



Misión Caldas Envejece

Carmen Lucía Curcio
Editora académica



Editorial
UNIVERSIDAD DE CALDAS

Confa
Contigo, con todo



Catalogación en la fuente, Biblioteca Universidad de Caldas

Curcio Borrero, Carmen Lucía [y otros trece]

Misión Caldas envejece. – Manizales: Universidad de Caldas, 2020

485 páginas: mapas, gráficas.

ISBN: 978-958-759-241-2

Ciencias sociales y humanas – Población / Envejecimiento de la población / Seguridad social / Bienestar social / Economía de la salud / CDD 305.26 M678

- © Universidad de Caldas
- © Caja de Compensación Familiar de Caldas -Confa
- © Fundación Saldarriaga Concha
- © Universidad Autónoma de Manizales

Título: Misión Caldas envejece

Editora académica: Carmen Lucía Curcio Borrero

Primera edición

Manizales, 2020

Todos los derechos reservados por las entidades coeditoras

ISBN impresión: 978-958-759-241-2

ISBN pdf: 978-958-759-242-9

ISBN Epub: 978-958-759-243-6

Preparación editorial: Editorial Universidad de Caldas

Director editorial: Luis Miguel Gallego Sepúlveda

Coordinación editorial: Ángela Patricia Jiménez

Corrección de estilo: Laura Daniela Londoño

Diseño y diagramación: Luis Osorio Tejada / Edward Muñoz

Fotografía de cubierta: Alejandro Serna Rodas –Colonos Estudio Creativo

Editorial Universidad de Caldas

E-mail: produccion.editorial@ucaldase.edu.co

AA: 275

Teléfono: +57 6 8781500 ext. 11106

Manizales –Colombia



Misión Caldas Envejece

CARMEN LUCÍA CURCIO
Editora académica

Con- tenido

Introducción . .

.13

1.

Aspectos demográficos del envejecimiento en Caldas

| | | |
|--------|---|----|
| 1.1 | Introducción | 23 |
| 1.2 | Marco de referencia | 25 |
| 1.2.1. | Transición demográfica y envejecimiento de la población | 25 |
| 1.3. | Envejecimiento en América Latina y el Caribe | 28 |
| 1.4. | Envejecimiento en Colombia | 30 |
| 1.5. | Envejecimiento en Caldas | 35 |
| 1.5.1. | Evolución de la población. | 35 |
| 1.5.2. | Crecimiento natural | 40 |
| 1.5.3. | Fecundidad | 42 |
| 1.5.4. | Mortalidad | 44 |
| 1.5.5. | Distribución relativa por edad. | 48 |
| 1.5.6. | Relación de dependencia | 50 |
| 1.5.7. | Índice de envejecimiento | 52 |
| 1.5.8. | Anserma y sus particularidades | 54 |
| 1.6. | Consideraciones finales | 59 |
| 1.7. | Glosario | 62 |
| 1.8. | Referencias bibliográficas | 63 |
| 1.9. | Anexos | 68 |

2.

Percepción de envejecimiento y vejez

| | | |
|--------|---|-----|
| 2.1. | Introducción | 71 |
| 2.2. | Marco conceptual | 72 |
| 2.2.1. | Envejecimiento y vejez | 72 |
| 2.2.2. | Percepción y autopercepción de envejecimiento | 75 |
| 2.3. | Autopercepción de envejecimiento y vejez | 78 |
| 2.3.1. | Envejecer. | 79 |
| 2.3.2. | El cuerpo envejecido | 85 |
| 2.3.3. | La imagen a través del espejo | 90 |
| 2.3.4. | Lentitud: la vida del viejo se desarrolla despacito | 95 |
| 2.3.5. | Moverse: entre la independencia y la autonomía | 97 |
| 2.3.6. | Salud: silencio y ruido del cuerpo | 98 |
| 2.4. | Soledad | 103 |
| 2.5. | Consideraciones finales | 107 |
| 2.6. | Referencias bibliográficas | 111 |

3.

