de su fuerza laboral y no implican una destrucción de empleos.

A pesar del alentador panorama que proponen los autores mencionados, re-

sulta evidente que uno de los mayores retos que enfrentan las sociedades modernas es la profesionalización y transición hacia una fuerza de trabajo con mayores niveles de habilidades cognitivas que aseguren la plena ocupación en las nuevas tareas no rutinarias generadas por el avance tecnológico. Esta situación se torna problemática al considerar que las personas expulsadas de los oficios automatizables no son capaces de ser absorbidos inmediatamente por los trabajos de alto valor agregado debido a su falta de conocimiento y habilidades requeridas. En especial atención a este fenómeno la OCDE explica que la población mayor se encuentra en mayor riesgo de presentar una expulsión involuntaria y de desempleo estructural (OECD Publishing, 2019). La Organización Internacional del Trabajo de las Naciones Unidas concluye que, a nivel global, el 40% de las personas ocupadas mayores de 60 años se encuentran laborando en oficios con bajas habilidades cognitivas, siendo la industria manufacturera la ocupación con mayor representación (14,3%) (International Labour Office, 2015).

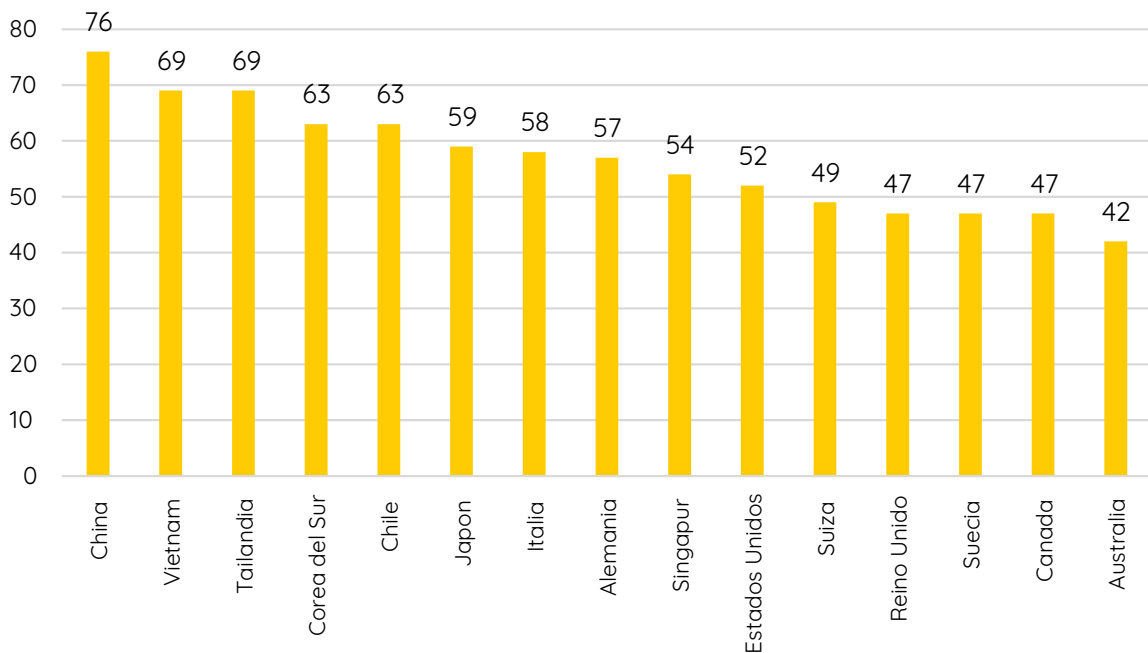
A propósito, Basú expone que los principales indicadores que explican el riesgo de automatización y expulsión de las per-

10. En este sentido, el autor espera una expulsión de fuerza de trabajo en oficios que requieren un alto esfuerzo físico y bajo nivel de habilidades cognitivas. A través de un proceso de clasificación que utiliza métodos estadísticos y computacionales (proceso de clasificación Gaussiana), Osborne estima la probabilidad de computarización de 702 ocupaciones, donde el criterio principal es la composición de tareas rutinarias y no-rutinarias del proceso productivo. De manera global, el autor concluye que los procesos industriales y de manufactura presentan el mayor riesgo de "completa automatización". Por su parte, los oficios de supervisión, desarrollo tecnológico, educación y atención a la salud tienen la menor probabilidad de ser automatizables, con una probabilidad cercana a cero.

sonas mayores se encuentran relacionados con los niveles de educación, el valor agregado de las industrias manufactureras, así como los derechos de las personas mayores (Basu et al., 2018). Para el primer caso, se encuentra que el gasto en educación reduce en hasta 24% el riesgo de automatización global de la economía. Además, y de especial relevancia, se observa que una mayor proporción de personas mayores entre 55 y 64 años con educación terciaria reduce en hasta 18% la probabilidad de expulsión de la población de personas mayores. Por su parte,

una mayor participación de la manufactura en el Producto Interno Bruto (PIB) aumenta en hasta 23% el riesgo de automatización. De igual forma, se evidencia que el cambio porcentual en el PIB per cápita (una medida de bienestar) observado entre 1985 y 2016 ha incrementado la probabilidad de automatización de los procesos en hasta 16%. Finalmente, el aumento en la edad de pensión, así como el fortalecimiento de los derechos de la población mayor reducen el efecto negativo de la automatización en 12% y 11% respectivamente.

Figura 26. Riesgo promedio de automatización en trabajos ocupados por la población mayor

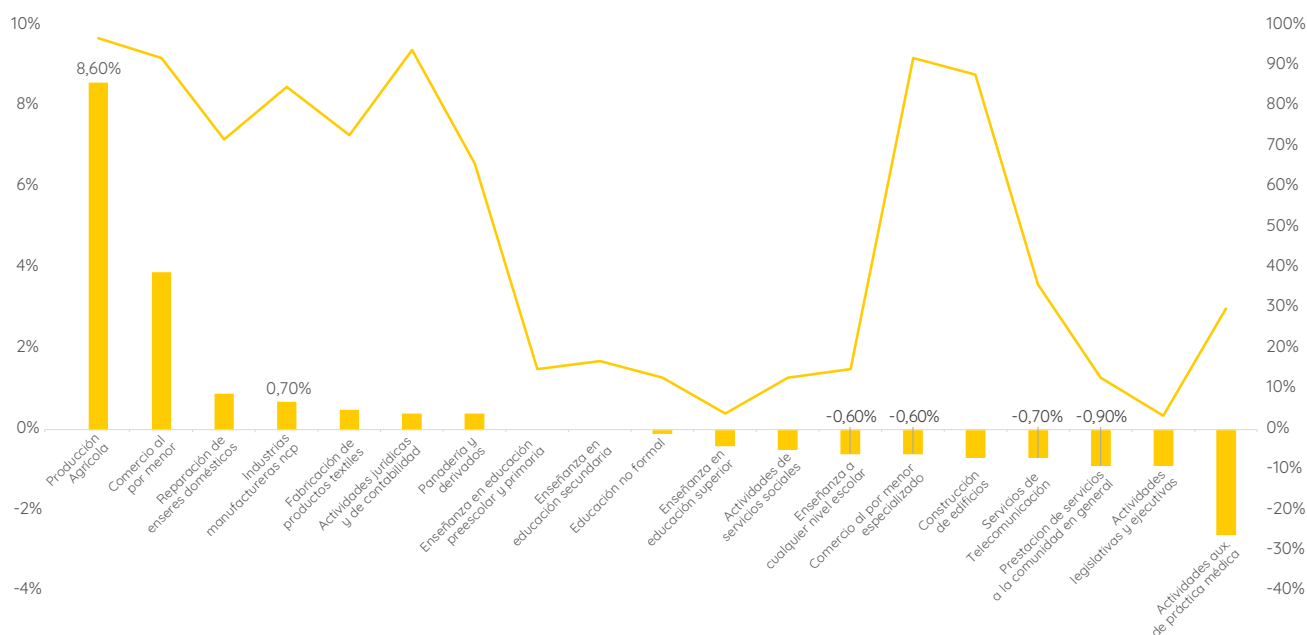


Fuente: Basu et. Al, 2019.

Los hallazgos de la OIT (2019) son consistentes con los hallazgos observados en la población de personas mayores ocupadas en Colombia. El comercio al por menor representa el 15% de la fuerza laboral para este grupo etario, rubro económico que muestra una probabilidad asociada de computarización del 92% - GEIH (DANE, 2019). A su vez, los 5 principales oficios de las personas mayores en Colombia se encuentran con una probabilidad de automa-

tización promedio del 83,8% según la escala propuesta por la Universidad de Oxford (Benedikt Frey & Osborne, 2013). Sin embargo, resulta igualmente interesante que una proporción importante de dicha población se encuentra laborando en oficios con baja probabilidad de computarización; enseñanza en instituciones oficiales (17% de probabilidad de automatización) y actividades de servicios sociales sin alojamiento (2,8% de probabilidad de automatización).

Figura 27. Diferencia promedio de la Población Económicamente Activa (PEA) por rubro de actividad económica (personas mayores versus personas adultas - barras) respecto a la probabilidad de automatización (línea)



Fuente: Cálculos propios con base en GEIH (DANE, 2021).

3.3.3.3. Oportunidades en áreas del cuidado y educación

La pertinencia sobre el aprendizaje a lo largo de la vida debe considerar también otras megatendencias del mercado laboral adicionales a los procesos de automatización, como lo es la necesidad de tener más personas empleadas en los sectores de salud, cuidado y educación. Forero et al., realizaron un estudio analizando tres componentes: 1. Los análisis

prospectivos de aumentos o reducciones en la demanda global por ocupaciones, 2. La empleabilidad y los salarios de los egresados de los programas de educación superior, 3. Los cambios en personas empleadas por ocupación del mercado laboral. De primer análisis construyen la Tabla 1 sobre las ocupaciones que a nivel global proyectan diversos analistas que tendrán aumentos en la población ocupada en los próximos años (Forero et al., 2021).

Tabla 1. Ocupaciones con prospectiva de aumento o reducción

Ocupaciones estratégicas: Alto crecimiento futuro	Ocupaciones de menor potencial: Mayor probabilidad de ser sustituidas	Ocupaciones con tendencias ambiguas
<ol style="list-style-type: none"> Ocupaciones asociadas a economía del cuidado y educación: médicos, enfermeros, cuidadores y docentes. Ocupaciones asociadas a las nuevas tecnologías de la información: desarrollo web, programación, ingeniería y mantenimiento de la nube, instalación y mantenimiento de equipos. Análisis de datos e inteligencia artificial. Equipo de ventas, marketing y diseño de publicidad. Apoyo a tecnologías limpias y medioambiental (parte de una base pequeña). 	<ol style="list-style-type: none"> Apoyos administrativos y de contabilidad. Digitadores y medidores. Empacadores y operarios de máquinas. Mecánicos. Preparación de alimentos. 	<ol style="list-style-type: none"> Derecho. Administración. Conducción de transporte público y de carga. Construcción.

Fuentes: Forero et al., 2021.

Se construye con base en: World Economic Forum 2020, Jobs of Tomorrow Mapping Opportunity in the New Economy 2019, Towards a reskilling revolution 2018, The Future of Jobs Report McKinsey Global Institute 2018, Skills Shift, Automation and the Future of Workforce 2017, Jobs Lost, Jobs Gained: Workforce transition in a time of Automation, Banco InterAmericano de Desarrollo 2019, El Futuro del Trabajo en América Latina, Banco Mundial 2019, The Changing Nature of Work, WDR, OECD 2019, Employment Outlook, Bain and Company 2018, Labor 2030: The Collision of Demographics, automation and inequality.

Datos recientes publicados por el Banco Interamericano de Desarrollo posicionan a las actividades educativas y los servicios de la salud como los campos laborales con mayor crecimiento esperado en la región latinoamericana (Robles et al., 2019). La participación de la fuerza laboral empleada en el sector de la educación y los servicios de la salud se ha duplicado desde el año de 1970, pasando de una participación global de 3,3% a 7,8% para 2018. Se espera no sólo continúe esta tendencia, sino que se acelere en las próximas décadas. La mayor demanda por profesionales en las áreas de salud y educación obedece a tres macro factores fundamentalmente: la baja probabilidad de automatización, los procesos de envejecimiento poblacional y los mayores esfuerzos de cobertura educativa y sanitaria para la población infantil.

Los mayores niveles educativos de los que goza la población económicamente activa en Latinoamérica han resultado en una mayor oferta laboral de profesiones con alto valor agregado. Este fenómeno se ha acompañado de políticas más comprensivas e integrales en materia de cobertura y calidad de servicios considerados como derechos fundamentales, en especial la salud y la educación, que han logrado absorber la mayor fuerza de trabajo. Lo anterior se ha reflejado en grandes incrementos de los salarios, con un crecimiento del 60% entre los años 2000

y 2018, superando lo observado en sectores tradicionales como la administración, el derecho e incluso las ingenierías. Por su parte, a pesar de los importantes avances tecnológicos que han tenido lugar en las últimas décadas, los servicios sociales de la salud y la educación tienen una probabilidad de expulsión laboral cercana a cero (Benedikt Frey & Osborne, 2013). Lo anterior se debe a que en estos sectores no se realizan tareas rutinarias, pues por el contrario dependen de los constantes ejercicios de innovación, así como del razonamiento abstracto.

A pesar de los importantes esfuerzos en materia de provisión de servicios educativos y de salud de calidad que se han dado en las décadas recientes, se observan en la actualidad brechas en el acceso a dichas prestaciones por parte de poblaciones especialmente vulnerables como los niños y adolescentes, así como las personas que habitan áreas rurales. Mientras Latinoamérica tiene un promedio de 20 estudiantes por profesor, esta cifra se reduce a tan sólo 11 estudiantes por profesor en promedio para el caso de Europa Occidental. Para el caso de Colombia, se cuenta con una tasa de 2.2 doctores (médicos) y 1.3 enfermeros y enfermeras por cada cien mil habitantes, fuertemente contrastando con los promedios observados para la OCDE (3.4 doctores y 6 enfermeros y enfermeras).

Figura 28. Núcleos del conocimiento con mejor perspectiva laboral en Colombia



Fuentes: Forero et al., 2021. Descifrar el Futuro, Fedesarrollo.

A partir de los hallazgos cualitativos encontramos que los entrevistados identifican barreras para acceder al mercado laboral, la mayoría consideran que el emprendimiento es la mejor alternativa que tienen no solo para generar ingresos sino también para emplear personas que no son incluidas por la edad, falta de experiencia laboral y de estudios universitarios o en condición de alguna discapacidad. Además, los participantes prefieren emprender porque tienen la posibilidad de manejar sus horarios laborales sobre todo para aquellas personas que son cuidadoras de Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) y/o personas mayores.

3.4. Conclusiones



La educación a lo largo del ciclo de vida es un factor determinante y transversal para el envejecimiento activo, la salud, el cuidado, la protección económica, la participación social y el bienestar de las personas mayores.

Al analizar los dos tipos de habilidades cognitivas ampliamente aceptadas en la actualidad: inteligencia cristalizada (capacidad de utilizar destrezas y conocimientos previos para resolver problemas cotidianos) e inteligencia fluida (capaci-

dad de razonar de manera rápida, flexible e innovadora para resolver nuevos retos), se puede concluir que existe una fuerte correlación entre educación en edad avanzada y la recuperación de habilidades cognitivas; devolviendo habilidades fluidas observadas en poblaciones hasta cinco años más jóvenes (para cualquier grupo etario de la tercera edad). Asimismo, es importante considerar en las recomendaciones para la toma de decisiones políticas integrales, que los adultos mayores que han recibido educación a lo largo de la vida presentan un deterioro menos acelerado de las habilidades cognitivas respecto a los que no continúan con los estudios en edad avanzada.

El nivel de escolaridad y analfabetismo en personas mayores se encuentra fuertemente correlacionado con el desarrollo económico del territorio donde habitan, evidenciando brechas significativas en el nivel educativo y analfabetismo de las personas mayores que se encuentran en la ruralidad. Además, existe una alta dificultad de cerrar brechas educativas entre las personas mayores de edad avanzada (mayor a 70 años) y el grupo etario más joven, especialmente, si se tiene en cuenta que el máximo nivel de escolaridad alcanzado en promedio por la población de personas mayores es de básica primaria.

Por su parte, las personas mayores con discapacidad presentan menores ni-

veles educativos. Esto representa un reto en las adaptaciones, ajustes y apoyos que deben generarse para lograr la inclusión de esta población.

Las personas mayores evidencian una baja tasa de asistencia a programas formativos de educación formal y educación para el trabajo. Las encuestas analizadas indican que este fenómeno está asociado a una baja oferta de programas educativos enfocados a esta población y de calidad que les de herramientas prácticas para brindar una mejor calidad de vida (QoL), desde sus dimensiones de independencia, participación social y bienestar.

Las universidades han adquirido protagonismo en el aprendizaje a lo largo de la vida tanto a nivel global como local ya que cuentan con el capital físico y humano requerido en la atención de esta población para la enseñanza bajo modelos formales y programas de extensión, que constituyen con una oferta complementaria a la del SENA y a las cajas de compensación familiar.

Los cursos de formación para el trabajo deben tener un enfoque diferencial para la población de personas mayores. Atender las recomendaciones de la población en proceso de jubilación, brindar una mayor cantidad de horas para su formación y adoptar el modelo educativo (aprendizaje basado en el computador,

aprendizaje tradicional o aprender haciendo) que mejor se ajuste a las habilidades observadas aseguran un proceso formativo de calidad.

Otro hallazgo significativo y transversal hace referencia al imperativo de avanzar en la inclusión digital de las personas mayores como factor habilitante para su bienestar y participación. Además de proveer servicios digitales de calidad, especialmente tras el panorama que reveló la pandemia del COVID-19.

Los hallazgos de la investigación muestran la necesidad de dar respuesta a la diversidad en este grupo poblacional y las brechas y desigualdades territoriales: grupos etarios (ciclo de vida), zonas urbanas y rurales, discapacidad, género, raza y etnia, entre otros. Se requiere ampliar la comprensión sobre la diversidad de las personas, de las comunidades y de los contextos, su magnitud y complejidad respecto a la ampliación de la cobertura, la mejor calidad y la mayor pertinencia educativa, la disponibilidad y accesibilidad suficiente y oportuna a la infraestructura, el acceso a las tecnologías y a los recursos educativos.

El panorama laboral de las personas mayores en Colombia nos permite concluir que: primero, acerca de la relación entre desempleo y nivel educativo, se encuentra que, a mayor nivel de escolaridad alcanzado, la tasa de desempleo es

menor para toda la población adulta mayor, exceptuando a la población con estudios universitarios. Segundo, la menor tasa de desempleo para personas mayores está asociada a quienes reportan haber cursado estudios técnicos y tecnológicos. Tercero, mientras que el 96% de las personas mayores que pertenecen a la población económicamente activa y no reportan tener ningún nivel de escolarización se encuentran en la informalidad, esta tasa disminuye a 61% para los bachilleres y 30% en el caso de los universitarios, situación que se asimila a lo observado en la población general. Por último, 77.191 personas mayores, desempeñan labores de enseñanza, actividad que se ubica en el octavo puesto de las 10 actividades principales de esta población, según la Gran Encuesta Integrada de Hogares para 2019.

Finalmente, es necesario fortalecer la capacidad de articular la oferta institucional y la coherencia de una política educativa para las personas mayores. Se recomienda impulsar una comisión intersectorial que defina acciones de corto, mediano y largo plazo, indicadores y metas, y lineamientos técnicos, en la que participen, por lo menos, la Presidencia de la República, los Ministerio de Educación, Salud y Trabajo, el SENA, el Departamento para la Prosperidad Social (DPS) y el Departamento Nacional de Planeación

(DNP). Un ejemplo a seguir de modelo es la Comisión Intersectorial de Primera Infancia (CIPI), que ha resultado en una política integral del Estado para el bienestar de la primera infancia.

3.5. Recomendaciones



Desde una perspectiva integradora, la **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva**, recomienda el diseño de una política educativa inclusiva y equitativa, que de manera intersectorial propendan por garantizar el derecho a la educación, a la formación y a la cualificación a lo largo del ciclo de vida y que promueva el envejecimiento activo y saludable desde la educación inicial, hasta las trayectorias educativas particulares y diversas para las personas mayores.

En este sentido, pensar en la educación para el bienestar de las personas a lo largo del ciclo de vida implica potenciar en la educación preescolar, básica, media y superior, la educación continua y la educación para personas adultas y mayores temáticas como la educación para la salud (física y mental), el deporte, la educación financiera, el cuidado, la

formación para la democracia, la participación, la convivencia y la ciudadanía, entre otras. Adicionalmente, se debe tener una oferta propia y diversa, dirigida a las personas mayores orientada a su proyecto y sentido de vida para la actualización, el reentrenamiento, el desarrollo de habilidades digitales y la preparación para la vejez, entre otros. Desde la parte didáctica y metodológica, implica una planeación sujeta a ajustes y flexibilización de acuerdo con las características y demandas de la población.

- › Colombia cuenta con niveles de analfabetismo elevados en comparación con otros países de América Latina, lo cual se asocia a los persistentes niveles de analfabetismo de la población mayor, en particular en la zona rural. Aunque el Ministerio de Educación y las secretarías de educación han contratado operadores para hacer alfabetización inicial durante décadas, las intervenciones no han sido consistentes a lo largo del tiempo. Se deben asignar recursos con énfasis en los departamentos con mayor concentración de población mayor: la Costa Caribe, el Litoral Pacífico y la Amazonía. Se debe buscar incluir este indicador como una meta prioritaria del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026.

- › Teniendo en cuenta que los avances en cobertura educativa evidencian un mayor número de años promedio de educación en el grupo etario de 60 a 65 años deberían resultar en una mayor capacidad cognitiva futura de este grupo poblacional con relación a las capacidades actuales de las personas mayores en edad avanzada (mayor a 85 años). En este sentido, las políticas públicas en educación deben adaptarse a los cambios en la capacidad cognitiva de las personas mayores que se han derivado de las mejores tasas de cobertura en la educación formal.

Sin embargo, se hace necesario realizar acciones diferenciadas orientadas a cubrir las necesidades de las personas mayores pertenecientes a grupos poblacionales de especial interés como campesinado, LGTBIQ+ e indígenas entre otros, y que se encuentran además en zonas apartadas y vulnerables; donde según indican las encuestas, se evidencia una alta tasa de analfabetismo y baja posibilidad de acceder a programas educativos formales. La recomendación en este caso es que el Ministerio de Educación en unión con las entidades territoriales puedan primero identificar y caracterizar a estos grupos poblacionales para diseñar estrategias innovadoras que logren cerrar la brecha educativa.

- › En Colombia se ha evidenciado que la oferta de programas de educación, formación o capacitación para personas mayores está concentrada actualmente en el SENA, las cajas de compensación, los centros comunitarios, fundaciones, las iglesias, bibliotecas públicas y algunas universidades. Sin embargo, no hay suficiente divulgación de los programas y beneficios para las personas mayores. Para generar mayores oportunidades es necesario realizar campañas encaminadas a dar a conocer la importancia de los programas de formación o educación para personas mayores y de las diferentes opciones de temáticas y lugares para realizarlas.
- › Como se señaló en el capítulo, si bien es cierto que las personas mayores con habilidades digitales básicas presentan una mayor remuneración promedio que su contraparte más joven, se estima que la expulsión de personas mayores del mercado laboral por la digitalización de las habilidades reducirá las capacidades productivas en hasta 25%. Lo anterior hace necesario contar con programas de capacitación y reentrenamiento específico para la población de personas mayores que brinden herramientas para el aumento de la confianza en la apropiación de las nuevas herramientas. El desarrollo de habilidades para personas mayores debe tener un foco en la formación para el trabajo que considere: habilidades digitales, habilidades para la participación laboral, re-entrenamiento por riesgo de estar en ocupaciones con potencial de ser automatizadas (como la asistencia administrativa y contable). Además, una formación concentrada en áreas que puedan absorber a la población como la educación inicial, el cuidado a la primera infancia y de otras personas mayores. El SENA podría desarrollar lineamientos pedagógicos específicos, implementar grupos definidos para la población de personas mayores que se adapten a las diferencias de velocidad de aprendizaje que presenta este grupo etario, y abrir oferta de formación titulada (técnicos y tecnólogos) y formación complementaria (cursos cortos).
- › Los programas de educación para la salud deben hacer parte integral de las estrategias de promoción del Ministerio de Salud, con especial énfasis en las personas mayores. Como parte de esta estrategia también las cajas de compensación familiar y las entidades territoriales, deben evaluar la efectividad de la oferta de cursos y

articularlos con los programas de deporte y actividad física.

- › Para construir una sociedad incluyente la política pública debe buscar el bienestar de las personas mayores considerando su desarrollo social, cultural, educativo y económico. La inversión en educación a lo largo de la vida permite mejorar la productividad laboral al reducir el deterioro cognitivo, y aumentando la participación laboral y la capacidad de generar ingresos complementarios a la pensión y los subsidios. En las próximas décadas la conservación del bienestar mental y físico será cada vez más importante para la actividad económica nacional, la independencia de las personas mayores y el trabajo y convivencia intergeneracional. En definitiva, el aprendizaje a lo largo de la vida abre oportunidades continuas para aprender permitiéndoles expresar su opinión sobre cuándo aprender, qué aprender, cómo aprender y, aún más importante, por qué hacerlo.

3.6. Referencias



Áberg, P. (2016). Nonformal learning and well-being among older adults: Links between participation in Swedish study circles, feelings of well-being and social aspects of learning. *Educational Gerontology*, 42(6), 411-422.

Acemoglu, D. (2003). Root Causes. Obtenido de A historical approach to assessing the role of institutions in economic development: http://courses.washington.edu/pbaf531/Acemoglu_RootCauses.pdf

Acemoglu, D., & Restrepo, P. (2019). AMERICAN ECONOMIC ASSOCIATION. Obtenido de Automation and New Tasks: How Technology Displaces and Reinstates Labor: <https://www.aeaweb.org/articles/pdf/doi/10.1257/jep.33.2.3>

Alcaldía de Bogotá. (s.f.). “¿Cómo atiende el Distrito a las personas mayores?”. Recuperado el 02 de mayo de 2022 de: <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/integracion-social/ayudas-para-personas-mayores>

Alcaldía de Medellín. (2021). “El modelo Centro Vida Gerontológico atenderá este año a 3.650 personas mayores con acciones de salud física y mental”. Recuperado el 02 de mayo de 2022 de:

<https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=contenido/10031-El-modelo-Centro-Vida-Gerontologico-atendera-este-ano-a-3650-personas-mayores-con-acciones-de-salud-fisica-y-mental>.

Banco Mundial (2022) Tasas brutas de participación en educación terciaria. Recuperado de: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SE.TER.ENRR>

Basu, M. S. (2018). The twin threats of aging and automation. Marsh & McLennan Companies, Mercer. Benedikt Frey, C., & Osborne, M. A. (17 de septiembre de 2013). THE FUTURE OF EMPLOYMENT: HOW SUSCEPTIBLE ARE JOBS TO COMPUTERISATION? Obtenido de https://www.oxfordmartin.ox.ac.uk/downloads/academic/The_Future_of_Employment.pdf

Barón-Castañeda, A. (2019). Geriatric cardiology: A challenge for the twenty-first century. *Revista Colombiana de Cardiología*, 26(6), 305-307.

Beier, M. E. (2022). Life-span learning and development and its implications for workplace training. *Current Directions in Psychological Science*, 31(1), 56-61.

Bennett, J. 2021. Long-term Unemployment Has Risen Sharply in U.S. amid the Pandemic, Especially among Asian Americans. Washington, DC: Pew Research Center.

Cabedo-Sanromà, J. Fortuño-Godes & J., Guerra-Balic, M., (2013). Health-related quality of life measures for physically active elderly in community exercise programs in Catalonia: comparative analysis with sedentary people. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013.

Cacioppo, J. T., & Freberg, L. (2012). *Discovering psychology: The science of mind.* Cengage learning.

Cavanaugh, J. C., & Blanchard-Fields, F. (2006). *Adult development and aging* (), 5th ed. . Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.

Carl Benedikt Frey & Michael Osborne (2013). *The Future of Employment* Oxford Martin Programme on Technology and Employment. <https://inclusioncg.net/wp-content/uploads/2020/08/future-of-employment-1.pdf>

DANE. (2019). DATOS ABIERTOS. Obtenido de Gran Encuesta Integrada de Hogares - GEIH: <https://www.datos.gov.co/Estadisticas-Nacionales/Gran-Encuesta-Integrada-de-Hogares-GEIH/mcpt-3dws/data?pane=feed>

DANE. (2 de septiembre de 2020). Encuesta nacional de calidad de vida. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2020>

DANE (2020). Pobreza multidimensional por departamentos. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-multidimensional>

DANE. (2021). DATOS ABIERTOS. Obtenido de Gran Encuesta Integrada de Hogares - GEIH: <https://www.datos.gov.co/Estadisticas-Nacionales/Gran-Encuesta-Integrada-de-Hogares-GEIH/mcpt-3dws/data?pane=feed>

Desjardins, R., & Warnke, A. J. (2012). Ageing and skills: A review and analysis of skill gain and skill loss over the lifespan and over time. OCDE, Education Paper no. 72

Dunkin, J. J.-U. (2020). The Effect of Memory Training on Memory Control Beliefs in Older Adults with Subjective Memory Complaints. *Experimental Aging Research*, 47(2), 131-144.

Erickson, K. I., Weinstein, A. M., & Lopez, O. L. (2012). Physical activity, brain plasticity, and Alzheimer's disease. *Archives of medical research*, 43(8), 615-621.

Fabre, C., Chamari, K., Mucci, P., Masse-Biron, J., & Préfaut, C. (2002). Improvement of cognitive function by mental and/or individualized aerobic training in healthy elderly subjects. *International journal of sports medicine*, 23(06), 415-421.

Forero, D., Saavedra, V., & Fernández, C. (01 de 04 de 2021). El futuro de la educación en Colombia. En Fedesarrollo. Obtenido de Descifrar el futuro. La economía colombiana en los próximos diez años (pp. 321-405). Bogotá: Penguin Colombia.: <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/4172?show=full>

Geda, Y. E., Roberts, R. O., Knopman, D. S., Christianson, T. J., Pankratz, V. S., Ivnik, R. J., ... & Rocca, W. A. (2012). Physical exercise, aging, and mild cognitive impairment: a population-based study. *Archives of neurology*, 67(1), 80-86.

GF, hombres y mujeres, intergeneracional, 18 a 40 años, Estrato 5 y 6, Bogotá. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, mujeres mayores de 60 años, Estrato 3 y 4, Manizales. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, mujeres mayores de 60 años, Estrato 1 y 2, Manizales. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

Harada, C. N., Love, M. C. N., & Triebel, K. L. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in geriatric medicine*, 29(4), 737-752.

Hecker, I., Spaulding, S., & Kuehn, D. (2021). Digital skills and older workers. *Urban Institute*, 2021, 1-24.

Hertzog, C., Kramer, A. F., Wilson, R. S., & Lindenberger, U. (2008). Enrichment effects on adult cognitive development: can the functional capacity of older adults be preserved and enhanced?. *Psychological science in the public interest*, 9(1), 1-65.

Hessel, P., Rodríguez-Lesmes, P., & Torres, D. (2020). Socio-economic inequalities in high blood pressure and additional risk factors for cardiovascular disease among older individuals in Colombia: Results from a nationally representative study. *Plos one*, 15(6), e0234326.

Hincapié, N. (2016). Cátedra de la Experiencia y la Familia del Salazar y Herrera, Primer Congreso Internacional, Profesionalización del Docente Universitario. Universidad Autónoma Latinoamericana. Medellín, Colombia.

Hooyman, N. R., & Kiyak, H. A. (2008). *Social gerontology: A multidisciplinary perspective*. Pearson Education.

International Labour Office. (2015). *World employment and social outlook: Trends 2015*. Obtenido de Geneva: International Labour Organization.

Johnson, R. W., & Karamcheva, N. S. (2017). What Explains Educational Disparities in Older Adults' Propensity to Work? *Journal of Organizational Psychology*, 17(6).

Johnson, R. W., & Wang, C. X. (2017). Educational Differences in Employment at Older Ages. Washington, DC: Urban Institute. tinyurl.com/sxlrrsr. Retrieved February, 6, 2020.

Kürüm, E., Strickland-Hughes, C. M., Ditta, A. S., Nguyen, G., Felix, M., Leanos, S. & Wu, R. (2020). The impact of learning multiple real-world skills on cognitive abilities and functional independence in healthy older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(6), 1155-1169.

Lara-Díaz, M. F., Beltrán-Rojas, J. C., & Araque-Jaramillo, S. M. (2019). Resultados de un programa de estimulación lingüística y cognitiva dirigido a adultos mayores y su impacto en la calidad de vida. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(1), 75-81.

Lövdén, M., Fratiglioni, L., Glymour, M. M., Lindenberger, U., & Tucker-Drob, E. M. (2020). Education and cognitive functioning across the life span. *Psychological Science in the Public Interest*, 21(1), 6-41.

Loredo-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 13(3), 159-165.

Manjarrés, M. (2014). Saberes de Vida. EAFIT. Recuperado de: <https://www.ea->

fit.edu.co/cec/programas/SiteAssets/Paginas/y-seras-feliz/Revista%20saberes%20de%20vida%202014_web.pdf

Martínez-Alcalá, C. I., Rosales-Lagarde, A., Alonso-Lavernia, M. D. L. Á., Ramírez-Salvador, J. Á., Jiménez-Rodríguez, B., Cepeda-Rebollar, R. M., ... & Agis-Juárez, R. A. (2018). Digital inclusion in older adults: A comparison between face-to-face and blended digital literacy workshops. *Frontiers in ICT*, 21.

McEwen, B. S. (2000). Effects of adverse experiences for brain structure and function. *Biological psychiatry*, 48(8), 721-731.

McAllister A, Bodin T, Brønnum-Hansen H, Harber-Aschan L, Barr B, et al. (2020) Inequalities in extending working lives beyond age 60 in Canada, Denmark, Sweden and England—By gender, level of education and health. *PLOS ONE* 15(8): e0234900. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234900>

McWilliams, S. C., & Barrett, A. E. (2018). “I hope I go out of this world still wanting to learn more”: Identity work in a lifelong learning institute. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(2), 292-301.

Navarro, J. L. A., Ruiz, V. R. L., & Peña, D. N. (2017). The effect of ICT use and capability on knowledge-based cities. *Cities*, 60, 272-280.

Noble, C., Medin, D., Quail, Z., Young, C., & Carter, M. (2021). How does participation in formal education or learning for older people affect wellbeing and cognition? A systematic literature review and meta-analysis. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 7.

OECD Publishing. (2019). OECD employment outlook 2019: The future of work. Organisation for Economic Co-operation and Development OECD.

OIT. (2019). Organización Internacional del Trabajo. Obtenido de Perspectivas sociales y del empleo en el mundo: Tendencias 2019: https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2019/WCMS_713013/lang--es/index.htm

ONU. (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Obtenido de Perspectiva regional y de derechos humanos: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo. Un marco político. *Revista española de geriatría y gerontología*, 37, 74-105.

Park, J. H., Lee, K., & Dabelko-Schoeny, H. (2016). A comprehensive evaluation of a lifelong learning program: Program 60. *The International Journal of Aging and Human Development*, 84(1), 88-106.

Patrício, M. R., & Osório, A. (2016). Intergenerational learning with ICT: A case study. *Studia paedagogica*, 21(2), 83-99.

Peláez, B. (2018). Programa Educativo para Adultos Mayores: Casa de la Felicidad. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Perera, A (2020, Oct 26). Fluid vs crystallized intelligence. *Simply Psychology*.

Prado, S. A., Cadavieco, J. F., & Seviliano, M. Á. P. (2013). Ventajas de la incorporación de las TIC en el envejecimiento/ Advantages of incorporating ICT in aging. *Revista Latinoamericana De Tecnología Educativa-RELATEC*, 12(2), 131-142.

Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522), eaay0214.

Robles, M., Cruz-Aguayo, Y., Schady, N., Zuluaga, D., Fuertes, N., & Kang, M. (Enero de 2019). Banco Interamericano de Desarrollo. Obtenido de El futuro del trabajo en América Latina y el Caribe: Educación y salud: ¿los sectores del futuro?: <https://publications.iadb.org/es/educacion-y-salud-los-sectores-del-futuro-version-para-imprimir>

Schoultz, M., Öhman, J., & Quennerstedt, M. (2022). Experiences of intrinsic values in education for older adults: insi-

ghts from a Swedish senior university. European journal for Research on the Education and Learning of Adults.

Sewdas, R., De Wind, A., Van Der Zwaan, L. G., Van Der Borg, W. E., Steenbeek, R., Van Der Beek, A. J., & Boot, C. R. (22 de agosto de 2017). Obtenido de Why older workers work beyond the retirement age: A qualitative study: <https://publications.tno.nl/publication/34625348/FJyUcJ/sewdas-2017-why.pdf>

Sibai, A. M., & Hachem, H. (2021). Embracing a culture of lifelong learning: older adult learning and active ageing: bridging self-actualization and emancipation. UNESCO.

Smith, P. J., Blumenthal, J. A., Hoffman, B. M., Cooper, H., Strauman, T. A., Welsh-Bohmer, K., ... & Sherwood, A. (2010). Aerobic exercise and neurocognitive performance: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Psychosomatic medicine*, 72(3), 239.

Socias, C. O., & CERDÀ, M. X. M. (2007). Envejecimiento, educación y calidad de vida: la construcción de una gerontología educativa. *Revista española de pedagogía*, 257-274.

Soto Añari, M. F. (2016). Nivel de lectura como medida de reserva cognitiva y su influencia sobre el control ejecutivo en adultos mayores y sano.

UNESCO. (2015). Declaración de Incheon y marco de acción para la realización del objetivo de desarrollo sostenible 4. Educación 2030.

UNESCO. (21 de junio de 2017). UNESDOC Biblioteca Digital. Obtenido de El aprendizaje a lo largo de toda la vida desde una perspectiva de justicia social: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000250027_spa

UNESCO. (8 de diciembre de 2019). 4th Global Report on Adult Learning and Education: Leave No One Behind: Participation, Equity and Inclusion. Obtenido de <https://reliefweb.int/report/world/4th-global-report-adult-learning-and-education-leave-no-one-behind-participation-equity>

Universidad del Rosario (2022). Índice Departamental de Competitividad. Recuperado de: <http://www.colombiacompetitiva.gov.co/snci/indicadores-nacionales/indice-departamental-competitividad>

Van Gelder, B. M., Tjihuis, M. A. R., Kalmijn, S., Giampaoli, S., Nissinen, A., & Kromhout, D. (2004). Physical activity in relation to cognitive decline in elderly men: the FINE Study. *Neurology*, 63(12), 2316-2321.

Watkins, I. & Xie, B. (2018). Health literacy. In M. H. Bornstein (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Lifespan Human Development*, pp. 1037-1038. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781506307633.n385>

Wessels, B. 2013. The reproduction and reconfiguration of inequality: Differentiation and class, status, and power in the dynamics of digital divides. In: M. Ragnedda and G.W. Muschert. eds. *The Digital Divide*. London, Routledge. Chapter 2.

Yaffe K, Barnes D, Nevitt M, Lui L, Covinsky K. A Prospective Study of Physical Activity and Cognitive Decline in Elderly Women: Women Who Walk. Arch Intern Med. 2001;161(14):1703-1708. doi:10.1001/archinte.161.14.1703



3.7.Siglas

ALTV	ALTV Aprendizaje a lo Largo de Toda la Vida
ECV	Encuesta de Calidad de Vida
GF	Grupo Focal
GEIH	Gran Encuesta Integrada de Hogares
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
QoL	Quality of Life Questionnaire (versión original). Cuestionario de la Calidad de Vida (Versión española)
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje
TIC	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

3.8. Lista de figuras



- Figura 1.** Habilidades fluidas y cristalizadas a lo largo de la vida
- Figura 2.** Efecto de la educación en el desempeño cognitivo a través de la edad
- Figura 3.** Años de escolaridad promedio por grupo etario
- Figura 4.** Máximo nivel de escolaridad por grupo etario
- Figura 5.** Tasa de asistencia a educación formal
- Figura 6.** Años de escolaridad promedio por departamento, personas mayores
- Figura 7.** Máximo nivel de escolaridad obtenido por departamento, personas mayores
- Figura 8.** Máximo nivel educativo por condición de ruralidad
- Figura 9.** Máximo nivel de escolaridad alcanzado por género, personas mayores
- Figura 10.** Número de estudiantes que asisten a educación formal por género y modalidad de asistencia, personas mayores
- Figura 11.** Mayor nivel educativo por tipo de discapacidad en personas mayores
- Figura 12.** Años promedio de educación por grupo etario y tipo de discapacidad, personas mayores
- Figura 13.** Tasa de analfabetismo por grupo de edad, población persona mayor
- Figura 14.** Tasa de analfabetismo a nivel departamental en personas mayores

- Figura 15.** Tasa de analfabetismo de las personas mayores por grupos de especial interés
- Figura 16.** Logro educativo por identificación LGBT
- Figura 17.** Logro educativo población rural
- Figura 18.** Logro educativo por grupos étnicos
- Figura 19.** Retornos de largo plazo, habilidades digitales personas mayores
- Figura 20.** Uso de computador de manera frecuente
- Figura 21.** Tenencia dispositivo celular
- Figura 22.** Frecuencia uso internet por grupos etarios
- Figura 23.** Personas mayores de 65 años por cada 100 habitantes menor de 65 años
- Figura 24.** Tasa de ocupación en población pensionada y no pensionada por años de educación en Latinoamérica
- Figura 25.** Sectores laborales en los que se ocupan las personas mayores en Colombia
- Figura 26.** Riesgo promedio de automatización en trabajos ocupados por la población mayor
- Figura 27.** Diferencia promedio de la Población Económicamente Activa (PEA) por rubro de actividad económica (personas mayores versus personas adultas - barras) respecto a la probabilidad de automatización (línea)
- Figura 28.** Núcleos del conocimiento con mejor perspectiva laboral en Colombia

3.9. Lista de tablas



Tabla 1. Ocupaciones con prospectiva de aumento o reducción



4

Capítulo:
El cuidado y
los cuidadores
de las personas
mayores

4

Capítulo:
El cuidado y
los cuidadores
de las personas
mayores

Autores >>>

- > Philipp Hessel
- > José Elías Durán
- > Mariana Vázquez Ponce
- > Camila Andrea Castellanos Roncancio
- > Lina María González Ballesteros

ISBN (ONLINE)

978-958-53617-9-9



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, Fedesarrollo, PROESA y DANE.

Cítese como:

Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE. (2023). Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva. Bogotá, D.C. Colombia. 597 páginas

Contenido

4.1. Introducción	264
4.2. Marco teórico.....	266
4.2.1. Definición de cuidado	266
4.2.2. Definición de tipos, modelos y programas de cuidado	268
4.2.2.1. Cuidado en la vejez	268
4.2.2.2. Cuidado en el hogar y cuidado institucional.....	269
4.2.2.3. Situación de cuidado en el mundo	270
4.2.3. Modelos pequeños, enfocados en la comunidad.....	272
4.2.4. Modelos grandes, regulados a nivel estatal o regional.....	274
4.2.4.1. Modelo de Columbia Británica	274
4.2.4.2. Modelo de Arizona.....	274
4.2.4.3. Modelos en Latinoamérica.....	274
4.2.5. El cuidador de la persona mayor	275
4.2.6. Costos de cuidado.....	276
4.2.7. Cuidado y pandemia.....	277
4.3. Hallazgos	279
4.3.1. Evolución de la cohabitación de personas mayores...	279
4.3.2. Principales fuentes de cuidado de las personas mayores	286
4.3.3. Niveles de dependencia y el rol del cuidado	299
4.3.4. Perfil y características de los cuidadores	303
4.3.5. Las mujeres y el cuidado de las personas mayores ...	310
4.3.6. Necesidades que se espera satisfacer a través del cuidado provisto.....	313
4.3.7. Del cuidado por parte de la población mayor	315
4.3.8. Bienestar de las personas recibiendo cuidado	321

4.3.9.	Bienestar de las personas prestando cuidado.....	324
4.3.10.	Efectos derivados de la provisión de cuidado.....	328
4.4.	Conclusiones.....	330
4.4.1.	La gran mayoría (70%) de las personas mayores que necesitan cuidados reciben cuidado no remunerado por parte de otro miembro del hogar.....	331
4.4.2.	Existe una carga importante para el cuidador en Colombia.....	333
4.4.3.	Efectos de la pandemia del COVID-19 y cambios en la oferta y demanda de atención a las personas mayores en Colombia	334
4.5.	Recomendaciones.....	335
4.6.	Referencias.....	338
4.7.	Lista de figuras.....	343



4.1. Introducción



El cuidado es una relación social a la cual nos vemos expuestos todos los seres humanos en algún momento de nuestro ciclo vital: ya sea en la niñez, durante una enfermedad o cuando somos personas mayores y requerimos de apoyo para realizar alguna labor. El cuidado es transversal a la vida.

Para Joan Tronto, citada por La Furcia et al. (2014), el cuidado es: “Una actividad

característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos con vistas a mantener, continuar o reparar nuestro “mundo”, de tal manera que podamos vivir en él, lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras individualidades (selves) y nuestro entorno, que buscamos tejer juntos en una red compleja que sostiene la vida” (Arango & Molinier, 2011).

De este modo, el cuidado es una relación social que procura mantener, continuar o reparar el mundo en el que vivimos, nuestra realidad inmediata, por medio de las relaciones sociales que se entretajan

entre los actores que participan en ella. Por lo mismo, el cuidado ha sido estudiado desde múltiples orientaciones teóricas y metodológicas. Precisamente, por la amplitud conceptual del cuidado se ha llegado a conclusiones diversas, porque la acotación del concepto tiene efectos directos sobre el proceso de investigación, permitiendo enfatizar los elementos más relevantes para cada campo de estudio. En este sentido, para el caso de las personas mayores, es necesario hacer hincapié en cómo las condiciones de salud de una parte de la población mayor afectan la realización de las actividades básicas en su vida cotidiana, lo que genera a la vez, la necesidad de cuidado y apoyo para lograr su bienestar integral.

Precisamente Ravazi y Staab (2008) definen cuidado como el apoyo y asistencia proveída a una persona que lo requiere, para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), como vestirse, bañarse, comer, o para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), que implican apoyo en labores domésticas o transporte. Esta diferenciación entre ABVD y AIVD representa una división en niveles de dependencia y, por ende, en cargas de cuidado. De este modo, para Ravazi y Staab (2008) el apoyo o cuidado se diferencia de la ayuda o la asistencia porque en las primeras hay dependencia funcional de por medio. Es decir, bañar a una perso-

na que no puede bañarse por sí misma sería una relación de ayuda o asistencia, más no de cuidado. Así, las autoras, acotan el concepto de cuidado de tal manera que es posible resaltar las cargas del sistema de salud, las familias y la comunidad frente a las crecientes Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) de la población.

Este es el efecto preciso que tiene la transición demográfica sobre las relaciones de cuidado. En primer lugar, el incremento de las ECNT en las personas mayores, aumenta la carga de cuidado que recae sobre la población en etapa productiva. Sin embargo, la responsabilidad del cuidado no se distribuye de manera homogénea y equitativa, por el contrario, el cuidado ha recaído históricamente en las familias y, en especial, en las mujeres. Por ello, transformaciones asociadas a la transición demográfica tales como la disminución de la tasa de natalidad y el encogimiento de los núcleos familiares (menos hijos para cuidar a sus padres), sumado a la inclusión de la mujer en el mercado laboral, han ocasionado un panorama donde se incrementa la demanda de cuidado mientras la oferta mengua. A dicho proceso se le denomina la Crisis del Cuidado (Aguirre & Ferrari, 2014) y afecta tanto a las personas que cuidan como a quienes son cuidadas. Este aumento en las cargas de cuidado junto con

la persistencia de la asimetría de género a la hora de cuidar genera un grave peligro de sobrecarga a las familias y a las mujeres que puede resultar en trampas de pobreza o en sobrecarga en tiempo y en trabajo por parte de los cuidadores (Arango & Molinier, 2011).

4.2. Marco teórico



4.2.1. Definición de cuidado

El concepto de cuidado ha sido estudiado con un enfoque altamente multidisciplinar. Así, tanto la sociología, la psicología, la historia, la antropología y la economía, además de las ciencias de la salud, han profundizado en su definición, alcance y dinámicas propias. Sin embargo, de manera general, se ha definido el cuidado como las actividades y prácticas sociales dirigidas a asegurar la supervivencia básica de las personas a lo largo de la vida (Agulló et al., 2010).

De este modo, el cuidado puede proporcionarse no solamente a familiares, sino a todas aquellas personas que por sus condiciones requieren asistencia para actuar por sí mismos de manera integral, física, mental, emocional y social (Rogeró, 2009).

Adicionalmente, brindar cuidado incluye ofrecer el apoyo físico y mental necesario para cuidar a un miembro de la familia o a un amigo persona (Cepal, 2020), asegurando un nivel funcional de acuerdo a la capacidad del individuo, que le posibilite gozar de sus derechos básicos, libertades fundamentales y dignidad humana (OMS, 2015). En resumen, el cuidado está compuesto de todas las acciones que se realizan en favor de otro individuo que es incapaz de hacerlas por sí mismo, involucra una conexión emocional y es facilitado por algunos rasgos del carácter, habilidades, conocimiento y tiempo para compartir con el receptor del cuidado (Huenchuan & Rodríguez, 2015).

Cuando el cuidado es proporcionado por profesionales de la salud, se le reconoce como cuidado formal. Si las tareas de cuidado son desarrolladas por familiares, allegados o amigos, se le reconoce como cuidado no remunerado, en cuanto implica una prestación de servicios que no recibe retribución económica (Rogeró, 2009). La forma en que se administra el cuidado varía de una comunidad a otra, sin embargo, la modalidad no remunerada suele prevalecer sobre la formal, siendo el cónyuge, hijo o hija, yerno o nuera, amigo o allegado sobre quien recaen las tareas asociadas al cuidado de una persona mayor (OMS, 2015). Este cuidado no remunerado ha sido considerado

desde cuatro dimensiones: el cuidado directo, que lidia con las tareas cotidianas; el cuidado emocional, relacionado con el apoyo social y del ánimo; el cuidado de mediación, negociar con otros a nombre del receptor del cuidado y, cuidado financiero, el manejo de recursos fiscales (Cepal, 2020). El cuidado es transitivo, puede delegarse o transferirse de la familia al profesional y viceversa (Huenchuan & Rodríguez, 2015).

Tanto el cuidado no remunerado como el cuidado formal se incluyen dentro de las actividades catalogadas como trabajo. El cuidado formal se asocia normalmente con un pago por prestación de servicios. Sin embargo, las actividades de cuidado no son siempre remuneradas monetariamente. Las labores desarrolladas en este ámbito se consideran directas, cuando el cuidador realiza las tareas, e indirectas, cuando el cuidador tiene un rol de supervisión o de apoyo.

De este modo, se evidencia que el cuidado abarca diferentes dimensiones relacionadas con el bienestar de los individuos incluyendo el aspecto emocional, material, económico y moral. Por ello, una aproximación holística a las dinámicas del cuidado nos lleva a definir de modo más certero este concepto como las prácticas y actividades sociales orientadas a asegurar la conservación de las condiciones físicas, psíquicas y sociales de las perso-

nas a lo largo de la vida (Tobio et al., 2010).

En la investigación sobre el cuidado suele utilizarse el concepto de necesidad, el cual se define por como la “carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida”. Así pues, una carencia pasa a ser necesidad cuando se percibe como algo que es imprescindible para vivir. Existen diferencias en el establecimiento de cuáles necesidades son superiores y cuáles son inferiores; no obstante, hay un consenso en que existen algunas necesidades básicas para el desarrollo de una existencia humana digna (Doyal & Gough, 1994). El contexto social, económico, cultural y político es de suma importancia para realizar la definición, ya que las causas por las que acontecen las necesidades son variadas y requieren de un entendimiento puntual.

Así pues, el cuidado tiene en cuenta elementos esenciales para la vida, como lo son el abrigo, la salud, la limpieza, la alimentación, el acompañamiento, hasta la transmisión de conocimientos, apoyo, valores sociales y prácticas mediante procesos relacionados con la crianza (Cepal, 2020). Además, el cuidado implica una relación entre personas cuidadoras y personas que reciben el cuidado en situación de dependencia, vulnerabilidad o con limitaciones parciales que las llevan a requerir de cuidado.

Los actores principales en el cuidado

no son únicamente aquellos con un vínculo familiar directo, debido a que también tienen un rol central los vínculos comunitarios o laborales. Tanto el apoyo brindado dentro del núcleo familiar como fuera de él debería asegurar un nivel funcional de acuerdo con la capacidad del individuo, enfocado en los derechos y los principios de igualdad, solidaridad y universalidad (OMS, 2020).

4.2.2. Definición de tipos, modelos y programas de cuidado

El cuidado se puede clasificar en función del actor que lo provea. Por un lado, el cuidado formal es brindado por parte de profesionales de la salud, psicólogos, trabajadores sociales o individuos capacitados para este fin que reciben una remuneración monetaria por su labor. Por otro lado, el cuidado no remunerado recae sobre miembros del núcleo familiar o de la comunidad y no recibe remuneración. En Colombia prevalece notoriamente el cuidado no remunerado. Adicionalmente dependiendo su enfoque el cuidado se subdivide en cuatro categorías principales: cuidado emocional, cuidado de mediación, cuidado financiero y autocuidado.

Cuando existen impedimentos para realizar las actividades de la vida diaria, se presentan cuatro posibilidades para

recibir los cuidados indispensables: (i) cuidado no remunerado, (ii) cuidado formal, (iii) cuidado formal y no remunerado o (iv) no recibir ningún tipo de cuidado. Suelen distinguirse tres categorías de ayuda en el cuidado no remunerado: apoyo material o instrumental, apoyo informativo o estratégico y apoyo emocional (Rogeró, 2009).

4.2.2.1. Cuidado en la vejez

El envejecimiento es un proceso natural inherente a la naturaleza del ser humano que conlleva cambios fisiológicos, sociales y psicológicos que afectan la vida del individuo en diferentes ámbitos. El patrón poblacional proyectado para Colombia pronostica un incremento de la población mayor en los siguientes 50 años, se ha visto ya el aumento de este grupo etario respecto a la población joven en diversas zonas del mundo (Cubillos et. al, 2020). Por ello, es fundamental consolidar y fomentar el cuidado de la persona mayor.

En la mayoría de los casos, el envejecimiento lleva a un deterioro en la funcionalidad del individuo que resulta en grados de dependencia en la realización de diferentes actividades, funcionales e instrumentales. El cuidado de la persona mayor está encaminado a la asistencia en aquellas actividades que no puedan ser llevadas a cabo independientemente;

se busca el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y aportar apoyo físico y psicológico según sea requerido. El cuidado de la población mayor debe estar enfocado en la preservación y mejoramiento de su calidad de vida y hacia el proceso de envejecimiento saludable.

4.2.2.2. Cuidado en el hogar y cuidado institucional

Para cumplir con el propósito de las actividades relacionadas con el cuidado, uno de los primeros retos que surge es lograr armonía entre las necesidades del receptor del cuidado y el entorno donde este se dará. Por ello, es fundamental considerar la funcionalidad individual y capacidad de integración recíproca entre cuidador-cuidado. Esta integración puede afectar positiva o negativamente los resultados del cuidado.

De esta manera, el cuidado en el hogar se refiere al cuidado proporcionado en el domicilio habitual del receptor. El cuidado institucional, por el contrario, es aquel que se da en los sitios adecuados para implementar programas de atención, como hospitales, instalaciones de rehabilitación, instituciones de cuidado crónico y asilos (10). Además del tipo de institución, la calidad del cuidado es otro de los factores determinantes para que un individuo receptor de cuidado opte por uno u otro. En algunos escenarios, como en el

caso de individuos con baja dependencia y buen nivel de suficiencia, e incluso algunos con ciertas discapacidades, prefieren el cuidado en casa sobre el institucional, en relación con el deseo no solo de permanecer en su hogar, sino también en su comunidad (11).

En sociedades envejecidas como Japón y Taiwán, se ha comparado el resultado de la atención del cuidado en el hogar con la institucional (PACE, 2019). En Japón, un país con una población que envejece de manera creciente, en la que los familiares, potenciales cuidadores, también son generalmente personas mayores, los costos asociados al cuidado institucional, también cada vez más crecientes, han llevado a considerar alternativas para disminuir el gasto relacionados al cuidado institucional, como la eliminación de algunas de las instituciones prestadoras, los planes de salud que los cubren y la reducción en las estancias hospitalarias, entre otros. Sin embargo, dadas las características particulares de esta población, como el rápido envejecimiento de la población rural, han evidenciado hallazgos como que el costo de la atención en el hogar es comparativamente mayor que el cuidado institucional (PACE, 2019).

Al comparar el cuidado en el hogar con el institucional utilizando algunos indicadores de calidad del cuidado, en Taiwán mos-

tró que las personas que recibían atención en casa hacían mayor uso de los servicios de urgencias, menos hospitalizaciones en infecciones, pero una mayor presentación de úlceras por presión. Aquellos que recibían cuidado en instituciones presentaban un menor riesgo de requerir atención de urgencias, un intervalo de tiempo entre las situaciones de urgencia, menor mortalidad y menor riesgo de desarrollar úlceras por presión, pero mayor riesgo de presentar infecciones. Considerando lo anterior, se ha concluido que, en esta población, los indicadores de calidad difieren significativamente en los dos escenarios, pero estos resultados se han adjudicado a la diferencia en las características de los pacientes, haciendo que la calidad del servicio sea entendida de acuerdo a los indicadores que se evalúen.

En estudios realizados en países desarrollados, que esperan un rápido crecimiento de su población de personas mayores, en general, el cuidado en el hogar da mejores resultados que los observados en individuos que permanecen en su hogar, pero de forma independiente. Estos resultados son menos claros al comparar el cuidado domiciliario con el cuidado institucional (Talley & Travis, 2013).

Los anteriores datos ponen de manifiesto que el escenario donde se presta el cuidado es una variable que aporta a la complejidad del proceso de atención de las

personas que requieren asistencia para desarrollar sus actividades. Es claro también que los resultados van más allá de la simple evaluación de indicadores, costos y planes de atención. La consideración y evaluación de las características de la población receptora del cuidado deben ser determinantes al momento de plantear los programas de atención, tratando de entender las necesidades propias del sistema de salud, del cuidador y especialmente de las personas receptoras del cuidado.

4.2.2.3. Situación de cuidado en el mundo

En el mundo, a nivel gubernamental, el análisis del cuidado a largo plazo de las poblaciones en constante envejecimiento se ha centrado en el efecto de los programas de atención en la sostenibilidad del sistema. En los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), este rubro representó un 4,6% del gasto público en el periodo 2006-2011, con proyecciones que indican que para 2060 este se habrá duplicado (Eng et. al 1997). En el informe de indicadores del panorama de la salud de 2021, la OCDE reportó que para 2019 el gasto en cuidado representó el 1,5% del PIB en todos los países miembros, sin embargo, se identificaron brechas importantes entre estados de la unión de la Unión Europea y estados de regiones con economías emergentes. Por ejemplo, el

gasto en cuidado de Países Bajos fue del 4,5 % y el de México, Chile, Grecia y Turquía estuvo entre 0,1% y el 0,2%, situación que se propone que puede ser explicada por la implementación de los servicios de cuidado, que pueden ir desde una mayor proporción de estos prestados de manera informal, hasta la implementación de verdaderos sistemas de cuidado.

En respuesta a la necesidad no satisfecha de optimización de los recursos, mejora en la calidad de la atención, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado las recomendaciones de cuidado integral para personas mayores (Integrated Care for Older People – ICOPE) (OMS 2017). En estas se brindan recomendaciones basadas en la evidencia a los profesionales de la salud para detectar y manejar reducciones importantes en las capacidades físicas y mentales de las personas mayores y para implementar estrategias de apoyo a los cuidadores. Se proponen como una base para el desarrollo de lineamientos nacionales usando un enfoque centrado en las personas.

Las recomendaciones de ICOPE están divididas en 3 módulos (OMS 2017):

› **Módulo I**

Disminución de la capacidad intrínseca individual, incluyendo pérdida de la movilidad, malnutrición, disminución de la agudeza visual, hipoacusia, alte-

raciones cognoscitivas y síntomas depresivos.

› **Módulo II**

Síndromes geriátricos asociados con la necesidad de cuidado, incluyendo incontinencia urinaria y riesgo de caídas.

› **Módulo III**

Apoyo al cuidador: intervenciones para brindar apoyo al cuidador y evitar sobrecarga por las actividades de cuidado.

Uno de los principales modelos de atención y cuidado de personas que requieren asistencia es el de “sistemas integrados”. En estos se realiza una aproximación integral a la provisión de servicios en salud, asistencia social y residencial para atender las necesidades de las personas que requieren cuidado y son diseñados para superar las barreras administrativas, legislativas, financieras y clínicas respecto a la atención y el cuidado centrados en el paciente (Robles, 2015).

Existen varias formas de implementar un sistema integrado de atención, sin embargo, estas deben ser congruentes con el contexto donde se desarrollen, las necesidades a satisfacer y la población a intervenir. De manera global, los programas identificados como sistemas integrados se constituyen en dos grandes grupos, los modelos pequeños enfocados

en la comunidad y los modelos grandes regulados a nivel estatal o regional, de los que se han reportado experiencias sobre la implementación y resultados de programas específicos (14).

4.2.3. Modelos pequeños, enfocados en la comunidad

Modelo PACE (Program of All-inclusive Care of the Elderly)

Este modelo parte de la premisa: es mejor para el bienestar de las personas mayores en condiciones crónicas y de sus familias, que aquellas permanezcan en su comunidad tanto como sea posible, por lo que su objetivo principal es mantener la calidad de la atención y reducir el uso innecesario del hospital a partir de la atención preventiva y el control regular. El modelo se remonta al programa On Lok, que nació en el barrio chino de San Francisco, Estados Unidos, en 1971, y hasta 2019 había sido replicado en 31 de los 50 estados subnacionales de Estados Unidos, a través de 130 organizaciones que contaban con 50.000 participantes (National Peace Association, 2019).

El programa atiende personas mayores de 55 años que requieran atención domiciliaria a través de centros de atención (PEACE centers) y visitas al hogar del participante, e incluye servicios como cuidado primario –medicina general y

servicios de enfermería–, servicios de emergencia, prescripción de fármacos, odontología, optometría y podología, entre otros. El PACE se financia a partir de un esquema de capacitación, en el que los centros reciben del gobierno –a través de los programas de cobertura de seguridad social Medicare y Medicaid– un pago fijo por persona que cubre todos los servicios prestados durante un período determinado. La capacitación busca crear incentivos para hacer más eficiente la prestación de servicios.

Según Meret-Hanke (2011), quien usó modelos econométricos de propensión de probabilidad para evaluar el PACE, los beneficios de la reducción de las hospitalizaciones compensan los costos de ampliar los servicios ofrecidos en el PACE, aunque los altos costos de inversión y la preferencia de algunas personas mayores por ser atendidos por un solo médico limitan la expansión del modelo. Eng et al. (2015) también concluyeron que los resultados del PACE han sido positivos, pues los participantes han reportado una mayor satisfacción con los servicios recibidos y una reducción en el uso de servicios médicos institucionales.

Sin embargo, los autores destacan que una limitante para la expansión del PACE a lo largo de Estados Unidos es la alta inversión en tiempo y capital que debe hacerse para crear un centro PACE. El Wis-

consin Partnership Program encontró que con este programa se observaron menos ingresos hospitalarios y reducciones de la estancia hospitalaria y de consultas de urgencias cuando se comparó el modelo WPP (Wisconsin Partnership Program).

Modelo SIPA (System of Integrated Care for Older Persons)

De acuerdo con Bergman et al. (2008), el SIPA, al igual que el PACE, es un modelo de cuidado primario basado en la comunidad que busca atender las necesidades de las personas mayores con salud frágil mediante una atención multidisciplinar en servicios médicos y sociales, que incluyen prevención, rehabilitación, medicación y cuidado de largo plazo. El SIPA fue la implementación en Canadá del PACE. Son elegibles para el programa las personas mayores que tengan discapacidad severa en una o discapacidad moderada en dos de las siguientes áreas: Actividades Cotidianas de Autocuidado (ADL, por sus siglas en inglés) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

A diferencia del PACE, en el equipo multidisciplinar que conforma el SIPA puede participar el médico personal de la persona mayor atendida o de su familia. Este equipo es el encargado de proveer las intervenciones geriátricas basadas en la evidencia necesaria para identificar y minimizar el riesgo de discapacidad fun-

cional de la persona mayor atendida y propender por el uso apropiado de las instituciones de cuidado de largo plazo. En el SIPA, la persona mayor puede elegir el proveedor de servicios de cuidado de su preferencia.

El SIPA también funciona a partir de la capacitación e integra los recursos públicos que las provincias canadienses destinan para la salud y los servicios sociales. Los presupuestos del SIPA se construyen en función del número de personas inscritas, de las características socioeconómicas y demográficas de los participantes y de la apropiación presupuestal autorizada. Los operadores funcionales del SIPA no tienen permitido incurrir en déficits, y los superávits deben ser reinvertidos en un fondo de reservas o en la misma prestación de servicios. En algunos casos, con el permiso de las autoridades locales de gobierno, los prestadores de SIPA pueden cobrarles a los participantes una cuota moderadora para cubrir los costos de prestación de servicios. Según Beland et al. (2006), los resultados indican que el SIPA tiene resultados favorables en reducir el uso y costos de los servicios hospitalarios y de los servicios de enfermería sin incrementar los costos, reducir la calidad de los servicios o incrementar la carga financiera sobre las familias.

4.2.4. Modelos grandes, regulados a nivel estatal o regional

4.2.4.1. Modelo de Columbia Británica

Modelo implementado en la década del 90, proveía servicios relacionados con el cuidado a todas las personas mayores bajo una sola regulación administrativa y una sola fuente de financiación para todos los servicios. Ofrecía una amplia variedad de servicios como cuidado en casa, rehabilitación en programas comunitarios, servicios de apoyo domiciliario, cuidado diurno del persona y hogares comunitarios.

También incluía instalaciones para proveer cuidado a largo plazo y centros de diagnóstico y tratamiento geriátrico. Un análisis por minimización de costos mostró que el modelo reducía el gasto estatal y de bolsillo de los beneficiarios y los costos sociales, como el tiempo requerido por los cuidadores informales para atender a sus familiares.

4.2.4.2. Modelo de Arizona

Aprobado en 1981 como el sistema de control de costos del cuidado de la salud de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System), con el objetivo de expandir el cuidado agudo y contener los costos. Durante su implementación, el estado de Arizona le pagó a organizaciones

de cuidado administrado para proveer un conjunto de servicios relacionados con el cuidado a largo plazo a individuos en una región determinada mediante un sistema de capacitación. A cambio, estas organizaciones proveían o pagaban por todo el cuidado residencial a largo plazo y servicios de atención domiciliaria, profesional o de apoyo. Simulando los costos en un periodo de 24 meses, se lograba un ahorro de alrededor de 4,6 millones de dólares en estancias en asilos evitados con el programa.

4.2.4.3. Modelos en Latinoamérica

Se ha destacado el caso de Argentina, donde se implementó un programa de cuidado de las personas mayores, que integra tres dimensiones con un alto impacto sobre la forma como se administra. Primera, un módulo que invita a la población mayor a compartir sus experiencias y conocimientos con personas jóvenes. Segunda, un registro de cuidadores domiciliarios a través de una herramienta en línea que permite acceder a información pública y confiable sobre los cuidadores domiciliarios de todo el país, a la vez que permite a quien lo desee, entrenarse como cuidador y a quien lo necesite, buscar un cuidador capacitado. En desarrollo de la tercera dimensión, las personas mayores que no cuentan con servicios de salud ni recursos para adquirirlos, reciben

atención integral en residencias de larga estadía, donde acceden a los cuidados que necesita y ejercen su derecho a una vida activa mediante distintas actividades. Además, las acciones del programa promueven iniciativas nacionales para garantizar los derechos de las personas mayores, fortalecer su autonomía y promover el buen trato hacia ellos (Alberti, 2020).

4.2.5.El cuidador de la persona mayor

En términos generales, el término cuidador se refiere a la persona que brinda cuidado a las personas que necesitan ayuda para cuidar de sí mismas. Pueden ser profesionales de la salud, familiares, amigos, trabajadores sociales, miembros del clero u otras sociedades civiles y prestar sus servicios en casa, el hospital y otras instalaciones dedicadas al cuidado de la salud (Alberti, 2020).

Las personas encargadas del cuidado poseen trayectorias de formación diversas, con habilidades y experiencias profesionales y personales variadas. Por un lado, los cuidadores no remunerados, que suelen ser familiares, allegados o amigos, y por otro, los cuidadores formales, profesionales sanitarios capacitados para proveer la atención. Entre ambos grupos existe un espectro de personas con diversas capacidades y conocimientos

técnicos, por lo que es más compleja su clasificación. Por ejemplo, miembros de la familia con un alto grado de capacitación y capacidad técnica, podrían diferenciarse de un profesional sanitario solamente por la habilitación de las agencias reguladoras para ejercer las actividades asociadas al cuidado de otros individuos (Valdivia, 2020).

Los cuidadores no remunerados están sometidos a situaciones que alteran su propio desenvolvimiento individual. Frecuentemente se ven forzados a reducir sus horas de trabajo para prestar los cuidados (Valdivia, 2020) y se encuentran en circunstancias que conllevan una carga económica adicional, preocupaciones sobre su propio bienestar, dificultades para realizar sus propias actividades y las relacionadas con el cuidado y aumento del estrés (Marin, 2020).

A pesar de las dificultades que supone para los cuidadores no remunerados desarrollar su labor, se han identificado situaciones que modifican su desenvolvimiento de forma positiva, como mejoría de la autopercepción y la autoestima, de su estado emocional, disminución del estrés, darle sentido a su actividad como cuidador, satisfacción y enriquecimiento de la misma (Marin, 2020).

Es así, como el concepto de cuidador puede ser concebido como la persona profesional o no profesional, que asiste

a otra que requiere apoyo. El cuidador puede ser integrante de la familia, trabajador social, psicólogo, etc., además, le es posible prestar sus servicios en distintos lugares. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el cuidador es un familiar de la persona mayor que se encarga de asistirle en las actividades funcionales o instrumentales, en las que requiera ayuda; asimismo, si es el caso, brindarle apoyo emocional, financiero y de mediación.

4.2.6. Costos de cuidado

El envejecimiento implica una serie de cambios y también varios desafíos para los sistemas de atención en salud. Las personas mayores pueden necesitar los cuidados de otros por una enfermedad crónica, trauma o una discapacidad. Además, el aumento de la esperanza de vida en las últimas décadas, la creciente conciencia sobre la salud y los continuos avances tecnológicos, han impulsado el incremento en los costos de la atención médica; por estas razones, es importante abordar los costos del cuidado para comprender las implicaciones en los ámbitos individual y social.

El costo del cuidado se define como el gasto en servicios sociales y de salud para atender a las personas dependientes y que requieren atención continua. Este gasto contempla no solamente la atención y el acompañamiento necesario

para las actividades básicas e instrumentales, también puede incluir la atención paliativa, sea esta proveída en el hogar o en una institución y el recurso humano requerido para proveer los servicios.

La definición de costos de cuidado y la generación de un plan de seguridad social para cubrirlos, ha sido abordada por un pequeño número de países, incluyendo Japón, Alemania, Holanda y la provincia china de Taiwán (ILO, 2014). Esto refleja una ausencia de atención global ante las necesidades de cuidado de personas mayores y dificulta la creación de sistemas de cuidado que pueden favorecer a esta población. De este modo, el costo personal para los cuidados de largo plazo tiene un gran impacto sobre el ingreso de personas mayores, afectando en su mayoría a las mujeres, los pobres y aquellos con edad muy avanzada.

En América Latina, las políticas de cuidado se soportan sobre la base que las redes privadas ([p.ej](#) familiares, amigos) pueden asumir el cuidado de las personas mayores sin ser remuneradas (OPS, 2020). Mientras que, a nivel local, con el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, se brinda cobertura de riesgos en salud a toda la población, independientemente de su vinculación laboral y/o capacidad de pago, adoptando de este modo un modelo que podría denominarse de aseguramiento social.

4.2.7. Cuidado y pandemia

La pandemia por el COVID-19 ha perjudicado fuertemente a las personas mayores. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, la pandemia expuso la fragilidad de los sistemas de salud para apoyar a las personas mayores y atender sus necesidades. La población mayor ha sido la más vulnerable a causa de la pandemia, tanto por la probabilidad de morir como de contraer una enfermedad infecciosa. Las personas mayores han sufrido la interrupción súbita de sus rutinas cotidianas y de su seguridad y estabilidad económica; y con los cuidadores, quienes en muchos casos también son personas mayores, han sido los más perjudicados por la alta dispersión en los hogares geriátricos.

Siette et al. (2021) estudian el impacto inmediato de las medidas restrictivas adoptadas durante la pandemia del COVID-19 en la calidad de vida, la ansiedad, la depresión y las interacciones sociales de la población mayor que recibían servicios comunitarios de cuidado en Australia. De acuerdo con los análisis cuantitativos longitudinales desarrollados en tres momentos de corte transversal (2018, 2019 y 2020), los autores concluyen que la calidad de vida de las personas mayores se redujo significativamente después de la pandemia de 2020: incrementaron los

porcentajes de personas que reportaron sentirse más ansiosas o deprimidas y con problemas en su cotidianidad. Además, solo un porcentaje reducido de personas mayores pudo adoptar las nuevas tecnologías de comunicación, es decir, que hubo una interrupción en las relaciones familiares.

De acuerdo con Clark (2021), los hogares de cuidado de personas mayores en Canadá tenían más probabilidades de reportar al menos un caso de contagio de COVID-19 que otras entidades de cuidado. Adicionalmente, en los hogares con más de 25 personas mayores, donde hubo al menos un caso de contagio entre el personal de enfermería o de dirección y donde las habitaciones eran compartidas, las probabilidades de un brote de COVID-19 eran hasta siete veces más altas. Adicionalmente, los hogares de cuidado también reportaron dificultades logísticas para adoptar las medidas sanitarias de bioseguridad y para conseguir los insumos para asegurar la continuidad en el funcionamiento, así como, problemas de ausentismo entre el personal.

Al respecto, Néstor et al. (2021) investigaron cómo la pandemia del COVID-19 afectó social y profesionalmente a los trabajadores de los hogares de cuidado en Irlanda. Una proporción mayoritaria del personal manifestó que su carga de trabajo se incrementó significativamente

desde el comienzo de la pandemia, y que habían experimentado más estrés y ansiedad relacionados con el riesgo de contagio y con las medidas de aislamiento.

Ortega et al. (2021), a partir de la recolección de información mediante entrevistas y grupos focales en España, Reino Unido, Holanda, México, Panamá, Brasil y Argentina, identificaron seis retos respecto a la respuesta a la pandemia en relación con la atención a la población mayor: (i) recursos materiales y de gestión insuficientes, (ii) recursos humanos insuficientes y frágiles, (iii) infravaloración del peligro de los recursos residenciales, (iv) falta de coordinación interinstitucional entre los servicios de cuidado y salud, (v) falta de manejo de las consecuencias emocionales de la pandemia y (vi) edadismo (discriminación por edad).

Asimismo, los autores identificaron cuatro áreas de buenas prácticas que, durante la pandemia, han incrementado la autonomía de las personas mayores en condiciones de seguridad: (i) la adaptación de los servicios residenciales, (ii) el potenciamiento de los recursos humanos, (iii) la adopción de servicios de apoyo al bienestar emocional de las personas mayores y (iv) la organización de iniciativas en el ámbito comunitario. Los autores recomiendan incorporar estas buenas prácticas, junto con otras tendencias relacionadas con la creación de un modelo

de atención centrado en la persona, donde los servicios se brindan en el hogar o con una personalización que apunta a replicar sus mismas condiciones, para el fortalecimiento de los hogares de cuidado de la persona mayor.

Respecto al caso colombiano se destacan los trabajos de Fajardo et al. (2021) y el libro digital *La vejez. Reflexiones de la postpandemia*, de la Fundación Opción Colombia en 2020. Fajardo et al. (2021) estudian la resiliencia de los cuidadores formales y no remunerados de las personas mayores en Ibagué durante la pandemia del COVID-19. En marzo de 2020, las autoras aplicaron a 49 cuidadores la Escala Breve de Afrontamiento Resiliente (BRSC), por sus siglas en inglés). Aunque las autoras mencionan que los cuidadores de personas mayores afrontan circunstancias de alto estrés en su trabajo cotidiano, los resultados indican que las medidas de aislamiento social y el riesgo de contagio incrementaron las circunstancias de estrés, por lo que recomiendan poner en práctica intervenciones emocionales, cognitivas y socioculturales orientadas a fortalecer la resiliencia en el cuidador.

Finalmente, el libro *La vejez. Reflexiones de la postpandemia* (2020), recoge 21 artículos de expertos sobre asuntos del cuidado de la población mayor en Latinoamérica y en Colombia a la luz de los

cambios generados por la pandemia del COVID-19. De los artículos se destacan el de Alberti (2020), que resalta la transformación del paradigma del cuidado por el de la protección, en el que la persona mayor pueda evitar el contagio sin ser abandonado por una distancia social nociva. El de Forttes (2020), resalta que en Latinoamérica es la familia la que está encargada del cuidado de la persona mayor, razón por la que cualquier intervención orientada a fortalecer el sistema de cuidado debe partir de un enfoque multidisciplinar que tenga en cuenta la informalidad. Y Galeano (2020), propone una reconsideración del cuidado a partir de las consecuencias del aislamiento social en la relación cuidador-persona cuidada, ya que las medidas de contención de la pandemia debilitan y, en algunos casos, corta abruptamente el proceso de construcción de relaciones, con lo cual se produce un vacío físico y emocional en ambas partes.

4.3. Hallazgos



4.3.1. Evolución de la cohabitación de personas mayores

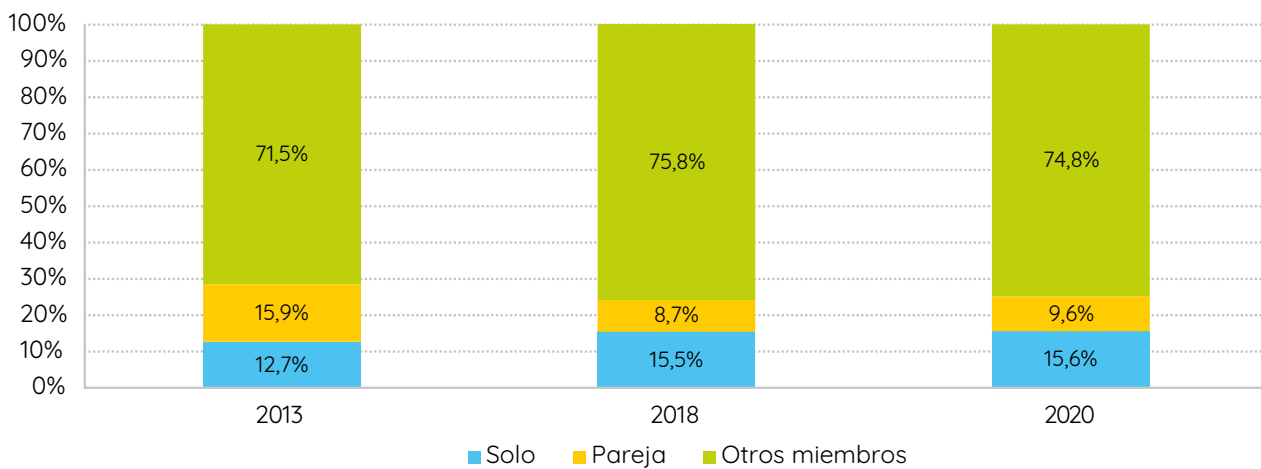
Caracterizar la composición de los hogares en los que habitan las personas mayores es determinante para realizar un análisis certero de las dinámicas de cuidado dentro del círculo de cohabitación. En Colombia para 2020 el 70,7% de las personas mayores que requerían cuidado lo recibían por parte de un miembro del mismo hogar. Por ello, la estructura familiar juega un rol fundamental en el tipo de cuidado que se brinda a las personas mayores, ya que establece las relaciones de dependencia económica y la construcción de redes de apoyo para afrontar limitaciones funcionales y/o de salud.

Adicionalmente, la llegada del COVID-19 y las consiguientes medidas de aislamiento preventivo impactaron la composición de los hogares en Colombia, generando en muchos casos la unificación de grupos familiares previamente dispersos e incidiendo en las tasas de mortalidad, especialmente de la población mayor.

Como se observa en la Figura 1, con el paso del tiempo han aumentado los hogares unipersonales, habitados solamente por una persona mayor de 60 años, pasando de 13,0% en el año 2013 al 15,6% para el año 2020. Teniendo en cuenta que la mayor parte del cuidado a personas mayores, se realiza dentro del núcleo familiar y no remunerado; el incremento de personas mayores viviendo solas puede implicar a su vez un aumento en la brecha

de cuidado. Sin embargo, también el número de personas mayores viviendo con otros familiares (distintos a su pareja) ha crecido en el tiempo, pasando de 71,5% en 2013 a 74,8% en 2020. Por su parte, la fluctuación en el porcentaje de personas mayores viviendo con su pareja presenta mayor variabilidad: a pesar que de 2013 a 2018 disminuyó en 7,2 p.p. tuvo un leve aumento de 1 p.p. para 2020, ubicándose en 9,6%.

Figura 1. Distribución de los adultos de 60 años o más según cohabitación



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

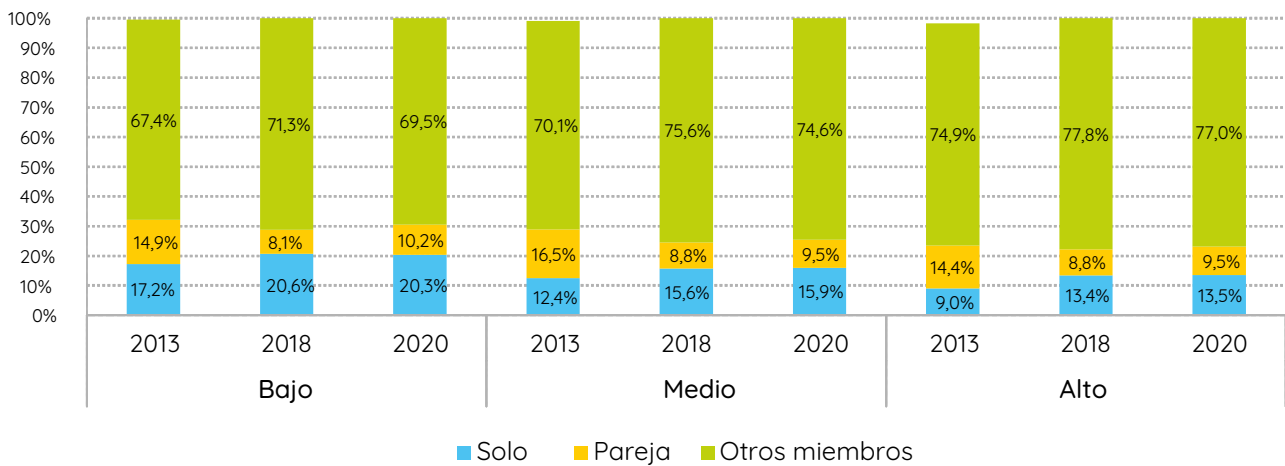
Al desagregar por nivel socioeconómico (Figura 2) se evidencia que las tendencias generales observadas a nivel poblacional se mantienen. Sin embargo, para el nivel socioeconómico bajo, la cantidad de

personas mayores viviendo solas asciende a 20,3%, muy por encima del 13,5% observado en el nivel socioeconómico alto. Lo anterior redundará en una doble vulnerabilidad de las personas mayores de estratos

bajos porque presentan menor solvencia económica para acceder a cuidado formal y, además, una proporción considera-

ble, tampoco puede acceder al cuidado no remunerado de la familia, porque habita en hogares unipersonales.

Figura 2. Distribución de personas mayores, según cohabitación y nivel socioeconómico



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

Nota: El nivel socioeconómico de la cohabitación se definió 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.

Por otra parte, los cambios más fuertes a través del tiempo se observan en el nivel socioeconómico alto. sí, entre 2013 y 2020 la cantidad de personas mayores viviendo en hogares unipersonales aumentó en 4.5 p.p. cifra mayor que el aumento temporal en este mismo rubro para el nivel bajo (3.3 p.p.) y medio (3.5 p.p.). Esta diferencia en la tasa de crecimiento se puede comprender en cuanto que la tasa de natalidad presenta una disminución considerable para los estratos altos a tra-

vés del tiempo, mientras que la cantidad de hijos se ha mantenido en niveles altos para los estratos bajos (Aguirre y Ferrari, 2014).

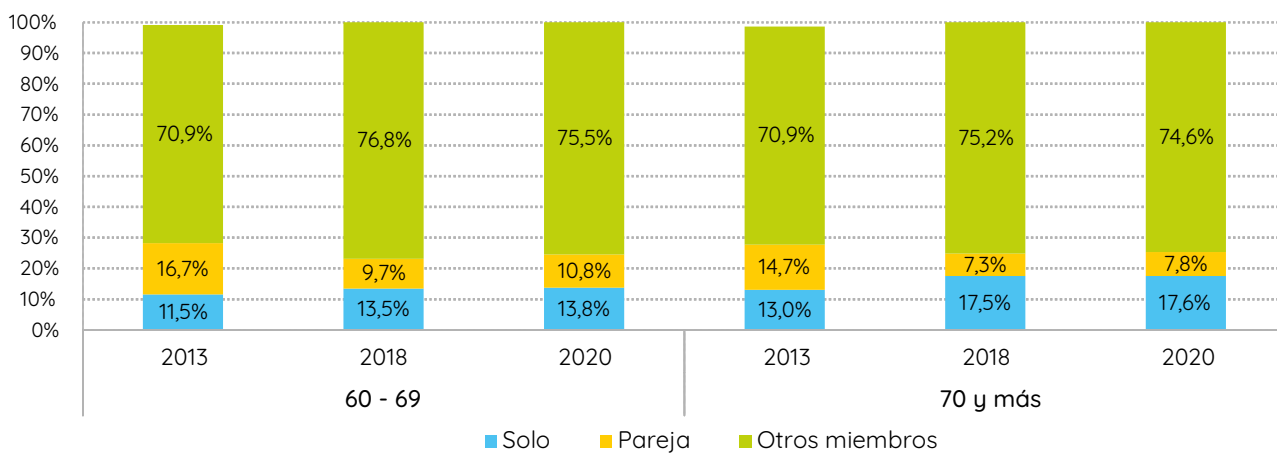
Por último, en todos los niveles socioeconómicos la cohabitación con otros miembros de la familia, hijos, nietos, padres, otros familiares, otros no familiares o empleados, es altamente preponderante y ha aumentado entre 2013 y 2020 de manera considerable, explicando en parte la prevalencia del cuidado no remune-

rado como principal fuente para el cuidado de personas mayores.

Adicionalmente, la Figura 3 muestra que, al desagregar por grupos etarios, los mayores de 70 años evidencian un mayor porcentaje de hogares unipersonales a lo largo del tiempo, representando un 17,6% de la cohabitación de este grupo. Como se analizará posteriormente, la población mayor a 70 años muestra mayor probabilidad de presentar limitaciones funcionales y/o comorbilidades que afecten la

realización de las Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD). Por ello, una mayor proporción de esta población viviendo sola implica un aumento en la brecha de cuidado para las personas mayor más vulnerables. Finalmente, la diferencia de aproximadamente 2 p.p. en la proporción de cohabitación con pareja entre los grupos etarios anunciados se explica por la mayor mortalidad de las personas mayores a 70 años respecto al rango etario comprendido entre 60 y 69 años.

Figura 3. Cohabitación de personas mayores, según grupo etario



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

En conclusión, el análisis de la cohabitación en Colombia muestra que la proporción de personas mayores viviendo solas ha aumentado en el tiempo, situa-

ción que es especialmente preocupante para los niveles socioeconómicos bajos y el rango etario por sobre 70 años. Estos grupos de manera particular evidencian

una mayor vulnerabilidad económica, física y psicológica que requeriría un mayor grado de cuidado y asistencia. Adicionalmente, se presenta la preponderancia de hogares intergeneracionales en los que conviven personas mayores con otros familiares dentro de la misma vivienda. Esta situación explica la prevalencia del cuidado no remunerado por parte de personas

del mismo hogar como principal fuente de cuidado.

Dentro de las redes de apoyo a lo largo de los grupos focales identificamos que las familias es el gran pilar para ayudar a las personas mayores ya sea en las ABVD y/o las AIVD, como se puede observar en las siguientes experiencias relatadas por algunos de los entrevistados que son cuidadores:

“Vivo con una tía de 93 años, aunque tiene una vitalidad de admirar, pero de todas maneras ella depende mucho de mí en el caso de llevarla al médico, tampoco la dejo cocinar, entonces pues sí, pienso que ella depende mucho de mí”.

(Grupo Focal -GF-, intergeneracional, estratos 3 y 4, Bogotá).

“Yo cuido a mi mamá hace 9 años, a ella toca bañarla, ella solamente come y habla, ella no se puede vestir, ni desvestir, debe tener pañal, ella está acostadita”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional 2, estratos 1 y 2, Manizales).

“A mi papá (...) estuve muy pendiente de él... Ha sido muy delicado porque él tiene un marcapasos, siempre ha sido muy independiente, pero durante la pandemia, la salud mental de él disminuyó, se ha visto muy afectado y ahora requiere más de mis cuidados”.

(GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, Quibdó).

“Pues cuidados, digamos directamente, que tengamos que estar ahí todo el tiempo no, pero si de pronto en sus cuestiones médicas, de su salud, sus medicamentos, de hacer diligencias, de ese tipo de cosas sí, que son nuestras madres”.

(GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 1 y 2, Bogotá).

“En mi casa en la parte superior viven mi tía y mi abuela que ya son personas de edad avanzada, entonces si pasa cualquier inconveniente, estemos lo que estemos haciendo, vamos para allá, no es un apoyo constante porque no es que yo le ayude a comer o con las funciones básicas, pero si hay un apoyo, por si necesita un mercado, hacer una vuelta; por ejemplo, en el caso de la pandemia cuando ellas necesitaban comprar implementos de aseo, tapabocas, etc., nosotros lo hacíamos por ellas”.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años 2, estratos 3 y 4, Manizales).

A su vez, cualitativamente se observó cómo algunas personas mayores que viven solas no se encuentran totalmente apartadas de la familia; algunas reciben visitas de sus seres queridos mientras que otras mantienen contacto con sus hijos a través de dispositivos tecnológicos, que se volvieron recurren-

tes a causa de la pandemia, como se muestra en los siguientes relatos. El primero, es la experiencia de una persona mayor que vive en una casa hogar; el segundo, sobre el cuidado a causa de la pandemia; y el tercero, se refiere a una cuidadora de personas mayores en un centro geriátrico.

“Yo tengo es hermanos, ellos me pagan, porque me trajeron a mí aquí. Me están regalando mi salud, porque pagan mi salud. Lo que pasa es que ellos me visitaban con frecuencia, pero eso se me paralizó por la cuestión de la pandemia. Pero, sin embargo, cada ocho días, voy donde dos hermanos, porque hay uno que me lava la ropa. Ellos recogen platica y me tienen un fondito, usted qué necesita y así...como para mis necesidades”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Manizales).

“Mi hijo me llamaba a preguntarme que cómo iba, que cómo había pasado la noche, que cómo caminaba, me llamaba mi muchacho todos los días”.

(GF, hombres mayores de 60 años, Quibdó).

“Y fue un reto para todos porqués nos tocó aprender a volvernos muy amigos de las redes sociales para que los hijos los pudieran llamar, para que los pudieran ver. A veces fue muy difícil porque no todos entendían la magnitud de la pandemia y fue muy difícil dejar de ver a la familia, o ver a la familia detrás de una cámara o si tenían problemas auditivos o de visión era como si cualquier otra persona les hablara”.

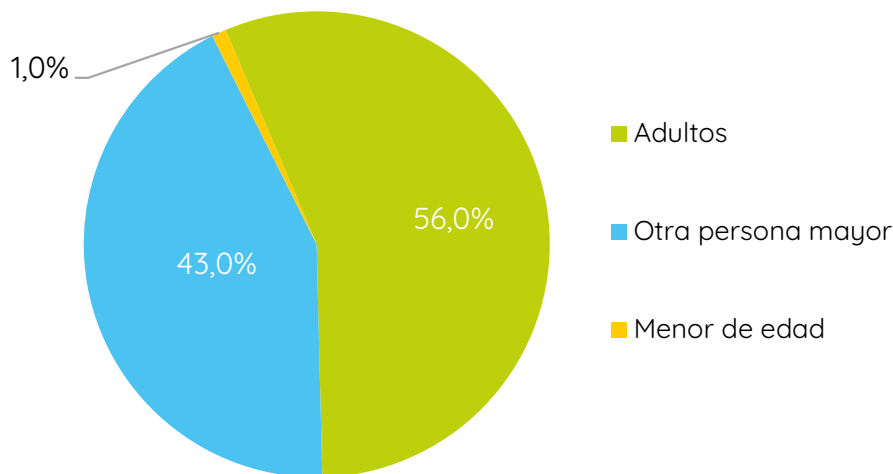
(GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Manizales).

4.3.2. Principales fuentes de cuidado de las personas mayores

En Colombia existe alta preponderancia del cuidado no remunerado como principal fuente de cuidado de la población mayor. Como se observa en la Figura 4, en 2020 la mayor parte de los cuidadores de personas mayores dentro del hogar eran personas (56%). Sin embargo, también las personas mayores ejercen el rol de cuidadoras en el núcleo familiar representando el 43% del total de cuidadores en el mismo hogar,

mientras que el porcentaje de niños y niñas encargados del cuidado de familiares mayores equivale a un 1%. El perfil del cuidador es determinante para la calidad de la prestación del cuidado, así como para la integración y reciprocidad entre la persona mayor cuidada y su cuidador. De este modo, ante la presencia de discapacidades funcionales se requiere en ocasiones formación básica o media en prestación de servicios médicos. Por ello, caracterizar el perfil de los cuidadores, así como las distintas fuentes de cuidado a nivel nacional cobra especial relevancia.

Figura 4. Tipo de cuidador de la persona mayor dentro del hogar. Total nacional 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.

Asimismo, en los grupos focales se identificó que muchos de los familiares que viven y son cuidadoras de personas mayores, dedican gran parte de su tiempo al cuidado y a garantizar que se suplan las necesidades

básicas de la persona mayor. Las siguientes citas dan cuenta de las experiencias de personas de diferentes ciudades y edades dedicadas plenamente al cuidado informal de una o más personas mayores:

“Soy (...) ingeniera de sistemas de los Andes. Estoy en este momento retirada. Me dedico a una cosa que se llama ahora...el tema del cuidado. Tengo a mi madre, que tiene una enfermedad degenerativa”.

(GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

“No estoy trabajando, pues me dedico al cuidado de mi madre, las cosas que correspondan, de sus citas médicas y pues al pendiente de ella, la verdad (...) estuve algunos años trabajando con mis hermanos desempeñándome como auxiliar contable. Pero, pues ya mi madre empezó a presentar quebrantos de salud, entonces me retiré y estoy dedicada solamente a ella”.

(GF, hombres y mujeres de 40 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

“Yo soy cuidadora de mi mamá y de mi papá. O sea, me toca repartir el tiempo entre mis cosas y cuidarlos a ellos, estar pendiente de las citas médicas, estar pendiente de todo lo que es de la salud de ello; ¿qué es lo que ellos más necesitan o qué más ameritan?: el tiempo para poder compartir con ellos”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional, estratos 1 y 2, Barranquilla).

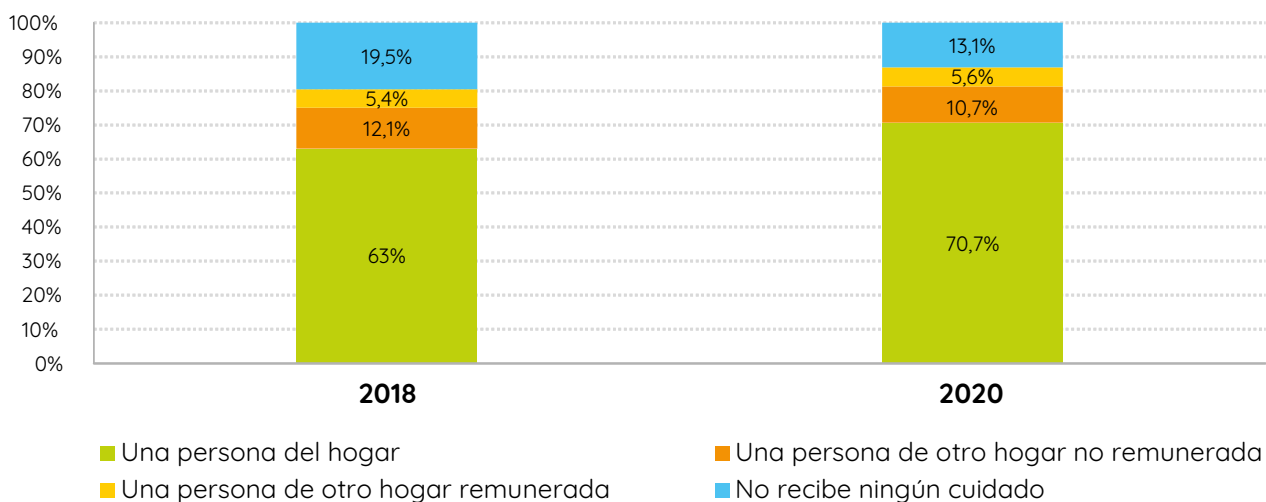
“Soy directora administrativa, pero yo no soy accionista de la empresa, gano unos honorarios, y pues obviamente uno siempre quisiera tener un poco más de ingreso, pues por el tema de sostenimiento de las personas mayores que tengo a mi cargo, porque pues ellos no son pensionados ni nada, siempre ha sido un tema complejo”.

(GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

De modo general, como se observa en la Figura 5, para 2020 el 70,7% de las personas mayores que requerían cuidado lo recibían por parte de una persona de su mismo hogar. Esta cifra presentó un aumento de más de 7 p.p. entre 2018 y 2020 lo que se podría explicar como efecto de la pandemia y las medidas de aislamiento preventivo que llevaron a muchas familias a suspender el contacto con cuidadores externos al hogar. Por su parte, el cuida-

do remunerado representa únicamente el 5,6% del total nacional, siendo inferior al 10,7% de cuidadores no remunerados externos al hogar. Finalmente, la brecha de cuidado, es decir, aquel porcentaje de personas mayores que requieren algún tipo de cuidado, pero no lo reciben, osciló entre 13 % y 19% en el periodo comprendido entre 2018 y 2020, representando aún una proporción considerable de la población y un reto vigente de política pública.

Figura 5. Distribución de cuidadores para personas mayores que requieren de cuidado



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

Además, los cuidadores no solo hicieron uso de un aislamiento preventivo en pandemia sino también reforzaron el uso de los elementos de bioseguridad para cuidar a las personas mayores y a ellos

mismos. Asimismo, apoyarlos en alguna actividad que necesitaran para evitar que las personas mayores salieran porque identificaban que era la población más vulnerable a causa del COVID-19.

“Pues los que tenemos más cerca, y uno velaba por su salud, porque tuvieran alimentos si no vivían con uno, si vivían solos, de ir a mercales, por asegurarles que las condiciones estuvieran bien; dentro de todo, perdiendo su libertad porque no los dejan salir y muchas cosas”.

(GF n°2, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Manizales).

“(…) yo tengo varios familiares con hipertensión, asma, y todas esas cosas hacían que uno dijera bueno, yo salgo por la necesidad de venir a comprarle a todos, porque vivimos, prácticamente, yo vivo en la mitad y uno en la esquina y el otro en la otra esquina de arriba, entonces salía una persona a hacer el mercado de las tres casas, entonces yo decía, yo me expongo, pero no los quiero exponer a ellos”.

(GF n°1, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Manizales).

“(…) ya era no dejarlos que ellos salieran, comprarles alimentos. También teníamos que prevenir muchas cosas. Uno por la condición de los dos, porque las defensas de mi papá son demasiado bajas, y por mi mamá, porque mi mamá es una persona diabética, tiene problemas del corazón (…). Empezamos a restringir todo, ese era el cuidado acá, de bañarse, del alcohol, de los tapabocas, de limpiarles los alimentos, todo.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 1 y 2, Bogotá).

“(...) conozco a una amiga, que ella no dejaba entrar a nadie a su casa, pues ella cuidaba a sus padres en casa y ambos tienen enfermedades de base (...) echaba cloro a todo (...) los otros hermanos los veían a través de una ventana por ahí saludaban a los papás a la mamá (...) entonces, los cuidados se tuvieron que intensificar un poco, pues porque es una población que estaba vulnerable”.

(GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Barranquilla).

“(...) teníamos que estar muy pendientes con ella: -mami no puede hacer esto, mami venga para acá, mami usted no puede ir para allá, mami usted...-. Entonces teníamos muchas cosas que habíamos que limitarlas para que (...) ella tuviera los cuidados”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional, Quibdó).

De igual forma, hubo un refuerzo en centros geriátricos, casas de hogar y asilos, para garantizar las medidas de bioseguridad, para proteger al cuidador y a las personas mayores.

“En el tema de cuidados en centros de larga estancia también fue difícil, el hecho de estar encerrados y que hubo restricciones para las visitas, para el contacto físico. Sé que también hubo pues, como dificultades a nivel emocional de no poder tener contacto con las pocas personas”.

(Entrevista a Profundidad -EP-, experto n°1 en Bienestar y participación social).

“(...) sobre todo, en hogares geriátricos de niveles socioeconómicos altos, que tuvieron medidas contra el coronavirus muy estrictas, medidas sanitarias muy estrictas; fueron ancianos aisladísimos, ancianos que, durante meses, meses, no vieron a sus familiares, porque era tan estricto el control en estos hogares geriátricos que se les olvidó, que era más importante el contacto, y muchos ancianos fallecieron solos y no por no tener familia. Muchos otros hogares geriátricos tenían la posibilidad de tener ventanas, entonces veíamos a montones de personas por la parte de afuera viendo a sus ancianos (...)”.

(EP, experto n°2 en Cuidado y cuidadores).

“En los albergues de los ancianos, ellos eran constantemente mirando todo asegurándose que se cumplieran los protocolos, para que cualquier persona que entrara; se supone que no tuviera el virus o no estuviera enfermo, pero pasaba el más mínimo caso y se aislaba todo. Entonces en el mismo albergue como que juntaban a la gente más vulnerable, a mano de gente no vulnerable, que los convertía en vulnerable; o sea, la propia gente que los apoyaba y los cuidaba, era la gente que los podía enfermar, entonces era como algo contraproducente de los ancianos. Y en el caso de las personas mayores que la familia le pagaba el asistente, entonces la mayoría de casos que me contaban era o que el asistente vivía con ellos o a la persona mayor le tocó irse a vivir con los familiares o intentar vivir solo”.

(GF n°2, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Manizales).

Un análisis más detallado muestra que a medida que disminuye el nivel socioeconómico aumenta a su vez la proporción de personas mayores que requieren cuidado,

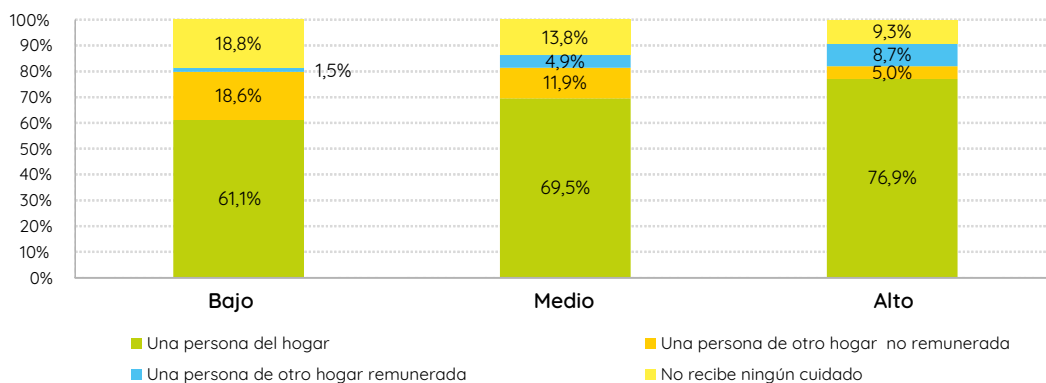
pero no lo reciben, es decir, la “brecha de cuidado” (Figura 6). Mientras que la brecha en niveles socioeconómicos altos se ubicó en 9,3% para 2020, en el nivel bajo fue de

18,8%, es decir, más del doble. Esto potencialmente se explica por un menor poder adquisitivo limita la capacidad de las familias o de las propias personas mayores para acceder a cuidado remunerado o centros especializados. Así, se advierte que en 2020 tan solo un 1,5% de las personas mayores de nivel socioeconómico bajo recibían cuidado por parte de individuos que obtenían un pago por su labor. Esta proporción contrasta fuertemente con la observada para niveles socioeconómicos altos donde los cuidadores remunerados representaron un 8,7% del total.

Sin embargo, a pesar de esta marcada diferencia en el acceso a cuidado formal entre niveles socioeconómicos, una parte de la brecha observada en el nivel socioeconómico bajo, es cubierta por cui-

dadores de otros hogares que no reciben pago, representando el 18,6% del total (Figura 6). Esta cifra muestra cómo en grupos con menor poder adquisitivo la comunidad debe suplir parte de la brecha generada por la dificultad económica de acceder a centros especializados o contratar cuidadores. Dado el mayor grado de complejidad de las condiciones de vida de quienes se ubican en el nivel socioeconómico bajo, la prevalencia del cuidado no remunerado por miembros de otros hogares puede representar una carga adicional para los individuos del entorno, ya que no solo deben lidiar con las responsabilidades laborales y las necesidades del propio hogar, sino que además prestan asistencia a personas mayores de otros hogares sin recibir remuneración.

Figura 6. Distribución de cuidadores para mayores de 60 años que requieren de cuidado por nivel socioeconómico



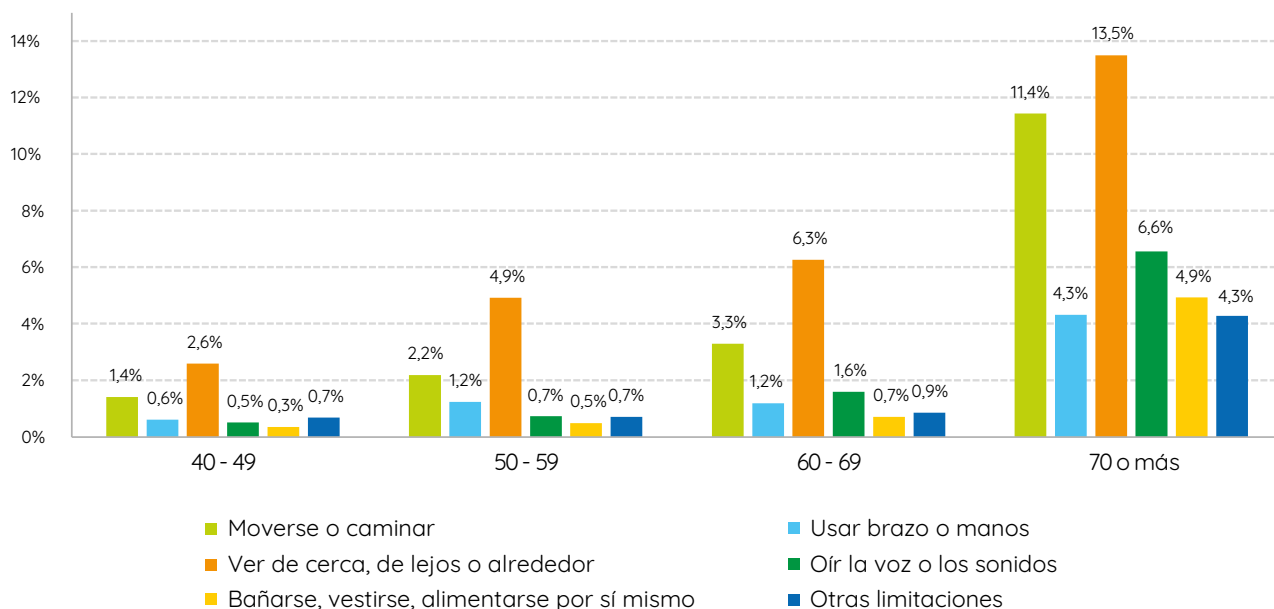
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

Nota: El nivel socioeconómico de la cohabitación se definió 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.

Por otro lado, se observa que la necesidad de cuidado aumenta con la edad, en cuanto las limitaciones funcionales de las personas mayores también presentan una correlación positiva con la edad (Figura 7). De este modo, como evidencia la Figura 8, el rango etario de 70 o más concentra la mayor proporción de cuidadores remunerados. Por otro lado, a pesar del impacto

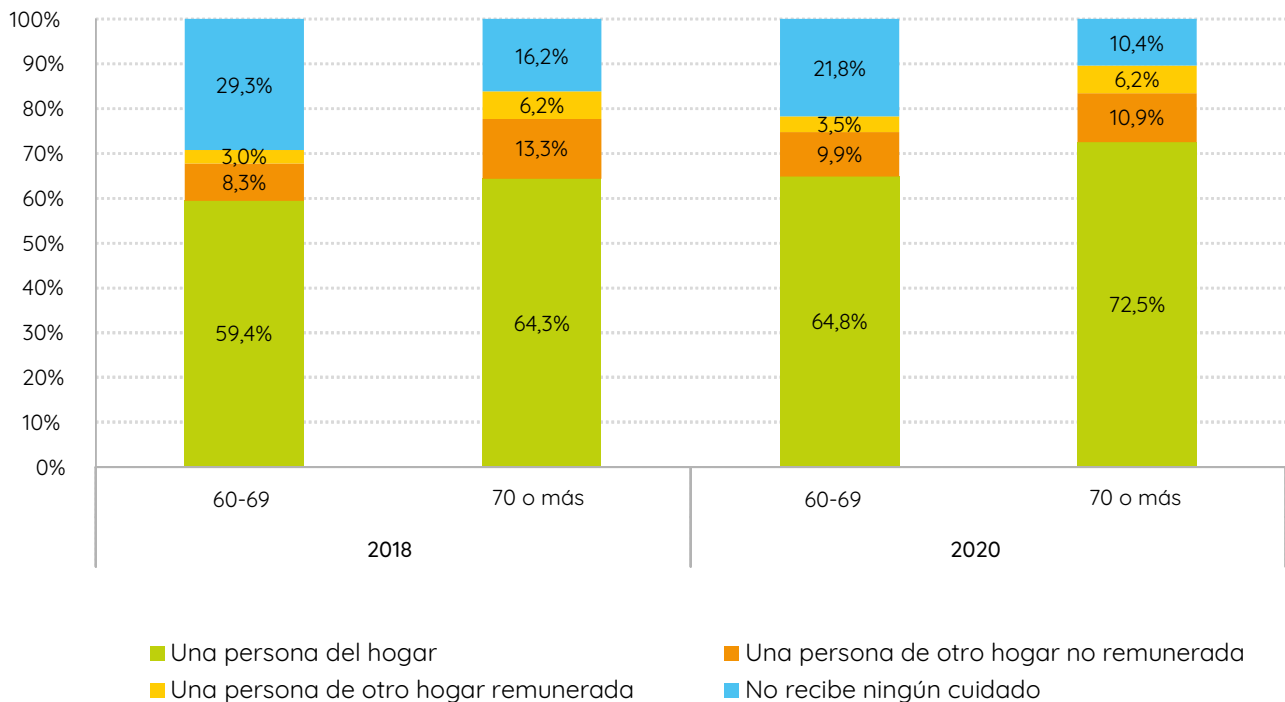
económico de la pandemia del COVID-19, la proporción de cuidadores que recibieron una retribución económica se mantuvo constante entre 2018 y 2020. Esto no ocurrió con el cuidado dentro del hogar, que presentó un aumento considerable en el mismo periodo de tiempo, explicando la reducción de 6 p.p. en la brecha de cuidado para las personas mayores de 70 años.

Figura 7. Porcentaje de personas con limitaciones permanentes, según el tipo de limitación y por grupos etarios



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.

Figura 8. Distribución de cuidadores de personas mayores que requieren de cuidado por rango etario

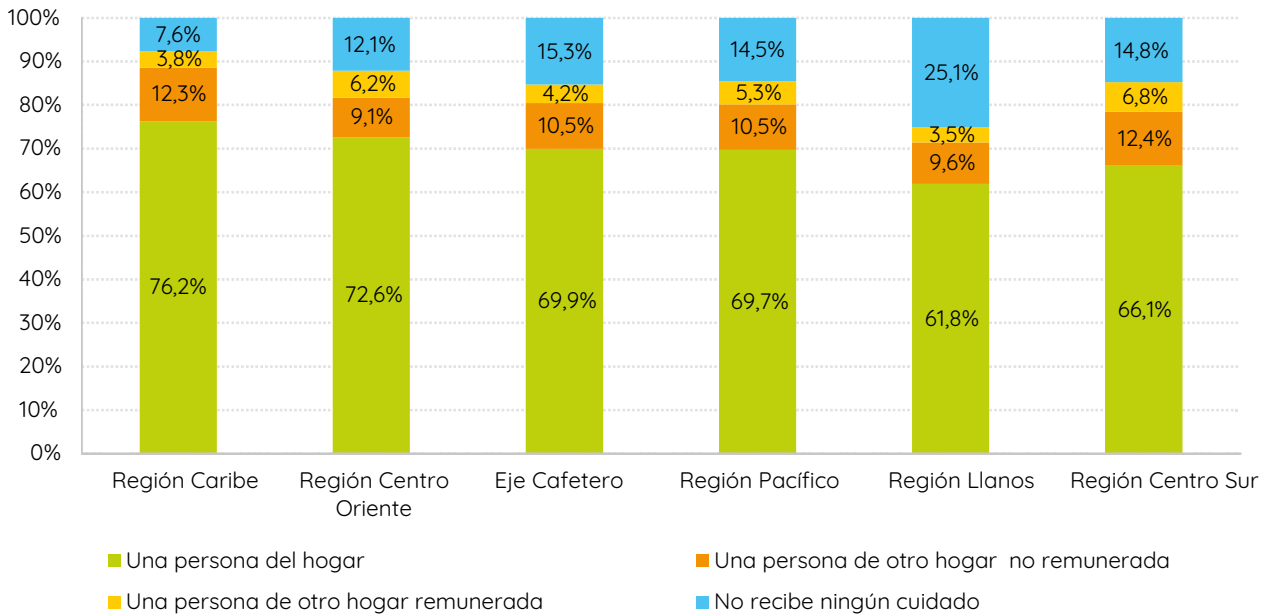


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

Las diferencias mencionadas también se observan dentro del territorio colombiano, producto de la alta heterogeneidad cultural, económica y social de las regiones de Colombia. De este modo, en la Figura 9 se puede identificar que, aunque el cuidado dentro del hogar es preponderante en todas las regiones del país, la región Caribe presenta la mayor proporción de cuidadores dentro de la misma vivienda con un 76,0%, valor superior al prome-

dio nacional de 72,5% y significativamente mayor al del resto de regiones. Esto explica a su vez que el Caribe tenga la menor brecha de cuidado de entre las seis regiones administrativas (7,6%). A pesar de ello, llama la atención que la importancia del cuidado remunerado es secundaria, siendo el Caribe la segunda región con menor proporción de cuidadores formales (3,8%), solo superada por la región de los Llanos en la que tan solo equivale a un 3,5%.

Figura 9. Distribución de cuidadores de personas mayores que requieren de cuidado por región

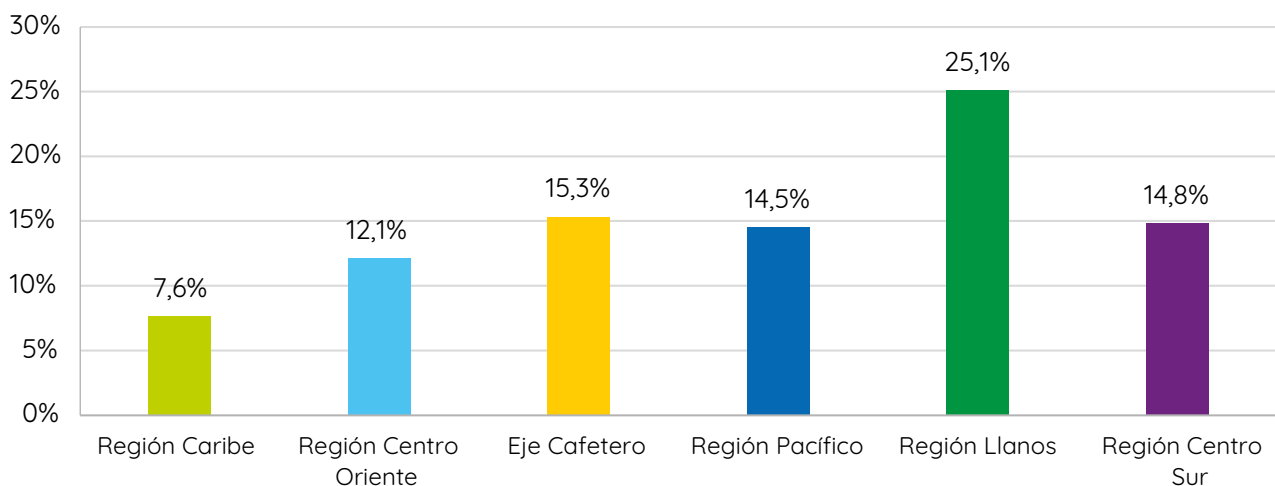


Nota: Los porcentajes se calculan sobre el total de personas mayores que requerirían algún tipo de cuidado.
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.

Esto no solo resalta el bajo acceso al cuidado remunerado a nivel nacional, sino su escaso impacto en la reducción de la brecha de cuidado. Tanto en la región con menor brecha (Caribe), como en la que mayor carencia de cuidadores presenta (Llanos), el cuidado formal no superó el 4% del total. La Figura 10 permite dimensionar de mejor modo las diferencias en cobertura de cuidado a nivel nacional. En particular es preocupante el caso de la región de los Llanos en la que el 25,1% de las personas mayores que requerirían cui-

dado permanecen solas. Esto se entiende en cuanto el territorio de los Llanos incluye dos de los departamentos con mayor vulnerabilidad económica del país: Guainía y Vichada. En específico Guainía es el departamento con mayor prevalencia de pobreza monetaria de Colombia. En 2020 el 65% de la población se encontraba por debajo de la línea de la pobreza y el departamento presentaba una brecha de cuidado equivalente a 27,6%, más del doble del promedio nacional para el mismo año (13,07%).

Figura 10. Porcentaje de personas que requieren cuidado y no lo reciben (brecha de cuidado) por región política administrativa



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2018 y 2020.

A la difícil situación económica que enfrentan estos territorios, reflejada también en el bajo nivel de cuidado remunerado de la región de los Llanos, 3,5% (Figura 9), se suma la alta dispersión geográfica y altos índices de ruralidad que disminuyen la participación de miembros de otros hogares no remunerados en el cuidado de personas mayores. Las largas distancias y la dificultad de movilización podrían ser factores explicativos de que tan sólo 9,2% de los cuidadores de esta región sean miembros no remunerados de otras viviendas. Por el contrario, se observa que,

en regiones como Caribe y Centro Sur, los cuidadores externos tienen mayor participación y contribuyen a cerrar la brecha de cuidado, supliendo, en parte, la baja participación del cuidado formal.

Así, frente a la ausencia del cuidado, los vecinos pueden ser un apoyo importante para aquellas personas mayores que no tiene el respaldo de un familiar o una institución para su cuidado. De ahí que una de las expertas entrevistadas reflexione sobre la importancia del cuidado desde un enfoque de reconocimiento comunitario.

“El cuidado como estar pendiente, pero (...) involucra no solamente al cuidador o al familiar, sino un núcleo más grande, involucra a los vecinos, involucra a la gente que vive en el barrio, que no es tan cercana; porque eso les da una sensación de reconocimiento y de pertenencia (...) entonces ese concepto de cuidado me parece que nosotros lo tendríamos que ir cambiando a más allá de proporcionar ayuda en las actividades de la vida diaria y es estar pendiente; es un reconocimiento (...), estar pendiente, conocer las palabras de ellos”.

(EP, experto n°1 en Cuidado y cuidadores).

De esta manera, es oportuno ver el concepto de cuidados no desde la dependencia, sino desde la vivencia y el compartir. Además, cuando el cuidado remunerado no es habitual, las comunidades pueden formar mecanismos de apoyo para generar arraigo entre sus miembros y así poder cuidar en algunas ocasiones de quienes lo necesitan. Como lo mostraron en los grupos focales el apoyo de la comunidad en la pandemia fue importante para aquellas personas que requerían algún tipo de cuidado, como las personas mayores.

“En mi vida personal mi comunidad si ayudó, tanto a mí como a mi familia; yo estuve los dos años de pandemia en Cali y mi mamá estuvo sola en Barranquilla. Con mi mamá sola, supremamente insegura de sí misma, porque todo la podía matar; los vecinos fueron la clave para que mi mamá estuviera bien, no le pasara nada, para que cuando estuviera angustiada, le lidiaran la angustia mis vecinos”.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Barranquilla).

“Uno mismo ha creado la red con los vecinos, con el señor de la panadería, con el señor de la cafetería. Y hoy en día pues, uno tiene que moverse y resolver cosas, entonces por WhatsApp, uno pide el favor a tal persona que ayúdeme con tal cosa, que lleva algo a domicilio (...). Bueno, entonces (...) tenemos un grupo y precisamente nos reunimos por Zoom, realizamos bailes, lo que sepa tocar un instrumento lo toca; repartimos antes de reunirnos algo, así sea una gelatina con unas galletas a los que estamos reunidos, (...). Cuando alguien está enfermo del grupo que tenemos también, entonces nos apoyamos mucho, de pronto darle un caldito, estar pendiente de esa persona, en lo que podamos colaborar personalmente, lo estoy haciendo, lo he hecho y lo sigo haciendo”.

(GF n°2, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

“He tenido la bendición en el conjunto con una hermana mía de poder apoyar a una señora que no es de mucha edad, pero sufre de Alzheimer y tiene un hijo con una discapacidad grande, entonces ahorramos con mi hermana normalmente y le llevamos cada dos meses o si podemos o antes, un buen mercado para su casa, se le hace al mercado y se le llevó hasta su casa”. (GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

(GF n°2, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

Sin embargo, dos de las seis regiones del país presentan una proporción de cuidado remunerado superior a la media

(5,25%). Tanto la región Centro Oriente, con un 6,2%, como la región Centro Sur, con un 6,85%, se ubican por encima del

promedio nacional de cuidado formal (Figura 10). La mayor participación de cuidadores económicamente retribuidos en los territorios mencionados se explica, en parte, por el mayor nivel de ingreso promedio de la población que habita estas regiones. Por ejemplo, la región Centro Sur incluye a la ciudad capital de Bogotá, donde la proporción de cuidado remunerado representa un 7,4% del total, valor que no solo es superior a la media nacional, sino que supera todos los promedios regionales de cuidado formal.

La desigualdad observada en términos de cobertura de cuidado entre niveles socioeconómicos y regiones del país representa un reto para el Estado Colombiano. Reducir la brecha de cuidado realizando con especial énfasis en los grupos y territorios más vulnerables es un desafío para el diseño futuro de políticas sociales. Las diferencias observadas reflejan que las desigualdades en ingresos y el nivel educativo no sólo tienen consecuencias sobre las generaciones jóvenes con mayor actividad en el mercado laboral, sino que se perpetúan en el tiempo afectando también a la población mayor del país.

4.3.3. Niveles de dependencia y el rol del cuidado

La presencia de limitaciones funcionales que dificultan la realización de las actividades diarias es un aspecto intrín-

secamente relacionado con el cuidado de las personas mayores. El grado de limitación que presenta la persona cuidada compromete en muchas ocasiones su nivel de independencia, forzándola a depender de otros para la práctica de actividades diarias como el uso del baño o la alimentación. Por ello, cobra especial relevancia profundizar en el estudio de las dinámicas de cuidado en torno a las limitaciones físicas o de salud, en cuanto pueden comprometer el bienestar de las personas mayores que requieren un nivel de cuidado más intensivo o especializado.

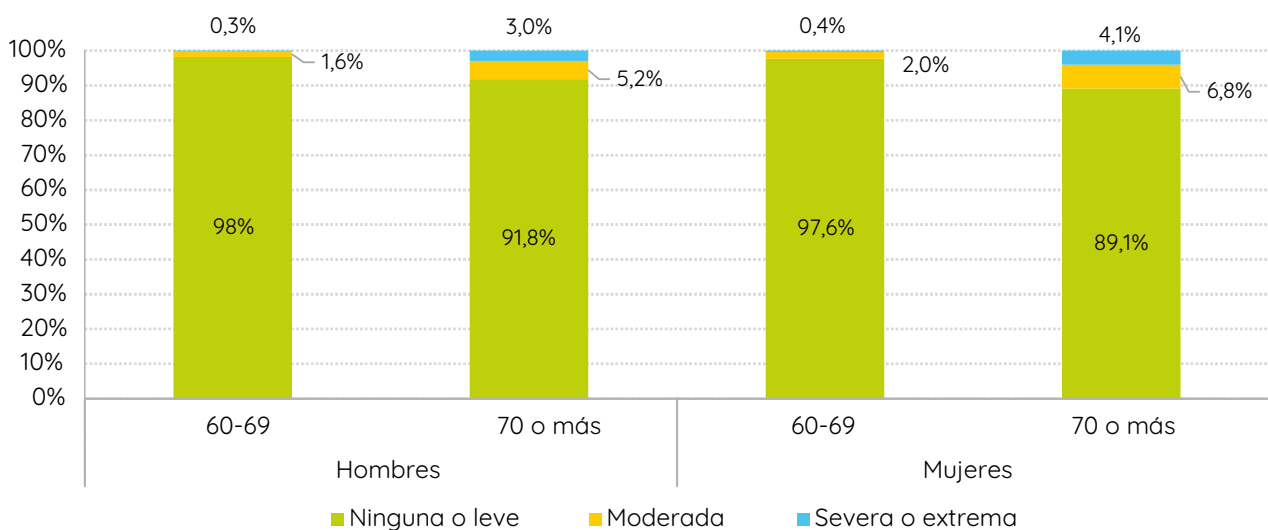
Una primera aproximación a la situación de salud de personas mayores en Colombia muestra que, en general, existe un alto grado de independencia en la población mayor. Utilizando el índice de Barthel de la encuesta SABE 2015, que permite de modo estandarizado identificar los grados de limitación en la realización de actividades diarias, se encuentra que tan solo un 5,4% de las personas mayores sufren discapacidad a nivel nacional. Profundizando en el análisis encontramos que existen diferencias al desagregar por sexo. Mientras un 4,4% de los hombres mayores presenta limitaciones leves o severas, un 6,5% de las mujeres reporta dificultades en la realización de actividades cotidianas.

Estas diferencias se acentúan más aún al analizar las limitaciones reporta-

das no solo diferenciando por sexo, sino también por grupo etario. De este modo la Figura 11 muestra cómo la mayor parte de la población mayor que reporta un grado severo o extremo de dificultad en las actividades cotidianas recae sobre los mayores de 70 años, y de modo más específico sobre las mujeres pertenecientes

a este grupo etario. Mientras un 3% de los hombres mayores a 70 años reporta limitaciones severas o extremas, un 4,1% de las mujeres de la misma edad se encuentra en esta situación. Lo anterior da a entender que existe una mayor demanda de cuidado intensivo en las últimas etapas de la vida.

Figura 11. Distribución según el grado de dificultad para realizar actividades diarias por sexo y por grupo etario



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de encuesta SABE 2015.

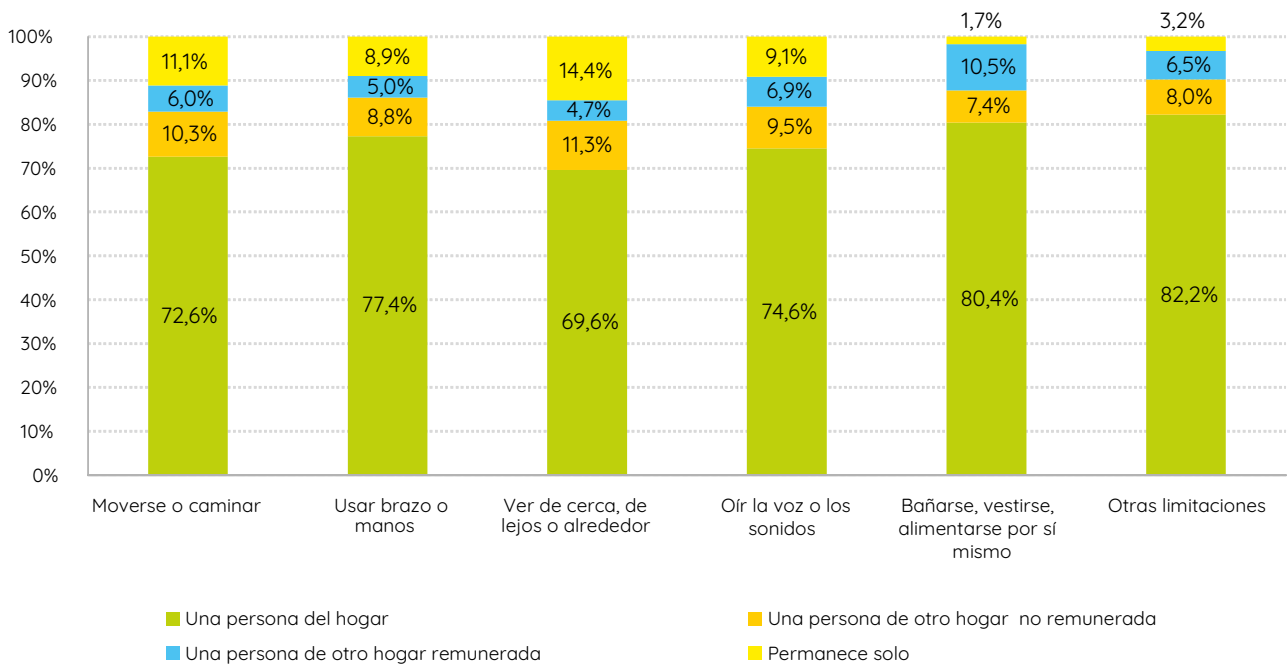
De este modo, en la Figura 12 se observa que la demanda de cuidado es mayor por parte de la población con algún tipo de limitación, superando en casi todos los casos a la media nacional de 5,6%. Específicamente, mientras más afectada se ve la funcionalidad de la persona mayor, como

la incapacidad de bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo, mayor proporción representan los cuidadores remunerados, llegando para el caso mencionado a representar un 10,5%. Eso se explica dado que un mayor nivel de dependencia por parte de la persona mayor requiere en

muchas ocasiones un cuidado más especializado y asistencia de cuidadores con formación médica. También se observa que este tipo de limitación reduce la participación de miembros de otros hogares no remunerados, que para la incapacidad de bañarse, vestirse y alimentarse representan tan tan solo el 7,4%.

Sin embargo, mientras la participación de individuos de otras viviendas en el cuidado disminuye, aumenta considerablemente la participación de los integrantes del mismo hogar, llegando a representar un 80,4%, es decir 6 p.p. por encima de la media nacional.

Figura 12. Distribución de quienes brindan cuidado a las personas mayores, según el tipo de limitación



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

Lo anterior se puede entender porque las limitaciones más fuertes no solo afectan la funcionalidad física de las personas mayores, sino que a su vez aumentan su grado de dependencia y comprometen su privacidad. Por ello, existe una marcada

tendencia a preferir asistencia por parte de miembros del mismo hogar, con los que hay mayor intimidad o con cuidadores formales que han recibido formación para este propósito (Barnett & Quenzel, 2017). Por el contrario, los cuidadores de

otro hogar disminuyen su participación.

Por su parte, es positivo observar que la brecha de cuidado disminuye para las limitaciones más severas, llegando a cifras inferiores al 2%. Es más, realizando una comparación temporal se encuentra que respecto a 2018, en 2020 hubo una reducción de la brecha de cuidado para todas las limitaciones incluidas, siendo la más significativa la observada para quienes presentan dificultad para moverse o caminar, la cual pasó de 13,2% en 2018 a 11,1% para 2020. Parte de la reducción ob-

servada podría entenderse como consecuencia del COVID-19, en cuanto las medidas de aislamiento preventivo pudieron incidir en el aumento observado del cuidado dentro del mismo hogar por medio de la unificación de núcleos familiares previamente dispersos (3).

A lo largo de los grupos focales encontramos experiencias de algunas familias que se unificaron a causa de la pandemia para cuidarse y cuidar a sus seres queridos, como se muestra en los siguientes casos.

“A partir de la pandemia empecé a ser cuidadora, de dos personas mayores, a partir de eso, yo a veces pienso, la responsabilidad; la verdad es que, si estamos en la casa, listo yo la cuido, madrugo, ¿están bien?, ¿cómo amanecieron?, ¿qué les pasó?”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional, estratos 3 y 4, Manizales).

“A finales del año pasado a la mamá de mi mamá le detectaron un cáncer terminal, estamos en todo ese proceso (...) de qué nuevo síntoma hay, cómo esta ella, cómo se está alimentando y (...) el papá de mi papá tiene 90 años (...) actualmente vive desde hace pocos días acá en la casa, porque también debido a, como todo el tema ligado al tema de la pandemia, que no salió mucho, debido al tema del Alzheimer y (...) a finales de enero le dio COVID-19, entonces a partir de ahí, él ya no puede caminar; entonces pues los cuidados se volvió súper delicados, en el caso de los dos, de distinta manera las dos persona que cuidamos actualmente en la familia”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional, estratos 5 y 6, Bogotá).

“(…) mi abuela sí tuvo la oportunidad de convivir con mis tíos, mi papá porque tuvo la oportunidad de estar en cada una de las casas, generó un poco más de unión; digamos que la abuela es la persona que se queda en casa, todos se van y vuelven en la noche y no la ven todo el día, en cambio en este caso todos estaban en casa, compartían con ella, tenían la oportunidad de verla todo el tiempo, de hablar y demás y cada uno de los tíos tuvo la oportunidad de tenerla en cada una de sus casas”.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Manizales).

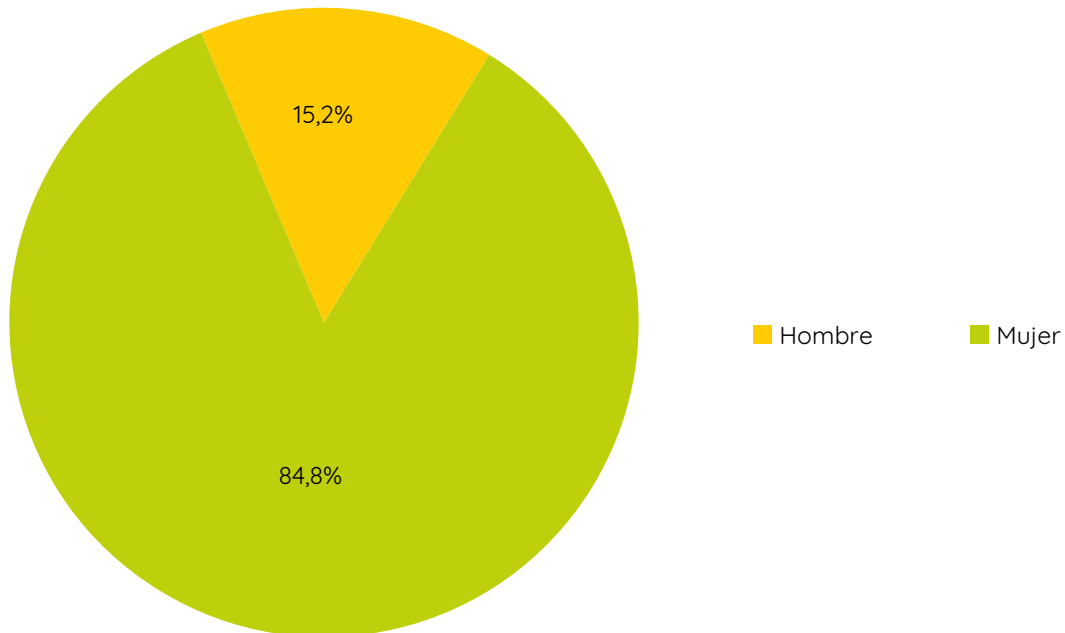
De esta manera, para algunos sujetos fue importante atender a las personas mayores a causa del acercamiento que pudo generar el COVID-19 y los confinamientos. En algunos hogares los lazos familiares permitieron acercarse más a quienes tienen más de 60 años.

4.3.4. Perfil y características de los cuidadores

Estudiar el perfil y las particularidades de los cuidadores de personas mayores es fundamental para comprender a profundidad las características y dinámicas propias del cuidado de la población ma-

yor en Colombia. Lo primero que resalta es que la mayor parte del cuidado de las personas mayores recae sobre las mujeres. En particular, como se observa en la Figura 13, en 2020 el 84,8% eran cuidadoras y no cuidadores. Esta tendencia, aunque con pequeñas variaciones, se ha mantenido en el tiempo, en 2018 el 86% del cuidado de personas fue brindado por mujeres, mientras que en 2016 esta proporción fue de 86,3%. En parte, esto se explica por el imaginario histórico que ha reforzado en Colombia la imagen de la mujer como principal encargada del cuidado y las labores del hogar, mientras que el hombre no se asocia comúnmente a estas actividades (ILO, 2014).

Figura 13. Distribución de los cuidadores de personas mayores, según sexo 2020



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

Por otro lado, la información de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020 evidencia que de los cuidadores de personas mayores dentro del mismo hogar un 23% participa activamente en el mercado laboral. Sin embargo, la gran mayoría, un 65%, reporta no poseer ningún empleo formal y dedicarse únicamente al cuidado y oficios del hogar. En particular, para quienes compaginan el cuidado con actividad laboral se dificulta el manejo del tiempo, lo que no solo puede afectar el bienestar del cuidador, sino que también

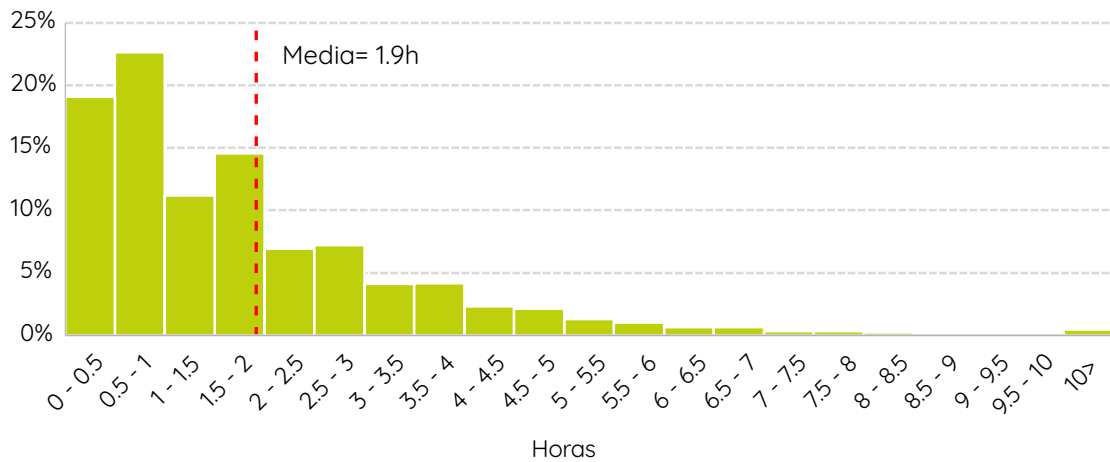
puede incidir en la calidad del cuidado y por ende el bienestar de la persona mayor cuidada. En este sentido la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) 2017 y 2021 permite analizar las diferencias en el uso del tiempo entre los cuidadores y cuidadoras respecto al resto de la población.

En primer lugar, se observa que entre 2017 y 2021 hubo un aumento en el promedio de las horas dedicadas al cuidado. De este modo, como ilustran las figuras 14A y 14B, en 2017 la media diaria de

cuidado se ubicaba en 1.98 horas y para 2021 aumentó a 2.3 horas diarias. Si se compara la distribución de ambos años se evidencia un leve desplazamiento a

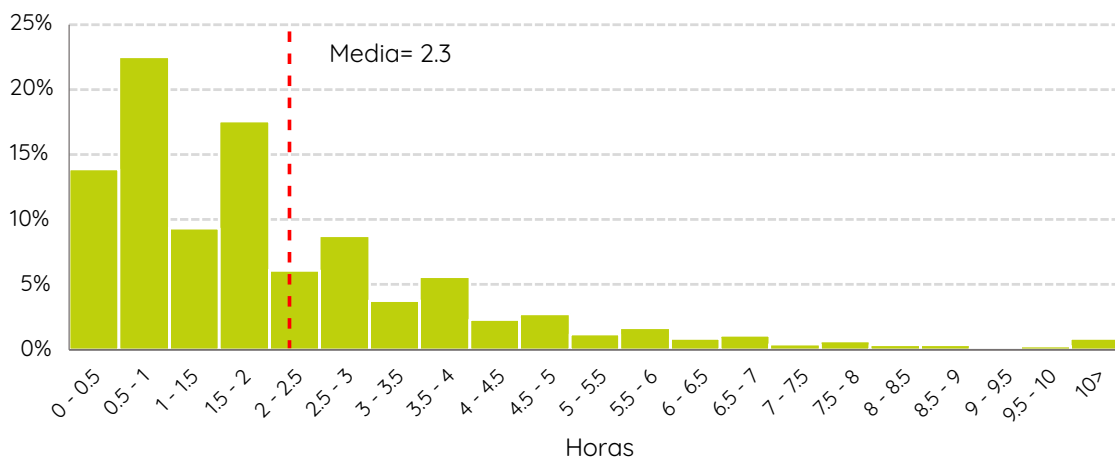
la derecha, movimiento que en parte se explica por el confinamiento y su efecto sobre las dinámicas de cuidado dentro de las familias.

Figura 14A. Distribución de las horas dedicadas a labores de cuidado y del hogar.
Total nacional 2016-2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2016-2017.

Figura 14B. Distribución de las horas dedicadas a labores de cuidado y del hogar.
Total nacional 2020-2021

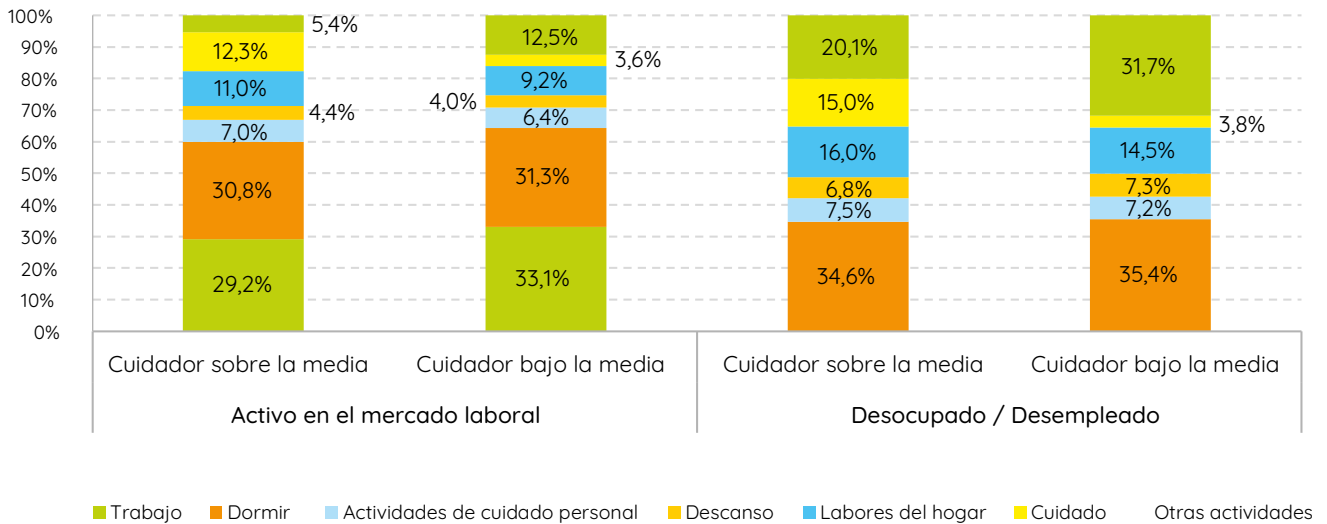


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2020-2021.

Las Figuras 15A y 15B ilustran las diferencias en el uso del tiempo entre los cuidadores por sobre la media y el resto de la población, distinguiendo entre quienes participan del mercado laboral y quienes se encuentran desempleados o inactivos. Así, observamos que para 2017 los cuidadores por sobre la media activos en el mercado laboral presentaban menor

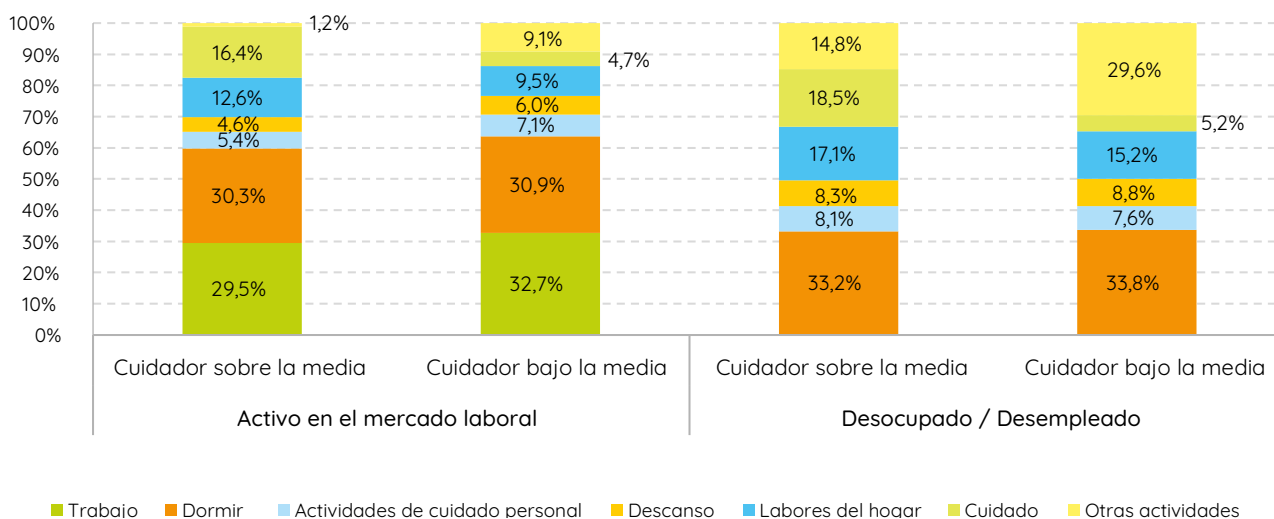
tiempo disponible para el trabajo remunerado que el resto de la población económicamente activa (aproximadamente una hora menos al día). Esta tendencia, aunque con una leve disminución, se mantuvo para 2021 ya que en este año los cuidadores habituales dedicaron en promedio 0.73 horas menos a actividades remuneradas que el resto de trabajadores.

Figura 15A. Uso del tiempo de cuidadores habituales y por debajo de la media. Total nacional 2016-2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2016-2017.
 Nota: Se considera "cuidador habitual" a quienes prestan cuidado por encima de la media nacional (2.3h).

Figura 15B. Uso del tiempo de cuidadores habituales y por debajo de la media, por total nacional 2020-2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2020-2021.

Nota: Se considera "cuidador habitual" a quienes prestan cuidado por encima de la media nacional (2.3h).

Pero no solo existe una diferencia en las horas dedicadas al trabajo. También se observa que el tiempo de sueño de los cuidadores sobre la media y activos en el mercado laboral es menor que para el resto de la población. Así, para 2017 la diferencia en horas de sueño fue de 0.13 horas y para 2021 de 0.14. Por su parte el tiempo dedicado a las labores del hogar por parte de los cuidadores por sobre la media y activos en el mercado laboral fue un 2,2% (0.43 horas) mayor que el resto de la población en 2017 y para 2021 esta diferencia aumentó a casi una hora (3,1% del tiempo

del día). Por último, a pesar de que los cuidadores por sobre la media activos en el mercado laboral dedicaron 2.1 horas más al cuidado en 2017 que el resto de la población trabajadora y 2.82 horas más en 2021, en ambos años presentaron menor tiempo para el cuidado personal.

Es más, la brecha en el uso del tiempo no solo se presenta entre los individuos dentro del mercado laboral, también los cuidadores desempleados o inactivos disponen de menor tiempo de sueño, ocio y cuidado personal que quienes no son cuidadores habituales y no poseen empleo,

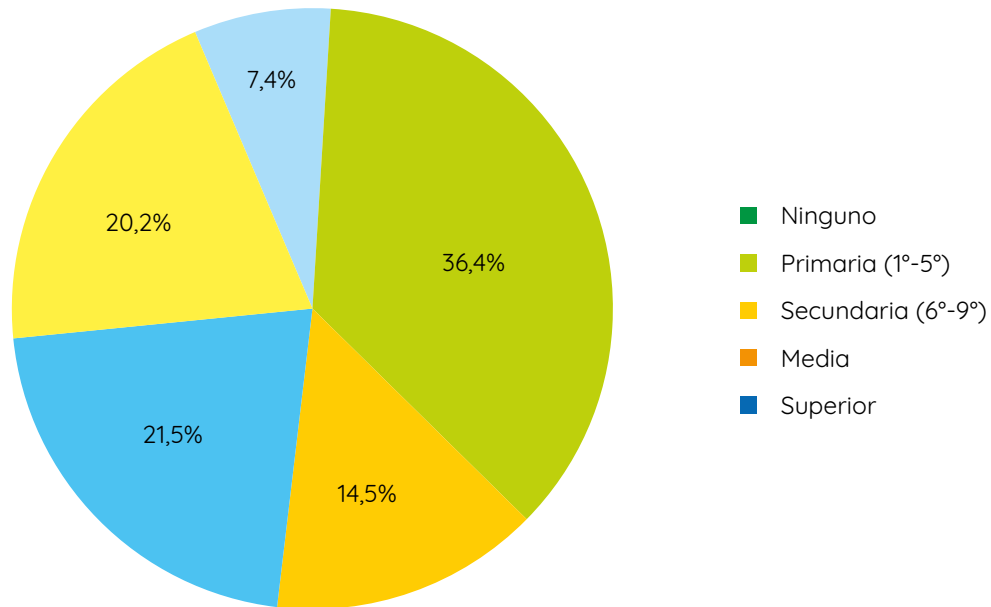
tanto para 2017 como para 2019.

Finalmente, también al comparar a los cuidadores habituales activos en el mercado laboral con los cuidadores que no tienen un empleo remunerado, se evidencia que quienes deben compaginar trabajo con cuidado poseen menor tiempo para el descanso (0,69 horas menos en 2017 y 0.9 en 2021), menor tiempo de sueño (0.92 horas menos en 2017 y 0.68 en 2021), menor tiempo de cuidado personal (0.13 horas menos en 2017 y 0.64 para 2021) y menor tiempo para otras actividades (3.54 horas menos en 2017 y 3.26 en 2021).

Todo esto evidencia que puede darse una profunda afectación en el bienestar de quienes dedican gran parte de su tiempo al cuidado de otras personas, por la existencia de un trade-off entre el tiempo de cuidado con el trabajo, el ocio, el sueño y las actividades de cuidado personal. Por otro lado, aunque los cuidadores sobre la media inactivos o desempleados también sufren de este trade-off, la afectación es mucho mayor para quienes se dedican al cuidado y deben participar del mercado laboral. Por ello, la prevalencia del cuidado no remunerado en Colombia, resulta en una afectación en el uso del tiempo para quienes deben compaginar las actividades laborales con las de cuidado, resultando con menor tiempo de sueño, tiempo libre y disponibilidad laboral.

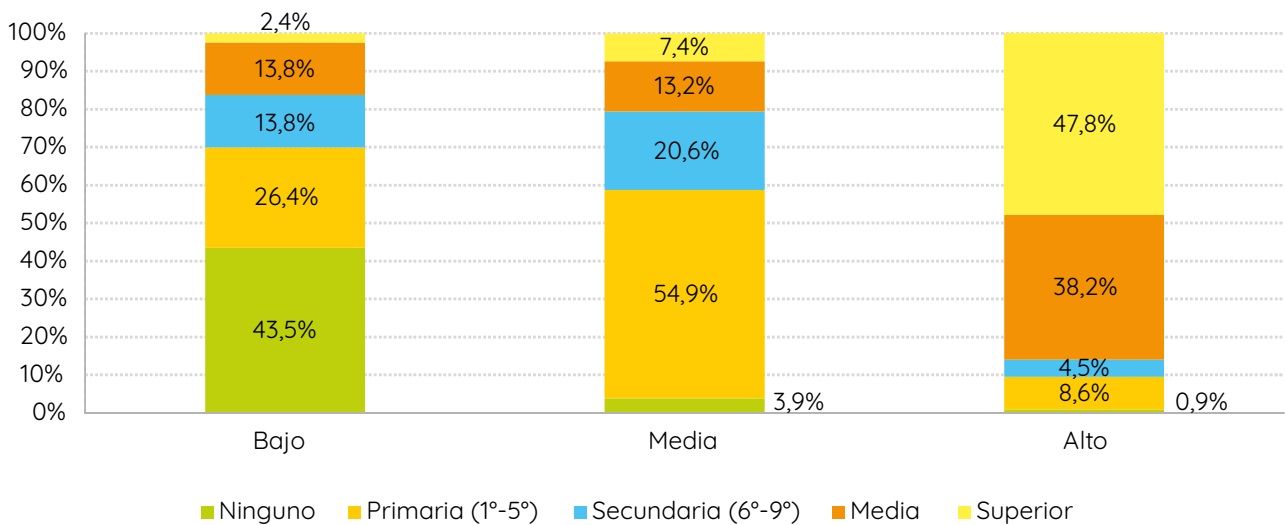
Por otro lado, adicional al uso del tiempo de quienes se dedican a labores de cuidado, la ECV 2020 permite analizar el nivel de capital humano presente en los cuidadores de personas mayores dentro del hogar. De este modo la Figura 16 muestra que el 50,9% de los cuidadores posee al menos educación primaria completa, el 20,2% educación superior y un 21, 5% educación media. Sin embargo, aún persiste un 7,4% que no posee ningún tipo de educación formal. Aunque esta cifra se redujo respecto a 2018, año en el que representaba un 8%, al desagregar por nivel socioeconómico podemos evidenciar que la mayor parte de los cuidadores sin ningún tipo de educación se concentra en el nivel socioeconómico bajo. Así, la Figura 17 muestra que el 44% de los cuidadores en este nivel no poseen ningún nivel educativo finalizado, mientras que para el nivel socioeconómico alto los cuidadores sin educación formal representan solo un 0,9%.

Figura 16. Nivel educativo de cuidadores del mismo hogar de personas mayores



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.

Figura 17. Distribución del nivel educativo de cuidadores de personas mayores que requieren de cuidado del mismo hogar por nivel socioeconómico



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.

La marcada desigualdad en el capital humano disponible se evidencia también al observar que a medida que aumenta el nivel socioeconómico también se incrementa la presencia de cuidadores con educación superior o media. Así, mientras que para el nivel bajo tan solo un 2,4% de los cuidadores dentro del hogar reportaba haber cursado estudios superiores, para el nivel alto esta proporción ascendió a 47,8% (Figura 16). Por ello, en cuanto el nivel de capital humano del cuidador podría incidir en la calidad o eficiencia médica del cuidado brindado, las profundas desigualdades observadas en términos de años de educación presentan un reto de política a futuro.

En conclusión, una aproximación a la distribución del capital humano de los cuidadores del mismo hogar resalta una profunda desigualdad entre niveles socioeconómicos, con una alta acumulación de cuidadores sin educación formal en los niveles bajos y una fuerte presencia de cuidadores con educación media y superior en el nivel alto.

4.3.5. Las mujeres y el cuidado de las personas mayores

Es evidente que en Colombia la mayor parte de la carga de cuidado recae sobre las mujeres. No solo el 84,8% de las personas dedicadas al cuidado de personas mayores dentro del hogar son mu-

jes, sino que en su mayoría no reciben remuneración por las labores de cuidado realizadas y deben compaginar cuidado con participación en el mercado laboral, resultando esto en una sobrecarga y disminución del tiempo disponible para el descanso, el cuidado personal y otras actividades.

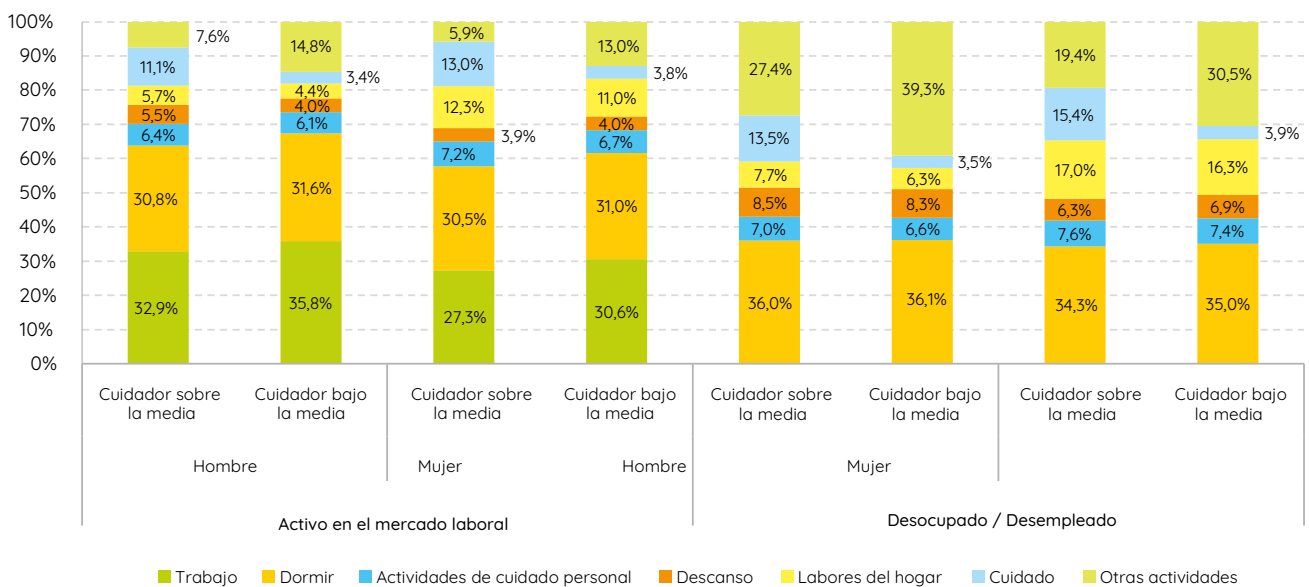
Por ello, esta es una problemática profunda que es fundamental abordar desde el diseño de política. Tal como desarrollan López y Holstine (2020) “El desequilibrio en el tiempo dedicado al cuidado se traduce en pobreza de tiempo, y esta limita que la mujer encuentre espacios para su participación en la actividad económica, la recreación, el descanso, y el goce integral de la vida familiar” (p.25).

Precisamente, un análisis desagregado por sexo muestra que el impacto del cuidado en el uso del tiempo es mayor para las mujeres sobre quienes recae la mayor parte de las labores del hogar y el cuidado de otros. Las Figuras 15A y 15B, basadas en datos de la ENUT permiten observar que tanto en 2017 como en 2021 las mujeres cuidadoras por sobre la media no solo presentaban un menor tiempo de sueño, descanso y trabajo que el resto de hombres que no se dedicaban al cuidado habitual, sino que también presentaban menor tiempo que los hombres cuidadores por sobre la media. Es decir, no solo existe una marcada desigual-

dad general entre hombres y mujeres en el tiempo dedicado al trabajo del hogar y el cuidado, sino que esta desigualdad persiste aún al comparar a las mujeres

cuidadoras únicamente con los hombres que dedican un tiempo por sobre la media a las actividades de cuidado.

Figura 18A. Uso del tiempo de cuidadores habituales y por debajo de la media por sexo. Total nacional 2016-2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2016-2017.
 Nota: Se considera "cuidador habitual" a quienes prestan cuidado por encima de la media nacional (1.98).

Mientras que para 2017 el promedio de horas dedicadas al cuidado por parte de los hombres cuidadores habituales fue de 2.66 horas al día, las mujeres cuidadoras en el mismo año presentaron un promedio de 3.11, lo que nuevamente evidencia la marcada desigualdad entre hombres y mujeres en la distribución de las cargas de cuidado (Figura 18A). Lo mismo ocurre

con las labores del hogar, las mujeres cuidadoras habituales en el mercado laboral dedicaron 1.9 horas más que los hombres bajo la media de cuidado a estas actividades, y 1.58 horas más que los hombres cuidadores habituales. Por otro lado, en 2017 las mujeres cuidadoras por sobre la media dedicaron 1.35 horas menos al trabajo remunerado que los hombres cuida-

dores y 2.04 horas menos que el resto de hombres bajo la media de cuidado.

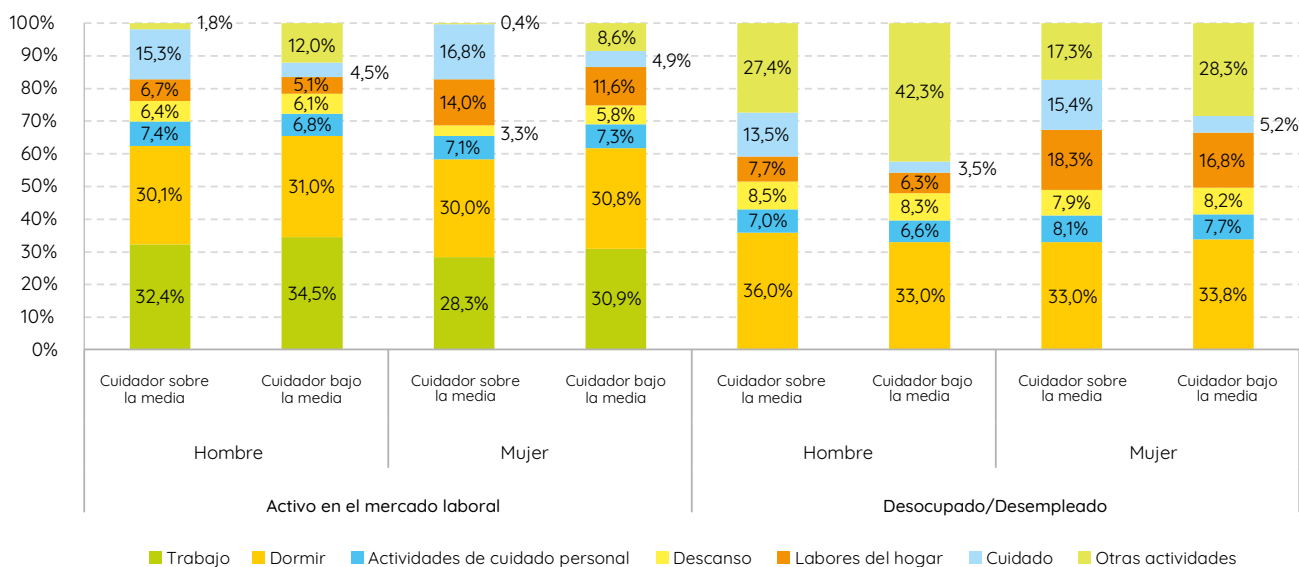
En cuanto el trade - off entre trabajo y cuidado también penaliza principalmente a las mujeres, esto resulta en una barrera de entrada al mercado laboral para la población femenina. Y el alcance de la problemática no acaba ahí, sino que el mismo fenómeno persiste aún fuera del mercado laboral. Así, como ilustra la Figura 18A, mientras que en 2017 un hombre cuidador sobre la media inactivo en el mercado laboral dedicaba 1.85 horas a las labores del hogar, las mujeres en la misma categoría dedicaron 2.24 horas más a estas actividades (4.09 horas diarias en promedio). Es más, las mujeres cuidadoras fuera del mercado laboral disponían de 0.52 horas menos de descanso y 0.4 horas menos de sueño que los hombres en la misma categoría.

Las diferencias entre hombres y mujeres cuidadoras tanto dentro como fuera del mercado laboral se acentuaron aún más con la pandemia. Diversos estudios desarrollados a nivel internacional muestran que el desbalance previo que se presentaba entre la carga de labores del hogar y de cuidado de las mujeres se profundizó con la llegada del COVID-19 (Cepal, 2020; IZA, 2022; Marketplace, 2020; Amarante, 2022). Para el caso colombiano, López y Holstine (2020) con datos de la encuesta Fescol-CiSoe identifican

que, para el grupo encuestado, previo a la pandemia el 49,3% dedicaba entre 1 y 4 horas diarias a las labores de cuidado, mientras que posterior a la llegada del -19-19 el 69,2% dedicó 5 horas o más a estas tareas y dentro de este grupo un 53,6% incluso dedicó más de 10 horas diarias al cuidado.

Datos más recientes respaldan las tendencias identificadas para 2020, ya no solo en Bogotá, sino con representatividad a nivel nacional. De este modo la Figura 18B permite evidenciar que en 2021 las mujeres cuidadoras fuera del mercado laboral dedicaron 4.39 horas diarias a las labores del hogar, es decir, 2.88 horas más que los hombres en la misma categoría ampliándose la brecha observada para 2017 en 0.46 horas. Lo mismo ocurrió con la participación laboral, mientras que los hombres cuidadores habituales dedicaron 7.77 horas diarias al trabajo remunerado, las mujeres dedicaron en promedio 6.8 horas diarias, es decir, aproximadamente una hora menos que los hombres.

Figura 18B. Uso del tiempo de cuidadores habituales y por debajo de la media por sexo.
Total nacional 2020-2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2020-2021.
Nota: Se considera "cuidador habitual" a quienes prestan cuidado por encima de la media nacional (1.98).

En conclusión, un análisis del perfil de los cuidadores muestra que en Colombia el cuidado de personas mayores recae sobre las mujeres, tendencia que se ha perpetuado a lo largo del tiempo sin variaciones significativas. Por otro lado, se encuentra que son precisamente las mujeres que se dedican al cuidado de otros quienes sufren una mayor afectación en su participación en el mercado laboral, aunque tanto hombres como mujeres presentan un trade-off entre cuidado y tiempo de sueño, ocio o de trabajo.

4.3.6. Necesidades que se espera satisfacer a través del cuidado provisto

Como lo han mostrado los datos cuantitativos, el cuidado en Colombia recae principalmente sobre las mujeres, quienes dedican menos tiempo a actividades remuneradas que los hombres. Algunos expertos proponen incluir un enfoque de género en el cuidado, porque se busca que el cuidado sea una tarea compartida y no solo de una persona.

“Creo que también hay un enfoque de género en esto y es toda la carga que tenemos las mujeres con respecto al cuidado, con respecto a las responsabilidades de casa y demás, que creo que se hicieron mucho más evidentes en la pandemia ¿qué más? Creo que esos son como los aspectos más relevantes con respecto a los cambios post pandemia”.

(EP, experto n°1 en Bienestar y participación social).

“Siguen fomentando la idea que la mujer es la cuidadora, si tú no rompes la idea de que el cuidado solamente lo pueden prestar las mujeres, no estás haciendo nada, no estás liberando a las mujeres (...) nunca hemos tocado lo que es la división sexual del trabajo, seguimos aceptando que las mujeres son cuidadoras cuando por el amor de Dios hoy son tan o más proveedores que los hombres, (...) ¿en qué nos equivocamos? nos equivocamos en que no rompimos la división sexual del trabajo ¿cómo se rompe esa división sexual del trabajo? quitándole el cuidado a las mujeres y pasándolo a la economía, es la única forma, ¿cuándo hay igualdad? cuando una mujer y un hombre en el hogar se sientan y puedan tomar la decisión en las mismas condiciones (...) nosotros tenemos que desfeminizar el cuidado, eso es muy importante”.

(EP, experto n°3 en Cuidado y cuidadores).

“Pues yo creo que tampoco, y aquí vuelvo y digo: no todo fue malo y sabe por qué, porque sí estamos todos en la casa, los cuidados... hubo una mayor distribución de los cuidados y no fue toda la responsabilidad de la persona cuidadora que generalmente, pues aquí es una mujer y es una mujer que te teóricamente no trabaja, o sea que no está en el mundo laboral como tal, sino que está en la casa cuidando a esa persona mayor. Entonces me parece que estar todos en ese mismo espacio cambio esas, digamos, esas cargas y ayuda a una distribución”.

(EP, experto n°1 en Cuidado y cuidadores).

De igual forma, en el los grupos focales algunos entrevistados reconocen el trabajo y la responsabilidad que recae en el cuidador.

“(…) Pero pues yo sí considero que tengo una carga muy grande y que ser cuidador es un oficio que ojalá, que creo que igual, tanto la Fundación Saldarriaga como todos nosotros podríamos hacer mucho por darle un estatus, así como se le está dando el estatus al trabajo no remunerado de la mujer, buscarle una forma de que de que tenga un reconocimiento no solamente social sino financiero y económico, porque es clave, es clave. Y sobre todo en una sociedad que se va envejeciendo, se va enfermando, es un jugador clave en el bienestar de la sociedad como un todo”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

Es muy cierto, es una responsabilidad y es muy importante, y es que a veces no hay mucha conciencia de cuidar al cuidador, sí. Yo lo he visto y a mí me lo han insistido más personas que viven en Estados Unidos, de la importancia de cuidar al cuidador porque es una labor agotadora y las responsabilidades desgastan mucho”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

4.3.7. Del cuidado por parte de la población mayor

Al estudiar la oferta de cuidado encontramos que parte de las personas mayores además de participar de la demanda de cuidado, asumen también el rol de cuidadoras, brindando ayuda y asistencia a otros

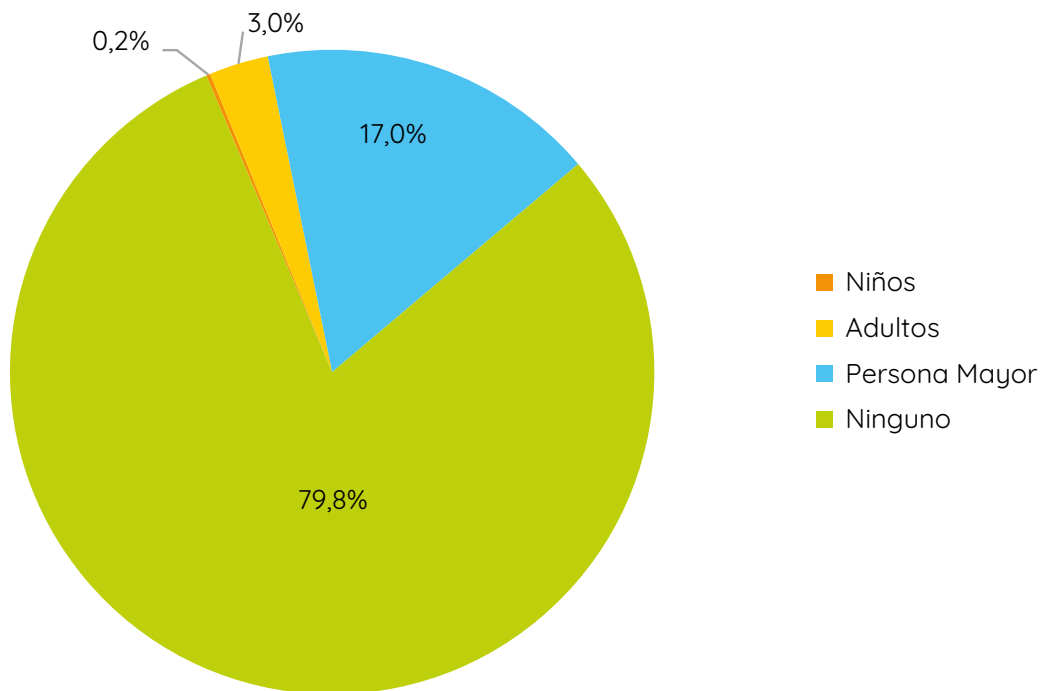
que así lo requieren. Por ello, es relevante profundizar en la provisión de cuidado por parte la población mayor, identificando sus principales características, así como su impacto en el bienestar y la distribución del tiempo de los cuidadores mayores.

De este modo, una primera aproximación a la distribución del cuidado

brindado por personas mayores evidencia que la mayor parte de las actividades de cuidado realizadas por individuos entre 60 y 69 años (un 17%) recae precisamente sobre otras personas mayores (Figura 19). En parte, esto se entiende al observar que un 9,6% de la población mayor cohabita únicamente con su pareja, hecho que propicia la existencia de

cuidado mutuo dentro del núcleo familiar. Adicionalmente, en aquellos hogares en los que la persona mayor no participa del mercado laboral, suele asumir el rol de cuidador de aquellas otras personas de su misma familia o vivienda que debido a su edad o por presentar alguna discapacidad o limitación requieren de cuidado.

Figura 19. Distribución de personas entre 60 y 69 años, según a quién cuidan



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2016-2017.

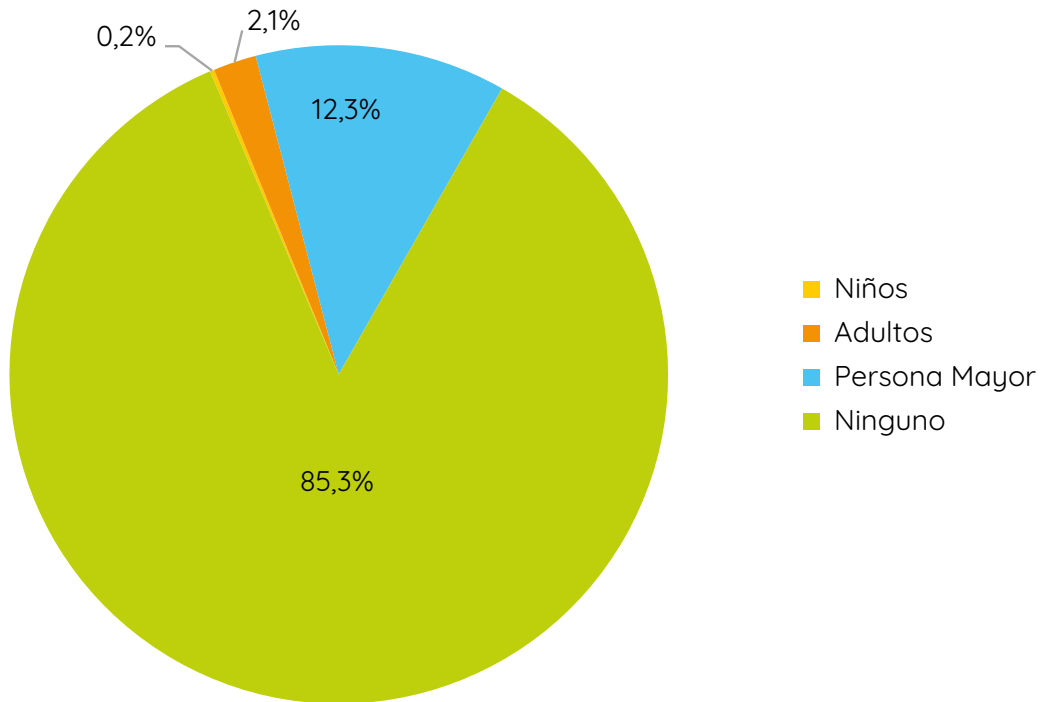
Sin embargo, aunque un 20,2% de las personas entre 60 y 69 años brinda cuidado, esta cifra se reduce en 4.7 p.p. para las personas mayores a 70 años, ya que para

esta población aumenta la probabilidad de presentar limitaciones o desgaste que les impide o dificulta brindar asistencia a otros, aumentando por el contrario su demanda

personal de cuidado (Figura 20). A pesar de ello, un 14,6% de los mayores de 70 años brinda algún tipo de cuidado, por lo general a otras personas mayores. Esto resalta la importancia de entender el cuidado de

modo dinámico y no unidireccional, ya que las personas mayores no sólo son receptoras de cuidado, sino que a la vez pueden ser cuidadoras, surgiendo así la particular figura del “cuidador cuidado”.

Figura 20. Distribución de personas mayores a 70 años, según a quién cuidan



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2016-2017.

En los grupos focales encontramos casos de personas mayores que no solo son cuidadoras de personas mayores,

sino también de otros grupos poblacionales, de personas con discapacidad, de niños, niñas, adolescentes.

“En el caso de mi madre, ella cuida a mi abuelita, ella tiene alzhéimer y en muchos casos ella es también, ella es como una niña y también a veces no le gusta algo y como ella no oye, también entonces pues, toca gritarle a veces y ella como que lo mal interpreta y se pone a llorar o avece se enoja, o es varios caso yo le voy a dar la comida y ella como que le da rabia y como que pum y la tira entonces, como que uno no tiene paciencia, a veces por las noches se pone a cantar, se pone a llorar, yo tengo que estar en vela, así escuchándola, escuchándola, entonces si es un poco doloroso”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional, Ipiales).

“Yo solo cuidando a mi madre, vive enferma, llevándola a los hospitales, llevándola a las clínicas, a veces me acompañan mis tías. Y ahí haciendo los quehaceres de la casa, ayudándole cualquier cosa. Yo tengo un hijo, ahí está mi hijo, también la está apoyando, nos está ayudando cualquier cosita, lo que dios nos da. Mi madre solo vive enferma, que a uno le da pena. No sé, me tocó ir al hospital de Ipiales a verle cómo le siguió del seno, a ver qué es que le dicen. Ahí estoy apoyándola a ella, asistiéndola que no le falte nada, y ahí cualquier cosita ya me voy a hacerle el mandadito donde haya cualquier cosita que hacer para traer cualquier cosita ahí en la casa, a veces me vienen a buscar y yo me voy a trabajar para que no les falta nada ahí en la casa, ahí en el hogar, ese ese el quehacer de uno, la obligación de uno”.

(GF, hombres y mujeres, mayores de 60, Ipiales).

“Actualmente vivo con dos nietecitos (...) de 12 años. Sí, yo los cogí pequeñitos aquí cuando llegamos para que mi hija trabajara, porque no tenía de más. Ella trabaja en Cali, internada. Pero yo mi hija que más me ayudaba se me murió hace mes y medio. Ella me tenía en el núcleo de ella, como ella murió ya no sé qué haga, ya no me alcanza para pagarle el arriendo. Estoy con los niños. Mi hija trabaja, ella cada dos meses los viene a ver, pero pues estoy baja de recursos”.

(GF, hombres y mujeres, mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Pasto).

“Yo vivo con dos hermanitos, las dos somos hermanas, tenemos un hermanito que es discapacitado. Nosotros lo cuidamos a él (...) tiene 57 años (...) Tiene poliomiélitis, problema de retardo mental (...) Y ahorita él tiene es un 62% de discapacidad, mi hermana se encarga de bañarlo, yo de los alimentos, de la ropa, droga, porque él toma permanente, de por vida”.

(GF, hombres y mujeres, mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Pasto).

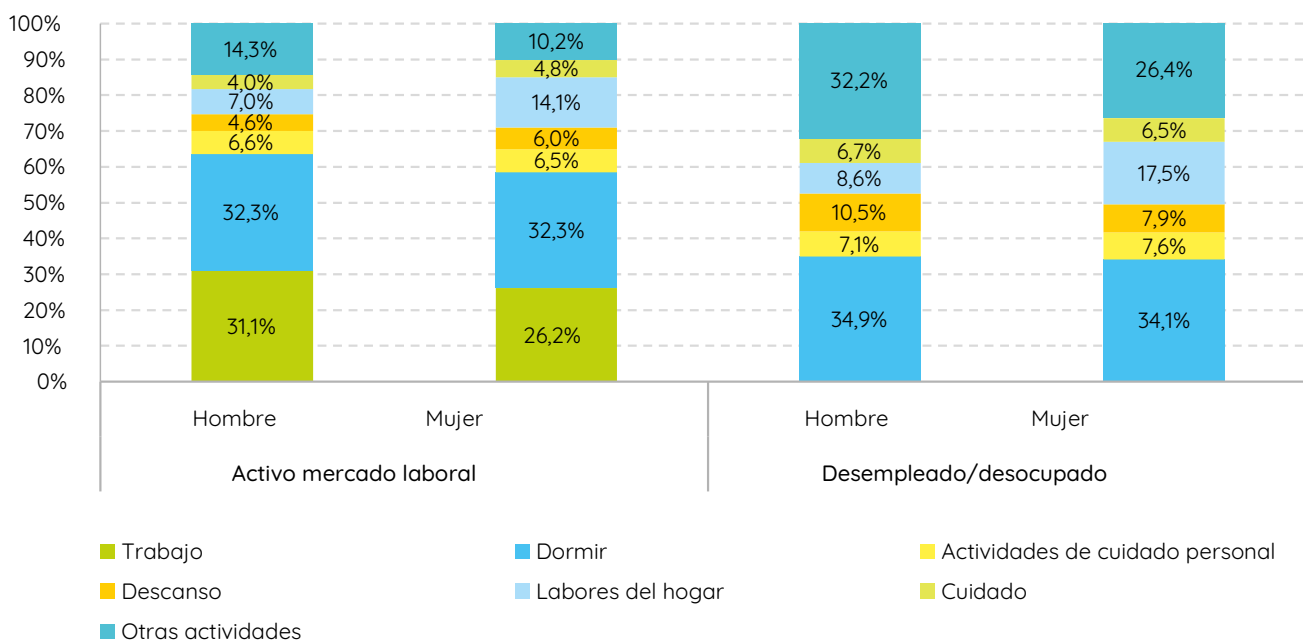
Por otro lado, un análisis del uso del tiempo de la población mayor muestra que las mujeres mayores dedican en promedio 4.2 horas al cuidado y labores del hogar ubicándose por encima de la media de la población colombiana. Lo contrario ocurre con los hombres mayores que dedican un tiempo considerablemente bajo, tan solo 2.06 horas, al cuidado y labores

del hogar (Figura 21). Mientras las mujeres mayores se encuentran 0.2 horas por sobre el tiempo promedio nacional de cuidado y oficios del hogar, los hombres mayores se encuentran 2.2 horas por debajo de este valor. Esto da indicios de que la imagen tradicional de la mujer como principal encargada y responsable del cuidado y del hogar se perpetúa en la vejez.

Es más, al desagregar entre sectores rurales y urbanos observamos que en el campo esta brecha es aún más pronunciada. Así las Figuras 21 y 22 nos muestran que mientras que en sectores urbanos las mujeres dedican un 17,14% al cuidado y el hogar, en el sector rural esta cifra aumenta a 20,3%, es decir 5.52 horas, cifra signi-

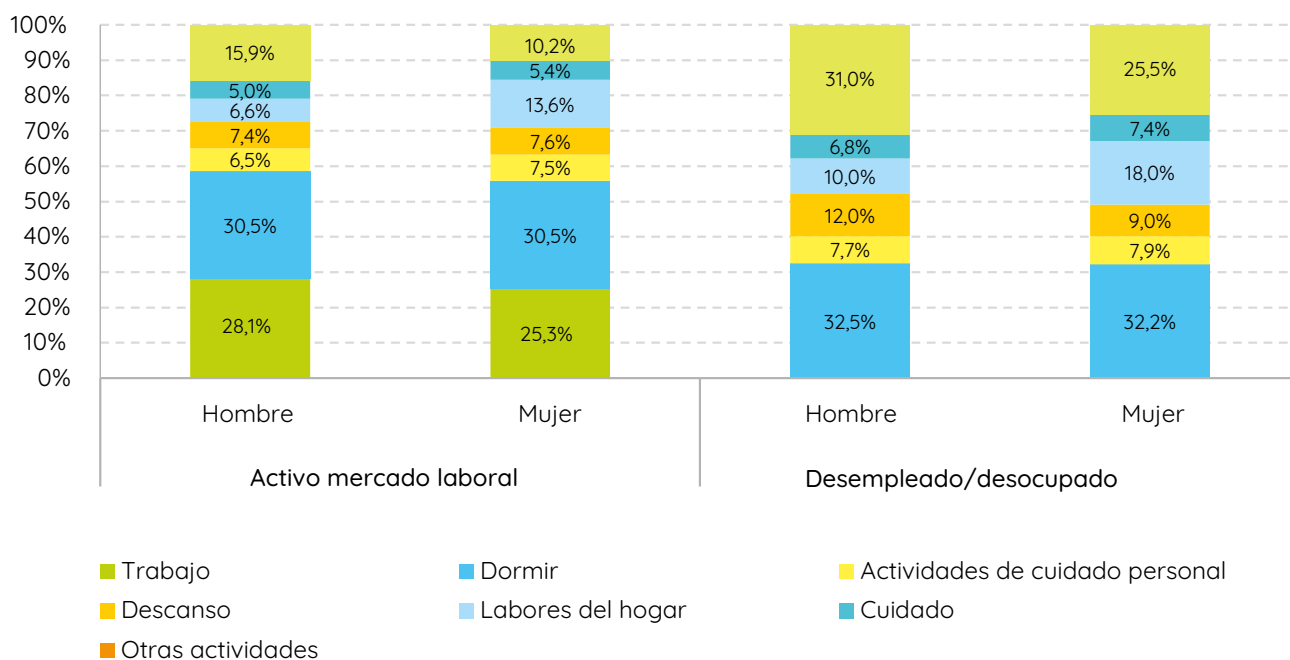
ficativamente mayor a la media nacional (4.02). Lo contrario ocurre con los hombres mayores, ya que, aunque en general dedican menos tiempo que las mujeres al cuidado, los hombres en sectores urbanos dedican más horas al cuidado y labores del hogar que aquellos que viven en sectores rurales.

Figura 21. Uso del tiempo de personas de 60 años o más. Total nacional 2016-2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2016-2017.

Figura 22. Uso del tiempo de personas de 60 años o más. Total nacional 2020-2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2020-2021.

Sin embargo, mientras las mujeres dedican mayor tiempo al cuidado, los hombres mayores presentan una mayor participación en el mercado laboral, dedicando más tiempo al trabajo que las mujeres mayores. En particular en el sector rural los hombres dedican un 13,2% más de su tiempo al trabajo (3.16 horas más) que las mujeres mayores en su mismo territorio, e incluso un 8,1% más que los hombres viviendo en sectores urbanos (1.94 horas más). En parte, esto se entiende por la alta participación masculina en

los trabajos del campo, y por la necesidad económica, en ausencia de pensión, que en muchas familias induce a continuar trabajando a hombres mayores en edades en las que en sectores urbanos ya muchos se han acogido a la jubilación.

4.3.8. Bienestar de las personas recibiendo cuidado

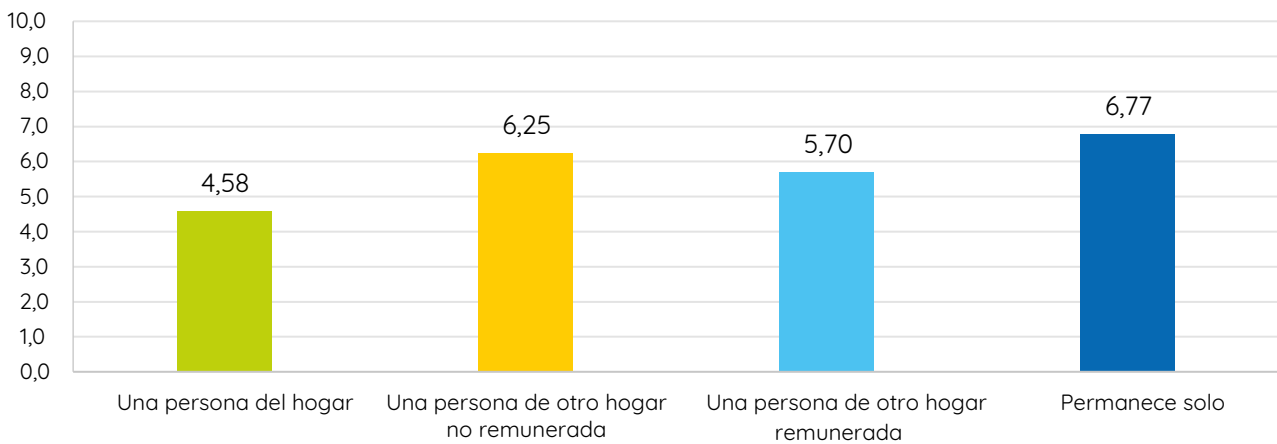
El cuidado está estrechamente vinculado con la calidad de vida y no se puede desligar de la percepción de bienestar, tanto de las personas cuidadas como de

los cuidadores. En particular, recibir o no cuidado durante la vejez, así como el tipo de cuidado recibido, puede incidir sobre el nivel de bienestar subjetivo que reportan los individuos. Precisamente, la ECV 2020 permite realizar un análisis descriptivo del bienestar por medio de la pregunta: ¿en una escala de 1 a 10 qué tan satisfecho se encuentra con su actual estado de vida? sirviendo como una aproximación al grado de bienestar auto-percibido.

De esta manera, como ilustra la Figura 23, existen variaciones significativas en la

media de bienestar reportada dependiendo del tipo de cuidado que se recibe. Llama la atención observar que aquellas personas mayores que viven solas a pesar de requerir cuidado tienen una media de 6.77, por encima de la reportada por las personas mayores recibiendo cuidado. Como lo muestran los resultados cualitativos, esto puede deberse a la satisfacción subjetiva resultante de la percepción de independencia y aparente autonomía, aun cuando exista alguna limitación moderada o grave por la que se debiese recibir cuidado.

Figura 23. Bienestar reportado por personas mayores (1-10), según tipo de cuidado



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.
 Nota: El bienestar se reporta en una escala de 1-10, siendo 10 (Muy satisfecho con el actual estado de vida).

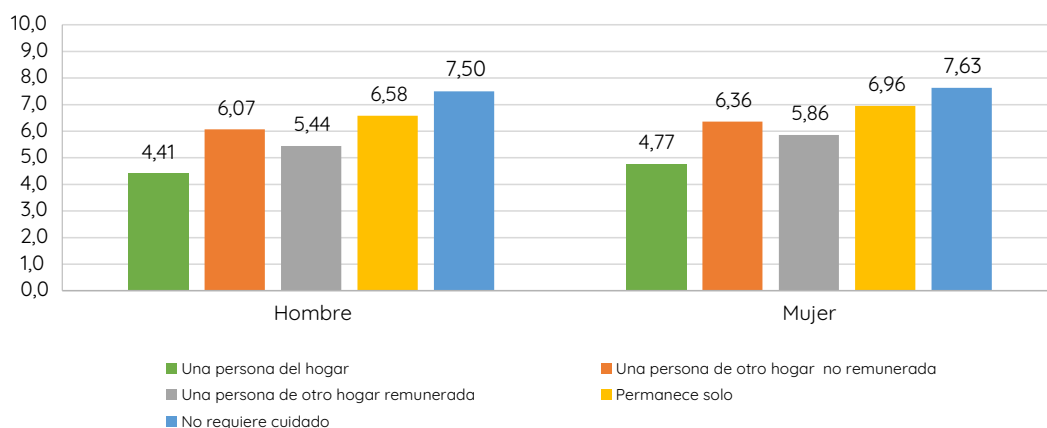
Por el contrario, las personas mayores cuidadas por personas de su hogar reportan el peor índice de bienestar con un 4.58 de 10. A la luz de las entrevistas mencionadas esto podría indicar que el cuidado no remunerado dentro del hogar implica una carga emocional adicional para la persona mayor cuidada, que en algunas ocasiones llega a percibir que son una carga más para su familia y seres queridos lo que la conflictúa (ver sección de resultados cualitativos).

Además, dentro de la población que recibe cuidado quienes mayor índice de bienestar presentan son aquellos que reciben cuidado con un 6.25 por parte de miembros de otro hogar, lo cual siguiendo la anterior línea argumentativa se entiende debido a que en este caso no existe una carga emocional de percibirse como una carga para el propio núcleo familiar, ni tampoco como

carga económica ya que el cuidado en este caso no es remunerado.

Por otro lado, al desagregar por sexo e incluir a las personas mayores que no requieren de cuidado (Figura 24), se evidencia que para todos los casos las mujeres presentan mayores índices de bienestar auto-percibido. Así, mientras los hombres que no requieren cuidado tienen una media de 7.5, las mujeres reportan un promedio de 7.63. Sin embargo, independientemente del sexo, aquellas personas mayores que no requieren de cuidado presentan índices considerablemente mayores, en cuanto no requerir cuidado se asocia directamente con un mejor estado de salud, una mayor autonomía e incluso una mayor independencia económica, todos aspectos que inciden directamente en la percepción de bienestar y calidad de vida de la población mayor.

Figura 24. Bienestar reportado por personas mayores (1-10), según tipo de cuidado y sexo

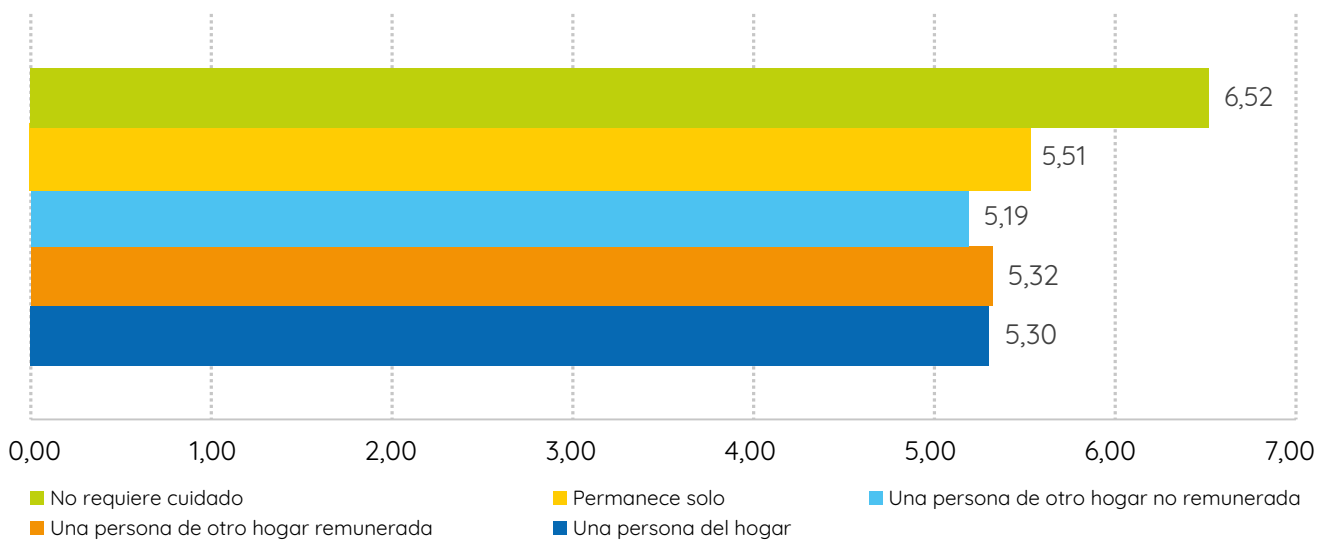


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.
 Nota: El bienestar se reporta en una escala de 1-10, siendo 10 (Muy satisfecho con el actual estado de vida).

Finalmente, la Figura 25 caracteriza la percepción de bienestar únicamente respecto al propio estado de salud, también en una escala de 1 a 10. Resaltando, en primer lugar, que, aunque para el bienestar general las personas mayores cuidadas por miembros no remunerados de otros hogares presentaban el mayor índice dentro de la población mayor reci-

biendo cuidado, en la percepción de salud presentan el valor más bajo con 5.19. Adicionalmente las personas mayores que no requieren de cuidado reportan un índice mucho mayor, en más de 1 punto, respecto a la población que demanda cuidado. Nuevamente esto se explica por la correlación entre independencia y mejor salud física.

Figura 25. Bienestar reportado respecto al propio estado de salud (1-10) por parte de personas mayores, según tipo de cuidado



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.
 Nota: El bienestar se reporta en una escala de 1-10, siendo 10 (Muy satisfecho con el actual estado de salud).