La salud de las personas mayores en el departamento de Caldas

| | |
|---|-----|
| 3.1. Introducción | 117 |
| 3.2. Marco de referencia | 119 |
| 3.3. Envejecimiento exitoso, saludable y activo | 123 |
| 3.3.2. Envejecimiento saludable | 124 |
| 3.3.3. Envejecimiento activo | 125 |
| 3.4. Percepción de salud | 126 |
| 3.5. El Sistema General de Seguridad Social en Salud en el departamento de Caldas | 127 |
| 3.6. Política de Atención Integral en Salud - PAIS | 129 |
| 3.7. La salud en cifras en el departamento de Caldas | 130 |
| 3.8. Morbilidad y prevalencia de enfermedades crónicas | 131 |
| 3.9. Síndromes geriátricos | 134 |
| 3.9.2. Deterioro cognoscitivo y demencia | 135 |
| 3.9.3. Caídas | 136 |
| 3.9.4. Incontinencia Urinaria | 136 |
| 3.10. Condiciones en Salud Mental | 137 |
| 3.11. Discapacidad | 139 |
| 3.12. Estado nutricional | 146 |
| 3.13. Atención en salud | 148 |
| 3.14. Acceso y utilización de servicios | 155 |
| 3.15. La salud de las personas mayores del departamento de Caldas, una aproximación cualitativa | 159 |
| 3.16. Organización Institucional para la prestación de servicios de salud | 159 |
| 3.17. Percepciones en torno a la salud | 165 |
| 3.17.1. Prácticas en salud | 165 |
| 3.18. Consideraciones finales | 171 |
| 3.19. Referencias bibliográficas | 173 |

4.

Seguridad económica

| | |
|---|-----|
| 4.1. Introducción | 183 |
| 4.2. Marco conceptual y contextual | 190 |
| 4.2.1. Seguridad económica | 190 |
| 4.2.2. Pobreza | 214 |
| 4.3. Marco Político | 217 |
| 4.4. Seguridad económica de las personas mayores del departamento de Caldas | 224 |
| 4.4.1. Pensiones | 224 |
| 4.4.2. Colombia Mayor: departamento de Caldas | 234 |
| 4.4.3. Centros de Bienestar del Adulto Mayor (CBA) del departamento de Caldas | 234 |
| 4.4.4. Participación laboral de las personas mayores del departamento de Caldas | 237 |
| 4.4.5. Pobreza monetaria y pobreza extrema en el departamento de Caldas | 253 |
| 4.4.7. Ahorro e inversión de las personas mayores del departamento de Caldas | 266 |
| 4.5. Segmentación de seguridad económica: análisis de clúster | 271 |
| 4.6. Instituciones públicas: programas y proyectos | 274 |
| 4.7. Referencias bibliográficas | 280 |
| 4.8. Glosario | 284 |

5.

Cuidado

| | |
|---|-----|
| 5.1. Introducción | 289 |
| 5.2. Marco conceptual | 291 |
| 5.2.1. Acercamientos conceptuales en el tema de cuidado | 291 |
| 5.2.2. Procesos de cuidado. | 308 |
| 5.2.3. Concepción y percepción del cuidado | 315 |
| 5.3. El cuidado: procesos, relaciones e interacciones | 320 |
| 5.3.1. El hogar parental un escenario de cuidado: concepción familística | 322 |
| 5.3.2. El cuidado escenario de relaciones intra e intergeneracionales | 329 |
| 5.3.3. Valoración simbólica y emocional del cuidado "estar pendiente" | 332 |
| 5.3.4. Dar cuidado: entre la feminización, la disimetría de género y la identidad | 337 |
| 5.4. El autocuidado: elección responsable | 342 |
| 5.5. Organización social del cuidado | 346 |
| 5.5.1. Contexto normativo y de políticas públicas | 347 |
| 5.5.2. La medición del trabajo no remunerado de cuidados: las encuestas de uso del tiempo | 355 |
| 5.5.3. El trabajo de cuidado | 361 |
| 5.5.4. Necesidades de cuidado de las personas mayores | 373 |
| 5.6. Consideraciones finales | 376 |
| 5.7. Recomendaciones | 378 |
| 5.8. Referencias Bibliográficas | 380 |

6.