4.3.9. Bienestar de las personas prestando cuidado

En cuanto el cuidado implica una relación interpersonal entre la persona mayor

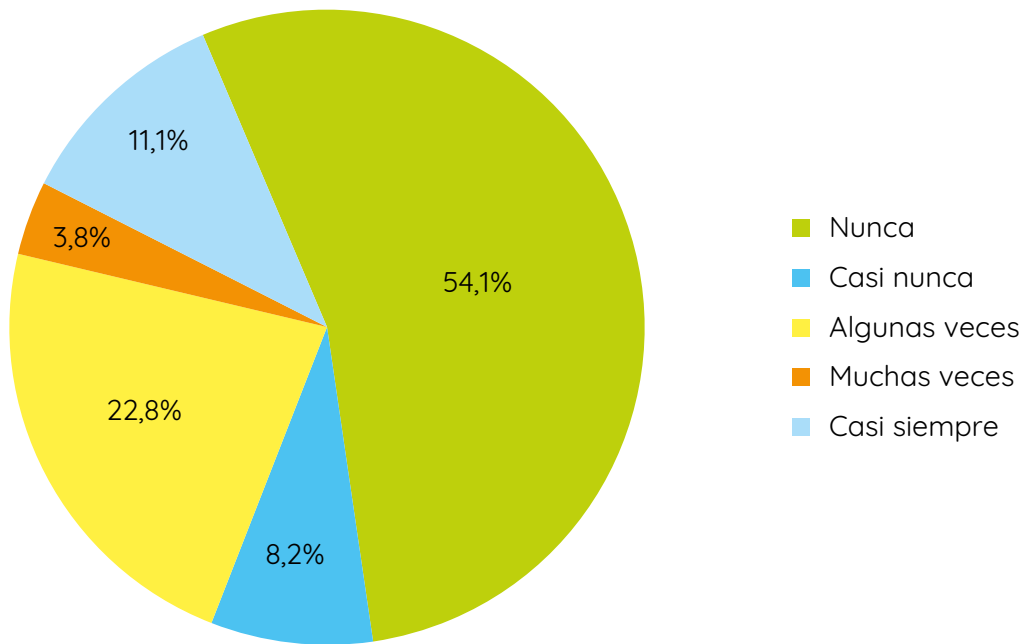
cuidada y el cuidador, tiene consecuencias sobre la dimensión afectiva, la rutina diaria e incluso la percepción de la propia imagen de los y las cuidadoras. Por ello, es importante estudiar el potencial impacto que tie-

ne la realización de labores de cuidado sobre el bienestar y la calidad de vida de las personas cuidadoras.

En primer lugar, la encuesta SABE cuidadores 2015, en la cual se entrevistaron a más de mil cuidadores y cuidadoras de personas mayores de diversas regiones de Colombia, nos permite aproximarnos a la percepción de sobrecarga y uso del tiempo por parte de las personas que brindan cuidado. De este modo la Figura 26 muestra que, aunque la mayor parte de los cuidadores (62,3%) reporta que nunca o casi

nunca siente que el tiempo para el cuidado y actividades personales es insuficiente, un 14,9% reporta que siempre o casi siempre no dispone de suficiente tiempo libre o de ocio para las actividades personales. Esto indica que, aunque la mayor parte de los prestadores de cuidado están conformes y pueden compaginar el cuidado de otros con la dedicación a las actividades propias y al tiempo libre, aún persiste un grupo considerable de cuidadores que no poseen suficiente flexibilidad para administrar su tiempo y reportan una sobrecarga de trabajo.

Figura 26. Pregunta a cuidadores: ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a la persona mayor, no tiene suficiente tiempo para usted?

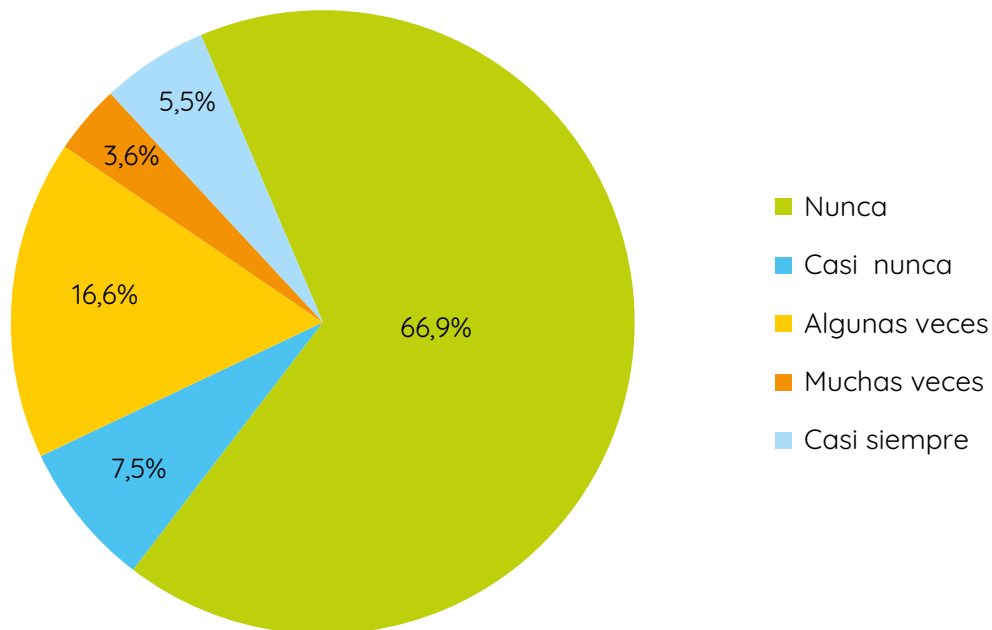


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta SABE Cuidadores 2015.

Específicamente, la Figura 27 nos permite observar que, aunque el 66,9% logra equilibrar el tiempo y esfuerzo dedicado al cuidado con otras responsabilidades personales como familia o trabajo, un 9,1% rara vez lo logran. Esto se entiende no sólo porque en determinados casos el cuidado de una persona mayor demanda una dedicación considerable de tiempo y esfuerzo, sino también porque de los cuidadores encuestados el 39,5% participa activamente en el mercado laboral y adi-

cional al cuidado debe asegurar tiempo para su trabajo. Particularmente en estos casos es más difícil que la persona que brinda cuidado disponga de tiempo suficiente para sí mismo, afectando directamente el bienestar del cuidador. En este sentido realizar un especial énfasis en los cuidadores que participan activamente en el mercado laboral es fundamental en el diseño de políticas públicas que busquen mejorar la calidad de vida de los cuidadores.

Figura 27. ¿Se siente agobiado al tener que cuidar a la persona mayor y tener que atender otras responsabilidades (por ejemplo, con su familia o en el trabajo)?

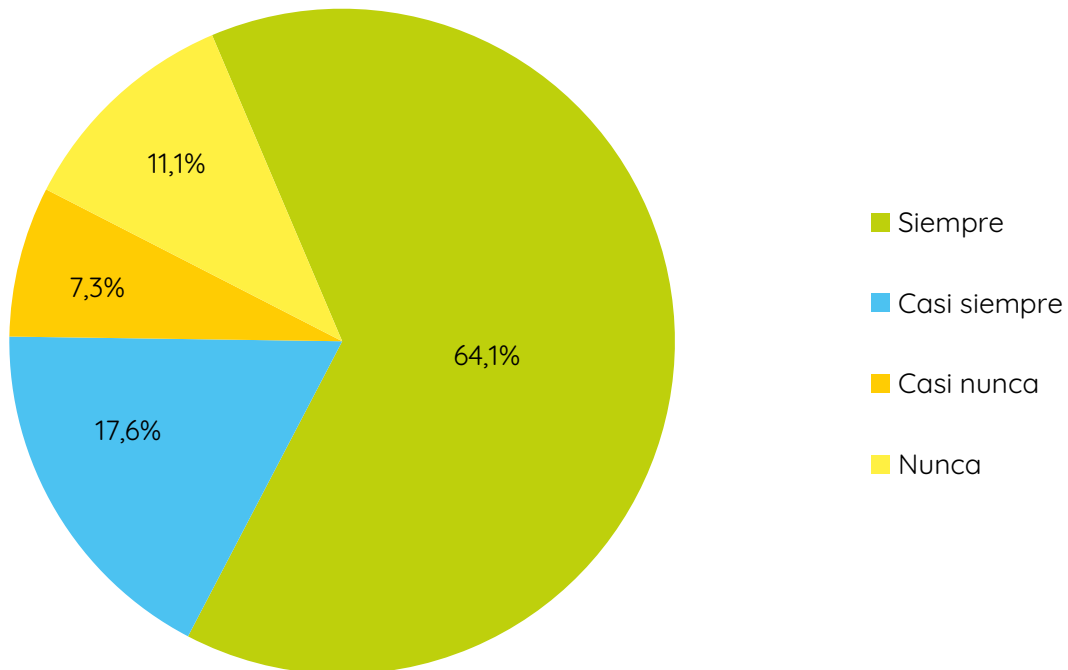


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta SABE Cuidadores 2015.

Por otro lado, al analizar la percepción que tiene los cuidadores acerca del reconocimiento de su trabajo, la Figura 28 nos muestra que en su gran mayoría sienten que siempre (17,6%) o casi siempre (64,1%) su trabajo es bien valorado, aunque persiste una proporción de 11,1% que cree que nunca se valora su actividad. Sin embargo, aunque en general la percepción del reconocimiento del cuidado es positiva, mejora al delimitarse únicamente a la valoración de la familia de la persona mayor cuidada. De este modo, como ilustra la Figura 29, un 83,6% de los cuidadores sienten que su labor es considerada importante o muy importante por parte de la familia del sujeto cuidado. Esto es fundamental en cuanto una buena relación del núcleo familiar de la persona cuidada con el cuidador es también determinante para las dinámicas de cuidado.

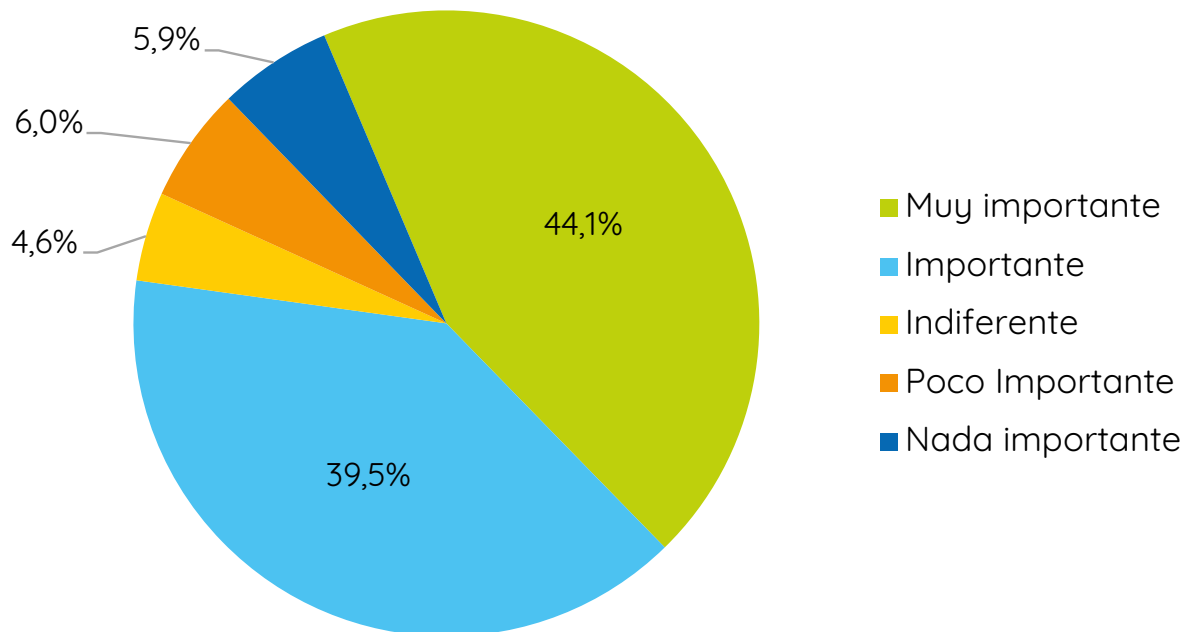
tarse únicamente a la valoración de la familia de la persona mayor cuidada. De este modo, como ilustra la Figura 29, un 83,6% de los cuidadores sienten que su labor es considerada importante o muy importante por parte de la familia del sujeto cuidado. Esto es fundamental en cuanto una buena relación del núcleo familiar de la persona cuidada con el cuidador es también determinante para las dinámicas de cuidado.

Figura 28. Pregunta a cuidadores: ¿Su labor como persona cuidadora familiar en general es bien valorada o reconocida?



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta SABE Cuidadores 2015.

Figura 29. Pregunta a cuidadores: Usted piensa que la familia de la persona que cuida, lo considera...



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta SABE Cuidadores 2015.

Esta aproximación a la valoración del cuidado es relevante no sólo para analizar el bienestar de la persona cuidada, sino del mismo cuidador, que recibe por medio de la valoración y el respeto por su trabajo una retribución subjetiva. En este sentido resaltar y reconocer la labor de los cuidadores de personas mayores, dentro del núcleo familiar o fuera de él, es también un eje fundamental que se debiese considerar en cualquier política de

apoyo o fomento del cuidado de la población mayor en Colombia.

4.3.10. Efectos derivados de la provisión de cuidado

Si bien hasta el momento los datos cualitativos han mostrado los efectos adversos del cuidado, sobre todo cuando este representa una sobrecarga para quienes conviven con las personas mayores; también hay situaciones en las cuales

los cuidadores se sienten satisfechos con su labor. Como se evidenció en un grupo focal de la ciudad de Bogotá, un hombre de 74 años se sintió pleno al estar pendiente de su suegra, quien tiene más de 85 años:

“Yo tuve la oportunidad de cuidar a mi suegra, ella tiene 85 años, sufre de Alzheimer y fue una experiencia para mí bastante enriquecedora”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

En este caso una persona mayor sintió satisfacción al cuidar de otra persona de más de 60 años. Sin embargo, por decisiones familiares la mujer de 85 años se trasladó de hogar, lo que produjo malestar en su cuidador. Las palabras de satisfacción de aquel hombre evidenciaron que estar al tanto de una persona mayor con demencia también puede generar momentos gratos, pues no siempre existe un desgaste.

En la ciudad de Manizales también hubo un ejemplo de satisfacción por medio del cuidado, pero esta vez relacionado con el cuidado formal. Las voluntarias de la Fundación San Ezequiel Moreno, quie-

nes ejercen la enfermería, se sintieron nostálgicos al no poder visitar a quienes tenían más de 60 años durante la pandemia:

“Eso era muy satisfactorio para ellos y para uno, hacer esa visita esas personas y ellos con esa alegría que lo reciben a uno”.

(GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Manizales).

De esta manera, las voluntarias añoraban aquellos momentos en donde entraban en contacto con las personas mayores, pues se sintieron satisfechas al cuidarlos.

Como se evidenció en los dos ejemplos, el cuidado también permite que emerjan momentos gratos, en los cuales el cuidador percibe que sus tareas son reconocidas socialmente. Tanto en la práctica del cuidado formal como en la labor no remunerada el reconocimiento social es necesario para generar satisfacción en los sujetos. De ahí que la exaltación de los buenos momentos que constituyen el cuidado sea importante para incentivar este ejercicio.

4.4. Conclusiones



Los objetivos centrales de este capítulo fueron: 1) ofrecer un marco teórico para el concepto de cuidado de las personas mayores, 2) presentar modelos clave de cuidado a largo plazo en el mundo y en Colombia, y 3) basarse en criterios tanto cualitativos como cuantitativos, para analizar la situación de las personas que reciben cuidados de larga duración, así como de quienes brindan cuidados de larga duración en Colombia. El capítulo también prestó especial atención a los efectos de la pandemia de COVID-19 en la situación del cuidado en Colombia, así como en el bienestar de las personas mayores que reciben cuidado y las que brindan cuidados a largo plazo.

Con respecto al primer punto, el capítulo definió el cuidado de las personas mayores como el apoyo y la asistencia brindada por una persona a una persona necesitada (Ravazi & Staab, 2008). Las necesidades específicas en términos de cuidado a menudo están relacionadas con actividades (instrumentales) de la vida diaria, como bañarse, vestirse o comer, que se caracterizan por diferentes niveles de necesidad por parte de la persona mayor que se cuida.

Si bien el aumento en el número total de personas mayores en Colombia, en combinación con una creciente prevalencia de enfermedades crónicas en esta población, está conduciendo a una creciente demanda de atención, este proceso debe verse también en el contexto de un número cada vez menor de los niños, la urbanización y el aumento de la participación de las mujeres en la fuerza laboral.

Estos procesos están afectando de manera importante la relación y la dinámica entre la persona cuidada y el cuidador. Pese a que se discute el tema del cuidado de las personas mayores, el bienestar de la persona cuidada, en la mayoría de los casos, es el centro de atención, también es importante centrarse en el bienestar de los cuidadores. Por un lado, esto se debe a que el bienestar de los cuidadores es importante por sí mismo. Por otro lado, está bien documentado en la literatura científica que el cuidado de personas mayores a menudo presenta un desafío sustancial para el bienestar psicológico y físico de los cuidadores, que puede extenderse a la relación con la persona a la que se cuida (Iiu et al. 2020). Es importante destacar que con el estudio SABE de 2015, por primera vez existen datos que han permitido exponer el cuidado tanto desde la perspectiva de la persona mayor cuidada como del cuidador.

En cuanto al segundo punto, el capítulo discutió la situación de la atención a las personas mayores tanto a nivel mundial como en Colombia, además de describir diferentes modelos de atención a las personas mayores. Relacionado con este punto, una referencia clave es el marco ICOPE (guía para la evaluación centrada en la persona y vías en atención primaria) desarrollado por la OMS que se basa en los siguientes principios rectores: 1) las personas mayores tienen derecho a la mejor salud posible, 2) deben tener igualdad de oportunidades para acceder a los determinantes del envejecimiento saludable, independientemente de la condición social o económica, el lugar de nacimiento o residencia u otros factores sociales, y 3) la atención debe brindarse a todos por igual, sin discriminación, particularmente sin discriminación por motivos de género o edad (OMS, 2019).

Lo que queda claro de la revisión realizada en este capítulo es que no existe un modelo de “talla única” para lograr estos tres objetivos y que un sistema integrado de atención debe combinar tanto la atención domiciliaria como la institucional, en estrecha colaboración con el sistema de salud, asistencia social y educación. En Colombia, el tema del cuidado de las personas mayores ha llegado a la agenda política hace relativamente poco tiempo. Un desafío clave para Colombia cuando

se trata de discutir qué modelo de atención para las personas mayores debe desarrollarse en el futuro, es la falta de información integral y oportuna sobre los servicios de atención que se brindan en el país, así como su calidad (BID 2019). Esta información detallada es esencial para evaluar en qué medida el sistema actual satisface las necesidades de las personas mayores que reciben atención, así como las de sus cuidadores y la sociedad en su conjunto.

El tercer punto, analizar la situación tanto de las personas que reciben cuidados de larga duración como de las que brindan cuidados de larga duración en Colombia, ha sido el foco de este capítulo. Lo que ha quedado claro del análisis de los microdatos es:

4.4.1. La gran mayoría (70%) de las personas mayores que necesitan cuidados reciben cuidado no remunerado por parte de otro miembro del hogar

Si bien para Colombia no existen datos respectivos, en la mayoría de los países las personas mayores tienen fuertes preferencias por ser cuidadas en su hogar el mayor tiempo posible por familiares, con el fin de mantener sus lazos sociales y permanecer en su entorno familiar (Lehnert et al., 2018). En este sentido, es muy

posible que la circunstancia de que la mayoría de las personas mayores con necesidades de cuidado en Colombia reciban atención por parte de otro miembro del hogar concuerde con una preferencia general de las personas mayores por este tipo de atención. Al mismo tiempo, sin embargo, esto también destaca una serie de desafíos potenciales con respecto a la calidad de la atención que se brinda y la carga para los cuidadores.

En primer lugar, la circunstancia de que el cuidado lo brindan principalmente los miembros del hogar probablemente implica que el cuidador no ha recibido capacitación formal para brindar cuidado a personas mayores, lo que resulta en una falta de las habilidades necesarias. Esto es problemático ya que el cuidado de personas mayores es complejo y, según las necesidades específicas, incluye habilidades relacionadas con la ayuda en las actividades de la vida diaria (incluidas tareas como levantar y transportar personas mayores), el mantenimiento de normas de higiene, el control de condiciones de salud de la persona mayor (por ejemplo, toma de presión arterial), apoyo psicológico, suministro de medicamentos, interacción con otros miembros del hogar y la familia, así como referencias al sistema de salud. Como resultado, desafortunadamente es probable que muchos cuidadores no remunerados en Colombia

carezcan de las habilidades profesionales requeridas para brindar atención de alta calidad a las personas mayores, por lo tanto, no poder ayudar de manera efectiva a la persona cuidada a tener la mejor salud posible.

En segundo lugar, la circunstancia de que la mayor parte del cuidado de las personas mayores en Colombia es brindada por otros miembros del hogar, sin recibir un pago, es probablemente problemática para los cuidadores por varias razones. Por un lado, es probable que, en muchos casos, el familiar o miembro del hogar que cuida a la persona mayor haya tenido opciones reales limitadas al asumir este rol debido a una combinación de obligaciones morales, expectativas sociales y la falta de alternativas en términos de suministro de cuidado formal. Por otro lado, existen importantes desafíos a los que se enfrentan muchos cuidadores no remunerados, como la falta de reconocimiento social y el riesgo de exclusión social, las dificultades para combinar la prestación de cuidados con la participación en la fuerza laboral, las dificultades para tener ingresos y seguridad social adecuados, así como la y la carga mental del rol de cuidador.

Si bien es probable que estas cifras también se vean afectadas por el nivel de dependencia de las personas mayores que reciben atención, es interesante se-

ñalar que nuestros análisis de microdatos revelaron que el bienestar general de las personas mayores que reciben atención es menor entre las que son atendidas por un miembro del hogar que aquellos que están bajo el cuidado de una persona ajena a su hogar (ya sea remunerada o no remunerada). Potencialmente, esto último refleja la circunstancia de que la atención brindada por los miembros del hogar a menudo puede no ser suficiente y de menor calidad que la atención brindada por personas ajenas al hogar.

4.4.2. Existe una carga importante para el cuidador en Colombia

El análisis respalda la opinión que existe una carga importante para el cuidador. Por ejemplo, casi el 40% de los cuidadores de personas mayores informan que no tendrían suficiente tiempo para cuidarse a sí mismos, mientras que brindar más de cuatro horas diarias de cuidado se asocia con una reducción sustancial del tiempo disponible para el sueño y las actividades de ocio. Además de que la gran mayoría de los cuidados a las personas mayores en Colombia son brindados por miembros del hogar, sin remuneración, es crucial reconocer plenamente que estamos hablando principalmente de cuidadoras en lugar de cuidadores, dado que las mujeres representan el 85% de los cuidados.

En consecuencia, hablar de la carga del cuidador, en el caso de Colombia, hace referencia principalmente a las mujeres y los impactos potenciales que su provisión de cuidados puede tener en su bienestar físico, mental y socioeconómico.

La circunstancia que en Colombia la gran mayoría del cuidado de las personas mayores se brinde de modo no remunerado por parte de otros miembros del hogar o de la familia, también se relaciona con la circunstancia de que existe una brecha sustancial en cuanto a la provisión de cuidado. Debido a la urbanización en curso, con muchas personas más jóvenes que se mudan de las zonas rurales a las urbanas, así como a la reducción del tamaño de las familias, es probable que aumente la proporción de personas mayores que viven solas, lo que agravará la brecha de atención si no se realizan cambios al modelo de cuidado en Colombia.

Lo que queda claro a partir del análisis es que la brecha general de atención es también una brecha socioeconómica, así como una brecha entre las regiones del país. Por ejemplo, entre las personas mayores de nivel socioeconómico alto y con necesidad de cuidados solo menos del 10% vive solo sin recibir ningún tipo de atención, solo la mitad de la cifra correspondiente a las personas mayores de nivel socioeconómico bajo. Como muestran nuestros análisis, recibir atención de

una persona remunerada ajena al hogar es algo que solo las personas mayores de clases socioeconómicas más altas pueden permitirse. Aun así, con solo alrededor del 9% en el grupo socioeconómico más alto que recibe atención remunerada de una persona ajena al hogar, incluso en el grupo económicamente más privilegiado, la atención formal sigue siendo poco frecuente.

Por un lado, esto último puede deberse a preferencias hacia el cuidado por parte de los miembros del hogar o de la familia. Sin embargo, por otro lado, esto último también puede ser un indicador de la circunstancia de que aún existen pocos servicios asequibles y de alta calidad para el cuidado de las personas mayores en Colombia. En cuanto a las diferencias regionales, podemos ver que la brecha de atención es particularmente pronunciada en la región de los Llanos (25%), mientras que es moderada en la región del Caribe (7,6%). Si bien ha estado más allá del alcance de este capítulo analizar las causas exactas de las desigualdades en la brecha del cuidado, está claro que el tema es directamente relevante para el debate político y social más amplio sobre las desigualdades sociales.

4.4.3. Efectos de la pandemia del COVID-19 y cambios en la oferta y demanda de atención a las personas mayores en Colombia

En cuanto a los efectos de la pandemia del COVID-19, el análisis ha revelado varios cambios importantes en cuanto a la oferta y demanda de atención a las personas mayores en Colombia. En primer lugar, los datos muestran que entre 2018 y 2020 hubo un aumento del 7% en la proporción de personas mayores necesitadas de cuidados que reciben cuidados de un miembro del hogar, lo que se explica por un aumento de la convivencia intergeneracional por la pandemia. Aunque los datos no permiten evaluar cómo esto último afectó el bienestar de las personas mayores que reciben atención o sus cuidadores, la convivencia intergeneracional durante la pandemia, pudo haber resultado en una pequeña reducción en la brecha de atención para las personas mayores. Sin embargo, dado que los últimos datos son de 2020, no es evidente si este efecto fue sólo temporal o no.

Lo que parece un tanto sorprendente, dada la importante conmoción económica, es que la pandemia no provocó ningún cambio en el porcentaje de personas mayores que reciben cuidados formales por parte de una persona ajena a su ho-

gar, por lo que este porcentaje se mantuvo entre 5,4% y 5,6% en los años 2018 a 2020. Una razón de la falta de un efecto de la pandemia en la prestación de cuidados formales a las personas mayores puede ser que este tipo de atención se brinda predominantemente a las personas mayores del grupo socioeconómico más alto, que era menos afectados negativamente por la pandemia en términos de ingresos disponibles en comparación con las personas de grupos socioeconómicos más bajos.

4.5. Recomendaciones



- › En primer lugar, cerrar la brecha de cobertura de atención entre las personas mayores, tanto en términos de cantidad como de calidad de los servicios que se brindan, debe considerarse un objetivo social fundamental. Para ello es necesario ampliar la oferta y la asequibilidad de los servicios formales de cuidado. En Colombia, ha habido algunos avances con respecto a la provisión de servicios de atención institucional públicos y privados, sin embargo, los servicios de atención dom
- › En segundo lugar, la salud socioeconómica, física y mental de los cuidadores, que en su gran mayoría son mujeres y no remunerados, debe ser una prioridad política y social clave. El enfoque debe ser multidimensional (UNECE, 2019). Primero, apuntar a aumentar el reconocimiento social y la inclusión de los cuidadores (no remunerados). Esto puede incorporar esfuerzos encaminados a incrementar la conciencia pública sobre las muchas

miciliaria siguen siendo casi inexistentes, especialmente para las personas más pobres y las que viven fuera de los principales centros de población. Si bien el sector privado puede desempeñar un papel importante en la prestación de dichos servicios en Colombia, dada la incapacidad de recursos económicos de la mayoría de los hogares colombianos para pagar la atención, parece necesario que el gobierno establezca un mecanismo de financiación adecuado. Con el propósito de generar financiamiento para un sistema nacional de cuidado existe un potencial importante en la formación y formalización de los cuidadores. Tal formalización de los roles de cuidado no solo podría brindar oportunidades de empleo, sino también ingresos fiscales para el gobierno.

contribuciones de los cuidadores a la sociedad, así como las propias necesidades y desafíos a los que se enfrentan, acompañados de una evaluación formal de las necesidades específicas de los cuidadores (en diferentes contextos).

Adicionalmente, debe haber esfuerzos para conciliar la participación entre la fuerza laboral, la prestación de cuidados y la vida privada de los cuidadores (no remunerados). En varios países europeos, tales esfuerzos incluyen licencias pagadas para cuidados, horarios de trabajo flexibles y opciones de empleo a tiempo parcial.

Por lo tanto, es muy importante que los empresarios reconozcan la importancia de conciliar trabajo y cuidado en la regulación laboral. Para mejorar el bienestar de los cuidadores no remunerados es igualmente crucial asegurarles ingresos adecuados y seguridad social, por ejemplo, cubriendo sus contribuciones a salud y pensión. Al mismo tiempo, se podría mejorar el bienestar de los cuidadores no remunerados brindando más información, asesoramiento y capacitación, por ejemplo, ofreciendo líneas directas de apoyo, plataformas en línea con recursos y capacitación para las habilidades de cuidado.

Asimismo, la salud y el bienestar de

los cuidadores podrían mejorarse centrándose en las actividades de promoción de cuidados preventivos y buenas prácticas proporcionadas por el sistema de salud. Dado que la gran mayoría del cuidado no remunerado en Colombia es un servicio realizado por mujeres, es importante que dichas actividades tengan un claro enfoque de género. La capacitación y los ejercicios divulgativos de conocimientos básicos en cuidados preventivos tienen el potencial no sólo de beneficiar directamente a los cuidadores, sino también indirectamente a la persona mayor que se cuida.

» Un debate social y político informado sobre el sistema ideal de atención requiere fuentes de información adecuadas. Desafortunadamente, falta en gran medida información detallada y oportuna sobre la atención en Colombia (Nieto & Elisa, 2019). En particular, existe una falta de información oportuna sobre las características de calidad de los servicios de cuidado formales y no remunerados que se brindan, así como la satisfacción de las personas mayores con estos servicios. No existe un registro completo de las instituciones que brindan servicios de atención en el país y la calidad y rentabilidad de sus servicios (BID, 2019).

Además, se evidencia un vacío importante con respecto a los microdatos de las personas mayores y sus cuidadores en Colombia. Aunque el estudio SABE de 2015 fue muy importante y completo, solo muestra una instantánea de un momento en el tiempo. La falta de datos oportunos y detallados sobre las personas mayores y sus cuidadores dificulta significativamente la investigación

sobre este tema, lo que podría proporcionar importantes aportes a los debates políticos y sociales relevantes sobre el futuro de los sistemas de atención. Por lo tanto, Colombia debería seguir el ejemplo de otros países de América Latina, incluidos Brasil, México y Costa Rica, e introducir un estudio de seguimiento longitudinal de las personas mayores y sus cuidadores.

4.6. Referencias



Aguirre, R., & Ferrari, F. (2014). La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay: en busca de consensos para una protección social más igualitaria. Santiago de Chile. Chile: Naciones Unidas.

Alberti, R. (2020). Hacia una 'nueva normalidad' de la vejez y el envejecimiento en Uruguay. Significados, transformaciones y desafíos. In Fundación Opción Colombia - FUNDACOL, La vejez. Reflexiones de la postpandemia.

Banco Interamericano de Desarrollo (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia, Nota técnica del BID 1749. Disponible en: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_Colombia_es.pdf

Arango, L. G., & Molinier, P. (2011). El trabajo y la ética del cuidado. Medellín. Colombia.: La Carreta Social.

Béland F, Bergman H, Lebel P, Dallaire L, Fletcher J, Contandriopoulos AP, Tousignant P. Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Cana-

da. *Can J Aging*. 2006 Spring;25(1):5-42. English, French. PMID: 16770746.

Béland, F, Bergman, H, Lebel, P, Clarfield, Pierre Tousignant, André-Pierre Contandriopoulos, Luc Dallaire, A System of Integrated Care for Older Persons With Disabilities in Canada: Results From a Randomized Controlled Trial, *The Journals of Gerontology: Series A, Volume 61, Issue 4, April 2006, Pages 367-373*, <https://doi.org/10.1093/gerona/61.4.367>

Bergman, H., Béland, F., Lebel, P., Contandriopoulos, A. P., Tousignant, P., Brunelle, Y., Kaufman, T., Leibovich, E., Rodriguez, R., & Clarfield, M. (1997). Care for Canada's frail elderly population: fragmentation or integration?. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 157(8), 1116-1121.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], (2020). Sobre el cuidado y las políticas de cuidado. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/sobre-el-cuidado-y-las-politicas-de-cuidado>

Cubillos Álzate, J., Matamoros Cárdenas, M., & Pera Caro, S. (2020). Boletines Poblacionales: Personas Adultas Mayores de 60 años. Oficina de Promoción Social Ministerio de Salud y Protección Social, 0 (0), 1-10.

Clarke, J (2021). Impacts of the COVID-19 pandemic in nursing and residential care facilities in Canada. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00025-eng.htm>

Doyal.L, Gough. I. (1994). Teoría de las necesidades humanas. Barcelona: Economía Crítica.

Eng C, Pedulla J, Eleazer GP, McCann R, Fox N, (1994). Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing. J Am Geriatr Soc. Feb;45(2):223-32. doi: 10.1111/j.1532-5415.1997.tb04513.x. PMID: 9033525.

EP, experto en Bienestar y participación social N°1 (2022). Entrevista a profundidad realizada por la Fundación Saldarriaga Concha.

EP, experto N°1 en Bienestar y participación social (2022). Entrevista a profundidad realizada por la Fundación Saldarriaga Concha.

EP, experto N°2 en Cuidado y cuidadores (2022). Entrevista a profundidad realizada por la Fundación Saldarriaga Concha.

EP, experto N°3 en Cuidado y cuidadores (2022). Entrevista a profundidad

realizada por la Fundación Saldarriaga Concha.

Fajardo, R, Núñez, H, Rodríguez, M, & Castaño, A. (2020). Resilience in In-Home Caregivers of Older Adults during the COVID-19 Pandemic. Revista Latinoamericana de Bioética, 20(2), 91-101. Epub April 23, 2021. <https://doi.org/10.18359/r/bi.4813>

Forttes Valdivia, P. (2020). COVID-19-. Crisis y cambio Social. In Fundación Opción Colombia - FUNDACOL, La vejez. Reflexiones de la postpandemia

Galeano Marín, M. E. (2020). Vejez y relaciones intergeneracionales. Fundación Opción Colombia - FUNDACOL, La vejez. Reflexiones de la postpandemia.

GF, hombres mayores de 60 años, estrato 3 y 4, Bogotá (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres mayores de 60 años, estrato 5 y 6, Bogotá (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres mayores de 60 años, Quibdó (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 18 a 40 años 2, estratos 3 y 4, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 18 a 40 años N°1, estratos 3 y 4, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 18 a 40 años N°2, estratos 3 y 4, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 18 a 40 años n°2, estratos 3 y 4, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 18 a 40 años, estrato 1 y 2, Bogotá (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Barranquilla (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 40 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 41 a 59 años N°2, estrato 3 y 4, Bogotá (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 41 a 59 años, estrato 5 y 6, Bogotá (2022). Grupo focal realizado por

la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 41 a 59 años, estratos 1 y 2, Bogotá (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 41 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 41 a 59 años, Quibdó (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM Intergeneracional 2, estratos 1 y 2, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM intergeneracional, estrato 5 y 6, Bogotá. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM intergeneracional, estratos 1 y 2, Barranquilla (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM intergeneracional, estratos 3 y 4, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM intergeneracional, Ipiales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM intergeneracional, Quibdó (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Pasto (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM mayores de 60, Ipiales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, mujeres mayores de 60 años, estrato 1 y 2, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Bogotá (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

Huenchuan,S, Rodríguez, R. (2015) Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México - Diagnóstico y lineamientos de política. Cepal.

International Labour Office (ILO), World Social Protection Report 2014/15. Building economic recovery, inclusive development and social justice, Geneva, 2014.

Institute of Labor Economics (IZA). 2020. “How the COVID-19 Lockdown Affected Gender Inequality in Paid and

Unpaid Work in Spain.” Autor: Farré, Lúdia; Yarine Fawaz; Libertad González; y Jennifer Graves, En IZA Discussion Paper Series. no. 13434, Working Paper: 1-36. [July 1]. IZA, Bonn, Germany. En URL: <https://tinyurl.com/y2jqjp58>.

Lehnert, T., Heuchert, M. A. X., Hussain, K., & Koenig, H. H. (2019). Stated preferences for long-term care: A literature review. *Ageing & Society*, 39(9), 1873-1913.

Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International journal of nursing sciences*, 7(4), 438-445.

Meret-Hanke, L. Effects of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly on Hospital Use, The Gerontologist, Volume 51, Issue 6, December 2011, Pages 774–785, <https://doi.org/10.1093/geront/gnr040>

National PACE Association. (2019). The History of PACE. Retrieved from <https://www.npaonline.org/policy-advocacy/value-pace>

Nestor S, O’ Tuathaigh C, O’ Brien T. Assessing the impact of COVID-19 on healthcare staff at a combined elderly care and specialist palliative care facility: A cross-sectional study. Palliative Medicine. 2021;35(8):1492-1501. doi:10.1177/02692163211028065

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2015) Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2017) Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care (No. WHO/FWC/ALC/19.1). Disponible en, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1>

Ortega I, Sancho M & Stampini, M (2021) Fragilidad de las instituciones de cuidado a la vejez ante el COVID-19: Lecciones aprendidas y recomendaciones para la reforma de los servicios. Disponible en <http://dx.doi.org/10.18235/0003111>

Razavi, S., & Staab, S. (2008). The Social and Political Economy of Care: Contesting Gender and Class Inequalities. United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), 34

Robles Silva, Leticia. (2005). La relación cuidado y envejecimiento: entre la

sobrevivencia y la devaluación social. Pa-peles de población, 11(45), 49-69.

Rogero, J. Los tiempos del cuidado, el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. [Internet]. Madrid: IMSERSO; 2009. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=628397>

Siette J, Dodds L, Seaman K, Wuthrich V, Johnco C, Earl J, Dawes P, Westbrook JI. The impact of COVID-19 on the quality of life of older adults receiving community-based aged care. *Australas J Ageing*. 2021 Mar;40(1):84-89. doi: 10.1111/ajag.12924. Epub 2021 Mar 8. PMID: 33682315; PMCID: PMC8250074.

Talley RC, Travis SS. Multidisciplinary coordinated caregiving : research, practice, policy. Springer Science & Business Media; 2013. 266 p.

Tobío C, Agulló Tomás MS, Gómez MV, Martín Palomo MT. Colección Estudios Sociales El cuidado de las personas Un reto para el siglo XXI. 2010.

United Nations Economic Commission for Europe [UNECE] (2019). The challenging roles of informal carers, UNECE Policy Brief on Ageing No. 22. Disponible en: https://unece.org/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE_WG1_31.pdf

4.7. Lista de figuras



- Figura 1.** Distribución de los adultos de 60 años o más según cohabitación
- Figura 2.** Distribución de personas mayores, según cohabitación y nivel socioeconómico
- Figura 3.** Cohabitación de personas mayores, según grupo etario
- Figura 4.** Tipo de cuidador de la persona mayor dentro del hogar.
Total nacional 2020
- Figura 5.** Distribución de cuidadores para personas mayores que requieren de cuidado
- Figura 6.** Distribución de cuidadores para mayores de 60 años que requieren de cuidado por nivel socioeconómico
- Figura 7.** Porcentaje de personas con limitaciones permanentes, según el tipo de limitación y por grupos etarios
- Figura 8.** Distribución de cuidadores de personas mayores que requieren de cuidado por rango etario
- Figura 9.** Distribución de cuidadores de personas mayores que requieren de cuidado por región
- Figura 10.** Porcentaje de personas que requieren cuidado y no lo reciben (brecha de cuidado) por región político administrativa
- Figura 11.** Distribución según el grado de dificultad para realizar actividades diarias por sexo y por grupo etario
- Figura 12.** Distribución de quienes brindan cuidado a las personas mayores, según el tipo de limitación
- Figura 13.** Distribución de los cuidadores de personas mayores, según sexo 2020

- Figura 14 A.** Distribución de las horas dedicadas a labores de cuidado y del hogar. Total nacional 2016-2017
- Figura 14 B.** Distribución de las horas dedicadas a labores de cuidado y del hogar. Total nacional 2020-2021
- Figura 15 A.** Uso del tiempo de cuidadores habituales y por debajo de la media. Total nacional 2016-2017
- Figura 15 B.** Uso del tiempo de cuidadores habituales y por debajo de la media. Total nacional 2020-2021
- Figura 16.** Nivel educativo de cuidadores del mismo hogar de personas mayores
- Figura 17.** Distribución del nivel educativo de cuidadores de personas mayores que requieren de cuidado del mismo hogar por nivel socioeconómico
- Figura 18 A.** Uso del tiempo de cuidadores habituales y por debajo de la media por sexo. Total nacional 2016-2017
- Figura 18 B.** Uso del tiempo de cuidadores habituales y por debajo de la media por sexo. Total nacional 2020-2021
- Figura 19.** Distribución de personas entre 60 y 69 años, según a quién cuidan
- Figura 20.** Distribución de personas mayores a 70 años, según a quién cuidan
- Figura 21.** Uso del tiempo de personas de 60 años o más. Total nacional 2016-2017
- Figura 22.** Uso del tiempo de personas de 60 años o más. Total nacional 2020-2021
- Figura 23.** Bienestar reportado por personas mayores (1-10), según tipo de cuidado
- Figura 24.** Bienestar reportado por personas mayores (1-10), según tipo de cuidado y sexo
- Figura 25.** Bienestar reportado respecto al propio estado de salud (1-10) por parte de personas mayores, según tipo de cuidado
- Figura 26.** Pregunta a cuidadores: ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a la persona mayor, no tiene suficiente tiempo para usted?
- Figura 27.** ¿Se siente agobiado al tener que cuidar a la persona mayor y tener que atender otras responsabilidades (por ejemplo, con su familia o en el trabajo)?

Figura 28. Pregunta a cuidadores: ¿Su labor como persona cuidadora familiar en general es bien valorada o reconocida?

Figura 29. Pregunta a cuidadores: Usted piensa que la familia de la persona que cuida, lo considera...



5

Capítulo:
Protección
económica
a la vejez

5

Capítulo:
Protección
económica
a la vejez

Autores >>>

- > David Fernando Forero
- > Luis Fernando Mejía
- > Juan Pablo Alzate
- > Silvia Botello
- > Mariana Vázquez Ponce
- > Camila Andrea Castellanos Roncancio
- > Daniel Fernando Poveda
- > Erika Johanna Jején Gil
- > Lina María González Ballesteros

ISBN (ONLINE)

978-628-95980-0-1



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, Fedesarrollo, PROESA y DANE.

Cítese como:

Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE. (2023). Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva. Bogotá, D.C. Colombia. 597 páginas

Contenido

5.1.	Introducción.....	350
5.2.	Marco teórico.....	353
5.2.1.	Visión macro: Trayectoria de ingreso, gasto y ahorro a lo largo de la vida.....	353
5.2.1.1.	Ciclo de vida económico y la hipótesis del ingreso permanente	353
5.2.2.	Las Cuentas Nacionales de Transferencia.....	354
5.2.2.1.	Resultados de las CNT para Colombia. 2017	355
5.3.	Hallazgos.....	359
5.3.1.	El rol activo de las personas mayores.....	359
5.3.1.1.	Ingresos activos: el mercado laboral.....	363
5.3.1.2.	Participación de las personas mayores en el mercado laboral colombiano.....	367
5.3.1.3.	Emprendimiento	378
5.3.1.4.	Efectos de la pandemia en la situación económica de las personas mayores	388
5.3.2.	La protección social y los ingresos pasivos de las personas mayores	392
5.3.2.1.	El sistema de protección económica para la vejez y los regímenes contributivo, semi-contributivo y no contributivo.....	392
5.3.2.2.	Componente contributivo y sus dos regímenes: El RPM y el RAIS.....	395
5.3.3.	Componente no contributivo: los subsidios de Colombia Mayor	405
5.3.4.	Componente semi contributivo: los beneficios económicos periódicos - BEPS	410
5.3.5.	Las propuestas de reforma al sistema de protección económica a la vejez	412
5.3.6.	Ahorro.....	416
5.3.6.1.	Instrumentos formales.....	417

5.3.6.2.	Instrumentos no formales.....	418
5.3.6.3.	Promoción del ahorro para el retiro en América Latina.....	420
54.	Conclusiones.....	432
55.	Recomendaciones.....	433
56.	Referencias.....	443
57.	Lista de figuras.....	446
58.	Lista de tablas.....	448
59.	Lista de mapas.....	449



5.1. Introducción



Una de las dimensiones más importantes dentro de la búsqueda de un mayor bienestar en la vejez es la garantía de un nivel básico de seguridad económica para las personas mayores. La estabilidad económica está fuertemente relacionada con otros aspectos del bienestar en la vejez como es el caso del acceso a servicios de salud de calidad, la posibili-

dad de pagar servicios de cuidado, una mayor inclusión y participación social y un mejor estado de salud mental, entre otros.

La CEPAL define la seguridad económica como: “la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida” (Huenchuan & Guzmán, 2006, p. 3). La estabilidad económica se puede lograr bien sea generando mecanismos de seguridad social para aquellos que salen de la fase activa

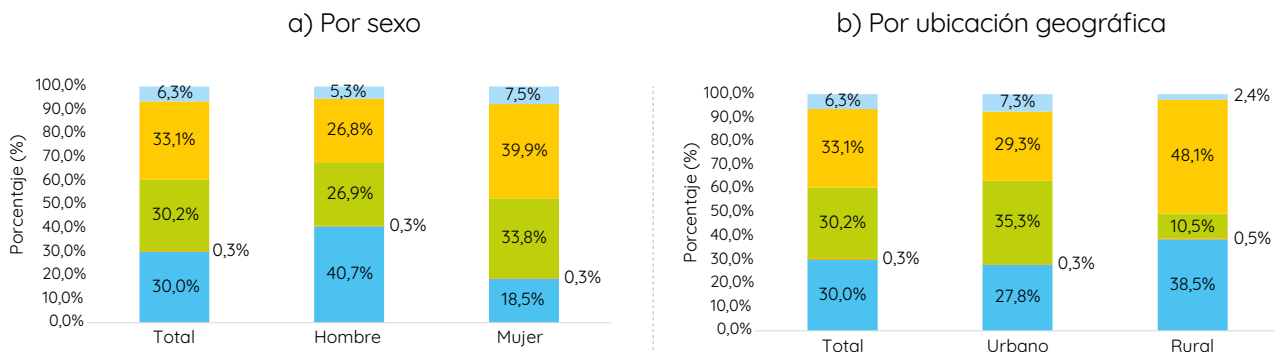
del ciclo laboral y entran en la etapa de desacumulación, o garantizando condiciones dignas de trabajo para las personas mayores que quieran seguir activos en el mercado laboral. Con este objetivo en mente, y para preparar al país con herramientas económicas pertinentes para hacer frente al proceso de envejecimiento poblacional, es necesario entender esta dimensión de la protección social desde dos perspectivas diferentes: la necesidad o el deseo de seguir generando ingresos como trabajadores o emprendedores (rol activo), o generar los mecanismos necesarios para ofrecer un sistema de protección económica a la vejez que permita generar una sustitución de ingresos para los trabajadores que alcanzan a ahorrar para una pensión, o garantizar un nivel mínimo de ingresos para cubrir a la población vulnerable que no lo logra (rol pasivo).

Como introducción a la importancia relativa de las diferentes fuentes de ingresos económicos de la población mayor en Colombia, se muestra una estimación de la distribución del ingreso de la población mayor en Colombia obtenida a partir de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) del Departamento Administrativo Nacional de Planeación (DANE) para 2021. Al clasificar el total de ingresos de las personas mayores por fuente, se encontró que el 33,1% del total de los ingresos proviene de la ayuda de hoga-

res e instituciones, seguido de ingresos por pensiones/ jubilaciones con 30,2% e ingresos laborales con 30,0%. Esto resalta la importancia de contar con una red de políticas sociales que ofrezcan fuentes de ingreso pasivo de manera eficaz, pero también la importancia de generar condiciones dignas para la participación laboral y el emprendimiento, que generan una tercera parte de los ingresos de la población mayor en Colombia.

En este capítulo se va a estudiar cada una de las fuentes de ingresos de las personas mayores en el país, así como las brechas que se generan entre los diferentes subgrupos de esta población. Un ejemplo de esto son las diferencias de género, donde las mujeres presentan una participación laboral considerablemente menor que los hombres y una proporción más alta proveniente de ayudas de hogares e instituciones; al mismo tiempo, la participación laboral es mayor en las personas mayores rurales que en los urbanos, mientras que el acceso a pensiones contributivas es significativamente menor. Estas brechas terminan reproduciendo las altas desigualdades sociales y económicas del mercado laboral y de la distribución del ingreso, por lo que es necesario adoptar políticas públicas encaminadas a asegurar estabilidad económica de manera más equitativa para las diferentes poblaciones y tipos de vejeces.

Figura 1. Fuente de ingresos de la población mayor, según sexo y ubicación geográfica



Fuente: Gran Encuesta Integrada de Hogares GEIH, (DANE 2021).

Adicionalmente, en el presente capítulo se explora con detalle las condiciones económicas de las personas mayores en Colombia, teniendo en cuenta no solo su rol pasivo como receptoras de las ayudas del Estado, sino su rol activo como trabajadores y emprendedores en el mercado laboral. El capítulo está compuesto por cuatro secciones, sin tener en cuenta esta introducción. En la primera parte se hace un recuento de la teoría de ingreso permanente, para verificar lo que está pasando en Colombia a partir de las innovadoras Cuentas Nacionales de Transferencia (CNT) del DANE, un ejercicio reciente culminado en 2022. La segunda sección estudia el componente activo de la protección económica, analizando en primer lugar la participación laboral de las personas mayores, los sectores en los

que está concentrada la demanda laboral y el potencial de esta población como fuerza laboral. En segunda instancia, se aborda el emprendimiento como fuente de ingresos, ya sea éste de oportunidad o de subsistencia, y los sectores con mayor número de micro negocios dirigidos por personas mayores, según la Encuesta de Micronegocios (EMICRON) del DANE. En la tercera sección se pasa a analizar las fuentes de ingreso pasivo, primero desde la perspectiva de protección social, describiendo el funcionamiento de los regímenes contributivos de pensiones, luego del programa no contributivo Colombia Mayor, y finalmente desde el sistema semi-contributivo de los Beneficios Económicos Periódicos (BEPS). Se concluye analizando las alternativas de reforma al sistema de protección económica para la

vejez, para pasar al análisis del ahorro en activos como fuente de ingresos. La cuarta y última sección cierra con recomendaciones de política.

5.2. Marco teórico



5.2.1. Visión macro: Trayectoria de ingreso, gasto y ahorro a lo largo de la vida

5.2.1.1. Ciclo de vida económico y la hipótesis del ingreso permanente

La hipótesis del ingreso permanente establece que tanto el consumo como el ingreso pueden separarse en dos componentes: el permanente, que afecta la trayectoria de las variables sistemáticamente, y el transitorio, que recoge el efecto de lo aleatorio en las decisiones económicas de los individuos. De acuerdo con Milton Friedman (1957), la razón entre el consumo y el ingreso permanentes depende de factores estructurales como la tasa de interés, la importancia relativa entre los tipos de riqueza (monetaria y no monetaria) y los gustos y preferencias de los individuos.

La hipótesis del ingreso permanente tiene varias implicaciones: (1) en una economía sujeta a choques inesperados,

un incremento del ingreso no se traduce necesariamente en un incremento en el consumo, pues, dependiendo del tipo de choque, los individuos pueden ahorrar el incremento del ingreso para cubrir los efectos del choque o para protegerse ante futuros choques; (2) hay circunstancias en las que un incremento transitorio del ingreso sólo produce incrementos transitorios del consumo, o incluso dejarlo inmóvil.

Basados en el trabajo de Friedman, Modigliani y Brumberg (1954) desarrollaron una teoría del gasto del consumidor cuyo propósito fue, en sus propias palabras, entender las implicaciones de la hipótesis del ingreso permanente a lo largo del ciclo de vida económico de los individuos y de los hogares. El resultado de este desarrollo teórico –complementado posteriormente por Ando y Modigliani (1960)– fue la hipótesis del ciclo de vida, según la cual el consumo de una persona en cada momento de su vida será proporcional al valor presente del flujo futuro –desde ese momento hasta su muerte– de todos los ingresos disponibles.

La conjunción de las hipótesis del ingreso permanente y del ciclo de vida implican que (1) los individuos desean suavizar su senda de consumo a lo largo de la vida, y (2) los individuos ahorran en su etapa productiva para poder usar esos recursos en la época de su retiro laboral

(Ando & Modigliani, 1963). En una economía en la que se cumplen estas dos hipótesis, el consumo depende de la tasa de crecimiento del ingreso, no de sus niveles absolutos, y el ahorro total es proporcional a la longitud del período de retiro de sus individuos. No obstante, la teoría de ingreso permanente asume que los individuos son perfectamente racionales y pueden predecir su flujo futuro de ingresos. Ahora, veamos el comportamiento del ingreso, el ahorro y el consumo en Colombia a partir de las Cuentas Nacionales de Transferencia.

5.2.2. Las Cuentas Nacionales de Transferencia

Las Cuentas Nacionales de Transferencia (CNT) son un marco metodológico creado para entender las consecuencias económicas de los cambios demográficos en una sociedad a través de la desagregación por grupos etarios de los flujos de ingreso y consumo de los individuos, así como de la medición de las transferencias intergeneracionales y la reasignación de activos, sean estas para financiar el consumo o el ahorro en la economía. Las CNT también permiten comprender mejor las consecuencias económicas del envejecimiento poblacional, ya que los flujos económicos están contruidos con base en la estructura etaria de la población, sobre la cual influyen factores demográficos

como los cambios en las tasas de natalidad y mortalidad y en la esperanza de vida de las personas (DANE, 2022).

Aunque las CNT están contruidas en el marco del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN), las CNT amplían el alcance de estas y su capacidad de orientar las políticas públicas, pues la medición a lo largo del ciclo de vida económico permite entender y cuantificar coherente y sistemáticamente cómo los individuos utilizan sus excedentes cuando se encuentran en la etapa superavitaria de su vida económica y cómo financian su consumo cuando sus ingresos son insuficientes. También permiten analizar cómo cambios en la estructura tributaria o en la focalización del gasto inciden sobre el ingreso disponible y el tipo de consumo de los hogares, la forma como la transición demográfica afecta la participación laboral, y si las pensiones cubren o no las necesidades de las personas mayores, entre otras preguntas de interés para la toma de decisiones de política social (United Nations, 2013).

Las primeras discusiones sobre cómo formalizar la medición de la economía generacional ocurrieron entre 2002 y 2004, por la iniciativa de investigadores de Estados Unidos, Taiwán, Japón, Indonesia, Brasil, Chile y Francia, que comenzaron a discutir cómo estructurar un sistema de medición para la economía generacional.

Sin embargo, fue en 2013 cuando, a partir de las investigaciones de Andrew Mason, Ronald Lee, Gretchen Donehower y An-Chi Tung, entre otros, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas promulgó oficialmente el manual para la construcción de las CNT, mediante el cual se unificaron las metodologías para medir, analizar e interpretar las variables macroeconómicas relacionadas con la economía generacional (Comisión Económica para América Latina - CEPAL, 2011). Desde entonces, más de 60 países han conformado equipos de investigadores para implementar la metodología de las CNT. Los países latinoamericanos que participan en la red de las CNT son Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Perú y Uruguay.

Las primeras estimaciones de las CNT para Colombia fueron realizadas por Piedad Urdinola y Jorge Tovar, quienes publicaron en 2018 y 2020 los perfiles económicos etarios a partir del SCN del DANE, los registros administrativos del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y las cifras de inversión del Departamento Nacional de Planeación para 2008 y 2014 respectivamente (Tovar & Urdinola, 2018). Posteriormente, en diciembre de 2021, el DANE publicó la primera estimación oficial del ciclo de vida económico para Colombia en 2017, teniendo

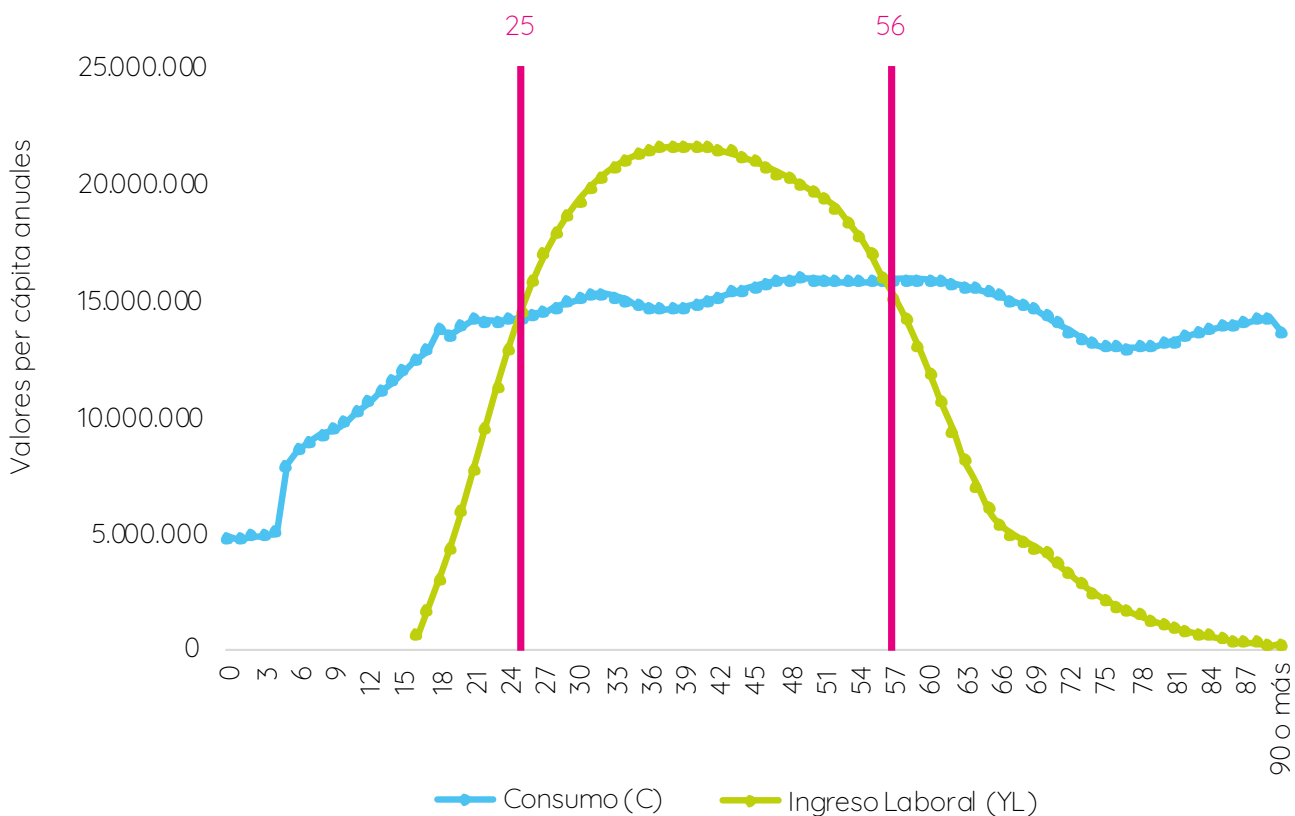
en cuenta los resultados de las Cuentas Económicas Integradas (CEI) y de la Encuesta Nacional de Presupuestos de los Hogares (ENPH) 2016-2017. Esta estimación fue realizada con el apoyo técnico de las Naciones Unidas, la Comisión Económica Para América Latina y la Red de CNT (DANE, 2021).

5.2.2.1. Resultados de las CNT para Colombia. 2017

En las CNT, el ciclo de vida tiene tres momentos: la etapa deficitaria de edades tempranas, que va desde el nacimiento hasta la adultez temprana del individuo y en la que es el hogar principalmente el que se hace cargo de financiar su consumo; la superavitaria, en la que el individuo genera excedentes económicos por cuenta de su trabajo, y la deficitaria de edades avanzadas, en la que el ingreso laboral es insuficiente para financiar el consumo, pero puede usar los ahorros creados en la etapa superavitaria y los recursos que el gobierno y su hogar le transfiere.

De acuerdo con los resultados oficiales publicados por el DANE para Colombia en 2017, la etapa superavitaria del individuo en Colombia comienza a los 25 años, siete años después de la mayoría de edad, y la etapa deficitaria de edades avanzadas comienza a los 56 años, cuatro años antes de cuando una persona es considerada mayor.

Figura 2. Ciclo de vida económico per cápita (en pesos)

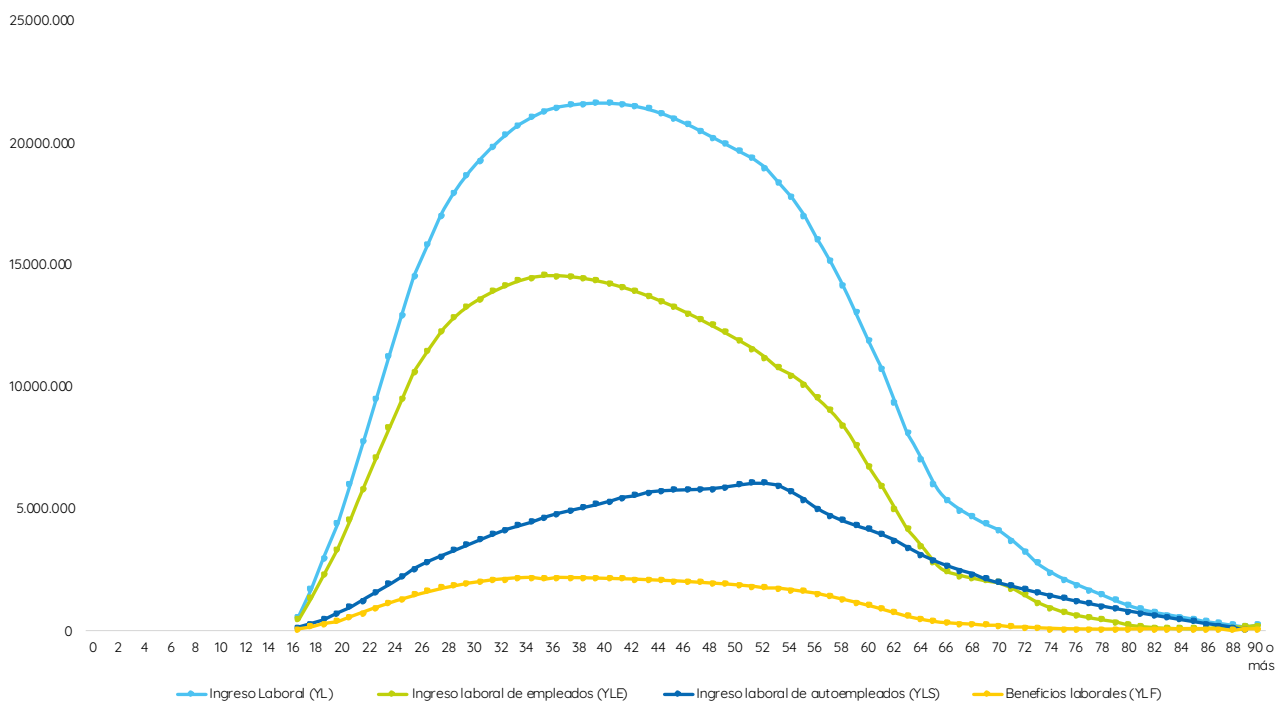


Fuente: DANE, 2022.

Asimismo, respecto a los ingresos laborales, los patrones difieren por la edad del individuo y por ocupación. Para los empleados, los mayores ingresos se obtienen entre los 30 y los 40 años, mientras que los autoempleados alcanzan el ingreso promedio más alto cerca de los 52 años (DANE, 2022). Después de los 65

años, cuando el ingreso laboral decrece y los beneficios laborales complementarios son casi nulos, los individuos obtienen la mayoría de sus ingresos laborales del autoempleo, que en las CNT comprende tanto los emprendimientos individuales como el trabajo no remunerado al interior de los hogares.

Figura 3. Ingresos laborales anuales per cápita (en pesos)

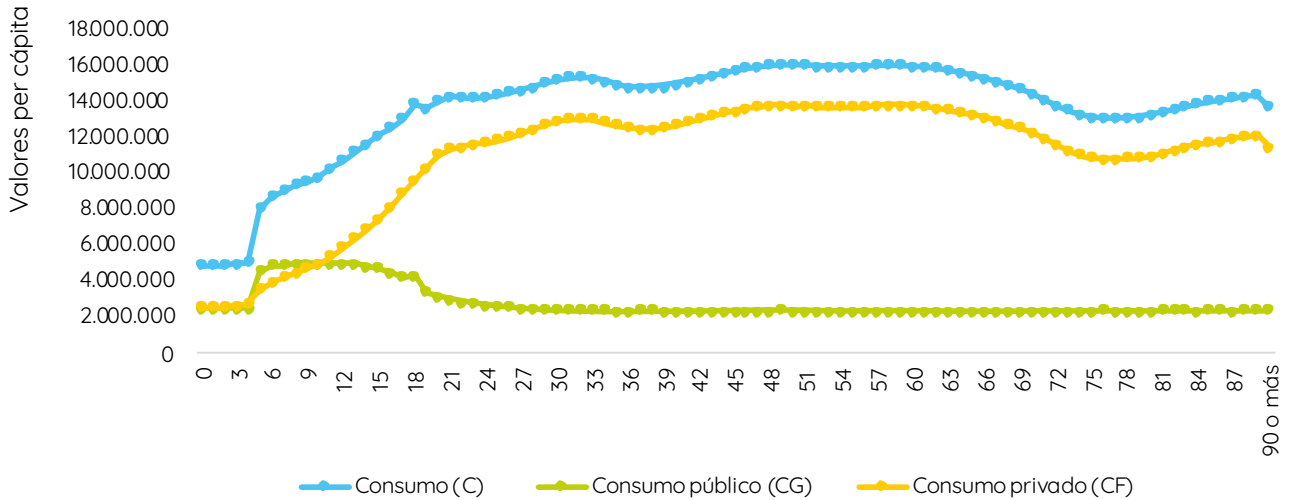


Fuente: DANE, 2022.

Por su parte, el consumo per cápita crece significativamente hasta los 18 años, y luego se mantiene en un rango entre los 14 y los 16 millones por año, con algunas variaciones leves hasta los 62 años. El

consumo de bienes y servicios privados sigue de cerca las trayectorias del consumo total, pero el de bienes y servicios públicos decrece significativamente después de los 24 años.

Figura 4. Consumo per cápita (en pesos)

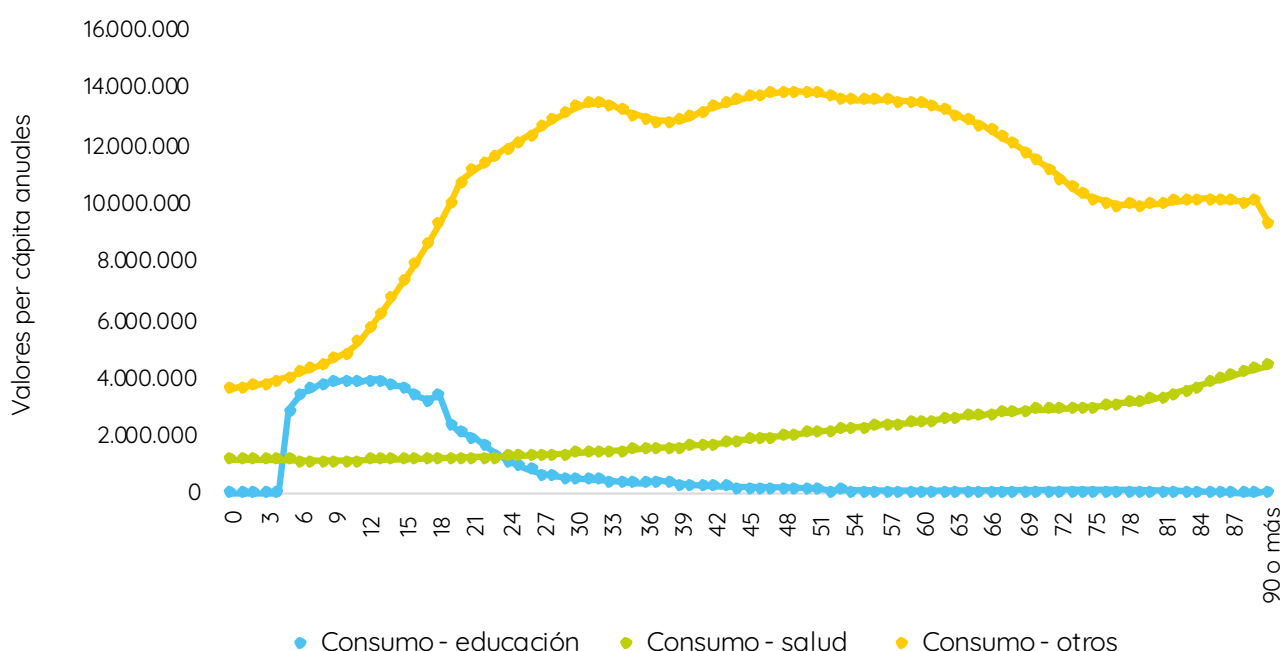


Fuente: DANE, 2022.

Entre los 56 y los 65 años, el consumo se reduce levemente, pero se mantiene en niveles cercanos a los de la etapa superavitaria. Cuando el individuo comienza a depender más de sus activos y las transferencias, el consumo total, y en particular el de otros bienes y servicios, decrece significativamente, tanto que como proporción del promedio del ingreso se ubica en

niveles cercanos al consumo de un joven de 20 años. Al mismo tiempo, el consumo de bienes y servicios de salud es más alto cuanto mayor sea la edad del individuo, y a partir de los 76 años crece rápidamente. El consumo de bienes y servicios educativos es significativo entre los 5 y los 26 años, casi nulo entre los 32 y 49 años, y es nulo, en promedio, a partir de los 50 años.

Figura 5. Consumo per cápita por tipo de bien o servicio (en pesos)



Fuente: DANE, 2022.

5.3. Hallazgos



5.3.1. El rol activo de las personas mayores

El proceso de envejecimiento demográfico acelerado que viene afrontando Colombia generará grandes retos para financiar el incremento en el gasto público en áreas como la salud, el cuidado o las

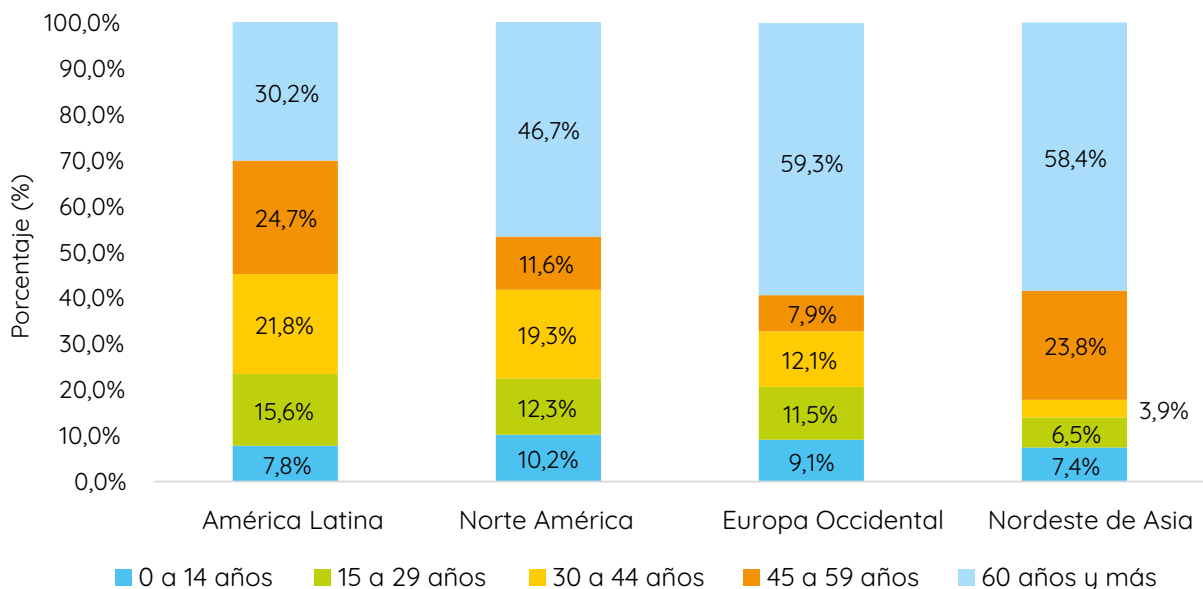
pensiones. La visión tradicional del envejecimiento destaca estos retos de las políticas públicas para garantizar el acceso a servicios públicos y sociales a esta población. Sin embargo, el envejecimiento poblacional también abre un abanico inmenso de oportunidades en el ámbito económico desde diferentes perspectivas. En términos de oportunidades de mercado, la expansión de la población mayor da paso a lo que se conoce como Silver Economy o Economía Plateada. Ésta se define como aquella parte de la economía global vincu-

lada al cambio demográfico, y cuyo enfoque se centra en las necesidades y demandas de las personas mayores (Okumura et al., 2020).

Para entender su dimensión, se estima que en 2019 tan sólo en Estados Unidos el valor de la cohorte de edad de los mayores de 50 años aportaba \$8,3 trillones de dólares a la economía cada año, lo que representaba el 40% de su Producto Interno Bruto (PIB) (Accius & Suh 2019). En el caso de Europa, la economía plateada tiene una valoración de \$3,7 trillones de dólares (European Commission, 2019). A nivel global se estima que su valor puede ser de \$15 trillones de dólares (Pai, 2018).

Pero si el tamaño de la economía plateada ya es un segmento estratégico para el desarrollo de la economía mundial, su potencial de crecimiento en el futuro la hace mucho más llamativa. De acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo, se estima que del total del crecimiento del consumo en las ciudades del Noreste de Asia y en Europa Occidental entre 2015 y 2030, casi el 60% provendrá de las personas mayores. En el caso de América Latina esta cifra será superior al 30%, lo que muestra la importancia de las personas mayores desde la perspectiva de la demanda y el consumo, lo que tiene implicaciones en su rol potencial en la oferta laboral (BID, 2020).

Figura 6. Porcentaje en el crecimiento del consumo entre 2015 y 2030, por grupo de edad



Fuente: BID, 2020.

El crecimiento acelerado de la economía plateada se dará en muchos sectores productivos, que se estima generarán miles de empleos y fomentarán el crecimiento de nuevos emprendimientos. De acuerdo con Klimczuk (2015) estos son 14 de los posibles segmentos de mercado que mayor potencial tienen a partir de un proceso de envejecimiento de la población: 1) las TIC utilizadas en la atención hospitalaria y ambulatoria; 2) vivienda inteligente y servicios de vida asistida, cada vez más basados en el uso de las TIC; (3) promoción de la vida independiente, también basada cada vez más en el uso de las TIC; (4) la economía de la salud, incluida la telemedicina y la salud electrónica, la tecnología de audición y visión, prótesis dentales y la ortopedia; (5) bienes y servicios educativos y culturales, cuyo consumo es posible debido a la mayor cantidad de tiempo libre; (6) las TIC y los medios de comunicación, combinados con la salud, la promoción de la independencia y la seguridad; (7) la robótica social y de servicios, combinada con el desarrollo de la vida independiente; (8) la movilidad segura; (9) el ocio, los viajes, la cultura, la comunicación y el entretenimiento; (10) la forma física y el bienestar, combinados con la mayor conciencia de la salud, especialmente entre los grupos de los “jóvenes- viejos”; (11) la ropa y la moda; (12) los servicios que facilitan la vida cotidiana

y otros servicios para el hogar; (13) la cobertura de seguros, específicamente la relacionada con “riesgos” específicos de la edad; y (14) servicios financieros relacionados con la protección del capital, el mantenimiento del patrimonio y el asesoramiento en materia de ahorro. Sin embargo, el autor reconoce que estos son segmentos de mercados asociados a países de altos ingresos, dado que cada contexto tiene unas necesidades diferentes, y quizás algunos sectores pueden desarrollarse en mayor medida que otros en el contexto de economías emergentes.

Para tener una estrategia que responda más a las necesidades de cada región o país, Naegele y Leve (2008) proponen algunas acciones que facilitan el desarrollo de la economía plateada, la inclusión social, seguridad, independencia y la calidad de vida de las personas mayores, entre las que están:

- › Aumentar la gama de productos y servicios orientados a las necesidades de la persona mayor y al desarrollo de un mercado diverso.
- › Sensibilizar y coordinar las acciones de los diferentes organismos públicos.
- › Desarrollar aún más el marketing para las personas mayores.
- › Satisfacer las necesidades de las personas mayores pobres.

- › Potenciar y reforzar la representación de los intereses de los consumidores mayores.
- › Desarrollar productos y servicios basados en el diálogo con los clientes.
- › Mejorar y desarrollar los bienes y servicios existentes.
- › Desarrollar productos de fácil uso, basados en un diseño universal.
- › Promover los derechos de los consumidores entre las personas mayores.

Ahora bien, concentrar la discusión de las oportunidades que se derivan del proceso de envejecimiento exclusivamente en la visión de mercado que ofrece la economía plateada, puede llegar a ser una visión reducida de su gran potencial. Autores como Scott (2021) sugieren que el abordaje debe ir más allá: si bien es muy importante enfocarse en los productos y servicios que demandan las personas mayores (silver economy) los productos y servicios más valiosos serán los que contribuyan a tener una vida más larga, más sana y productiva. Concluye afirmando que el éxito de la nueva longevidad consiste en que los seres humanos no solo podamos vivir más, sino que se promuevan tres aspectos fundamentales: a) impulsar el empleo de las personas mayores, b) aumentar la educación y la

formación en las edades más avanzadas, y c) abordar las desigualdades en materia de salud de manera que se pueda aprovechar toda la diversidad y versatilidad del envejecimiento.

A nivel regional, los efectos económicos del envejecimiento son un área de investigación reciente y que aún no cuenta con mucha información. Desde el Banco Interamericano de Desarrollo se han adelantado varias iniciativas y documentos que buscan desarrollar este importante sector en América Latina. En Colombia, hay algunas iniciativas privadas, lideradas principalmente por las fundaciones Saldarriaga Concha, Arturo y Enrica Sesana y Nelly Ramírez Moreno a través de una iniciativa denominada Plan Mayor. También hay algunas experiencias lideradas desde el sector público, cuyo principal impulsor ha sido Colpensiones y su programa Silver Expo.

El hecho que en Colombia hoy en día los ciudadanos tengan vidas en promedio más largas que antes puede llegar a ser muy positivo para la economía. Un país que ve oportunidades y no problemas en el envejecimiento, verá un cambio en sus dinámicas económicas, con un mayor crecimiento de áreas como el turismo, el cuidado, la educación y la aparición de nuevos productos financieros pensados para esta nueva estructura poblacional. El envejecimiento visto como una oportunidad tiene el potencial de contribuir al

desarrollo económico del país mediante la generación de miles de empleos y la creación de emprendimientos que atiendan las necesidades de este grupo poblacional. Esta nueva perspectiva económica necesita un cambio de visión, que transite de las políticas públicas pensadas exclusivamente en subsidiar a las personas mayores como sujetos pasivos, hacia programas y políticas pensadas en cómo aprovechar su potencial, tanto como agentes activos de la economía, siendo un segmento de consumidores de bienes y servicios que crecerá de manera acelerada en los próximos años.

Puntualmente, esta edición de la **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva** tiene como uno de sus objetivos posicionar una nueva visión de la vejez como un sector estratégico para el país. Como se mencionó anteriormente, son muchos los sectores de la economía relacionados con el envejecimiento de la población, por lo que en la presente sección se hará especial énfasis en las contribuciones que hacen las personas mayores a la economía a través de su participación en el mercado laboral y su creación de iniciativas de emprendimiento.

5.3.1.1. Ingresos activos: el mercado laboral

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económi-

cos (OCDE), el proceso de envejecimiento poblacional ha ido acompañado en el agregado de una mayor participación laboral de las personas mayores: mientras que la tasa de participación para los mayores de 55 años fue 52% en promedio durante la primera década de este siglo, hacia finales de la segunda década fue cercana al 64% (Working Better With Age, 2019).

Sin embargo, como lo destaca Martin (2018), la participación no sólo difiere entre países –en Francia, Grecia, Hungría, Polonia y Turquía la participación ha tendido a reducirse–, sino además, según sean las características socioeconómicas de las personas mayores, entre las cuales se destaca la educación: quienes tienen menor escolaridad tienden a tener menores tasas de empleo en la vejez y a retirarse del mercado laboral antes que aquellos con mayor escolaridad. Esto se cumple tanto para los países desarrollados como para Colombia.

De acuerdo con Martin (2018), la mayor participación laboral de las personas mayores se explica por cinco tendencias:

- i. La sostenibilidad del sistema pensional ha hecho que este sea un objetivo de política para los gobiernos, que en su mayoría han desmontado los programas que estimulaban el retiro laboral temprano y han elevado y nive-

lado tanto para hombres como para mujeres la edad de jubilación (algo de lo que Colombia aún no se han registrado avances).

- ii. La escolaridad de las generaciones mayores se ha incrementado con el paso del tiempo.
- iii. La mayor participación laboral de las mujeres ha permitido que sus esposos trabajen más.
- iv. La mejor condición de salud, el incremento de la expectativa de vida y la compresión de la morbilidad.
- v. La desigualdad del ingreso y la tendencia decreciente en el crecimiento de la productividad ha obligado a las personas a trabajar durante más tiempo para completar los requerimientos de capital ahorrado necesario para el retiro (efecto riqueza). Aísa et al. (2012) destacan que el crecimiento de la productividad induce la mayor participación laboral, dado que reduce la utilidad relativa del ocio.

En un escenario en el que confluyen estas cinco tendencias y en las que la decisión de retiro es endógena, los trabajadores con menor escolaridad o que estén ubicados en sectores menos intensivos en capital humano tenderían a retirarse más pronto del mercado laboral mientras que los más capacitados tenderían a retirar-

se después, a menos que las necesidades económicas de los primeros los obliguen a mantenerse en el mercado laboral (como parece ser más el caso colombiano).

Asimismo, a pesar de las mejoras generales en las condiciones de salud, las personas mayores buscarán retirarse de los trabajos que demanden un mayor esfuerzo físico, aunque esta tendencia puede verse frenada ante la dificultad de la población mayor de transitar hacia sectores en los que no se tiene experiencia previa. En este escenario, fijar la edad de retiro para toda la economía sería contraproducente, pues excluiría a los trabajadores más productivos del mercado laboral, mientras que los menos productivos tenderían a permanecer laborando más tiempo del que desean (Aísa et al., 2012). Así, una de las recomendaciones de política que se formularán en este frente es el de establecer una edad de retiro flexible, con incentivos a que las personas mayores sigan participando del mercado laboral por un tiempo mayor, una conclusión que recogemos en las recomendaciones.

Pero lo dicho hasta ahora aplica para quienes están trabajando, por lo que surge la pregunta de aquellos que buscan emplearse. Heyma et al. (2014) estudian cómo cambia la probabilidad de conseguir empleo con la edad. De acuerdo con los autores, las personas mayores tienen

menos probabilidades de ser contratadas que las personas más jóvenes, debido a tres mecanismos que influyen en la decisión de contratación:

- i. La incertidumbre sobre la productividad de las personas mayores.
- ii. La relación desfavorable entre los costos de contratación y la productividad decreciente de las personas mayores.
- iii. La edad de quien toma la decisión: cuanto más edad tenga, más probable es que contrate una persona mayor.

En una sociedad en proceso de envejecimiento, los tres mecanismos podrían interactuar favorablemente para incrementar la contratación de personas mayores incluso sin otras medidas de política, solamente por el efecto de la transición demográfica (Heyma et al., 2014). Para favorecer de manera más activa la vinculación laboral, Lee et al. (2022) destacan, a partir del caso de Corea del Sur, el rol de las tecnologías de la información y de las comunicaciones (TIC) para ayudar a que las personas mayores se mantengan productivas. Los autores encuentran que las TIC tienen un efecto positivo en la productividad para aquellos que tienen mayor escolaridad, que tienen mayores habilidades cognitivas y que tienen entre 50 y 65 años (Lee et al., 2022). Los autores enfatizan que las TIC y la educación

digital ofrecen la posibilidad de aprovechar el conocimiento y la experiencia de las personas mayores y, por ende, mitigar la reducción natural de la productividad por cuenta del envejecimiento. Este tema se trata con mayor profundidad en el capítulo de Educación.

Autores como Bosch & ter Weel (2013) encuentran que la participación laboral de las personas mayores es más alta en sectores económicos para los cuales los requerimientos de habilidades no son muy exigentes. Asimismo, los empleos y las oportunidades laborales disponibles para las personas mayores suelen corresponder a labores rutinarias y sujetas a subcontratación, lo que de hecho las hace menos atractivas y sostenibles para esta población. En un escenario de cambio tecnológico acelerado, el autor menciona que la falta de oportunidades laborales de calidad puede inducir a los trabajadores a un retiro temprano y puede hacer de la participación laboral extendida una opción no deseada para las personas, independientemente de los cambios en las políticas laborales y pensionales.

Scott (2021) plantea que el abordaje del empleo en las personas mayores debe ir más allá de la simple parametrización de la edad de pensión y sobre todo de la secuencia social y culturalmente definida como aprendo, trabajo, me pensiono. Al respecto, Gratton y Scott (2021) invitan a

tener una nueva visión de la vida laboral que contemple otras etapas que van desde posponer el inicio de la vida laboral, tener la facilidad de hacer transiciones profesionales y formación en la adultez, y poder tener tiempo para el cuidado de los niños y de los padres mayores.

Algunas de las críticas que automáticamente surgen con la promoción del empleo en las personas mayores es su efecto en las tasas de ocupación de generaciones más jóvenes. Frente a este riesgo, Scott hace una comparación con el incremento de la participación de las mujeres en el mercado laboral en el Reino Unido. En este caso, su participación pasó de 7 a 16 millones de mujeres entre 1951 y 2019, sin estar asociada a ninguna caída del empleo masculino. Con este ejemplo el autor afirma que tampoco un aumento de los trabajadores de más edad debería provocar una caída del número de puestos de trabajo disponibles para los trabajadores más jóvenes. En efecto, la evidencia muestra una visión diferente. Gómez y Benert (2019) han demostrado que los trabajadores de más edad tienen una combinación de habilidades diferente a la de los más jóvenes, y que cuando hacen parte de equipos diversos rinden más y pueden aumentar la productividad de sus colegas. En esa misma línea, Coughlin (2017) indica que en los sectores de la Silver Economy, en los que la base de

clientes está compuesta mayoritariamente por personas mayores, y que de hecho se expandirán a partir del envejecimiento, los trabajadores de más edad podrían ser los más capacitados para crear las innovaciones más valiosas.

Higo (2013), a partir de los casos de Japón y Estados Unidos, resalta la importancia de tener en cuenta los contextos nacionales para analizar la participación laboral de las personas mayores. Por ejemplo, aunque ambos países tienen una población madura, hay cuatro factores que el autor destaca y que explican por qué la participación laboral de las personas mayores es más alta en Japón que en Estados Unidos: (1) la presión demográfica, pues Japón, además de tener una expectativa de vida alta, ha visto como su tasa de fertilidad se ha reducido, lo que en el mediano plazo reducirá la población y, en particular, la fuerza de trabajo; (2) el rol de las instituciones laborales: la fuerza laboral japonesa ha gozado de una mayor protección laboral en la vejez, además de que los contratos laborales japoneses han tenido una perspectiva de estabilidad y de largo plazo, mientras que en Estados Unidos el mercado laboral es más flexible y los empleados gozan de una menor seguridad de empleo estable; (3) el rol del gobierno: la inclusión laboral de las personas mayores en Japón se ha convertido en una necesidad, por lo que

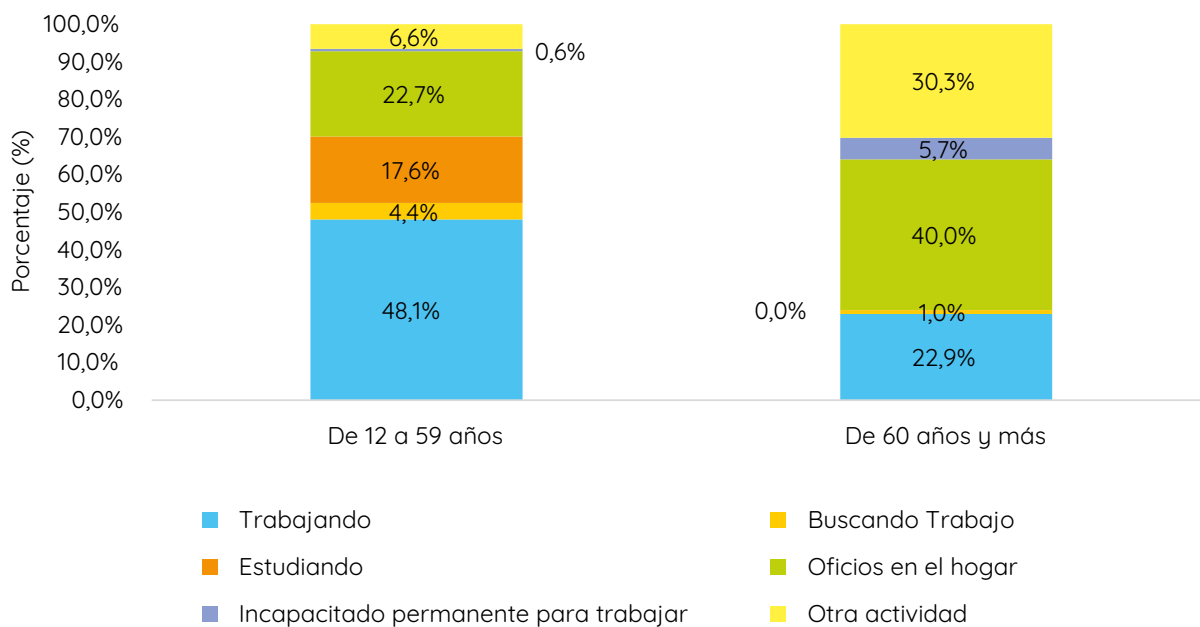
el gobierno ha intervenido directamente en el mercado laboral para promover la contratación de personas mayores, sea acompañando el proceso de búsqueda de empleo o proveyendo incentivos fiscales para la contratación laboral, y (4) el autoempleo, al que las personas mayores pueden acudir por el incentivo de obtener una asignación de retiro mayor (si la persona se jubila después de la edad de pensión, de 65 años, puede cobrar una bonificación anual sobre su asignación de retiro). En este sentido, el autor recomienda tener en cuenta el contexto demográfico, institucional y administrativo de cada país a la hora de estudiar y proponer intervenciones de política relacionadas con la participación laboral de las personas mayores.

5.3.1.2. Participación de las personas mayores en el mercado laboral colombiano

Para analizar el mercado laboral de las personas mayores en Colombia, recurrimos a la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) del DANE. El primer indicador a analizar es la actividad principal a la que se dedican las personas mayores, comparada con el grupo de referencia de las personas en edad de trabajar. La Figura 7 muestra la actividad principal por grupo de edad. Por una parte, en la población en edad de trabajar (entre 12

y 59 años) la principal actividad es la del trabajo, con 48,1%, seguida de oficios en el hogar con 22,7%, estudios con 17,6% y otra actividad con 6,6%. En contraste, para la población de 60 años y más, la actividad predominante es realizando oficios del hogar con 40%, seguida de la opción “Otra actividad” con 30,3%, que incluye en su mayoría respuestas como descansando, pensionado o retirado, mientras que la opción de trabajar ocupa el tercer lugar, con 22,9%.

Figura 7. Actividad principal en la semana de referencia por grupo de edad

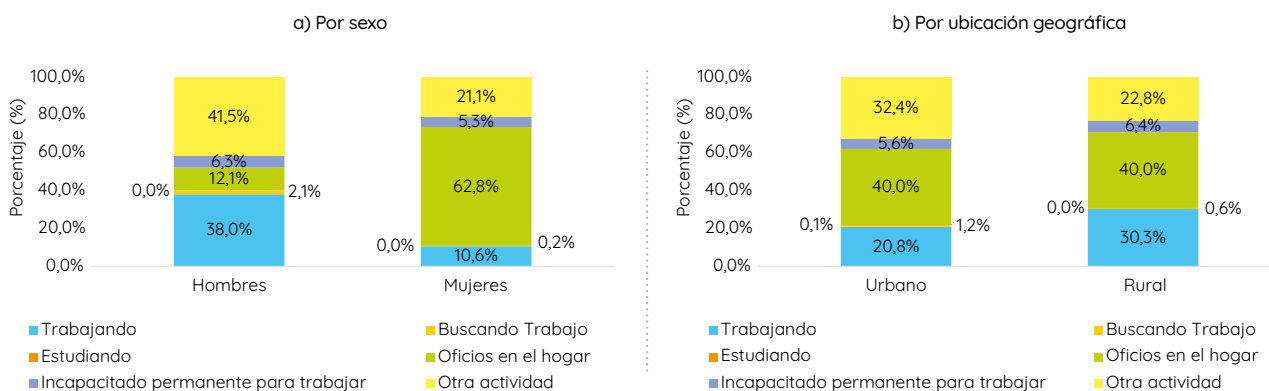


Fuente: GEIH 2021, factores de expansión Censo Nacional 2018.

Es posible desagregar las respuestas de las personas mayores por área de residencia y sexo. En primer lugar, comparando por dominio geográfico (urbano/rural) se encuentra que en la población mayor residente en las áreas rurales hay una mayor dedicación al trabajo (30,3%) respecto a la población urbana (20,8%), con una diferencia de 9,5 puntos porcentuales, porcentaje que es absorbido por la opción de “Otra actividad”. Por su parte, los resultados por sexo muestran que en el caso de las mujeres predomina la actividad “Oficios en el hogar” con 62,8 %, seguida por “Otras actividades” con 21,1%, mientras que la opción de trabajar baja

hasta el 10,6%; en el caso de los hombres esta participación del trabajo es de 38%, cerca de cuatro veces superior a la de las mujeres. En contraste, “Otras actividades”, que incluye actividades de descanso, enfermedad, o la realización de actividades recreativas, es el doble que la de las mujeres (41,5%), mientras que la opción de “Oficios del hogar” es considerablemente inferior, de 12,1%. Esto resalta la importancia de la economía del cuidado y otras actividades del hogar no remuneradas en las mujeres, y la necesidad de reconocer este hecho estilizado dentro del diseño de una política laboral para las personas mayores en Colombia.

Figura 8. Actividad principal en la semana de referencia para mayores de 60 años, por sexo y ubicación geográfica

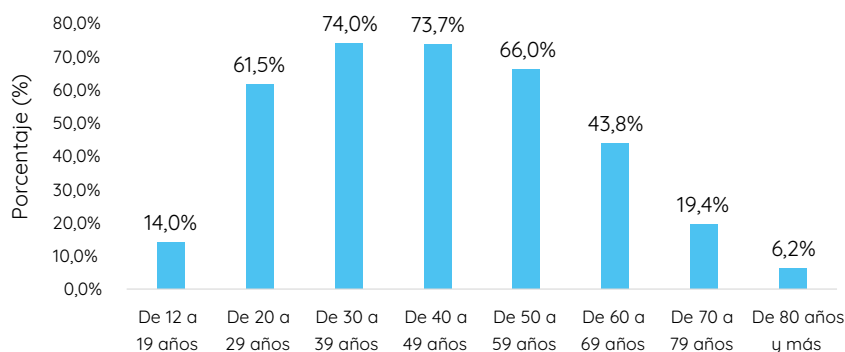


Fuente: GEIH 2021, factores de expansión Censo Nacional 2018.

Los indicadores de actividad principal de las personas mayores pueden complementarse con una medida más objetiva, como lo es la tasa de ocupación y su evolución en diferentes grupos poblacionales, para ver mejor cómo va cambiando este indicador en la población mayor. La siguiente figura muestra la tasa de ocupación por grupo de edad, que se ob-

serva como una U invertida, lo que significa que la tasa de ocupación crece hasta alcanzar su punto máximo (74%) entre los 30 y 49 años, para luego comenzar a descender. Para las personas mayores, esta tasa obtiene valores de 43,8% para las personas entre 60 y 69 años, de 19,4% para las personas entre 70 y 79 años y de 6,2% para el grupo de 80 años y más.

Figura 9. Tasa de ocupación por grupo de edad

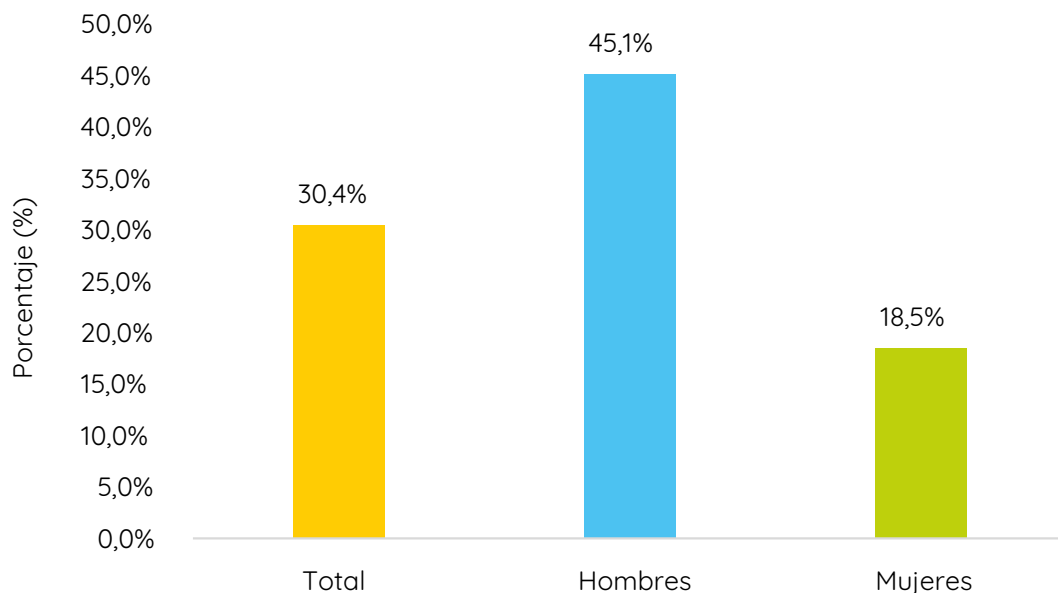


Fuente: GEIH 2021, factores de expansión Censo Nacional 2018.