Las personas mayores y la construcción de paz

| | |
|---|-----|
| 6.1. Introducción | 393 |
| 6.2. Marco de referencia | 395 |
| 6.2.1. Construcción de paz | 395 |
| 6.2.2. Memoria social y memoria histórica | 401 |
| 6.2.3. Conflicto armado en Colombia | 407 |
| 6.2.4. Violencia y conflicto armado en Caldas | 410 |
| 6.2.5. Violencias y paz en las voces de las personas mayores: narrativa interpretativa | 414 |
| 6.2.6. Las memorias de las violencias en la trayectoria de vida de los mayores de Caldas. | 416 |
| 6.3. Entre el significado y el sentido de la paz | 426 |
| 6.4. Obstáculos para la paz | 435 |
| 6.4.1. Perdón | 436 |
| 6.4.2. Intolerancia | 436 |
| 6.4.3. Silencio y olvido | 437 |
| 6.4.4. Miedo | 439 |
| 6.4.5. Indiferencia | 441 |
| 6.4.6. Entre el escepticismo y la injusticia | 443 |
| 6.4.7. La exclusión | 446 |
| 6.5. Iniciativas de paz | 447 |
| 6.6. Consideraciones finales | 450 |
| 6.7. Referencias bibliográficas | 454 |

7.

Estrategia metodológica

| | |
|---------------------------------|-----|
| 7.1. Metodología cuantitativa | 463 |
| 7.2. Metodología cualitativa | 466 |
| 7.2.1. Participantes | 467 |
| 7.2.2. Registro de información | 468 |
| 7.2.3. Análisis de los datos | 471 |
| 7.3. Referencias bibliográficas | 472 |

Anexos **473**

| | |
|--|-----|
| 1. Guía entrevistas a profundidad | 473 |
| 2. Guía discusión Grupo focal | 475 |
| 3. Ficha de identificación participantes | 477 |
| 4. Ficha de identificación Agentes Institucionales | 481 |
| 5. Declaración para el consentimiento informado. | 482 |
| 6. Declaración para el consentimiento informado | 485 |

Índice de figuras

| | |
|--|-----|
| Figura 1. distribución de la población por grandes grupos de edad (1964-2018). | 31 |
| Figura 2. Porcentaje de personas de 60 años y más en Colombia | 32 |
| Figura 3. Pirámide poblacional de Colombia en 2018. | 33 |
| Figura 4. Departamentos según transición demográfica 2015. | 34 |
| Figura 5. Distribución de la población por edad y zona. 1960-2050. | 35 |
| Figura 6. Evolución de la población caldense 1985-2020. | 36 |
| Figura 7. Evolución de la población por grupos de edad, 1985-2020. | 37 |
| Figura 8. Pirámides poblacionales de Caldas, 1985, 2018 y 2020. | 39 |
| Figura 9. Principales causas de defunción en Caldas para 2015, 2007 y 1998. | 46 |
| Figura 10. Índice de envejecimiento por cada municipio Caldas para 1985, 2005 y 2020 | 53 |
| Figura 11. Hechos victimizantes en Anserma hasta mayo del 2018. | 57 |
| Figura 12. Migraciones al exterior de la población del municipio Anserma para el 2005 | 58 |
| Figura 13. Percepción del envejecer. | 79 |
| Figura 14. Transición demográfica y epidemiológica | 121 |
| Figura 15. Prevalencia de condiciones crónicas de salud en la población de 60 años y más en Colombia, por sexo. | 132 |
| Figura 16. Prevalencia de condiciones crónicas de salud en la población de 60 años y más en Caldas, por sexo. | 133 |
| Figura 17. Presencia de depresión en cuatro municipios de Caldas | 138 |
| Figura 18. Bienestar de la población de 65 años y más. | 186 |
| Figura 19. Clasificación de la población para análisis del mercado laboral | 208 |
| Figura 20. Enfoques, principios, criterios y ejes de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el departamento de Caldas, 2018. | 221 |
| Figura 21. Población de 60 años y más que recibe pensión por departamento y género | 225 |
| Figura 22. Estado civil de las personas mayores que reciben pensión según género en el departamento de Caldas | 226 |
| Figura 23. Monto promedio de la pensión de la población de 60 años y más por departamentos en 2016 (en pesos). | 227 |
| Figura 24. Años promedio de educación de las personas mayores por departamento, según situación pensional | 228 |
| Figura 25. Población de 60 años y más ocupados que cotizan a pensión por departamento. | 229 |
| Figura 26. Ocupados que cotizan a pensión en el departamento de Caldas según grupos de edad. | 230 |
| Figura 27. Afiliación pensional de las personas ocupadas según grupos de edad en Caldas. | 231 |
| Figura 28. Promedio de años cotizando a pensión de los ocupados de 60 años y más por departamento. | 232 |
| Figura 29. Resumen de la condición frente a la pensión de la población de 60 años por departamentos. | 233 |
| Figura 30. Clasificación población de 60 años y más del departamento de caldas según condición laboral. | 238 |
| Figura 31. Población ocupada informal para empresas de hasta cinco trabajadores en Manizales, trimestre móvil enero 2007-marzo 2018. | 239 |
| Figura 32. Caldas. Indicadores del mercado laboral según rango de edad. | 240 |
| Figura 33. Caldas. Actividad laboral de la población de 60 años y más según género. | 241 |
| Figura 34. Caldas. Contratación de los ocupados por rangos de edad. | 242 |
| Figura 35. Contratación de los ocupados de 60 años y más por departamento. | 243 |
| Figura 36. Caldas. Ocupados que reciben prestaciones según rango de edad. | 244 |
| Figura 37. Caldas. Tipo de trabajo de los que laboran según rango de edad. | 245 |
| Figura 38. Caldas. Tipo de trabajo de los que laboran según rango de edad. | 246 |
| Figura 39. Caldas. Motivos para querer cambiar de trabajo según rango de edad. | 247 |
| Figura 40. Semanas que los desocupados han buscado empleo según rangos de edad. | 248 |

| | |
|--|-----|
| Figura 41. Caldas. En qué trabajaron y en qué buscan trabajo las personas mayores desocupadas. | 249 |
| Figura 42. Caldas. Tiempo que los inactivos trabajaron por última vez según grupos de edad. | 250 |
| Figura 43. Caldas. Motivos por los cuales los inactivos dejaron de trabajar según grupo de edad. | 251 |
| Figura 44. Caldas. Población en pobreza y pobreza extrema por ingresos, 2008-2017. | 253 |
| Figura 45. Población en pobreza por ingresos, por departamentos. 2008-2017. | 254 |
| Figura 46. Población en pobreza extrema por ingresos, por departamentos. 2008-2017. | 255 |
| Figura 47. Caldas. Población en pobreza y tasa de ocupación 2008-2017. | 256 |
| Figura 48. Doble inclusión y doble exclusión personas mayores nivel nacional y Caldas 2013 – 2017. | 261 |
| Figura 49. Doble inclusión y doble exclusión de personas mayores por departamentos 2017. | 262 |
| Figura 50. Doble inclusión y doble exclusión personas mayores por grupos etarios 2013 – 2017. | 263 |
| Figura 51. Doble inclusión y doble exclusión personas mayores Caldas y Manizales 2013- 2017. | 264 |
| Figura 52. Doble inclusión y doble exclusión de personas mayores en ciudades capitales, 2017. | 265 |
| Figura 53. Doble inclusión y doble exclusión Eje Cafetero, 2017. | 266 |
| Figura 54. Caldas. Población de 60 años y más que recibe ingresos según fuente y género. | 267 |
| Figura 55. Caldas. Ingreso promedio mensual de la población de 60 años según fuentes (pesos 2016). | 268 |
| Figura 56. Caldas. Escolaridad promedio de la población de 60 años y más según fuente de ingreso. | 269 |
| Figura 57. Caldas. Número de fuentes de ingreso de la población de 60 años, según género. | 270 |
| Figura 58. Caldas. Fuentes de obtención de recursos de las personas ocupadas en caso de no tener trabajo, según grupo de edad. | 271 |
| Figura 59. Descripción de los segmentos de población adulta mayor según su seguridad económica. | 274 |
| Figura 60. Perspectivas del cuidado. | 295 |
| Figura 61. Ámbitos de intervención en materia de cuidados a largo plazo de las personas mayores | 305 |
| Figura 62. Cuidado: proceso, relaciones e interacciones | 321 |
| Figura 63. Feminización del cuidado | 338 |
| Figura 64. Componentes de una política integrada de cuidado. | 350 |
| Figura 65. Participación y tiempo en las actividades de trabajo no comprendido en el Sistema de Cuentas Nacionales por sexo, años 2012-2013 y 2016-2017. | 357 |
| Figura 66. Participación y tiempo diario promedio de personas de 10 años y más, en apoyo a personas del hogar, en porcentaje y tiempo por participante según sexo y rango de edad, Año 2016-2017. | 358 |
| Figura 67. Participación y tiempo diario promedio de personas de 10 años y más en cuidado físico de personas del hogar según sexo y rango de edad, año 2016-2017. | 359 |
| Figura 68. Participación y tiempo diario promedio de personas de 10 años y más en cuidado pasivo (estar pendiente) a personas del hogar según sexo y rango de edad, Año 2016-2017. | 360 |
| Figura 69. Consecuencias del cuidado. | 365 |
| Figura 70. Distribución en porcentaje de las preferencias de cuidado de las personas mayores en Colombia. | 375 |
| Figura 71. Experiencias de violencias de las personas adultas mayores de Caldas. | 416 |
| Figura 72. Significados de la construcción de paz. | 426 |
| Figura 73. Obstáculos para la paz | 435 |