La tasa de ocupación para el grupo total de personas mayores (60 años y más) asciende a 30,4 %. Desagregando este indicador, a nivel urbano la ocupación de la población mayor se ubica en 27,6 %, mientras que para las zonas rurales se eleva

hasta 40,4 %, lo que evidencia la ausencia de mecanismos de protección social en el segundo caso. Por sexo, este indicador se ubica en 45,1% para los hombres, y baja hasta 18,5% para las mujeres, en línea con lo encontrado en los indicadores subjetivos.

Figura 10. Tasa de ocupación de las personas mayores (60 años y más) por dominio geográfico y sexo



Fuente: GEIH 2021, factores de expansión Censo Nacional 2018.

La menor participación de las personas en el mercado laboral a medida que van envejeciendo se puede explicar por diversas razones, desde un menor interés o deseo de seguir trabajando, hasta el hallazgo de barreras estructurales para acceder al mercado laboral. En los grupos focales, sin

importar el grupo etario, estrato o lugar de residencia, los participantes identifican que una de las grandes barreras es la edad, la salud de la persona mayor que de alguna forma está ligado a los estereotipos que se tienen frente al viejo de qué tan funcional puede ser. De igual forma, fue posible

evidenciar que algunas personas mayores manifestaron su interés de ingresar al mercado laboral, pero se encontraron con di-

versas barreras y tienen dificultades para obtener un ingreso acorde a sus expectativas, como se muestra a continuación.

“Por el tema de la edad ya no somos personas productivas para nada. Es todo lo contrario, es algo mal hecho, porque por las condiciones ya de edad, digamos que, por los medicamentos y otras cosas, hay más problemas de enfermedades y de salud. Entonces digamos que en cierta forma el tema que sumercé nos trajo es muy visible por lo mismo, porque digamos que la tercera edad ya no es tan...esa parte ya es muy vulnerada para ellos, por su edad, entonces se sienten a veces reprimidos, e incluso el tema emocional, (...)”.

(Grupo Focal -GF-, intergeneracional, estratos 1 y 2, población LGBTQ+).

“Nos tiene abandonados ya cuando uno cumple cincuenta años ya nadie le quiere dar trabajo a uno y uno se siente bien y puede desempeñar bien su trabajo. Nada. no hay apoyo alguno, nos rechazan, lo rechazan a uno por viejo”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Barranquilla).

“Usted sabe que en la vejez toda la gente se le niega y ya nadie lo lleva a trabajar, así de pronto pueda trabajar ya no lo llevan por la edad porque de pronto entre los compañeros pasa cualquier problema y dice no, usted ya tiene tantos años, a usted de pronto le puede pasar lo que le sucedió a fulano de tal, entonces para usted no hay trabajo. De pronto uno vive de los bancos, se endeuda por adquirir alguna cosa más, tampoco ya no hacen crédito por motivo de la edad, por eso es que dice el refrán así”.

(GF, mayores de 60 años, Ipiales).

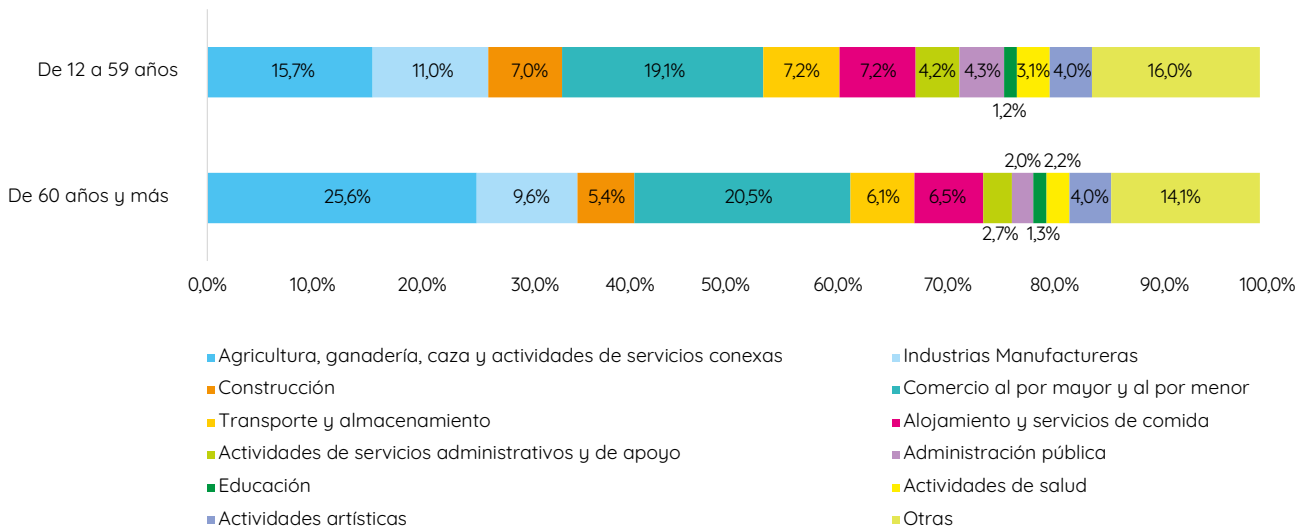
“Pagamos arriendo. A veces no nos alcanza, ahí en el apretón sin qué hacer, imagínese, yo tengo 75 años, voy a completar 60 años de ser chófer, el carro que usted me preste, menos mula. Pero ya no se consiguen, ya dicen no, usted ya trabajó su tiempo, no hay trabajo para usted. Además, yo tengo una enfermedad que se llama párkinson. Ahí quedé, por eso estamos trabajando aquí con el grupo del persona mayor”.

(GF, mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Pasto).

Para tener un mejor entendimiento de la participación laboral de las personas mayores en Colombia, es necesario profundizar en las principales ramas de actividad donde se concentra la demanda laboral de las personas mayores en comparación con el grupo de referencia. Los resultados de la Figura 11 indican que el 20,5% de las personas mayores que trabajan lo hace en comercio al por mayor y detal, le sigue en importancia la industria manufacturera con 9,6%, y transporte y almacenamiento con 6,1%. Es importante mencionar que, tanto para las personas de 12 a 59 años como para las personas mayores, la distribución por rama de actividad económica es muy similar; se destaca la diferencia existente

entre los dos grupos para la agricultura, donde el grupo de 12 a 59 años registra una participación de 15,7 % mientras que para el grupo de las personas mayores representa la actividad principal, contribuyendo con la cuarta parte del total (25,6%). Esta participación diferencial de la agricultura se puede explicar en parte por las diferencias regionales en términos de migración: al buscar la población joven migrar a buscar oportunidades laborales en la ciudad, la población mayor se queda en el campo y se dedica en mayor proporción a actividades agropecuarias. Este hecho se debe tener en cuenta en el diseño de la política pública para la protección económica a la vejez en la ruralidad.

Figura 11. Porcentaje de ocupación por rama de actividad económica según grupo de edad



Fuente: GEIH 2021, factores de expansión Censo Nacional 2018.

Otras actividades incluyen minas y canteras, actividades profesionales y científicas, y actividades financieras e inmobiliarias, entre otras.

Desagregando por sexo la rama de actividad de las personas mayores (Figura 12), se encuentra que las actividades en las que los hombres son ocupados están más concentradas en cuatro sectores, el principal siendo agricultura (33,7%), seguido de comercio (17,3%), transporte y almacenamiento (8,9%), industria (8,5%) y construcción (8%). Las mujeres mayores, en contraste, se emplean de manera más uniforme entre diferentes sectores, siendo el principal la rama de comercio (27,0%), seguida de alojamiento y servicios de comida (13,7%) e industria (11,8%),

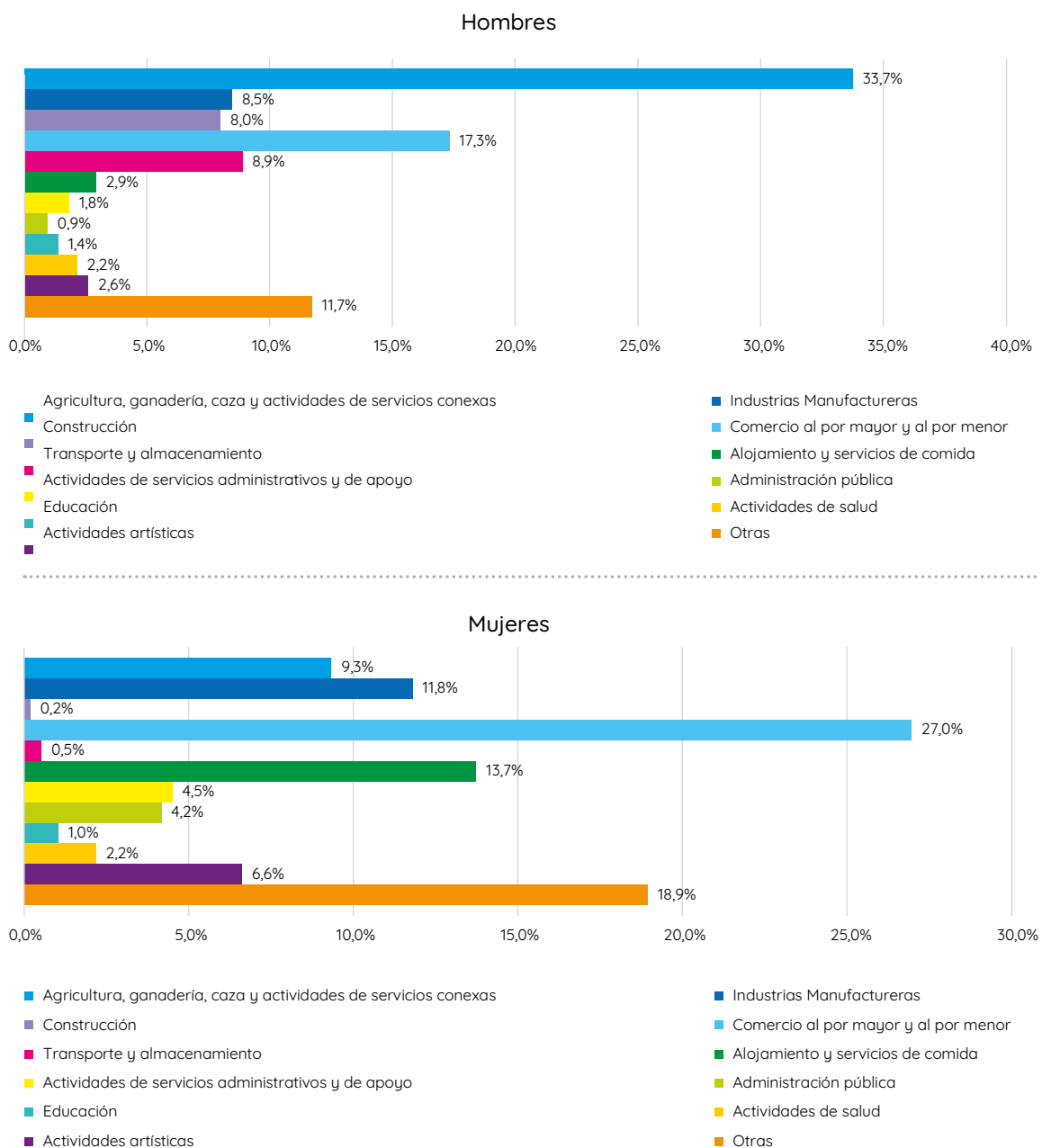
con una participación relativamente menor de la agricultura (9,3%). En términos de la ubicación geográfica también se presentan diferencias: el empleo en la zona rural está asociado en un 70,1 % a la agricultura, mientras que en la zona urbana es más diversificado, con el sector de comercio contribuyendo con el mayor porcentaje (25,0%), seguido de industria (11,3%) y construcción (6,8 %).

Esta distribución permite concluir que son los sectores de agricultura y comercio en donde se presenta una demanda laboral más dinámica de las personas mayores, aunque como se menciona en el capítulo 3: Educación a lo Largo de la Vida, hay un gran potencial de aprovechar las ventajas relativas de la fuerza laboral mayor en

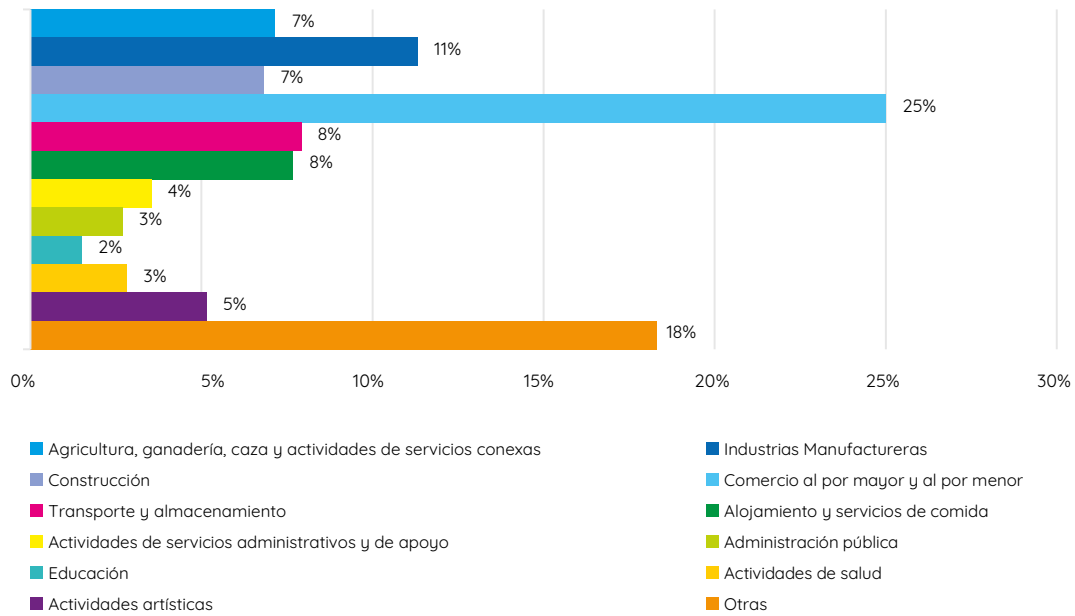
otros sectores que actualmente tienen una demanda menor, como es el caso de la salud, la educación y el cuidado, y que valdría la pena potenciar desde la política pública. Esto es particularmente cierto cuando la

mayor demanda actual la hacen sectores que pueden pasar por un proceso de automatización, en donde ocupaciones repetitivas pueden ser reemplazadas y la demanda laboral puede reducirse con el tiempo.

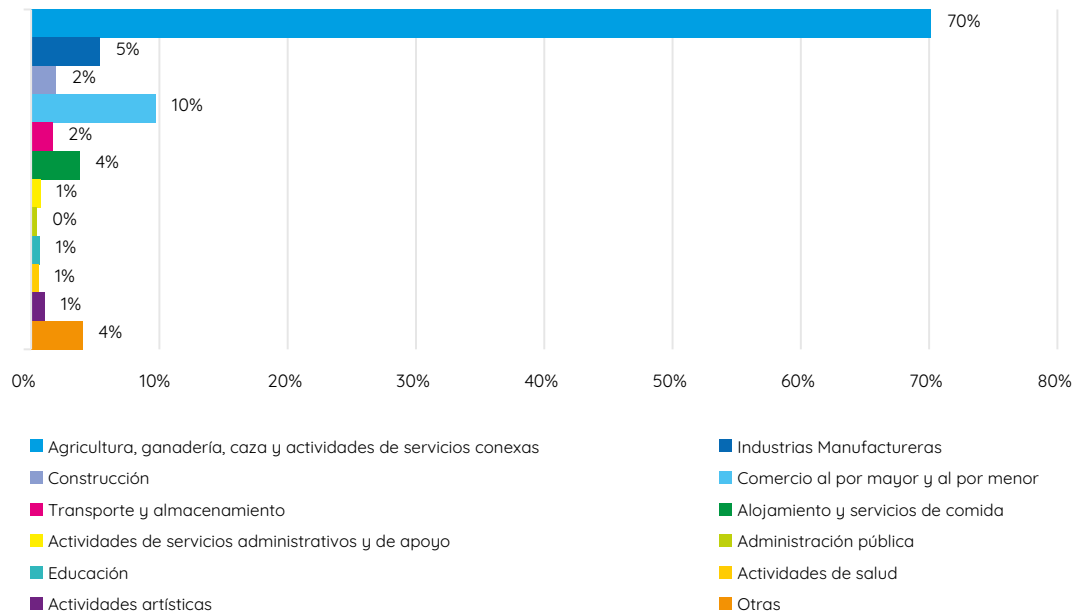
Figura 12. Ocupación de adultos mayores por rama de actividad económica según sexo y dominio geográfico



Urbano



Rural



Fuente: GEIH 2021, factores de expansión Censo Nacional 2018.

Por último, es importante resaltar acá la significativa contribución del cuidado como una de las principales actividades que realizan las personas mayores, y en particular las mujeres, en Colombia. Ésta fue una de las principales conclusiones que se obtuvieron con la información capturada en los grupos focales realizados en diferentes municipios del país, donde se identificó que el cuidado de Niñas, Niños y Adolescentes (NNA) y de personas mayores, es una actividad de gran importancia en la que principalmente participan las mujeres mayores. El realizar actividades de cuidado tiene un alto costo de oportunidad tanto en términos de participación laboral y de emprendimiento, como con respecto a la posibilidad de generar ahorro de largo plazo. Esto dado que el principal problema del cuidado es que termina siendo una actividad que, estando presente tanto en las zonas urbanas como rurales, en su inmensa mayoría es no remunerada, y cuando sí lo es se maneja predominantemente de manera informal. En este sentido, Cecilia López, experta en temas de cuidado y entrevistada en el marco de la **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva**, insiste en la importancia de que en el país el cuidado no remunerado ya no sea visto como un tema de género sino como un sector productivo que aporta al desarrollo económico del país, lo que requeriría

que se reconocieran los mismos derechos laborales a los cuidadores que se consideran para los trabajadores del resto de actividades.

En un contexto demográfico en el que aumenta la población dependiente mayor, en la que el número de hogares unipersonales viene aumentando (siendo 18% del total de hogares en el Censo 2018), y en donde los hogares con mujeres cabeza de hogar se están expandiendo, el cuidado comienza a tener una importancia capital dentro de la dinámica económica del país. En este sentido, Cecilia López resalta la importancia de diferenciar un sistema de cuidado, entendido como la red de prestación de servicios de cuidado ofrecida por el Estado y que necesariamente tiene que tener un alcance focalizado y menor, de la economía del cuidado como tal, que reconoce la demanda privada de actividades de cuidado y busca otorgarle un valor económico, donde el Estado solo tiene un rol parcial de facilitación de las condiciones de mercado y de oferente de servicios asistenciales de cuidado para la población mayor vulnerable. Si se lograra impulsar el mercado privado de la actividad de cuidado, sería posible compaginar el alto dinamismo de esta actividad con una remuneración justa para cuidadoras y cuidadores, lo que llevaría a una expansión de la demanda agregada de las cuidadoras y en últimas incidiría posi-

tivamente sobre el crecimiento económico del país.

Si bien el tema de la economía del cuidado se aborda a mayor nivel de detalle en el capítulo IV: El cuidado y los cuidadores de las personas mayores, mostramos acá una breve caracterización de las actividades de cuidado basadas en la GEIH 2021 (Nuevo Marco 2018). De acuerdo con esta encuesta (Tabla 1), el trabajo de cuidado no remunerado dentro del grupo de personas mayores está concentrado en tres actividades: a) cocinar, lavar los platos, poner la mesa en su hogar con 63,8%, b) limpiar o arreglar la casa, tender las camas, barrer trapear, sacar la basura en su hogar con 63%, y c) lavar, colgar, planchar la ropa, reparar ropa en su hogar con 54,6%. El resto de actividades tiene

porcentajes inferiores al 5%.

Entre las principales actividades mencionadas, se destaca la significativamente mayor participación de mujeres con respecto a los hombres, donde la participación de las mujeres mayores más que duplica la de los hombres mayores en todas las actividades; la mayor participación de hombres mayores se da en la actividad de limpiar o arreglar la casa, tender las camas, barrer trapear, sacar la basura en su hogar con 46,6%. Con respecto al grupo de personas entre 18 y 59 años las tasas de participación en las actividades descritas resultan ser similares, aunque sorpresivamente la participación de las personas mayores termina siendo menor a la del grupo de referencia en la mayor parte de actividades.

Tabla 1. Participación en actividades de cuidado, según edad y sexo, 2021

Tipo de actividad de cuidado	60 años y más			18 a 59 años		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Cocinar, lavar los platos, poner la mesa	63,8%	40,0%	83,3%	66,5%	41,4%	90,0%
Lavar, colgar, planchar la ropa, reparar ropa	54,6%	30,3%	74,6%	60,7%	33,5%	86,0%
Limpiar o arreglar la casa, tender las camas, barrer trapear, sacar la basura	63,0%	47,1%	76,0%	70,1%	50,9%	88,0%
Cuidar niñas o niños menores de 5 años que no estén enfermos ni en condición de discapacidad	3,4%	1,6%	4,9%	14,8%	8,1%	21,1%

Tipo de actividad de cuidado	60 años y más			18 a 59 años		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Cuidar personas enfermas, en condición de discapacidad o adultos mayores	4,7%	2,5%	6,5%	3,3%	1,9%	4,5%
Ayudar a personas con tareas o trabajos escolares	1,4%	1,1%	1,7%	11,4%	5,9%	16,6%

Fuente: GEIH, 2021.

5.3.1.3. Emprendimiento

Conforme avanza el proceso de envejecimiento de la población mundial, cada vez será más frecuente que muchas de las nuevas empresas que se generan sean lideradas por personas mayores. De acuerdo con el reporte especial sobre emprendedores senior realizado por

el Global Entrepreneurship Monitor (GEM) Senior 2017, el número de personas mayores que trabajan en sus propias empresas supera al de los jóvenes de entre 18 y 29 años. Para el primer grupo, el porcentaje de personas mayores que trabaja por cuenta propia es del 18% comparado con el 11% que reportaron los jóvenes.

Tabla 2. Principal ocupación por grupos de edad, GEM 2016

Ocupación	Jóvenes (18-29)	Adultos (30-49)	Senior (50-64)	Mayores (65-80)
Retirados	0%	1%	16%	60%
Auto empleados	11%	18%	18%	13%
Empleados de tiempo completo	40%	54%	39%	12%
Empleados de tiempo parcial	12%	9%	8%	5%
Desempleados	16%	9%	7%	3%
Estudiantes	16%	1%	0%	0%
Con discapacidad	0%	1%	3%	1%
Labores del hogar	5%	8%	10%	6%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Reporte GEM Senior 2017.

El informe GEM Senior 2017 también muestra cuáles son las principales motivaciones de las personas mayores para iniciar un emprendimiento. Entre las personas mayores las tres categorías que relacionan mayores índices de intención empresarial son el desempleo, el trabajo por cuenta propia y los estudios. Los desempleados son el grupo más proclive a expresar intenciones de emprender con un 35% y una quinta parte de los desempleados mayores también tiene la intención de crear una empresa en los próximos tres años.

Los trabajadores mayores que son despedidos son conscientes de que es probable que no tengan suficientes perspectivas para ingresar al mercado laboral. Por ello se inclinan más por crear una empresa porque es su mejor oportunidad de trabajar y superar la discriminación por edad en las prácticas de contratación. Un factor adicional que motiva a los desempleados mayores a emprender es la necesidad de complementar sus ahorros para la jubilación, porque una vez están pensionados su mesada puede no ser suficiente para satisfacer sus necesidades y mantener un nivel de vida apropiado.

De igual forma, en los grupos focales al identificar que las personas tienen barreras para acceder al mercado laboral la mayoría consideran que el emprendimiento es la mejor alternativa que tie-

nen no solo para generar ingresos sino también como un mecanismo que tienen para emplear aquellas personas que no son incluidas por la edad, falta de experiencia laboral, falta de estudios universitarios o tiene alguna discapacidad, falta de ofertas laborales. Además, los participantes prefieren emprender porque tienen la posibilidad de manejar sus horarios laborales, sobre todo para aquellas personas que son cuidadoras de NNA y/o personas mayores.

“Ahorita en este momento nuestra vida, queremos enfocarnos es en tener negocio propio. A nivel personal, por tiempo, venimos de una situación de salud con nuestras hijas, donde no ha sido fácil, donde necesitan ellas no un 100% pero sí que “vamos a la cita”, “vamos al especialista”, y esas citas pues son, o en cualquier momento o en cualquier hora, y pues obviamente en un trabajo a ti no te van a dar todo el tiempo permiso. Por una parte eso, y por otra parte porque realmente queremos como lucharla y poner ese granito, queremos incluir, la realidad de un negocio propio en nuestro caso es incluir, es incluir a mi mamá, que ella ya es pensionada, pero desafortunadamente pues su pensión acá en Colombia no es que uno diga “¡no pues!, va a súper vivir con esto”, incluir a mi suegra, que es una persona activa pero que desafortunadamente no ha tenido, no ha encontrado eso como en qué ocuparse, y eso la ha afectado a ella también de manera emocional, a nuestros hijos que no han podido de pronto emplearse, entonces en mi caso, sería más eso, como por tiempo y por generar empleo, me gustaría ayudar más a la gente”.

(GF, 41 a 59 años, estratos 1 y 2, Bogotá).

“El tener mi propio negocio porque así se abrirían más espacios para dar a conocer más personas, y no solamente eso sino que ayuda a otras personas porque usted va para un trabajo, se gradúa. Yo me gradué de docente, yo para que te dijeran que tienes que tener 5 o 10 años para poder trabajar, un bachiller que se gradúa a los 16 o 17 años y vaya a estudiar ingeniería, 5 años graduándose, a qué hora va a tener experiencia”.

(GF, intergeneracional, estratos 1 y 2, población LGBTQ+).

“Porque somos persona mayor, de los 60 en adelante, ya somos personas mayores ¿cierto? Entonces yo pienso que para nosotros ya sería como formar una microempresa que podamos compartir todas las compañeras, por ejemplo, haciendo nuestras cosas que podamos hacer cada quien, hay muchas manualidades, hay otras que tejen, hay otras que podemos organizar, las que no podemos tener mucho. Entonces a mí me parecería lo más importante una microempresa persona mayor (...) Obtener un ingreso, porque nosotros en esta edad ya no nos van a dar trabajo ¿sí?”.

(GF mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Pasto).

En términos de acceso a recursos de financiación, las principales fuentes para las iniciativas empresariales son muy similares en todas las categorías de edad, siendo los miembros de la familia y los bancos u otras instituciones financieras las más utilizadas, independientemente de la edad del empresario. En el caso de los emprendedores entre 65-80 años, la principal fuente de apoyo financiero son las familias (35%), seguido de los bancos y otras instituciones financieras (28%), mientras que la herramienta que menos utilizan es el crowdfunding (5%), aunque no se presentan diferencias importantes frente a los demás grupos etarios (Reporte GEM Senior 2017). Resalta el hecho que el grupo de emprendedores mayores de 65 años son quienes mayor apoyo reciben por parte del gobierno o de

donaciones de entidades sin ánimo de lucro, en comparación con el resto de grupos de edades. En el caso de Colombia, de acuerdo con la encuesta de micronegocios del DANE, EMICRON, 2020, las principales fuentes de recursos para la creación o constitución del negocio en las personas mayores de 60 años es el ahorro personal (68.5%) los préstamos bancarios (9.0%) y los préstamos familiares (6.7%).

A nivel internacional el reporte también ilustra las principales diferencias entre los continentes. El emprendimiento en personas mayores, medido como la intención de emprender, es más elevada en África (31%) o América Latina y el Caribe (12%) que en Europa (2%). Estos números son consistentes con las conclusiones de GEM, que indican que los

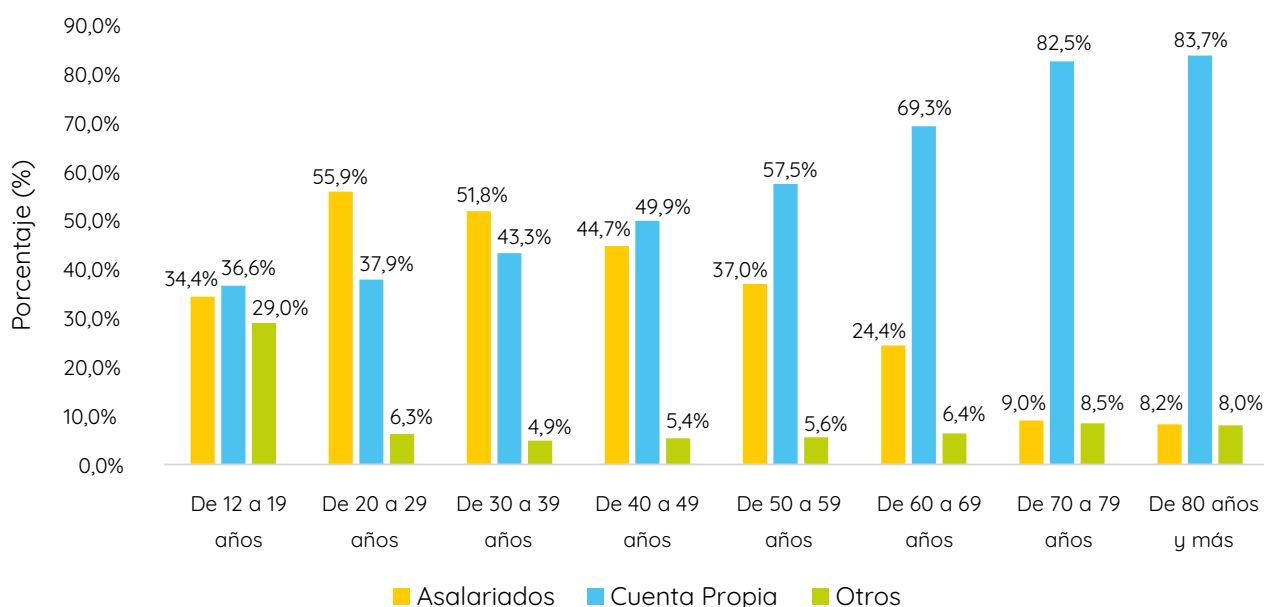
niveles de actividad emprendedora son normalmente más altos en las economías impulsadas por el trabajo, donde los emprendimientos requieren habilidades más bajas y menos dinero para crecer, que, en las economías impulsadas por tecnología, capital o innovación, como la europea.

Finalmente, el reporte GEM Senior también indaga sobre las principales diferencias entre hombres y mujeres mayores emprendedoras. De acuerdo con el reporte, existe suficiente evidencia que sostiene que las mujeres tienen más dificultades para convertirse en empresarias. Estos obstáculos incluyen entre otras: mayores niveles de responsabilidad doméstica, niveles más bajos de educación (especialmente en los países en desarrollo), falta de modelos femeninos en el sector empresarial, ausencia de capital y activos, menor estatus en la sociedad y una falta de asertividad y de confianza en su capacidad para triunfar en los negocios. Este fenómeno es similar independientemente de la edad de las personas. En todos los rangos de edad analizados por GEM, los hombres son más propensos a expresar intenciones de emprender, así como de crear una empresa, en comparación con las mujeres. Lo que sí es interesante, es que esta diferencia tiende a disminuir con el paso de los años. Mientras que en el grupo

etario de 18 a 29 años el 28% de las mujeres expresaba su intención emprendedora, en los hombres este porcentaje era del 34%. En el grupo de 65-80 años, la diferencia entre hombres y mujeres fue de solo dos puntos: la intención emprendedora (entendida como el deseo de crear un emprendimiento en los próximos tres años) de las mujeres fue del 6% mientras que la de los hombres fue de 8%.

En el caso colombiano, una primera aproximación del emprendimiento como fuente de ingresos activos en las personas mayores se puede obtener a partir de las categorías ocupacionales de las personas mayores que se encuentran en el mercado laboral. Para hacerlo, se generaron tres grandes categorías: i) asalariados, que considera obreros, empleados de empresa privada o gobierno y empleados domésticos; ii) cuenta propia, con los empleados independientes, patronos o empleadores, y iii) otros, que incluyen jornaleros y trabajadores familiares sin remuneración. Los resultados indican que en la medida en que aumenta la edad disminuye el empleo como asalariados, siendo sustituido por el de cuenta propia. Así, mientras para las personas de 50 a 59 años el empleo por cuenta propia es de 57,5%, para el siguiente grupo (60 a 69 años) este porcentaje pasa a 69,3%, y para los mayores de 70 años supera el 82%.

Figura 13. Porcentaje de ocupados por posición ocupacional por grupo de edad



Fuente: GEIH 2021, factores de expansión Censo Nacional 2018.

Desagregando este indicador por tipos de población, se encuentra por un lado que el trabajo asalariado es menor en hombres que en mujeres (18,7% vs. 25,1%). Asimismo, como es de esperarse, el trabajo asalariado es mayor en zonas urbanas (25,7%) que en zonas rurales (9,1%), lo que podría evidenciar una mayor vulnerabilidad de las personas mayores en contextos rurales en términos de estabilidad económica y prestaciones sociales.

El mayor nivel de cuentapropismo en los trabajadores mayores puede estar in-

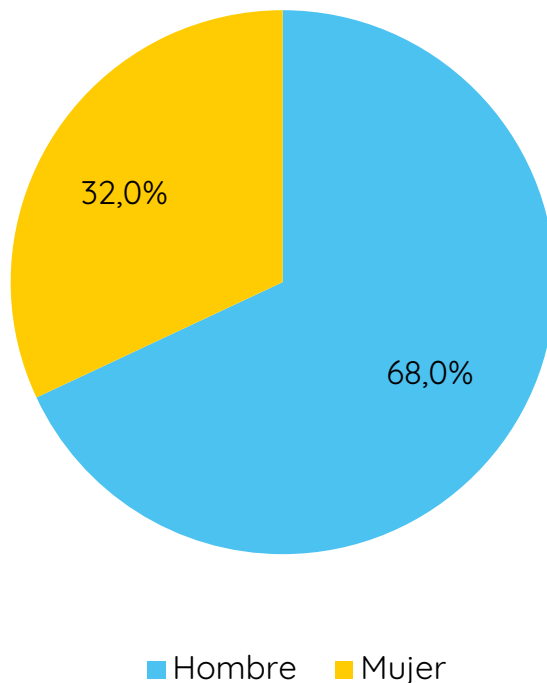
dicando o bien una mayor incidencia del emprendimiento y la búsqueda de mayor libertad laboral y financiera, o una mayor vulnerabilidad económica y condiciones laborales más inestables a medida que asciende la edad de la población. Para obtener una caracterización más apropiada de las iniciativas independientes llevadas a cabo por las personas mayores, se recurrió a la Encuesta de Micronegocios (EMICRON) realizada por el DANE para el año 2020.

En primer lugar, se identificaron los micronegocios que pertenecen a personas

mayores, para lo cual se clasificaron según el representante legal registrado. De esta forma, se encontró que el 82,0% de los negocios registrados son de personas menores de 60 años, y el 18,0% de propiedad de personas con 60 años y más. Teniendo en cuenta que la representación de esta franja etaria en la población total es cercana a la mitad de esta cifra, es

posible concluir que su participación en la creación de micronegocios es más que proporcional con respecto a la población de referencia. Al clasificar los propietarios de los micronegocios de 60 años y más por sexo, se encuentra que el 32 % pertenece mujeres y el 68 % a hombres, una proporción similar a las diferencias observadas en la participación laboral.

Figura 14. Distribución por sexo de propietarios de negocios de 60 años y más



Fuente: Encuesta de Micronegocios 2020.

Es posible caracterizar la rama de actividad a la que pertenecen los micronegocios, comparando aquellos cuyo propietario es una persona mayor con

respecto al grupo de referencia. Similar a lo observado en la demanda laboral, para los microestablecimientos se encuentra una mayor concentración para

personas mayores en tres sectores: agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca con 31,4%, comercio y reparación de vehículos automotores y motocicletas con 26,0%, e industria manufacturera con 11,8%. En contraste, para personas meno-

res de 60 años se encuentran más distribuidos entre los demás sectores, con una participación considerablemente menor de la agricultura, que contribuye solo con la quinta parte del total de microestablecimientos.

Tabla 3. Distribución por rama de actividad del micronegocio según grupo de edad del propietario

Rama	Menores de 60 años	60 años y más	Total
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	19,5%	31,4%	21,6%
Minería	0,9%	0,4%	0,8%
Industria manufacturera	9,7%	11,8%	10,1%
Construcción	6,2%	4,5%	5,9%
Comercio y reparación de vehículos automotores y motocicletas	27,2%	26,0%	27,0%
Transporte y almacenamiento	9,3%	4,9%	8,5%
Alojamiento y servicios de comida	10,3%	8,6%	10,0%
Información y comunicaciones	1,0%	0,3%	0,8%
Actividades inmobiliarias, profesionales y servicios administrativos	4,2%	4,0%	4,1%
Educación	0,9%	0,3%	0,8%
Actividades de atención a la salud humana y de asistencia social	0,7%	0,5%	0,7%
Actividades artísticas, de entretenimiento, de recreación y otras actividades de servicios	10,1%	7,4%	9,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de Micronegocios 2020.

Por último, con respecto a los empleos generados por los negocios de personas de 60 años y más, estos ascendieron en 2020 a un total de 351.933 empleos. De estos, el 48% (169.053) correspondieron a trabajadores pagos, el 15,4 % (53.980) a socios y el restante 36,6% (128.900) se registraron como trabajadores familiares sin remuneración.

Tabla 4. Número de empleos generados según grupo de edad del propietario

	Trabajadores pagos	Socios	Trabajadores Familiares sin remuneración	Total
Menores de 60 años	795.622	308.363	411.929	1.515.914
60 años y más	169.053	53.980	128.900	351.933
Total	964.675	362.343	540.829	1.867.847

Fuente: Encuesta de Micronegocios 2020.

A nivel cualitativo, en los grupos focales se observó que para muchos sujetos de diferentes edades emprender no es una tarea fácil, ya que los contextos en los cuales habitan y su situación económica actual les imposibilita lucrarse de su propio negocio o no tienen los recursos para comprar la materia prima para emprender.

“Uno va a querer o va a desear siempre como decir: quiero trabajar para mí, para mi negocio, para mi propio ingreso, porque pues uno espera no estar como todo el tiempo siendo allá empleado, pero pues eso depende de la situación que tú te encuentres; entonces creo que en estos momentos no tengo la posibilidad, no hay con qué emprender”.

(GF, personas de 40 a 59 años, estratos 1 y 2, Bogotá).

“He tenido varios emprendimientos, por decirlo así, que vendía chicharrones, pero siempre con la responsabilidad en la tierra, porque digamos, no era suficiente”.

(GF, personas de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Manizales).

“En el caso de mi mamá ella le entiende a coser, a mí sí me gustaría un proyecto donde les dieran una máquina, los implementos de coser, la máquina y la fileteadora y con eso ella se podría sostener en algo porque ella le entiende a la costura”.

(GF, intergeneracional, estratos 1 y 2, Tunja).

No obstante, en los grupos focales realizados en Quibdó la mayoría de los participantes afirman que les gustaría emprender, pero les da miedo porque además de no tener el capital (un factor muy notorio en la mayoría de los grupos focales realizados para la **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva**) a los empresarios los extorsionan pidiendo “vacuna” (extorsión). Las no garantías en temas de seguridad en el territorio no da iniciativas para el emprendimiento.

“Yo vivo aquí en el centro de Quibdó, dónde están todos los negocios y en estos momentos tener un negocio, por ejemplo, sería que fuera algo que fuera virtual y que no requerirá de un local, mucha gente está dejando los negocios que tiene y se están yendo a vivir fuera de aquí. (...) Eso es una realidad, pero el miedo mío... bueno a todos les gustaría tener un negocio, pero pasa algo, es que existe la extorsión”.

(GF, 41 a 59 años, grupo 2, Quibdó).

“En mi barrio no piden, eso no es en todos los barrios (...) Por ejemplo, (...), los altos mandos dicen a los bajos mandos que tienen prohibido pedir vacuna a las tiendas, porque esas personas están tratando de salir adelante, de progresar, ellos sí piden vacuna, pero a los grandes comerciantes, a esos negociantes que tienen ese aparato económico, pero si hay otros que la vacuna la piden hasta por el saludo”.

(GF, mujeres mayores de 60 años y más, Quibdó).

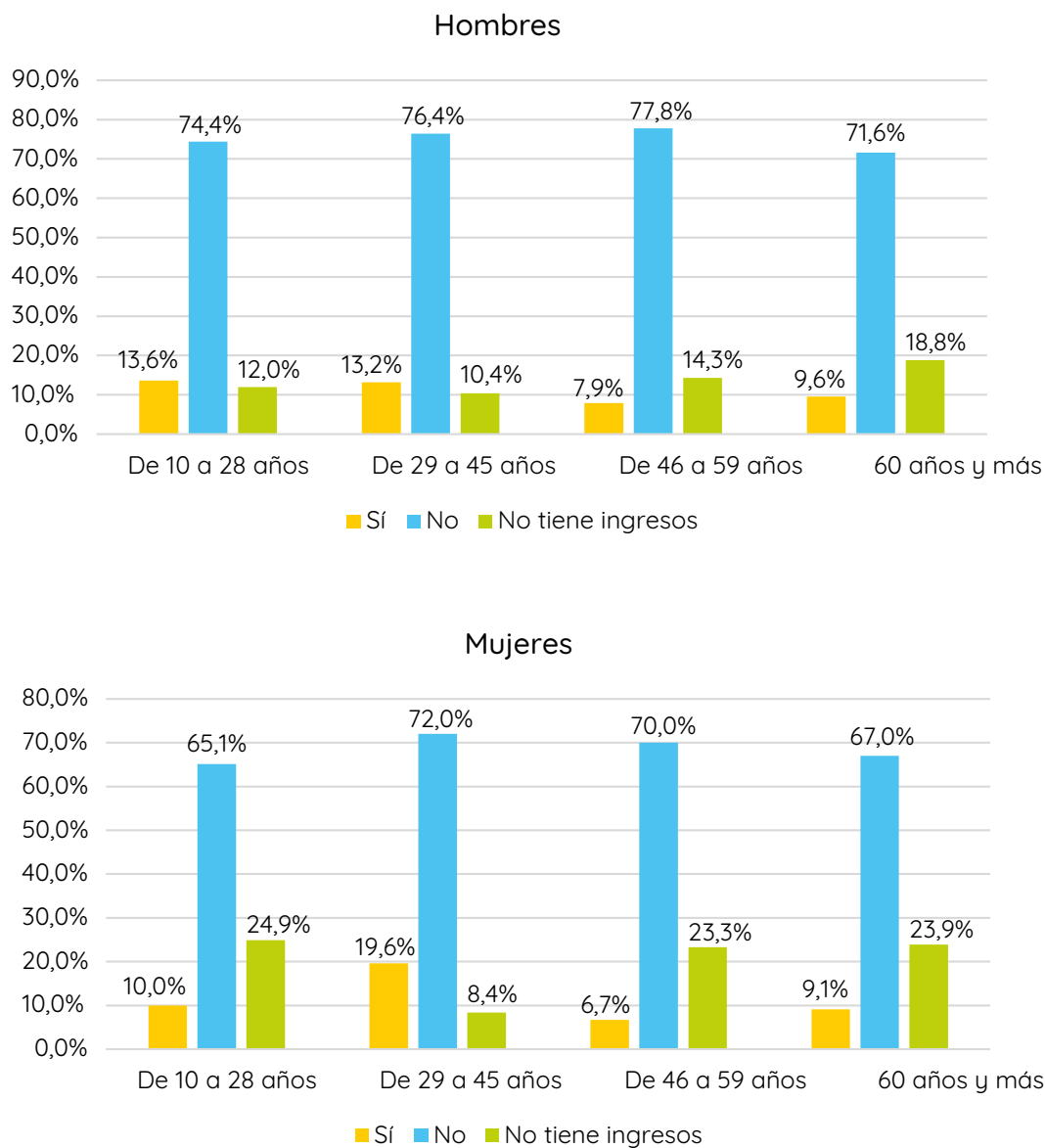
Como evidencian las referencias anteriores, dificultades de seguridad como las extorsiones, la falta de dinero y la poca rentabilidad de los negocios son algunas de las barreras que impiden el desarrollo del emprendimiento en las personas mayores.

5.3.1.4. Efectos de la pandemia en la situación económica de las personas mayores

La pandemia por COVID-19, por su parte, fue una experiencia que afectó de manera significativa los ingresos de las personas mayores, así como sus oportunidades económicas. De acuerdo con el DANE, entre julio 2020 y junio 2021, el 63,9% de las personas de 60 años o más jefas de hogar

o cónyuges reportó que la situación económica de su hogar era peor o mucho peor comparada con la de hace 12 meses. Esta situación afectó en mayor medida a los hombres (66,1%) que a las mujeres (62,5%) (DANE, 2021). De igual forma, con la pandemia también se evidenció la difícil situación económica que enfrenta un porcentaje importante de personas mayores, y en particular las mujeres. Como se muestra en la siguiente gráfica, el 23,9% de las mujeres y el 18,8% de los hombres mayores de 60 años, reportó no tener ingresos. En cuanto a la capacidad de ahorro, el 71,6% de los hombres y el 67,0% de las mujeres manifestaron que, a pesar de recibir algún ingreso, no tuvieron la capacidad de ahorrar.

Figura 15. Porcentaje de personas jefas de hogar y cónyuges, según grupo de edad y posibilidad de ahorrar alguna parte de sus ingresos, Julio 2020- junio 2021



Fuente: DANE, Encuesta de Pulso Social (EPS) 2021.

A partir de los hallazgos cualitativos encontramos que la pandemia no solo afectó la estabilidad económica: pérdida de empleos, incremento

en la canasta familiar y los egresos; sino también la estabilidad emocional, como lo afirma uno de los expertos entrevistados.

“Considero que ha sido muy afectado, muy impactado por el tema de pandemia, ha sido el tema laboral, el teletrabajo con sus ventajas y sus desventajas, pero también que ha sido un... pues como un proceso también de intromisión del trabajo en la vida familiar (...) es decir, después de pandemia, continuamos usando mucho esos espacios laborales en casa y eso pues obviamente afecta también las relaciones familiares (...) Colombia es un país que no tiene unas altas tasas de personas pensionadas y eso implica que las personas adultas mayores estén en un riesgo aún más alto, que muchos hayan o tengan que salir a trabajar o a “rebuscarse” porque no tienen un ingreso para su pensión, para su vida; pues ya siendo personas mayores y eso en pandemia pues se agudizó muchísimo porque no podía salir a trabajar, porque de pronto esos trabajos informales que hacen no los podían hacer porque tenían unas restricciones para salida, afectaciones obviamente en toda su vida en general, en la alimentación, incluso la vivienda, en el pago de servicios es un tema... Fue un tiempo largo de pandemia, entonces las afectaciones a nivel económico para las personas adultas mayores son grandes, digamos que a pesar de estar pensionadas”.

(Entrevista a Profundidad -EP-, experto en Bienestar y participación social).

Asimismo, en los grupos focales sin importar sexo y edad, expresaron que la pandemia afectó la estabilidad económica, tanto de los egresos como los ingresos de muchos hogares. Para aquellos que no tienen un empleo formal que viven del diario, les fue difícil salir a trabajar por las restricciones obligatorias estipuladas a nivel nacional. Para otros, la pandemia significó la pérdida de su em-

pleo formal y/o el cierre de su negocio. En cambio, algunas personas tuvieron la oportunidad de seguir trabajando en la pandemia, pero para muchos fue difícil porque las cargas laborales aumentaron y los ingresos disminuyeron en algunos casos. Además, la mayoría identifican un alza de precios en la canasta familiar como se muestra en las siguientes experiencias.

“Pues a mí me afectó de todas las formas porque perdí el trabajo, ya llevaba hartos años ahí y bueno pues a raíz de la pandemia perdí el trabajo, eso influye en que yo trabajaba y pagaba mi salud y sin trabajo obviamente me quedé sin salud, bueno sin eso de salud, no enfermamos nos dio COVID-19 en repetidas ocasiones”.

(GF intergeneracional, afrodescendientes, estratos 1 y 2, Bogotá).

“A mí me afectó mucho la pandemia, porque perdí mi sala de belleza, me tocó entregar el local, porque el señor no acepta si no completo, si no desocupe. Me tocó vender muebles, porque no tenía dónde llevarlos a mi hogar”.

(GF intergeneracional, estratos 1 y 2, población LGBTQ+).

“Estamos en un país donde vamos a mirar a ver qué va a pasar, pues igual esto está muy duro, porque como ustedes saben todo ha subido, todo pues está muy costoso, a mí me dan por ejemplo pal’ diario y a mí no me alcanza, literal no alcanza, antes uno daba la porcioncita de carne al almuerzo y a la comida, ya pa’ la comida no alcanza, pues todo sube y sube, pues obviamente no alcanza”.

(GF, intergeneracional, estratos 3 y 4, Manizales).

“El precio de la canasta familiar aumentó en pandemia, demasiado (...) yo creo que se dobló, porque yo antes hacía mercado de 400 y me alcanzaba un mes, pero ahora me toca invertirle 800, entonces ahí se va un mínimo prácticamente en un mercado”.

(GF, intergeneracional, Mitú).

“En esta pandemia, los costos de los alimentos sumamente altos y tuvimos la necesidad de buscar médicos particulares para que nos atendieran, entonces eso genera muchos gastos, porque la pandemia trajo mucha necesidad en los hogares, porque hubo gente que tuvo que salir de sus empresas, no tenían para pagar arriendo, para pagar los servicios, esto fue muy duro, un desastre económico bastante duro para el país y para todo”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 3 y 4, Barranquilla).

5.3.2. La protección social y los ingresos pasivos de las personas mayores

La segunda vía para garantizar una fuente de ingresos para las personas mayores es a través de los ingresos pasivos, que abarcan aquellas fuentes de ingreso que generan beneficios económicos sin necesidad de hacer algún tipo de trabajo en particular ni requerir de un compromiso activo de la persona para generarlos. Los ingresos pasivos pueden provenir de diferentes fuentes, que se pueden clasificar en dos grandes categorías. Por una parte, aquellos ingresos que se generan a partir de las políticas sociales de protección económica para la vejez. Por la otra, los ingresos pasivos generados a partir del ahorro propio de las familias y la acumulación de activos.

En esta sección se describen estas dos categorías de ingresos pasivos para la ve-

jez. En primer lugar, se hace un repaso de la política de protección social en Colombia, que incluye ambos regímenes contributivos (público y privado) de pensiones, el régimen no contributivo de subsidios asistenciales (en este caso Colombia Mayor), y medidas complementarias como los regímenes semi-contributivos (como el programa de Beneficios Económicos Periódicos, BEPS). De aquí se pasa a la descripción de los diferentes canales de ahorro que tienen a su disposición las familias colombianas, caracterizando las decisiones de preparación para la vejez que toman las familias y los tipos de activos con los que acumulan su capital físico, económico y financiero.

5.3.2.1. El sistema de protección económica para la vejez y los regímenes contributivo, semi-contributivo y no contributivo

La primera fuente de ingresos pasivos para la población mayor en Colombia

proviene de la red de protección económica a la vejez provista por el sistema de protección social. Se puede decir de manera general que los sistemas previsionales cumplen dos funciones principales. La primera, de aseguramiento, es suavizar el cambio en el nivel de vida de los trabajadores al momento del retiro, siguiendo la teoría de ingreso permanente descrita en la primera sección del capítulo, partiendo del ahorro de cada individuo para ofrecer un ingreso estable que sea proporcional al nivel salarial alcanzado durante la vida activa. La segunda función, de carácter asistencial, consiste en atenuar la pobreza en la población mayor más vulnerable a partir del otorgamiento de subsidios no contributivos (no atados al ahorro del trabajador), que le permitan acceder a una canasta mínima ya sea integral o de alimentos.

Desde esta lógica, es importante comenzar por una distinción entre el concepto de sistema pensional, que se limita a los regímenes contributivos de ahorro, y el sistema de protección económica a la vejez, que reúne los regímenes pensionales junto con los demás mecanismos que buscan garantizar una seguridad económica a la población mayor, sean estos subsidios no contributivos o herramientas de ahorro semicontributivas, como se verá más adelante. En este sentido, como lo afirman Becerra et al. (2022), es posible

buscar la cobertura previsional de toda la población a partir de la combinación de dos estrategias: o incrementar el ahorro pensional de los trabajadores en su etapa activa para que tengan acceso a pensión, o expandir los programas de subsidios monetarios a la población mayor vulnerable que no tuvo la oportunidad de ahorrar en su etapa laboral.

Los beneficios de contar con un sistema pensional funcional y financieramente sostenible van más allá del bienestar económico de la población mayor. De acuerdo con Villar et al. (2013), los sistemas pensionales y el ahorro canalizado a través de estos se vuelven cruciales para la competitividad del país, al facilitar por un lado la focalización de recursos en poblaciones económicamente vulnerables y permitirles mayor nivel de consumo y una mejor calidad de vida, y por el otro generando efectos macroeconómicos positivos en materia de crecimiento económico, ahorro e inversión, y un mejor funcionamiento de los mercados laboral y de capitales. Esto resalta la importancia para el país de contar con un sistema que cumpla de manera satisfactoria con los cuatro principios de todo régimen de protección económica a la vejez: a) cobertura universal; b) equidad vertical; c) equidad horizontal, y d) sostenibilidad fiscal y financiera.

Desafortunadamente, el esquema de

protección económica a la vejez colombiano, que proviene de la Ley 100 de 1993 y fue reformado parcialmente en las siguientes dos décadas por una serie de reformas legislativas, es un sistema fragmentado, compuesto por programas aislados y con reglas que varían según la vinculación laboral y la afiliación, lo que ha llevado a que no pueda cumplir a cabalidad con ninguno de los cuatro principios (Becerra et al., 2022). En primer lugar, como se verá más adelante, los regímenes contributivos tienen una limitación estructural al estar enfocados en los trabajadores formales en un mercado laboral con alta incidencia de informalidad, lo que ha llevado a una baja cobertura tanto en fase de acumulación como en desacumulación, no superando la tercera parte del total. Segundo, el mal diseño del régimen público vuelve los subsidios regresivos, concentrándolos en unos pocos que obtienen altas pensiones y generando subsidios incluso negativos para aquellos trabajadores que no logran pensionarse; esto sucede de manera similar, aunque en menor grado, con los aportes solidarios del régimen privado, donde los informales con cotizaciones esporádicas terminan subsidiando a aquellos que sí logran pensionarse. Tercero, no existe equidad horizontal en el sistema, dados los beneficios diferenciales que se obtienen en un esquema competitivo con

dos regímenes que otorgan prestaciones pensionales con fórmulas distintas; esto lleva a que dos trabajadores con cotizaciones similares puedan recibir pensiones muy distintas. Cuarto, el muy alto costo fiscal del régimen pensional no se corresponde con su baja cobertura, y se estima que si tuviera una cobertura aceptable no sería financieramente sostenible (Villar y Forero, 2018).

Claramente, la raíz del problema no es sólo el diseño del sistema como tal, sino que refleja los problemas del mercado laboral que le subyace. Así, por ejemplo, la baja cobertura del sistema contributivo es una consecuencia directa de los altos niveles de informalidad laboral, mientras que la alta desigualdad en las prestaciones refleja la inequidad en los ingresos salariales de la población colombiana sumado a un mal diseño de los subsidios estatales. Por esto, el régimen pensional, contrario a lo que sucede en otros países, termina reforzando la desigualdad económica ya existente. Si a esto se suma un alto costo fiscal, equivalente al 3,5% del PIB que representa más de la cuarta parte de los ingresos tributarios del gobierno central, se puede concluir que es un sistema de protección costoso, ineficiente y regresivo.

Veamos ahora brevemente cada uno de los componentes del sistema de protección económica a la vejez en Colombia.

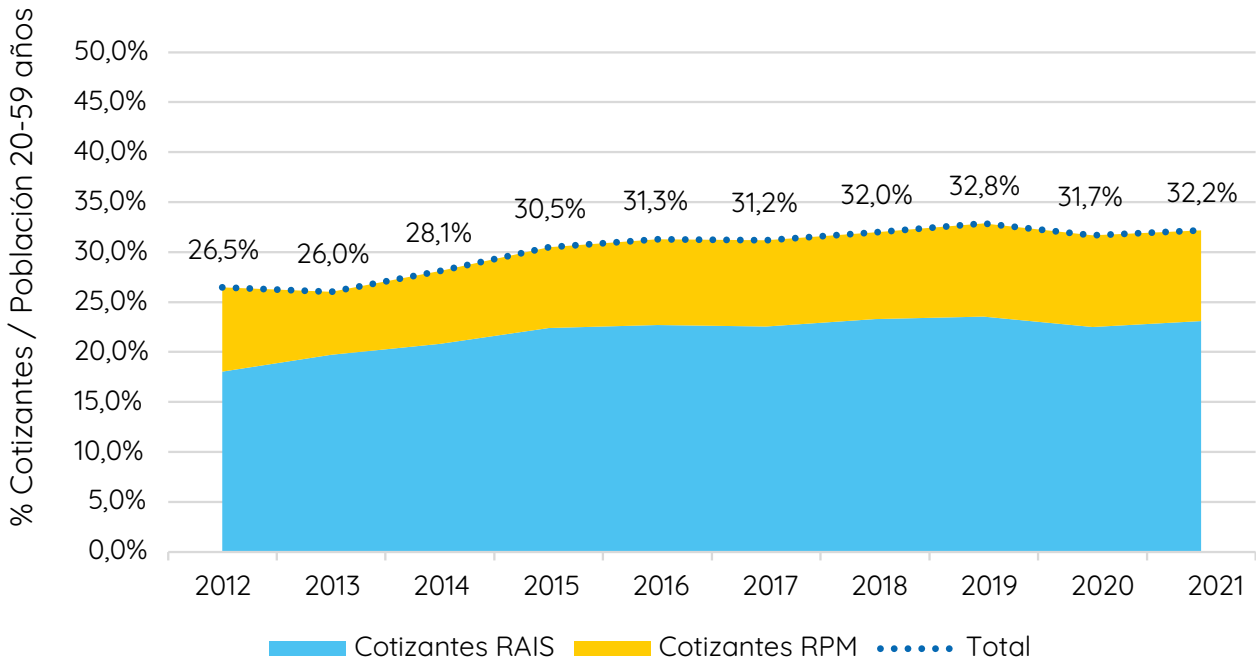
5.3.2.2. Componente contributivo y sus dos regímenes: El RPM y el RAIS

Como tal, el sistema pensional colombiano está constituido por dos regímenes generales. El primero, de beneficio definido y de carácter público administrado por Colpensiones, se denomina Régimen de Prima Media (RPM) y funciona como un esquema de reparto simple, en el que los aportes de los trabajadores llegan a una bolsa común de donde se pagan las prestaciones de los actuales pensionados; como no funciona bajo un esquema de ahorro, depende de la solidaridad intergeneracional que busca redistribuir ganancias de productividad entre una generación y la siguiente. El segundo, de contribución definida y de carácter privado bajo la tutela de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFPs), se denomina Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS) y funciona como un modelo de capitalización individual, en el que cada afiliado ahorra en una cuenta individual y el pago de las pensiones salen de su propio ahorro más el rendimiento generado. A estos dos esquemas se les suman los regímenes especiales para presidencia, el magisterio y las fuerzas armadas.

En términos de la cobertura en la fase activa, ésta se ve afectada de manera significativa por los altos niveles de infor-

malidad del mercado laboral colombiano. Aunque según el DANE la informalidad laboral es de 47% en cabeceras municipales y de 62% para el total nacional, al estimar los datos de cotizantes activos a partir de los registros administrativos de la Superintendencia Financiera se encuentra que la cobertura en fase activa no supera el 32,2% de la población en edad de trabajar; los avances que se vieron en la primera mitad de la última década fueron reemplazados por un estancamiento en los últimos años (Figura 16). Además, esta baja cobertura promedio esconde en realidad grandes heterogeneidades según el tipo de población: aunque los trabajadores con educación terciaria y superior exhiben una cobertura de 77%, para los trabajadores con niveles más bajos de educación esta cifra se reduce a 20% (Becerra et al., 2022). Asimismo, mientras a nivel urbano los trabajadores cotizantes llegan al 44%, esta cifra se reduce al 13,9% en las zonas rurales (CPC, 2022).

Figura 16. Cobertura del sistema pensional en la etapa activa - cotizantes



Fuente: Intendencia Superfinanciera, DANE.

Estas bajas cifras de cotización en la fase activa llevan a que la cobertura en la fase pasiva sea inevitablemente baja. Esto porque los requisitos mínimos de acceso a pensión requieren una estabilidad en el mercado laboral formal que no es el común denominador en los trabajadores colombianos, que fluctúan constantemente entre la formalidad y la informalidad. Así, el RPM exige como mínimo 1.300 semanas cotizadas (25 años), mientras que para pensionarse del RAIS se deben tener 1.150 semanas cotizadas (22 años). Según Asofondos, un trabajador promedio logra co-

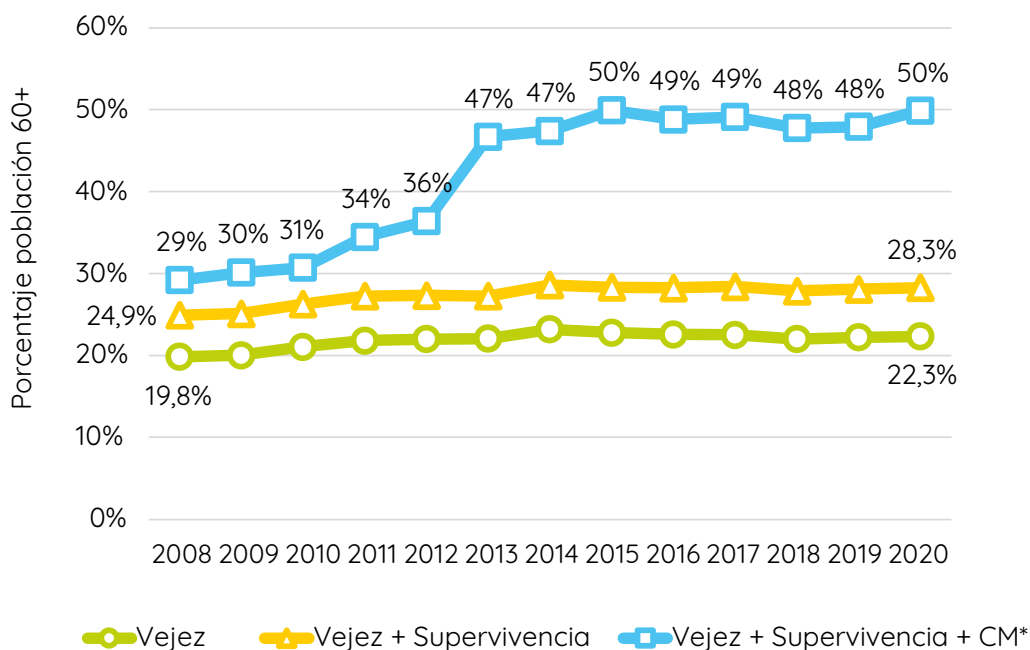
tizar 500 semanas durante su vida laboral, lo que lo deja a medio camino en su objetivo de obtener una pensión contributiva. Esto lleva a que la mayoría de los trabajadores no alcancen a cumplir las semanas mínimas de requisito para una pensión contributiva y reciban su ahorro en una única suma: de acuerdo con la Contraloría General (2018), el 69% de los afiliados al RAIS y el 56% de los afiliados al RPM entre 2013 y 2017 recibieron ya fuera una devolución de saldos o una indemnización sustitutiva al momento del retiro.

Las dificultades para alcanzar el pe-

riodo mínimo de trabajo formal necesario para una pensión llevan a que solo la cuarta parte de la población mayor en Colombia esté cubierta por una pensión contributiva (Figura 17). Lo más grave es que 44% de los pensionados se concentra en los dos deciles más altos de ingreso, mientras que la mitad de la población más pobre sólo aporta el 23% de los pensionados totales (Villar, Forero y Becerra, 2017). A esto se le suman las disparidades entre diferentes tipos de población. Por ejemplo, según el Consejo Privado de Competitividad (2022), mientras el 29% de

los hombres en edad de jubilación están cubiertos por el sistema, solo el 20% de las mujeres están pensionadas. Esto puede deberse parcialmente a que se exige el mismo requisito para hombres y mujeres en términos de semanas cotizadas, pero la edad de jubilación es menor (reducir las semanas de las mujeres no sería una opción viable, dado que su pensión termina siendo más costosa para el sistema por su mayor longevidad y una edad de pensión más baja, por lo que se les termina castigando en términos del monto final de la pensión).

Figura 17. Cobertura sistema pensional en la fase pasiva – pensionados



*CM=Colombia Mayor

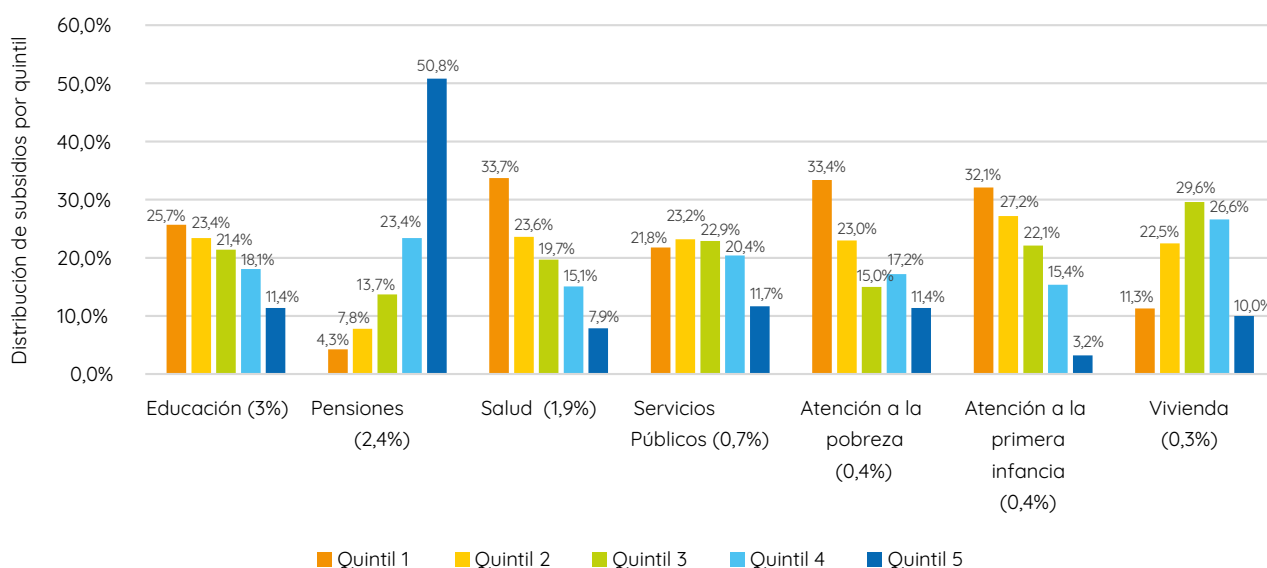
Fuente: Becerra et al. (2022).

Los problemas comienzan en realidad a partir de la misma lógica de funcionamiento del sistema, basado en la coexistencia de dos regímenes, el RPM y el RAIS, que actúan bajo la lógica de competencia. Dado que los beneficios se calculan de maneras muy distintas (en el público bajo una fórmula que se estima a partir del salario promedio de los últimos 10 años, en el privado a partir del ahorro individual más rendimientos), se terminan generando prestaciones pensionales muy diferentes para un mismo nivel de ahorro. En pocas palabras, para los que sí alcanzan a pensionarse el RPM brinda más subsidios que el RAIS, mientras que para los que no lo logran el RAIS otorga una devolución del ahorro mayor. Esto lleva a que los afiliados busquen trasladarse de un régimen a otro buscando hacer arbitraje y recibir los subsidios del Estado. El movimiento de afiliados del RAIS al RPM contribuye a la insostenibilidad del sistema: si bien estos recursos alivian el déficit de caja del gobierno central en el corto plazo, se terminan convirtiendo en una mayor carga fiscal en el largo plazo, donde se asume el pago de las mesadas pensionales de los trasladados (CPC, 2022).

Por un lado, el principal problema del RPM es la regresividad. La alta inequidad en la asignación de una pensión contributiva se ve reforzada por el mal diseño de

los subsidios, que terminan reforzando la regresividad del sistema en su conjunto. Dado que el RPM promete una tasa de reemplazo que depende de los últimos 10 años de cotización, el beneficio que otorga no está asociado con las cotizaciones que hizo el trabajador a lo largo de su vida laboral. Esto termina reflejándose en mayores subsidios para las pensiones más altas, y un subsidio negativo para las indemnizaciones sustitutivas de aquellos informales que no logran acceder a una pensión: se estima que mientras en el RPM un pensionado de 1 salario mínimo legal (SML) recibe un subsidio anual de \$6,6 millones y un pensionado entre 2 y 4 Salarios Mínimos Legales (SML) recibe un subsidio promedio de \$15 millones, un pensionado por más de 10 SML puede llegar a recibir un subsidio anual de \$56,8 millones (CPC, 2022). La Figura 18 muestra cómo la distribución de los subsidios en el sistema pensional genera el efecto más regresivo de las políticas sociales en Colombia.

Figura 18. Distribución de subsidios estatales por sectores y quintiles



Fuente: Lora y Mejía eds. (2021).

Por el otro lado, el RAIS tiene varios problemas en la etapa de desacumulación. El principal es la incapacidad del sistema de otorgar rentas vitalicias, el mecanismo en donde a través de un seguro se garantiza una pensión estable hasta el momento de la muerte del pensionado. El mercado de rentas vitalicias se ha visto frenado por riesgos financieros, jurídicos y de longevidad que debe asumir la aseguradora, lo que lleva al otorgamiento casi exclusivo de retiros programados (que participan históricamente con más del 90% del total de pensiones otorgadas), cuyo monto se va reduciendo en el tiempo (CPC, 2022). Si adicionalmente se consideran los efectos regresivos del Fondo de Garantía de Pen-

sión Mínima (que genera traslados desde los informales a los formales) y su proyección de descapitalización en un momento cercano al 2065, se tiene un escenario de desacumulación con numerosas barreras para su correcto funcionamiento. A esto se le suma el alto grado de concentración de las AFPs, que redujeron su número desde las nueve iniciales a las cuatro actuales. De acuerdo con Asofondos (2020), los recursos administrados por las AFPs ascendían a \$293 billones, de los cuales cerca del 60% se encuentran invertidos en proyectos de infraestructura, activos inmobiliarios, acciones y sector financiero. La alta concentración tiene efectos negativos sobre políticas como la rentabilidad

mínima, que depende de la rentabilidad promedio del mercado, y termina generando un efecto manada en el portafolio de inversiones.

En resumen, este diagnóstico arroja un panorama preocupante del sistema pensional en Colombia. Su alto costo fiscal y la regresividad en el otorgamiento de subsidios no se compadecen con su baja cobertura y limitado impacto en el bienestar de la población mayor del país. Dado que está limitado a cubrir a los trabajadores formales en etapa de acumulación, su cobertura se ve muy limitada en la fase de desacumulación, alcanzando sólo la cuarta parte de las personas mayores. De hecho, las proyecciones a mediano plazo estiman que esta cobertura se estabilizará en el largo plazo dadas las condiciones actuales, y que de aumentarse significativamente su alcance se vería comprometida su viabilidad fiscal y financiera. Por esto, el país ha optado, como la gran mayoría de economías de la región, por aumentar la cobertura a través de mecanismos no contributivos y semi-contributivos, que buscan aliviar la pobreza mediante subsidios no atados a pensiones y la creación de mecanismos de ahorro para los trabajadores informales, como se describe en la siguiente sección.

A partir de los resultados cualitativos, se identifica que la mayoría de las personas no tienen una buena percepción fren-

te al sistema pensional y los subsidios. En cuanto al sistema pensional algunos entrevistados afirman que existe una desigualdad porque no todas las personas mayores tienen el privilegio de recibir un monto acorde a lo que cotizó a lo largo de su vida. Asimismo, no todas las personas tuvieron o tienen un empleo estable, un ingreso fijo y/o la posibilidad de pagar de forma oportuna su pensión; por la misma desigualdad que existe en el sistema pensional no es considerado como un mecanismo de ahorro, al contrario, es necesario pensar en otros mecanismos que garanticen una estabilidad económica para la vejez.

“Aquí tenemos dos sistemas de pensión que ninguno de los dos funciona bien. Entonces, si yo tuviera un instrumento donde yo invirtiera mi patrimonio actual, que me asegurara que hasta que yo me muera tengo un ingreso predecible y que no me van a poner conejos dentro de 10 años, eso sería una dicha. Ese instrumento no existe en el mundo. Hay países donde uno, todavía en Alemania un señor se puede retirar no está casi seguro de que no le va a pasar nada (...) Yo que no hago sino sumar a lo que tengo, ahoritica estoy como que todavía puedo vivir 10 años más. Entonces me toca reducir mi nivel de gasto para poder llegar a 15, si acaso, siendo optimista. Pero esas son cosas que le producen a uno angustia, y no debería suceder”.

(EP, experto en Protección económica).

“En cuanto a las necesidades básicas de las personas mayores, entonces está todo el tema de la Seguridad Social para para la vejez, entonces eso implica el tema de pensiones, el tema de trabajo, porque sabemos que a pesar de que ya sean personas mayores, algunas no tienen los ingresos suficientes para vivir, lo que te decía ahorita, la tasa pensional en este país es muy baja, entonces eso ¿qué implica? que las personas mayores tengan que tener ingresos adicionales para poder solventar su vida en esa etapa del curso de vida”.

(EP, experto en Bienestar y participación social).

“En el caso de los fondos privados es una explotación increíble con el trabajador, es que un fondo cotizas tú lo que quieras cotizar y al final de las cuentas que ellos hacen te dan un salario mínimo o cien mil pesitos más, cuando tú has cotizado sobre dos o tres veces más del salario, entonces yo digo cómo puede una persona vivir si se ganaba 3 millones y medio que le digan que queda pensionado con un millón, ese es uno de los grandes huecos”.

(GF hombres mayores de 60 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

“En Colombia la estabilidad laboral no es lo suficientemente buena y la seguridad pensional tampoco lo es, porque también hay inseguridad, siempre hay alguien que dice: vamos a subir la edad de pensión. Entonces, la verdad, no veo que, en un futuro, a veinte años, veinticinco años creo que más o menos, yo pueda pensionarme, pueda considerar que voy a vivir de eso, creo que incluso mucha gente tiene hijos, pensando en que son los hijos los que tengan que lidiar con ellos una vez estén viejos, y ese no es el deber ser, eso no debería de pasar así”.

(GF, 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Barranquilla).

De igual forma, los hallazgos cualitativos muestran que las personas que son beneficiarias de un subsidio consideran que el monto recibido en ocasiones no les alcanza para cubrir sus gastos completos y también que no les entregan la ayuda económica de forma oportuna. De todos modos, las personas mayores afirman que no hay cobertura suficiente para subsidiar a las personas mayores de bajos recursos. Además, se evidenció que existe un desconocimiento por parte de las personas mayores sobre los requisitos y trámites legales para solicitar el subsidio de persona mayor.

“Fuera de eso los achaques de salud, yo tengo un cuñado que le quitaron una piernita, está con salud por mi hermana, pero él está muy mal, cada vendaje son dos o tres veces que viene el enfermero a la casa a hacerle la curación y cada vendaje vale 80.000 pesos, 50.000 y de dónde va a sacar mi hermana eso, y eso que ella lo tiene afiliado, pero el seguro no le cubre eso porque él es beneficiario, allá está tirado en la cama, eso no alcanza para nada”.

(GF, hombres y mujeres, mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Tunja).

“No sé si es pronto vaya a afectar a alguien con lo que voy a decir, pero hay algo que como que no me parece porque hay jóvenes que están trabajando y reciben el ingreso solidario de 260,000 mil pesos y habemos personas mayores que no estamos trabajando, no porque no tengamos la fuerza, sino por enfermedad, por ejemplo, yo tengo un problema en la columna y la rodilla, yo tengo un desgaste de rodilla, de columna y de cadera, (...), un persona mayor que no puede trabajar y le llegan 80.000 mil pesos, eso es lo que yo veo como... No sé cómo lo vean las demás personas, pero yo lo veo como un poquito injusto para la persona mayor”.

(GF, mujeres mayores de 60 años, Quibdó).

“Pero sí sería bueno que ustedes que vienen nos aclaren un poco porque nosotros vamos a la oficina y dicen está en el puesto mil no sé cuánto, después uno va y está en el puesto más arriba, pero si pudiera, que fuera bueno que ustedes nos dieran una claridad con eso (...) porque eso le causa a uno en últimas decir, no tiene, si está sola, lucha con la vida, de todas maneras, uno siente que necesita sobre todo esa ayuda. Entonces yo no he tenido nunca ninguna clase de ayuda”.

(GF, mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Pasto).

“Nos dan una ayuda de la persona mayor, pero hay mucha gente que no le llega, ya tienen de 60 años en adelante, y hay bastantes, bastantes. En las veredas hay bastante gente que ya son viejitos y necesitan de esa ayudita que les dan. Es poquito, son 80.000, pero para alguna cosita sirve. Pero por ejemplo nos piden a todas acá para las inscripciones para la persona mayor, pero llegan allá a Bogotá y llegan todos los requisitos que les piden, pero después queda que nadie los acoge o hace una fuerza por allá, porque hay bastantes mayorcitos acá y lo necesitan”.

(GF intergeneracional, Ipiales).

A través de la información cualitativa se indagó si las personas consideran que la pensión y/o el subsidio ayuda afrontar una situación difícil como fue la pandemia por COVID-19. Los resultados de las entrevistas muestran que los participantes que son beneficiarios de una pensión y tienen un poder adquisitivo alto (estratos del 4 al 6) fueron los que más se refirieron a la pensión como un medio que les permitió afrontar alguna situación difícil. Sin embargo, hubo grupos de personas, de estratos 1 y 2, para quienes la pensión no fue una posibilidad para afrontar a cabalidad las consecuencias que trajo la pandemia, debido a sus bajos ingresos.

Por su parte, las personas mayores que son beneficiarias de subsidios como Adulto Mayor, expresaron que el ingreso

recibido les ayudó a solventar algunos gastos de su diario vivir, pero no es suficiente el monto recibido para enfrentar de forma oportuna una situación adversa. Durante el confinamiento aumentó el ingreso del subsidio Adulto Mayor y por tanto la posibilidad de invertirlo en otros gastos no contemplados habitualmente; por esto, los entrevistados consideran que el subsidio no les permitió afrontar como se espera una pandemia.

En cuanto, a las personas que no son beneficiarias de subsidio o pensión (la mayoría de estratos 1 y 2) afirman que un ingreso adicional en pandemia les hubiera ayudado mucho, ya sea para pagar un recibo de un servicio público o la compra de algún alimento, porque muchos no pudieron trabajar a causa del confinamiento.

“Yo pienso que una pensión es como burlarse de la vejez, porque la pensión como tal, como dijo aquí la compañera, solo minimiza algunos gastos, pero la vejez trae muchas cosas, entonces, trae muchos riesgos, por así decirlo, que comprar las cosas, medicina, transporte”.

(GF intergeneracional, estratos 1 y 2, Barranquilla).

“Nosotros que no tenemos ayuda de nadie, ayuda de nada, nos sirve, es mucha ayuda la que nos da el gobierno en la pandemia. Cuando la pandemia el gobierno nos aumentó la ayuda de la tercera edad a 160 mensual, esa fue una ayuda muy buena porque eso nos servía mucho porque uno con 160 mil pesos puede comprar un arroz, puede comprar una libra de pollo, con los 80 mil pesos escasamente servía para comprar arroz, entonces le sirve a uno porque sí le sirve”.

(GF, mujeres mayores de 60 años, Quibdó).

“¿Una pensión o un subsidio sirve para solventar un poquito las necesidades? (...) Sí, yo lo digo por mí, porque yo no tengo pensión ni la ayuda de los 80 mil pesos esos, cada mes, y es duro, vivir en un lugar de estos, uno tiene el alimento y la dormida, pero uno necesita esto, algo diferente en la calle, eso le sirve a uno”.

(GF, intergeneracional, Mitú).

Todas las experiencias mostradas hasta el momento dan cuenta de lo insuficiente que resultan tanto los subsidios como las pensiones para la mayoría de personas. Por un lado, las personas pensionadas perciben una disminución en su poder adquisitivo, mientras que por el otro quienes reciben un subsidio no tienen ingresos insuficientes para poder satisfacer sus necesidades diarias. Éste último aspecto, de los subsidios directos no contributivos, se aborda a continuación.

5.3.3. Componente no contributivo: los subsidios de Colombia Mayor

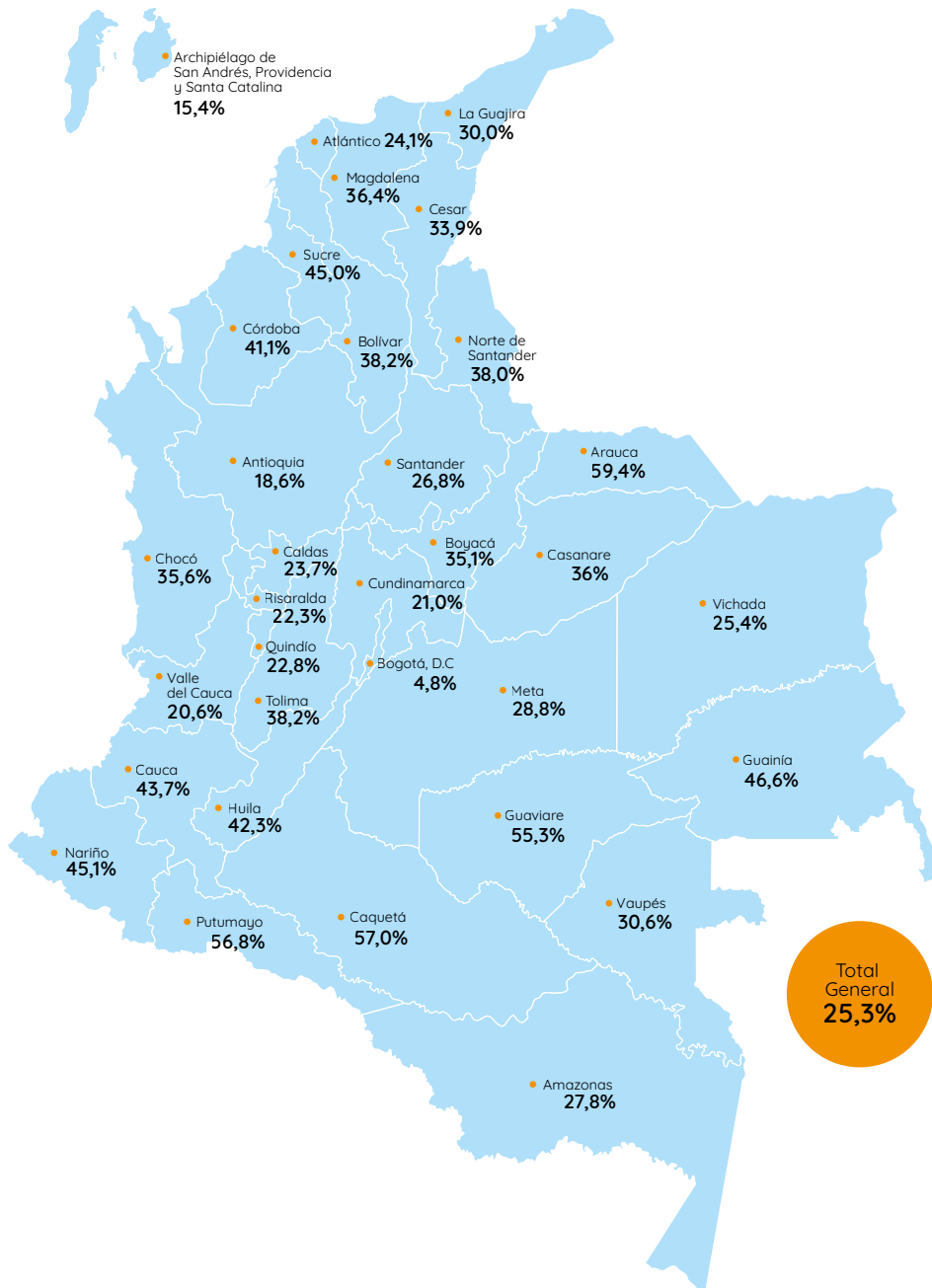
Dados los obstáculos estructurales a los que se enfrentan los regímenes contributivos, la cobertura del sistema de protección económica a la vejez en Colombia se ha venido expandiendo en la última década a través del mecanismo no contributivo, los subsidios del programa Colombia Mayor. Esta política fue re-

sultado de la institucionalización en 2012 del anterior Programa de Protección Social al Adulto Mayor (PPSAM), creado por la Ley 797 de 2003, que buscaba una expansión sustancial de su cobertura y lograr una cobertura semi-universal. De esta forma, se generó un programa de subsidios directos a la población mayor, que considera tres condiciones para ser beneficiario: ser ciudadano colombiano, tener al menos tres años menos que la edad de pensión (54 años para mujeres, 59 años para hombres), y pertenecer a los niveles 1 y 2 del Sisbén.

Este programa, que cubre actualmente al 27% de la población mayor en Colombia (Becerra et al., 2022), corresponde entonces a una política de beneficios monetarios focalizados que busca reducir los niveles de pobreza en esta franja etaria, complementados con servicios sociales prestados a través de los Centros de Bienestar del Adulto Mayor (Villar et al., 2020). El programa se financia parcialmente con los ingresos del Fondo de Solidaridad Pensional, que se alimenta de una contribución adicional de los trabajadores formales por encima de 4 salarios mínimos y un impuesto a los pensionados por encima de 10 salarios mínimos, complementado con aportes directos del presupuesto general. Aquí se analizarán los dos aspectos principales del programa: el monto y la cobertura.

Con respecto al monto, un problema inicial fue que el aumento sustancial de la cobertura no vino acompañado de un incremento proporcional en los recursos de financiamiento, lo que terminó reflejándose en una reducción importante del subsidio por beneficiario, que pasó de un máximo en 2010 de \$124.210 mensuales (66% de la línea de pobreza), a un mínimo en 2013 de \$50.466 mensuales (24% de la línea de pobreza). Esto intentó corregirse en 2020, año en el que se modificó la forma de pago desde bimensual a mensual, y se estableció como el subsidio mínimo el monto de \$80.000 mensuales; durante la pandemia se entregó un pago adicional a los beneficiarios, que llevó el subsidio promedio a \$120.000 mensuales. Aun así, el bajo monto del subsidio, que no alcanzó ni siquiera en pandemia la línea de indigencia, ubica a Colombia entre los países que buscan a través de este subsidio atenuar parcialmente la pobreza extrema, con México y Perú (donde el subsidio representa entre el 5% y el 7% del ingreso per cápita), y lo aleja de aquellas economías que han hecho un esfuerzo por otorgar subsidios que permiten a los beneficiarios superar la línea de pobreza, como Uruguay, Paraguay, Venezuela o Brasil (donde el subsidio representa cerca del 30% del ingreso per cápita).

Mapa 1. Distribución de la proporción de beneficiarios de Colombia Mayor por departamento 2021



5

Fuente: Información de Inscripción SISBEN IV - Prosperidad Social - Colombia Mayor (Fecha de corte: 10/03/2022)

Vale la pena en este punto resaltar las ventajas y desventajas de contar con un beneficio no contributivo de un monto elevado para la población mayor. El diseño de un pilar universal genera un trade-off esencial, entre cumplir por un lado el objetivo de prevenir la pobreza y reducir la desigualdad, y por el otro crear incentivos perversos para el ahorro y la participación en el mercado laboral.

Para comenzar, el aumento del monto del subsidio genera efectos inmediatos en el bienestar de la población mayor, al permitirles asumir los gastos propios y tener un rol más activo en la economía del hogar. Sin embargo, un alto beneficio no contributivo puede degenerar en problemas macroeconómicos, al afectar de manera importante la sostenibilidad fiscal, y en incentivos perversos a nivel microeconómico. Estos últimos se pueden explicar a través del efecto ingreso, que genera cambios en los patrones de ahorro y participación laboral durante la etapa activa, como respuesta a la expectativa de un subsidio suficientemente alto en la etapa pasiva que no esté atado a las contribuciones y al ahorro individual del beneficiario.

Los costos y beneficios se reflejan en el impacto que tuvo el caso más emblemático, el Beneficio de Prestación Continua (Benefício de Prestação Continuada - BPC), que otorga un subsidio no contributivo de 1 salario mínimo al 85% de la población ma-

yor en Brasil con un impacto social sustancial: se estima que ha contribuido con una reducción de 7% en la tasa de pobreza total, y una disminución de 35% en la brecha de pobreza en la población mayor. No obstante, al mismo tiempo este programa frenó la capacidad de inversión del Estado en otros sectores al constituir uno de los principales rubros de gasto inflexibles (cerca del 1% del PIB, con una proyección de 4% del PIB a 2050), lo que forzó en 2019 a una reforma pensional para reducir su tamaño (Villar et al., 2020). Adicionalmente, este programa generó que 40% de los beneficiarios rurales del programa se retiraran por completo del mercado laboral, mientras que el resto disminuyó significativamente las horas trabajadas (Carvalho-Filho, 2008). Por estas razones, además de afectar la sostenibilidad fiscal, un subsidio no contributivo muy alto puede afectar los demás componentes del sistema, al reducir los incentivos a la participación productiva y al ahorro de los hogares, pilares fundamentales de un sistema de protección económica a la vejez sostenible.

En términos de cobertura, es posible dividir los esquemas no contributivos en dos grupos: focalizados o universales. Los primeros buscan otorgar el subsidio al subconjunto más vulnerable de la población mayor, que debe cumplir una serie de características para acceder, propendiendo por reducir los niveles de pobreza extrema. Los segundos establecen como único requi-

sito la edad (o en algunos casos el no contar con una pensión contributiva), y buscan alcanzar la universalidad en la cobertura. Claramente, el efecto positivo de los programas universales es superior al de los focalizados, que dejan por fuera del alcance de la protección social a aquellas personas mayores que por un lado no hacen parte de la población más vulnerable, pero por el otro tampoco lograron ahorrar lo suficiente para una pensión contributiva. La única ventaja es el menor costo fiscal de la focalización, sobre todo en los casos en los que se introduce un beneficio universal de un monto elevado.

Colombia Mayor pertenece a la categoría de los programas focalizados, dado que un requisito para ser beneficiario es no superar un puntaje máximo en el Sisbén. En la primera **Misión Colombia Envejece** se realizó un estudio detallado de las características de los beneficiarios de Colombia Mayor, encontrando que la población receptora del subsidio es estructuralmente más vulnerable que aquella que no lo recibe. Sin embargo, la adecuada focalización del programa no implica que se está cubriendo a toda la población mayor vulnerable; de hecho, según Villar et al. (2020), los cerca de 1.700.000 beneficiarios del programa en 2019 solo representaban dos terceras partes de la población susceptible del subsidio, de 2.500.000 personas. Aunque la cobertura se expandió durante la pandemia, es

poco probable que un programa focalizado ofrezca protección económica a toda la población mayor vulnerable del país.

Para finalizar, vale la pena resaltar los tres principales problemas del programa Colombia Mayor en la actualidad. El primero es el monto, que no alcanza a cubrir la canasta básica de alimentos estimada por la línea de pobreza extrema; un aumento del valor del subsidio es necesario, pero teniendo cuidado de no afectar la sostenibilidad fiscal ni los incentivos para el ahorro y la participación laboral en la etapa activa. El segundo es la edad mínima para recibir el subsidio: el hecho que sea menor (en 3 años) a la edad de pensión es atípico a nivel internacional y claramente un error de diseño, puesto que se deben priorizar los incentivos a ahorrar por encima de la recepción de un subsidio estatal no contributivo. Por último, el tercer problema es la cobertura: la focalización del subsidio, si bien reduce los costos fiscales, deja por fuera a cerca de la mitad de la población mayor, que no cuenta con protección económica a la vejez, ni por el sistema contributivo ni por los subsidios directos no contributivos. Por esta razón, una de las principales recomendaciones de política en materia de protección económica a la vejez es buscar la universalidad del programa Colombia Mayor, aumentando la edad mínima requerida, pero retirando todos los demás requisitos para acceder al subsidio.

5.3.4. Componente semi contributivo: los beneficios económicos periódicos – BEPS

Dado que los regímenes contributivos están por construcción diseñados para canalizar el ahorro de los trabajadores formales con ingresos mensuales superiores a un salario mínimo, y que los subsidios de Colombia Mayor están dirigidos a aquella población que no tuvo capacidad de ahorrar durante su vida laboral, era necesario crear un esquema de ahorro flexible para los trabajadores informales que no cotizaban a pensión o cuyos ingresos no eran suficientes para entrar en el esquema contributivo. Con este objetivo, en el Acto Legislativo 01 de 2005 se introdujo el concepto de beneficios económicos periódicos, a través de los cuales se podía otorgar un ingreso mensual inferior a un salario mínimo que no fuera considerado como pensión. El programa de Beneficios Económicos Periódicos (BEPS), fue reglamentado por la Ley 1328 de 2009 y comenzó su funcionamiento en 2015, administrado por Colpensiones.

De acuerdo con Becerra et al. (2022), el esquema de BEPS cumple dos funciones. La primera se refiere a la etapa activa, en la que permite ahorrar voluntariamente a los trabajadores con ingresos inferiores al salario mínimo, en un esquema flexible que no requiere regularidad en las cotizaciones (el ahorro mínimo es de \$5.000). La segunda,

en la fase de desacumulación, permite canalizar el ahorro de los afiliados a los dos regímenes contributivos que no cumplen con las semanas mínimas de cotización para recibir una pensión, y transforma el saldo del ahorro en una anualidad vitalicia inferior a un salario mínimo, donde se recibe un subsidio del Estado del 20% de los aportes iniciales del afiliado. De esta forma, se pretende dar solución a dos restricciones del régimen contributivo: hacer cotizaciones esporádicas por ingresos inferiores a un salario mínimo y otorgar ingresos vitalicios inferiores a un salario mínimo. Adicional a esto, los BEPS ofrecen una serie de incentivos al ahorro adicional a la contrapartida del Estado, como un seguro que se adquiere condicional al ahorro del individuo en el sistema.

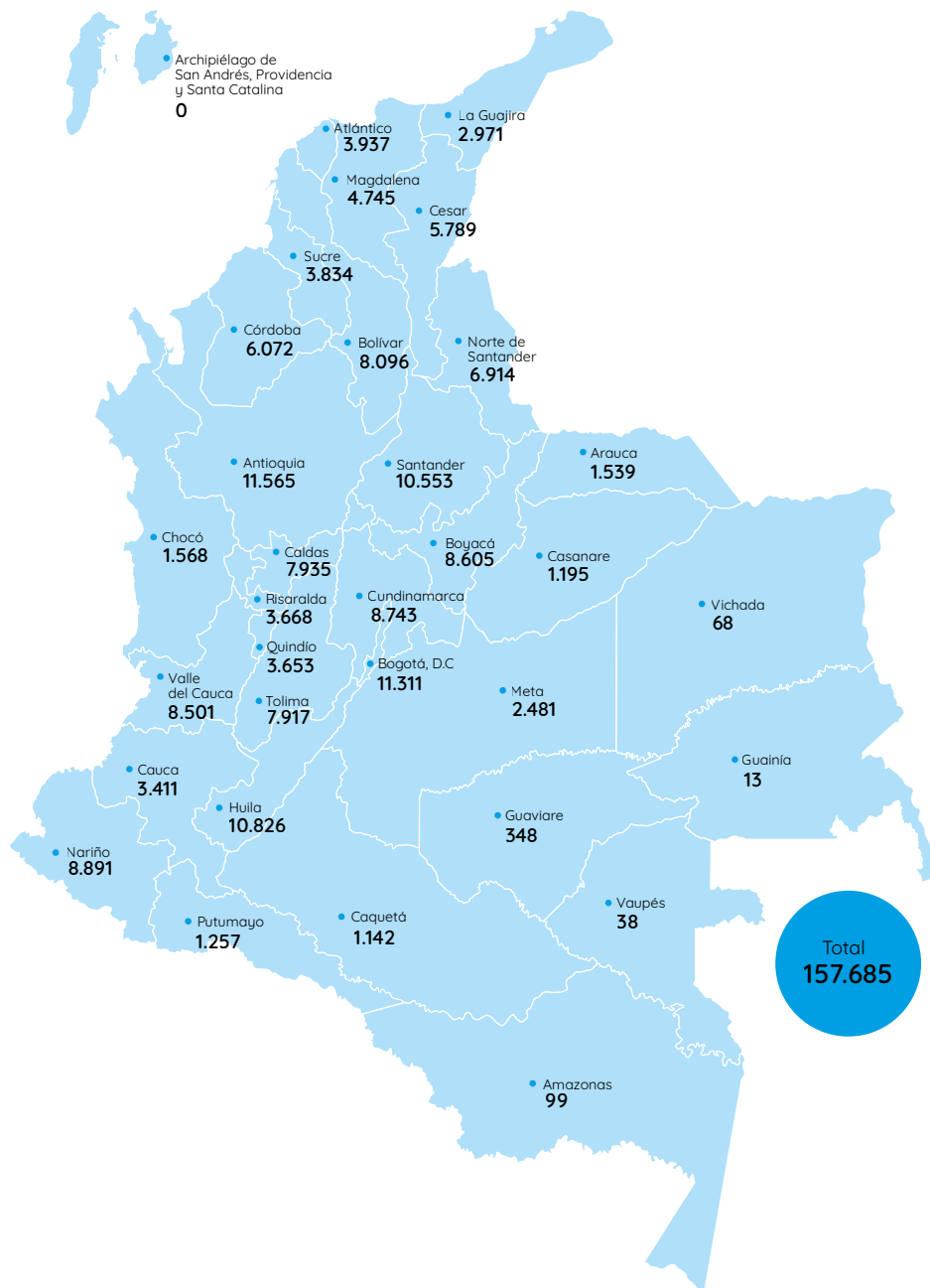
No obstante, a pesar de ser un mecanismo que abre oportunidades para la protección económica a la vejez en trabajadores vulnerables, su incidencia ha sido relativamente menor: entre 2015 y 2018 solo 1,4% de los afiliados a Colpensiones que alcanzaron la edad de jubilación optaron por convertir su indemnización sustitutiva en una anualidad vitalicia a través del programa. Los datos más recientes de ahorro en el programa BEPS, a corte diciembre 2021, muestran que de 1.645.663 vinculados, 824.675 habían ahorrado al menos una vez en el programa, de los cuales 157.685 hicieron algún ahorro en 2021. Sin embargo, el monto promedio de este

ahorro anual a nivel nacional, de \$136.795 pesos para 2021, no sería suficiente para proveer un ingreso vitalicio que garantice un nivel de consumo básico: según Villar y Forero (2018), para recibir un BEP equiva-

lente a la línea de indigencia es necesario ahorrar entre \$16 y \$20 millones de pesos.

El Mapa 2 muestra la distribución de los ahorradores activos al programa a nivel departamental en 2021.

Mapa 2. Distribución número de ahorradores activos en BEPS por departamento 2021



Fuente: Colpensiones (2021)

Hay que tener en cuenta que el programa BEPS es reciente, y que cuenta con un gran potencial para cerrar las brechas en la regulación de la protección económica en la población informal. De hecho, las opciones que otorga el programa en la etapa de desacumulación pueden ser atractivas para un número importante de afiliados: según Becerra et al. (2022), en 2019 había cerca de 23 millones de personas que habían contribuido al sistema pensional en algún momento de su vida laboral, y cuyos ahorros podrían convertirse en una anualidad vitalicia. La realización del potencial de BEPS como mecanismo de ahorro a largo plazo puede verse potenciada por el Decreto 1174 de 2020 (que reglamenta el artículo 193 del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022), a través del cual se reglamentó el ‘Piso Mínimo de Protección Social’, que generó un sistema de cotizaciones para la protección a la vejez para trabajadores con ingresos inferiores a un salario mínimo.

En este esquema, los trabajadores con ingresos inferiores a un salario mínimo están obligados a vincularse al esquema BEPS, donde sus empleadores deben hacer aportes obligatorios por un monto equivalente al 15% del salario devengado. Ésta es una regulación innovadora desde el punto de vista de protección social a los trabajadores informales, que genera un mecanismo de ahorro de largo plazo a

trabajadores de bajos ingresos, cubriendo un hueco en la legislación existente. Aunque puede tener el riesgo de generar incentivos a empleadores formales a reducir el salario de sus trabajadores para entrar en un esquema con obligaciones laborales menores (argumento que han canalizado las organizaciones sindicales en contra de esta regulación), termina siendo una respuesta válida a una realidad innegable, en la que la mitad de la economía colombiana es informal y se encuentra por fuera del alcance del sistema contributivo. Para su correcto funcionamiento, no obstante, es necesario que haga parte de un sistema unificado y no particionado como el actual, como se verá en la siguiente sección, de propuestas de reforma.

5.3.5. Las propuestas de reforma al sistema de protección económica a la vejez

En la literatura reciente sobre el esquema pensional colombiano se ha venido generando cierto consenso sobre los principales problemas de un sistema costoso, regresivo y de baja cobertura, y sobre la necesidad impostergable de que el Estado implemente una reforma estructural al sistema. No obstante, las alternativas de reforma pensional no generan tanto consenso, dado que se han planteado una se-

rie de propuestas que a partir del mismo diagnóstico llegan a conclusiones muy distintas. Las propuestas convergen en que el nuevo sistema debe contar con cuatro aspectos: el aumento de cobertura a través del fortalecimiento del pilar solidario de Colombia Mayor; una mayor equidad a través de la eliminación de los subsidios regresivos del actual régimen público; asegurar la sostenibilidad del sistema; y garantizar pensiones suficientes y vitalicias (Becerra et al.; 2022). El aumento en cobertura del componente contributivo, sin embargo, es solo posible a partir de una reducción de la informalidad en el mercado laboral, como principio subyacente a un sistema pensional basado en el ahorro de los hogares y no solo en subsidios otorgados por el Estado (aunque una reducción de las demandas requeridas puede aumentar la población susceptible de recibir una pensión contributiva).

Acá se explicarán las cuatro principales alternativas que se han planteado en los últimos años para implementar una reforma estructural al sistema de protección económica a la vejez en Colombia: la reciente propuesta de pilares de Fedesarrollo, la adopción de cuentas nacionales de Asofondos y la Universidad de los Andes, la reforma Multipilar de Villar y Forero (2018), y el marchitamiento de Colpensiones de la Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF).

a) Reforma de pilares de Fedesarrollo (2022). La propuesta más reciente de Fedesarrollo consiste en la sustitución del actual sistema fragmentado por un esquema más sencillo compuesto por tres pilares. El primero es un pilar gratuito de cobertura universal y beneficios definidos, que entregaría un subsidio correspondiente a medio salario mínimo (\$500.000) a todas las personas mayores de 65 años que no reciban una pensión contributiva. El segundo pilar, de carácter obligatorio, corresponde a los regímenes contributivos actuales, el público a cargo de Colpensiones y el privado administrado por las AFPs, manteniendo la tasa de contribución en 16 Puntos Porcentuales (p.p.) pero eliminando el aporte de 1,5 p.p. al Fondo de Garantía de Pensión Mínima. La diferencia con el actual sistema es que Colpensiones migraría hacia un modelo de cuentas nacionales, en donde los ingresos y pagos funcionarían como un sistema de reparto, pero el cálculo de la pensión cambiaría a uno similar a las cuentas individuales de ahorro, reconociendo una tasa de interés nacional a los aportes hechos por cada individuo, lo que igualaría los beneficios entre pilares. Por último, un tercer pilar voluntario de ahorro individual que mantendría los incentivos tributarios del actual esquema volun-

tario. En esta propuesta se eliminarían los subsidios regresivos del actual RPM y se garantizaría cobertura universal a través del primer pilar, aunque aún se mantendría la competencia entre los pilares contributivos si bien con beneficios prestacionales equivalentes. Se estima que el costo del pilar no contributivo alcanzaría 2,18% del PIB, lo que implicaría la necesidad de una graduación para acomodar este gasto dentro del contexto del cumplimiento de la regla fiscal.

b) Reforma de Asofondos. El gremio de las Administradoras de Fondos de Pensiones plantea una reforma similar a la de Fedesarrollo (2022), donde los dos regímenes contributivos actúan bajo un esquema de competencia, pero otorgando prestaciones pensionales similares calculadas por la metodología de cuentas nocionales. En este sentido, Colpensiones se convertiría en una AFP pública que competiría con las AFPs privadas. Las diferencias radican en tres aspectos. El primero es en el pilar universal, el cual no se plantea con un monto de medio salario mínimo sino de una línea de pobreza extrema, lo cual puede otorgar menor nivel de bienestar, pero tiene un costo fiscal menor que puede facilitar su implementación en la práctica. El segundo aspecto es el

del régimen semi-contributivo, que no sería eliminado como en la propuesta de Fedesarrollo, sino que sería potenciado como un mecanismo de ahorro y desacumulación para los trabajadores que transitan frecuentemente entre la formalidad, la informalidad y el desempleo. De esta forma, la anualidad vitalicia de los BEPS se complementarían con el primer pilar solidario para otorgar un ingreso básico a la población mayor sin pensión. El tercer punto es el énfasis en una actualización periódica de los parámetros del sistema, siguiendo tablas de mortalidad, tasas de interés técnico y buenas prácticas internacionales.

c) Reforma Multipilar de Villar y Forero (2018). Las anteriores propuestas de reforma pensional solucionan la asignación regresiva de subsidios del régimen público, haciéndolo migrar hacia un sistema de cuentas nocionales que replique el funcionamiento del régimen privado de ahorro individual. Sin embargo, se mantendría la lógica de competencia entre los dos regímenes públicos, un sistema atípico a nivel internacional, donde solo existe en Perú (que replicó el esquema colombiano). La competencia entre regímenes es perjudicial para un sistema pensional en un sentido general, dado que ambos regímenes cuentan con fortalezas

y debilidades diferentes, las cuales podrían aprovecharse mejor en un esquema de complementariedad. Bajo esta premisa, Villar y Forero (2018) proponen un esquema multipilar en el que cada componente del sistema interactúa con los demás buscando garantizar universalidad en la cobertura y, sobre todo, incentivar el ahorro de los hogares.

El sistema multipilar propuesto estaría compuesto entonces por cinco pilares. El primer pilar, similar a las dos reformas descritas, sería de carácter universal para todas las personas mayores que no reciben una pensión contributiva, con un monto similar a la propuesta de Asofondos, de una línea de pobreza extrema, para reducir el impacto fiscal. Este ingreso básico otorgado por el Estado sería complementado con el ahorro logrado por los trabajadores en un pilar intermedio, correspondiente al esquema semi-contributivo de BEPS, en donde los trabajadores informales podrían ahorrar si quieren aumentar su ingreso en la vejez, y que actuaría de manera complementaria al pilar básico universal.

Después de estos dos pilares, dirigidos a la población informal, se encuentran los dos regímenes contributivos, que actuarían de manera complementaria. Para esto, se propone unificar ambos

regímenes contributivos en un solo sistema, que particionaría el ingreso de todos los trabajadores en dos tramos, el primero para el régimen de reparto y el remanente para las cuentas de ahorro individual. De esta forma, el régimen público (Pilar Dos) recibiría las cotizaciones de todos los trabajadores hasta cierto umbral (se propuso 1 salario mínimo, un umbral más alto desequilibraría las cuentas fiscales en el largo plazo), y otorgaría una prestación equivalente máximo hasta ese umbral; la propuesta innovó con respecto a anteriores versiones en que el subsidio otorgado por el Estado se reduciría a medida que aumenta el ingreso del afiliado a través de un gradiente del subsidio que depende del nivel del ingreso del afiliado, para evitar otorgar subsidios estatales a los trabajadores de altos ingresos.

Por su parte, el régimen privado de ahorro individual (Pilar Tres), recibiría el excedente de las cotizaciones por encima del umbral para ingresarlo en una cuenta individual, lo que complementaría la pensión básica otorgada por el Estado; la ventaja acá es que en la fase de desacumulación el régimen privado no se enfrentaría a ningún riesgo macro ni individual, dado que la suficiencia de la pensión básica estaría garantizada por el Estado. Por últi-

mo, el pilar de ahorro voluntario (Pilar Cuatro) seguiría existiendo con los beneficios tributarios tal como funciona en la actualidad.

d) Reforma Estructural Pensional de

ANIF. La propuesta de reforma estructural pensional (REP) de la Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF) 2018, va más allá de las dos primeras reformas, al plantear no un esquema de competencia con una AFP pública sino el marchitamiento del régimen de reparto y la unificación en un solo sistema de ahorro individual todas las cotizaciones, administradas por las AFPs. Aunque con esto se lograría por un lado acabar la competencia entre regímenes y unificar el sistema y, por el otro se lograría reducir el costo fiscal en el largo plazo, al parar las cotizaciones de trabajadores al régimen público se aumentaría el déficit fiscal de forma sustancial en el corto y mediano plazo.

Adicionalmente, ANIF considera que el esquema BEPS desincentiva el ahorro individual ante la promesa de subsidios otorgados por el Estado, por lo que propone reemplazarlo por un esquema de hipotecas inversas, en el que la vivienda propiedad de las personas mayores se habilitaría como un activo líquido que complementa los ahorros

pensionales, a cambio de la propiedad del inmueble cuando fallece el pensionado. ANIF plantea complementar esta reforma con un aumento progresivo de la edad de pensión hasta los 62 años para las mujeres y 67 años para los hombres, una reducción del valor de las pensiones sustitutivas de 100% a 75% (una medida acorde con los estándares internacionales), y una reforma laboral que propenda por la flexibilización mediante la reducción de los costos no salariales.

5.3.6. Ahorro

La protección a la vejez desde la perspectiva pasiva puede lograrse bien sea por el sistema de protección social a través de las cotizaciones pensionales y el sistema de subsidios no contributivos, o de forma individual a partir de la acumulación de activos y la generación de ingresos a partir de estos. La decisión de consumir menos en el presente para ahorrar esos recursos y consumir más en el futuro depende tanto de factores endógenos –la manera en que los individuos descuentan el futuro o la aversión al riesgo– como de factores exógenos –el rendimiento de los recursos ahorrados y los instrumentos existentes para ahorrar–. A continuación, se realizará un breve recuento de cuáles son los mecanismos formales e informales de que disponen las personas para aho-

rrar y los resultados de tres estudios que consideran este problema en Colombia.

Por las condiciones de plazos, montos y seguridad, el ahorro para el retiro laboral se relaciona más con los mecanismos formales que con los informales, y en particular con los fondos de ahorro voluntario y los fondos de pensiones voluntarias. No obstante, los datos de la Encuesta Longitudinal Colombiana de la Universidad de los Andes sugieren que las personas mayores, tanto las pensionadas como las que no cumplieron los requisitos para pensionarse, siguen ahorrando mediante otros mecanismos formales, como las cuentas de ahorro o los certificados de depósito, e informales, como los grupos de ahorro.

5.3.6.1. Instrumentos formales

Son aquellos que, por ser ofrecidos y operados por una institución financiera, ofrecen una garantía institucional sobre los recursos depositados. Asimismo, le ofrecen al titular de los recursos un rendimiento financiero en función del monto y del tiempo ahorrado, así como la posibilidad –para algunos de ellos– de realizar retiros sin agotar todos los recursos; a cambio, las instituciones financieras cobran un costo por su operación.

› **Cuentas de ahorro:** son instrumentos que le permiten al titular depositar en

una entidad financiera un monto de dinero, por el cual recibirá periódicamente unos rendimientos. A cambio de la alta liquidez y la facilidad para realizar transacciones que ofrecen, los rendimientos de las cuentas de ahorro suelen ser menores que otros mecanismos alternativos.

› **Cuentas de ahorro programado:** es un tipo de cuenta de ahorro en el que el titular se compromete voluntariamente a realizar unos aportes periódicos para cumplir con una meta de ahorro programada. Aunque estas cuentas suelen ser de libre inversión, la mayoría de los motivos de ahorro están relacionados con la adquisición de vivienda o de vehículo, la educación de los hijos y la realización de un viaje. En Colombia, las cuentas de ahorro programado cuyo propósito sea la adquisición de vivienda son elegibles para recibir subsidios del gobierno nacional.

› **Fondos de ahorro voluntario:** como uno de los componentes estructurales de un sistema pensional, los fondos de ahorro voluntario buscan complementar las cotizaciones obligatorias a pensiones a través del ahorro en mecanismos financieros cuya condición es no ser retirados hasta el momento de la jubilación. Para incentivar el aho-

rro en estos instrumentos, el gobierno ofrece beneficios tributarios que dependen del monto ahorrado. Sin embargo, dado que estos beneficios se materializan al momento de pagar los impuestos, son aprovechados en su mayoría por la población de altos ingresos que tiene que pagar el impuesto de renta. Como consecuencia, se han concentrado en la práctica en los trabajadores de altos ingresos, con una incidencia marginal en la población vulnerable.

- ▶ **Los BEPS:** explicados en la sección anterior, funcionan como un complemento a los regímenes pensionales para las personas que devengan menos ingresos; si en el momento del retiro el aportante no cumple con los requisitos para obtener una pensión, puede trasladar los recursos a una cuenta del programa BEPS para que sean ejecutados mediante anualidades vitalicias.
- ▶ **Certificados de depósito:** son instrumentos de bajo riesgo que ofrecen un interés sobre los recursos depositados una vez se haya cumplido el término fijo pactado, que suele estar entre uno y treinta y seis meses. Al ser un título valor, puede ser negociado en los mercados secundarios antes del vencimiento asumiendo los posibles costos

de sanción o de descuento. Por esta razón, los certificados de depósito son instrumentos de baja liquidez, aunque los rendimientos son más altos que los de una cuenta de ahorro.

- ▶ **Cesantías:** son un ahorro forzoso que paga anualmente el empleador a título del trabajador; su propósito es proteger al trabajador en caso de que se quede sin empleo. Las cesantías también pueden ser utilizadas como colateral para créditos de adquisición de vivienda. En Colombia, las cuentas de las cesantías deben garantizar al titular una rentabilidad mínima, que es fijada por la Superintendencia Financiera, en función del perfil de ahorro que escoja el titular: de corto o de largo plazo.
- ▶ **Fondos cooperativos:** el valor total de cada fondo es igual a la suma de todos los aportes de los miembros del fondo, y cada miembro posee una cuenta individual cuyo valor (1) se determina a partir de la participación en el total y (2) cambia en función de los aportes y retiros de los afiliados, así como de la valoración de las inversiones en las que estén invertidos los recursos del fondo.

5.3.6.2. Instrumentos no formales

Son aquellos cuya operación no está mediada por una entidad financiera, sino

que funcionan a partir del compromiso y la disciplina de los mismos individuos. Por esta razón, el funcionamiento de estos grupos prioriza elementos como la confianza entre sus miembros, la liquidez a corto plazo, la transparencia en la gestión de los recursos y las metas de ahorro fijadas.

› **Grupos de ahorro:** son esquemas colaborativos en los que varios individuos –usualmente miembros cercanos de una comunidad familiar, étnica o laboral– aportan una cuota para un fondo común de recursos durante un período determinado y reciben un dinero en contraprestación por sus aportes. Por sus características, estos grupos suelen clasificarse en dos tipos (Bouman, 1995):

› **Grupos de crédito y ahorro rotativo (ROSCA, por su nombre en inglés):** en este tipo de grupos, los recursos ahorrados se distribuyen por turnos entre los miembros del grupo hasta que se hayan cubierto todos los participantes, que suelen ser entre diez y veinte personas. En el funcionamiento de los ROSCA no suele haber intereses, pues lo que reciben en cada turno los miembros es igual a la suma de sus aportes durante el ciclo de ahorro, de manera que su principal atractivo es lograr la

meta de ahorro en un tiempo inferior al que se lograría con el ahorro individual (Martín, 2014). Los turnos suelen repartirse por sorteo. No obstante, el organizador del grupo suele escoger el primer turno, y puede haber alguna reasignación en función de las necesidades emergentes de los participantes, por lo cual, como lo destaca Martín (2014), los ROSCA también pueden actuar como un seguro ante emergencias. En Latinoamérica reciben distintos nombres: vaquita, en Argentina; natillera o cadena, en Colombia; tanda, en México; rueda de ahorro, en Paraguay, entre otros (Martín, 2014).

› **Grupos de crédito y ahorro acumulativo (ASCA, por su nombre en inglés):** al igual que los ROSCA, los fondos comunes se conforman a partir de los aportes periódicos de los integrantes; sin embargo, en los ASCA los recursos no se reparten rotativamente, sino que se acumulan para ser prestados entre sus miembros, de acuerdo con sus necesidades (Martín, 2014). Quienes usen los recursos deben pagar un interés, que es el que hace acumulativo el ahorro grupal. La complejidad inherente a la acumulación de recursos hace necesaria la existencia de una instancia que lleve la cuenta de los aportes de los miembros y de los recursos pres-

tados y retornados. El funcionamiento de los ASCA es muy parecido al de las cooperativas; tanto así que varias organizaciones formales de ahorro y crédito han nacido de grupos de ahorro acumulativo al interior de las empresas. También hay casos en los que los ASCA nacen por iniciativa de organizaciones externas a la comunidad, que ven en ellos una forma de promover la cultura del ahorro y de construir lazos sociales entre la comunidad:

- ▶ **Grupos de ahorro:** son grupos en los que sus miembros aportan periódicamente una cuota para lograr una meta común de ahorro con un horizonte de tiempo compartido. Cuando se cumple el tiempo, el fondo se divide entre sus miembros. Los clubes de ahorro no realizan operaciones de crédito, y los recursos recaudados son depositados en una entidad financiera o son puestos bajo custodia de un miembro. El motivo más común de los clubes de ahorro son las compras navideñas, aunque también hay casos de clubes organizados por agricultores para comprar al por mayor insumos y materias primas, cuyo precio suele ser menor en grandes cantidades, y también hay clubes de ahorro que se organizan entre la población escolar para fomentar la cultura del ahorro.

- ▶ **Grupos de ayuda mutua:** el propósito de estos grupos es ahorrar para situaciones adversas, como las enfermedades y la muerte. Los miembros aportan periódicamente una cuota al fondo común, del cual se ejecutan los recursos en función de las necesidades emergentes de los miembros.

Los mecanismos de ahorro informal se han convertido en una herramienta importante de promoción del ahorro en la población vulnerable, con la externalidad positiva de fortalecer el tejido social. Sin embargo, su gran debilidad está en el objetivo del ahorro, que por lo general es de corto plazo y cuyos recursos son gastados para la adquisición de bienes durables. La ausencia de un objetivo de largo plazo de protección a la vejez hace que su utilidad sea limitada en términos de mejorar la estabilidad económica en la población mayor.

5.3.6.3. Promoción del ahorro para el retiro en América Latina

En 2019, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) publicó un estudio sobre el ahorro voluntario para el retiro en América Latina. De acuerdo con este, solo el 5,7% de las cuentas individuales pensionales en Colombia ahorran voluntariamente para el retiro, cifra menor que las observadas en Chile (7%) y México (6,8%), pero que

es coherente con una baja incidencia del ahorro voluntario para el retiro en América Latina.

Para explicar este hecho, los autores destacan la existencia de barreras de oferta y de demanda al acceso a los distintos mecanismos de ahorro voluntario. Las barreras de oferta están relacionadas con las características de estos mecanismos y del sistema financiero que hacen poco atractivos estos productos de ahorro para los trabajadores, que en su mayoría son informales y devengan bajos ingresos. Las barreras de demanda hacen referencia a los factores que explican por qué los individuos eligen no ahorrar a largo plazo. Entre las barreras de oferta se destacan los costos de manejo y las dificultades tecnológicas, particularmente en las áreas rurales; entre las barreras de demanda, los factores psicológicos, la educación financiera, la capacidad limitada para ahorrar y la casi inmediata liquidez que demanda la mayoría de población (Bosch et al., 2019).

Los autores destacan que varias de esas barreras pueden ser enfrentadas mediante reformas laborales, que promuevan la igualdad de oportunidades de acceso al mercado laboral y mejoren la calidad del empleo, y pensionales, que incrementen la cobertura del sistema pensional y estimulen los ahorros voluntarios a través de incentivos fiscales y de la reducción en las distorsiones entre los regímenes obligato-

rios y voluntarios (Bosch et al., 2019).

El estudio también propone algunas intervenciones de política de tipo conductual para fomentar el ahorro, como introducir la inscripción automática a fondos voluntarios de ahorro, simplificar las opciones de manejo del portafolio, utilizar recordatorios para que los individuos tengan presentes los beneficios de largo plazo del ahorro y ofrecer, cuando sea necesario, subsidios o incentivos para minimizar la sensación de pérdida por los recursos no consumidos (Bosch et al., 2019). Asimismo, los autores destacan la importancia de reducir los costos de transacción por medio de innovaciones tecnológicas y financieras.

Al respecto, la organización Innovations for Poverty Action (IPA) realizó entre 2016 y 2018, junto con la Unidad de Mercados Laborales del BID, Colpensiones y la Dirección de Monitoreo y Evaluación de las Políticas Públicas del Departamento Nacional de Planeación (DNP), varias evaluaciones aleatorizadas para determinar el impacto que los mensajes de texto tenían en el ahorro para el retiro en Colombia, vía los aportes que las personas realizan a las cuentas BEPS (Karlán et al., 2019). Los mensajes de texto fueron personalizados en función del tipo de intervención que quería realizarse: conductual (hacer sentir el retiro como algo vívido y presente; hacer ver el retiro como algo visible y común, o reducir

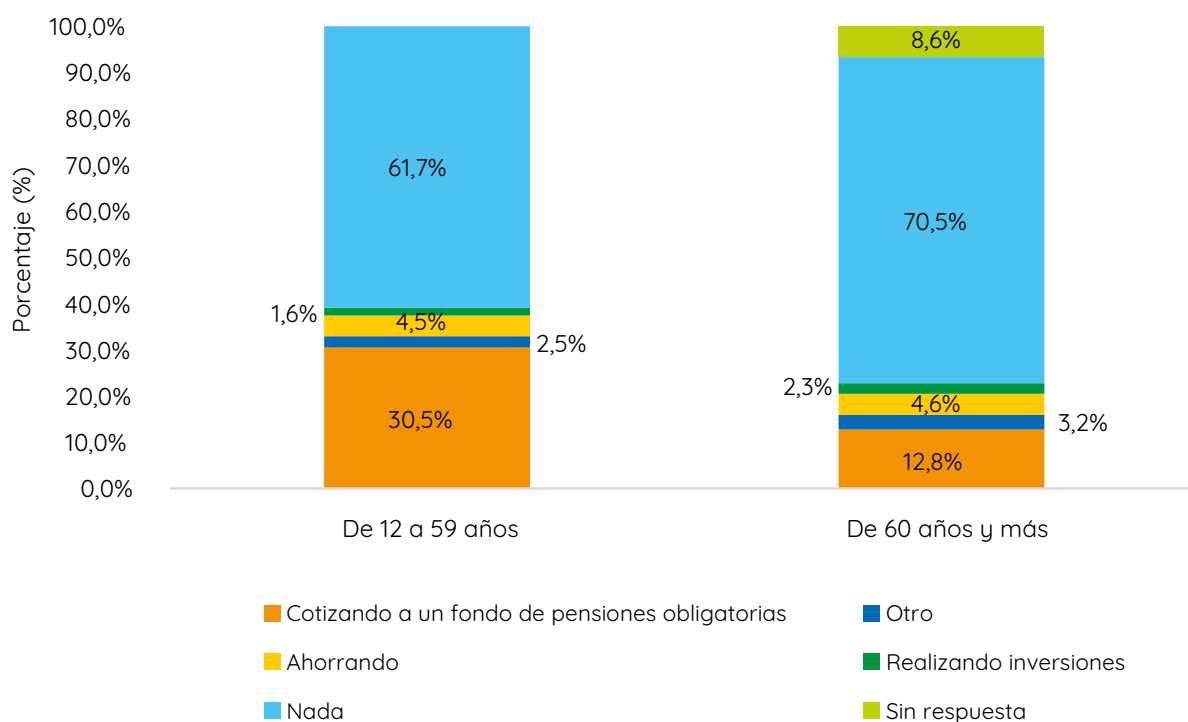
la sensación de pérdida que va aparejada al ahorro) o de cumplimiento (informar el cumplimiento mensual o anual de las metas de ahorro). La intervención conductual se realizó en la primera ola, la de cumplimiento en la segunda, y luego se realizó una tercera ola para verificar la persistencia de los efectos observados en las dos primeras olas. Estas intervenciones fueron complementadas con llamadas telefónicas a los afiliados al programa que no habían realizado ningún aporte a la fecha.

Los resultados indican que las intervenciones fueron efectivas para incrementar los aportes de quienes ya ahorraban, pero no para motivar el ahorro entre quienes no aportaban al programa. Asimismo, los impactos positivos fueron más significativos entre quienes tenían mayor edad y mayores ingresos y habían abierto su cuenta BEPS más recientemente respecto al momento de la intervención (Karlan et al., 2019). En cuanto al tipo de intervención, la más efectiva fue la de cumplimiento, y los autores encontraron que el reporte del cumplimiento en relación con las metas de ahorro más bajas fue más efectivo para incrementar el número de depósitos; que el reporte de las metas de ahorro más altas fue más efectivo para incrementar el monto depositado, y que las metas mensuales fueron más efectivas que las metas anuales como marco de referencia.

Además, los resultados que encontró la organización IPA son coherentes con los hallazgos de Iregui et al. (2018), quienes estudiaron los determinantes del ahorro formal e informal en Colombia. Las autoras encontraron, a partir del análisis de la segunda ola de la Encuesta Longitudinal Colombiana de la Universidad de los Andes, que la propensión a ahorrar, tanto en montos como mediante instrumentos formales, se incrementa con el ingreso, la escolaridad y la tenencia de una vivienda; también sugieren que las campañas de educación financiera que estén enfocadas a cambiar las actitudes respecto a cómo se gasta el ingreso disponible y que promuevan una comparación entre pares pueden mitigar los sesgos conductuales y ayudar a que los individuos tomen mejores decisiones financieras (Iregui et al., 2018).

Para caracterizar los mecanismos de ahorro que asumen las familias en Colombia, se comienza por el análisis de las acciones que se realizan para prepararse económicamente para la vejez. En la siguiente figura se presentan los resultados por grupo de edad. La respuesta más frecuente (mayor al 60%) es no estar realizando nada, el 30,5 % de las personas ocupadas o desocupadas entre 12 y 59 años cotiza a un fondo de pensiones obligatorio; en el caso de las personas de 60 años y más este valor asciende a 10,8 %.

Figura 19. Acciones para mantenerse económicamente en su vejez, por grupo de edad



Fuente: GEIH 2021, factores de expansión Censo Nacional 2018.

Con el fin de abordar las preferencias de las personas mayores en cuanto a ahorro en activos, se realizó una comparación de la tenencia de activos en hogares con y sin personas mayores, analizada a partir de las opciones disponibles en la GEIH 2021. Se encontró que para la gran mayoría de ítems la tenencia por parte de los hogares con personas mayores es superior a aquellos sin personas mayores. Los bienes en donde se observa una mayor diferencia en el porcentaje de tenencia a favor de los hogares con personas mayores son: servi-

cio de teléfono fijo con 30,9%, horno eléctrico o de gas con 22,9%, servicios de televisión por suscripción con 59,7%, lavadora con 63,7% y nevera con 85,6%. En contraste, los únicos bienes que se concentran más en los hogares que no tienen entre sus integrantes a personas mayores son: motocicleta, bicicletas, servicios de internet, computador, ventilador y DVD. Esto evidencia una mayor tendencia de las personas mayores a propender por la posesión de activos, lo cual puede considerarse como una forma de ahorro en bienes tangibles.

Tabla 5. Porcentaje de hogares con y sin personas mayores según posesión de activos, 2021

Activo	Hogares sin personas mayores	Hogares con personas mayores
Servicio de teléfono fijo	16.9%	30.9%
Servicio de televisión por suscripción cable o antena parabólica	55.0%	59.7%
Servicio de internet	52.1%	47.2%
Máquina lavadora de ropa	59.1%	63.7%
Nevera o refrigerador	81.1%	85.6%
Licuada	80.3%	84.1%
Estufa eléctrica o de gas	90.2%	90.5%
Horno eléctrico o de gas	17.4%	22.8%
Horno microondas	12.6%	15.8%
Calentador de agua eléctrico o de gas o ducha eléctrica	20.4%	24.5%
Televisor a color	89.2%	91.5%
Dvd	10.5%	9.7%
Equipo de sonido	30.1%	30.3%
Computador (para uso del hogar)	32.3%	28.2%
Aspiradora / brilladora	2.9%	4.5%
Aire acondicionado	3.5%	3.9%
Ventilador o abanico	35.7%	33.8%
Bicicleta	26.3%	19.2%
Motocicleta	28.5%	17.1%
Carro particular	11.8%	14.1%
Casa, apartamento o finca de recreo	1.8%	3.3%

Fuente: GEIH 2021, factores de expansión Censo Nacional 2018.

Esta diferencia en bienes muebles, relativamente menor, se vuelve significativa al observar la posesión de bienes inmuebles. Para 2021, se encontró que para los hogares con personas mayores el 56,1% propia totalmente pagada, comparado con solo 22% de los hogares sin personas mayores. En contraste, mientras el 21% de los primeros vive en arriendo o subarriendo, esta cifra salta hasta el 52,2% para los hogares

sin personas mayores. La contundencia de estas cifras muestra la importancia que representa la vivienda como un vehículo de ahorro de las personas mayores en Colombia, lo cual abre oportunidades importantes para canalizarla como un mecanismo de ingresos en la vejez. Lo anterior se puede lograr mediante la implementación de hipotecas inversas, como será descrito en la sección de recomendaciones.

Tabla 6. Porcentaje de hogares con y sin personas mayores según tipo de posesión de la vivienda, 2021

Posesión de la vivienda de vivienda	Porcentaje por columna		
	Hogares sin personas mayores	Hogares con personas mayores	Total
Propia, totalmente pagada	22%	56%	33%
Propia, lo están pagando	4%	2%	3%
En arriendo o subarriendo	51%	21%	41%
En usufructo	20%	18%	19%
Posesión sin título (ocupante de hecho) o propiedad colectiva	3%	3%	3%
Otra	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%

Fuente: GEIH 2021, factores de expansión Censo Nacional 2018.

Otro canal para aprovechar la posesión de bienes inmuebles es a través del arriendo de estos para generar un ingreso periódico por el concepto de rentas de capital. Sin embargo, la incidencia de los ingresos por arriendo no es tan alta como podría esperarse: según la GEIH 2021, el número total de personas mayores que reciben ingresos por concepto de arriendos son 567.721, que corresponde al 8,4% de la población mayor y el 1,1% de la población total. Las personas mayores recibieron por concepto de arriendo un valor mensual promedio de \$911.466 pesos, lo que muestra el potencial de este mecanismo para garantizar la estabilidad económica de las personas mayores que cuentan con este ingreso.

Por otro lado, en los grupos focales encontramos que la mayoría de las personas no tienen la posibilidad de ahorrar y quienes lo hacen es a través de inversiones en finca raíz, cooperativas, cadenas (o natilleras), alcancías y la pensión. En cuanto a los mecanismos de ahorro en su mayoría las personas de estratos 1 y 2 enfocan sus ahorros a corto plazo ya sea para gastos por necesidad o por gustos porque sus recursos e ingresos no les permiten proyectarse a largo plazo. En cambio, las personas de estratos 4, 5 y 6 tienen más posibilidades de invertir sus ahorros a largo plazo. Por ejemplo, para su vejez. Como se puede ver en las siguientes experiencias.

“Nosotros siempre hemos pensado que un tema de ahorro es la pensión, ahí tiene uno un tema de ahorro, pero nosotros de un tiempo para acá venimos haciendo como una inversión siempre en bienes raíces, el tema inmobiliario. Entonces, lo que hacemos es que invertimos en proyectos de construcción y luego vendemos el apartamento con una valorización, y con esa valorización compramos otros, y así vamos ahorrando y ahorrando para el tema de que cuando se llegue ese día, ese día en que no podamos producir más, pues tengamos ese ahorro”.

(GF, 41 a 59 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

“Por lo menos, en mi caso, me fascina hacer cadena. Entonces esa es la forma de yo ahorrar, ¿sí me entiende? O sea, termino una y empiezo la otra, esa es la forma mía de ahorrar, no más. Y cuando uno tiene la oportunidad, meter la plástica así en alcancía, pero de resto uno cómo va a poder ahorrar”.

(GF intergeneracional, estratos 1 y 2, Bogotá).

“Yo sí, yo todas las monedas de 500 y de 1.000 que me aparezca las voy metiendo... las monedas de 1.000 y de 500 que aparezcan en mi casa eso es sagrado, sí. Mis hijas cuando vienen con el vuelto sin decirme nada, ellas mismas van y si... a la alcancía de aquí a diciembre ya”.

(GF, 41 a 60 años, estratos 1 y 2, Barranquilla).

“Yo personalmente si ahorro, estoy en una cooperativa, tengo unos créditos y unas ideas de inversión en el mediano plazo, pero yo creería... y también es lo más tremendo a mí me descuentan una plástica mes a mes en el fondo de pensión, pero esa que me descuentan del fondo de pensión es la que menos yo espero, la que me da menos seguridad me da, de esa no espero nada”.

(GF de 18 años, estratos 3 y 4, Manizales).

De igual forma, en los hallazgos cualitativos encontramos que las personas identifican que una vivienda propia es otro mecanismo de ahorro a largo plazo. En los grupos focales de Quibdó y Pasto las personas afirman la necesidad de que en su territorio exista subsidio de vivienda para las personas mayores.

“Desafortunadamente (...) muchos vivimos en arriendo y en piezas pequeñas que tú dices “pero dónde le cabe esa cama, donde le cabe eso” (..) la idea es, tener una casa no es una riqueza, y eso es verdad, tener una casa también requieren impuestos, requiere pagar, pero no tenerla es una necesidad, porque yo en mi casa puedo si quiero meter a la vecina, al vecino, así sean de la misma comunidad, y sé que van a estar igual que yo, por lo menos nos vamos a acompañar los tres, pero cuando no tenemos esos apoyos, nada”.

(GF intergeneracional, estratos 1 y 2, población LGBTQ+).

“Tener casa propia es una forma de ahorro (...) porque como dicen, no hay cosa más bonita que tener dónde meter la cabeza para poder descansar. Que nadie le diga a usted por qué está aquí, váyase”.

(GF intergeneracional, estratos 1 y 2, Tunja).

“Tener una vivienda propia, es un mecanismo de ahorro (...) Sí, todo lo que se paga de arriendo, 200 no más. En un año cuánto es. Eso es una vaquita de leche de las personas que tienen plata

(GF, mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Pasto).

Ahora bien, las personas no pueden ahorrar a causa de diferentes condiciones: no cuenta con un ingreso fijo, carecen de empleo, por el pago de deudas, porque son responsables del cuidado de niños, niñas, jóvenes y/o personas mayores, entre otras. Como lo evidencian en los siguientes testimonios.

“Como te digo, mi mamá y mi papá no tuvieron pensión, entonces prácticamente queda muy poquito para ahorrar, porque pues primero está el mantenimiento de mi papá y mi mamá con sus temas de salud y medicina prepagada y todo eso. Y siempre, pues el mantenimiento de una persona mayor con pañales, oxígeno, enfermera, eso es una renta que no da como para ahorrar, sí. Mi ahorro está en cuidarme”.

(GF, 41 a 59 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

“Ahorita para el nacimiento de la nena dijimos: vamos a ahorrar y empezamos a ahorrar para comprar las cosas de la nena, pero luego de que sacamos la plata, ya no hemos vuelto ahorrar, se aumentaron los gastos, que la leche, que los pañales, que los pañitos, la comida los más grandes, la medicina de los más grandes; entonces no le da uno para ahorrar. Mi familia es de 2 personas y 4 niños, pero es más duro, porque solo hay una persona que genera el ingreso, y más cuando solo se cuenta con un salario mínimo”.

(GF, intergeneracional, Quibdó).

“Nuestros papás nos enseñaban a ahorrar en un puerquito, en una cosecha, pero ya cuando uno llega a la realidad de la vida que tiene su marido, que tiene sus hijos, no se puede ahorrar porque la economía no lo permite, porque si uno tiene un peso más mejora la comida, ese día come pollo. Y si no tiene, pues compra, lo que le alcanza y la economía en la casa es dura, teniendo hijos hay que economizar, es no malgastar. En ese está el ahorro, en no malgastar porque no se tiene para guardar en ningún tiempo”.

(GF, mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Pasto).

Por último, la mayoría de las personas identifican la función que cumplen los ahorros no solo para cubrir gastos a corto, medio o largo plazo, sino también para afrontar situaciones adversas, como fue la pandemia por COVID-19. En los grupos focales encontramos que la pandemia fue clave para reforzar y promover la cultura de ahorro en las personas.

“Por experiencias de la vida me obligó a ahorrar mucho antes de la pandemia y la pandemia como que me lo reafirmó tuve que cerrar una empresa durante ese periodo y los ahorros fueron los que me ayudaron a poder pasar la pandemia y de hecho a generar nuevos proyectos para después, para estos periodos para cuando ya estamos saliendo otra vez”.

(GF intergeneracional, estratos 5 y 6, Bogotá).

“La manera de ver el ahorro sí ha cambiado, o sea concientizarse uno de que, si uno no ahorra pues no va a tener ahí para un momento como la pandemia que llegó. Pero yo siento que las personas están lo mismo o peor que ahora. Las cosas están más caras. Pero entonces ya uno cambió esa idea, de que uno sí tiene que ahorrar ¿por qué? porque como está la situación hoy en día no se sabe qué pandemia o qué otra cosa vaya a llegar”.

(GF, mujeres mayores de 60 años y más, estratos 1 y 2, Barranquilla).

“Personalmente lo veo en mis papás, y trato de ser una persona consciente, la cultura del ahorro siempre la he tenido porque a mí me cuentan. Sin embargo, yo considero que es muy distinto el ahorro que uno tiene como adolescente que el que es responsable de una casa u hogar, y si llega a pasar algo pues tengo que tener algo, también hubo muchas empresas que se vieron afectadas, por ejemplo, Avianca, que apenas empezó la pandemia porque no tenía, ese respaldo económico en ahorros... También siento que esto ayudó a muchas personas a despertar, y quizás a esas personas que se gastan todo, sin imaginar que algo puede pasar, les obligó a aprender a ahorrar”.

(GF, 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Manizales).

“Sin embargo, todo lo que teníamos ahorrado, se ha venido gastando durante la pandemia, y bueno yo creo que muchas personas del estrés, yo creo que sí están enloqueciendo porque una persona en medio una pandemia sin comida...”.

(GF intergeneracional, Quibdó).

5.4. Conclusiones



La sociedad colombiana se va a enfrentar en las próximas décadas a un proceso de envejecimiento demográfico acelerado, que llevará a la población mayor de 65 años a duplicar su peso en el total, de 10% a 20%, en un periodo menor a 25 años. Por un lado, se puede considerar que este fenómeno plantea un desafío grande en términos de política pública, al acabarse el bono demográfico y aumentar la relación de dependencia entre activos y no activos. Pero, por el otro lado, el envejecimiento también puede considerarse como una oportunidad, en virtud a que si se canalizan esfuerzos para aprovechar la expansión de la economía plateada (Silver Economy), se puede asumir a las personas mayores no como sujetos pasivos a los que se debe atender desde la política pública sino como sujetos activos que pueden aportar al desarrollo económico y social del país.

Con el objetivo de generar este círculo virtuoso entre envejecimiento, integración económica, productividad y crecimiento, un paso esencial es el de cambiar los parámetros culturales y la comprensión del envejecimiento, no como un problema sino como un proceso natural al que nos dirigimos todos. Desde esta perspectiva, la

política pública debe preocuparse no solo por buscar proteger sino integrar a las personas mayores a la actividad económica, lo que se hace generando condiciones propicias para la extensión de la vida laboral y la promoción de las labores de emprendimiento por las personas mayores. Esto tendrá consecuencias positivas no solo a nivel económico sino en otras dimensiones del bienestar de esta población, como una mayor participación social, mejores condiciones de salud mental, mayor capacidad de ahorro y un robustecimiento del tejido social en Colombia.

Esta nueva visión de las personas mayores desde su rol activo debe complementarse con un fortalecimiento del sistema de protección social, en el que se integren los regímenes contributivos de pensiones con los mecanismos de subsidios asistenciales y las herramientas alternativas de ahorro semicontributivo, voluntario e informal. La segmentación del sistema de protección económica a la vejez ha incidido en el aumento de la desconfianza de la población hacia el sistema, y en un menor peso del ahorro de largo plazo dentro de las prioridades económicas de los hogares. Un esquema integrado que haga visibles los beneficios del ahorro redundará en una mayor cobertura y sostenibilidad del sistema pensional, y permitirá generar una red de protección económica efectiva para una población mayor en rápida expansión.

5.5. Recomendaciones



A partir de los procesos de triangulación metodológica y temática realizados entre los capítulos de la **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva**, se concluye que entre los ejes centrales de una nueva política de protección económica para la vejez se deben contemplar cinco ejes esenciales de política pública.

a) Mercado Laboral: generar las condiciones necesarias para una mayor participación de las personas mayores en el mercado laboral

La demanda laboral de personas mayores se concentra actualmente en el sector de agricultura, y es de esperar que esta fuente de demanda siga siendo dinámica en el futuro, debido a procesos como la migración de la población joven a las ciudades capitales. Por esto, la provisión de bienes públicos y la transferencia de tecnologías de producción para aumentar la productividad del sector agropecuario tendrían un impacto importante sobre los ingresos y el bienestar de la población mayor dedicada a estas actividades.

Más allá de la demanda actual, es estratégico pensar en sectores alternativos donde las personas mayores pueden tener una contribución importante. En el capítulo de Educación a lo Largo de la Vida, se identifican actividades como la atención a primera infancia, la demanda del sector salud y cuidado, y la expansión del comercio al por menor en las regiones como sectores que pueden aprovechar una mayor oferta laboral de personas mayores. Es claro que hay que tener en cuenta la especialización productiva de cada región para identificar de manera diferenciada las necesidades laborales y diseñar la política pública en consecuencia.

Para aprovechar estas nuevas oportunidades, es importante implementar políticas de reeducación y reconversión laboral, que actualicen las habilidades de esta población para mejorar su capacidad de adaptarse a contextos laborales cambiantes. Esto cobra mayor importancia en un contexto en el que las ocupaciones repetitivas y de bajo valor agregado pueden verse reemplazadas por la tecnificación productiva, llevando a un proceso de polarización en el que se reduce la remuneración de las actividades manuales más simples. Este tipo de políticas pueden aprovechar la capacidad

instalada de un sistema educativo que exhibe una demanda decreciente entre la población joven.

- › Dentro de estas políticas resaltan la educación digital y en TIC para brindar herramientas de capacitación para que las personas mayores puedan extender su vida laboral y reintegrarse al sistema productivo. En la ruralidad, políticas de reducción del analfabetismo en las personas mayores surgen como alternativas para la población más vulnerable.
- › Siguiendo el ejemplo de Japón, Colombia podría implementar políticas de alivios tributarios para fomentar la contratación de personas mayores en sectores estratégicos, así como se ha implementado en el pasado para la contratación de jóvenes.

Responsables

Se debe aprovechar la gran capacidad del SENA para capacitar la población en las regiones, a partir de cursos especiales con metodología flexible y adaptada a las necesidades de las personas mayores en términos tanto de educación digital y TICs como de alfabetización. Las Cajas de Compensación pueden complementar este rol del SENA a través de programas de capacitación exclusivamente dirigidos a esta población. El Ministerio de las

TIC puede generar lineamientos para la educación financiera teniendo en cuenta las condiciones especiales de aprendizaje. El gobierno nacional debe asumir la extensión de la vida laboral como un objetivo de política, a partir de la implementación de políticas de promoción de la empleabilidad en la población mayor.

b) Emprendimiento: una alternativa viable para generar ingresos económicos en la vejez

- › Ante las barreras para acceder al mercado laboral a las que se enfrentan las personas mayores, el emprendimiento surge como una alternativa viable para generar ingresos económicos en la vejez. Para facilitar este proceso, es necesario producir políticas públicas e incentivar el surgimiento de mecanismo privados para el apoyo financiero y la capacitación que potencien las actividades de emprendimiento en las personas mayores.
- › Es importante diferenciar entre el emprendimiento de subsistencia y el emprendimiento de oportunidad, los cuales requieren aproximaciones de política diferentes. El primero es al que se ven forzadas las personas mayores vulnerables que buscan un ingreso básico y se introducen a mercados competitivos donde las utilidades son

marginales. El segundo identifica mercados potenciales a los que se ingresa con un producto diferenciado, y por lo general requiere un capital inicial mayor para su surgimiento.

- › Los micronegocios de subsistencia se concentran en los sectores de agricultura y comercio. En estos dos sectores la provisión de infraestructura básica y la capacitación a futuros emprendedores pueden marcar la diferencia en términos del ingreso potencial del emprendimiento, para lo cual el diseño e implementación de políticas específicas a nivel local y regional puede tener un impacto sustancial en el bienestar de las personas mayores que acuden al cuentapropismo.
- › Para el emprendimiento de oportunidad el acceso al capital semilla es un requisito instrumental para poder ingresar al mercado con mayores posibilidades de éxito. Se recomienda la creación de líneas de crédito específicas para la población mayor en el sector bancario, acompañadas de campañas de capacitación financiera para el uso correcto de los recursos y la planificación de la empresa.
- › Las mujeres mayores muestran una menor propensión a emprender que los hombres porque tienen una mayor carga doméstica y de labores de cuidado. Más allá de la economía del

cuidado, las campañas de capacitación para el emprendimiento deben incluir un enfoque diferencial de género para superar las barreras mentales y económicas a las que se enfrentan las mujeres mayores que desean emprender.

- › Un posible nicho de mercado para estos emprendimientos es precisamente la economía plateada, que irá en expansión en los próximos años y puede requerir una comprensión específica de las necesidades y demandas de la población mayor en Colombia. En sectores como la movilidad segura, el ecoturismo, la forma física y el bienestar, los seguros de vida y los bienes y servicios educativos y culturales dirigido a las personas mayores pueden encontrar una demanda en expansión en una sociedad en proceso de envejecimiento.

Responsables

El sector bancario y financiero tiene una gran responsabilidad en la promoción del emprendimiento en las personas mayores, el cual pueden facilitar a través de la apertura de líneas de crédito específicas para esta población, en conjunto con campañas de capacitación para el uso correcto de los recursos. Las cajas de compensación también pueden apoyar la

capacitación de las personas mayores en el emprendimiento, creando líneas de trabajo exclusivas para esta población, un énfasis que brilla por su ausencia en la actualidad. Las agencias de emprendimiento del gobierno nacional como el SENA, Min Comercio, Innpulsa y las Cámaras de Comercio deben adaptar su oferta para ser más incluyentes con la población mayor. Por último, los gobiernos locales y regionales deben identificar la vocación productiva en la que los emprendimientos de personas mayores pueden tener mayor impacto positivo sobre la economía local, e implementar programas de apoyo en capacitación para las personas mayores, sobre todo mujeres, que deseen emprender.

c) Sistema de protección económica a la vejez

- ▶ Es claro que el sistema de protección a la vejez en Colombia requiere de manera urgente una reforma estructural, que genere complementariedades entre los regímenes contributivos, el subsidio no contributivo, y mecanismos de ahorro complementarios como los semi-contributivos.
- ▶ Tras la descripción hecha en el capítulo de las diferentes alternativas que se han propuesto en el país, es posible plantear unos principios básicos que

debe cumplir una reforma pensional: i) acabar los subsidios regresivos del régimen público, y buscar focalizarlos en los trabajadores vulnerables y la población de bajos ingresos; ii) mejorar la equidad horizontal, garantizando que dos trabajadores que hayan ahorrado el mismo monto en el sistema reciban pensiones equivalentes; iii) aumentar la cobertura tanto del régimen contributivo (lo que requeriría reformas complementarias en el ámbito laboral) como del no contributivo, para avanzar en la universalidad en la cobertura para todas las personas mayores de 65 años; iv) buscar un esquema sencillo en donde los ahorradores vean una relación directa entre el ahorro hecho en el presente y la prestación recibida en la vejez, dado que el núcleo de todo sistema de protección económica a la vejez es el ahorro de los hogares.

- ▶ La reforma al régimen contributivo debe tener en cuenta el espacio fiscal del país, dado que en la actualidad el gasto corriente en el sistema pensional es elevado, correspondiendo a más de 3,5% del PIB y a cerca de la tercera parte del ingreso tributario del gobierno central. Los aumentos del gasto deben concentrarse exclusivamente en incrementos de cobertura a través de mecanismos complementarios. Aumentar el rol del sistema públi-

co de manera desproporcionada tiene implícito el riesgo de insostenibilidad en el largo plazo, dado que la transición demográfica implicará un aumento de la relación de dependencia entre adultos mayores y la población trabajadora.

- » El subsidio no contributivo de Colombia Mayor tiene una cobertura limitada (< 30% de la población mayor) y un monto bajo (entre \$80.000 y \$120.000 mensuales). Dadas las barreras estructurales del régimen contributivo en un mercado predominantemente informal, la expansión de cobertura debe complementarse con el subsidio no contributivo, convirtiéndolo en un beneficio universal para todas las personas mayores que no reciben pensión contributiva, y aumentando su monto a la línea de pobreza o al menos la línea de pobreza extrema. El financiamiento de esta reforma puede provenir al menos en parte de la reforma al régimen contributivo.
- » En el sistema de ahorro semi-contributivo, los Beneficios Económicos Periódicos (BEPS), pueden adquirir un rol preponderante en solucionar los problemas de la fase de desacumulación del régimen contributivo, al permitir otorgar prestaciones econó-

micas inferiores a la pensión mínima. Aunque hay menor consenso en su rol en la fase de acumulación, puede ser una herramienta importante para canalizar el ahorro de los trabajadores informales y de aquellos que ganan menos de un salario mínimo, aunque las cifras de ahorro por ahora muestran una baja propensión a ahorrar y unos montos relativamente pequeños, siendo un programa de desarrollo incipiente. Una reforma importante en este sentido sería la de eliminar los mecanismos de focalización de los BEPS en trabajadores con ingresos menores a un salario mínimo, abriendo el acceso a toda la población informal para un mecanismo de ahorro de largo plazo.

- » La reforma al sistema de protección económica a la vejez debe abordar de manera explícita la brecha de género, dado que las mujeres se encuentran en desventaja en términos del acceso y el monto de la pensión contributiva. La solución existente, de reducir la edad de pensión para las mujeres, ha terminado profundizando la brecha y actuando en contra de este grupo poblacional. Una solución alternativa es que el Estado garantice un periodo de cotización a pensiones por cada hijo que se tenga.

- › Los parámetros del sistema son un factor instrumental para asegurar su sostenibilidad intertemporal. La tasa de cotización podría limpiarse de cotizaciones solidarias que son percibidas como un impuesto, sobre todo si son pagadas por todos los cotizantes sin importar su ingreso y si logran pensionarse. La tasa de reemplazo debe calcularse en lo posible de manera actuarialmente justa, y los subsidios deben ser focalizados únicamente en la población de menores ingresos.
- › La edad de pensión merece una mención aparte. En primer lugar, deben establecerse mecanismos para que se actualice de manera periódica, a medida que aumenta la expectativa de vida de la población. Pero en vista que cualquier aumento de la edad conlleva un costo político considerable, proponemos que se establezca una edad de pensión voluntaria (manteniendo la edad mínima), en donde una jubilación más demorada venga acompañada de incentivos en términos de tasa de reemplazo. De esta manera, se incentiva la extensión de la vida laboral, pero se deja la opción de pensionarse con la edad mínima.

Responsables

El gobierno nacional debe asumir la implementación de una reforma pen-

sional estructural como una prioridad absoluta de la política pública. La regresividad, alto costo fiscal y baja cobertura de los regímenes contributivos resaltan la necesidad urgente de modificar el sistema, para lo cual es necesario complementar los criterios de equidad social y económica con la consideración de las finanzas fiscales y la solidaridad intergeneracional.

d) Ahorro: la promoción de la cultura del ahorro

- › La promoción de la cultura del ahorro no solo trae beneficios sobre el sistema de protección social, sino que constituye un mecanismo alternativo para asegurar la estabilidad económica en la vejez. El ahorro en activos que generen un retorno, como el arriendo de bienes inmuebles, puede complementar e incluso sustituir la necesidad de contar con pensión contributiva o generar ingresos laborales o por emprendimiento.
- › La educación financiera es uno de los determinantes más importantes de la propensión a ahorrar por parte de los hogares. La reducción de la tasa de descuento con el fin de valorar más el futuro que el presente, la comprensión de las ventajas del ahorro financiero y la necesidad de prepararse para la vejez deben hacer parte del proceso

educativo de los colombianos. Se recomienda introducir de manera explícita elementos de educación financiero en el currículo de la educación básica y en los programas de educación superior.

- » La población trabajadora debe entender lo infundado de la “ilusión de funcionalidad”, en el sentido de pensar que se mantendrán las capacidades laborales intactas durante toda la vida. El ahorro de largo plazo debe ser un objetivo conjunto de la política social, de la estabilidad macroeconómica y de la planificación presupuestal en los hogares, para lo cual hacen falta campañas de difusión a nivel nacional, regional y local que resalten la importancia del ahorro como mecanismo de cubrimiento en la vejez. El impacto de la pandemia en la economía de los hogares ayudó a resaltar la necesidad de ahorrar, pero este evento debe aprovecharse para cambiar los patrones de consumo de manera permanente.
- » Los mecanismos de ahorro formal deben adaptarse a las condiciones sociales y culturales de la población. Esto cobra aún más importancia en las regiones y las zonas rurales, donde el acceso a servicios financieros es considerablemente más limitado que en las grandes capitales. El alcance a nivel nacional del programa BEPS, junto con los bajos costos por transacción que se

han logrado, es una muestra de un programa que busca aumentar la cobertura en la población vulnerable, cuya propensión a ahorrar es más limitada.

- » Los mecanismos de ahorro informal generan externalidades positivas en la población, como la compra de bienes durables, la comprensión de las ventajas del ahorro y la construcción de tejido social. Sin embargo, el alcance de estas herramientas en términos de ahorro de largo plazo es muy limitado, y debe propenderse por modificar el objetivo del ahorro informal para lograr complementar los demás componentes del sistema de protección económica a la vejez.
- » Se ha demostrado que los hogares con personas mayores tienden a mostrar un mayor nivel de posesión de activos que aquellos que no cuentan con esta población. Este ahorro en activos debe canalizarse hacia aquellos que permitan generar un retorno económico, como es el caso de los bienes inmuebles.
- » Para volver la posesión de bienes inmuebles un mecanismo de protección a la vejez, una opción válida es la implementación de hipotecas inversas, en las que una entidad bancaria provee un ingreso mensual a la persona mayor a cambio de la propiedad del inmueble. No obstante, para que este mecanismo funcione de manera adecuada en la población vulnerable, se

debe abrir la puerta a que los herederos puedan asumir la deuda con el banco y recuperar la propiedad de la vivienda. Para esto se recomienda que los intereses financieros solo comiencen a contarse desde el momento de la muerte, ajustando los pagos hechos al beneficiario por inflación.

Responsables

El Ministerio de Educación debe incluir la educación financiera como un componente explícito de la formación ciudadana tanto en los niveles de educación básica como de educación superior. El gobierno nacional debe generar una regulación justa y transparente para la implementación de las hipotecas inversas, cuyo éxito depende de la confianza de la población en la institucionalidad de su implementación. Los gobiernos locales y regionales deben implementar programas de educación financiera e informar sobre la importancia del ahorro de largo plazo, con el fin de incidir en los objetivos explícitos de los mecanismos de ahorro informal que tienen un alcance considerable en las regiones.

e) La economía del cuidado y otros aspectos

En una sociedad en proceso de envejecimiento, uno de los pilares de un sis-

tema efectivo de protección a la vejez es el de abordar la economía del cuidado y garantizar a las cuidadoras y cuidadores un reconocimiento social y una remuneración justa.

Las actividades de cuidado son base fundamental para el bienestar de los hogares colombianos, incidiendo en la capacidad de las personas mayores para generar ingresos activos en el mercado ya sea a través del mercado laboral o del emprendimiento. Esto es especialmente cierto para las mujeres, que reciben una carga desproporcionada de las labores del hogar y de las necesidades de cuidado de la familia.

- ▶ La generación de una economía del cuidado va más allá de un sistema de cuidado estatal. La provisión de servicios públicos de cuidado debe ser focalizados por construcción, y concentrarse en la población vulnerable que acuda a los centros Día y centros Noche provistos por las autoridades locales y regionales. La economía del cuidado consiste en generar desde la regulación y la intervención estatal las condiciones necesarias para el surgimiento de un mercado del cuidado, en el que estas actividades sean remuneradas y reconocidas formalmente como una ocupación laboral.
- ▶ El diamante institucional del cuidado requiere que no solo el Estado busque

de manera activa la creación de una economía del cuidado, sino de la participación activa de familias, empresas y servicios sociales para reconocer esta actividad y buscar mecanismos que favorezcan un mercado de oferta y demanda remunerada de cuidado.

- › Como herramienta para impulsar la economía del cuidado, se recomienda que una parte del monto del subsidio universal que se lograría con la reforma a Colombia Mayor no se entregue en dinero, sino en la forma de cupones o vouchers a ser redimidos por las cuidadoras de las personas mayores, lo cual requeriría la creación de cierta institucionalidad que canalizara estas redenciones. Se podría pensar en cooperativas de cuidado municipal que registren a las cuidadoras y les permitan redimir los cupones como pago por sus servicios de cuidado.
- › Las actividades de cuidado a la población mayor pueden fomentar su participación activa en el mercado laboral y en emprendimientos, por lo que las recomendaciones sobre la extensión de la vida activa de las personas mayores deben ir de la mano de la generación de una economía del cuidado. Esto es particularmente cierto en el caso de las mujeres mayores, que asumen las actividades de cuidado de los miembros del hogar y facilitan la

generación de ingresos, pero no son correctamente reconocidas por su aporte a la economía del hogar.

Responsables

El Departamento Nacional de Planeación debe incluir en el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, la búsqueda activa desde la política pública de la generación de una economía del cuidado, que se traduzca en la institucionalidad y los recursos necesarios para impulsarla en una primera instancia desde el gobierno. Las cajas de compensación pueden asumir un rol activo en este nuevo sector, canalizando las necesidades de demanda de sus afiliados con una oferta institucionalizada.

Claramente, un aspecto esencial a la hora del diseño e implementación de las recomendaciones ya descritas debe ser el reconocimiento de las heterogeneidades existentes en la población mayor en Colombia. Desde las diferencias regionales, donde los departamentos andinos como Antioquia, el Eje Cafetero y Boyacá exhiben un índice de envejecimiento mayor que la región Pacífica, el Caribe y los Llanos, y por tanto pueden convertirse en laboratorios para evaluar el impacto de programas en su versión piloto, que luego serían expandidos a todo el territorio nacional. A esto se suman las

diferencias entre la vejez urbana y la rural, las diferencias por condiciones socioeconómicas, y por supuesto la necesidad de adoptar un enfoque de género que reconozca las barreras a las que se enfrentan las mujeres, y en particular las mujeres mayores, para buscar una estabilidad económica y mayor bienestar.

5.6. Referencias



Accius, J., & Suh, J. Y. (2019). The Longevity Economy Outlook: How People Ages 50 and Older Are Fueling Economic Growth, Stimulating Jobs, and Creating Opportunities for All. Washington, DC: ARP Thought Leadership.

Ando, A. & Modigliani, F. (1963). The “Life Cycle” hypothesis of Saving: Aggregate implications and tests. *American Economic Review*, vol. 53, no. 1, part 1, pp 55-84.

ANIF (2018). Elementos para una Reforma Estructural Pensional REP. Clavijo, S. ed. Bogotá: Asociación Nacional de Instituciones Financieras.

Becerra, O., García-Huitrón, M. & González-Velosa, C. (2022). Protección económica a la vejez en Colombia: Avenidas de Reforma. Nota técnica del BID, 2443.

Bosch, M., Altamirano, A., Cabrita, C. & García-Huitrón, M. (2020). 2019 Pension Indicators for Latin America and the Caribbean. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.

Bosch, N., & Ter Wheel, B. (2013). Labour-Market Outcomes of Older Workers in the Netherlands: Measuring Job Prospects Using the Occupational Age Structure. *The Economist*, 199–218.

Bouman, F. (1995). Rotating and accumulating savings and credit associations: A development perspective. *World Development*. Vol. 23, Issue 3, pp 371-384.

Carvalho-Filho (2008). Old-age Benefits and Retirement Decisions of Rural Elderly in Brazil. *Journal of Development Economics*. Vol 86, pp 129-146.

Comisión Económica para América Latina - CEPAL. (2011). Boletín Cuentas nacionales de transferencia (Issue 1).

Consejo Privado de Competitividad (2022). Informe Nacional de Competitividad 2021-2022. Bogotá: Consejo Privado de Competitividad.

Coughlin, J. (2017). The Longevity Economy: Unlocking the World’s Fastest-Growing, Most Misunderstood Market. New York: PublicAffairs.

Enste, P., Naegele, G., & Leve, V. (2008). The Discovery and Development of the Silver Market in Germany.

European Commission. (2018). The Silver Economy – Executive Summary. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Fedesarrollo (2002). Qué hacer en Políticas Públicas. Mejía, L.F. ed. Bogotá: Fedesarrollo.

Friedman, M. (1957). A theory of the Consumption Function. Princeton: Princeton University Press.

Gomez, L., & Benert, P. (2019). Diversity improves performance and outcomes. *J Natl Med Assoc*, 111: 383–92.

Gratton, L., & Scott, A. (2016). The 100 year life—living and working in an age of longevity. London: Bloomsbury Press.

Heyma, A., Werff, S., Nauta, A., & Sloten, G. (2014). What Makes Older Job-Seekers Attractive to Employers? *The Economist*, 162(4):397-414.

Higo, M. (2013). Older Worker in National Contexts: A Japan-US Comparison. *Journal of Population Ageing*, 6(4), 305-322.

Huenchuan, S. & Guzmán, J. (2007). Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas. *Notas de Población No. 83*. CEPAL, Chile.

Iregui, A., Melo-Becerra, L., Ramírez-Giraldo, M. & Tribin, A. (2018). Factores determinantes del Ahorro Formal e Informal en Colombia. *Decisiones Financieras de los Hogares e Inclusión Financiera: evidencia para América Latina y el Caribe*, pp 101-131. Centro de Estudios Monetarios Latinoamericanos, CEMLA.

Karlan, D., Zinman, J., Bosch, M., Kendall, J. Caballero, G., & Silva-Porto, M. (2019). the impact of Simplifying Pension statements in Colombia. *Innovation for Poverty Action*.

Klimczuk, A. (2015). *Economic Foundations for Creative Ageing Policy*. Palgrave Macmillan New York.

Lee, J.-W., Kwak, D., & Song, E. (2022). Can older workers stay productive? The

role of ICT skills and training. *Journal of Asian Economics*, 79, 101438.

Lee, R. & Donehower, G., 2011. Private transfers in comparative perspective. Ronald Lee & Andrew Mason (ed.), *Population Aging and the Generational Economy*, chapter 8. Bonn: IZA – Institute of Labor Economics.

Modigliani, F., & Brumberg, R. (1954). Utility Analysis and the Consumption Function: An Interpretation of Cross-section Data. In K. Kurihara (Ed.), *Post Keynesian Economics*.

OECD. (2019). *Working Better with Age, Ageing and Employment Policies*. Paris: OECD Publishing.

Okumura, M., Stampini, M., Buenadi-cha, C., Castillo, A., Vivanco, F., Sánchez, M. A., . . . Castillo, P. (2020). La economía plateada en América Latina y el Caribe. El envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión. Washington, D. C.: Grupo Banco Interamericano de Desarrollo (BID, BID Invest y BID Lab).

Pai, S. (2018). The Rise of the Silver Economy. *Georgetown Business Magazine*.

Rosa, A., Pueyo, F., & Sanso, M. (2012). Life expectancy and labor supply of the elderly. *Journal of Population Economics*, 25(2), 545-568.

Schott, T., Rogoff, E., Herrington, M., & Kew, P. (2017). *GEM Special Report on Senior Entrepreneurship 2017*. Global Entrepreneurship Research Association.

Scott, A. (2021). The longevity economy. *Lancet Healthy Longev*, 828–35.

Tovar, J.A. & Urdinola B.P. (2018). National Transfer Accounts for Colombia. Documento CEDE # 18-16. Bogotá: Universidad de los Andes

United Nations. (2013). National Transfer Accounts Manual. Measuring and Analysing the Generational Economy.

Villar, L., Malagón, J., Vaca, J. & Ruiz, C. (2013) Reforma del sistema de Pensiones y Crecimiento Económico: Experiencia de Colombia. Bogotá: Fedesarrollo.

Villar, L., Forero, D., & Becerra, A.

(2017) Consultoría para la estimación de los costos de extender la cobertura del sistema pensional colombiano. Colpensiones-Fedesarrollo. Bogotá.

Villar, L. & Forero, D. (2018). Elementos para una Propuesta de Reforma al Sistema de Protección Económica a la Vejez en Colombia. Cuadernos de Fedesarrollo No. 58. Bogotá: Fedesarrollo

Villar, L., Becerra, A., Forero, D. & Ortega, M.A. (2020). El pilar no contributivo y su rol en el sistema de protección social: el caso de Colombia Mayor. Fedesarrollo. Bogotá

5.7. Lista de figuras



- Figura 1.** Fuente de ingresos de la población mayor, según sexo y ubicación geográfica
- Figura 2.** Ciclo de vida económico per cápita (en pesos)
- Figura 3.** Ingresos laborales per cápita (en pesos)
- Figura 4.** Consumo per cápita (en pesos)
- Figura 5.** Consumo per cápita por tipo de bien o servicio (en pesos)
- Figura 6.** Porcentaje en el crecimiento del consumo entre 2015 y 2030, por grupo de edad
- Figura 7.** Actividad principal en la semana de referencia por grupo de edad
- Figura 8.** Actividad principal en la semana de referencia para mayores de 60 años, por sexo y ubicación geográfica
- Figura 9.** Tasa de ocupación por grupo de edad
- Figura 10.** Tasa de ocupación de adultos mayores (60 años y más) por dominio geográfico y sexo
- Figura 11.** Porcentaje de ocupación por rama de actividad económica según grupo de edad
- Figura 12.** Ocupación de adultos mayores por rama de actividad económica según sexo
- Figura 13.** Porcentaje de ocupados por posición ocupacional por grupo de edad

- Figura 14.** Distribución por sexo de propietarios de negocios de 60 años y más
- Figura 15.** Porcentaje de personas jefas de hogar y cónyuges, según grupo de edad y posibilidad de ahorrar alguna parte de sus ingresos, Julio 2020- junio 2021
- Figura 16.** Cobertura del sistema pensional en la etapa activa - cotizantes
- Figura 17.** Cobertura sistema pensional en la fase pasiva - pensionados
- Figura 18.** Distribución de subsidios estatales por sectores y quintiles
- Figura 19.** Acciones para mantenerse económicamente en su vejez, por grupo de edad

5.8. Lista de tablas



- Tabla 1.** Participación en actividades de cuidado, según edad y sexo, 2021
- Tabla 2.** Principal ocupación por grupos de edad, GEM 2016
- Tabla 3.** Distribución por rama de actividad del micronegocio según grupo de edad del propietario
- Tabla 4.** Número de empleos generados según grupo de edad del propietario
- Tabla 5.** Porcentaje de hogares con y sin personas mayores según posesión de activos, 2021
- Tabla 6.** Porcentaje de hogares con y sin personas mayores según tipo de posesión de la vivienda, 2021

5.9. Lista de mapas



- Mapa 1.** Distribución de la proporción de beneficiarios de Colombia Mayor por departamento 2021
- Mapa 2.** Distribución número de ahorradores activos en BEPS por departamento 2021



6

Capítulo:
Bienestar y
participación
social de las
personas
mayores

6

Capítulo:
Bienestar y
participación
social de las
personas
mayores

Autores >>>

- > Andrés Casas Casas
- > Soraya Montoya González
- > Camila Andrea Castellanos Roncancio
- > Jenny Patricia Muñoz Cortés
- > Sebastián Fernández de Castro González
- > Lina María González Ballesteros
- > Daniel Fernando Poveda

ISBN (ONLINE)

978-628-95980-1-8



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, Fedesarrollo, PROESA y DANE.

Cítese como:

Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE. (2023). Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva. Bogotá, D.C. Colombia. 597 páginas

Contenido

6.1.	Introducción.....	453
6.2.	Marco teórico.....	455
6.2.1.	Conceptualizaciones de bienestar	455
6.2.2.	Buen vivir como propuesta para el bienestar	458
6.2.3.	Buen vivir y envejecimiento en Latinoamérica	460
6.2.4.	Bienestar para la Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva.....	462
6.2.5.	Bienestar asociado a la juventud.....	462
6.2.6.	Bienestar asociado a la cognición	462
6.2.7.	Bienestar asociado al conocimiento.....	463
6.2.8.	Bienestar asociado a la educación	463
6.2.9.	Bienestar asociado al cuidado de la vida	464
6.2.10.	Bienestar asociado a la educación financiera	465
6.3.	Participación social en el envejecimiento	465
6.3.1.	La vejez no es “inactiva”, en cuidados y trabajo doméstico	469
6.4.	Hallazgos	471
6.4.1.	La satisfacción con la vida como indicador de bienestar	472
6.4.2.	La espiritualidad es bienestar y promueve la participación social.....	482
6.4.3.	Género, edad y raza: determinantes del bienestar en la vejez	488
6.4.4.	Confianza local y global.....	497
6.4.5.	Las nuevas preocupaciones del bienestar	513
6.5.	Conclusiones.....	523
6.6.	Recomendaciones.....	524
6.7.	Referencias.....	525
6.8.	Lista de figuras	528



6.1. Introducción



Las vejeces se atraviesan por determinantes como los que ya se han explorado a lo largo de los capítulos de la **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva**: Demografía y percepción de la vejez, salud física y mental de las personas mayores, educación a lo largo de la vida, protección económica en la vejez y el cuidado y cuidadores de las personas mayores.

Sin embargo, la complejidad de este concepto es alta y se encuentran múltiples formas de definirlo. Se ha asociado a “la evaluación satisfactoria y deseable de las circunstancias y condiciones de la vida de la persona” (Diener, et al., 2009, p. 10). Además, se ha diferenciado el bienestar objetivo del subjetivo, el primero hace referencia a la evaluación que se hace a partir de un punto de vista independiente de la persona y el segundo, toma en cuenta las experiencias subjetivas de la persona. Así, esta evaluación puede considerar la vida como un todo (satisfacción

global) o como una conjunción de dominios que caracterizan los estados de la persona, satisfacción por dominios (Ferring & Boll, 2010).

Este desarrollo conceptual se viene gestando desde Estados Unidos y Europa y se ha consolidado a través de factores que son circunstancias y condiciones de vida, que pueden ser exógenos o endógenos. Los exógenos, se caracterizan por el entorno de vida del individuo y se corresponden a los ámbitos demográficos, sociales, culturales, gubernamentales, ambientales y tecnológicos. Y los endógenos, que individualizan al sujeto y a la vez lo caracterizan como miembro de una comunidad. Comprenden los biológicos, como la edad y las condiciones previas; los estructurales, género, etnia, las condiciones socioeconómicas; los educativos, la escolaridad y la alfabetización tecnológica; las relaciones sociales, sean personales, profesionales o de cuidado y los hábitos de vida.

Ahora bien, en Latinoamérica también se han desarrollado conceptualizaciones entorno al bienestar y el buen vivir para ofrecer mejores condiciones de vida para las personas y nace de las comunidades indígenas. Lo anterior, implica reconocer elementos de la espiritualidad, el territorio, el sentimiento de colectividad y el cuidado de la naturaleza (Mandau, 2018), por tanto, se reconoce la diversidad de

identidades que promueven formas alternas al discurso tradicional del progreso, sostenibilidad y solidaridad ya que hay una mirada de abajo hacia arriba y se promueve una conciencia sobre la interculturalidad.

Así pues, la propuesta de este capítulo se alinea también con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 que busca “garantizar vidas saludables y promover el bienestar en todas las edades”, en la medida en la que reconoce las vejeces como eje de pluralidad y el buen vivir como mecanismo para lograr se carácter activo y saludable.

De esta manera, este capítulo también integra la participación social como habilitador del buen-vivir. Esto quiere decir que se le da valor a la autonomía, la capacidad de tener actividad física, fomentar la participación de las personas mayores en los diferentes entornos y escenarios posibles (Bosquez & Benavides, 2022). De hecho, se habla de participación social, política y cívica y se ha encontrado que de la segunda es de la que menos se habla cuando se trata de personas mayores (Comisión Europea, 2011) y que este concepto debe desarrollarse y actualizarse a la luz de las transiciones demográficas que viven los países, pues de esto dependerán los cambios y ajustes que se generen para mantener y mejorar la calidad de vida en la vejez.

Esta participación social en las vejeces implica proponer y pensar nuevas formas de trabajo, de compromiso ciudadano, de relacionamiento intergeneracional, que a su vez aportan a la independencia y autonomía de las personas y actúa como instrumento de inclusión y pertenencia social (Bosquez & Benavides, 2022). Lo anterior, significa comprender la heterogeneidad cultural y socioeconómica de las personas para asignarle un significado al bienestar producto de la participación social que se materializa en la calidad de vida (Majon-Valpuestras, Ramos, & Perez-Salanova, 2016).

De esta manera, es fundamental que se reconozca el lugar activo de las personas mayores en la creación de formas propias de participación social y de la bidireccionalidad Estado-ciudadanos en la construcción de espacios de decisión. Esto favorece la construcción de política pública aterrizada, que reconoce límites y alcances y evita el falso posicionamiento de los mayores como sujetos apolíticos (Bosquez & Benavides, 2022).

Con lo anterior, este capítulo ubica las vejeces, el bienestar y la participación social como el escenario que promueve el abandono de asociaciones negativas y de enfermedad con la vejez y más bien, impulsa los escenarios que promueven el envejecimiento activo y la búsqueda de soluciones a los desafíos que trae el envejecimiento poblacional.

6.2. Marco teórico



6.2.1. Conceptualizaciones de bienestar

El bienestar ha sido un concepto ampliamente abordado por la literatura a nivel mundial, por tanto, comprender sus dimensiones resulta fundamental en el contexto del envejecimiento y vejez en Colombia.

El bienestar se puede referir tanto al bienestar psicológico como a la satisfacción de la vida, es decir, encontrar un sentido de vida; que son tareas importantes del desarrollo de las personas mayores. Lo anterior es quizás más relevante en este grupo de edad que en cualquier otro período de la vida, por las características de transición entre la adultez y la vejez. Las experiencias adquiridas a lo largo de la vida, los recursos socioeconómicos, las relaciones y los sistemas de apoyo pueden afectar profundamente la longevidad y el bienestar, por lo que es preciso entender el concepto de bienestar y su relevancia para la población mayor.

Para entender el concepto de bienestar, primero es necesario hacer una revisión sobre la teoría, tanto en el campo de la filosofía como de la psicología, porque

ha marcado la definición del concepto. Un debate fundamental que atraviesa diferentes puntos de vista en relación con la definición de bienestar es cómo se ha abordado: de forma objetiva o externa; en lugar de permitir que los niveles de bienestar sean precisados por las personas que lo experimentan. Esta es la distinción subjetivo-objetivo que autores de diferentes áreas han descrito desde la época de Aristóteles.

Por un lado, el punto de vista subjetivo sostiene que una persona define su propio bienestar subjetivamente, sin que se apliquen estándares externos de terceras personas. De esta manera, la visión del bienestar subjetivo (SWB, por sus siglas en inglés), precisa el concepto de bienestar bajo la ecuación de: un afecto positivo, más; la satisfacción con la vida, menos; el afecto negativo. Es importante mencionar que, en este caso, los afectos positivos y negativos se refieren a emociones y expresiones: alegría, orgullo, entusiasmo (positivo), y tristeza, disgusto, letargo, miedo y angustia (negativo), y la satisfacción por la vida. De todos los anteriores se desprende un indicador empírico del bienestar, el cual captura el grado en que las personas informan estar satisfechas con sus vidas (Pavot y Diener, 2008). Para terminar, un ejemplo del punto de vista de flujo de Csikszentmihalyi (1998) sería construido alrededor de un

estado mental muy específico y externo a terceras personas: alguien tiene un alto bienestar cuando experimenta un estado de flujo a través del ser inmerso en una actividad.

Por otro lado, el punto de vista objetivo del bienestar representa el extremo opuesto de la dimensión subjetiva, donde la propia visión de una persona sobre su bienestar tiene poco o ningún impacto en lo que se considera su nivel de bienestar (MacLeod, 2015). El juicio se hace en referencia a la presencia o ausencia de otros elementos y, dado que la subjetividad no es importante, los sentimientos de felicidad jugarían un papel pequeño en la definición del bienestar de alguien.

Dentro de las teorías de la psicología, destaca la teoría del bienestar psicológico de Ryff y el modelo PERMA de Martin Seligman. El bienestar psicológico lo definen Ryff y Keyes (1995) como “un esfuerzo para que el ser humano se perfeccione y cumpla con su potencial”, es decir, tener un propósito de vida y darle significado. Para lograrlo, los autores plantearon seis dimensiones que constituyen el bienestar: autonomía, relaciones positivas con los demás, autoaceptación, crecimiento personal, propósito y dominio. De esta manera, una persona tendrá un alto nivel de bienestar, cuando tenga un alto nivel de puntuación en estas dimensiones. Por su parte, en el 2011, Martin Seligman presen-

tó el modelo PERMA de la psicología positiva en el cual, al igual que Ryff, enmarca el bienestar en 5 dimensiones: emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, significado de vida y sensación de logro y cumplimiento de metas (Seligman 2011).

Una vez realizada la revisión teórica del concepto de bienestar, es relevante entender las características que lo definen, comprendiendo sus precursores y atributos presentes en la vida de un individuo, más específicamente, en la persona mayor.

Los precursores del bienestar son aquellos eventos que son evidentes antes de que ocurra la sensación de bienestar en el individuo. De esta manera, en la literatura se ha encontrado que elementos como conectarse con otros, imaginar oportunidades, reconocer fortalezas y buscar significado en la vida, son antecedentes predominantes del bienestar en la persona mayor (McMahon, & Fleury, J, 2012). Así pues, conectar con otros facilita el apoyo social, empodera a las personas para perseguir metas valiosas y mantiene el bienestar a lo largo del tiempo. Imaginar oportunidades de cambio desde la perspectiva de las personas mayores, abarca desear o reconocer, una necesidad de cambio y generar metas personales valiosas (Fleury, 1991, 1996, 2007). Por último, al reconocer sus propias fortalezas y encontrar un significado de vida resulta

en que las personas mayores se empoderen y hagan una clarificación de los valores personales, las metas y el propósito de la vida (Rotegard, Moore, Fagermoen & Rulan, 2009).

Dentro de los atributos del bienestar, se destacan cuatro elementos: crecimiento personal, integración (o adaptación), relaciones sociales y las actividades diarias. De esta manera, se integran mente-cuerpo-espíritu y factores multinivel (la familia, la religión, la comunidad y las condiciones biológicas) con nuevas experiencias; situaciones que motivan a la persona mayor hacia un crecimiento personal continuo (Whittemore, 2005). Además, como se mencionó en los precursores del bienestar, las relaciones sociales, como el altruismo y el apoyo social, son evidentes cuando las personas mayores brindan y reciben apoyo de amigos, familiares y redes sociales, y participan en actividades sociales como el trabajo voluntario y la participación comunitaria.

Teniendo en cuenta la teoría subjetivo-objetivo del bienestar, y los antecedentes, características y consecuencias aquí descritas, se define el bienestar como un proceso que integra el crecimiento individual, las experiencias y las conexiones significativa con los demás, que refleja metas y fortalezas valoradas personalmente, y que da como resultado la sensación de satisfacción por la vida.

6.2.2. Buen vivir como propuesta para el bienestar

En Latinoamérica se han venido desarrollando diversas propuestas de crecimiento social y económico que ofrezca a sus habitantes mejores condiciones de vida. Una de las propuestas que ha tomado fuerza es: el buen vivir. En tanto concepto plural y en construcción, el buen vivir, data de comienzos del siglo XXI y surgió como una acción política de vivir para los movimientos de los pueblos indígenas, así como para los Afrodescendientes de Latinoamérica.

Este se define como una propuesta epistémica y práctica, basada en las condiciones étnicas, territoriales, económicas y las características de los pueblos en Latinoamérica. El buen vivir, articula una apuesta teórico-práctica de transformación económica y social, con gran resonancia en la práctica política de los movimientos y articulada alrededor de la relacionalidad y lo comunal (Escobar, 2014). La propuesta está asociada a prácticas sociales concretas atravesada por una fuerte relación con elementos espirituales como: el cuidado de la tierra y el sentimiento de lo colectivo; siendo así, una corriente de pensamiento enfocada a la vida, una corriente híbrida, que propone construir alternativas que van más allá del desarrollo tradicional, en una hi-

bridación de varias corrientes de pensamiento (Mandau, 2018).

El buen vivir es una forma de vida que propone comprender y respetar las diferentes formas de relacionamiento con el entorno y el cuidado de la naturaleza. Para las personas en territorios diversos como los de Latinoamérica, esto es, reconocer concepciones de la identidad, el territorio, la soberanía alimentaria, la justicia ambiental, la paz, la autonomía, la diversidad y economías alternativas basadas en nociones de sostenibilidad que no se conforman con el discurso tradicional de progreso (Escobar, 2014).

Además, el buen vivir, como una forma de existir donde prima la sostenibilidad del hábitat, el auto sustento, el bienestar, el conocimiento y la multiactividad, la organización y la solidaridad; todo enlazado con el territorio porque es donde se constituye la conexión con la espiritualidad, es el valor enraizado para reinventar lo comunitario (Escobar, 2005) y equipar a las comunidades con herramientas para sus propios diseños de transición en función del cuidado.

Construir el buen vivir se basa en reconocer las diferencias no solo de un lugar sino también de las personas que allí habitan, permitiendo ajustarse a cada contexto cultural, local y territorial. En consecuencia, el buen vivir no tiene una propuesta esencialista, idéntica para to-

das las culturas y todos los territorios; en tanto, concepto plural, podría decirse que en sentido riguroso se refiere a “buenos vivires” que adoptan distintas formulaciones en cada circunstancia social y ambiental, puesto que cada pueblo, cultura, tiene su especificidad y propios saberes (Achig, 2014).

El buen vivir pone énfasis en el rescate de las diversidades, en las distintas localidades territoriales, una noción de abajo hacia arriba; se establece una economía diferente con decisiones colectivas y una conciencia de los efectos que las diferentes actividades provocan sobre la naturaleza; promueve la interculturalidad, sin pérdida de su respectiva identidad.

Esta propuesta aporta consigo un nuevo paradigma respecto a cómo concebir el desarrollo, el bienestar, la naturaleza y la participación política de la sociedad. La diversidad de buenos vivires diferenciados en función de territorios: cultural, espiritual, económica, social y ecológicamente contruidos, permite captar la heterogeneidad de cosmovisiones y calidades de vida de los diferentes pueblos. Esto demanda una democracia y participación profunda en la que los distintos actores de los territorios se involucren para definir el modelo social- natural del buen vivir al que aspiran (Achig, 2014).

Además, los bienes materiales no son los únicos determinantes, sino que hay

otros valores en juego, como afirman Eduardo Gudynas y Alberto Acosta: el conocimiento, el reconocimiento social y cultural, los códigos de conductas éticas e incluso espirituales en la relación con la sociedad y la naturaleza, los valores humanos, la visión del futuro, entre otros (Achig, 2014).

Sebastián Endara propone una definición integradora del buen vivir que apunta al establecimiento de un ser humano integral, al establecimiento de una existencia pacífica que genere relaciones de equilibrio y respeto con la vida entera. Es un concepto en permanente construcción, y así debe ser por la complejidad y diversidad de sus componentes. En este proceso han participado intelectuales de diferentes tendencias ideológicas y políticas, cada uno aportando con alguna característica del concepto, sin embargo, la corriente indigenista es la que mayores aportes ha realizado al concepto (Achig, 2014).

El desafío del buen vivir es construir un nuevo modelo económico basado en los principios de reciprocidad, complementariedad, respeto a la participación, solidaridad y relacionalidad; que respete la creatividad, la imaginación y el compromiso político; constituyendo los principios de la economía social y solidaria; un insumo para este propósito requiere de una solidez conceptual que permita vivir lo humano desde lo humano (Achig, 2014).

Otro de los desafíos que no puede soslayar la construcción de los conceptos del buen vivir es la incorporación de nuevos contenidos que respondan a la realidad siempre cambiante de la sociedad, por ejemplo, incluir la felicidad, la esperanza. Como medición de política económica y social es interesante el trabajo que se está realizando en procura de ubicar índices para medir la felicidad con evidencias empíricas y vivencias subjetivas. La felicidad parecería ser un índice mágico, pero es el más cercano al buen vivir.

Al determinar que no existe un “solo” buen vivir, sino buenos vivires, las políticas públicas y las determinaciones del Estado que median la vida de las personas, deberían enfocar las investigaciones en relación con las distintas formas de ver la vida, la diversidad y las construcciones humanas, porque además de ser dinámicas también son particulares y únicas (Achig, 2014).

El Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3: “garantizar vidas saludables y promover el bienestar en todas las edades”, reconoce que las necesidades y consideraciones que las personas necesitan y viven de acuerdo con sus particularidades (edades, territorios, cosmovisión, tradiciones, espiritualidad, etc.) se sincroniza con el concepto del buen vivir y se convierte pues, en una alternativa no solo para cumplimiento de metas globales,

sino que también se puede hacer real en la vida de las personas.

6.2.3. Buen vivir y envejecimiento en Latinoamérica

Una de las apuestas del buen vivir es el cuidado, que se plantea como aspecto fundamental de su propuesta y se articula con algunas nociones universales que lo definen desde una convicción mayor: el bienestar sólo se logra dentro de la comunidad en su conjunto, cualquiera que sea esta comunidad. Este sentido de comunidad se extiende horizontalmente a todas las formas de vida incluida la naturaleza. Por lo tanto, el concepto del buen vivir representa un atractivo para el bienestar general, se puede caracterizar como plural y depende del entorno cercano: cultural, histórico, ecológico y político (Mandea, 2018).

Unido al cuidado, el concepto de bienestar se enraíza dentro de la pluralidad del buen vivir, como esa necesidad de desarrollar otras formas de conocimiento, que reintegren la unidad entre lo humano y lo natural, que respeten la diversidad de cosmovisiones, permitan su control y vigilancia social y la redistribución equitativa de sus beneficios. Tener bienestar y vivir bien, es la vida en plenitud (Mandea, 2018). Las comunidades nunca son un cuerpo amorfo, no tienen un carácter

singular y muestran fuertes divergencias internas con respecto a la pertenencia, cuidado, sistemas de valores, autopercepción y bienestar. Al homogeneizarles, la tentación de caer en universalismos y/o simplificaciones romantizadas no debe ser subestimada. Es poder saber y poder vivir en armonía y equilibrio de acuerdo con las cosmovisiones, percepciones y particularidades de estas mismas comunidades (Mandau, 2018).

Particularmente el cuidado en Latinoamérica presenta una crisis en la región, especialmente del cuidado de la vejez, en tal sentido, se han observado tres fenómenos que se superponen. Primero, un reforzamiento de la desvalorización de la vejez, como fenómeno cultural más amplio; segundo, una creciente comercialización del cuidado de la vejez, dirigida a sectores con capacidad de pago que, por su lógica, contribuye a su desvalorización; y, tercero, dicha comercialización se ha realizado vía institucionalización de las personas mayores (Pineda & Guevara-Peña, 2022), lo que además de fortalecer la segregación generacional, lleva a que el modelo de cuidado de la vejez sea insostenible (Arango, Amaya, Perez-Bustos, & Pineda, 2018).

En Latinoamérica, el sentido de bienestar y participación está atravesado por el empobrecimiento, el privilegio y también por las diferencias étnicas, sociales

y territoriales (urbano/rural). El buen vivir en el envejecimiento propone que el cuidado sea centro y dé un sentido a la vida, en esta etapa vital y normal, a través de la conexión con el territorio y la espiritualidad como forma de pensar en lo comunitario. Además, con una oferta de cuidados que dignifiquen la vida de la población mayor, supere el estigma cultural de la desvalorización de la vejez e incluya la equidad de género (Pineda & Guevara-Peña, 2022).

El bienestar pues, supone equilibrio, armonía, respeto por la vida, por el territorio y sobre todo la valoración de la dignidad, en todos sus cursos de vida y por ende, las personas mayores no son la excepción (Mandau, 2018). Otros dos aspectos que no solo hacen parte del buen vivir sino también del bienestar de las personas es la autonomía y la interdependencia. La autonomía implica que toda persona tiene el derecho de decidir sobre su destino y a que se respete su deseo o voluntad. Por su parte, la interdependencia tiene como trasfondo la reciprocidad, es decir, la capacidad de dar y no solo de recibir y que, en el caso de las personas mayores, consiste en entregar bienes —materiales e inmateriales— según sus circunstancias y posibilidades.

Así, la autonomía, la interdependencia y la dignidad se establecen como la base del bienestar y por tanto la base del buen vi-

vir. Estos aspectos, constituyen un bastión ya sea para la defensa de los derechos de las personas mayores o para el diseño e implementación de las políticas dirigidas a mejorar su bienestar (Mandea, 2018). Además, se pone en juego otro principio de los derechos humanos, que es el de la solidaridad, tan trascendental, aunque difícil de ejercitar si el Estado no da claras señales en el sentido de apreciarla y promoverla.

De acuerdo con lo anterior, es primordial reflexionar sobre el concepto de bienestar considerándolo desde dos perspectivas generales: una que estudia el bienestar subjetivo (se relaciona con aspectos como la satisfacción vital, la felicidad y los aspectos positivos) y otra que trabaja el bienestar psicológico (indicador de un funcionamiento positivo en el individuo) (Larrea & Greene, 2017).

Sarabia define el bienestar subjetivo como “el grado de satisfacción que experimentan las personas cuando hacen una valoración o juicio global sobre sus vidas”. El trabajo de Vivaldi y Barra demuestra la relevancia que tiene para el bienestar psicológico de las personas mayores, su percepción en relación con su salud, el apoyo social que reciben, su estado civil y género; concluye que el bienestar, además de estar asociado a una mayor satisfacción psicológica, también implica la salud física (Larrea & Greene, 2017). El bienestar no es sólo la felicidad, se centra

en la realización del potencial de la persona, en su crecimiento y propósitos en la vida, asimismo y, en consecuencia, redundando en el cuidado y el bienestar social (Larrea & Greene, 2017).

6.2.4. Bienestar para la Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva

Para esta Misión el concepto de bienestar tiene varias facetas y formas de ser definido y caracterizado; no fue construido solo por las personas investigadoras, sino también con las voces de las personas mayores que participaron en los diferentes grupos focales de distintas regiones del país. A continuación, se presentan algunas de las definiciones para este concepto dirigido a las vejeces del país.

6.2.5. Bienestar asociado a la juventud

“Nadie quiere llegar a viejo, porque se aleja de la juventud y se acerca a la muerte; se carga con el estigma social, y por eso debe alejarse de la sociedad, aislarse de los cuerpos perfectos, pues la vejez se convierte en una enfermedad incurable”.

6.2.6. Bienestar asociado a la cognición

“El foco de la política educativa recomendada debe ser la preserva-

ción de la capacidad cognitiva de las personas durante el proceso del envejecimiento, por el efecto en el bienestar individual y colectivo de este fenómeno, mediante la consolidación del aprendizaje a lo largo de toda la vida.

Una motivación para recomendar la formulación de esta política nacional es la relación entre educación, deterioro cognitivo y bienestar. El bienestar de las personas mayores no debe ser pensado solamente desde lo físico, sino también dentro de la conservación de la integración social para una mayor satisfacción con la vida y un menor deterioro cognitivo.

Un menor deterioro cognitivo resultaría en una mejora de bienestar para la población, tanto por una capacidad de generar recursos económicos, como por mayores niveles de satisfacción con la vida”.

6.2.7. Bienestar asociado al conocimiento

“El aprendizaje a lo largo de la vida enfocado en el bienestar intelectual contribuye al desarrollo de los individuos, haciendo que las personas mayores se sientan valoradas, eleven sus conocimientos; participen y decidan de manera objetiva y críti-

ca en su comunidad con aportes en ámbitos como el político, económico y social. La relación entre la educación y el bienestar material y productivo describe el impacto diferencial que tiene la automatización del mercado laboral sobre la población mayor, y revisa el caso específico de mayor demanda laboral en las áreas del cuidado a la primera infancia y a otras personas mayores”.

6.2.8. Bienestar asociado a la educación

“La educación a lo largo del ciclo de vida es un factor determinante y transversal para el envejecimiento activo, la salud, el cuidado, la protección económica, la participación social y el bienestar de las personas mayores. Pensar en la educación para el bienestar de las personas a lo largo del ciclo de vida implica potenciar en la educación preescolar, básica, media y superior, la educación continua y la educación para personas adultas; asimismo, mayores temáticas como la educación para la salud (física y mental), el deporte, la educación financiera, el cuidado, la formación para la democracia, la participación, la convivencia y la ciudadanía, entre otras”.

6.2.9. Bienestar asociado al cuidado de la vida

“Como una actividad social, el cuidado influye directamente en el bienestar de quienes reciben los servicios y produce externalidades para quienes se ocupan de brindar los servicios y para toda la comunidad, que se beneficia directa e indirectamente del cuidado que se ofrece en la sociedad. Por estas razones es importante repensar el modelo de cuidado de las personas mayores a partir de un enfoque de bienestar y de género, que promueva los comportamientos de cuidado y que no limite las posibilidades de desarrollo humano de las mujeres. Para lograr esto, es necesario que el país formalice un modelo de cuidado mixto”.

“Las actividades de cuidado son base fundamental para el bienestar de los hogares colombianos, incidiendo en la capacidad de las personas mayores para generar ingresos activos en el mercado ya sea a través del mercado laboral o del emprendimiento permite identificar que la carga de cuidado y labores del hogar recae excesivamente sobre las mujeres, situación que se vio profundizada producto de la pandemia”.

Lo anterior tiene una incidencia directa sobre el bienestar de los cuidadores y en cuanto el cuidado implica una interrelación entre cuidador y cuidado también afecta a la persona mayor.

“De este modo, se evidencia que el cuidado abarca diferentes dimensiones relacionadas con el bienestar de los individuos incluyendo el aspecto emocional, material, económico y moral. Por ello, una aproximación holística a las dinámicas del cuidado nos lleva a definir de modo más certero este concepto como las prácticas y actividades sociales orientadas a asegurar la conservación de las condiciones físicas, psíquicas y sociales de las personas a lo largo de la vida”.

“El cuidado está estrechamente vinculado con la calidad de vida y no se puede desligar de la percepción de bienestar, tanto de las personas cuidadas como de los cuidadores. En particular, recibir o no cuidado durante la vejez, así como el tipo de cuidado recibido, puede incidir sobre el nivel de bienestar subjetivo que reportan los individuos como bienestar asociado con el cuidado de la vida”.

6.2.10. Bienestar asociado a la educación financiera

“La educación financiera también contribuye significativamente al bienestar de las personas mayores. Los entornos propicios para la participación social de las personas mayores, además de jugar un rol en la promoción de su bienestar y de su salud física y mental, pueden ser un espacio para que ellas actúen en su comunidad como agentes de cambio hacia hábitos de vida saludable y como mentores de las generaciones más jóvenes en asuntos de educación cívica.

Una de las dimensiones más importantes dentro de la búsqueda de un mayor bienestar en la vejez es la garantía de un nivel básico de seguridad económica para las personas mayores. La estabilidad económica está fuertemente relacionada con otros aspectos del bienestar en la vejez analizados en la presente Misión, como es el caso del acceso a servicios de salud de calidad, la posibilidad de pagar servicios de cuidado, una mayor inclusión y participación social y un mejor estado de salud mental, entre otros”.

6.3. Participación social en el envejecimiento



El buen envejecer se ha posicionado con fuerza y se explica a partir del envejecimiento activo, concepto que tuvo mucha influencia de la Organización Mundial de la Salud y se define como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad que tiene como fin mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (Bosquez & Benavides, 2022).