Índice de tablas

| | |
|---|-----|
| Tabla 1. Tasas de crecimiento, fecundidad y mortalidad para Caldas y a nivel Nacional en 1998, 2007 y 2015 | 40 |
| Tabla 2. Indicadores demográficos para Caldas y a nivel nacional en 1985, 2005 y 2020. | 49 |
| Tabla 3. Tasas e indicadores demográficos del municipio de Anserma para 1985, 1998, 2005, 2007 y 2020 | 55 |
| Tabla 4. Fórmulas para cálculo de las tasas y los indicadores demográficos | 68 |
| Tabla 5. Causas de las dificultades que afectan el desempeño diario en la población colombiana. | 142 |
| Tabla 6. Alteraciones permanentes en personas mayores de 60 años. Departamento de Caldas. Año 2017. | 143 |
| Tabla 7. Dificultades en personas mayores de 60 años. Departamento de Caldas. Año 2017 | 145 |
| Tabla 8. Número de personas mayores de 60 años atendidas por municipio en el departamento de Caldas. Año 2009 a 2017 | 149 |
| Tabla 9. Atenciones a personas mayores de 60 años por municipio en el departamento de Caldas. Año 2009 a 2017.. | 150 |
| Tabla 10. Atenciones a personas mayores de 60 años y más por quinquenios. | 151 |
| Tabla 11. Atenciones a personas mayores de 60 años del Departamento de Caldas por grupo poblacional. Año 2017 | 152 |
| Tabla 13. Plan estratégico de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez del departamento de Caldas: eje seguridad económica. | 222 |
| Tabla 14. Valor del subsidio del Programa Colombia Mayor por municipio en Caldas, 2018.. . . . | 234 |
| Tabla 15. Ingreso por persona, línea de pobreza y capacidad de consumo por departamentos 2008-2017. | 258 |
| Tabla 16. Causa de la dificultad que más afecta el desempeño diario | 374 |
| Tabla 17. Matriz de categorías | 469 |

Introducción

El cambio de estructura por edades de la población es un fenómeno ampliamente conocido. Hoy en día el envejecimiento demográfico es un proceso en marcha, con variaciones entre regiones del mundo y entre países, pero bien establecido. Desde el punto de vista de sus implicaciones en todos los ámbitos, se trata quizás de la transformación más importante de esta época. De acuerdo con la CEPAL (2018) a nivel mundial, entre 2015 y 2030, la población de 60 años y más se elevará de 900 millones a más de 1.400 millones de personas. Ello supone un incremento del 64,0 % en tan solo 15 años, siendo el grupo de edad que más crece. En términos relativos, el porcentaje de población de 60 años y más pasará del 12,3 % en 2015 al 16,4 % en 2030. Aunque la situación de las regiones es distinta, y Europa es y seguirá siendo el continente más envejecido del mundo, en América Latina el proceso de envejecimiento se produce de manera más rápida, pasando de 70 millones de personas mayores a 119 millones en el mismo período, lo que supone un aumento del 59,0 %. La misma fuente revela que esta región se encuentra además en la antesala de un cambio sin precedentes en su historia: en 2037 la proporción de personas mayores sobrepasará a la proporción de menores de 15 años. Si bien la región en su conjunto está entrando en una etapa de envejecimiento acelerado, en la mitad de

los países –algunos de los cuales corresponden a los más pobres– el proceso es incipiente y moderado, y los mayores cambios ocurrirán de aquí a 2030.