Este sentido, fue pensado para dimensionar la importancia de mantener la autonomía y capacidad de realizar actividades físicas, además de fomentar la participación activa de las personas mayores en la vida socioeconómica, cultural, espiritual y cívica de la sociedad. Este tipo de envejecimiento se inscribe en la Teoría de la Actividad porque postula la importancia de que las personas mayores mantengan actividades y asuman nuevos roles sociales, generándole mayor nivel de satisfacción y bienestar (Bosquez & Benavides, 2022).

El concepto de envejecimiento activo, también puede influir en la economía al

impulsar actividades de cuidado o voluntariado, no obstante, el término actividad ha recibido algunas críticas por la ambigüedad que presenta al reducir el concepto: prevalece la dimensión económica y médica, además, omite la heterogeneidad de la población mayor y la importancia de actividades vitales como el ocio y el aprendizaje, que contribuyen al bienestar.

También, existen varios conceptos de participación asociados al envejecimiento activo, entre los cuales se encuentran, la participación social, política y cívica. Todos ellos están fuertemente ligados entre sí, sin embargo, en personas mayores, el concepto menos estudiado es el de la participación política. La Comisión Europea (2011) ha advertido que el envejecimiento de la población está dando lugar a cambios en la estructura demográfica, el mercado de trabajo, la jubilación, la salud, las condiciones de vida y la participación social. En este contexto de cambios demográficos, económicos y sociales, algunos modelos de envejecimiento y de políticas sociales sostienen la importancia de la participación social como un criterio clave para conseguir calidad de vida en el envejecimiento (Majon-Valpuestas, Ramos, & Perez-Salanova, 2016).

Dentro de este orden de ideas, la participación en sí misma, “hace referencia a estar presente en, ser parte de, ser tomado en cuenta por y para, involucrar-

se, intervenir. Participar es incidir, influir, responsabilizarse” (Bosquez & Benavides, 2022). Es un proceso que vincula necesariamente a sujetos y grupos donde el individuo se relaciona con otros igualmente involucrados. El individuo y colectivo participan en algo, y esta situación los sitúa como un participante que al mismo tiempo es “coagente, coparticipe, cooperante, coautor y corresponsable” (Majon-Valpuestas, Ramos, & Perez-Salanova, 2016).

La nueva forma de interpretación de la vejez está caracterizada por procesos como la revalorización de la participación social, a través de la expansión del trabajo tras la jubilación; el incremento del compromiso cívico; y los cambios en las relaciones familiares con nuevas formas de solidaridad intrafamiliar e intergeneracional (Majon-Valpuestas, Ramos, & Perez-Salanova, 2016). Por tanto, la participación es el alcance de la perspectiva potenciadora que parte desde las fortalezas, capacidades y facultades de las personas, grupos y organizaciones para resolver los problemas en el marco de sus intereses.

Así, la participación se convierte en un medio y en un fin al mismo tiempo porque constituye la forma de actuar y pensar de individuos creativos e independientes. Se distinguen entre las formas de participación, la social y la ciudadana. La social se refiere a la acción coordinada y conjunta

de organizaciones formales para enfrentar problemas; la participación ciudadana, se define como la presencia de personas en la vida (actividad) pública siempre que representen intereses de grupos que tienen objetivos que están de una u otra manera definidos, y que al mismo tiempo conocen o han determinado los medios para alcanzarlos (Bosquez & Benavides, 2022).

La participación social se proyecta así, como un instrumento de inclusión que promueve la capacidad de incidir y formar parte en procesos de toma de decisiones y espacios de vida social donde individuos y colectivos: no se limitan a ser un instrumento que legitima estructuras de autoridad; más bien, ejercen la autonomía individual y la pertenencia social (Bosquez & Benavides, 2022).

Para Maier y Klumb (2005 citado en Majon-Valpuestras, Ramos & Perez-Salanova, 2016) la participación social incide en la calidad de vida, en términos del bienestar subjetivo, tanto como la actividad social resulta beneficiosa para la salud. Sin embargo, para conseguir una óptima comprensión de la naturaleza y el significado de estos procesos participativos es importante tener en cuenta la heterogeneidad entre las culturas locales que influyen a las personas, así como sus diferencias socioeconómicas (Majon-Valpuestras, Ramos, & Perez-Salanova, 2016).

Para autores como Raymond (2014, citado en Majon-Valpuestras, Ramos & Perez-Salanova, 2016) el concepto de participación social debe revisarse cuestionando si la definición de universalidad de la participación de las personas mayores se corresponde con la realidad vivida; si es únicamente resultado de una decisión personal o existen otras barreras que intervienen; y, cómo la actividad participativa impacta en las identidades de las personas mayores.

Se detecta un cambio de conceptualización desde una aproximación basada en la protección -donde las personas mayores son consideradas como vulnerables- a discursos que ponen en valor la participación de la población mayor (Raymond 2013, citado en Majon-Valpuestras, Ramos & Perez-Salanova, 2016). De acuerdo con esto, se refuerza la importancia de promover la autonomía en la toma de decisiones y la capacidad crítica para que las propias personas mayores puedan decidir cómo quieren participar e intervenir en la sociedad (Serrano 2013, citado en Majon-Valpuestras, Ramos & Perez-Salanova, 2016).

Un asunto importante para tener en cuenta en la actualización de las formas de entender la participación social y su relación con el envejecimiento activo es la participación de las propias personas implicadas en el proceso. En este sentido, la

oferta de oportunidades de participación no debería ser proporcionada de manera unidireccional desde las organizaciones o instituciones, sino que la agencia ejercida por el propio grupo de personas mayores debería favorecer su inclusión en los correspondientes espacios de decisión. Según Barnes (1999, citado en Majon-Valpuestas, Ramos & Perez-Salanova, 2016), la inclusión de las personas mayores en los procesos de gobernanza sobre los asuntos que les afectan es significativa porque reconoce su competencia y legitimidad.

Existen varios aspectos que marcan estas nuevas vejezes y que refuerzan cómo el envejecimiento activo es cada vez una constante alrededor del mundo. Así como también es importante señalar que, para afrontar el debate sobre la participación social, hay que conceder un papel fundamental y transversal a las relaciones sociales intergeneracionales. Los deseos individuales para la vejez que van desde la aspiración de estar conectados con otras personas, se vinculan con el desarrollo de nuevas formas de sociabilidad en las que la autonomía y el reconocimiento a través de las relaciones sociales resultan fundamentales.

Esos aspectos en las relaciones sociales inter-generacionales, o el cambio en el rol social de la mujer, marcan la entrada de esta generación en la etapa de jubilación,

en la que el desarrollo de agencia social constituye un elemento fundamental en la consecución del bienestar. Entendiendo lo anterior, el envejecimiento supone ya, un profundo cambio en la orientación de las organizaciones y políticas, por razón de equidad social, siendo necesaria la provisión de mejores oportunidades de participación social (Majon-Valpuestas, Ramos, & Perez-Salanova, 2016).

La heterogeneidad de poblaciones y territorios, así como el amplio espectro de definiciones respecto a las formas de participación social, muestran la necesidad de favorecer espacios de reflexión y construcción de las nuevas conceptualizaciones de la acción participativa. Además, es importante que esta reflexión se realice desde los propios grupos de personas mayores, por lo que se debe favorecer la creación de espacios de debate y la consecuente obtención de marcos de comprensión específicos y coherentes con la realidad vivida.

Las personas mayores que llevan por lo general una vida activa contribuyen al cuidado familiar, realizan actividades de voluntariado y políticas. Se debe analizar este último aspecto retomando la Escalera de Participación como referencia para conectar el envejecimiento activo con la acción social-política en la relación sociedad-Estado y con la vigencia de la democracia, la cual “sería impensable sin

la capacidad de los ciudadanos para participar libremente en el proceso de gobierno (Bosquez & Benavides, 2022). Los niveles más altos de la escalera indican mayor nivel de participación de individuos o grupos como las personas mayores, quienes por cierto suelen tener más dificultades para participar en distintos procesos como el diseño e implementación de políticas públicas que atiendan sus necesidades e intereses, debido principalmente a prejuicios y estereotipos entorno a su edad (dependencia, fragilidad, lentitud) que posicionan una falsa imagen de personas apolíticas (Bosquez & Benavides, 2022).

Sin embargo, el envejecimiento activo con respecto a la participación plantea dos críticas. La primera tiene relación con la visión incorrecta de homogenizar un ideal participativo en un grupo que es diverso, donde existen personas que no encajan en el ideal de envejecer bien, pues su realidad contrasta con lo activo: están enfermos, abandonados, pobres, etc., y no desean o no pueden participar, lo cual no quiere decir que envejeczan mal y rompan el supuesto de que participar es bueno, es estar activo (Bosquez & Benavides, 2022). La segunda crítica se refiere a promocionar alternativas participativas a las personas mayores, si al final se puede obtener poca o nula incidencia en los procesos reales de toma de decisiones.

Esta visión incorpora el valor de la lucha popular como ejercicio participativo para alcanzar una vida digna, sobre todo de sectores históricamente excluidos y/o tradicionalmente discriminados, el cual se inscribe en contexto sociohistórico como un hecho dinámico y que busca contribuir a la transformación constata de la realidad (Bosquez & Benavides, 2022).

La participación de las personas mayores requiere de canales institucionales y democráticos que permitan su real y efectiva incidencia siempre en el contexto de la relación sociedad y Estado. Por ello, es necesario abandonar criterios que ubican esta etapa como un declive y desarraigo per se, y más bien impulsar aquellas que postulan la participación en actividades que promuevan el envejecimiento activo y que pueden ser una solución viable frente a los desafíos que presenta el fenómeno de envejecimiento poblacional (Bosquez & Benavides, 2022).

6.3.1. La vejez no es “inactiva”, en cuidados y trabajo doméstico

Existen otros aspectos importantes dentro de la participación que muchas veces no son tenidos en cuenta dentro del envejecimiento activo y son los aspectos de género que atraviesan, por supuesto, la participación, el bienestar, el cuidado y por ende el buen vivir y son el trabajo

doméstico y de cuidados a otras personas. Se busca dar cuenta del papel de las personas mayores como personas que realizan actividades indispensables para el bienestar. El reconocimiento de estos trabajos invisibilizados, en la última etapa del curso de vida, pueda dar cuenta de cómo se da la contribución de las mujeres mayores al bienestar social y familiar (Aguirre & Scavino, 2016).

El espacio doméstico, comunitario y barrial es el escenario de trabajo y de vida cotidiana, pero es un escenario oculto para las estadísticas oficiales, las cuentas nacionales y para la valorización simbólica del trabajo doméstico y de cuidados que se traduce en su falta de reconocimiento y de redistribución entre distintos sectores (Estado, mercado, comunidad, familiar) y entre hombres y mujeres (Aguirre & Scavino, 2016). El trabajo no pago muestra un punto de intersección en el que tanto el trabajo femenino como el aportado por las personas mayores son invisibles y carentes de valor en nuestra sociedad. También esta desigualdad se articula de manera virtuosa con las desigualdades socioeconómicas siendo las mujeres mayores pobres las que aportan. Así, la fuerza oculta de trabajo femenino y por parte de las personas mayores aparece en la base del bienestar social, aportando de manera invisible a la sociedad (bienes y servicios) y soste-

niendo el funcionamiento económico, sin reconocimiento alguno (Aguirre & Scavino, 2016).

Esto plantea un vuelco en las miradas que se preocupan en cómo las generaciones más jóvenes lograrán “financiar y sostener” a las más añosas. Invita a modificar la organización social del cuidado teniendo en cuenta a la vejez como una categoría heterogénea, particularmente en cuanto al aporte de cuidados y la necesidad de recibirlos de otras personas (Aguirre & Scavino, 2016). Los datos permiten generar una primera reflexión sobre cómo conviven diversas formas de envejecer que están signadas por los posicionamientos sociales. Sin embargo, aún falta conocer los significados subjetivos e intersubjetivos y de género que la realización de las tareas domésticas, de cuidados y de trabajo voluntario tienen para las personas mayores según los contextos y posicionamientos sociales en los que se encuentren, según sus historias de vida, o sus marcas generacionales. La vejez no es “inactiva” en cuidados y trabajo doméstico y tampoco desde la política pública que pretende estimular el “envejecimiento activo”, pero sigue invisibilizada en las políticas públicas.

A propósito del cuidado, son las mujeres mayores las que más se vinculan con este tipo de trabajo, a la vez que son ellas las que más los requieren en la vejez. Esta

doble condición de cuidadoras y receptoras de cuidado revela la existencia de un interesante y complejo mundo que exige una mejor comprensión sociológica de la intersección vejez, género, cuidado y bienestar (Aguirre & Scavino, 2016). Se plantea un desafío en cuanto a la identificación o autoidentificación de situaciones de dependencia entre las personas mayores. Esto puede asociarse con la negación a la muerte y en este sentido es interesante retomar la idea de que son las mujeres las que cuidan hasta las últimas consecuencias, haciéndose cargo de los trabajos domésticos y de gestiones asociadas a la misma (Aguirre & Scavino, 2016).

Se concluye que la participación social de las personas mayores es un derecho humano que responde a la necesidad de observar y considerar la vejez como una etapa que no representa declive o deterioro, sino que demanda la promoción de la participación para concretar el envejecimiento activo. A partir de lo mencionado, y retomando las voces y la palabra de las personas mayores, se evidencia que estas requieren de espacios de participación social real, no meramente formal, donde puedan asumir un protagonismo activo en la formulación de políticas públicas y durante todo el ciclo de la política pública, asumiendo un rol protagónico consciente en escenarios de incidencia social.

6.4. Hallazgos



El bienestar de las personas mayores se mapeo a través de metodologías cuantitativas y cualitativas que se triangularon para una comprensión mayor de su complejidad. Como resultado, en esta sección, se hace un análisis de los indicadores a través de los cuales las personas mayores en Colombia y en el mundo, se han referido a su bienestar: niveles de satisfacción con la vida, la espiritualidad y la participación social; las condiciones determinantes de la vejez en términos de género, edad y raza; la confianza local y global; las nuevas preocupaciones y diversas miradas del bienestar (relaciones intergeneracionales, medio ambiente, nuevas tecnologías y educación) y las barreras sobre las que se debe trabajar para lograr el bienestar y la participación social.

Respecto a los resultados cuantitativos, diferentes encuestas del país se han venido preguntando por el bienestar de los colombianos a través de sus niveles de satisfacción en distintos escenarios. Por un lado, la Encuesta Mundial de Valores (EMV) lo hace desde 1995, en donde el 4% de encuestados fueron personas mayores, y en su última ola, en el 2020, fueron el 14% del total de los participan-

tes. En general, en esta última versión se observa que hay una representación similar de hombres y mujeres, tanto para los menores de 60 años, como para las personas mayores; en términos de educación, la población de personas mayores ha tenido mayores niveles primaria o ninguna educación frente a menores de 60 años; hay un incremento en la cantidad de personas que pidieron préstamos para ambos grupos. Asimismo, se observa un decrecimiento en la clase trabajadora, al mismo tiempo que el incremento en la clase media baja y clase alta para ambos grupos estudiados.

Es necesario mencionar que para operacionalizar el modelo analítico se estimaron modelos de regresión logística calculando odds ratio como cantidades de interés. Se corrieron veintiún modelos de regresión, de los cuales nueve de ellos mostraron significancia de la variable de personas mayores. Esto quiere decir que, en esos casos, el ser persona mayor es una variable explicativa de los efectos encontrados y sobre ellos se profundizará en diferentes apartes de esta sección de resultados. Además, producto de esta encuesta en el 2020 se crea el proyecto Valores en Crisis que también se referencian como parte de los resultados de este capítulo.

Por otro lado, también se presenta el análisis de los resultados de la Encuesta Pulso Social (EPS) que fue diseñada por

el DANE con el apoyo técnico del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para producir información relacionada con confianza del consumidor, bienestar subjetivo, redes de apoyo de los hogares, bienestar de los hogares que cuentan con niños, niñas y adolescentes y el conocimiento y acceso a las políticas nacionales y locales de apoyo a los hogares. Su cobertura geográfica es de 23 ciudades capitales de departamento y áreas metropolitanas, y está disponible desde julio de 2020. Las evaluaciones sobre la satisfacción y la percepción del trabajo con otros, por un objetivo en común, fueron incluidas en el formulario desde septiembre de 2021; los factores de inestabilidad y las agresiones, desde mayo de 2021. El resto de las variables utilizadas para esta sección fueron calculadas a partir de la agregación entre agosto de 2020 y diciembre de 2021.

Lo anterior, conversa en paralelo con los hallazgos cualitativos producto de los grupos focales en siete municipios del país y las entrevistas a profundidad a 12 expertos y expertas en temas de envejecimiento y vejez.

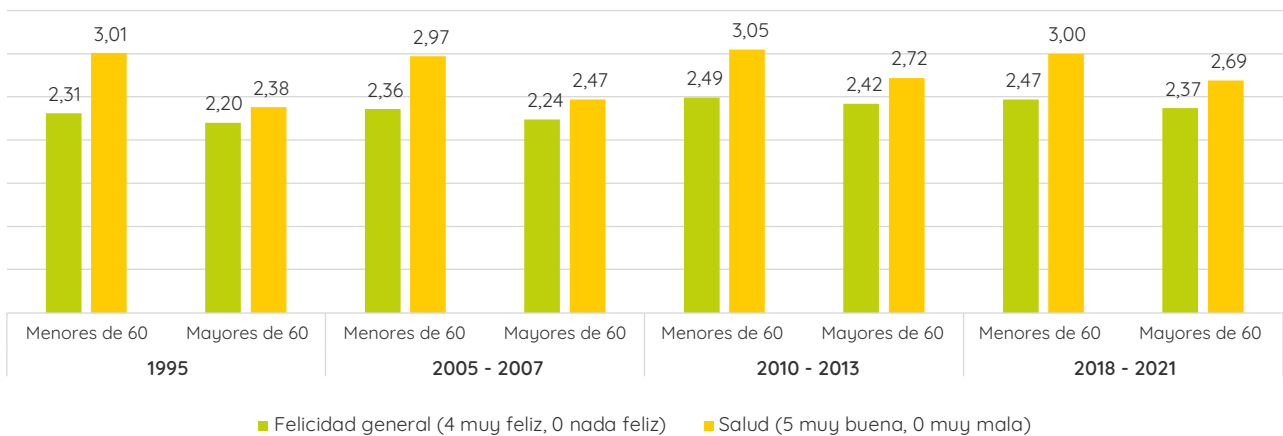
6.4.1. La satisfacción con la vida como indicador de bienestar

Vivir bien está determinado por diferentes elementos, tal y como se ha visto a lo largo de esta investigación se puede

profundizar desde la salud, la educación, el cuidado, los cambios demográficos, la seguridad económica. Sin embargo, es en la satisfacción auto percibida, que cada persona tiene de estas dimensiones, que se

determina la satisfacción con la vida. La Encuesta Mundial de Valores (EMV) muestra que los viejos evidencian mayores niveles de felicidad y satisfacción con la vida y la situación económica.

Figura 1. Nivel de felicidad de las personas mayores y menores de 60 años

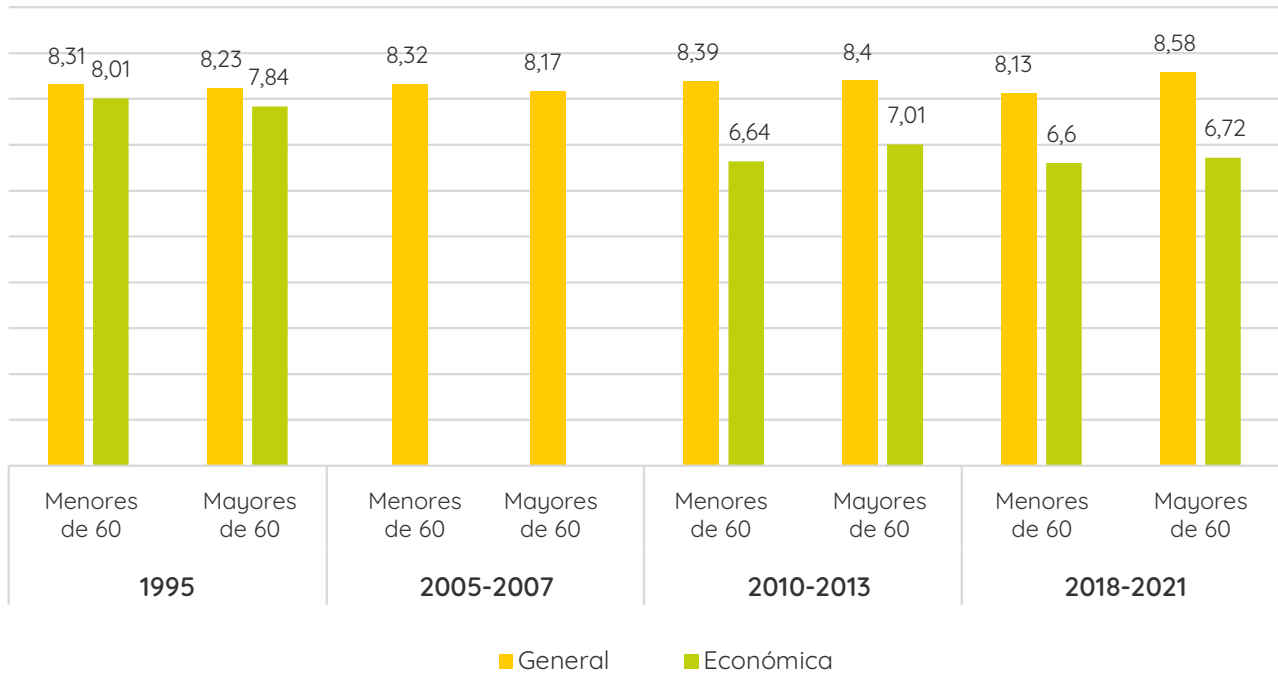


Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

Asimismo, en la última ola anterior a la pandemia, las personas mayores se mostraron más satisfechas con su situa-

ción en general y levemente más satisfechos con su situación económica.

Figura 2. Nivel de satisfacción con la vida y la situación económica de personas mayores y menores de 60 años

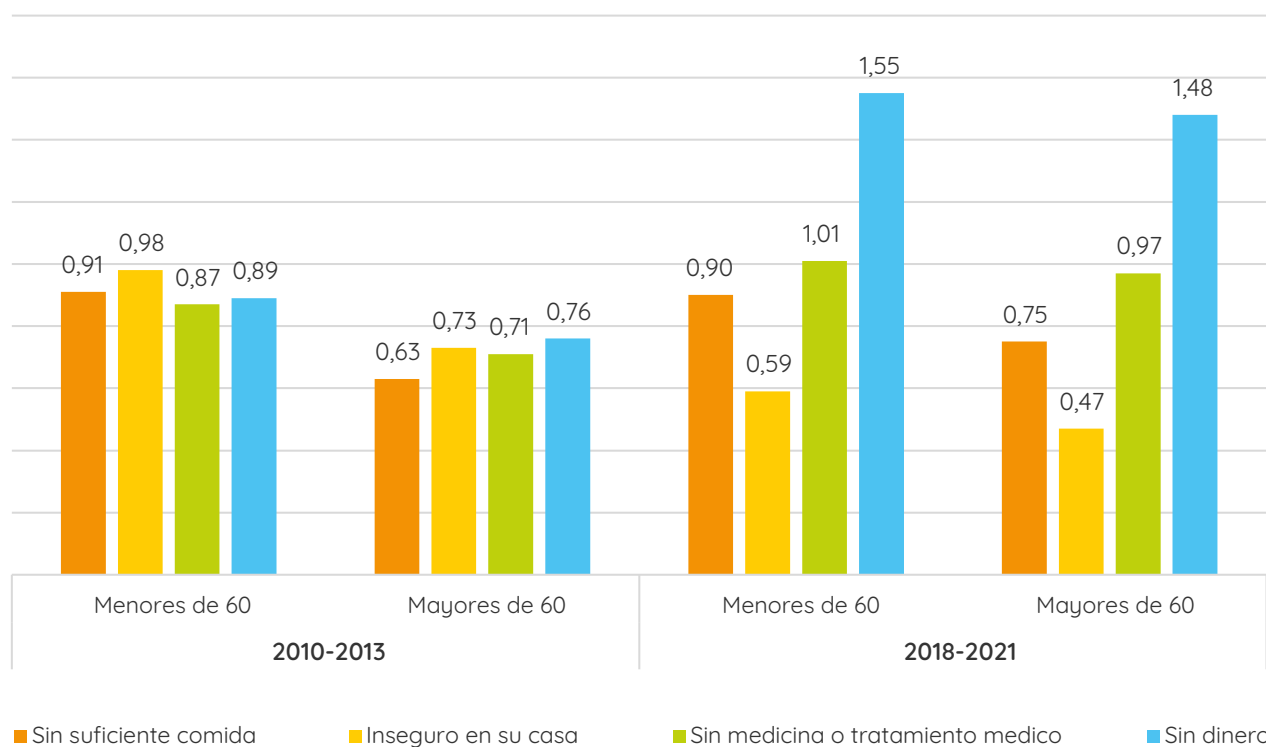


Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

Al preguntar en los últimos 12 meses qué tanto usted o su familia ha estado en distintas situaciones (donde 0 es nunca y 3 es frecuentemente), se observa que hay un incremento de la ola 6 a la ola 7 en donde los encuestados

reportaron que no ha tenido suficiente medicina y se ha quedado sin dinero, siendo esta última la de más incremento. Los niveles de percepción son similares entre menores de 60 años y personas mayores.

Figura 3. Preocupaciones de las personas mayores y menores de 60 años

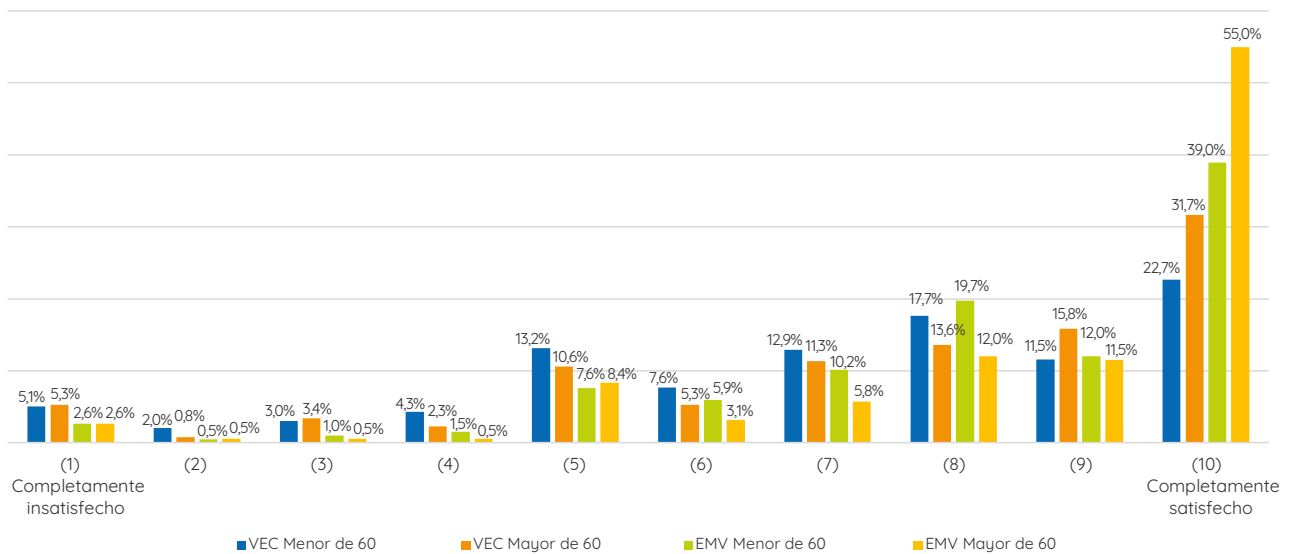


Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

Por su parte, la Encuesta de Valores en Crisis (en adelante VEC) aporta a la comprensión de la satisfacción con la vida como indicador de bienestar, pues en una segunda categoría de la definición de bienestar subjetivo se relaciona con el bienestar material y es sin duda, una variable de interés a la hora de iden-

tificar los efectos de la pandemia sobre las personas mayores. En la dimensión de bienestar material, los menores de 60 años se muestran menos satisfechos con su situación financiera y han sentido con más rigor los efectos de la pandemia en cuanto a pérdida de trabajo o cierre de negocio.

Figura 4. Percepción de satisfacción con la vida desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años

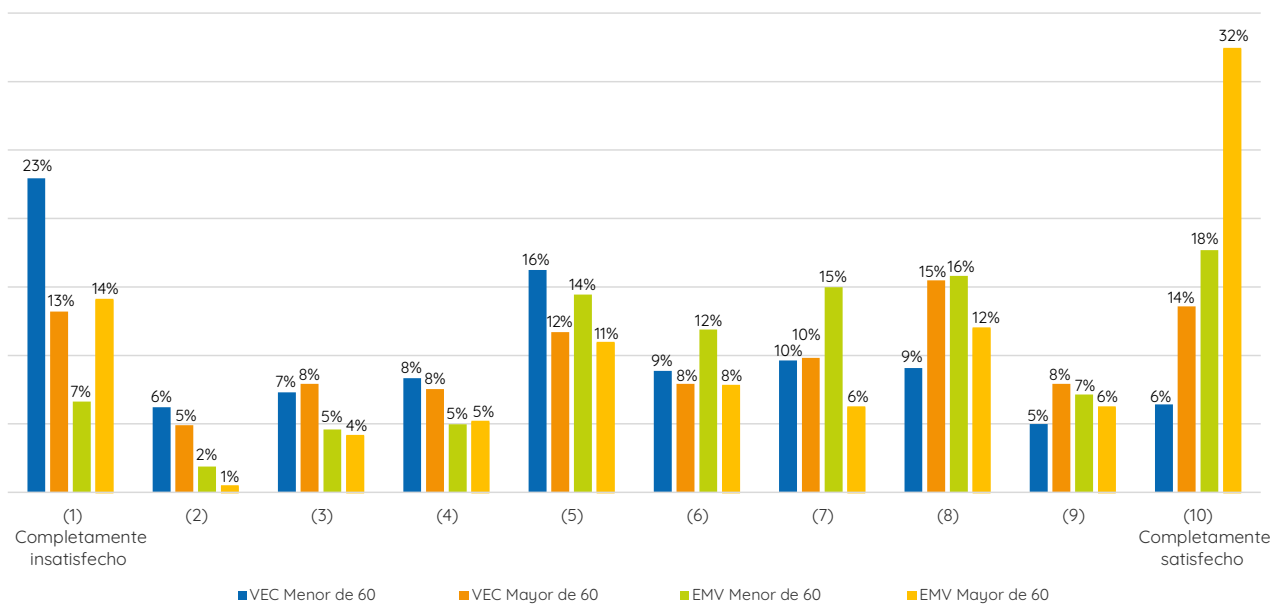


Fuente: Encuesta de Valores en Crisis (VEC) 2020.

En relación a la satisfacción financiera, el primer hallazgo indica que en la encuesta VEC la población menor de 60 años se siente más insatisfecho con su situación financiera que personas de más de 60 años (este porcentaje incluso duplica la insatisfacción en

los mayores). El segundo resultado relevante, se presenta en la EMV en donde la población mayor de 60 años se sentía completamente satisfecha con su situación financiera en más del doble que lo que se sienten satisfechos para VEC (32,5% vs. 13,6%).

Figura 5. Percepción de satisfacción con situación financiera desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años

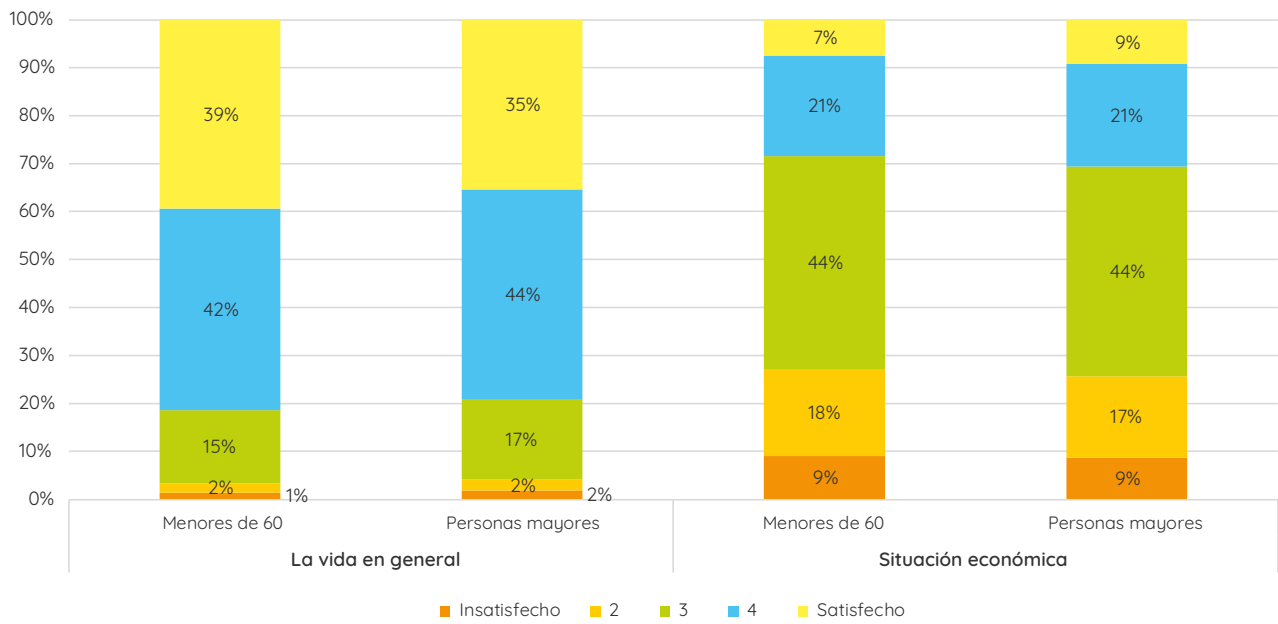


Fuente: Encuesta de Valores en Crisis (VEC) 2020.

A su vez, en los resultados de la Encuesta Pulso Social (EPS) la satisfacción con la vida y la situación económica no difiere significativamente entre los menores y los mayores de 60 años, aunque los porcentajes de mayor satisfacción con la vida son 4 puntos porcentuales inferiores entre las

personas mayores, y los porcentajes de mayor satisfacción con la situación económica son 2 puntos porcentuales superiores entre las personas mayores; sin embargo, la mayoría de las personas mayores evalúa su situación económica en niveles intermedios entre la satisfacción y la insatisfacción.

Figura 6. Satisfacción con la vida y la situación económica

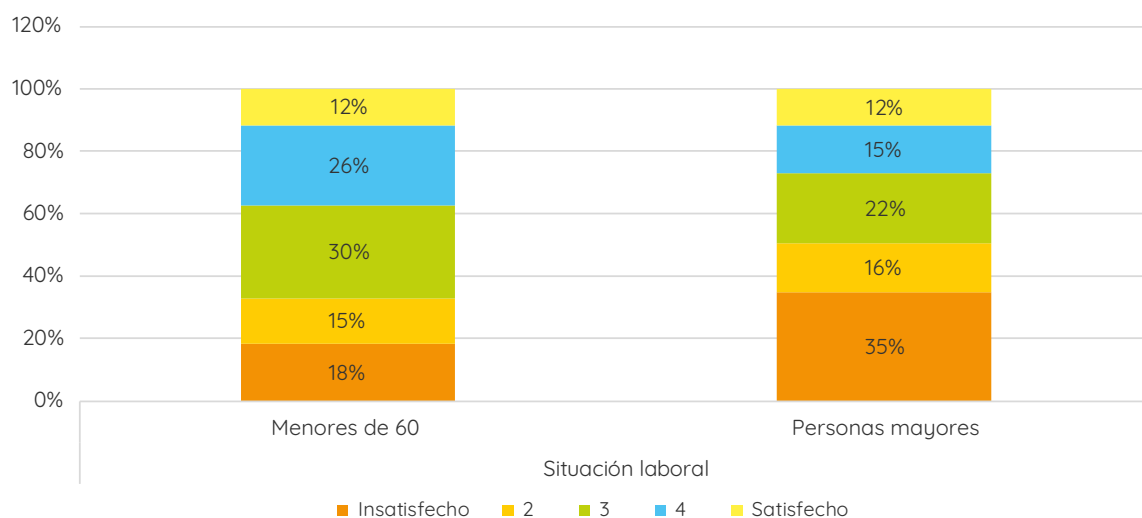


Fuente: DANE Encuesta Pulso Social (EPS) 2021.

Sin embargo, las personas mayores manifiestan una mayor insatisfacción en relación con su situación laboral. Mientras que 18 de cada 100 personas menores de

60 años expresan que se sienten totalmente insatisfechos con su situación laboral, 35 de cada 100 personas mayores de 60 años expresan lo mismo.

Figura 7. Satisfacción con la situación laboral

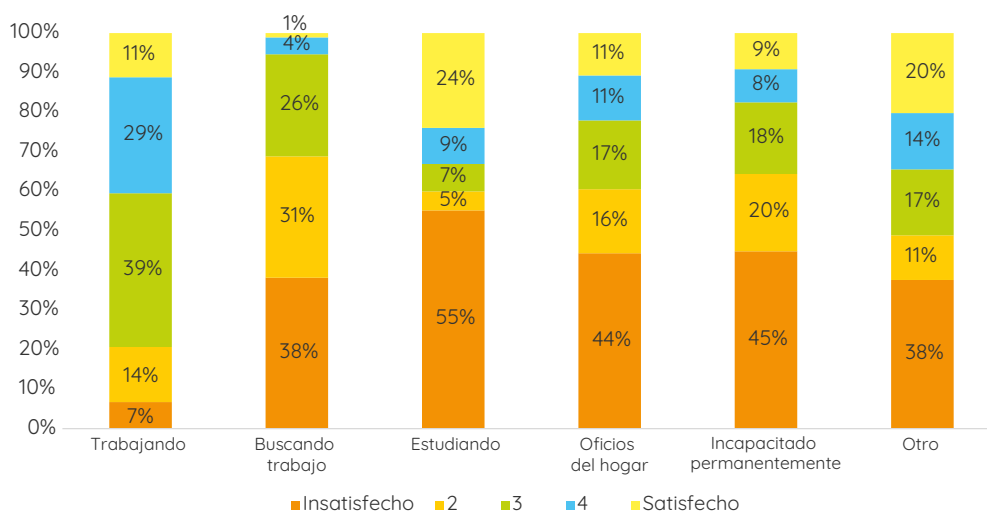


Fuente: Encuesta Pulso Social (EPS) 2021.

Las personas mayores que están trabajando tienden a manifestar una menor insatisfacción respecto a su situación laboral, mientras que la plena insatisfac-

ción es mucho mayor entre aquellos que están buscando empleo, estudiando, realizando oficios del hogar o incapacitados permanentemente para trabajar.

Figura 8. Satisfacción con la situación laboral por tipo de ocupación

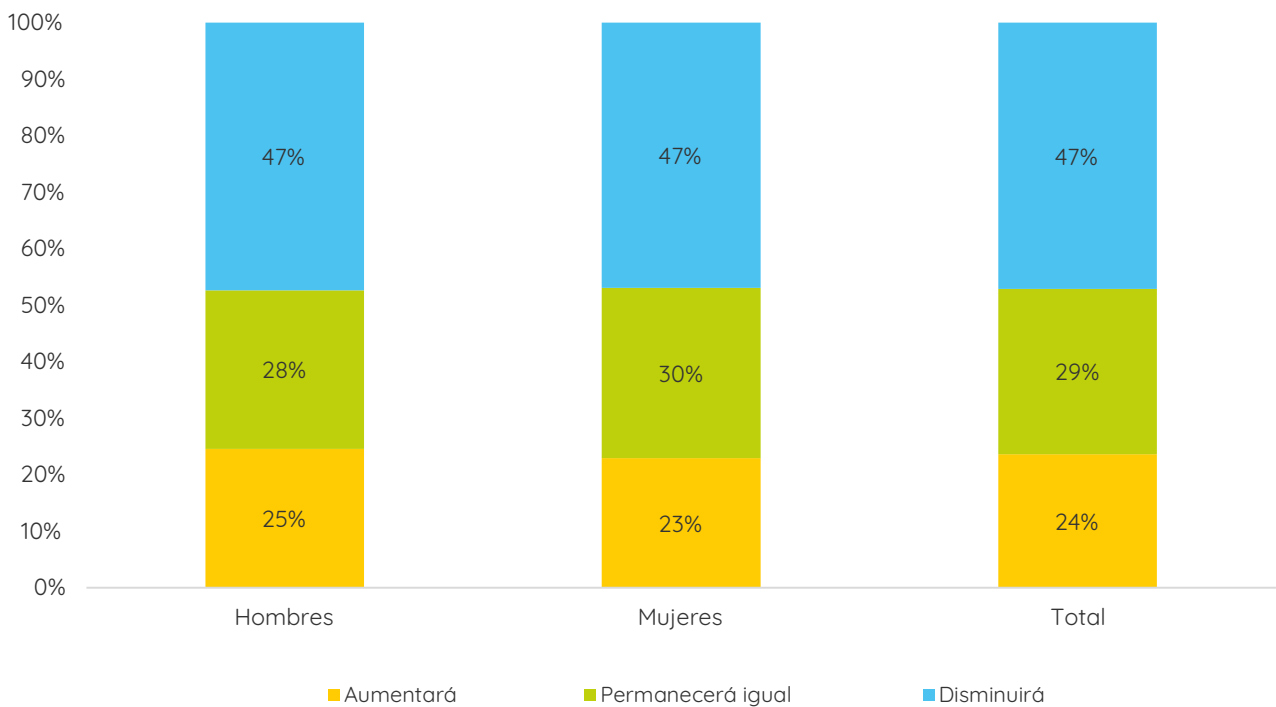


Fuente: DANE Encuesta Pulso Social (EPS) 2021.

La mayor insatisfacción es consistente con una evaluación prospectiva menos optimista de la situación del empleo en el país. La mayoría de las personas mayores considera que el empleo

durante los próximos 12 meses disminuirá. Por sexos, no hay diferencias significativas respecto al mercado laboral entre hombres y mujeres mayores de 60 años.

Figura 9. Expectativas de las personas mayores respecto al empleo a 12 meses



Fuente: DANE Encuesta Pulso Social 2020-2021.

Al triangular en paralelo estos hallazgos, se encontró que en los grupos focales las personas mayores identifican barreras laborales por la edad y por el deterioro de su estado salud, este tipo de

discriminación se convierte en una perspectiva negativa para la etapa de vejez, que incide de manera importante en la satisfacción de los mayores con la vida que tienen.

“Yo a la edad que tengo ya me toca en la casa, estoy enferma, tengo diabetes, entonces ya como dicen no puedo trabajar porque de todas maneras... lo uno, no le dan a uno trabajo”.

(GF, hombres y mujeres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Tunja).

“Ya cuando uno cumple cincuenta años ya nadie le quiere dar trabajo a uno y uno se siente bien y puede desempeñar bien su trabajo. Nada no hay apoyo alguno, nos rechazan, lo rechazan a uno por viejo”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Barranquilla).

Aunque la mayoría de las personas participantes afirman recibir apoyo de sus familias, no se sienten cómodas porque consideran que son personas que aún puede dedicar su tiempo a realiza algún tipo de actividad, porque son personas funcionales y proactivas.

“Los hijos colaboran, pero eso no es lo mismo que tener uno su capital (...) después de los 60 no lo están recibiendo a uno en ningún lado”.

(GF, hombres y mujeres, mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Tunja).

“Pienso yo que todavía podemos seguir produciendo, incluso de sesenta, setenta, de pronto hasta los ochenta años”.

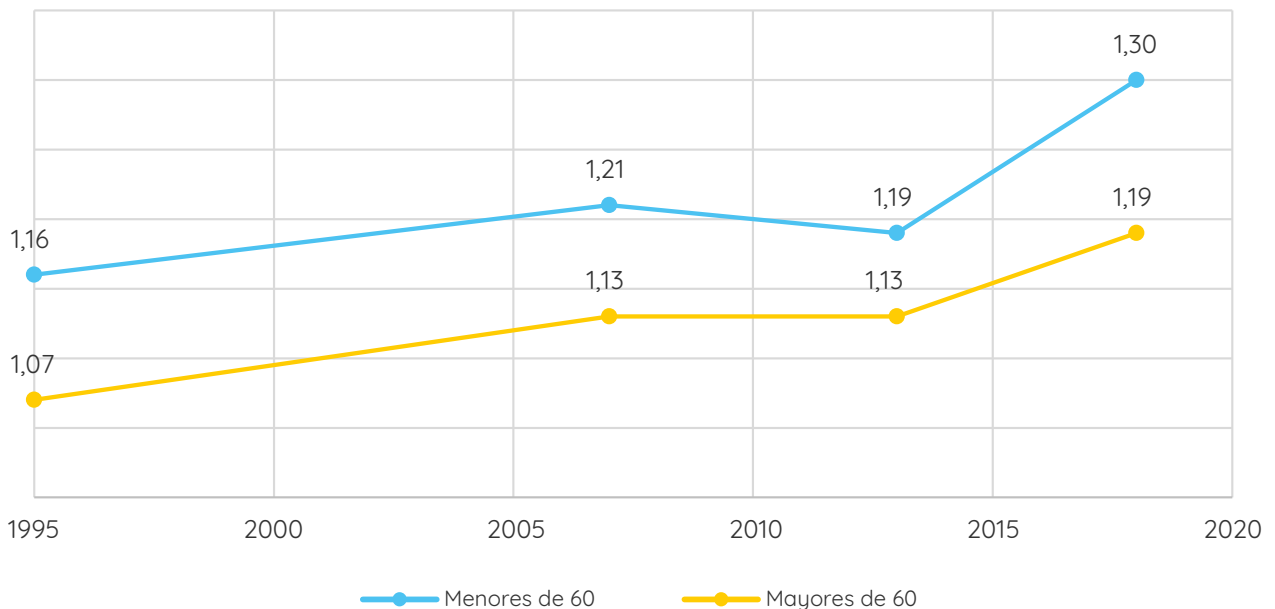
(GF, hombres y mujeres, intergeneracional, estratos 1 y 2, Barranquilla).

Así pues, comprender las dinámicas de bienestar desde la satisfacción con la vida, esta atravesado por factores de percepción económica mediados por las relaciones y las redes de apoyo que permiten o no autonomía en el momento de la vejez. Además, se hizo evidente tanto en lo cuantitativo como cualitativo que la pandemia disminuyó la satisfacción con la vida de las personas mayores.

6.4.2. La espiritualidad es bienestar y promueve la participación social

Un segundo elemento transversal a la conceptualización de bienestar y buen vivir que se determina por la posibilidad de participar en escenarios sociales es la posibilidad de practicar la espiritualidad. La Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021, demuestra que, las personas entre más religiosas, acuden de manera más frecuente a estos espacios y confían más en las organizaciones comunitarias.

Figura 10. Nivel de religiosidad en personas mayores y menores de 60 años

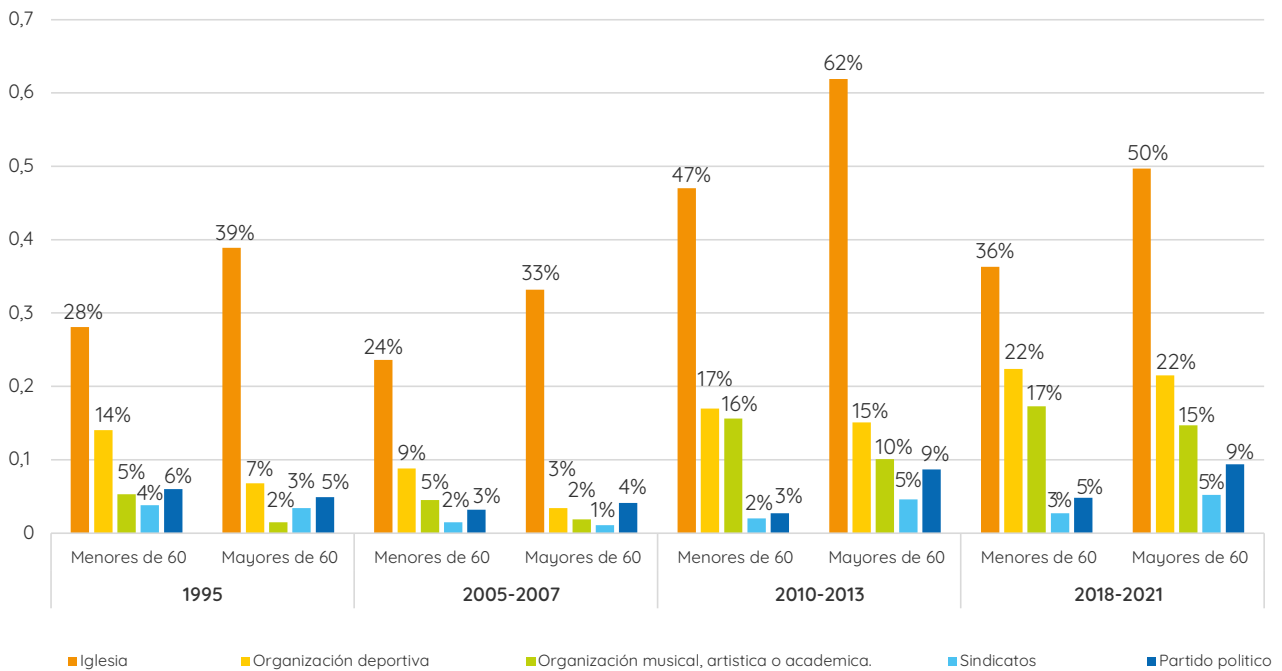


Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

De hecho, las personas mayores reportan mayor participación en organizaciones tradicionales como las iglesias. Aunque la mayoría de encuestados que

dicen pertenecer a una organización pertenecen a una iglesia, los mayores de 60 años tienen más participación que los menores de 60 años.

Figura 11. Participación en organizaciones en mayores y menores de 60 años

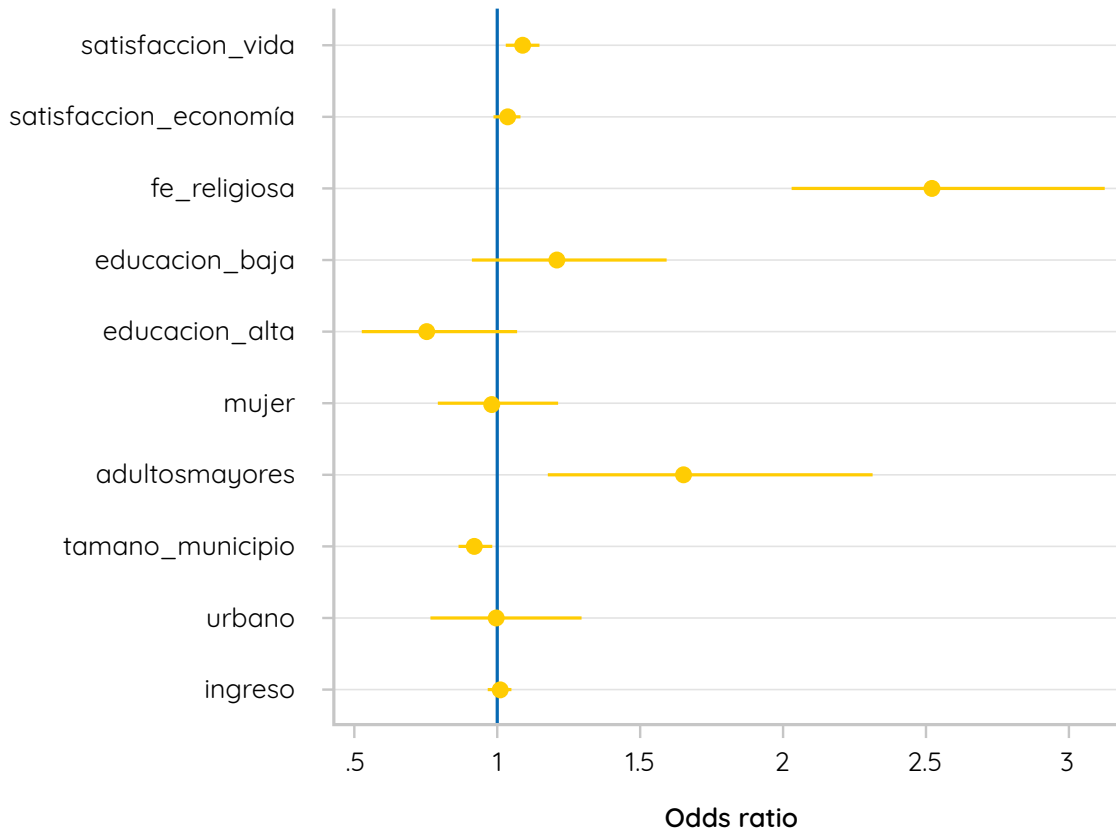


Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

Tanto así, que cuando se revisa la confianza en organizaciones, la figura señala que ser persona mayor incrementa las posibilidades en más de 150% de confiar en la iglesia. También aumenta la confianza en

la iglesia tener mayores niveles de satisfacción con la vida y tener fe religiosa. Por otra parte, vivir en municipios de mayor tamaño reduce la confianza en una iglesia independiente de la religión que se profese.

Figura 12. Modelo de regresión logística con confianza en la iglesia como variable dependiente

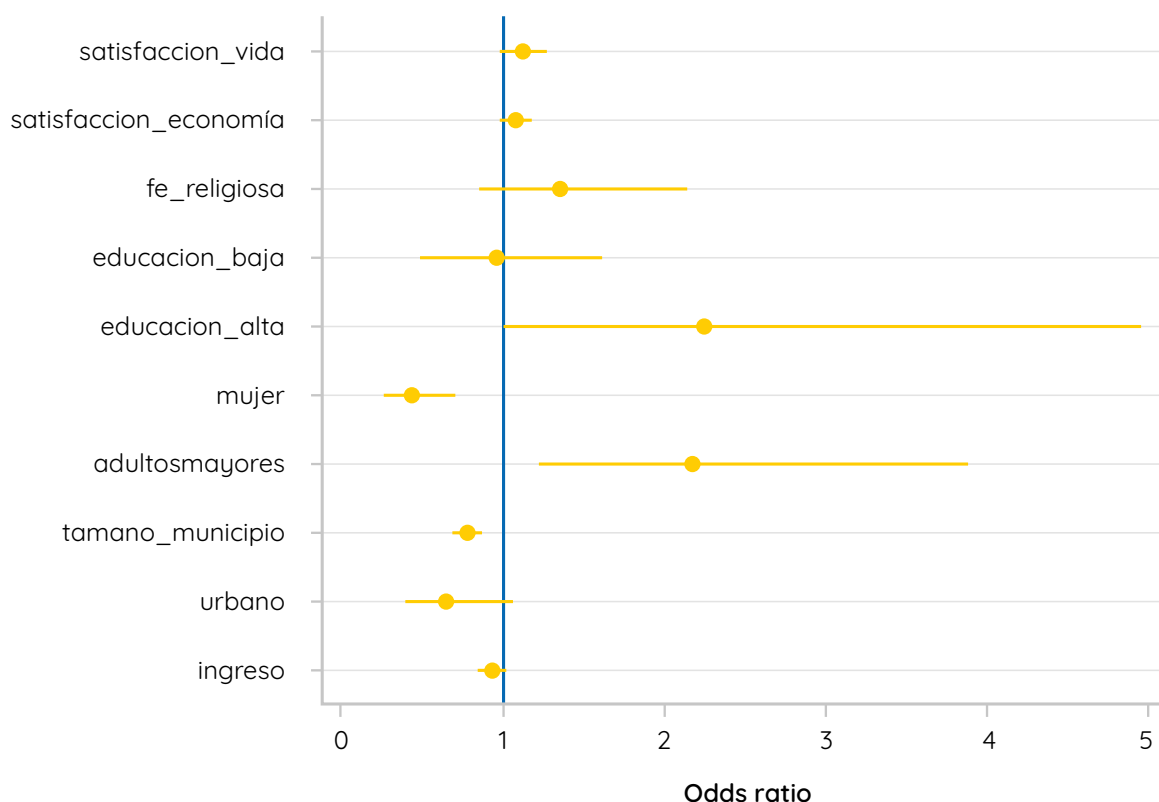


Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

En general, las personas mayores participaban más en organizaciones antes de la pandemia, con especial énfasis en organizaciones religiosas y partidos políticos. De manera consecuente con los mayores niveles de confianza de los viejos en organizaciones religiosas, también se observa

que el ser persona mayor incrementa las probabilidades de participar en este tipo de asociaciones. Aquellos individuos que tienen altos niveles de satisfacción con la vida, las mujeres, personas de municipios pequeños y que profesen fe religiosa también participan más de estas organizaciones.

Figura 13. Modelo de regresión logística con participación en organizaciones religiosas como variable dependiente

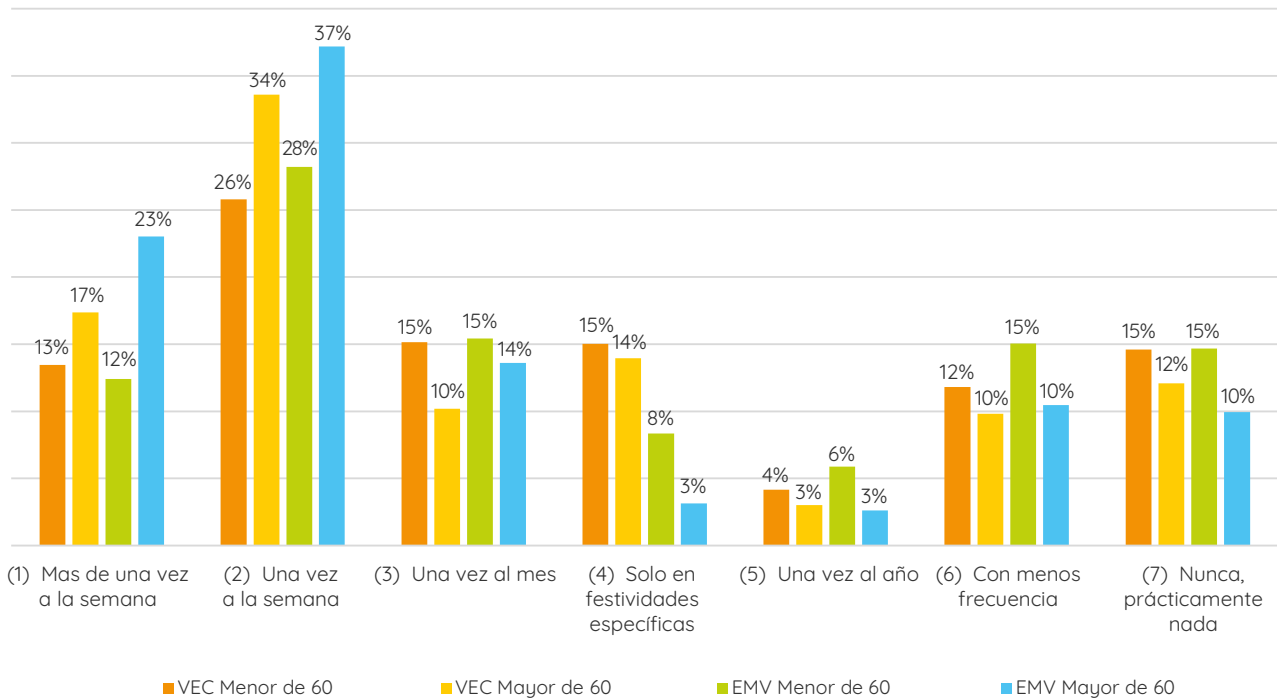


Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

Por su parte, la VEC (2021) refieren que las personas mayores han estado más involucradas en actividades religiosas, aunque se ve un descenso en relación a la EMV en la frecuencia en que asisten a este tipo de escenarios. Pues en cuanto a actividades personales que se hacen en tiempo de ocio, es notoria la alta religiosidad de los mayores. El 39% de menores de 60 años y el 51% de personas mayores

va al menos una vez a la semana a la iglesia o eventos religiosos durante la pandemia. Antes de la pandemia este porcentaje era del 60% para personas mayores y 40% para menores de 60 años. Probablemente a causa de las restricciones en el confinamiento, también se observa que los mayores aumentaron su participación en eventos religiosos que sean de festividades específicas pasando del 3% al 14%.

Figura 14. Frecuencia de asistencia a eventos religiosos desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años



Fuente: Encuesta de Valores en Crisis (VEC) 2020.

Cualitativamente se encontró que, la espiritualidad que en la mayoría de los casos refiere al credo religioso no solo se convierte en un espacio de participación sino también se convierte en un mecanismo de resiliencia para afrontar situaciones difíciles como son los cambios a

causa de la pandemia. Además, la espiritualidad es el medio de socialización favorito especialmente en las personas mayores de 60 años. Para algunos sujetos pertenecer a alguna comunidad religiosa les posibilita tener reconocimiento social.

“Gracias a Dios nos llegaron cosas inesperadas de toda la familia y de personas que uno pensaría que están muy distantes socialmente y económicamente nos compartieron su ayuda, entonces le agradezco a Dios por eso”.

(GF, hombres y mujeres, mayores de 60 años estratos 1 y 2, Manizales).

“A veces los hijos traen una compra o me mandan de la iglesia donde ellos pertenecen; bueno y ahí en la vivienda estamos también donde una señora y ella nos da desayuno, almuerzo”.

(GF, hombres y mujeres, de 40 a 60 años, estratos 1 y 2, Barranquilla).

“Nosotros somos católicos y creyentes y la verdad siempre esa fe, esa esperanza de las cosas de Dios que sí nos ayuda a la pandemia terriblemente, incluso nos unió un poco más como familia, nosotros pues asistíamos a la parte religiosa, pero digamos que los domingos, no éramos como tan allegados a esa parte, pero ahorita a raíz de la pandemia sí, por lo menos nosotros algo que hicimos en toda la pandemia fue rezar el santo rosario todas las noches con mis hijos, todas las noches, ellos lo aprendieron a rezar (...) pero la verdad para nosotros sí fue una fortaleza muy grande”.

(GF, hombres y mujeres, de 41 a 59 años, estratos 3 y 4, Tunja).

“En mi comunidad por decir algo nos ayudábamos desde la iglesia, siempre nos daban ese apoyo, esa ayuda... Yo soy líder social entonces a veces me llamaba el pastor y me decía, hermana llegaron unos mercaditos para repartir a las personas, entonces qué hacíamos, a los ancianos, a los mayores siempre de primeras”.

(GF, mujeres mayores de 60 años, Quibdó).

Como se puede observar en las experiencias anteriores, la participación social en organizaciones religiosas y la práctica de la espiritualidad escogida por cada individuo está atravesada por la construcción de comunidad y bien común, reafirma la elección de valores individuales y promueve elementos de confianza institucional y grupal debido a la relevancia de la espiritualidad en el bienestar subjetivo y objetivo de los individuos. De ahí que ciertas personas mayores logren un beneficio mutuo de este tipo de instituciones, pues proporciona espacios para compartir con otros –en muchas ocasiones de su misma edad– y co-ayudarse.

6.4.3. Género, edad y raza: determinantes del bienestar en la vejez

Seguidamente, los diferentes análisis cuantitativos como cualitativos demostraron discriminaciones y desigualdades por género, edad y raza. De hecho, los grupos focales de personas mayores se hicieron diferenciados para mujeres y hombres, para evitar la baja participación de mujeres mayores en estos espacios de conversación, esto gracias al análisis de la **Misión Colombia Envejece** (2015) en la que se identificó este sesgo cultural.

La EMV (2021) muestra que aún existen retos para el avance de actitudes en pro de la igualdad de género. Al hablar de categorías de género se observa que, en ambos grupos de encuestados, se mantienen niveles similares de rechazo a actitudes que discriminan a las mujeres ola tras ola.

Figura 15. Percepciones de género en personas mayores y menores de 60 años

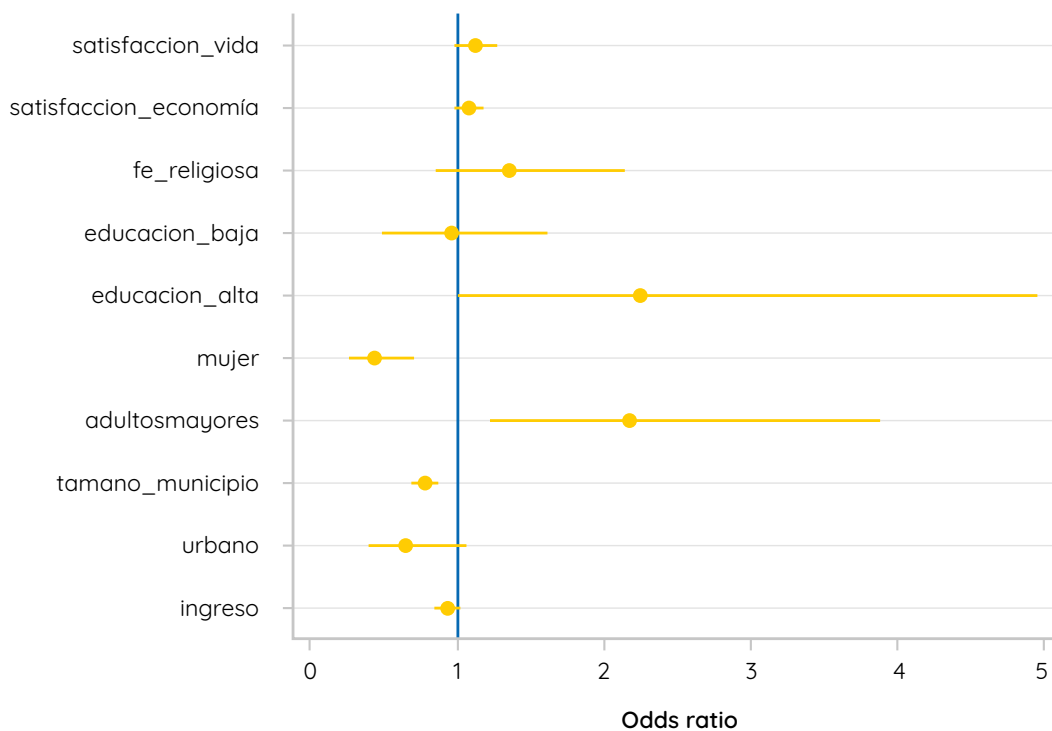


Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

Para revelar las disposiciones de los mayores a valores tradicionales, el modelo de la figura toma actitudes de género en el ámbito educativo con la variable “Una educación universitaria es más importante para un hombre que para una mujer”. Lo que se observa con este modelo es que ser mayor incrementa en casi tres veces las probabilidades de que se esté de acuerdo con esta afirmación que tiene rasgos de discriminación en el

ámbito educativo. Las personas con bajos niveles de educación, altos niveles de fe religiosa, hombres, menores ingresos y más satisfacción con su situación económica tienden también a respaldar en mayor grado esta afirmación. De hecho, durante los grupos focales, se encontró que los hombres tenían mayores claridades sobre la oportunidad de seguir estudiando a diferencia de las mujeres que no contemplaban esto como una opción.

Figura 16. Modelo de regresión logística con percepción sobre educación universitaria como variable dependiente



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

De manera similar se preguntó a los encuestados el nivel de acuerdo con la afirmación “En general, los hombres son mejores líderes políticos que las mujeres”. Los mayores también están de acuerdo en mayor medida con esta afirmación. En este sentido las implicaciones son críticas ya que implican la baja disposición a aceptar cambios en los patrones tradicionales y en la distribución de recursos y reconocimiento de derechos en una socie-

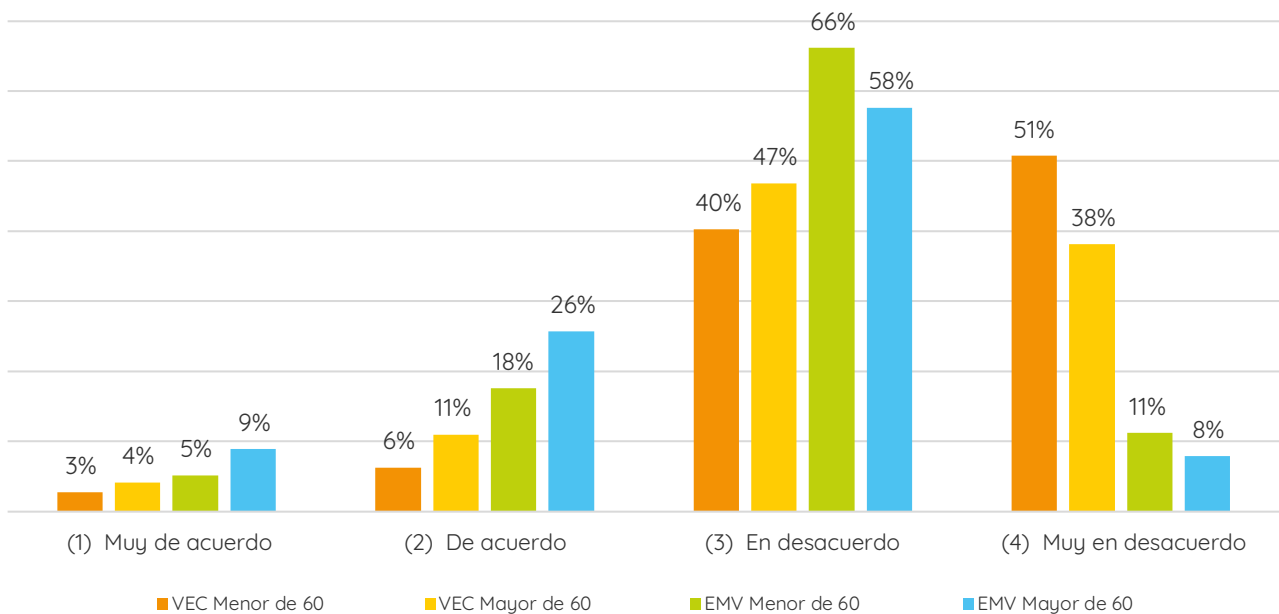
dad cambiante. Igual al modelo anterior, personas que tienen bajos niveles educativos y de menores ingresos, fe religiosa y hombres también tienden a aceptar más esta afirmación.

De la misma forma, en la encuesta de VEC los dos grupos (menores de 60 años y mayores de 60 años) presentan tendencias similares, con un área de especial atención es la discriminación en términos de actitudes de género puesto que las per-

sonas mayores encuestadas consideran en mayor medida que los hombres son mejores líderes políticos y tienen más derecho a la educación universitaria que las

mujeres, lo que es consistente con la EMV. Se observa como la pandemia profundizó actitudes tradicionales frente al género y la distribución social de oportunidades.

Figura 17. Percepción sobre liderazgo político y género desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años

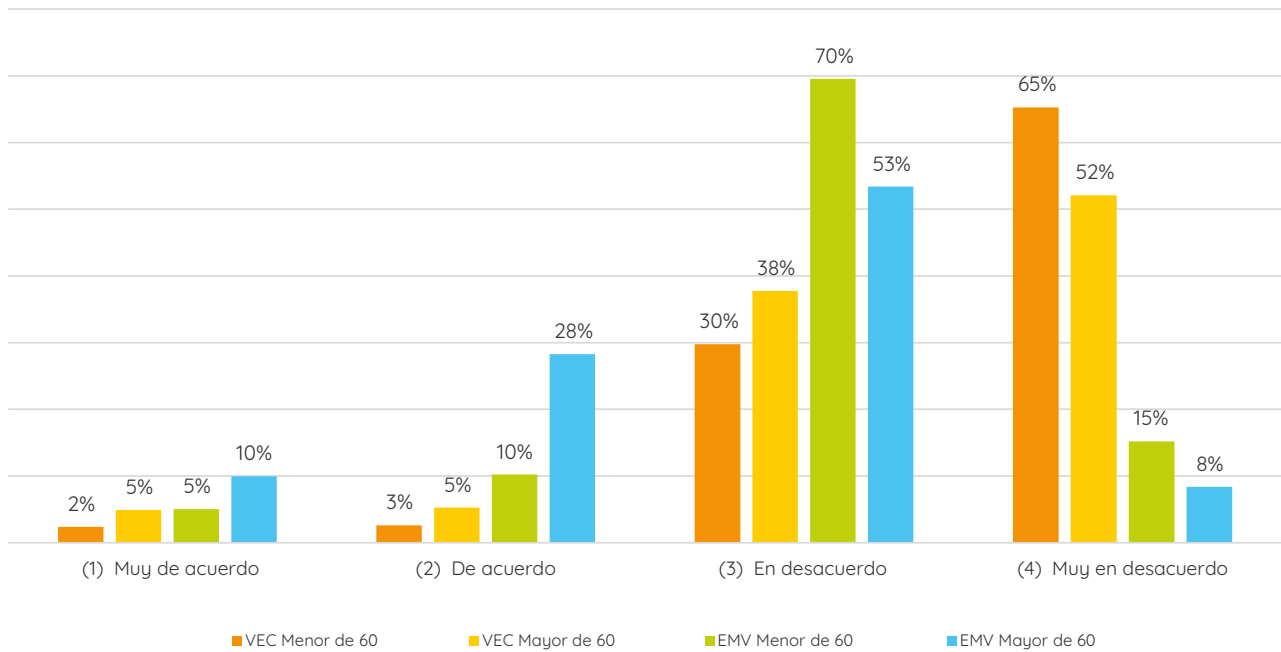


Fuente: Encuesta de Valores en Crisis (VEC) 2020.

Asimismo, se encontró que la pandemia no impactó actitudes discriminatorias de género en la población mayor. Frente a la frase que indica que la educación universitaria es más importante para un

hombre que para una mujer, en la EMV los menores de 60 años se muestran más “en desacuerdo”. En VEC esta misma población acrecienta su desacuerdo ya que el 65% se muestra “muy en desacuerdo”.

Figura 18. Percepción sobre educación universitaria y género desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años

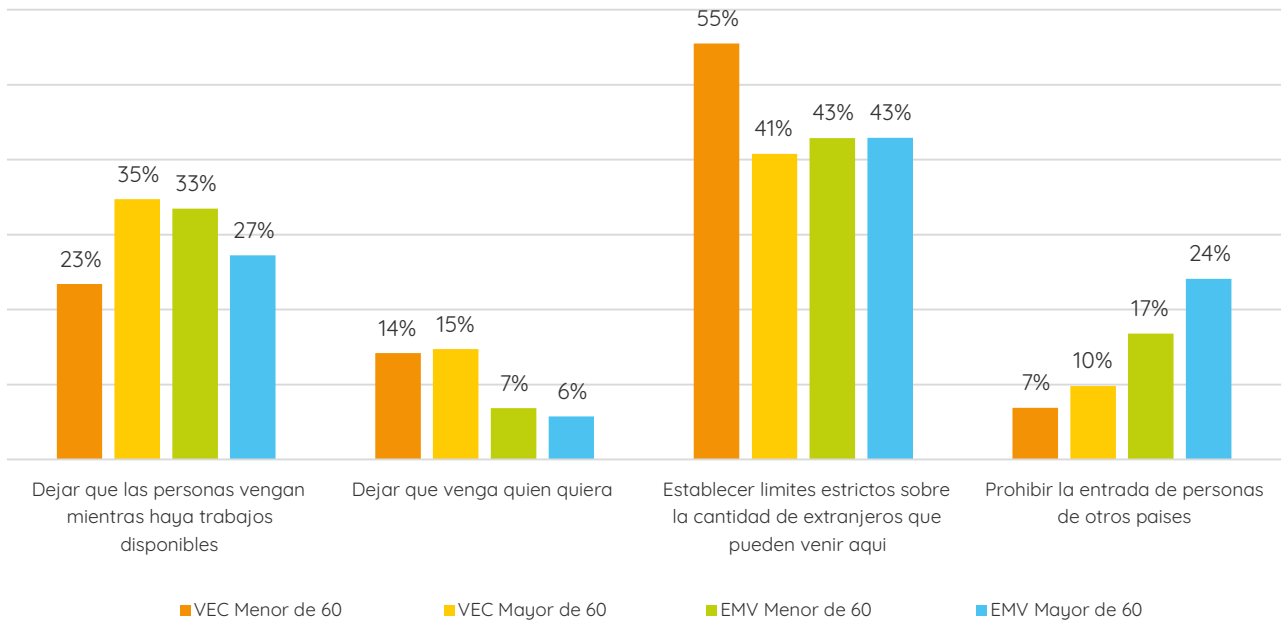


Fuente: Encuesta de Valores en Crisis (VEC) 2020.

En lo concerniente a la migración, se observa que, en las dos encuestas realizadas, ambos grupos tienen mayor favorabilidad a que la acción que debe tomar el gobierno sea “establecer límites estrictos sobre la cantidad de extranjeros que pueden venir al país”, siendo el grupo de VEC menor de 60 años el de mayor respaldo a esta estrategia

con un 55,5%. Aunque en la aplicación de la EMV los mayores eran más vehementes sobre “prohibir la entrada de personas de otros países” (24% frente al 17% de los menores de 60 años), se observa más tolerancia de esta población en medición de VEC para dejar venir personas que quieran y dejar entrar personas siempre y cuando haya empleos.

Figura 19. Percepción sobre inmigración laboral por menores/mayores de 60 años

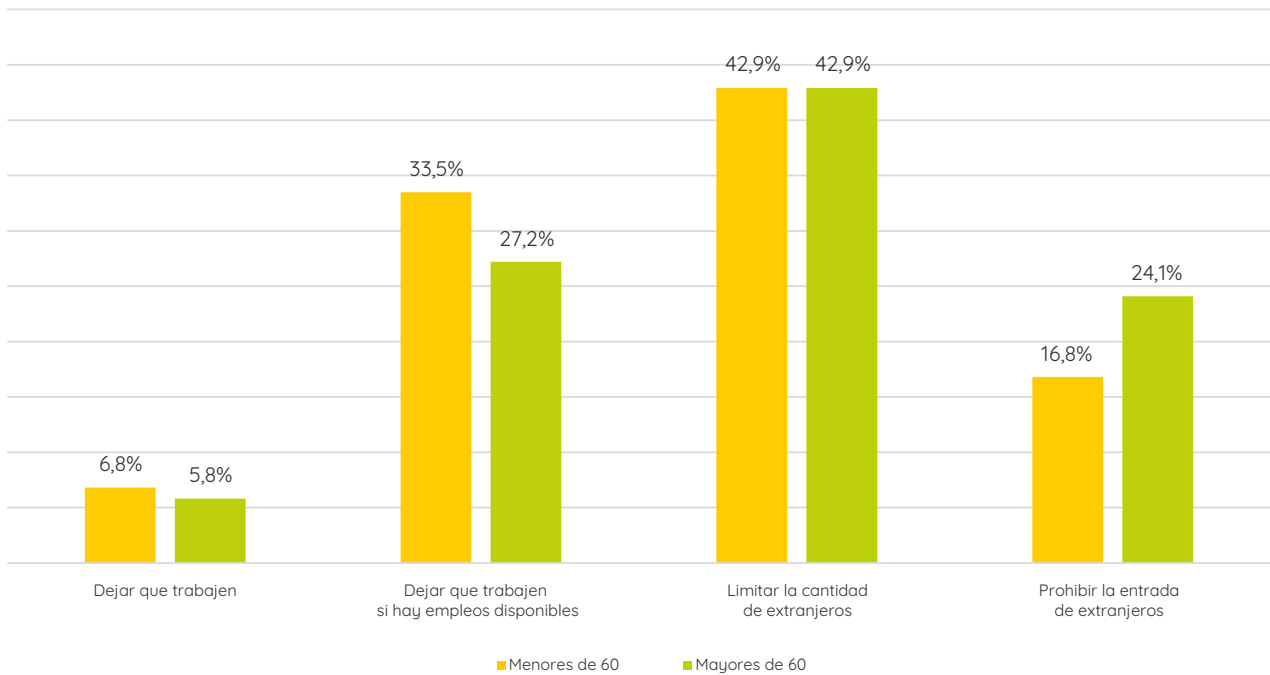


Fuente: Encuesta de Valores en Crisis (VEC) 2020.

Lo anterior, es consistente con la EMV (2021), pues en esta se identificó que los mayores tienen una postura menos abierta frente a la recepción de migrantes expresado en una mayor limitación del trabajo de inmigrantes. Una preocupación importante frente al cambio social tiene que ver con la

apertura de una sociedad a grupos nuevos que por diferentes factores externos plantean el dilema de integración de exclusión por su novedad. Se observa una posición aún moderada frente a los migrantes en el país, con una resistencia levemente mayor por parte de las personas mayores.

Figura 20. Percepciones de migración en mayores y menores de 60 años



Fuente: Encuesta de Valores en Crisis (EMV) 2021.

En suma, se identificaron varios aspectos relacionados con discriminación por edad o edadismo. La evidencia reciente muestra que la discriminación por edad afecta negativamente el bienestar de las personas mayores (Officer et al., 2020).

De este modo, en un estudio que incluyó a Colombia, se estimó la prevalencia global de la discriminación por edad hacia las personas mayores y se exploraron los posibles factores explicativos. Se incluyeron datos de 57 países que parti-

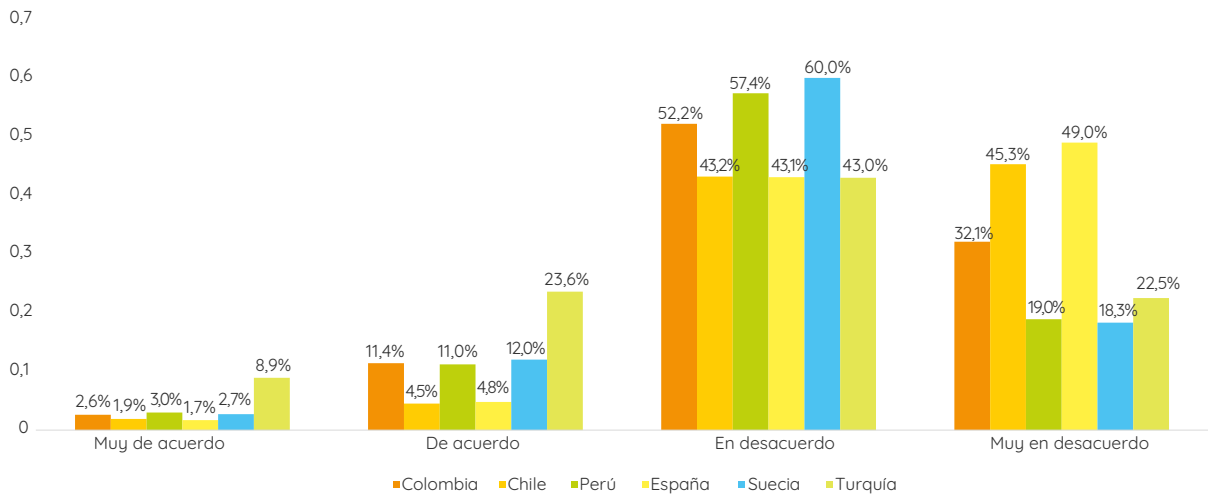
ciparon en la Ola 6 de la Encuesta Mundial de Valores. Se realizó un análisis de clases latentes multinivel para identificar distintas perfiles individuales y países. Los individuos se clasificaron en grupos con actitudes discriminatorias por edad: altas, moderadas o bajas. Y a los países como altamente, moderada o mínimamente discriminatorios, agregando las respuestas individuales. Los autores exploraron factores a nivel individual (edad, sexo, educación y riqueza) y a nivel contextual (esperanza de vida saludable, estado de salud de la población y proporción de la población mayor de 60 años) como posibles factores explicativos (Officer et al., 2020).

De los 83.034 participantes incluidos, el 44%, el 32% y el 24% se clasificaron con actitudes envejecimiento bajas, moderadas y altas, respectivamente. De los 57 países, 34 fueron clasificados como moderadamente o altamente discriminatorios. La probabilidad de que un individuo o un país sea mayor de edad se redujo significativamente por los aumentos en la esperanza de vida saludable y la proporción de personas mayores dentro su población. Ciertas características personales (edad más joven, ser hombre y tener una educación más baja) se asociaron significativamente con una mayor probabilidad de que un individuo tenga actitudes discriminatorias altas. Al menos una de

cada dos personas incluidas en ese estudio presentó actitudes de discriminación por edad, moderadas o altas. A pesar de la magnitud del problema y los impactos negativos en la salud, la discriminación por edad sigue siendo un problema de salud global que se ha desatendido (Officer et al., 2020).

Dicho estudio utilizó la muestra más grande hasta la fecha para examinar la discriminación por edad y reveló que es muy frecuente entre individuos y países, incluyendo a Colombia. La discriminación por edad, a pesar de su magnitud e impacto negativo en la salud y el funcionamiento de las personas mayores, aún no se considera una prioridad de salud pública. Ahora bien, al referirse la EMV a si las personas mayores reciben del gobierno más de lo que les corresponde, solo Turquía está parcialmente de acuerdo con esta afirmación en un 32,5%. Es interesante que el país que le sigue es Suecia con un 14,7% de personas que está de acuerdo o muy de acuerdo con esta situación. Posteriormente está Perú con 14,2% de encuestados, Colombia con un 14%, España con un 6,5% y Chile con un 6,4%.

Figura 21. Las personas mayores reciben del gobierno más de lo que les corresponde

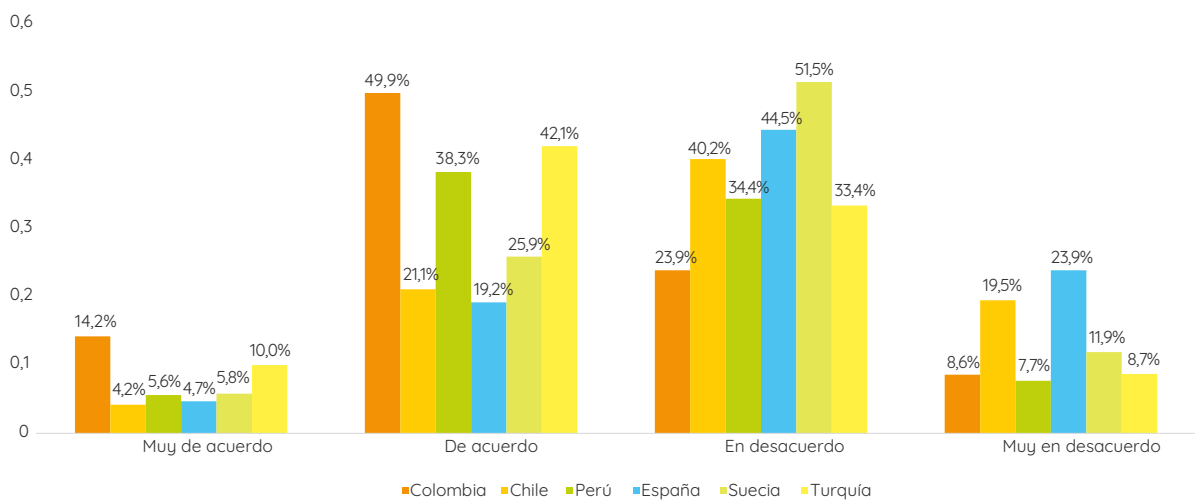


Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021

Una variable que muestra variaciones significativas entre los países es la referida a si los mayores tienen demasiada influencia política, dado que Colombia (64,1%) y Turquía (52,1%) están

mayoritariamente de acuerdo con esta hipótesis. A ellos le siguen Perú con un 43,9%, Suecia con un 31,7%, Chile con un 25,3% y España con un 23,9% de los encuestados.

Figura 22. Las personas mayores tienen demasiada influencia política

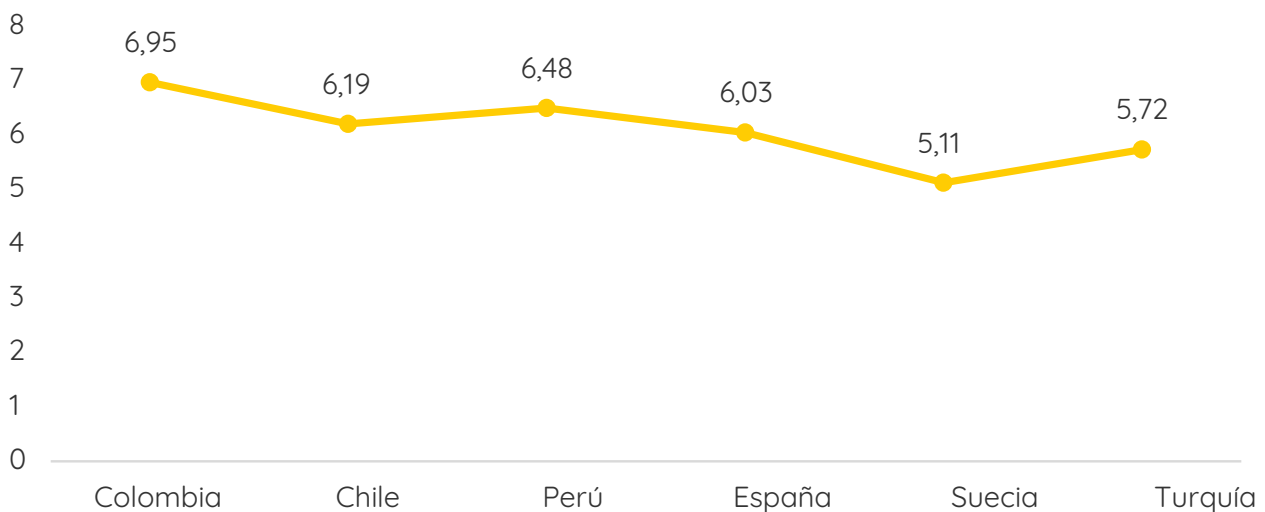


Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021

El último bloque de preguntas de este apartado sobre personas mayores está relacionado con si se aceptaría que una persona de alguno de este grupo fuera designada como jefe en un ámbito laboral. En una escala donde 1 es “completamente inaceptable” y 10 es “completamente

aceptable”. Si la situación hipotética involucrara a una persona de 70 años, Colombia seguiría siendo el país que más aceptaría esta situación con un coeficiente de 6,95, seguido por Perú con 6,48. En un nivel medio de aceptación se encuentra Turquía con 5,72 y Suecia con 5,11.

Figura 23. Qué tan aceptable o inaceptable es que se designe una persona de 70 años de edad, adecuadamente calificada, como su jefe



Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021

6.4.4. Confianza local y global

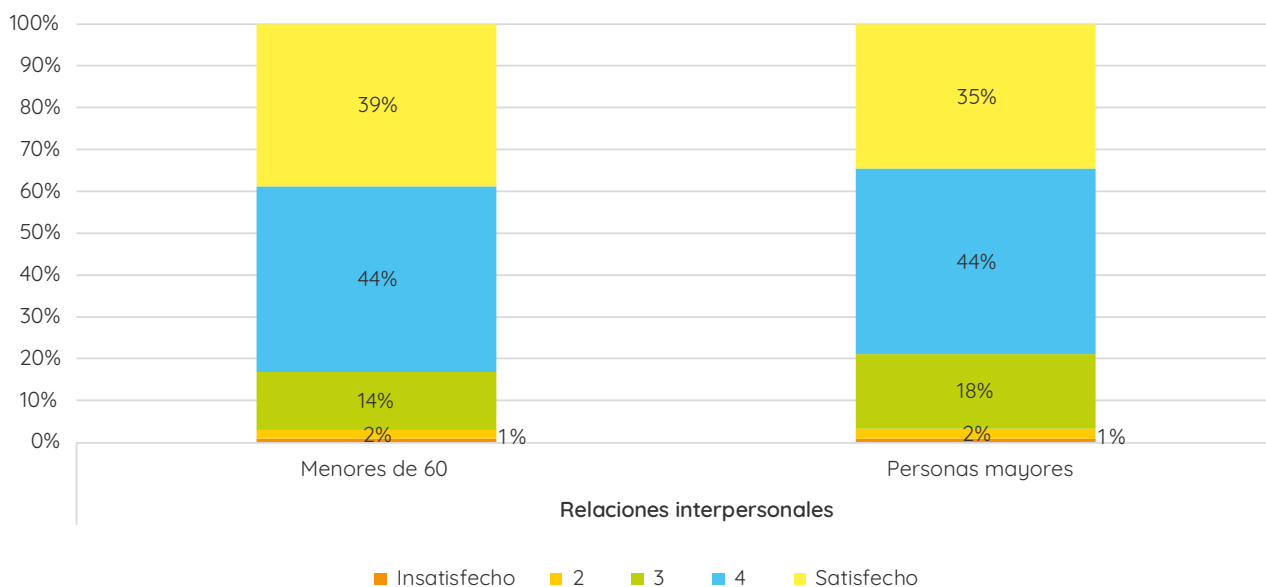
Ahora bien, dentro de las diferentes encuestas se encontró que la confianza es constituida por varios niveles y percibida de diferentes formas. Se puede des-

cribir como confianza local y global, o como confianza en un nivel micro, meso y macro. A nivel micro, es posible encontrar y determinar la satisfacción con las relaciones interpersonales y confianza en otros a través de la Encuesta de Pulso

Social (EPS-2021), aunque no hay diferencias significativas entre los dos grupos etarios, la mayor parte de las personas mayores manifiestan en promedio una satisfacción ligeramente inferior con sus relaciones interpersonales que la que

manifiestan las personas menores de 60 años. El porcentaje de plena satisfacción de las mujeres con sus relaciones interpersonales es 2,5 puntos porcentuales mayor que el de los hombres (35,6 % vs. 33,1 % respectivamente).

Figura 24. Satisfacción con sus relaciones interpersonales

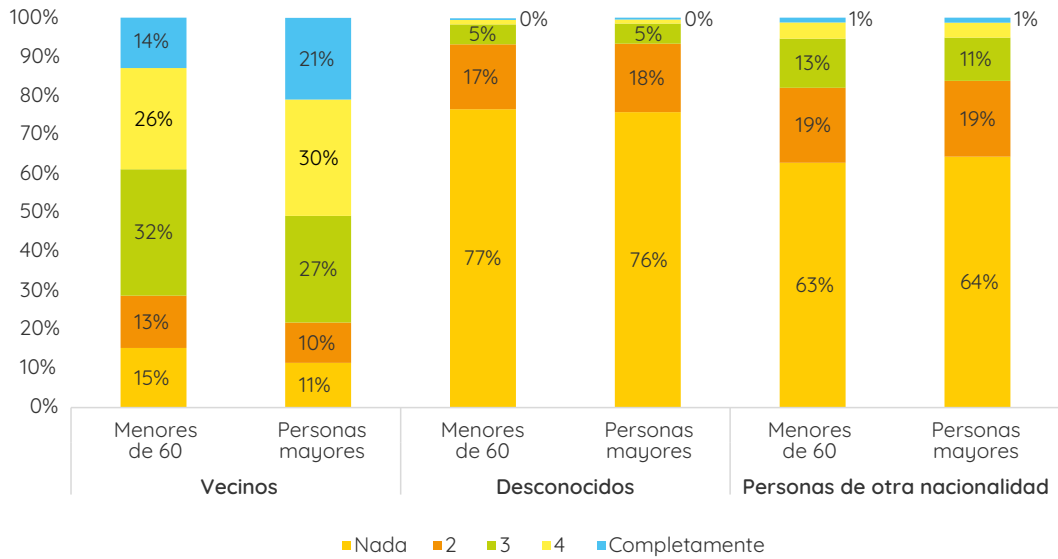


Fuente: Encuesta de Pulso Social (EPS) 2021.

Sin embargo, la confianza en los demás depende de las personas hacia las cuales se evalúe dicho comportamiento. Respecto a los vecinos, el porcentaje entre las personas mayores que manifiestan sentir una alta confianza es ligeramente

superior al correspondiente entre las personas menores de 60 años. Sin embargo, respecto a los desconocidos y a los extranjeros, tanto uno como otros expresan en una mayoría significativa una desconfianza plena o casi plena.

Figura 25. Confianza en otros

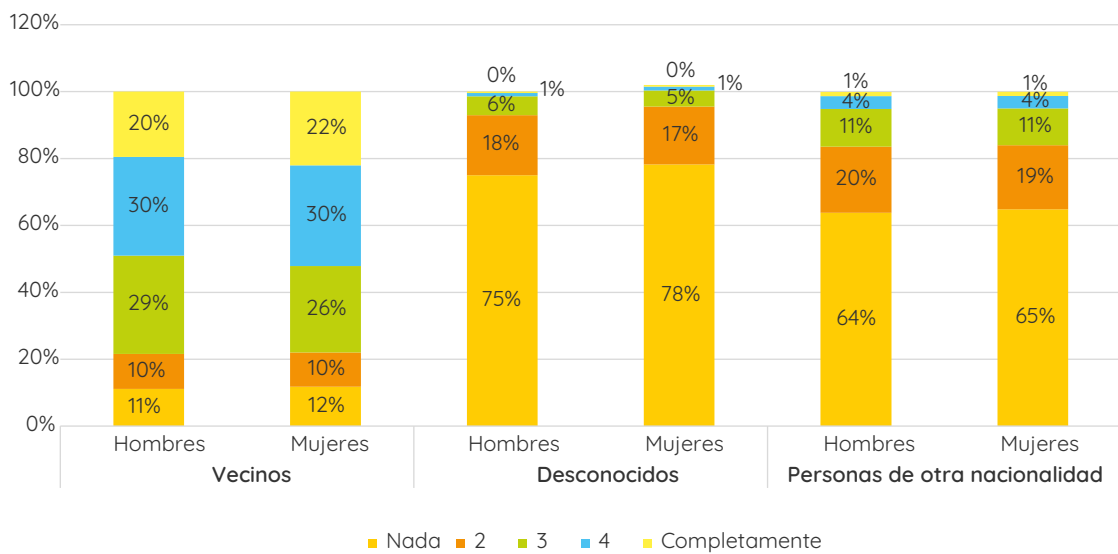


Fuente: Encuesta de Pulso Social (EPS) 2021.

Por sexos, las mujeres mayores de 60 años manifiestan una mayor confianza en sus vecinos y una mayor desconfianza

respecto a los desconocidos y a las personas de otras nacionalidades que los hombres en el mismo grupo etario.

Figura 26. Confianza de las personas mayores en otros



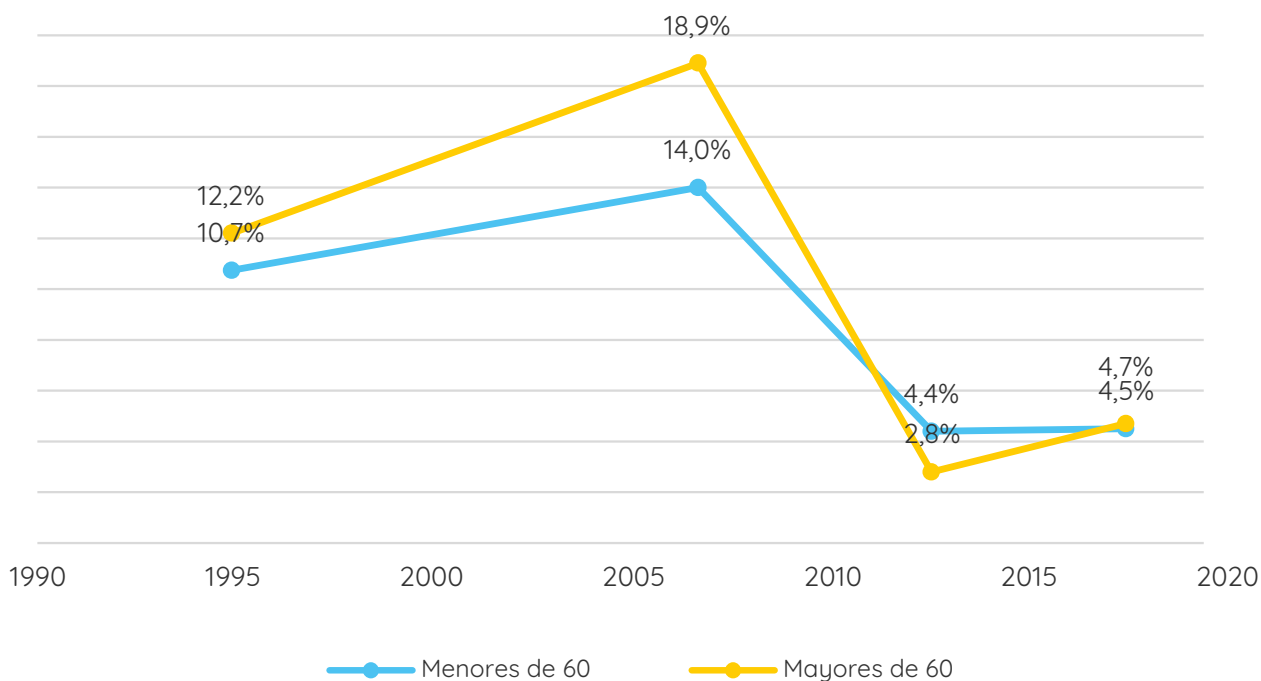
Fuente: Encuesta de Pulso Social (EPS) 2020-2021.

La mayor confianza en los vecinos no se traduce en una opinión más favorable respecto a las posibilidades de trabajo comunitario en sus entornos locales. La mitad de las personas mayores considera que es difícil o muy difícil organizarse con otros miembros de la comunidad para trabajar por una causa común. El porcentaje es similar en el grupo de menores de 60 años.

Asimismo, la ECV refiere que las per-

sonas mayores tienen más confianza a excepción de una ola, los mayores de 60 confían más en la gente que los menores de 60. La confianza en grupos es relativamente similar entre grupos, a excepción de los vecinos con los cuales las personas mayores tienen más confianza. Se observa que todos los grupos encuestados confían plenamente en su familia, seguido por los conocidos personalmente y los vecinos.

Figura 27. Confianza interpersonal en mayores y menores de 60 años



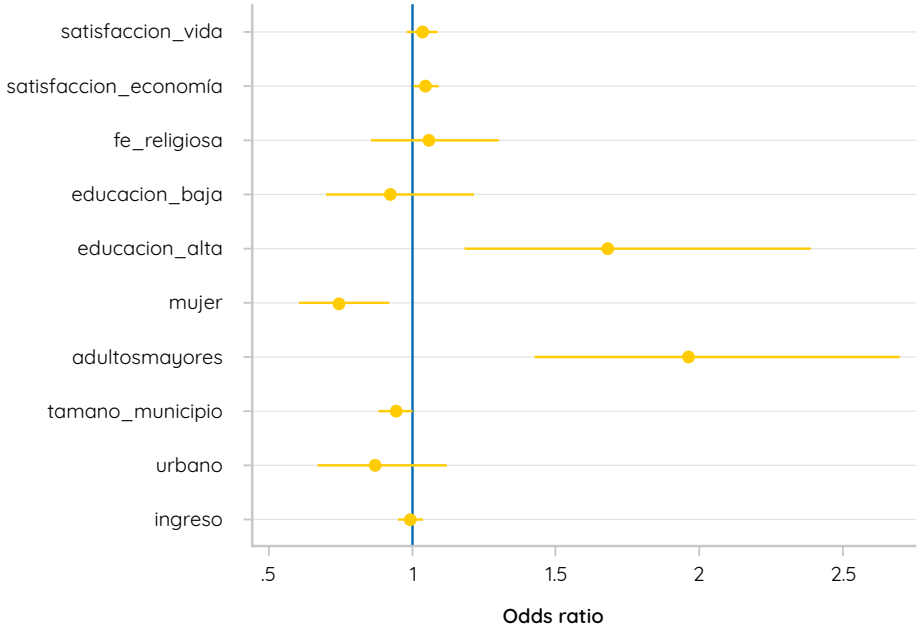
Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

Para la categoría de confianza se analizaron nueve modelos econométricos que tomaban como variables dependientes diferentes dimensiones y ámbitos de confianza: la confianza en general, confianza en la familia, en los vecinos, confianza en personas que se conoce personalmente, en aquellos que se conoce por primera vez, y confianza en organizaciones como la iglesia, la policía, el gobierno y el congreso. Las especificaciones que resultaron significativas fueron: confianza en los vecinos, en la iglesia, en la policía y en el gobierno, es decir, el nivel micro, meso y macro.

La siguiente figura muestra el cálculo de los odds ratio de distintas variables sobre

la variable de confianza en los vecinos. Los resultados señalan que ser adulto mayor incrementa en casi el doble las probabilidades de confiar en los vecinos. Estos factores resultan positivos para el envejecimiento si se piensa en la importancia de las conexiones sociales y la sensación de tranquilidad frente a otros como factores sociales protectores de la salud. También aumenta la confianza en los vecinos el tener niveles mayores de educación y estar satisfecho con la situación económica. Por el contrario, disminuye la confianza en este grupo el ser mujer, es decir, las mujeres confían menos en sus vecinos y vivir en municipios grandes.

Figura 28. Modelo de regresión logística con confianza en vecinos como variable dependiente

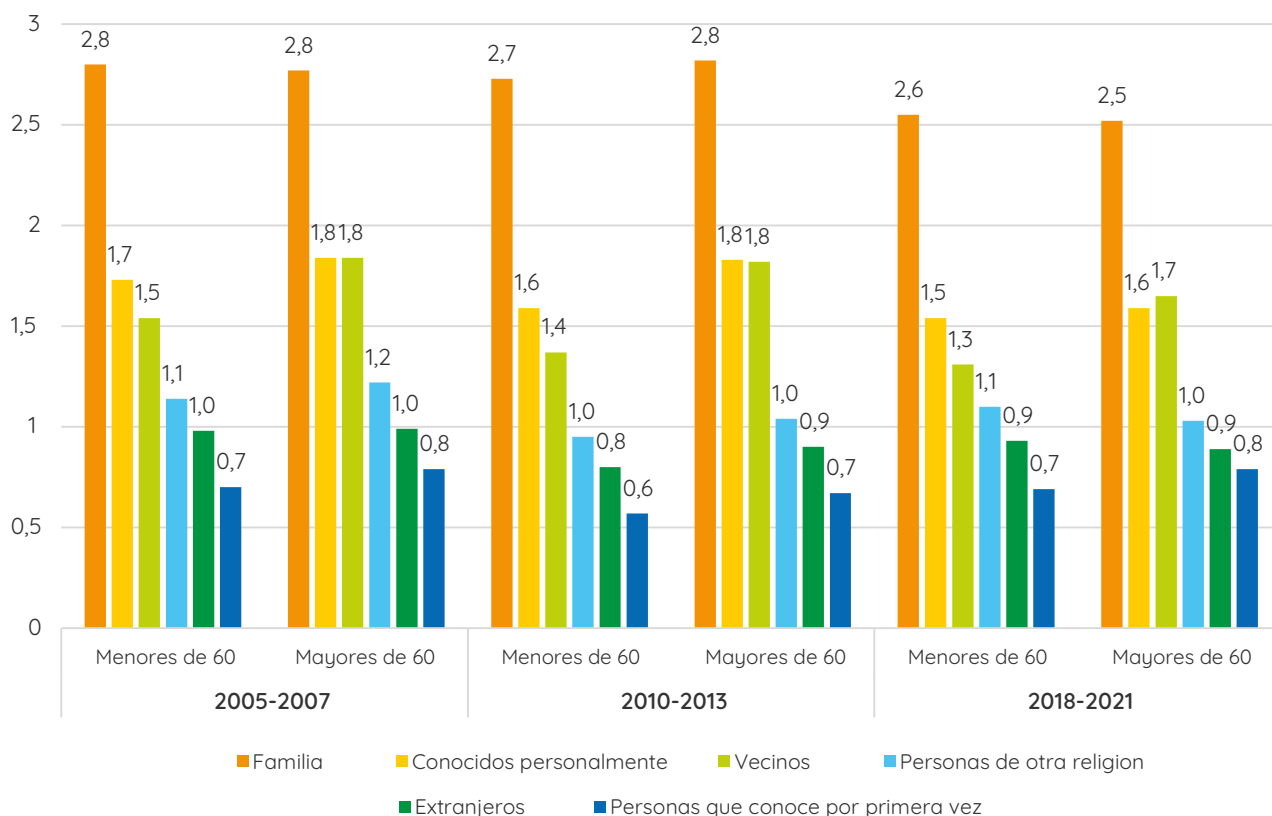


Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

Los análisis evidencian cómo los grupos en los que menos confían las personas mayores son los extranjeros y las personas que conoce por primera vez. En con-

secuencia, los mayores confían más en sus vecinos, pero el resto de variables muestra niveles similares de confianza. En esta escala 0 es confía poco y es 3 confía mucho.

Figura 29. Confianza en grupos en mayores y menores de 60 años



Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

Además de este factor positivo para facilitar dinámicas de confianza inter-personal, los mayores pueden ser agentes clave para el restablecimiento de la confianza dado su mayor nivel de confianza en instituciones como la policía y el gobierno en un momento de crisis generalizada de la confianza en el sistema político.

Con lo anterior, la triangulación y saturación de la información también pone de relieve la importancia de la familia y los amigos como red de apoyo para afrontar situaciones difíciles como fue la pandemia. Además, para las personas el significado de un buen envejecimiento y una buena vejez es la estabilidad emocional.

“Hemos contado con personas que nos han dado la mano en tiempos duros, y no han sido necesariamente en la pandemia, (...) llegó un familiar, familia de mi esposo, nos dieron una mano y gracias a eso salimos adelante”.

(GF, hombres y mujeres, de 41 a 59 años, estratos 1 y 2, Bogotá).

“Tener buena convivencia, tener buenas relaciones para poder afrontar situaciones críticas mentales, tener un respaldo para resolver nuestras situaciones, eso incluye buen estado físico y mental y también una red de apoyo”.

(GF, hombres y mujeres, de 41 a 59 años, Quibdó).

“Cuando ya vamos envejeciendo, también tenemos que pensar que no sólo es tener un buen estado de salud o de pronto tener una muy buena pensión y sino también como haber cultivado unas buenas relaciones con la familia, con las personas que nos rodean, estar en paz con la vida, porque de nada me va a servir, tener todo lo material y lo físico si voy a estar solo, si no voy a tener quién me acompañe o quien me cuida, entonces empezar a cultivar desde ahora... Como ese amor por las demás personas, para que en el momento en que uno necesite también lo acompañen en ese aspecto”.

(GF, hombres y mujeres, de 41 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

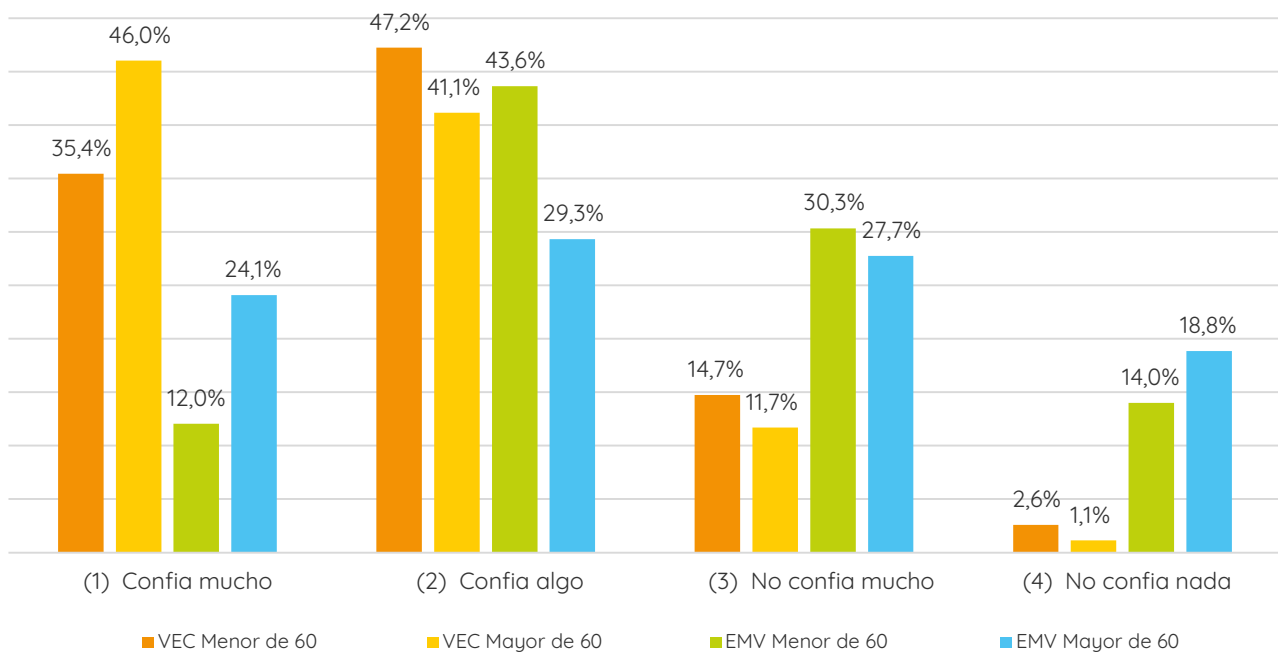
Además, en los grupos focales se encontró que las personas que participan en actividades promovidas por la comunidad sienten bienestar emocional y físico. Asimismo, dicho espacio les permite crear un tipo de confianza y una red

de apoyo adicional a la que puedan tener con su familia como ocurre con las personas mayores que participan en huertas comunitarias, en las actividades que brindan instituciones u organizaciones como es el caso de los Centro Vida.

A propósito de la pandemia y los niveles de confianza, también se encontró que en la primera etapa de la pandemia las personas mayores incrementaron su confianza interpersonal. Aunque los mayores de 60 años se sienten más satisfechos con la vida en general estos niveles de satisfacción descendieron al hablar de relaciones sociales o del equilibrio trabajo-vida. En lo concerniente a las conexiones sociales de las personas mayores como cuarta dimensión del bienestar subjetivo, es importante

iniciar con los niveles de confianza. Esta pregunta es comparable en la EMV y VEC. En relación a las personas que “conoce personalmente”, la siguiente figura señala que los mayores han incrementado sus niveles de confianza durante la pandemia. El 24% confiaba mucho en personas que conocía en 2018 durante la EMV, mientras este porcentaje es del 46% en la VEC durante la pandemia. Entre los menores de 60 años también aumentó el porcentaje de mucha confianza pasando del 12% al 35%.

Figura 30. Nivel de confianza en personas que se conoce por primera vez desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años

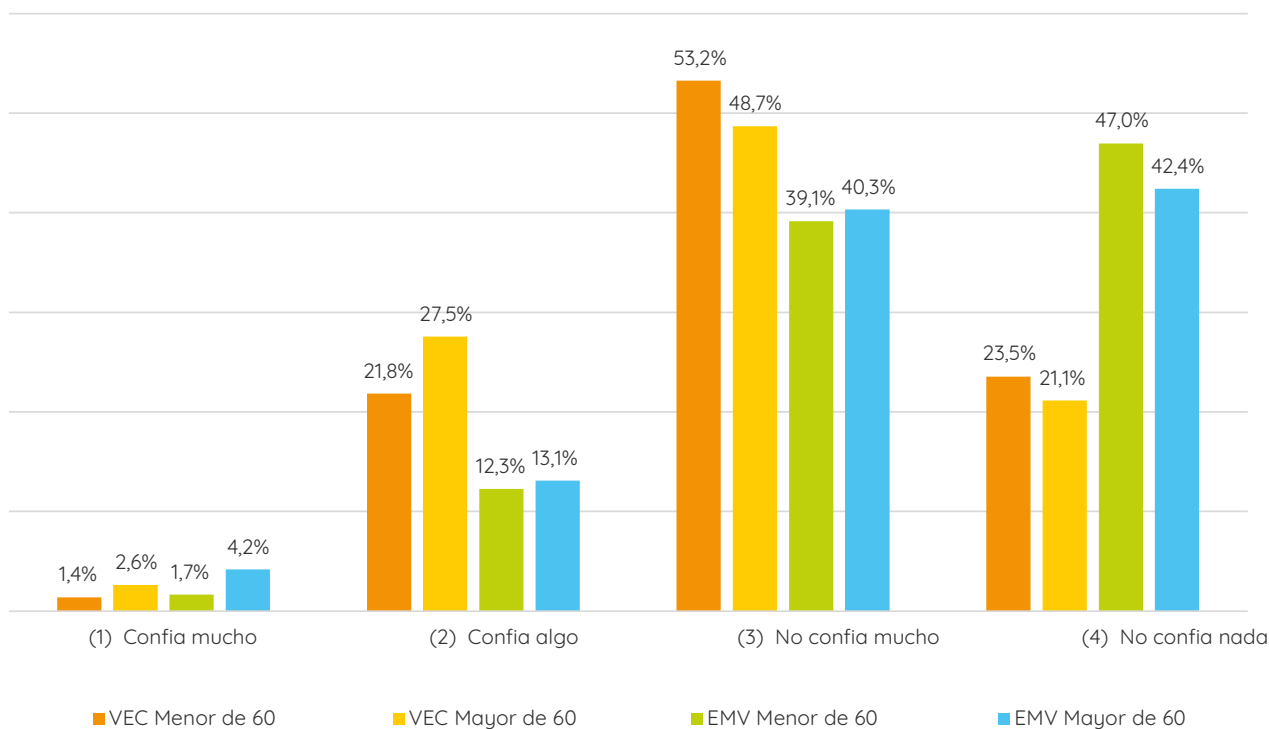


Fuente: Encuesta de Valores en Crisis (VEC) 2018-2020.

En cuanto a las personas que se “conoce por primera vez” se muestran niveles más bajos de confianza. No obstante, los porcentajes de personas que no

confían “nada” en los extraños disminuyó tanto para mayores de 60 años (pasando del 42% al 21%) como para los menores de 60 años (pasando del 47% al 24%).

Figura 31. Niveles de confianza en personas que se conoce por primera vez desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años



Fuente: Encuesta de Valores en Crisis (VEC) 2018-2020.

En cuanto a la satisfacción con diferentes aspectos de la vida que tienen que ver con conexiones sociales, los resultados son variados. Por un lado, se puede ver como las personas mayores de 60 años se sienten más satisfechas con la vida en general (como se había mencio-

nado anteriormente) pero estos porcentajes descienden al hablar de relaciones sociales o del equilibrio trabajo-vida. Los jóvenes se sienten “completamente satisfechos” con el equilibrio trabajo-vida y los niveles de satisfacción con las relaciones sociales son similares en toda la po-

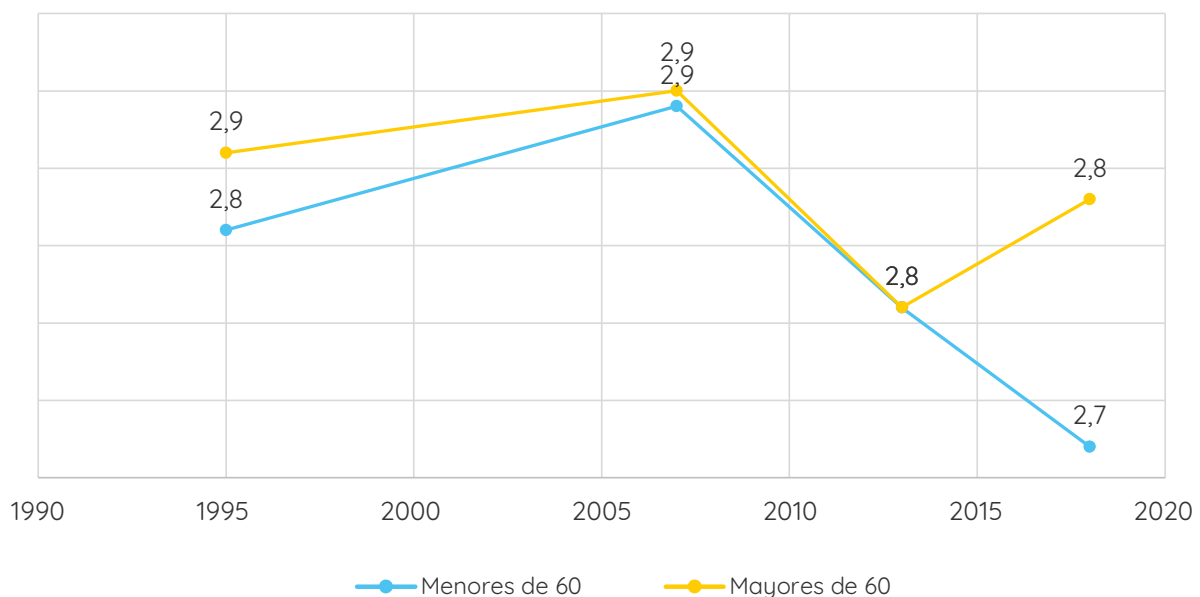
blación. En personas mayores solo el 20% está completamente satisfecho con esta dimensión. De hecho, en el ejercicio cualitativo de investigación se encontraron las versiones del porcentaje insatisfecho, donde para el 2022 que ya se habla de una postpandemia se ha disminuido en gran medida la confianza a otros cercanos por miedo al contagio a las organizaciones públicas y privadas por el cierre de ofertas y al gobierno por una sensación de ausencia, sobre todo en las zonas rurales de estratos bajos.

Es así como el nivel meso de confianza que refiere a las organizaciones públicas y privadas que promueven bienestar y buen vivir juegan un rol determinante y dan paso

a las comprensiones de la confianza en un nivel global o macro. Es decir, conforme a la confianza en el gobierno, durante cada medición de la encuesta, también son los mayores quienes expresan mayor confianza hacia esta institución. Marginalmente, quienes se sienten más satisfechos con la vida tienen mayores niveles de confianza hacia el gobierno.

Es así como, el orgullo nacional es un predictor de satisfacción con el entorno general de las personas, advierte la movilización cognitiva de apoyo y la disposición a defender ese sistema social. En este sentido es un atributo micro político de bienestar y predice una mayor movilización para apoyar la vida institucional.

Figura 32. Nivel de orgullo de ser colombiano de las personas mayores y menores de 60 años

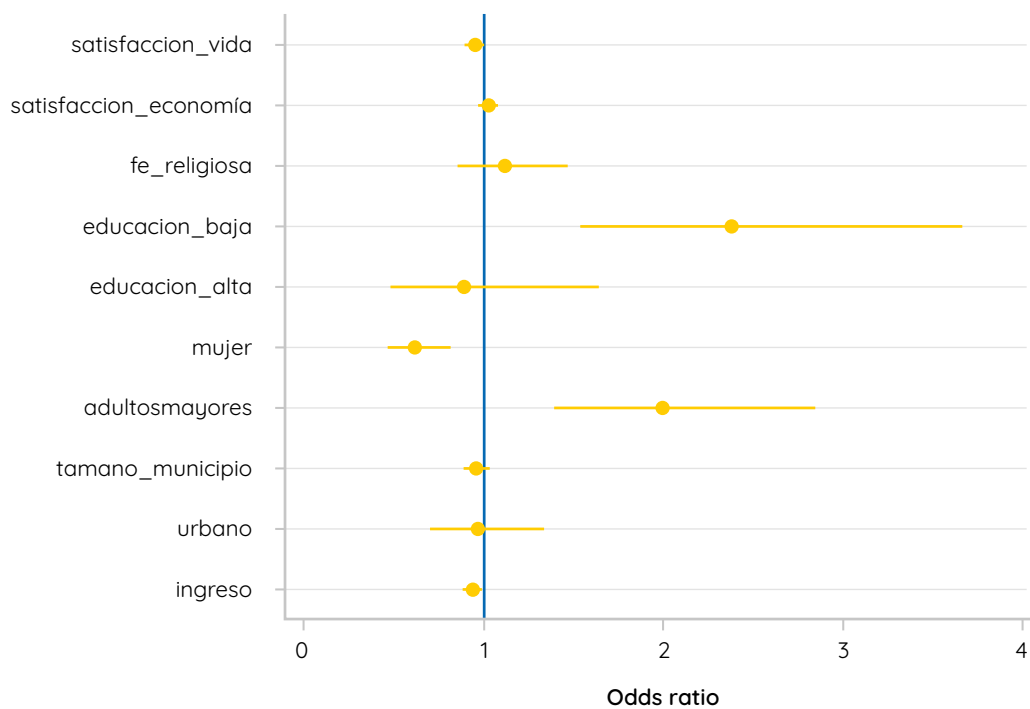


Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

Aunque las personas mayores de 60 años compartían rasgos de valores con menores de 60 años como la importancia que tiene la familia y el trabajo en la vida, se observa que continúan teniendo

valores tradicionales como no querer tener a personas homosexuales como vecinos o tener menos favorabilidad frente a la identificación tradicional en materia de género.

Figura 33. Modelo de regresión logística con percepción sobre liderazgo político como variable dependiente

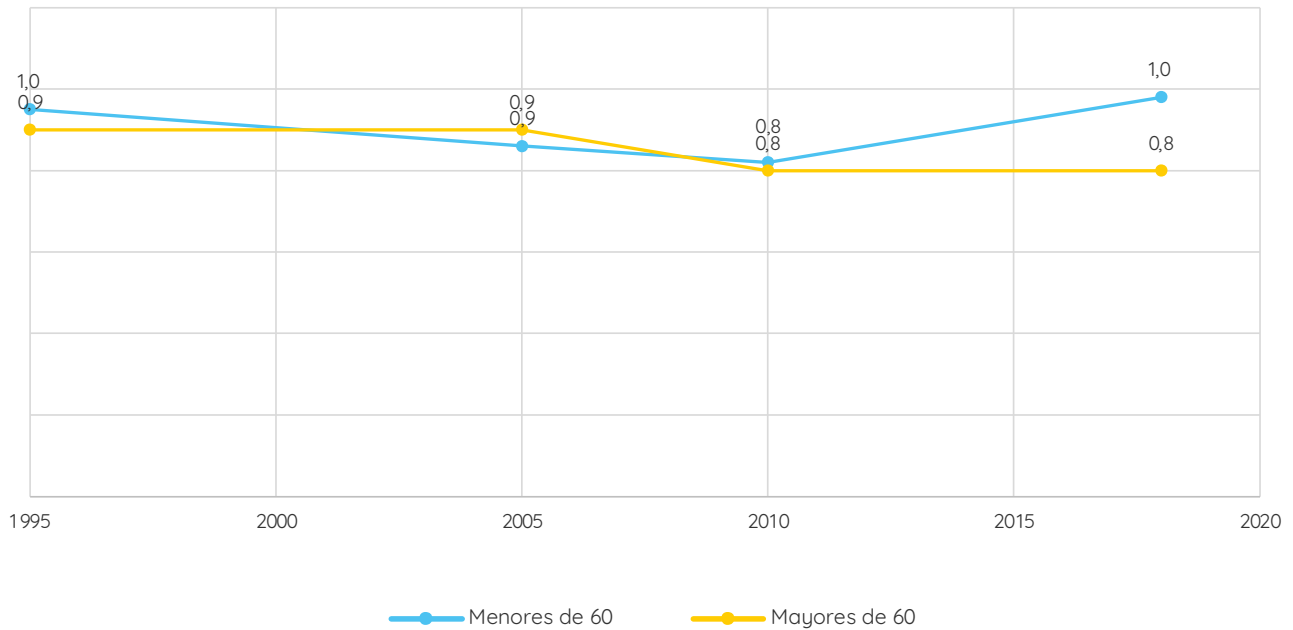


Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

Sin embargo, es de especial atención los hallazgos que muestran que los mayores tienen bajos niveles de interés en la política y perciben mayores niveles de corrupción. Paradójicamente es esta población la que más confía en las insti-

tuciones. Con la excepción de la última ola de la encuesta, se observa un nivel similar de interés en ambos grupos por la política, la cual es muy baja. En esta escala 0 es nada interesado y es 3 muy interesado.

Figura 34. Interés en la política de mayores y menores de 60 años



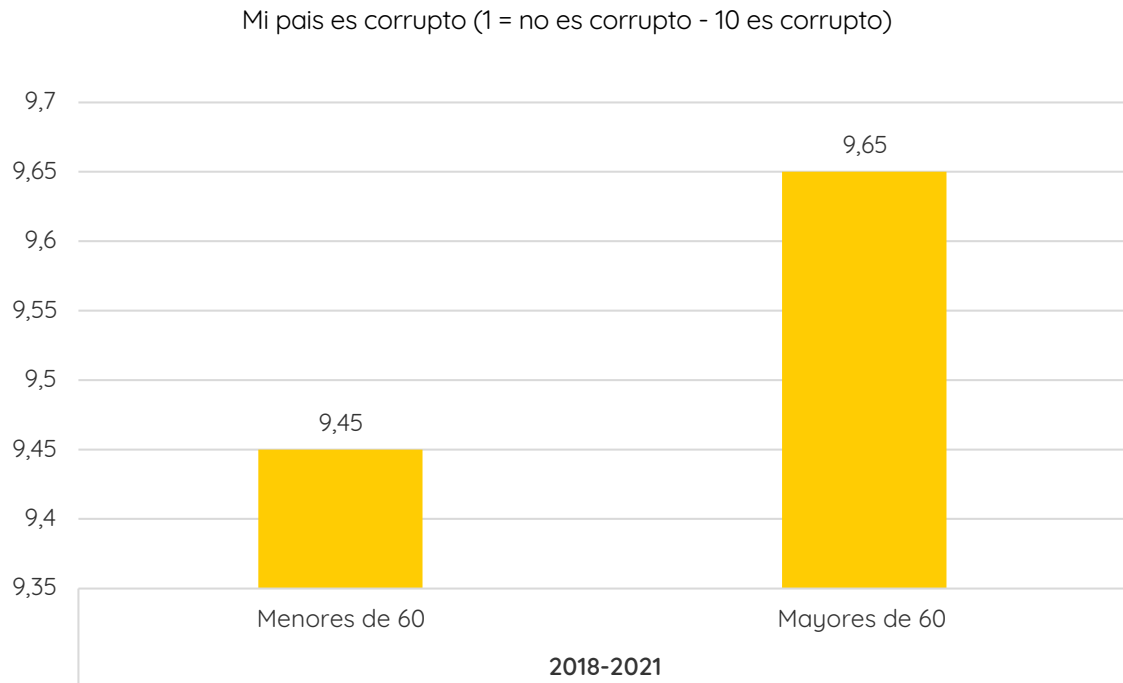
Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

Asimismo, se identificó que los mayores participaban más en partidos políticos e incluso esto resulta ser un factor explicativo de quiénes componen este tipo de asociaciones. Las personas que viven en municipios más pequeños, niveles medios o altos de educación, o viven en el ámbito rural tienden a participar más en partidos políticos. Las mujeres en general se ven menos

involucradas en estas organizaciones.

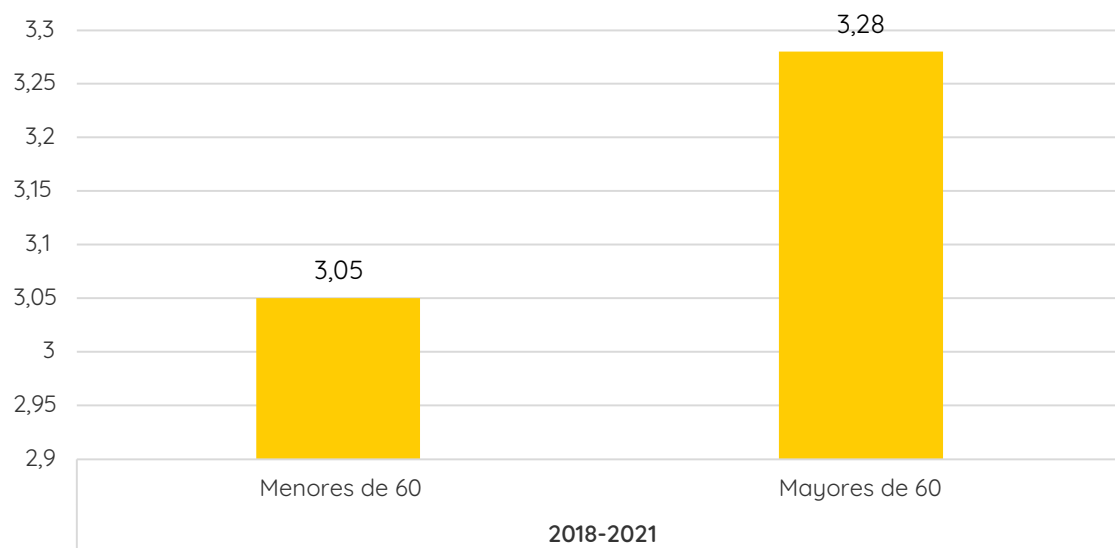
Por su parte, en la ola 7 se preguntó la percepción de corrupción de miembros de algunas organizaciones, en una escala donde 0 es pocos y 4 es todos demostrando que los mayores de 60 consideran, en mayor medida que casi todos los miembros de autoridades estatales, directores ejecutivos y autoridades locales son corruptos.

Figura 35. Corrupción del país



Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

Fgiura 36. Frecuencia de sobornos en el país

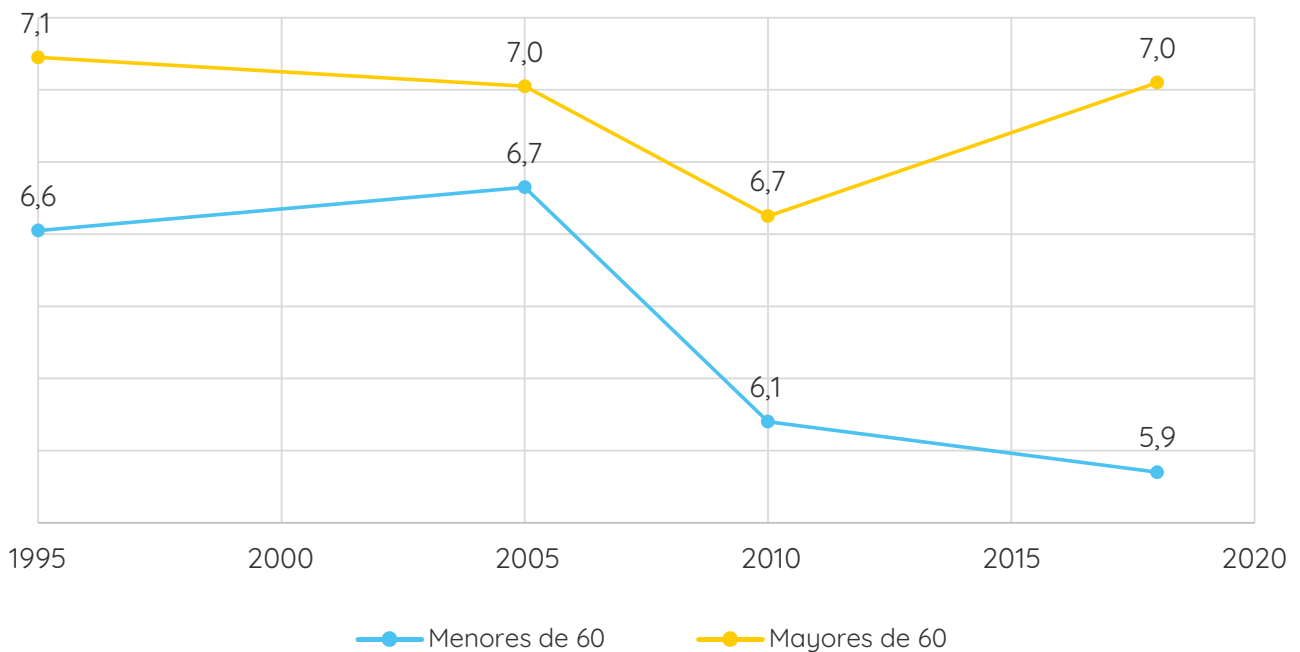


Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

Adicionalmente, en términos de ideologías las personas mayores de 60 años han aumentado la tendencia hacia la derecha ideológica. A través de las mediciones se observa un cambio en las

posiciones ideológicas de la sociedad colombiana. Los menores de 60 se mueven más hacia el centro, mientras los mayores se mueven a la derecha del espectro ideológico.

Figura 37. Posición ideológica en mayores y menores de 60 años

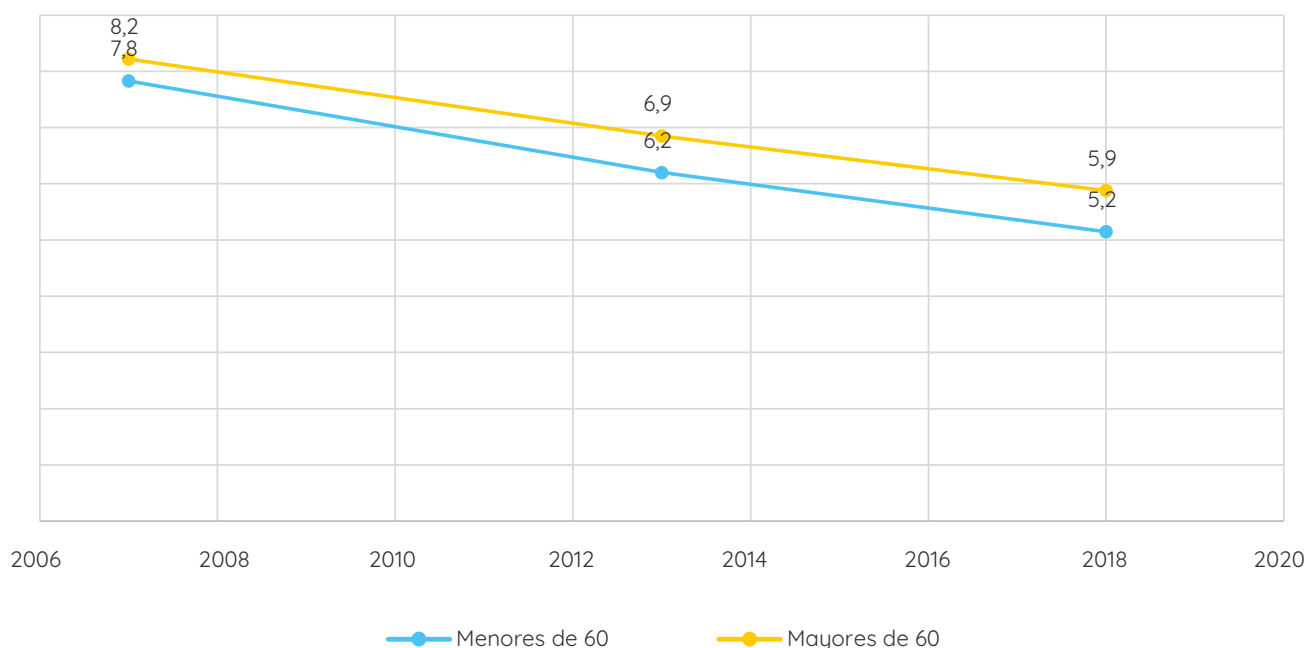


Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

Ahora bien, la pandemia también generó cambios en la percepción de los entrevistados en términos de la confianza institucional o macro confianza. Para ambos grupos encuestados se observa

ba antes de la pandemia una caída en el nivel de percepción democrática del gobierno por parte de los menores de 60 años, siendo los mayores de 60 años los que lo consideran más democrático.

Figura 38. Percepción de la democracia en mayores y menores de 60 años



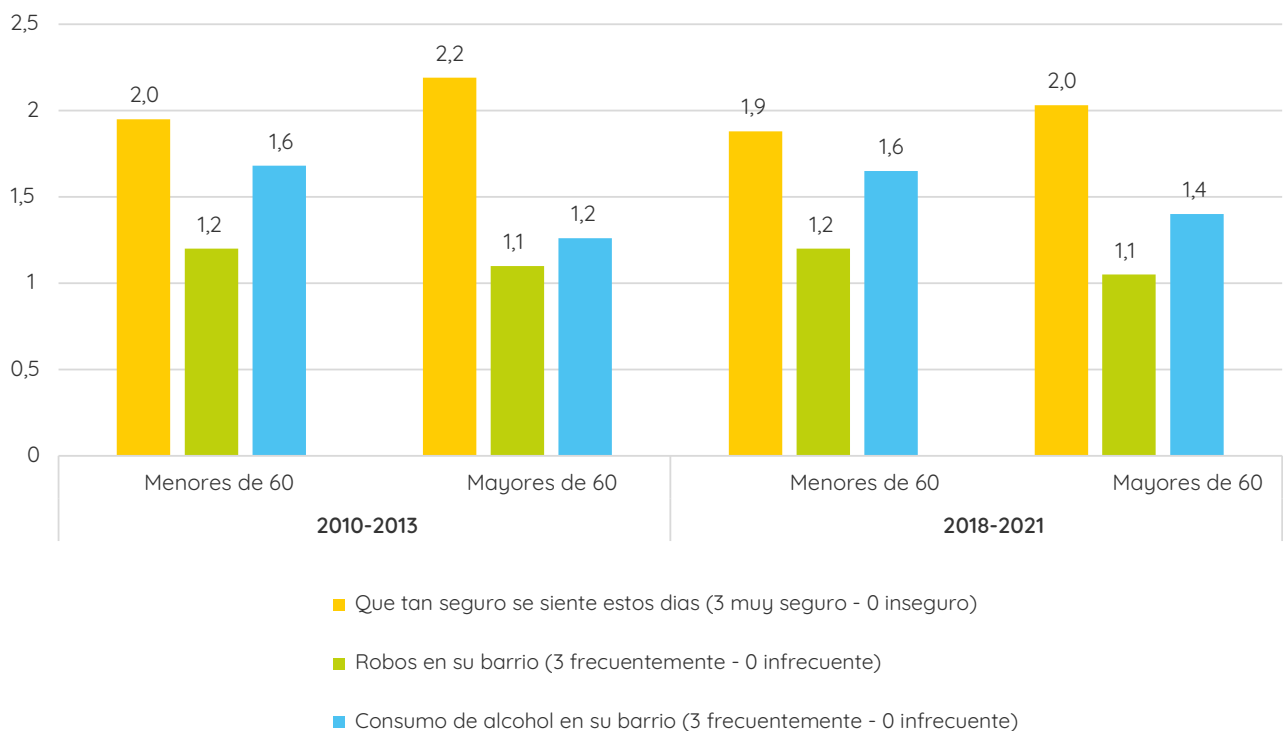
Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

Antes de la pandemia se observaba que los menores de 60 años tenían una posición menos inclinada a la derecha en comparación con el grupo de mayores de 60 años. De la misma forma el grupo menor de 60 años ha ido alejándose de la derecha con el paso del tiempo, mientras que los mayores de 60 han aumentado su tendencia hacia la derecha en consistencia con la evidencia internacional sobre la influencia del enveje-

cimiento en los valores políticos.

Además, antes de la pandemia las personas mayores se sentían más seguras que el resto de la población, es interesante el hallazgo de que los mayores de 60 años se reportaban más seguros en la última ola previa a la llegada de la pandemia; y a su vez, percibían con menos frecuencia robos y el consumo de alcohol en su barrio que los menores de 60 años.

Figura 39. Percepción de seguridad en mayores y menores de 60 años

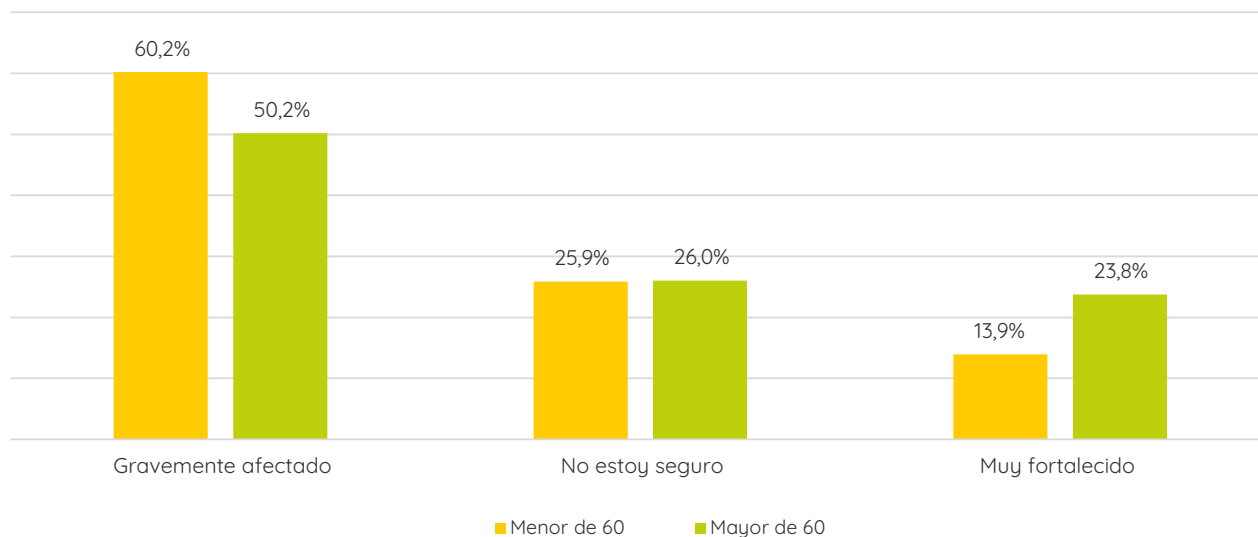


Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

Así como también, las personas mayores se muestran más optimistas acerca de las posibilidades de que el país salga fortalecido de la crisis. Precisamente hablando de la pandemia, se observa que un 10 % más la población menor de 60

años cree que el país se verá gravemente afectado al salir de la crisis del COVID comparado con los mayores de 60 años. Por su parte, los mayores de 60 creen en un 10% más que los jóvenes que el país saldrá fortalecido de la crisis.

Figura 40. Percepción de gravedad de crisis y efectos desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años



Fuente: Encuesta Valores en una Crisis (VEC) 2020.

En cuanto a los análisis econométricos, se generaron dos hallazgos fundamentales: una oportunidad la constituye el mayor respaldo de las personas mayores a la confianza en instituciones en general, y hacia el Gobierno y las alcaldías, en particular. No obstante, los altos niveles de satisfacción en algunas dimensiones de la vida, el mayor orgullo nacional, los mayores niveles de confianza institucional, la presencia de menos miedo a la crisis económica y al virus en sí mismo, y en general un mayor optimismo sobre lo que pa-

sará en el futuro, hacen de la población de personas mayores unos aliados en la recuperación social, y económica posterior a la pandemia.

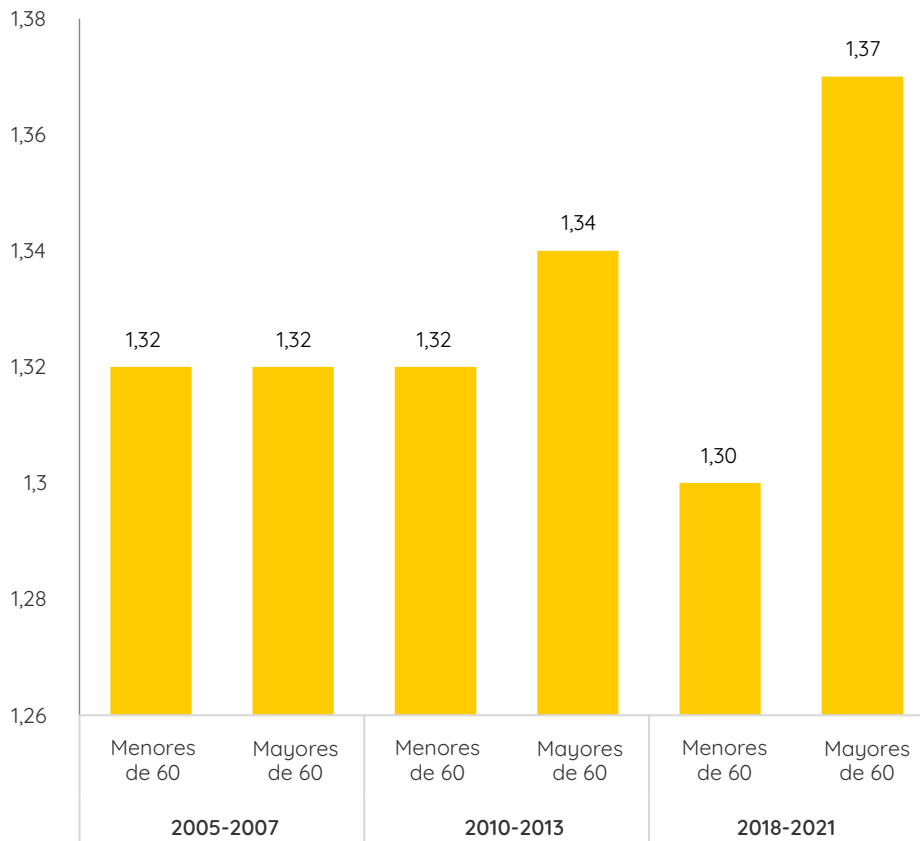
6.4.5. Las nuevas preocupaciones del bienestar

Con lo anterior, es posible identificar que el bienestar trasciende las dimensiones ya conocidas y ampliamente exploradas y aparecen nuevos elementos sobre los cuales trabajar cuando se habla de estar-bien. Se trata de revisar las condicio-

nes de las relaciones intergeneracionales y medio ambiente, las nuevas tecnologías en educación y el bienestar socioemocional. En relación a lo primero, se evidencia una brecha intergeneracional en cuanto

al interés por el medio ambiente, en los últimos años se ha visto un incremento por parte de los mayores de 60 años en priorizar el crecimiento económico sobre la protección del medio ambiente.

Figura 41. Economía versus ambiente en mayores y menores de 60 años



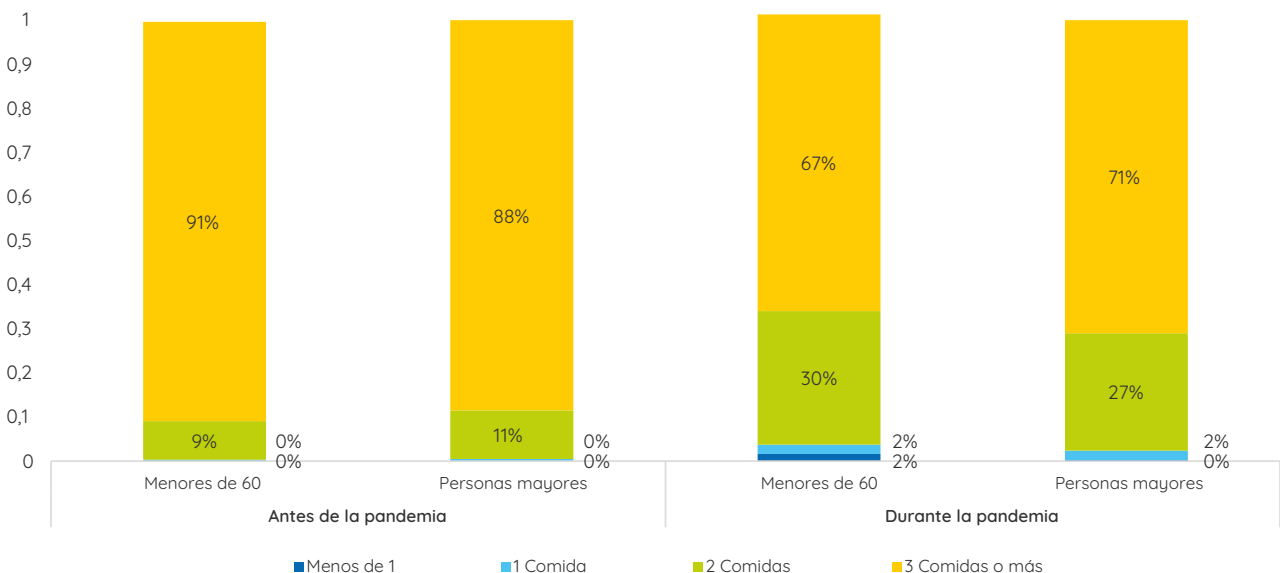
- 1 = Se debe proteger el ambiente sobre lo económico,
- 2 = se debe promover el crecimiento económico y laboral, incluso si afecta al ambiente

Fuente: Encuesta Mundial de Valores (EMV) 2021.

Sin embargo, esto contrasta con los hallazgos cualitativos, en los que se pudo evidenciar que en las zonas rurales del país el cuidado por la tierra y el medio ambiente es un punto central en la recuperación de la economía colectiva, además, consideran el intercambio de bienes y servicios como elemento que les permitió mantenerse cubiertos en sus necesidades básicas en la pandemia. El bienestar debe repensarse desde el lugar de la tierra, tal y como lo proponen las corrientes latinoamericanas.

Lo anterior, se relaciona con la seguridad alimentaria y las ayudas recibidas pues el porcentaje de personas que durante la pandemia del COVID-19 redujeron el número de comidas al día respecto al promedio antes de las cuarentenas se incrementó tanto entre los menores como en los mayores de 60 años. En el caso de las personas mayores, de las 88 personas de cada 100 que antes de la pandemia ingerían 3 comidas, 17 redujeron su consumo: 16 a 2 comidas y 2 a una comida al día o menos.

Figura 42. Consumo de comidas al día

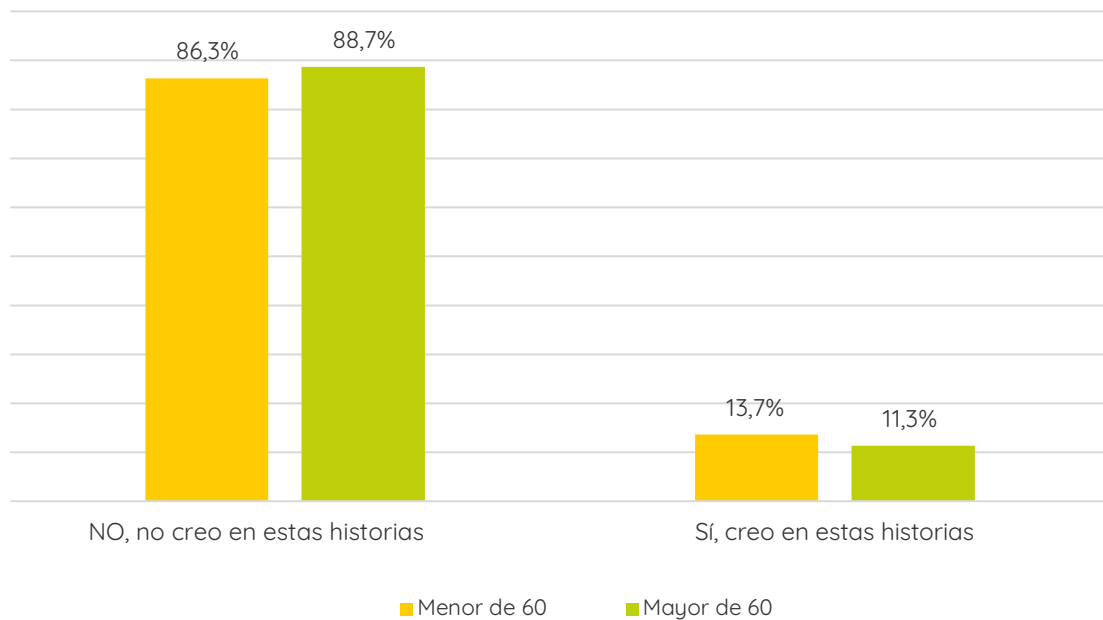


Fuente: Encuesta de Pulso Social (EPS) 2020 – 2021.

Por otra parte, las nuevas tecnologías pueden incidir de manera directa en el bienestar de las personas mayores en el mediano plazo, por un lado, permitiéndoles acceder a ofertas mediadas por tecnologías o,

por otro lado, aumentando la brecha intergeneracional. Se observa que la población mayor de 60 años es levemente más escéptica frente a las historias presentadas en las redes sociales acerca de la pandemia.

Figura 43. Percepción sobre redes sociales desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años



Fuente: Encuesta Valores en una crisis (VEC) 2020.

La población mayor de 60 años considera que los medios tradicionales son más creíbles en comparación con la población menor de 60 años.

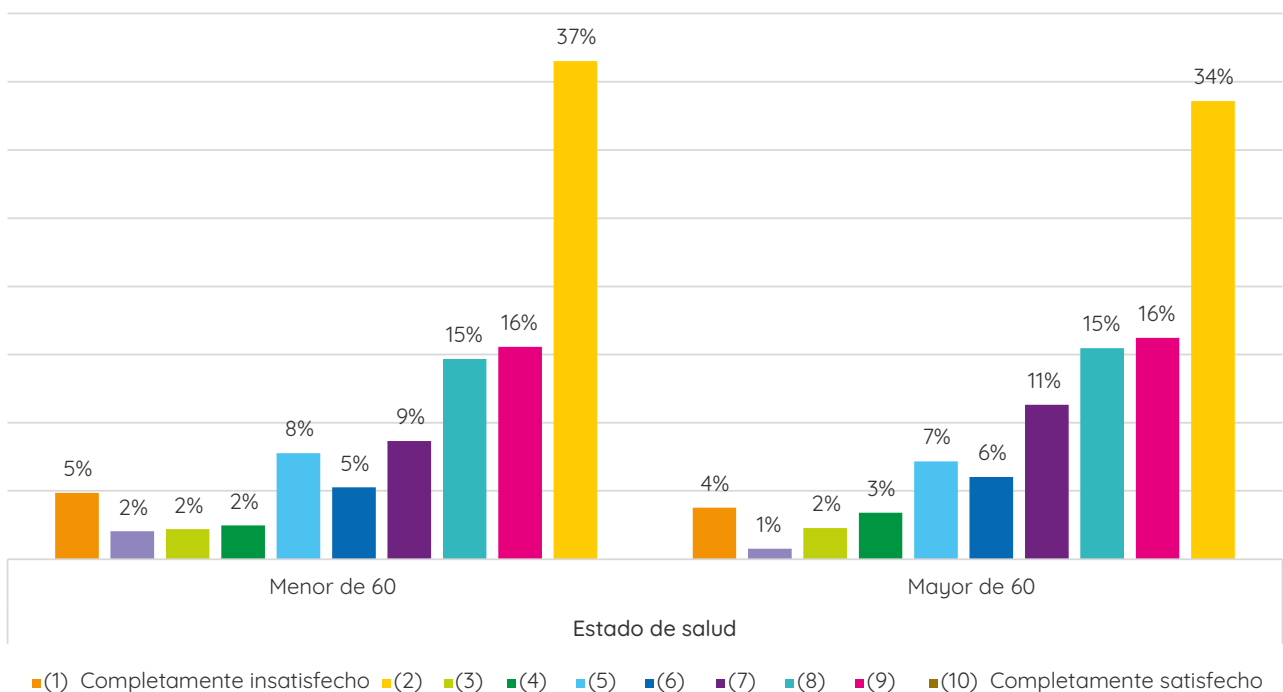
Cabe resaltar que la salud socioemocional es un punto de trabajo que toma fuerza cuando se trata de bienestar. La VEC encontró que las personas mayores

además de sentir menos miedo, son los que menos percepción negativa tuvieron frente a la gestión gubernamental de la crisis y rechazan de manera más tajante que la población se salte las normas de prevención frente al COVID-19. De hecho, en el ejercicio cualitativo, se encontró que se la pandemia gestó un cambio en la no-

ción de muerte, se aumentó el respeto por cuarentena, menos miedo a morir, esto resulta relevante pues demuestra el cambio en el estigma de un concepto social y culturalmente sólido y tabú. En la dimensión

de salud, y a pesar de que las personas mayores pueden presentar mayor riesgo a la hora de contagiarse, son los menores de 60 años los que evidencian mayores temores a la enfermedad y la recesión.

Figura 44. Percepción con estado de salud desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años



Fuente: Encuesta de Valores en Crisis (VEC) 2020.

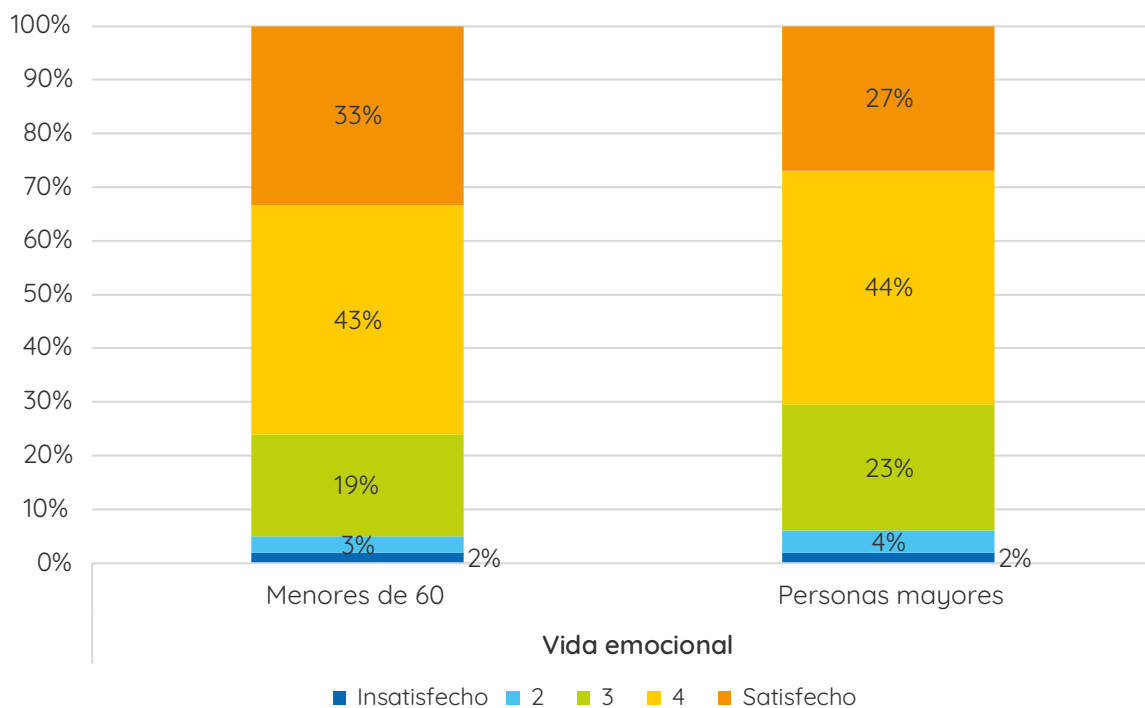
En cuanto a situaciones que involucran la salud mental, los mayores también se mostraron menos preocupados, tristes o poco interesados en las cosas que los menores de 60 años, aunque es importante

visibilizar que el 25% de las personas mayores reportado estas situaciones en “varios días” de la última semana. cabe decir, Así pues, en esta categoría que los mayores reportaron mejor estado de ánimo percibi-

do. En la encuesta Pulso Social, se encontró que el porcentaje de las personas mayores que expresan sentir una satisfacción más

alta en cuanto a su vida emocional es menor que el de las personas menores de 60 que expresan lo mismo.

Figura 45. Satisfacción con su vida emocional

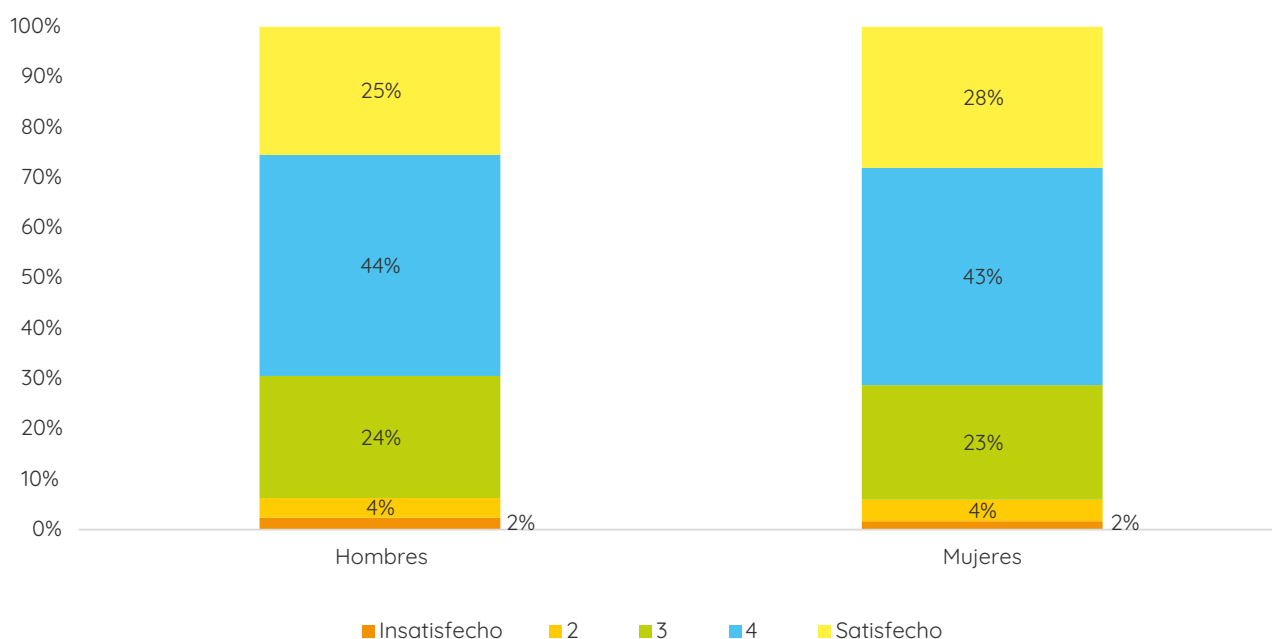


Fuente: Encuesta Pulso Social (EPS) 2021.

Aunque no hay diferencias drásticas, la satisfacción con la vida emocional tiende a ser ligeramente más favorable para las mujeres que para los hombres. 28%

de las primeras manifiestan sentirse plenamente satisfechas con su vida emocional, 2,5 puntos más que el porcentaje de hombres que expresan la misma opinión.

Figura 46. Satisfacción de las personas mayores con su vida emocional

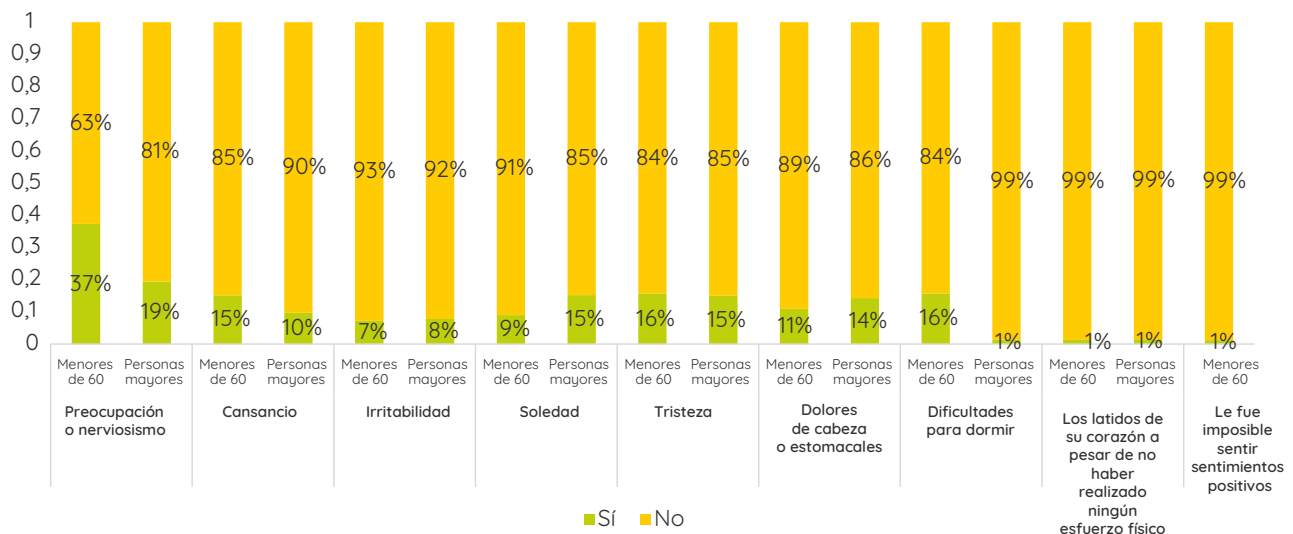


Fuente: Encuesta Pulso Social (EPS) 2021

Respecto a los factores de inestabilidad, el 46 % de las personas mayores mencionó que en la última semana no había sentido ninguno de los factores de inestabilidad física o emocional incluidos en el cuestionario de la EPS. No obstante, entre quienes sí manifestaron haber

sentido alguno, los más frecuentes fueron preocupación o nerviosismo, cansancio, tristeza y dificultad para dormir. No obstante, en los casos de la preocupación o el nerviosismo, los porcentajes entre las personas menores de 60 años son más altos.

Figura 47. Factores de inestabilidad en los últimos 7 días

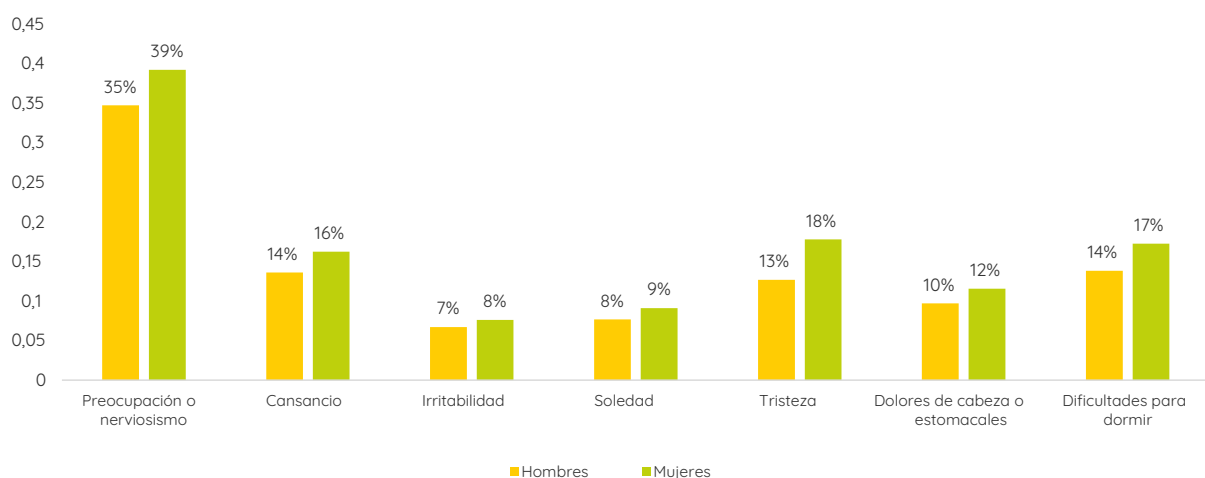


Fuente: Encuesta Pulso Social (EPS) 2021

En términos generales, las mujeres mayores de 60 años tienden a manifestar en un mayor porcentaje haber sentido alguno de los factores de inestabilidad menciona-

dos. En particular, se destacan los casos de las preocupaciones y la tristeza, para los que la diferencia entre hombres y mujeres es casi de 5 puntos porcentuales.

Figura 48. Factores de inestabilidad manifestados por las personas mayores en los últimos 7 días

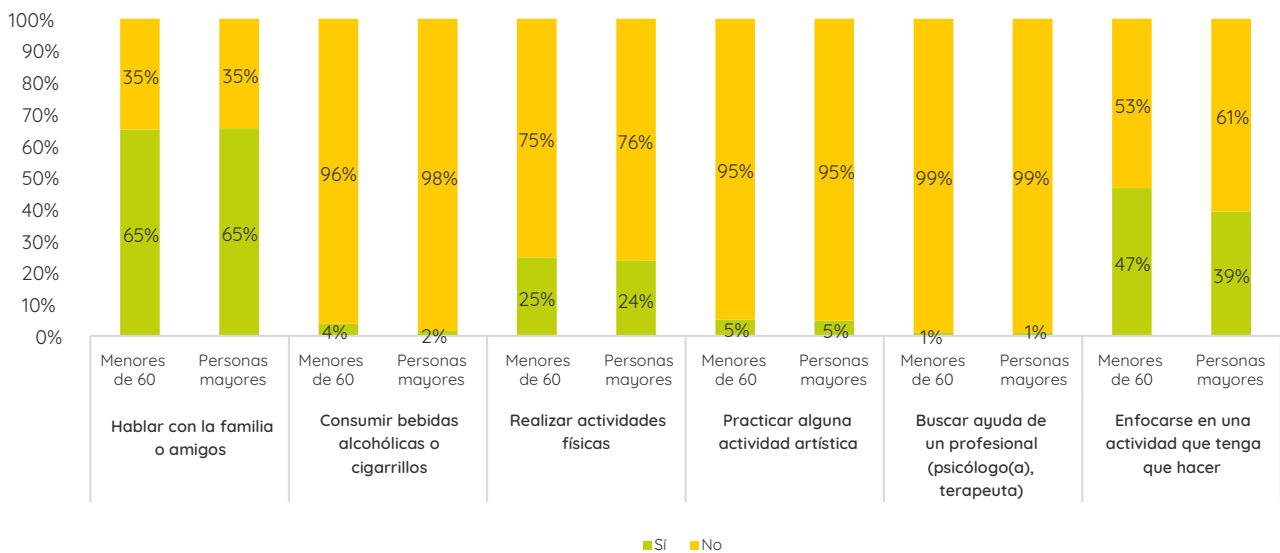


Fuente: Encuesta Pulso Social (EPS) 2021

Para sentirse mejor, las personas mayores acuden mayoritariamente a sus familiares o amigos, se enfocan en alguna actividad específica y realizan actividades físicas.

Solo 1 de cada 100 personas mayores buscan la ayuda de un profesional o consumen bebidas alcohólicas o cigarrillos para sentirse mejor.

Figura 49. Actividades para sentirse mejor

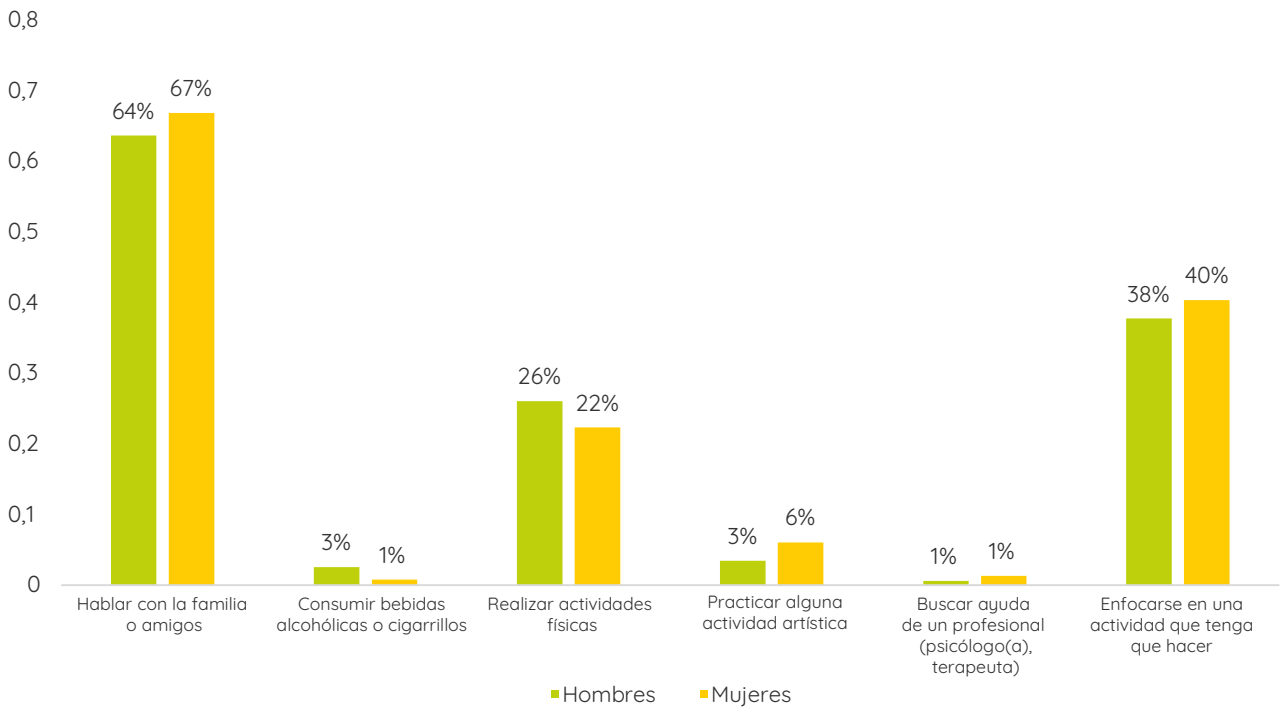


Fuente: Encuesta Pulso Social (EPS) 2021

Mientras que las mujeres mayores de 60 años acuden en un mayor porcentaje a hablar con la familia o con sus amigos, practicar alguna actividad artística o enfocarse en una actividad, el porcentaje de

hombres mayores de 60 años que acuden a realizar actividades físicas o consumir bebidas alcohólicas o cigarrillos es mayor que el mismo porcentaje entre las mujeres.

Figura 50. Actividades que realizan las personas mayores para sentirse mejor



Fuente: Encuesta Pulso Social (EPS) 2021

Sin embargo, de los datos cualitativos emergió que las personas mayores y menores de 60 años no se sintieron bien emocionalmente debido a las restricciones y específicamente para las personas mayores por la infantilización por edad que afectó su salud mental y su capacidad de agencia. Esto contrasta con los datos cuantitativos

presentados y aportan riqueza a los resultados, pues evidencia la pluralidad y diversidad del país que invita a pensar en estrategias que tomen el espectro del bienestar en la creciente demanda en la salud mental de la población en general, pero específicamente de las personas mayores, no solo como un asunto de salud pública.

6.5. Conclusiones



En Colombia, las personas mayores determinan su bienestar por los niveles de satisfacción con la vida, la espiritualidad y la participación social, las condiciones determinantes de vejez en género, edad y raza, la confianza local y global y las nuevas preocupaciones de las miradas del bienestar. Hoy se puede decir que los viejos tienen mayores niveles de felicidad y satisfacción con la vida y la situación económica. En la última ola anterior a la pandemia, los mayores se mostraron más satisfechos con su situación en general y levemente más satisfechos con su situación económica. Las personas mayores son más religiosos y conectados con su espiritualidad guiada por la participación social. Sin embargo, las discriminaciones son agudas cuando se trata de cruzar género edad y raza, pues se hizo evidente que el curso de una mujer rural negra y mayor es diferente al de un hombre urbano mestizo mayor. Además, los mayores tienen una postura menos abierta frente a la recepción de migrantes expresado en una mayor limitación del trabajo de inmigrantes.

En cuanto a la confianza, las personas mayores reportan mayor participación en organizaciones tradicionales. Antes de la pandemia las personas mayores se sentían

más seguras que el resto de la población. Se evidencia una brecha intergeneracional en cuanto al interés por el medio ambiente. La discriminación por edad, a pesar de su magnitud e impacto negativo en la salud y el funcionamiento de las personas mayores, aún no se considera una prioridad de salud pública. En Colombia los resultados son mixtos, pues se percibe mayoritariamente poco respeto por las personas mayores, mientras que simultáneamente se cree que tienen mucho poder político, y se les acepta como líderes.

Finalmente, en cuanto a los análisis económicos, se generaron dos hallazgos fundamentales: una oportunidad la constituye el mayor respaldo de las personas mayores a la confianza en instituciones en general, y hacia el Gobierno y las alcaldías, en particular. Sin embargo, una barrera importante es la presencia de rasgos de discriminación sobre todo en temas de género. No obstante, los altos niveles de satisfacción en algunas dimensiones de la vida, el mayor orgullo nacional, los mayores niveles de confianza institucional, la presencia de menos miedo a la crisis económica y al virus en sí mismo, y en general un mayor optimismo sobre lo que pasará en el futuro, hacen de la población de personas mayores unos aliados en la recuperación social, y económica posterior a la pandemia. El optimismo hallado resulta ser un punto de oportunidad para incorporar lecciones sobre intervenciones hacia un envejecimiento positivo para esta población.

6.6. Recomendaciones



› Expandir las redes de apoyo, referencia y cuidado de las personas mayores

La reducción en el tamaño de los hogares, vía la maduración y migración de los hijos y la muerte de la pareja, y el marcado incremento de los hogares unipersonales, pueden exponer a las personas mayores a una situación en la que sus redes de apoyo, referencia y cuidado sean cada vez más estrechas, con lo cual puede incrementarse su vulnerabilidad económica y social. Ampliar las redes de las personas mayores puede fortalecer la solidaridad, reducir la discriminación y propiciar una interacción intergeneracional fluida.

› Dinamizar y fortalecer la participación social comunitaria de las personas mayores en los entornos locales

Los entornos propicios para la participación social de las personas mayores, además de jugar un rol en la promoción de su bienestar y de su salud física y mental, también pueden ser un espacio para que ellas actúen en su comunidad como agentes de cambio hacia

hábitos de vida saludable y como mentores de las generaciones más jóvenes en asuntos de educación cívica.

› Repensar el espacio público como un espacio integrador, accesible y seguro para las personas mayores

La integración en espacios públicos puede aportar a la construcción de memoria colectiva y al fortalecimiento de la identidad comunitaria a partir de la diversidad y la heterogeneidad. Se recomienda incluir en los planes de desarrollo territoriales metas de intervención sobre el espacio público de acuerdo con los criterios de las Ciudades Amigables de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

› Acercar la institucionalidad pública y privada a las personas mayores

Una interacción fluida de las personas mayores con la institucionalidad fortalecería su sentimiento de confianza y, así, potenciaría el rol de las personas mayores como promotores de la confianza en las instituciones. Para ello puede fortalecerse el esquema de los modelos de atención en las comunidades, garantizando el acceso de las personas mayores a la justicia, a los programas de protección y asistencia social y a las ofertas productivas y educativas.

6.7. Referencias



- Achig, L. (2014).** Memoria de las Jornadas Académicas sobre El Buen Vivir. Universidad de Cuenca PYDLOS. Sistematización de las Jornadas Académicas sobre el Buen Vivir. Universidad de Cuenca-PYDLOS. Cuenca, Ecuador.
- Aguirre, R., & Scavino, S. (2016).** Cuidar en la Vejez: Desigualdades de Género en Uruguay. Papeles Del Ceic. International Journal on Collective Identity Research.
- Arango, L. G., Amaya, A., Perez-Bustos, T., & Pineda, J. (2018).** Cuidado Institucionalizado y Vejez en Genero y Cuidado. Teorias, escenerios y politicas. Universidad Nacional de Colombia, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad de los Andes.
- Bosquez, D., & Benavides, G. (7 de 02 de 2022).** El derecho humano a la participación de las personas adultas mayores en el ciclo de las politicas publicas a traves del consejo consultivo nacional para la igualdad intergeneracional, periodo 2014-2021. Maestria en Derechos Humanos. Mencion en exigibilidad estrategica. Quito, Ecuador: Universidad Simon Bolivar.
- Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U. & Helliwell, J. (2009).** Well-being for public policy. Oxford University Press.
- Escobar, A. (2005).** El Postdesarrollo como concepto y practica social. Politicas de economia, ambiente y sociedad en tiempos de globalizacion. 17-31.
- Escobar, A. (2014).** Sentipensar con la tierra. Nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia. ANAULA.
- Ferring, D., & Boll, T. (2010).** Subjective Well-Being in Older Adults: Current State and Gaps of Research. En L. Bovenberg et al. (eds.), Ageing, Health and Pensions in Europe, (173-212).
- Fleury, J. D. (1991).** Empowering potential: A theory of wellness motivation. Nursing Research, 40(5), 286- 291.
- Fleury, J. (1996).** Wellness motivation theory: An exploration of theoretical relevance. Nursing Research, 45(5), 277-283.
- Fleury, J., & Sedikides, C. (2007).** Wellness motivation in cardiac rehabilitation: The role of self-knowledge in cardiovascular risk modification. Research in Nursing and Health, 30, 373-384.
- GF, hombres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Barranquilla. (2022).** Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 40 a 60 años, estrato 1 y 2, Barranquilla. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 41 a 59 años, estratos 1 y 2, Bogotá. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 41 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 41 a 59 años, estratos 3 y 4, Tunja. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 41 a 59 años, Quibdó. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM intergeneracional, estratos 1 y 2, Barranquilla. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM mayores de 60 años estrato 1 y 2, Manizales. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM mayores de 60 años, estrato 1 y 2, Tunja. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, mujeres mayores de 60 años, Quibdó. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

Larrea, C., & Greene, N. (2017). Buen Vivir como alternativa al desarrollo: una

construcción interdisciplinaria y participativa. Universidad Andina Simón Bolívar. Sede Ecuador.

MacLeod, A. K. (2015). Well-being: Objectivism, subjectivism or subjectiveism?. *Journal of Happiness Studies*, 16(4), 1073-1089.

Majon-Valpuestras, D., Ramos, P., & Perez-Salanova, M. (2016). Claves para el análisis de la participación social en los procesos de envejecimiento de la generación baby boom. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 53-63.

McMahon, S., & Fleury, J. (2012). Wellness in older adults: A concept analysis. In *Nursing forum* (Vol. 47, No. 1, pp. 39-51). Malden, USA: Blackwell Publishing Inc.

Mandau, N. (2018). Postdesarrollo, Decrecimiento y El Buen Vivir: Un análisis comparativo. Madrid: Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación. Universidad Complutense Madrid.

Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2014). The concept of flow. In *Flow and the foundations of positive psychology* (pp. 239-263). Springer, Dordrecht.

Officer, A., Thiyagarajan, J. A., Schneiders, M. L., Nash, P., & de la Fuente-Núñez, V. (2020). Ageism, Healthy Life Expectancy and Population Ageing: How Are They Related? *International Journal of Environ-*

mental Research and Public Health, 17(9), 3159. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17093159>

Pineda, J., & Guevara-Peña, N. (2022). Genero y cuidado de la vejez. Analisis de politica publica y experiencias en la sociedad civil en Bogota. Universidad del Rosario. Bogota.

Pavot, W., & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The journal of positive psychology*, 3(2), 137-152.

Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being

revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719- 727. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719

Seligman, M. E. P. (2011). Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. New York: Free Press.

Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.

Whittemore, R. (2005). Analysis of integration in nursing science and practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(3), 261-267.

6.8. Lista de figuras



- Figura 1.** Nivel de felicidad de las personas mayores y menores de 60 años
- Figura 2.** Nivel de satisfacción con la vida y la situación económica de personas mayores y menores de 60 años
- Figura 3.** Preocupaciones de las personas mayores y menores de 60 años
- Figura 4.** Percepción de satisfacción con la vida desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años
- Figura 5.** Percepción de satisfacción con situación financiera desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años
- Figura 6.** Satisfacción con la vida y la situación económica
- Figura 7.** Satisfacción con la situación laboral
- Figura 8.** Satisfacción con la situación laboral por tipo de ocupación
- Figura 9.** Expectativas de las personas mayores respecto al empleo a 12 meses
- Figura 10.** Nivel de religiosidad en personas mayores y menores de 60 años
- Figura 11.** Participación en organizaciones en mayores y menores de 60 años
- Figura 12.** Modelo de regresión logística con confianza en la iglesia como variable dependiente
- Figura 13.** Modelo de regresión logística con participación en organizaciones religiosas como variable dependiente
- Figura 14.** Frecuencia de asistencia a eventos religiosos desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años
- Figura 15.** Percepciones de género en personas mayores y menores de 60 años
- Figura 16.** Modelo de regresión logística con percepción sobre educación universitaria como variable dependiente

- Figura 17.** Percepción sobre liderazgo político y género desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años
- Figura 18.** Percepción sobre educación universitaria y género desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años
- Figura 19.** Percepción sobre inmigración laboral por menores/mayores de 60 años
- Figura 20.** Percepciones de migración en mayores y menores de 60 años
- Figura 21.** Las personas mayores reciben del gobierno más de lo que les corresponde
- Figura 22.** Las personas mayores tienen demasiada influencia política
- Figura 23.** Qué tan aceptable o inaceptable es que se designe una persona de 70 años de edad, adecuadamente calificada, como su jefe
- Figura 24.** Satisfacción con sus relaciones interpersonales
- Figura 25.** Confianza en otros
- Figura 26.** Confianza de las personas mayores en otros
- Figura 27.** Confianza interpersonal en mayores y menores de 60 años
- Figura 28.** Modelo de regresión logística con confianza en vecinos como variable dependiente
- Figura 29.** Confianza en grupos en mayores y menores de 60 años
- Figura 30.** Nivel de confianza en personas que se conoce por primera vez desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años
- Figura 31.** Niveles de confianza en personas que se conoce por primera vez desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años
- Figura 32.** Nivel de orgullo de ser colombiano de las personas mayores y menores de 60 años
- Figura 33.** Modelo de regresión logística con percepción sobre liderazgo político como variable dependiente
- Figura 34.** Interés en la política de mayores y menores de 60 años
- Figura 35.** Corrupción del país

- Figura 36.** Frecuencia de sobornos en el país
- Figura 37.** Posición ideológica en mayores y menores de 60 años
- Figura 38.** Percepción de la democracia en mayores y menores de 60 años
- Figura 39.** Percepción de seguridad en mayores y menores de 60 años
- Figura 40.** Percepción de gravedad de crisis y efectos desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años
- Figura 41.** Economía versus ambiente en mayores y menores de 60 años
- Figura 42.** Consumo de comidas al día
- Figura 43.** Percepción sobre redes sociales desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años
- Figura 44.** Percepción con estado de salud desagregado por menores de 60 años y mayores de 60 años
- Figura 45.** Satisfacción con su vida emocional
- Figura 46.** Satisfacción de las personas mayores con su vida emocional
- Figura 47.** Factores de inestabilidad en los últimos 7 días
- Figura 48.** Factores de inestabilidad manifestados por las personas mayores en los últimos 7 días
- Figura 49.** Actividades para sentirse mejor
- Figura 50.** Actividades que realizan las personas mayores para sentirse mejor



7

Metodología



7 Metodología

Autores >>>

- > Soraya Montoya González
- > David Fernando Forero
- > Lina María González Ballesteros
- > Camila Andrea Castellanos Roncancio

ISBN (ONLINE)

978-628-95980-3-2



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, Fedesarrollo, PROESA y DANE.

Cítese como:

Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE. (2023). Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva. Bogotá, D.C. Colombia. 597 páginas

Contenido

7.1.	Descripción general.....	535
7.2.	Revisión de literatura	536
7.3.	Metodología cuantitativa	537
7.3.1.	Selección y tamaño de la muestra.....	537
7.3.2.	Criterios de inclusión y exclusión	537
7.3.3.	Tratamiento de datos	537
7.3.4.	Tipos de procedimientos cuantitativos	537
7.3.5.	Fuentes de información.....	538
7.4.	Metodología cualitativa	541
7.4.1.	Paradigma.....	541
7.4.2.	Enfoque teórico	542
7.4.3.	Recolección en campo.....	543
7.4.4.	Uso de programas informáticos para el análisis cualitativo	543
7.4.5.	Tipo de muestreo y estrategia de muestreo	544
7.4.6.	Criterios de selección.....	544
7.4.6.1.	Grupos focales.....	544
7.4.6.2.	Entrevistas a profundidad.....	545
7.4.7.	Saturación por categorías	546
7.4.8.	Saturación temática.....	546
7.4.9.	Fases del análisis	548
7.4.9.1.	Familiarización con los datos –información–.....	548
7.4.9.2.	Generación de categorías o códigos iniciales...548	
7.4.9.3.	Búsqueda de temas.....	548
7.4.9.4.	Revisión de temas.....	549
7.4.9.5.	Definición y denominación de temas.....	549
7.4.9.6.	Producción del informe final.....	549

7.4.9.7.	Proceso de análisis.....	550
7.4.10.	Descripción de las estrategias	550
7.4.10.1.	Grupos focales.....	550
7.4.10.2.	Definición de lugares.....	551
7.4.10.3.	Entrevistas a profundidad.....	552
7.5.	Cuasi experimento social gamificado	552
7.6.	Triangulaciones	556
7.6.1.	Triangulación temática.....	556
7.6.1.1.	Triangulación metodológica.....	558
7.7.	Referencias.....	560
7.9.	Anexos	563
7.9.1.	Anexo 1. Formulario de consentimiento informado para los participantes de los grupos focales.....	563
7.9.2.	Anexo 2. Formulario de consentimiento informado para los expertos de las entrevistas a profundidad ...	565
7.9.3.	Anexo 3. Guías de grupos focales y entrevistas.....	567
7.9.3.1.	Formato guion grupo focal personas mayores.....	567
7.9.3.2.	Formato guion entrevistas a profundidad	570
7.9.4.	Anexo 4. Diccionario de categorías	571
7.10.	Lista de figuras	576
7.11.	Lista de anexos	577
7.12.	Lista de tablas	578



7.1. Descripción general



La investigación es un estudio mixto tipo IV, en la que se combina la información de un componente de análisis cuantitativo a partir de datos de fuentes primarias y secundarias de información, con una profundización de la percepción subjetiva y las condiciones diferenciales de las personas mayores a través de la recolección de información cualitativa en grupos focales.

El proyecto cuenta con dos etapas: en la primera se llevó a cabo una metodología explicativa secuencial, en la que se obtuvieron unos resultados cuantitativos preliminares que sirven para alimentar el diseño de los instrumentos cualitativos. En la segunda, se adelantaron de manera paralela los componentes cuantitativos y cualitativos, con el objetivo de realizar al final una triangulación de resultados que permitió construir una visión integral del diagnóstico de la situación de las personas mayores y permite extraer ideas para la generación de recomendaciones de política pública. Esta segunda etapa,

incluyó un cuasi-experimento sobre cambios de percepción sobre el proceso de envejecimiento y vejez.

7.2.Revisión de literatura



La revisión de la literatura se basó en la identificación de las fuentes relevantes para el proyecto mediante el diseño de estrategias sistemáticas de búsqueda. Para este fin se empleó un enfoque objetivo (Hausner, E., et al, 2016) en el que se identificaron los componentes estructurales de las preguntas de investigación abordadas y se seleccionaron los términos relativos a cada uno de los tesauros de la Biblioteca Virtual en Salud (DeCs), MEDLINE (MeSH), EMBASE (EMTREE) y la American Psychological Association (Thesaurus of Psychological Index Terms®). La selección de términos fue complementada con la identificación de términos de uso común en los resúmenes de las referencias previamente conocidas y catalogadas como relevantes por los investigadores, por medio de la revisión manual y el procesamiento automatizado mediante la herramienta MeSH on Demand (U.S. National Library of Medi-

cine, 2021). Términos adicionales fueron identificados mediante el procesamiento de cadenas de búsqueda de prueba de la interfaz de PubMed empleando la herramienta PubMed PubReMiner (Koster, J., 2014) y con los comentarios de investigadores y personal involucrado en el proyecto.

Se generó un repositorio de cadenas de búsqueda ligadas a ejes temáticos de interés para la investigación. Esta estrategia viva permitió optimizar los tiempos de búsquedas, la actualización de los resultados y la búsqueda de fuentes de información sobre las temáticas que se identificaron a medida que se desarrollaba el trabajo de campo. Las cadenas de búsqueda fueron combinadas y corridas en las bases de datos MEDLINE (PubMed), PsycArticles (PsycNet), EMBASE (EMBASE), EconLit (Ovid) y LILACS (LILACS). No se aplicaron restricciones de idioma y se limitaron los resultados a los correspondientes a los últimos cinco años. No se emplearon filtros de búsqueda. Todas las búsquedas fueron realizadas por un profesional con experiencia en la búsqueda sistematizada de literatura científica. Los resultados fueron tamizados por el equipo encargado de las revisiones de la literatura y seleccionadas de acuerdo con su pertinencia para el cumplimiento de los objetivos del proyecto.

7.3. Metodología cuantitativa



Los métodos cuantitativos usados en la **Misión Colombia Envejece, Una Investigación Viva** tuvieron como propósito recolectar y ordenar los datos procedentes de las fuentes de información seleccionadas para responder las preguntas de investigación formuladas en cada capítulo a partir de la revisión de literatura y del estado del arte.

7.3.1. Selección y tamaño de la muestra

Muestras probabilísticas estratificadas censal de la población de Colombia con análisis por conglomerados.

7.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Población habitante en Colombia.

7.3.3. Tratamiento de datos

La información recolectada y las bases de datos administradas fueron sometidas al análisis descriptivo y comparativo de los datos sociodemográficos por medio del software Stata 17.

7.3.4. Tipos de procedimientos cuantitativos

En particular, los procedimientos cuantitativos fueron de tipo descriptivo y correlativo. Mediante los procedimientos descriptivos se analizó y sintetizó transversalmente el estado de las variables de interés para calcular medidas de tendencia central y dispersión, así como proporciones y frecuencias. Mediante los procedimientos correlativos se estudió la relación estadística entre dos o más variables con el objetivo de encontrar tendencias y patrones discriminantes en los datos, y se exploraron las relaciones entre aquellas que resultaron de interés para el proyecto. Además, en los capítulos de Salud física y mental y Participación social y bienestar se efectuaron regresiones lineales de corte transversal, regresiones logísticas y de paneles de datos con efectos fijos para caracterizar las relaciones y covarianzas entre las variables independientes y dependientes seleccionadas.

Los procedimientos descriptivos y correlativos fueron aplicados directa e indirectamente. En los casos de aplicación directa, los investigadores ordenaron y procesaron los datos directamente de las fuentes primarias de información estadística. Para las encuestas anonimizadas con diseños muestrales complejos (probabilísticos, multiéticos y estratifica-

dos) y mecanismos de selección aleatoria simple de elementos al interior de cada estrato, los procedimientos descriptivos y correlativos usaron los factores de expansión correspondientes; en el caso de las encuestas de hogares provenientes del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), dichos factores de expansión fueron los calibrados de acuerdo con las proyecciones poblacionales correspondientes al Censo Nacional de Población y Vivienda más vigente.

En los casos de aplicación indirecta, los datos descriptivos y correlativos fueron tomados e interpretados de los resultados compartidos en fuentes públicas de información secundaria, principalmente artículos científicos publicados en re-

vistas indexadas y publicaciones oficiales (boletines, reportes) de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales nacionales e internacionales.

7.3.5. Fuentes de información

Las fuentes de información fueron primarias y secundarias. Las fuentes primarias fueron censales, muestrales, registros administrativos, el Sistema de Cuentas Nacionales y bases de datos internacionales. Las fuentes secundarias fueron estudios y publicaciones que están debidamente citadas en los cuerpos de cada capítulo.

A continuación, se describen brevemente cada una de las fuentes primarias utilizadas:

Tabla 1. Fuentes de información primaria

Tipo	Nombre	Propósito	Entidad productora	Años
Censal	Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 (CNPV 2018)	Caracterizar la población, sus hogares y viviendas para la planificación, gestión y toma de decisiones de política pública a nivel nacional, territorial y local.	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	2018
Muestral	Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH)	Entregar información sobre los indicadores de mercado laboral, como son la tasa de ocupación, informalidad, tasa de desempleo y subempleo e ingresos laborales y de otras fuentes, entre otros.	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	2019-2021
	Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECNV)	Obtener información de las condiciones de vida de los colombianos. Su representatividad llega a los 33 departamentos del país, incluyendo a Bogotá como Distrito Capital.	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	2015-2020

Tipo	Nombre	Propósito	Entidad productora	Años
Muestral	Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT)	Proporciona información estratégica sobre el tiempo dedicado por la población de 10 años y más a actividades de trabajo y personales.	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	2016-2017; 2020-2021
	Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)	Generar información de condiciones de salud, uso de los servicios de salud, conductas y prácticas de las personas mayores, entorno físico, condiciones laborales y de generación de ingresos	Ministerio de Salud y Protección Social	2015
	Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)	Establecer los cambios demográficos de la población colombiana ocurridos durante cinco años (2010 - 2015), y obtener información actualizada sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva de mujeres y hombres en edad fértil.	Ministerio de Salud y Protección Social - Profamilia	1990, 2000, 2010, 2015
	Encuesta de Micronegocios (EMICRON)	Proporciona información sobre ventas, tamaño, emplazamiento, antigüedad y otras características para cuantificar y caracterizar las unidades económicas con hasta 10 personas ocupadas en los sectores económicos.	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	2020
	Encuesta Mundial de Valores en Colombia (EMV-C)	Provee información relevante sobre tres componentes fundamentales del cambio cultural: los valores, las creencias y las motivaciones de una muestra representativa de ciudadanos.	Caja de Compensación Familiar de Antioquia - Comfama	1995-2019
	Encuesta Valores en Crisis en Colombia (VEC)	Comprender los retos y oportunidades actuales en las regiones de Colombia en el marco de la pandemia del COVID-19.	Caja de Compensación Familiar de Antioquia - Comfama	2020
	Encuesta Pulso Social	Producir información relacionada con confianza del consumidor, bienestar subjetivo, redes de apoyo de los hogares, bienestar de los hogares que cuentan con niños, niñas y adolescentes y el conocimiento y acceso a las políticas nacionales y locales de apoyo a los hogares.	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	2020-2021

Tipo	Nombre	Propósito	Entidad productora	Años
Registros administrativos	Sistema Integrado de Información para la Protección Social (SISPRO)	Proveer información epidemiológica y estadística, y herramientas de análisis, para facilitar y focalizar la gestión y la toma de decisiones. El SISPRO tiene cuatro componentes: 1. Salud. 2. Pensiones. 3. Riesgos Laborales. 4. Promoción Social.	Ministerio de Salud y Protección Social	2015-2019
	Fondos de Pensiones Voluntarias	Obtener información sobre la cobertura de los regímenes pensionales contributivos, características de la población cubierta y el nivel de las prestaciones pensionales.	Superintendencia Financiera de Colombia	2015-2021
	Colombia Mayor y BEPS	Obtener información sobre las características de la población cubierta por ambos programas, comportamiento en el tiempo de los ahorros en BEPS y del monto del subsidio de Colombia Mayor.	Departamento para la Prosperidad Social (DPS) y Colpensiones	2020
	Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)	Contiene la información de los afiliados plenamente identificados, de los distintos regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, Regímenes de Excepción y Especiales y entidades prestadoras de Planes Voluntarios de Salud).	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)	2015-2019
Sistema de Cuentas Nacionales	Cuentas Nacionales de Transferencia (CNT)	Medir la economía generacional, permitiendo observar indicadores económicos desde una mirada etaria, particularmente importante en un contexto en que la estructura por edades de la población cambia rápidamente.	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	2021

Tipo	Nombre	Propósito	Entidad productora	Años
Otras bases de datos	Global Entrepreneurship Monitor (GEM)	Entendimiento del rol que tiene la actividad empresarial, dentro del análisis del crecimiento económico y competitividad de los países, vista desde dos agentes: las nuevas empresas y las empresas establecidas.	<p>Consortio GEM Colombia: Universidad del Norte, Universidad Icesi, Universidad de los Andes, Pontificia Universidad Javeriana de Cali.</p> <p>Actualmente, forman parte de GEM Colombia: Universidad Icesi, Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Universidad del Norte, Institución Universitaria Americana, Universidad EAN e iNNpulsa Colombia.</p>	2017

7.4. Metodología cualitativa



Se escoge la investigación cualitativa como uno de los métodos de estudio de esta investigación porque por sus características es posible conocer cuáles son las percepciones de las personas frente a la vejez y su vejez en el escenario de pandemia por SARS COV2. La investigación cualitativa, además, es flexible a los intereses del investigador y se puede adaptar al contexto que se estudia. Así, 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 dos estrategias principales: grupos focales 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.

Para el análisis de la información cualitativa recolectada en campo se aplicó la siguiente estrategia metodológica:

7.4.1. Paradigma

El paradigma es mixto en donde se trabaja bajo los marcos de teoría crítica que permite visibilizar las relaciones de poder en una población vulnerable como

son las personas mayores; y de constructivismo, en la medida en que hay una realidad construida, cada individuo hace construcciones de normas y valores.

7.4.2. Enfoque teórico

Se mezcla el enfoque teórico que trabaja desde la fenomenología interpretativa porque se busca en paralelo comprender los significados que los participantes le dan al proceso de envejecimiento y sus vejez. A su vez en los espacios de recolección de datos se incluyen técnicas neurolingüísticas, y aquí se tiene el marco de la etnometodología que permite reconocer las interacciones de la vida social en un contexto situado.

Se consideró el uso de la fenomenología interpretativa en tanto pretende estudiar el fenómeno en sus propios términos siendo críticamente reflexiva alrededor de las estrategias metodológicas, el conocimiento personal y el contexto social, entendiendo que esto construye la posibilidad de acceder teórica y perceptualmente lo que va a impactar en la lectura e interpretación del fenómeno.

La fenomenología interpretativa presenta en su marco conceptual elementos que permiten abordar el fenómeno, entendido como esas percepciones, expectativas y las formas de entender el bienestar después de la pandemia y en el marco sociopolítico en Colombia por par-

te de las personas mayores y sus interseccionalidades. Entre estos elementos vale la pena subrayar los elementos referidos por Sherryl Conroy y referenciados por Gómez, A (2010):

- › Comprender el “mundo de los participantes” a través de la inmersión significativa en su mundo.
- › Poner de manera explícita la comprensión compartida del mundo entre el investigador y los investigados.
- › Sumergirse a sí mismo en el círculo hermenéutico a través de la espiral de la investigación.
- › Sacar lo que está escondido en las narrativas e interpretarlo basándose en la comprensión existente en el mundo de los participantes e investigadores.
- › Mantener una actitud constante de pregunta en busca de interpretaciones distintas o equivocadas, incompletas o más profundas.
- › Moverse en una progresión circular entre las partes y el todo, lo descubierto y lo escondido, el mundo de los participantes y el mundo de los investigadores.
- › Involucrar activamente a los participantes en el proceso investigativo: la implementación y la interpretación.
- › Promover la práctica autorreflexiva en los participantes mediante la participación en la investigación y la presentación de las interpretaciones que hacen los investigadores.

- › Considerar cada historia como una interpretación basada en los antecedentes de la persona.
- › Considerar lo narrado por el participante como significativo para él o ella.
- › Pensar en cada historia como algo que tiene su propia lógica, lo que aparezca o surja en la entrevista es significativo para quien lo hace conscientemente o no.
- › Acceder y hacer explícito la comprensión o interpretación de los participantes a través de sus propios modos de existencia, de estar involucrados y al mismo tiempo ser sensible a los propios modos.

De otra parte y como se anotó previamente se utiliza la etnometodología que permite reconocer como se da el ordenamiento social a través de los procesos de interacción social. Este enfoque facilita dar cuenta de los cambios del lenguaje, de los gestos, cuando se dan situaciones generadoras de dichos cambios. Tal como lo refiere Urbano Gil (Urbano Gil, 2007):

“El papel del lenguaje en el enfoque etnometodológico es fundamental. Y tiene su razón de ser. Al optar por los hechos y por el mundo de la vida, al dar la palabra al actor y a las circunstancias en que él actúa, el investigador etnometodólogo se preocupará sobre todo por garantizar los hechos, la forma oral y el estilo

que los vio nacer. De ahí la importancia que tiene en el acercamiento etnometodológico de la realidad todos los elementos y las circunstancias en que se dan los gestos o las acciones. El actor trata de individualizar su acción a través de un sinnúmero de palabras. Son estas las que permiten al que escucha saber que tal gesto o tal práctica fueron ejecutadas por tal o tal actor en circunstancias únicas” (Urbano Gil, p. 90).

7.4.3.Recolección en campo

La recolección en campo se llevó a cabo entre el 14 de febrero al 31 de julio del año 2022. 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 (ver anexo 3).

7.4.4.Uso de programas informáticos para el análisis cualitativo

El objetivo común en el análisis de los resultados cualitativos fue identificar los conjuntos de significados, así como las relaciones que estos establecen. Para ello se tuvo en cuenta tanto lo dicho (lo que se explicita

en los textos transcritos), como lo implícito evidenciado en los videos autorizados para las grabaciones y en los diarios de campo. Esto se realizó con el software NVivo (QSR International Pty Ltd, 2014). Para el análisis se centró la atención en las seis dimensiones objeto de este estudio (ver diccionario de categorías en el anexo 4).

7.4.5. Tipo de muestreo y estrategia de muestreo

El tipo de muestreo es Muestreo Teórico porque está basado en los conceptos que representan relevancia teórica para el fenómeno de estudio y que permite dar información acerca del fenómeno que se estudia, de la mano al marco teórico del estudio y la posición teórica que se ha definido. La muestra fue recolectada en siete municipios del país en sus áreas urbanas y rurales. Para la recolección de la muestra se invitaron personas de las bases de datos de Colombia Mayor, así como personas mayores a través de los centros comunitarios y el método de bola de nieve.

El muestreo fue secuencial y acumulativo es decir que se hizo de manera continua con la identificación de las unidades de análisis y la selección de estas. En paralelo a lo anterior, se realizó el análisis de la información en tanto se logró la suficiencia de la información favoreciendo la iteración del proceso.

7.4.6. Criterios de selección

7.4.6.1. Grupos focales

Se construyeron criterios de exclusión e inclusión para focalizar los participantes de forma oportuna y cumplir con el objetivo del proyecto. El criterio de inclusión en la investigación es tener más de 18 años y se hizo énfasis en asegurar la participación de personas mayores de 60 años. Los criterios de exclusión son que la persona tenga un deterioro cognitivo en la Escala de Deterioro Global 3 (GDS3 sigla en inglés) y/o enfermedad mental tipo psicosis. Además, las personas que se seleccionaron de forma aleatoria con el fin de que no se conocieran entre sí y llenaran las características de cada grupo, según su sexo, nivel socioeconómico, edad y afrocolombianos. Vale la pena mencionar que quienes participaron en los grupos focales de Quibdó y Mitú no se focalizó por su nivel socioeconómico. En el Distrito Capital el contacto se realizó por el software de videochat Zoom, y en las otras ciudades se hizo en campo, con la ayuda de los gestores locales. Para focalizar a la población LGBTIQ+ se contactó con el Centro de Atención Integral a la Diversidad Sexual y de Géneros (CAIDSF) y con el respectivo enlace en cada municipio seleccionado.

Cada grupo tuvo una duración de 90 minutos aproximadamente y se iteró so-

bre las preguntas hasta lograr la saturación del discurso definida por la redundancia en las respuestas. Luego de terminar las preguntas del guion de los grupos focales y habiendo logrado la saturación del discurso se realizó un ejercicio de gamificación devolviendo los hallazgos más relevantes y se hicieron ajustes neurolingüísticos a las frases claves en medio de un ejercicio de diálogo socrático con la finalidad de generar modificación en percepciones las cuales serán valoradas posteriormente en el análisis de los datos.

Los grupos focales fueron realizados por dos personas entrenadas y con quienes previamente se realizaron ensayos para asegurar un adecuado ejercicio en la recolección de la información. Los grupos focales fueron grabados en audio y/o video en un dispositivo electrónico para tal fin y posteriormente el audio fue transcrito por una persona entrenada en dicho objetivo. La transcripción incluyó los silencios, cambios en tonos de voz, etc.

En los grupos focales la identidad de los participantes es protegida y su participación es totalmente voluntaria. Para garantizar su cumplimiento, los participantes leyeron y firmaron un formato de consentimiento informado (ver anexo 1). Adicionalmente al inicio de cada grupo focal se realizaban preguntas de caracterización en el que aparece la información de las personas entrevistadas.

7.4.6.2. Entrevistas a profundidad

En las entrevistas a profundidad se seleccionaron tomadores de decisiones a nivel estatal y expertos temáticos. Para ello se contó con un instrumento evocador con tres preguntas iniciales delineadas según el enfoque de cada experto y dirigidas a conocer sus percepciones alrededor de la situación de las personas mayores en medio de la pandemia en Colombia. Estas preguntas iniciales abrieron paso a más preguntas o acciones de interrogación por parte del entrevistador permitiendo de esta manera profundizar en el objetivo.

La mayoría de las entrevistas se realizó a través del software de videochat Zoom y al inicio de cada entrevista se le solicitaba al experto diligenciar un formato de consentimiento informado vía online o en algunas entrevistas en físico (ver anexo 2). Al finalizar la entrevista se agradeció a los participantes y se les invitó a conocer los resultados posteriores de la investigación en los espacios de presentación de la misma. Las entrevistas fueron realizadas por una persona entrenada y con quien previamente se realizaron ensayos para asegurar un adecuado ejercicio en la recolección de la información. La entrevista fue grabada en un dispositivo electrónico para tal fin y posteriormente el audio fue transcrito por una persona entrenada

en dicho objetivo. La transcripción incluye los silencios, cambios en tonos de voz, etc. Entre las personas entrevistadas se encuentran: Elisa Dulcey Ruiz, Carlos Alberto Cano, Diana Matallana, Carmen Curcio, Cecilia López Montaña, Mireya González, Moisés Wasserman, Rudolf Hommes, Magda Camelo.

7.4.7. Saturación por categorías

Algunas de las preguntas más recurrentes de los estudios cualitativos se relacionan con el límite de información que estos deben recolectar y analizar ¿Cuántas entrevistas o grupos focales debemos hacer? ¿Qué tanta información debemos codificar? Según Guest, Namey y Chen (2020), algunos estudios de los años 2000, como el elaborado por Guest, Bunce y Johnson (2006), evidenciaron que 12 entrevistas podrían cubrir el 92% de las categorías propuestas en los análisis. Si bien los aportes de Guest, Bunce y Johnson (2006) todavía pueden ser utilizados en diversas investigaciones, actualmente existen diferentes debates sobre la saturación de categorías, que deben ser examinados para estudiar los datos de la mejor manera posible.

Los apartados elaborados a través de entrevistas y grupos focales de la **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva** no son ajenos a estas discusiones

metodológicas, ya que reconocen que cuando se alcanza la saturación teórica; es decir, no hay información nueva sobre las categorías de análisis y por ende se estabiliza el modelo teórico, se hace referencia a la teoría fundamentada. Pero también se puede revisar la postura de saturación de los datos; es decir, los datos producen poca o nula información nueva que responden a la pregunta de investigación, sobre esta última existen aproximaciones meta-analíticas bajo la lógica binomial de ausencia/presencial de las categorías, con tres condiciones: prevalencia del tema en la población, las instancias deseadas de aparición del tema y el poder deseado en el estudio; sin embargo, surgen tres limitaciones en el proceso de operacionalización: la ausencia de compatibilidad entre las métricas, la dependencia en la probabilidad teórica o muestra aleatoria y la evaluación de la saturación una vez finalizada la codificación. Por lo anterior, la **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva** se inclinó por el modelo de saturación temática que se explica a continuación.

7.4.8. Saturación temática

Desde la perspectiva de Guest, Namey y Chen (2020), existe una propuesta precisa para cuantificar la saturación cualitativa, el análisis de arranque (bootstraping analysis). Este tipo de aproximación

divide el número de temas formulados por los investigadores entre los nuevos conceptos que manifiesten los participantes. Cuando el resultado de la división es igual o inferior a 5, se establece que hay una saturación debido a una significancia estadística, a lo que los autores llaman umbral de información (Information threshold). De esta manera, Guest, Namey y Chen (2020) pretenden cuantificar lo que antes se hacía a través del juicio de los investigadores, la saturación de la información.

Si bien el artículo de Guest, Namey y Chen (2020) brinda elementos importantes para establecer la cantidad de entrevistas y grupos focales que deben ser estudiados, así como otros documentos que también hablan de la saturación por medio de modelos estadísticos, como el elaborado por Lowe et al (2018), los autores reportan algunas limitaciones que se deben examinar. Una de las limitantes expuestas se relaciona con el tipo de perspectiva de los estudios, que influye en la manera en la cual se llega a la saturación. Por ejemplo, los estudios inductivos, que pretenden encontrar la saturación por medio de la relación entre las categorías recolectadas en campo, se diferencian de los estudios deductivos, que tienen categorías teóricas preestablecidas cuya función es limitar la información. Por esta razón, Guest, Namey y Chen (2020) des-

tacan que no se debe utilizar el mismo método de saturación en todos los análisis de datos.

A partir de la limitante expuesta por los autores referenciados, en la **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva** se debe tener en cuenta que existen categorías preestablecidas, como salud y cuidado, las cuales se formularon antes de la recolección de los datos cualitativos. Así, la misión parte de un análisis deductivo sobre el que se debe basar la saturación de información. De ahí que se deban tener en cuenta los aportes de Saunders et al (2018), quienes plantean cuatro tipos de saturaciones en las investigaciones cualitativas, las cuales dependen del tipo de estudio que se esté elaborando: saturación teórica, que indica el momento en el cual se debe detener el análisis de los datos debido a sus divergencias con las categorías centrales; saturación inductiva, que evidencia los nuevos códigos y la relación entre sí; saturación a priori, en la que los investigadores escogen los conceptos importantes y por último se encuentra la saturación de los datos, dada por la redundancia de los análisis obtenidos.

Con base en los diferentes modos de saturación planteados por Saunders et al (2018), en esta investigación se propone hacer una saturación teórica por categorías basada en los árboles de

conceptos elaborados en cada capítulo de la **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva**. En este sentido, en el capítulo uno la saturación estará presente cuando el campo arroje suficiente información sobre la transición demográfica, el envejecimiento y la percepción de sí mismo, que son los principales conceptos de este primer apartado. En el capítulo cuatro, por ejemplo, se establecerá una saturación teórica con base en los siguientes términos: relaciones sociales, cuidado formal, cuidado informal y Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Este mismo proceso se hará en cada uno de los pasajes restantes por medio de las frecuencias de palabras y el juicio de los analistas. De ahí que la saturación pueda ocurrir cuando se tengan datos de seis a siete fuentes de información por capítulo (entrevistas, grupos focales y diarios de campo), como lo han establecido algunos autores ya mencionados (Guest, Namey y Chen (2020); Saunders, et al (2018)).

7.4.9. Fases del análisis

Para el análisis se trabaja en las siguientes fases para el proceso, entendiendo que cada una de ellas tiene un objetivo y que si bien se presentan en un orden particular pueden estar solapadas una con otras en un ejercicio iterativo (Mieles, Tonon, & Alvarado, 2012).

7.4.9.1. Familiarización con los datos - información-

Incluye la transcripción, lectura y relectura del material y anotación de ideas generales. En esta primera fase se realiza una lectura lenta en donde se buscan estructuras y significados de los discursos.

7.4.9.2. Generación de categorías o códigos iniciales

En esta fase se organiza la información en grupos de un mismo significado o códigos. Acá se tienen en cuenta las pautas sugeridas por Braun y Clarke, 2006 (Referenciado por (Mieles, Tonon, & Alvarado, 2012):

- Se codifica la mayor cantidad posible de patrones en la información.
- Se incorpora en cada código la suficiente información como para no perder la perspectiva del contexto.
- Se considera que un mismo extracto de datos puede codificarse más de una vez.

La forma de codificar es deductiva y teórica ya que parte de unas categorías iniciales basadas en la teoría y los objetivos propios de la investigación.

7.4.9.3. Búsqueda de temas

El tema se define como la información relevante a la pregunta de investigación, que describe, organiza e interpreta el fenómeno objetivo.

7.4.9.4.Revisión de temas

Se recodifica y se descubren nuevos temas, cuidando de excederse en la presentación de los mismos.

7.4.9.5.Definición y denominación de temas

En esta fase se definen los temas, lo esencial de los mismos y se elaboran jerarquías de ellos.

7.4.9.6.Producción del informe final

Luego de la comprensión e interpretación de la información por parte del equipo se trabaja en la argumentación de los hallazgos. Luego estos son redactados en un discurso suficiente y comprensible.

Figura 1. Proceso de análisis



Fuente: Elaboración propia.

7.4.9.7. Proceso de análisis

El proceso de análisis fue realizado por parte de los investigadores principales junto con el equipo de investigación triangulando los datos buscando sobrepasar la perspectiva de un solo investigador y dos investigadores analizan la información de manera separada y luego triangulada.

7.4.10. Descripción de las estrategias

7.4.10.1. Grupos focales

Estos grupos se realizan en zonas estratégicas definidas desde el principio de la investigación. El instrumento de recolección de datos se denomina focal en tanto enfoca toda su atención en el objetivo del proyecto. Para ello, se busca ganar la confianza de las personas para poder obtener información sobre la opinión de ellos en torno sobre sus percepciones alrededor de la vejez y el envejecimiento. Esto permite abrir un espacio de intercambio de respuestas alrededor de la temática favoreciendo la obtención de la diversidad de significados, significantes y opiniones de la persona frente a este tema.

Para esta investigación se invitaron grupos pequeños de personas con un moderador y un co-moderador que se encargaron de guiar la discusión. La la-

bor del moderador es mantener encauzadas las opiniones de los participantes para que no se alejen del tema de interés y se pueda extraer la información clave que se necesita para la investigación. El co-moderador apoya al moderador tomando notas y evaluando conjuntamente la presencia de saturación del discurso. Se espera que el tamaño del grupo favorezca la interacción de los participantes, les da la posibilidad de sentirse libres para hablar de sus percepciones y ayuda al surgimiento de acciones, emociones, creencias y reacciones lo cual no surgiría con otros métodos (Escobar & 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. Los grupos focales se realizaron en cuatro regiones de Colombia; algunos grupos se dividieron por sexo para facilitar la interacción de los participantes e identificar posibles diferencias relevantes entre hombres y mujeres; también se conformaron grupos mixtos. Además, los grupos se organizaron por sector etario y estrato socioeconómico.

Tabla 2. Distribución de los grupos focales por municipio

Tipo de estrategia	Estrategia de recolección	Género	Grupos etarios	Nivel socioeconómico	Ubicación geográfica
Grupos focales	Municipio	Mixto	Entre 18 a 40 años	3 y 4	Urbana
		Mixto	Entre 41 a 59 años	1 y 2	Urbana
		Mixto	Entre 41 a 59 años	3 y 4	Urbana
		Hombres	Mayores de 60 años	1 y 2	Urbana
		Hombres	Mayores de 60 años	3 y 4	Urbana
		Mujeres	Mayores de 60 años	1 y 2	Urbana
		Mujeres	Mayores de 60 años	1 y 2	Urbana
		Mixto	Intergeneracional	1 y 2	Urbana
		Mixto	Afrodescendientes	1 y 2	Urbana

Fuente: Elaboración propia

7.4.10.2. Definición de lugares

Para la selección de los lugares se consideraron las 23 principales ciudades del país según la clasificación del DANE; cada una de estas se caracterizó a partir de los registros para 2019 del Índice Multidimensional de Inclusión Social y Productiva de la Fundación Saldarriaga Concha y de los valores proyectados para 2035 de la tasa de dependencia, de la tasa

de dependencia demográfica, del índice de envejecimiento y de la edad promedio estimada. Adicionalmente, se tuvo en cuenta si la ciudad había participado en la **Misión Colombia Envejece de 2015**.

La ponderación de estos factores se realizó mediante la siguiente fórmula:

30%*Doble exclusión + 20% Tasa de dependencia + 20% Tasa de dependencia demográfica mayores 65 años + 20% Índice de envejecimiento + 10% Visita MCE 2015.

A partir de los resultados obtenidos se seleccionaron las siete ciudades con un valor ponderado más alto: Bogotá, Medellín, Manizales, Pereira, Armenia y Pasto. Teniendo en cuenta la cercanía regional entre Medellín, Manizales, Pereira y Armenia, se procedió a seleccionar una de ellas. Teniendo en cuenta elementos logísticos, del eje se seleccionó Manizales.

Para la selección de las ciudades restantes se tuvo en cuenta la diversidad geográfica y cultural, para tener en cuenta la heterogeneidad en los procesos de vejez y envejecimiento en el país, así como las ciudades con una proyección alta en el índice de envejecimiento. A partir de estos criterios, y de otros como las posibilidades logísticas y la representatividad estadística en las encuestas de hogares, se seleccionaron como ciudades participantes en el estudio a Quibdó, Barranquilla, Bogotá, Tunja, Guachucal, Manizales y Mitú.

7.4.10.3. Entrevistas a profundidad

Para las entrevistas a profundidad se seleccionaron dos expertos por 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.

7.5. Cuasi experimento social gamificado



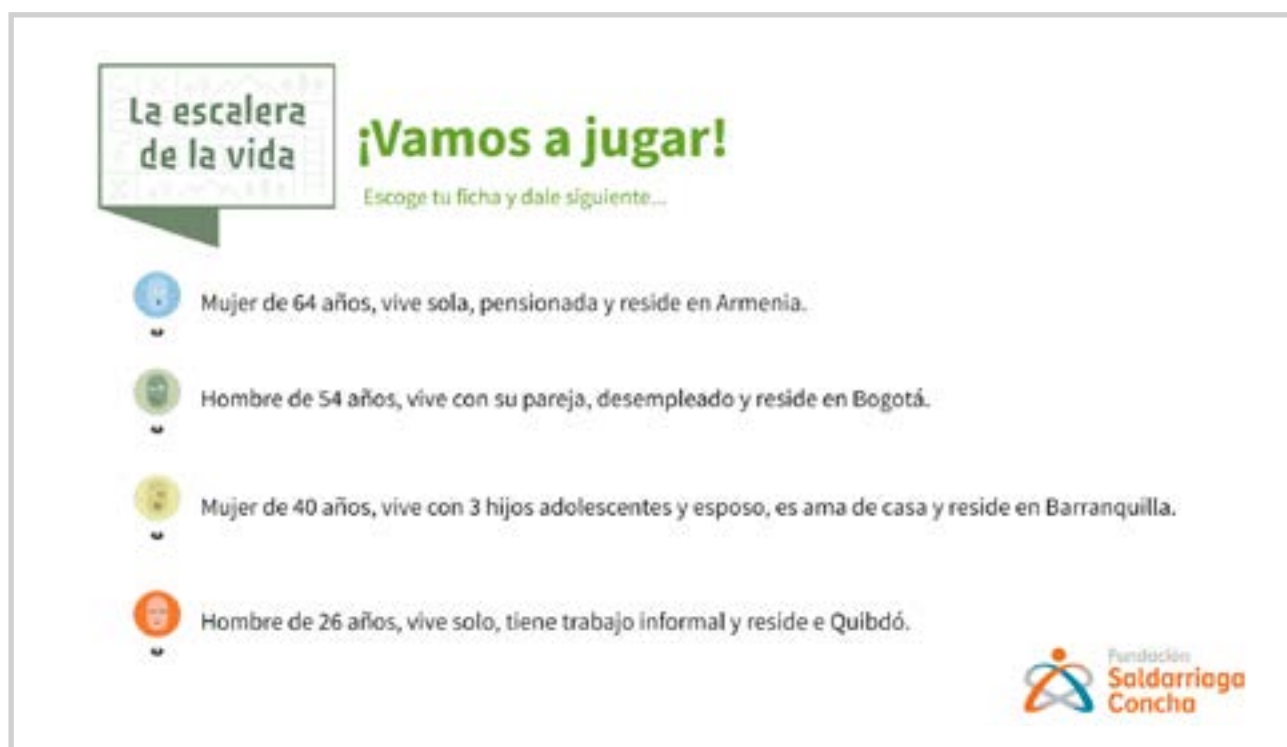
Los cuasi experimentos sociales permiten conocer los procesos de cambio intra e interindividuales, para este caso, de corte transversal (Cabré, 2012). Lo anterior, hace posible conocer la cognición alrededor del proceso de envejecimiento y la vejez, a través de los pensamientos, sentimientos, emociones y comportamientos hacia los otros y por los otros que están mediados por la empatía y la motivación; así como reconocer que los procesos cognitivos complejos se atraviesan por la teoría de los juicios morales que median las percepciones sobre los otros, con base en las concepciones identitarias, así pues, comprender los juicios implica un sesgo si se hace de forma directa y con metodologías tradicionales, pues este se ve modificado por el razonamiento y la norma social (Schweitzer & Waytz,

2021). Con lo anterior, este ejercicio investigativo hace uso de la gamificación y el juego como metodología naturalista que permite obtener reportes verbales sobre estas percepciones (y sus cambios).

De esta manera, dentro de los espacios de grupo focal realizados, se tomó un tiempo al final de estos para el desarrollo de

este cuasi-experimento social, que a través de la gamificación con el juego de escaleras y serpientes - creado en Genial.ly, <https://view.genial.ly/620575906c016d00116779a0/interactive-content-la-escalera-de-la-vida> - (ver Figura 2) permitió a los participantes cambios de percepción sobre el proceso de envejecimiento y vejez.

Figura 2. Cuasi experimento gamificado creado en Genial.ly



Fuente: Elaboración propia.

Las bases teóricas de este ejercicio fueron tres: La cognición social, los juicios morales y la gamificación. En relación a la cognición social, se encuentra el proceso de percepción mental que tiene dos dimensiones, la experiencial que refiere a la capacidad de sentir (dolor-placer) y las emociones que pueden ser a priori o a posteriori; y la capacidad de agencia que refiere al autocontrol, la planeación y la memoria (Schweitzer & Waytz, 2021). Asimismo, la percepción es un proceso central que hace posible la teoría de la deshumanización, es decir considerar a otros humanos como menos humanos y en ese sentido negar procesos mentales. Finalmente, es necesario aclarar que los procesos de percepción son diferentes de teoría de la mente y toma de perspectiva.

Ahora bien, es necesario mencionar que las mediciones de la percepción son posibles a través de diferentes vías. Las neurociencias hacen referencia a la red de mentalización (corteza prefrontal medial, corteza cingulada posterior - precuña y la unión temporoparietal), el test de asociaciones implícitas, las medidas de autoreporte y el enlace entre percepción y juicio moral. Por su parte, la lingüística, da cuenta de la relación entre el uso del lenguaje y las medidas de percepción: el uso de los pronombres, el paso de nosotros a ellos y viceversa; la captura de procesos mentales en la forma espontá-

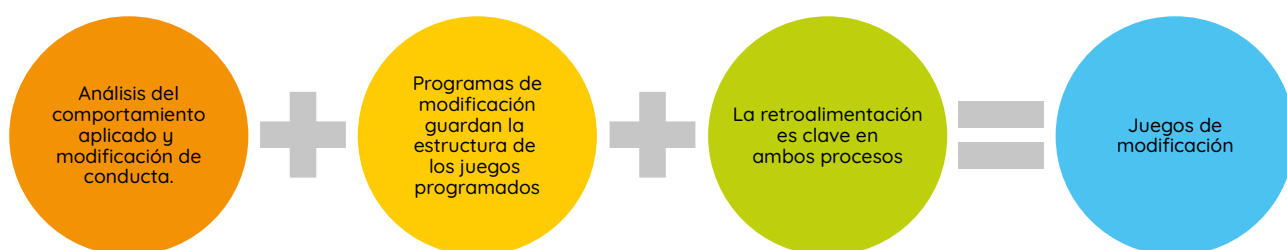
nea, respuestas implícitas de percepción, escalas de atribución mental, medidas de deshumanización, el uso de la primera persona y el vocabulario disponible; permiten el cambio de percepción y la medición de esta (Schweitzer & Waytz, 2021).

Los juicios morales aportan a las mediciones de cambio de percepción sobre la vejez y de los viejos por varias razones; primero, los juicios morales nunca se han investigado en este grupo poblacional y hay diferencias en el procesamiento cognitivo y afectivo entre las personas jóvenes y las personas mayores; segundo, los dilemas sobre juicios morales se han estudiado siempre en población universitaria menor a los 30 años de edad y; tercero, a nivel mundial, las personas mayores son quienes ocupan cargos de alta importancia en la toma de decisión política en diferentes sectores, la forma en la que este grupo poblacional toma decisiones morales, debería ser de importancia y pertinencia (McNair, Okan, Hadjichristidis, Bruine de Bruin, 2019). De hecho, se ha encontrado que las personas mayores emiten más juicios deontológicos (no hacer daño a otros) y tienen mayor intensidad cuando hay afectos negativos asociados, así como también hay relación entre la edad y los juicios morales en la medida en la que los mayores tienen principios morales más idealistas.

Finalmente, la gamificación que significa aplicar juegos en contextos de no-juego para promover la motivación y el enganche en procesos de aprendizaje y que tiene un propósito pedagógico que proporciona un remedio en escenarios de formación (Alsawaier, 2018). Para el caso de la **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva**, este modelo se emplea como psicología comportamental en la medida en la que permite crear escenarios para lo modificación, en este caso, de la percepción. De hecho, Walz & De-

terding (2015) creen que todos aquellos quienes se benefician de la gamificación y un mundo en el que se pueda jugar, casi siempre tienen una visión avanzada del futuro en el que la vida y el trabajo de vuelven divertidas, game-like y de recompensa. Un futuro en el que los problemas del mundo pueden ser solucionados con la colaboración masiva de actividades tipo juego, que estimula a las personas y al mismo tiempo le proporciona alternativas a la investigación, las organizaciones y la industria. (p. 81)

Figura 3. Gamificación como modelo de psicología comportamental



Fuente: Elaboración propia.

Así pues, el cuasi experimento social gamificado que hizo parte de la metodología de la **Misión Colombia Envejece, Una Investigación Viva** y por lo cual recibe el carácter de viva, es porque permitió realizar cambios in situ de la percepción de los participantes de los grupos focales sobre el proceso de envejecimiento y la vejez.

El proceso de construcción del juego para la modificación de la percepción fue: (1) seleccionar el target de modificación, percepción de la vejez; (2) determinar la medida para evaluar las respuestas, la grabación de la sesión y el análisis de lenguaje; (3) la motivación intrínseca, la personificación de la persona mayor y las condicionales del juego; (4) las preguntas de valor y control, juegos/preguntas/información sobre los seis capítulos de la MCE y (5) retroalimentación, progresiva con el avance del juego y a largo plazo con el ganador o ganadora de la escalera.

7.6. Triangulaciones



7.6.1. Triangulación temática

La triangulación mediante el análisis temático tuvo como objetivo analizar y

describir los resultados de cada capítulo para identificar convergencias y divergencias entre los temas tratados, señalar posibles temas emergentes y establecer el grado de validez de las conclusiones y las recomendaciones producidas, dada la interrelación conceptual y práctica y la heterogeneidad existente entre los capítulos. La triangulación temática, a partir del proceso dialógico, deliberativo y colaborativo, contribuye a reducir los sesgos e incrementar la credibilidad de las síntesis construidas.

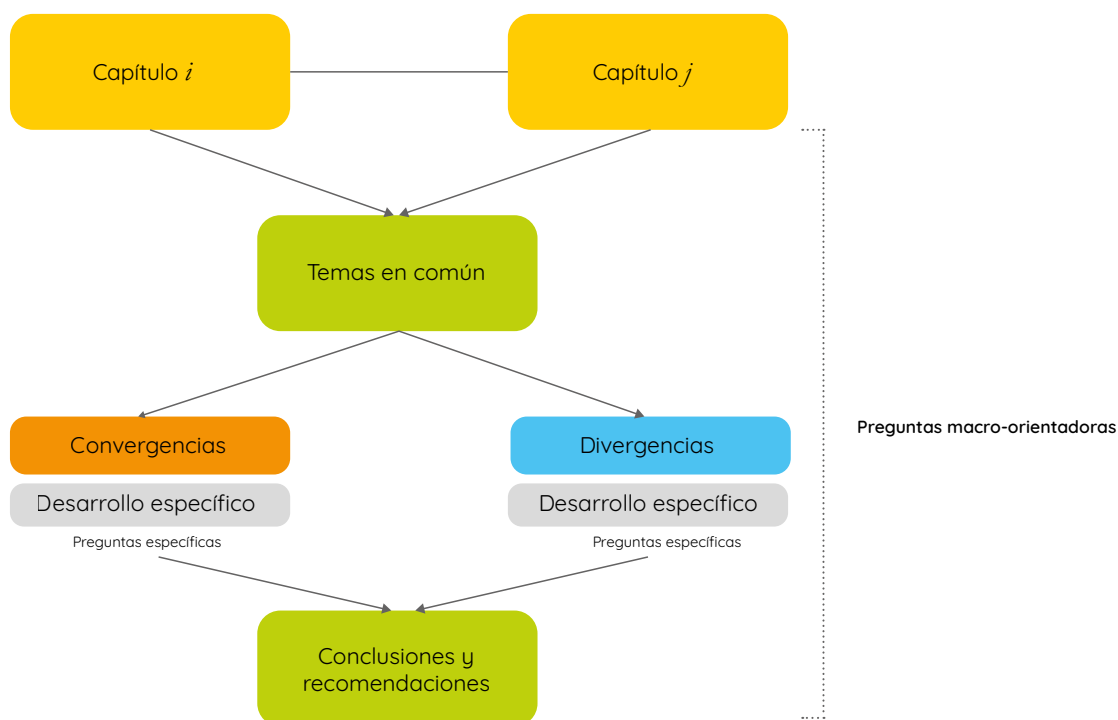
La triangulación temática se realizó en dos etapas. En la primera, desarrollada el 3 de junio, se realizaron reuniones intensivas por pares, con una duración de 3 minutos, en la que los investigadores, desde su especialidad y los marcos teóricos y epistemológicos de sus capítulos, discutieron las posibles conclusiones y recomendaciones de sus capítulos a la luz de los hallazgos del capítulo contrastado. Principalmente por el tiempo disponible, en la primera etapa no se entrecruzaron todos los capítulos.

La segunda etapa se realizó entre el 7 y el 28 de junio. El punto de partida para esta etapa fueron los resultados de la reunión del 3 de junio, los cuales se completaron mediante el desarrollo de las 15 triangulaciones por pares posibles entre los 6 capítulos, en sendas reuniones de dos horas.

Para el desarrollo de la segunda etapa, cada reunión se estructuró en torno a dos tipos de preguntas: las primeras, orientadoras a nivel general; las segundas, específicas para cada par de capítulos. La interacción entre los dos tipos de preguntas

puede entenderse a partir de la Figura 4. Las preguntas macro-orientadoras guiaron el desarrollo de la triangulación, y las preguntas específicas profundizaron en las convergencias y divergencias existentes a partir de los temas en común identificados.

Figura 4. Esquema metodológico de la triangulación temática



Fuente: Elaboración propia.

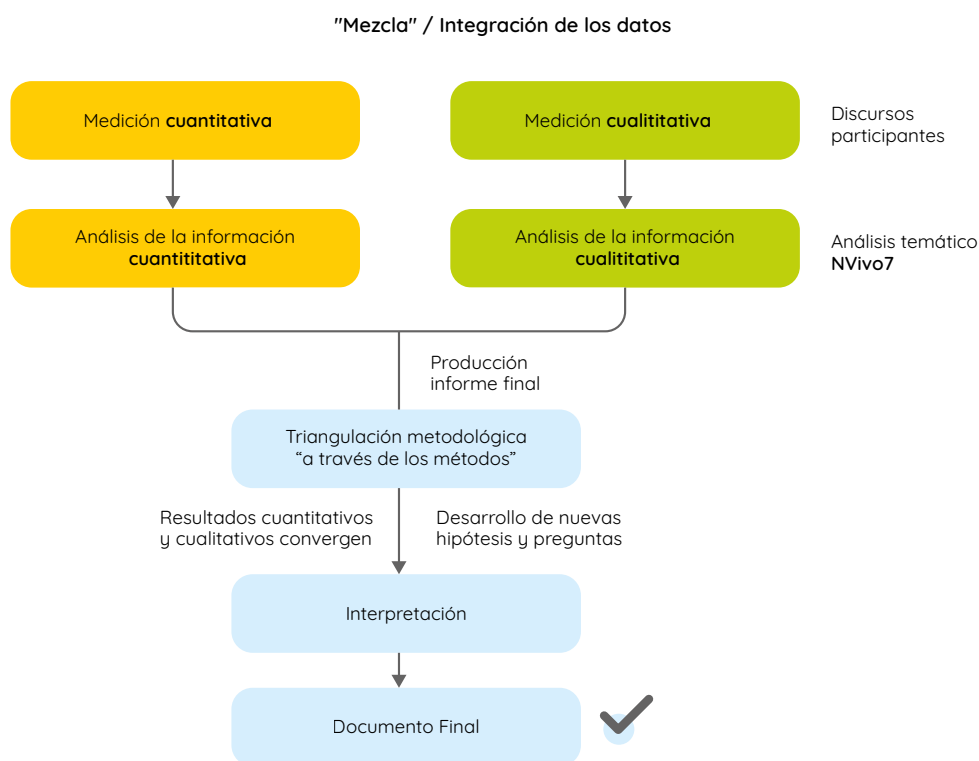
7.6.1.1. Triangulación metodológica

La triangulación metodológica es el proceso que materializa el carácter mixto de la **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva**, en la medida en la que, a través de un modelo cuatro en el que los métodos cualitativos y cuantitativos se utilizan por igual y en paralelo, demuestran los hallazgos complejos de objetos de investigación, como en este caso, el proceso de envejecimiento y la vejez (Creswell, 2015). La forma en la que se da esta mezcla o integración de datos es a través de la convergencia de los resultados,

la interpretación y escritura de los hallazgos que pueden comparar, complementar, debatir y cuestionar el tema en cuestión.

En la actualidad, existen diversas razones para optar por metodologías mixtas al momento de desarrollar procesos de investigación de alta complejidad. Primero, porque es posible que decidirse por una de las dos metodologías arroje información insuficiente para la comprensión del problema de estudio; segundo, porque se trata de reconocer las fortalezas y debilidades de cada método y encontrar las complementariedades entre ellas (Creswell, 2015).

Figura 5. Triangulación metodológica



Fuente: Elaboración propia.

La fase de triangulación metodológica se desarrolló entre julio y agosto del 2022, con encuentros entre los equipos cuantitativos y cualitativos de cada uno de los capítulos, para presentar y converger los hallazgos, de las complementariedades, como de las diferencias o asuntos recogidos por una de las dos metodologías que la otra puede desconocer. Dentro de los capítulos se planteó la escritura de los resultados en tres vías: primero,

aquellos temas en los que, con datos, se encontraban las metodologías; segundo, los hallazgos cuantitativos que no emergieron en lo cualitativo y tercero, los hallazgos cualitativos que no se recogen en los datos cuantitativos. Posteriormente, entre capítulos se presentaron los hallazgos triangulados para ganar riqueza metodológica y de validez de los resultados. Sobre esta última fase se construyeron las recomendaciones y conclusiones.

7.7. Referencias



Guest, G., Bunce, A., y Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>

Guest, G., Namey, E., & Chen, M. (2020). A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PLoS ONE*, 15(5), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232076>

Lowe, A., Norris, A. C., Farris, A. J. & Babbage, D. R. (2018). Quantifying Thematic Saturation in Qualitative Data Analysis. *Field Methods*, 30(3), 191–207. <https://doi.org/10.1177/1525822X17749386>

Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T. et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant* 52, 1893–1907 (2018). <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2013). *World Population Ageing*.

Fundación Saldarriaga Concha - Fedesarrollo. (2015). *Misión Colombia Envejece*. Obtenido de [saldarriagaconcha.org: https://www.saldarriagaconcha.org/mision-colombia-envejece/](https://www.saldarriagaconcha.org/mision-colombia-envejece/)

DANE. (2020). *Gran Encuesta Integrada de Hogares*. Bogotá.

Vargas Melgarejo, L. M. (1994). *Sobre el concepto de percepción*. Iztapalapa, Xochimilco, México. Obtenido de <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/viewFile/588/586>

Curcio, C. L., González, L., Ortiz, A., & López, S. (2020). *Misión Caldas Envejece*. Manizales: Universidad de Caldas.

Dulcey-Ruiz, E. (2015). *Envejecimiento y Vejez. Categorías y Conceptos*. Santiago de Chile: Red Latinoamericana de Gerontología y Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano.

Gomez, A. (2010). *Paradigmas, enfoques y tipos de investigación*. Obtenido de https://issuu.com/ahgr98/docs/unidad_1_iintf.

Urbano Gil, H. (2007). *El enfoque etno-metodológico en la investigación científica*. *Liberabit*, 89–92.

WHO. (2022). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Cardona, D., & Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*, 335 - 348.

National Research Council (US) Committee on Aging Frontiers in Social Psychology, Personality, and Adult Developmental Psychology. (2006). *When I'm 64*. Washington (DC): Carstensen LL, Hartel CR, editors.: National Academies Press (US); 2006.

Arias Castilla, C. A. (2014). Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. Obtenido de Horizontes Pedagógicos: <https://horizontespedagogicos.iber.edu.co/article/view/08101>

Oviedo, G. L. (Agosto de 2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales* (18), 89-96.

CEPAL. (2020). Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19. CEPAL. CEPAL.

Escobar, J., & Bonilla-Jiménez, F. (2009). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 51-67. QSR International Pty Ltd. (2014).

Conde, F. (2015). El análisis de la información en la Investigación Cualitativa. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Fundació Doctor Robert.

Mieles, M. D., Tonon, G., & Alvarado, S. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*.

Ministerio de Salud y Protección Social . (1993). Resolución 8430 de 1993 - 1. Colombia.

Asociación Médica Mundial. (2008). Declaración de Helsinki.

Hausner E, Guddat C, Hermanns T, Lampert U, Waffenschmidt S. Prospective comparison of search strategies for systematic reviews: an objective approach yielded higher sensitivity than a conceptual one. *J Clin Epidemiol*. 2016; 77:118-124.

U.S. National Library of Medicine. MeSH on Demand 2021 [actualizado el 01-03-2021; citado el 01-05-2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Koster J. PubMed PubReMiner: a tool for PubMed query building and literature mining 2004 [actualizado el 2014; citado el 01-05-2021]. Disponible en: <https://hg-server2.amc.nl/cgi-bin/miner/miner2.cgi>.

Cabré, R. B. (2012). Diseños cuasi-experimentales y longitudinales. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Schweitzer, S., & Waytz, A. (2021). Language as a window into mind perception: How mental state language differentiates body and mind, human and nonhuman, and the self from others. *Journal of Experimental Psychology: General*, 150(8), 1642–1672. <https://doi.org/10.1037/xge0001013>

McNair, S, Okan, Y, Hadjichristidis, C, Bruine de Bruin, W. Age differences in moral judgment: older adults are more deontological than younger adults. *J Behav Dec Making*. 2019; 32: 47 - 60. <https://doi.org/10.1002/bdm.2086>

Alsawaier, R.S. (2018), “The effect of gamification on motivation and engagement”, *International Journal of Information and Learning Technology*, Vol. 35 No. 1, pp. 56-79. <https://doi.org/10.1108/IJILT-02-2017-0009>

Steffen P. Walz & Sebastian Deterding (2015). *The Gameful World Approaches, Issues, Applications.* (The MIT Press): 9780262028004

Creswell, J (2015). *A Concise Introduction to Mixed Methods Research.* SAGE Publications Inc: Los Angeles.

7.9. Anexos



7.9.1. Anexo 1. Formulario de consentimiento informado para los participantes de los grupos focales

Estimado(a) Señor/Señora:

La Fundación Saldarriaga Concha, el DANE, Fedesarrollo y la Universidad ICESI lo invitan a participar en el proyecto de investigación, llamada **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva** que tiene como objetivo conocer las percepciones de las personas mayores frente a la vejez y su vejez en el escenario de la pandemia.

Procedimiento: Le invitaremos a participar en un grupo de discusión, junto con otras personas, para conocer sus opiniones y experiencias acerca de la vejez. Es importante aclarar que no habrá respuestas correctas ni incorrectas, solamente queremos conocer su opinión sobre este tema.

El grupo de discusión tendrá una duración aproximada de un hora y media. Se grabará la discusión que se dé dentro de este grupo con la única finalidad de tener registrada toda la información y poder analizarla.

Confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial. Será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Participación Voluntaria/Compensación: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar. Si alguna de las preguntas o temas que se trate en el grupo le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no comentar al respecto. Es importante aclararle que usted no recibirá pago alguno por participar en el grupo de discusión, y tampoco tendrá costo alguno para usted.

A continuación, encontrará un formulario que requiere el ingreso de información personal, al diligenciar se entiende que usted de forma voluntaria acepta a participar en el grupo focal y acepta lo anterior:

Cláusula de consentimiento informado

Libre y voluntariamente, certifico que:

- › Conozco los objetivos y procedimientos de los grupos focales de la investigación **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva.**
- › Acepto participar en uno de los grupos focales de la investigación **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva.**

Cláusula de autorización de datos

Libre y voluntariamente, autorizo a la Fundación Saldarriaga Concha y a Fedesarrollo para que:

- › Traten mis datos personales de acuerdo con los principios, derechos y deberes establecidos por la Ley 1581 de 2012 (Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales).
- › Usen mis respuestas y comentarios en la investigación **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva.**
- › Usen mis imágenes, mi voz o mis declaraciones en sus publicaciones escritas o digitales sin ninguna expectativa de compensación o remuneración.

Este documento se firma a continuación entendiendo que el participante está de acuerdo con la información brindada para participar en el grupo focal (consentimiento informado) y la autorización de datos personales.

Nombre completo	Número de identificación	Teléfono(opcional)	Firma

7.9.2. Anexo 2. Formulario de consentimiento informado para los expertos de las entrevistas a profundidad

Estimado(a) Señor(a)

La Fundación Saldarriaga Concha, el DANE, Fedesarrollo y la Universidad ICESI lo invitan a participar en el proyecto de investigación, llamada **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva** que tiene como objetivo conocer la percepción de bienestar en las vejeces de Colombia. Por lo cual, lo estamos invitando a participar a una entrevista a profundidad, para conocer sus opiniones y experiencias frente a la situación de las personas mayores en el marco de la pandemia por SARS COV2.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 60 a 90 minutos. Se grabará las respuestas que se dé dentro de la entrevista con la única finalidad de tener registrada toda la información y poder analizarla. Es importante aclarar que no habrá respuestas correctas ni incorrectas, solamente queremos conocer su opinión sobre este tema.

Formato de autorización de datos

En cumplimiento de la Ley 1581 DE 2012 de Protección de Datos Personales, yo identificado como consta en este formulario de registro electrónico, obrando en mi propio nombre, certifico que actuando de forma libre, autónoma y voluntaria y sin derecho o expectativa de compensación o remuneración alguna, ni hoy ni en el futuro, autorizó al **FUNDACIÓN SALDARRIAGA CONCHA, FEDESARROLLO, ICESI Y DANE** como responsables del tratamiento de la información, para utilizar los datos personales que he compartido, a tomar mis imágenes, o mi voz (sean estos en formato de fotografía, video o por medio electrónico), al igual que cualquier declaración ofrecida por entrevista (o extractos de una declaración), para ser usadas para sus publicaciones, en periódicos, revistas o en otros medios y materiales de difusión, sean estos impresos o difundidos por otros medios de comunicación, estaciones de radio o canales de televisión o medios electrónicos (incluyendo internet), con el fin de documentar las actividades desarrolladas en el marco de la **MISIÓN COLOMBIA ENVEJECE, UNA INVESTIGACIÓN VIVA**, las cuales pueden ser tomadas por directivos, empleados, consultores, operadores, contratistas, aliados y colaboradores de las entidades que suscriben este, autorizando en este caso a la **FUNDACIÓN SALDARRIAGA CONCHA**, quien actúa como

encargado de la información, en desarrollo de las actividades de acompañamiento, formación, o visitas, previstas durante la ejecución del proyecto. La presente autorización se otorga durante el tiempo que sea razonable y necesario, de acuerdo con las finalidades que justificaron el tratamiento. Además, el uso del material tomado en el marco del proyecto e iniciativas no requiere de mí previa aprobación.

En caso de requerir acceder, rectificar o solicitar la supresión de los datos personales que he proporcionado, podré realizar la solicitud al siguiente correo electrónico protecciondedatos@saldarriagaconcha.org o a la siguiente dirección de correspondencia Carrera 11 # 94 – 02, Ofc. 502, Bogotá D.C. Para más información sobre nuestras políticas de privacidad y sus derechos como titular de la información y la manera de ejercerlos puede dirigirse a nuestra página de internet www.saldarriagaconcha.org

Este documento se firma de forma electrónica a continuación entendiendo que el participante está de acuerdo con la información brindada para participar en la entrevista a profundidad y la autorización de datos personales.

Nombre y apellidos completos	
Cédula	
Teléfono/celular (opcional)	
Correo electrónico (opcional)	

7.9.3. Anexo 3. Guías de grupos focales y entrevistas

7.9.3.1. Formato guion grupo focal personas mayores

Perfil de los participantes

Hombres o mujeres mayores de 60 años

Objetivo del grupo

Conocer las percepciones de las personas mayores frente a la vejez y su vejez en el escenario de pandemia por SARS COV2 en siete municipios del país.

Guion grupos focales

Buenos días a todos y a todas. Mi nombre es ... actualmente la Fundación Saldarriaga Concha, el DANE, Fedesarrollo y la Universidad ICESI venimos desarrollando la investigación denominada **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva**. Su objetivo general es aportar conocimiento frente a la situación actual de las personas mayores desde los diferentes escenarios de su desarrollo.

La Fundación Saldarriaga Concha es una organización de la sociedad civil colombiana que desde hace más de 47 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 sus percepciones frente al envejecimiento, la vejez y la pandemia.

La metodología es muy sencilla. Vamos a hacerles una serie de preguntas sobre algunos temas relacionados con la vejez, el envejecimiento y la pandemia. Queremos que nos hablen desde sus vivencias personales y familiares. Queremos que se piensen, que piensen como individuos, en sus momentos comunes.

Les voy a pedir a todos y todas que se presenten brevemente, que nos digan su nombre completo, su edad actual, su lugar de residencia. Vamos a grabar el audio de sus respuestas, de esta manera les agradecería que nos dijeran si están o no de acuerdo con que grabemos sus respuestas. Las grabaciones serán usadas sólo para los efectos de la investigación y no serán compartidas con terceros.

Finalmente, todos sus aportes son valiosos. Acá no tenemos respuestas buenas o malas.

Formato N°1 Preguntas demográficas

1. Nombre y apellidos completos
2. ¿Con quienes vive?
3. ¿Actualmente se encuentran trabajando? y ¿En qué actividad?
4. ¿Cuál fue su principal actividad laboral a lo largo de su vida?
5. ¿Son beneficiarios de algún subsidio o pensión?
6. ¿Cuál es su comida favorita?

Protocolo N°2 Preguntas cualitativas grupos focales

Percepción de vejez

1. En una frase ¿Qué significa ser una persona mayor?
2. ¿Qué significa envejecer o haber envejecido en el marco de la pandemia?

Salud física y mental en la vejez

3. ¿Qué significa para ustedes tener una buena salud?
4. ¿Ustedes consideran que tener salud física es sinónimo de tener buena salud mental? ¿Qué entienden ustedes por esta última?
5. En términos de salud ¿Cómo les ha afectado la pandemia?
(Si no lo mencionan, indagar por la toma de citas médicas)

Educación

6. ¿Les gustaría aprender algo nuevo? ¿Por qué?
7. ¿Qué ofertas educativas para personas mayores hay en su ciudad?
 - › ¿Cómo pueden acceder?
 - › ¿Qué barreras han identificado?
8. ¿Cómo las personas mayores pueden participar en procesos de alfabetización?
9. ¿Cómo les va con las nuevas tecnologías?
10. ¿Qué les gustaría enseñarles a los jóvenes?

Protocolo N°2 Preguntas cualitativas grupos focales

Protección económica

11. ¿Cuáles son sus principales fuentes de ingreso?
Si la mayoría de los participantes tienen un trabajo remunerado:
 - › ¿Quisieran seguir trabajando?
 - › Si pudieran escoger entre ser empleados o tener sus propios negocios, ¿Cuál y por qué les gustaría más?
12. ¿Ustedes creen que una pensión o un subsidio les permitiría afrontar situaciones difíciles?
13. ¿Cómo están ahorrando o han ahorrado para sus vejezes?
14. ¿Cómo ha cambiado su percepción sobre el ahorro durante la pandemia?
 - › ¿Qué apoyos económicos pudieron haber ofrecido entidades públicas o privadas durante la pandemia?

Participación social y bienestar

15. ¿Cómo la comunidad les ha ayudado a afrontar la pandemia?
16. ¿Cuáles de las actividades promovidas por la comunidad los motivan a participar?

El cuidado y los cuidadores

17. ¿Alguna persona requiere de sus cuidados?
18. ¿Cómo ha cambiado su autocuidado con la pandemia?
19. En caso de recibir cuidado o brindar cuidado a una persona mayor ¿Cómo este ha cambiado en la pandemia?

7.9.3.2. Formato guion entrevistas a profundidad

Objetivo de la entrevista

Conocer sus percepciones alrededor de la situación de las personas mayores en medio de la pandemia en Colombia

Guion de la entrevista

Buenos días a todos y a todas. Mi nombre es ...actualmente la Fundación Saldarriaga Concha, el DANE, Fedesarrollo y la Universidad ICESI venimos desarrollando la investigación denominada **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva**. Su

objetivo general es aportar conocimiento frente a la situación actual de las personas mayores desde los diferentes escenarios de su desarrollo.

La Fundación Saldarriaga Concha es una organización de la sociedad civil colombiana que desde hace más de 47 años trabaja para construir una sociedad para todos, con especial énfasis en las personas con discapacidad, las personas mayores y el envejecimiento. Con usted queremos desarrollar una entrevista a profundidad que nos permita conocer sus percepciones alrededor de la situación de las personas mayores en medio de la pandemia en Colombia.

Protocolo de preguntas cualitativas de la entrevista a profundidad

1. ¿Cuál es su percepción frente a los cambios generados por la pandemia?
➤ Obligatoria: Ahora ¿Cómo percibe que estos cambios han impactado a las personas mayores?
2. ¿Cuáles son los cambios que ha identificado para las personas mayores a causa de la pandemia? Tenga en cuenta su área de trabajo y lo que usted vivió con las personas mayores más cercanas a usted.
3. Desde su experiencia ¿Qué les recomendaría a aquellos que estamos en el camino de convertirnos en personas mayores?

7.9.4. Anexo 4. Diccionario de categorías

Demografía y percepción de la vejez

Nivel 1

- › Envejecimiento: los procesos de envejecimiento de los participantes.
- › Percepción: la percepción de los participantes sobre el proceso de vejez y el envejecimiento en Colombia.

Nivel 2

- › Individual: la opinión de los participantes frente al proceso de envejecimiento de cada uno.
- › Del hogar: la estructura que conforma el hogar (hogares multigeneracionales, extendidos y unigenerracionales).
- › Poblacional: la opinión de los participantes frente al proceso de envejecimiento de la población colombiana.
- › Impacto demográfico de la pandemia: la opinión de los participantes acerca de la manera en la que el proceso de envejecimiento y la vejez afectan a nivel económico, social, educativo y de salud (cuidado).
- › De envejecimiento: la percepción de los participantes sobre los cambios en el proceso de envejecimiento.
- › De vejez: la percepción de los participantes sobre la vejez.

- › Estereotipos: las expectativas de los participantes frente al proceso de envejecimiento y la vejez.

- › Bienestar subjetivo: evaluación del estar bien del proceso de envejecimiento y la vejez.

Nivel 3

- › Antes de la pandemia: la percepción de los participantes sobre el proceso de envejecimiento y la vejez antes de la pandemia.
- › A causa de la pandemia: conocer la percepción de los participantes sobre los posibles cambios en el proceso de envejecimiento y la vejez como producto de la pandemia.
- › Expectativas: la opinión de los participantes frente a su futuro laboral, económico, educacional y en relación con la salud.
- › Juicios morales: la opinión moral de los participantes sobre el proceso de envejecimiento y la vejez.
- › Envejecimiento saludable: la opinión de los participantes sobre la característica de saludable del proceso de envejecimiento.
- › Satisfacción por la vida: la percepción de los participantes sobre la satisfacción con su vida.

- › Vida en comunidad: la relación de los participantes con la comunidad (familia, vecinos, amigos, compañeros de trabajo, etc.).
- › Participación social: los espacios y escenarios en los que los entrevistados participan en su comunidad.

Salud física y mental

Nivel 1

- › Costos de salud: la percepción de los participantes frente a los costos en los servicios de salud.
- › Salud física: la percepción de los participantes frente a su estado de salud física.
- › Salud mental: la percepción de los participantes frente a su salud mental.

Nivel 2

- › Servicios de salud: la percepción de los participantes frente a los servicios de salud en la pandemia (citas médicas, cirugías, servicios de urgencias, entre otros).
- › Jubilación: la opinión de los participantes sobre los costos de salud para una persona jubilada.
- › Costos en salud por pandemia: la opinión de los participantes sobre los costos de atención en salud por la pandemia.

- › Bienestar físico: las condiciones de los participantes para mantener y cuidar de su salud física.
- › Comorbilidades: la presencia de enfermedades que afecta la salud de los participantes para realizar sus actividades diarias.
- › Cambios en la salud física por pandemia: los cambios en la salud física de los participantes a causa de la pandemia.
- › Bienestar emocional: la opinión de los participantes sobre su estado emocional para afrontar situaciones de su vida diaria y su entorno (resiliencia).
- › Malestar emocional: la opinión de los participantes sobre su estado emocional y las posibles situaciones asociadas (sufrimiento, preocupación, tristeza, etc.).
- › Cambios en la salud mental por la pandemia: la opinión de los participantes frente a los cambios en su salud mental a causa de la pandemia.

Nivel 3

- › Contagio COVID-19: los cambios en la salud física de los participantes a causa del COVID-19.
- › Cambios no asociados a COVID-19: los cambios en la salud física de los participantes que no se asocian a la pandemia por COVID-19.

Educación para las personas mayores

Nivel 1

- › Cobertura: identificar la eficacia para incorporar o atender a las personas mayores en el sistema educativo formal o informal.
- › Calidad: conocer las oportunidades educativas para las personas mayores centradas en el desarrollo del aprendizaje a lo largo de la vida y la conservación de las capacidades cognitivas.
- › Pertinencia: identificar las oportunidades de aprendizaje de las personas mayores, según sus condiciones y necesidades contextualizadas.

Nivel 2

- › Escolaridad: conocer el número de años que, en promedio, aprobaron las personas mayores, identificándolos por nivel educativo, género, territorio, edad, nivel de alfabetización y discapacidad.
- › Brechas educativas: abordar las barreras que han identificado los participantes para acceder a las ofertas educativas (formal e informal).
- › Oferta educativa: identificar la oferta educativa existente en la ciudad, barrio, comunidad.
- › Habilidades cognitivas: conocer sobre las habilidades cognitivas y su impac-

to en el deterioro cognitivo de las personas.

- › Motivación: identificar qué motiva a las personas mayores a aprender algo nuevo o a actualizarse a lo largo de la vida.
- › Entornos de aprendizaje: identificar qué programas (currículo), materiales y formatos se usan en la educación de personas mayores.
- › Habilidades digitales: identificar cuáles son las habilidades digitales que tienen las personas mayores y conocer los medios tecnológicos que los participantes utilizaron durante y a causa de la pandemia.
- › Estrategias intergeneracionales: conocer experiencias significativas de estrategias intergeneracionales de aprendizaje a lo largo de la vida y sus aportes al mejoramiento del bienestar y la inclusión social de las personas mayores.
- › Bienestar personal, envejecimiento sano y activo: conocer qué programas existen para las personas mayores y su implicación.

El cuidado y cuidadores de las personas mayores

Nivel 1

- › Tipos de cuidado: identificar los tipos de cuidados que reciben las personas mayores entrevistadas.

- › Necesidades del cuidado: identificar los cuidados básicos que necesitan las personas mayores para su desarrollo de una existencia digna.
- › Cuidadores: conocer a las personas encargadas de la protección, alimentación y la movilidad de otros.

Nivel 2

- › Cuidado formal: identificar las prácticas de cuidado institucionales.
- › Cuidado informal: identificar los cuidados que emergen en el contexto familiar y comunitario para las personas mayores.
- › Actividades básicas de la vida diaria: identificar el apoyo que necesitan los entrevistados para realizar sus actividades funcionales esenciales (bañarse, vestirse, alimentarse).
- › Actividades instrumentales de la vida diaria: identificar las actividades que los participantes necesitan del cuidado para lograr independencia en el hogar y en la comunidad (usar el teléfono, hacer compras, preparar los alimentos, usar transporte, etc.).
- › Necesidades por la pandemia: identificar aquellas actividades que se convirtieron en actividades de cuidado a causa de la pandemia.

Protección económica de las personas mayores

Nivel 1

- › Protección económica: las formas existentes para proteger económicamente a las personas mayores.
- › Participación en el mercado: las actividades económicas en las que se ubican las personas mayores.
- › Impacto por la pandemia: los posibles impactos de la pandemia en la economía de los participantes.

Nivel 2

- › Pensión: La percepción de los participantes frente a la pensión, así como las posibilidades que estos tienen o no para pensionarse.
- › Ahorros: La opinión de los entrevistados sobre el ahorro que pueden llevar a cabo a partir de sus ingresos.
- › Subsidios: La percepción de los participantes frente al subsidio, así como las posibilidades que tienen para adquirir uno.
- › Barreras laborales: la opinión de los participantes sobre las barreras que identifican para conseguir empleo.
- › Empleo: Identificar el tipo de empleo (formal o informal) que desempeñan las personas mayores.

- › Ingresos y egresos: el poder adquisitivo de los participantes (actividad laboral, subsidios, pensiones, apoyo económico familiar, etc.).
- › Responsabilidades: indagar por las responsabilidades económicas de los participantes.
- › Transferencias económicas: los intercambios económicos que hacen los participantes durante y producto de la pandemia.
- › Emprendimiento: percepciones de las personas mayores frente al autoempleo o la creación de negocios para generar ingresos.

7.10. Lista de figuras



- Figura 1.** Proceso de análisis
- Figura 2.** Cuasi experimento gamificado creado en Genial.ly
- Figura 3.** Gamificación como modelo de psicología comportamental, elaboración propia
- Figura 4.** Esquema metodológico de la triangulación temática
- Figura 5.** Triangulación metodológica

7.11. Lista de anexos



- Anexo 1.** Formulario de consentimiento informado para los participantes de los grupos focales

- Anexo 2.** Formulario de consentimiento informado para los expertos de las entrevistas a profundidad

- Anexo 3.** Guías de grupos focales y entrevistas

- Anexo 4.** Diccionario de categorías

7.12. Lista de tablas



Tabla 1. Fuentes de información primaria

Tabla 2. Distribución de los grupos focales por municipio



ISBN (ONLINE)
978-628-95980-4-9



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, Fedesarrollo, PROESA y DANE.

Cítese como:

Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE. (2023). Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva. Bogotá, D.C. Colombia. 597 páginas



8

Conclusiones y recomendaciones

Contenido

8.1.	Modelo de cuidado, no podemos esperar más	581
8.2.	Trayectorias educativas a lo largo del ciclo de vida, educarse no caduca por edad	583
8.3.	Acceso real a la salud para todos, un determinante de calidad de vida	584
8.4.	Seguridad económica en la vejez, mayores y productivos	585
8.5.	Participación social y bienestar para un envejecimiento activo y saludable	586
8.6.	Heterogeneidad, enfoque de género, discapacidad y articulación institucional	587
8.7.	Recomendaciones	589
8.7.1.	Factibilidad	589
8.7.2.	Impacto sobre el bienestar	589
8.7.3.	Eficiencia	589
8.7.4.	Urgente necesidad de inmediatez en la ejecución de las recomendaciones	589



Las conclusiones de la **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva** se enmarcan en cinco áreas: el modelo de cuidado, la promoción de trayectorias educativas a lo largo del ciclo de vida, la construcción de un modelo de salud de acceso para todos, la inclusión económica y productiva y la participación social y comunitaria de las personas mayores. Además, contempla elementos transversales fundamentales para la ejecución de las iniciativas, como son: la heterogeneidad, el enfoque de género, la discapacidad y la articulación institucional.

8.1. Modelo de cuidado, no podemos esperar más



En cuanto al cuidado, es preciso visibilizar su importancia como sector económico y su relevancia como actividad social. Como sector económico es una actividad que, así como la industria o el comercio, contribuye

significativamente a la formación del ingreso y del producto nacional, a través de la demanda de insumos y de mano de obra para ofrecer servicios de cuidado, sean de apoyo o asistencia, a quienes lo necesitan. Como una actividad social, el cuidado impacta directamente en el bienestar de las personas que reciben los servicios, produce externalidades para quienes se ocupan de brindarlo y beneficia directa e indirectamente a toda la comunidad.

La interacción de las dimensiones económicas y sociales del cuidado crea unos resultados relevantes para la protección de las personas mayores en Colombia. En primer lugar, la provisión del cuidado en el país es una actividad no remunerada a cargo de las mujeres, lo que disminuye el tiempo disponible para educarse y para participar en otras actividades económicas y sociales. En segundo lugar, el tamaño de la informalidad en el cuidado de las personas mayores tiende a crecer por cuenta de la brecha entre quienes pueden pagar y quienes no pueden pagar los servicios del cuidado. En tercer lugar, en la provisión misma del cuidado se resuelven tensiones estructurales entre las normas sociales en las que se enmarca la asignación de las cargas del cuidado al interior del hogar o entre la autonomía que quieren conservar las personas mayores y la necesidad del cuidado que surge conforme aumenta la limitación física o mental.

Por estas razones es importante repensar el modelo de cuidado de las personas mayores a partir de un enfoque de bienestar y de género, que promueva los comportamientos de cuidado y que no limite las posibilidades de desarrollo humano de las mujeres. Para lograr esto, es necesario que el país formalice un modelo de cuidado mixto, que expanda la oferta pública y comunitaria de cuidado para las personas más pobres y vulnerables, y al mismo tiempo, consolide y formalice la oferta privada para que las personas con capacidad de pago accedan a los servicios de cuidado. La reestructuración del modelo de cuidado debe ir acompañada de la promoción de comportamientos de autocuidado a lo largo del ciclo de vida, de tal manera que en las edades mayores la provisión de cuidado pueda estar orientada principalmente al apoyo de actividades diarias.

8.2. Trayectorias educativas a lo largo del ciclo de vida, educarse no caduca por edad



La educación a lo largo del ciclo de vida juega un papel preponderante para el envejecimiento activo y la participación social y económica de las personas mayores. En este contexto, ofrecer a las personas mayores herramientas para complementar su experiencia y sus capacidades, es un propósito que puede generar retornos tanto para ellos como para toda la sociedad.

La extensión de la vida productiva hace necesaria la formación en habilidades digitales a través de procesos de reeducación y reentrenamiento que promuevan la interacción fluida con entornos digitales accesibles; siempre con base en los distintos intereses de las personas mayores. La formación en habilidades digitales puede fomentar la participación laboral en un escenario en el que varias actividades económicas migran progresivamente hacia la automatización.

Las trayectorias educativas para el ciclo de vida también deben tener en cuenta la educación para la salud. El autocuidado y la educación para la salud garantizan mejores condiciones de salud en la vida adulta, ya que contribuyen al mantenimiento de la capacidad funcional, al desarrollo de habilidades para la realización de las actividades de la vida diaria y al fortalecimiento de las redes de interacción social de las personas mayores.

Asimismo, la educación financiera contribuye significativamente al bienestar de las personas mayores porque en la medida que sean conscientes a lo largo de la vida de la importancia de ahorrar para el futuro; no solo estarán mejor preparados para asegurar su protección social en la vejez, sino que podrán conservar un ámbito significativo de decisiones personales y tendrán las herramientas básicas para protegerse ante posibles riesgos por estafas o explotación financiera.

Finalmente, las trayectorias educativas a lo largo de la vida deben contemplar la formación en el manejo de las emociones, con énfasis en el autoconocimiento, la construcción del respeto a la diferencia y la preparación para el final de la vida. De igual manera, responder a los intereses educativos que cambian y se reconvierten conforme avanza el proceso de envejecimiento de cada persona. Además, propender por eliminar las ba-

rteras existentes para el acceso de las personas mayores a la oferta educativa, entre las cuales está el desconocimiento de los programas existentes.

8.3. Acceso real a la salud para todos, un determinante de calidad de vida



El acceso real a la salud para todas las personas es una prioridad. Si bien en Colombia se ha logrado proporcionar aseguramiento en salud para casi toda la población, no se han visto cambios mayores desde el 2015. Sin embargo, universalizar el aseguramiento en salud ha facilitado que grupos poblacionales con recursos insuficientes puedan acceder a servicios básicos y de promoción y prevención. A lo anterior, se suma la mejoría general que se observa en la calidad de vida de los individuos y que podría explicar la transición epidemiológica que se ha visto en la mayor parte de la población colombiana. Aun así, hay cinco aspectos a considerar en el mediano y largo plazo, cuando se trata del bienestar de las personas mayores en materia de salud física y mental y de la sostenibilidad

del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en relación con la transición demográfica del país y el envejecimiento acelerado de los colombianos.

Primero, hay una diferencia en el acceso a servicios de salud entre las regiones y entre las áreas urbanas y rurales del país: no se prestan la misma cantidad de servicios de promoción y prevención y servicios ambulatorios versus servicios hospitalarios; tampoco hay proveedores en todas las regiones, lo que aumenta los costos de desplazamiento -que se concentran en estratos socioeconómicos bajos- y la implementación de la telemedicina es sensible a mejoras sustanciales, desde el acceso a internet. En consecuencia, son necesarios modelos de atención diferencial para las regiones.

Segundo, las enfermedades prevenibles se asocian a la mayor parte del consumo de servicios de salud y a las causas de muerte de las personas mayores. Aunque hay una multifactorialidad en este hallazgo, se ha encontrado que el acceso insuficiente a los servicios de prevención en salud es uno de los factores principales de riesgo para este tipo de enfermedades en Latinoamérica. Es indispensable un trabajo mancomunado de prevención en los diferentes sectores y escenarios en donde se desarrolla el individuo.

Tercero, no hay consistencia entre los servicios prestados en salud mental para

las personas mayores con la prevalencia de la enfermedad mental a los 60+. Esto puede deberse a la baja inversión en sensibilización de proveedores y pacientes en el espectro salud-enfermedad mental; además, se asocia la enfermedad mental a la salud física y no como una condición per se, imaginario que es reforzado por el personal de salud e incrementa el estigma en estas patologías. Mientras esto siga así, aumentará el costo humano, social y económico por enfermedad mental en los próximos años. El trabajo frente a estigma y acceso real a las rutas integrales de salud mental es fundamental.

Cuarto, en la actualidad el 15% de las personas mayores de 55 años presentan alguna forma de discapacidad severa, lo que aumenta el costo de cuidado para la vejez: centros de cuidado día, servicios de asistencia en casa, asistencia permanente para la realización de actividades de autocuidado, hogares de cuidado crónico y unidades de cuidados paliativos. En consecuencia, en los próximos años serán más las personas que requerirán servicios no previstos en los costos en salud. Frente a ello, las acciones en enfermedades prevenibles y en rehabilitación temprana debe ser un punto objetivo de políticas públicas.

Quinto y último, existe una relación entre la edad de jubilación laboral con el consumo de servicios de salud por en-

fermedad crónica, es decir, mantenerse activo laboralmente incide en un menor consumo de servicios de salud. Lo anterior indica que en los próximos años se espera un aumento en la demanda de servicios y recursos en salud. Es importante tener en cuenta estos hallazgos de la **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva**, frente a las reformas laborales y pensionales.

8.4. Seguridad económica en la vejez, mayores y productivos



Las personas mayores juegan un rol activo y pasivo en la economía de una sociedad. En su rol activo, la extensión de la vida productiva y el incremento en el número de personas mayores que son jefes de hogar hacen más relevante el papel que cumplen como empleados, como empresarios y como emprendedores.

En particular, la economía plateada abre varias oportunidades para la participación económica de las personas mayores. Como oferentes de servicios, su experiencia y sus conocimientos pueden

ser aprovechados en sectores relacionados con la educación y la mentoría, así como en todas aquellas actividades relacionadas con esquemas de participación voluntaria y entornos comunitarios colaborativos. Adicionalmente, la alta participación de las personas mayores en actividades económicas por cuenta propia indica que es necesario fortalecer los esquemas financieros y logísticos que promuevan y apoyen la creación y formalización de empresas por parte de las personas mayores, teniendo en cuenta parámetros específicos para las personas mayores. Como demandantes de servicios, o clientes, los recursos disponibles para el consumo en edades avanzadas crean oportunidades en sectores como la geriatría, la psicología, el turismo y el ocio, el aseguramiento y la tecnología financiera y de inversión.

En su rol pasivo, la mayoría de las personas mayores están expuestas a una inseguridad económica significativa en su vejez por cuenta del bajo ahorro y del bajo porcentaje que logra acceder a una pensión. En ese escenario, es fundamental, además de extender la participación económica de las personas y propender por mecanismos de reinserción laboral efectivos independientes de la edad, ampliar los mecanismos de ahorro a lo largo de la vida, distintos a la pensión, como la adquisición de vivienda o el ahorro pro-

gramado en las cuentas de Beneficios Económicos Periódicos (BEPS).

8.5. Participación social y bienestar para un envejecimiento activo y saludable



La participación social influye en el envejecimiento humano activo, saludable y satisfactorio. Las personas mayores pueden contribuir significativamente a la sociedad en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos. La sociedad civil y los gobiernos tienen la responsabilidad de visibilizar esas contribuciones y habilitar y promover la participación social de las personas mayores para que la vejez sea una etapa activa y de plena integración en la sociedad.

No obstante, la discriminación contra las personas mayores con base en estereotipos sociales construidos alrededor de la vejez y el envejecimiento como una etapa de enfermedad e infantilización, puede llevarlas a que se autoexcluyan de los espacios existentes para su participa-

ción. Estas actitudes negativas restringen la autonomía y libertad de decisión de las personas mayores, que sumado, por ejemplo, al desconocimiento de las nuevas tecnologías, facilita su marginalización.

Asimismo, la reducción en el tamaño de los hogares –vía la maduración y migración de los hijos y la muerte de la pareja– y el marcado incremento de los hogares unipersonales pueden exponer a las personas mayores a una situación en la que sus redes de apoyo, referencia y cuidado sean cada vez más estrechas, con lo cual puede incrementarse su vulnerabilidad emocional, económica y social.

Para promover la participación social de las personas mayores es importante visibilizar su rol como agentes promotores del envejecimiento saludable y mentores en asuntos cívicos. Los entornos propicios para la participación social de las personas mayores, además de jugar un rol en la promoción de su bienestar y salud física y mental, también pueden ser un espacio para que actúen en su comunidad como agentes de cambio hacia hábitos de vida saludable y como mentores de las generaciones más jóvenes en asuntos de educación cívica.

Por último, debe tenerse en cuenta que los espacios y los intereses por participar socialmente de las personas mayores di-

fieren según los perfiles que resultan de la interacción de dichos factores con los significados y las normas sociales que los distintos entornos culturales le atribuyen al envejecimiento y la vejez.

8.6. Heterogeneidad, enfoque de género, discapacidad y articulación institucional



Hay cuatro elementos transversales a considerar para formular recomendaciones de política en pro de las personas mayores en Colombia: la heterogeneidad, la necesidad de un enfoque de género, la discapacidad y la articulación entre las instituciones existentes.

La heterogeneidad surge por las distintas trayectorias económicas y educativas de las personas a lo largo de su ciclo de vida y por las diferencias que existen entre regiones y entornos urbanos y rurales. Aunque lo anterior, impone retos en cuanto al diseño de programas que tengan en cuenta las particularidades, a la par, la heterogeneidad abre oportuni-

dades distintas para enriquecer la construcción de tejido social a partir de la diversidad. Es fundamental en este nuevo contexto considerar los entornos rurales como fuentes potenciales de oportunidades económicas para las personas mayores, en particular, el sector agropecuario como motor para absorber la fuerza de trabajo cesante y dinamizar la productividad agrícola.

Asimismo y desde un enfoque de género, el rol de la mujer, tanto en actividades de cuidado como en la participación económica, hace necesario repensar los mecanismos de protección y de inclusión laboral para garantizar que no sean limitadas sus oportunidades de desarrollo. Las mujeres llegan a la vejez con una mayor vulnerabilidad económica, producto de las brechas de salario existentes, las restricciones para su participación en igualdad de condiciones y el menor tiempo de que disponen para formar un capital pensional. El reto es estructurar un modelo de cuidado que no las limite y las obligue a permanecer por fuera del mercado laboral.

Las personas mayores también suelen presentar en mayor proporción alguna discapacidad, sea adquirida con los años, por enfermedad o accidente. Las intervenciones que tengan en cuenta la discapacidad deben contemplar todo el ciclo de vida, para que se generen ajus-

tes razonables que protejan a las personas que tienen alguna discapacidad, de una mayor vulnerabilidad en su vejez bien sea por la inseguridad económica o por una necesidad creciente de cuidados de larga duración. En este sentido, garantizar que todas las personas con discapacidad puedan disfrutar en condiciones de igualdad y equidad de los mismos derechos y oportunidades que las personas sin discapacidad también contribuye a una mayor protección de las personas en su vejez.

Finalmente, todas las propuestas deben estar articuladas con los planes de desarrollo nacional y territoriales, así como las distintas políticas públicas impulsadas por el Estado en su conjunto - en armonía con Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y las convenciones internacionales redificadas por el Estado para la protección de los derechos humanos de las personas mayores-. Además de la participación gubernamental, es fundamental el rol activo de las cajas de compensación familiar, los bancos, las organizaciones no gubernamentales y las instituciones comunitarias en la definición y ejecución de las iniciativas y recomendaciones para incrementar el bienestar de las personas mayores en Colombia.

8.7. Recomendaciones



La Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva, genera una serie de recomendaciones que triangula e integra los seis capítulos que la componen. Estas se presentan en orden de importancia para el equipo de investigadores y son el resultado de un ejercicio de ponderación a doble ciego con los siguientes criterios evaluados en una escala de 1 a 5:

8.7.1. Factibilidad

- a. Social/Cultural: aceptación dado el marco social y cultural vigente.
- b. Institucional: interacción fluida entre las instituciones que están involucradas.
- c. Técnica: existen y están disponibles los recursos físicos y humanos necesarios.
- d. Normativa: existe el marco jurídico, normativo y administrativo requerido.
- e. Política: hay voluntad o respaldo gubernamental.

8.7.2. Impacto sobre el bienestar

- a. Directos: efectos positivos sobre el bienestar de las personas mayores.

- b. Indirectos: efectos positivos sobre el bienestar del resto de la población.

8.7.3. Eficiencia

- a. Productiva: los objetivos se pueden alcanzar con los recursos disponibles.
- b. De Pareto: Se puede implementar sin desmejorar el bienestar de otras personas.

8.7.4. Urgente necesidad de inmediatez en la ejecución de las recomendaciones

Las 26 recomendaciones se articulan con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y se presentan a continuación en orden de mayor valor ponderado. Las 10 primeras en forma independiente y las 16 siguientes agrupadas en relación con los ODS (3, 4, 8, 9 y 10).

1. **Abordar la economía del cuidado y garantizar a las cuidadoras y cuidadores un reconocimiento social y una remuneración justa:** las actividades de cuidado son base fundamental para el bienestar de los hogares colombianos e incide en la capacidad de las personas mayores para generar ingresos activos en el mercado, ya sea a través del mercado laboral o del emprendimiento. Esto es especialmente cierto para las mujeres, que

reciben una carga desproporcionada de las labores del hogar y de las necesidades de cuidado de la familia (4,31). Esta recomendación se articula con el ODS 5. Igualdad de género, específicamente en el 5.4. Reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país; y en el 5.a Empezar reformas que otorguen a las mujeres igualdad de derechos a los recursos económicos, así como acceso a la propiedad y al control de la tierra y otros tipos de bienes, los servicios financieros, la herencia y los recursos naturales, de conformidad con las leyes nacionales.

2. Reformar el Sistema de Protección Económica a la Vejez: es claro que el sistema de protección a la vejez en Colombia requiere de manera urgente una reforma estructural, que genere complementariedades entre los regímenes contributivos y el subsidio no contributivo; además, mecanismos de ahorro complementarios como los semicontributivos (4,28). En este sentido el ODS 10 plantea reducir las desigualdades para garantizar la reducción de la desigualdad de ingresos, y especifi-

camente, el objetivo 10.4 Adoptar políticas, especialmente fiscales, salariales y de protección social, y lograr progresivamente una mayor igualdad, se enlaza con esta recomendación como una de las vías para su cumplimiento.

3. Sensibilizar al personal de salud y la comunidad general sobre la enfermedad mental: las acciones contemplan realizar un tamizaje activo de las enfermedades mentales y la discapacidad en adultos mayores en todos los puntos de contacto con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como promover el reconocimiento temprano de los síntomas de la enfermedad mental (4,23). El ODS 3. Salud y bienestar, en el objetivo específico 3.4 declara: De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar; y en 3.c Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo; se articulan, promueven y protegen la salud a través de la habilitación de la toma de decisiones informadas y la toma de conciencia sobre la buena

salud, hábitos de vida saludables y los derechos por la calidad del servicio.

4. **Contar con programas de capacitación y entrenamiento digital para la población de personas mayores:** los programas no solo deben estar orientados a brindar herramientas para la apropiación y el aumento de la confianza de las personas mayores en las nuevas herramientas, sino también a la formación para el trabajo. Es decir, el desarrollo de habilidades digitales, en términos de habilitantes para la participación laboral y el reentrenamiento a personas en riesgo por estar en ocupaciones con potencial de ser automatizadas (como la asistencia administrativa y contable); concentradas en áreas temáticas como la educación inicial y el cuidado a la primera infancia y de otras personas mayores (4,22). El ODS 4. Educación de calidad, en sus objetivos específicos 4.3 para el 2030, plantea asegurar el acceso igualitario de todos los hombres y las mujeres a una formación técnica, profesional y superior de calidad, incluida la enseñanza universitaria.
5. **Realizar seguimientos a los grupos etarios de la población mayor:** para conocer las necesidades particulares de cada grupo y, a partir de esto, tener una mejor respuesta a los cambios en

los sistemas de protección social. El diseño de los sistemas de protección social debe tener en cuenta el dinamismo y comportamiento de cada subgrupo etario, así como los riesgos a los que están expuestos (4,19). El ODS 10. Reducción de las desigualdades, en su objetivo específico 10.2 De aquí a 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición. Se corresponde con esta promesa en la medida que el seguimiento demográfico permita reconocer las necesidades emergentes de la población mayor, que deben ser atendidas, para reducir la brecha en materia de desigualdad.

6. **Formación en salud y promoción del bienestar de los cuidadores:** se debe diseñar e implementar una política de cuidadores que promueva, entre otras acciones, la formación y bienestar de los individuos dedicados a la asistencia de adultos mayores con discapacidad (4,18). Así se aporta al cumplimiento del ODS 4. Salud y bienestar, en su objetivo específico 3.c Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del perso-

nal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

7. Se debe tener una oferta propia y diversa dirigida para las personas mayores orientada a su proyecto y sentido de vida para lograr la actualización, el reentrenamiento, el desarrollo de habilidades digitales y la preparación para la vejez: entre otras, y desde la parte didáctica y metodológica, implica una planeación sujeta a ajustes y flexible para responder a las características particulares conforme a las demandas de la población (4,17). Esta recomendación se alinea con el ODS 4. Educación de calidad, con su objetivo específico 4.4 De aquí a 2030, aumentar considerablemente el número de jóvenes y adultos que tienen las competencias necesarias, en particular técnicas y profesionales, para acceder al empleo, el trabajo decente y el emprendimiento.

8. Los programas de educación para la salud deben formar parte integral de las estrategias de promoción del Ministerio de Salud, con especial énfasis en las personas mayores: las cajas de compensación familiar y las entidades territoriales, deben for-

mar parte de la estrategia, evaluar la efectividad de la oferta de cursos y articularlos con los programas de deporte y actividad física (4,14). El ODS 1. Fin de la pobreza, propone en su objetivo específico 1.3 Poner en práctica a nivel nacional, sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos, y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y los más vulnerables. Es decir, ODS 1. contiene la recomendación de la Misión sobre los programas de educación con énfasis en personas mayores y de manera articulada con los actores del sector para la protección social de sus viejos.

9. Generar las condiciones necesarias para una mayor participación de los adultos mayores en el mercado laboral: más allá de la demanda actual, es estratégico pensar en sectores alternativos donde los adultos mayores pueden tener una contribución importante (4,13). El ODS 8. Trabajo decente y crecimiento económico, establece en el 8.3 Promover políticas orientadas al desarrollo que apoyen las actividades productivas, la creación de puestos de trabajo decentes, el emprendimiento, la creatividad y la innovación, y fomentar la formalización y el crecimiento de las microempresas

y las pequeñas y medianas empresas, incluso mediante el acceso a servicios financieros, lo que promueve condiciones de seguridad económica para las personas mayores.

10. Fortalecer la implementación de las guías de práctica clínica con el fin de promover una mejor calidad en la prestación de servicios de salud: para esto se debe implementar la Historia Clínica Electrónica Única en el SGSSS en todo el territorio nacional, así como desarrollar programas de diseminación de las guías de Práctica Clínica entre personal de salud y usuarios a través de redes sociales, actividades académicas para personal de salud y pacientes (4,12). Al respecto, en el ODS 3. Salud y bienestar, determina en el objetivo 3.c Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo, cubre y recoge la oportunidad de implementar entornos digitales en salud y promover la formación en el uso de guías de práctica clínica.

Ahora bien, las siguientes recomendaciones se agrupan por su correspondencia con los Objetivos de Desarrollo Sos-

tenible y presenta al final de cada una, la respectiva ponderación otorgada por el equipo de investigadores.

› **En relación al ODS 3. Salud y bienestar:** se encuentran dos recomendaciones adicionales. La primera en relación con promover nuevos modelos de prestación de servicios dentro del SGSSS para mejorar la cobertura de servicios de salud en áreas rurales y apartadas: capacitar el personal de farmacia, promotores de salud y líderes comunitarios para la atención de condiciones de baja complejidad dentro del SGSSS; ofrecer mayores y mejores incentivos para que los profesionales y las empresas prestadoras de salud ofrezcan sus servicios en zonas rurales y apartadas del país; y centralizar las negociaciones y los procesos de compra de insumos del SGSSS (3,86/ R20).

La segunda recomendación es la educación para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables en todo el curso de la vida, esto es, implementar una cátedra obligatoria de “cuidado de la salud” desde los niveles básicos de instrucción en niños, niñas y adolescentes hasta los programas de

educación continua en adultos mayores; así como utilizar algoritmos electrónicos automáticos que permitan la identificación de pacientes a riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles para priorización de estrategias educativas y tamizaje de enfermedades crónicas (3,17 / R26).

- › **Respecto al ODS 4. Educación de calidad:** primero, se recomienda potenciar en la educación preescolar, básica, media y superior, la educación continua y la educación para personas adultas; los contenidos deben enfatizar temáticas como la educación para la salud (física y mental), el deporte, la educación financiera, el cuidado, la formación para la democracia, la participación, la convivencia y la ciudadanía, entre otras (4,09 / R11). Segundo, diseñar una política educativa inclusiva y equitativa para las personas mayores. Esta política debe garantizar el derecho a la educación, a la formación y a la cualificación a lo largo del ciclo de vida y promover el envejecimiento activo y saludable desde la educación inicial, hasta las trayectorias educativas particulares y diversas para las personas mayores (4,07 / R12). Tercero, diseñar intervenciones educativas a

partir de un enfoque diferencial: las políticas públicas en educación deben adaptarse a los cambios en la capacidad cognitiva de las personas mayores que se han derivado de las mejores tasas de cobertura en la educación formal. El Ministerio de Educación Nacional junto con las entidades territoriales pueden identificar y caracterizar a los grupos poblacionales de especial interés para la política pública (LGBTIQ+, campesinos, grupos étnicos) para diseñar estrategias innovadoras que logren cerrar la brecha educativa que los tiene marginados (3,99 / R15).

- › **Seguidamente, el ODS 8. Trabajo decente y crecimiento económico:** se enlaza con las recomendaciones de entender el emprendimiento como una alternativa viable para generar ingresos económicos en la vejez, dadas las barreras a las que se enfrentan las personas mayores para acceder al mercado laboral. Para facilitar este proceso, es necesario producir políticas públicas e incentivar el surgimiento de mecanismo privados para el apoyo financiero y la capacitación que potencien las actividades de emprendimiento en las personas mayores (4,0 / R13). Asimismo, por una parte, estudiar cómo los siste-

mas de protección económica pueden ayudar a aumentar el cuidado formal y, por otra parte, examinar cómo hacer posible el incremento de redes de apoyo para la población mayor, distintas a la familia; lo que requiere mayor participación estatal y comunitaria (4,0 / R14). También considerar que las políticas públicas dirigidas a la población mayor pueden tener efectos spillovers, es decir, no solo beneficia a la persona mayor, sino que tiene consecuencias en el hogar que ella habita, por ejemplo, decidir cómo los miembros del hogar pueden participar en el mercado laboral (3,77 / R23). Finalmente, promover la cultura del ahorro; la promoción de la cultura del ahorro trae beneficios sobre el sistema de protección social y constituye un mecanismo alternativo para asegurar la estabilidad económica en la vejez. El ahorro en activos que generen un retorno, como el arriendo de bienes inmuebles, puede complementar e incluso sustituir la necesidad de contar con pensión contributiva o generar ingresos laborales o por emprendimiento (3,52 / R24).

- › **En relación al ODS 9. Industria, innovación e infraestructura:** se encuentran dos recomendaciones aso-

ciadas. En primer lugar, repensar el espacio público como un espacio integrador, accesible y seguro para las personas mayores. La integración en espacios públicos puede aportar a la construcción de memoria colectiva y al fortalecimiento de la identidad comunitaria a partir de la diversidad y la heterogeneidad. Se recomienda incluir en los planes de desarrollo territoriales metas de intervención sobre el espacio público de acuerdo con los criterios de las Ciudades Amigables de la OMS (3,8634 / R21).

Además, dinamizar y fortalecer la participación social comunitaria de las personas mayores en los entornos locales. Los entornos propicios para la participación social de las personas mayores, además de jugar un rol en la promoción de su bienestar y de su salud física y mental, también pueden ser un espacio para que ellas actúen en su comunidad como agentes de cambio hacia hábitos de vida saludable y como mentores de las generaciones más jóvenes en asuntos de educación cívica (3,85 / R22).

- › **Finalmente, sobre el ODS 10. Reducción de las desigualdades,** se vinculan cinco recomendaciones de la Misión Colombia Envejece - Una

Investigación Viva. Primero, acercar la institucionalidad pública y privada a las personas mayores para generar una interacción fluida con esta población, fortalecer su sentimiento de confianza y en consecuencia potenciar su rol como promotores de la confianza en las instituciones. Para ello se puede consolidar el esquema de los modelos de atención en las comunidades, para garantizar el acceso de las personas mayores a la justicia, a los programas de protección y asistencia social y a las ofertas productivas y educativas. Al mismo tiempo, es posible crear la acreditación institucional de “Organización amigable con las personas mayores” para entidades públicas y privadas (3,98 /R16).

Segundo, expandir las redes de apoyo, referencia y cuidado de las personas mayores. La reducción en el tamaño de los hogares, por la maduración y migración de los hijos, la muerte de la pareja y el marcado incremento de los hogares unipersonales, pueden exponer a las personas mayores a una situación en la que sus redes de apoyo, referencia y cuidado sean cada vez más estrechas y por consiguiente incrementar su vulnerabilidad económica y social. Ampliar las redes de las personas

mayores puede fortalecer la solidaridad, reducir la discriminación y propiciar una interacción intergeneracional fluida (3,91 / R18).

Tercero, analizar el tránsito demográfico con relación al cuidado, para identificar los cambios específicos que requiere el cuidado en los hogares unipersonales (3,87 /R19). Cuarto, considerar otros indicadores de dependencia poblacionales, de esta forma se puede distinguir dentro de los grupos potencialmente dependientes la población que demanda más cuidado (3,95 / R 17). Quinto, examinar cómo las olas migratorias afectan el cuidado de las personas mayores; en Europa, algunos emigrantes cuidan de las personas mayores, debido a que son una mano de obra barata. En Colombia se requiere saber si la población migrante puede cumplir ese trabajo en condiciones decentes. Para ello, se debe seguir de cerca el proceso migratorio en Colombia, así como las actividades que la población migrante lleva a cabo (3,31 / R25).



Misión Colombia
envejece
Una investigación viva