“La población colombiana está envejeciendo”, dicen los titulares de la prensa ante la publicación de los resultados del censo 2018. En Colombia las proyecciones estipuladas antes del censo estaban sobreestimando la población joven y subestimando la población adulta mayor. Sin embargo, los resultados finales comprueban lo que ya sabíamos: la población se está envejeciendo más rápido, el número de personas mayores de 65 años es mayor al de menores de 5 años (9,1 % contra 8,4 %), según la Oficina Oficial de Estadística. Si bien actualmente el 25,9 % de la población tiene entre 15 y 29 años, y es parte del mayor grupo poblacional, la cantidad de personas mayores ha crecido desde 2005 más que los jóvenes.

Los resultados del censo también muestran que los departamentos del Eje Cafetero tienen un índice de envejecimiento muchísimo más acelerado que el resto del país, de hecho Caldas tiene 69 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años, mientras que en Manizales esta tasa está por encima de 80. Eso muestra un nivel de envejecimiento de la estructura poblacional, que en el caso específico de Manizales es el doble o más de lo que se observa en el país y bastante por encima del mismo departamento.

Este envejecimiento demográfico nos muestra la necesidad de hacer transformaciones sociales, económicas, políticas y culturales que den respuesta a la complejidad del fenómeno para contribuir a conformar una política pública que vislumbre el envejecimiento más como una oportunidad que como un problema de población. El cambio demográfico al que asistimos impone retos y preocupaciones por la velocidad del cambio, y por la capacidad para afrontar las demandas.

El envejecimiento poblacional e individual, tiene repercusiones considerables en el funcionamiento de las estructuras sociales, por ejemplo, en las redes informales conformadas por familiares y convivientes que han demostrado

ser un formidable recurso para que los seres humanos optimicen sus estados de salud y bienestar. No obstante, hallazgos del mismo Censo muestran una reducción del tamaño promedio de las familias y cambios estructurales y funcionales dentro de las mismas que impactan directamente el lugar de las personas mayores en los hogares y la sociedad y obligan a pensar, además, en la demanda y necesidades de esta población. Otro ejemplo de los desafíos que impone el aumento de la población mayor y el desplazamiento de la carga global de la enfermedad hacia las enfermedades crónicas es que se requiere reorientar el funcionamiento de los sistemas de salud que actualmente se organizan alrededor de experiencias de enfermedades graves y episódicas, dado que no están preparados para afrontar las necesidades en salud de las personas mayores.

Las preocupaciones expuestas sobre el envejecimiento poblacional han generado consensos sobre la necesidad de estudiar el envejecimiento y la vejez. Estas preocupaciones se relacionan con la necesidad de estudiar no solamente los sistemas de protección social con que cuentan las personas mayores, su independencia financiera y su estado de salud, sino también la apreciación individual y valoración de estas condiciones en lo personal, lo cual es necesario abordar desde una mirada cualitativa de orden interpretativo.

Para dar respuesta a esta necesidad se llevó a cabo la investigación “Misión Caldas Envejece” que tiene un importante antecedente, la Misión Colombia Envejece, un trabajo conjunto entre la Fundación Saldarriaga Concha y Fedesarrollo (2015) que tuvo como objetivo dar a conocer la situación del envejecimiento de la población colombiana y los retos que esto plantea para el país. El estudio da una serie de recomendaciones en materia política en cuanto a lo relacionado con pensiones, ahorro y apoyo económico para la vejez, servicios de salud, necesidades de cuidado y construcción de paz.

Con el propósito de aunar esfuerzos, y por iniciativa de la Fundación Saldarriaga Concha, fueron convocadas la Universidad de Caldas, la Universidad Autónoma de Manizales y la Caja de Compensación Familiar de Caldas - Confa

para llevar a cabo un estudio sobre envejecimiento y vejez en el departamento de Caldas. Producto de ese esfuerzo se presenta este libro el cual está organizado en seis capítulos. El primer capítulo se centra en el *envejecimiento demográfico* en el departamento; para realizar este estudio los autores tuvieron en cuenta cuatro aspectos centrales de la población: el tamaño, la distribución, composición y dinámica poblacional. Asimismo, tomaron como punto de partida las transiciones demográficas a fin de comprender con mayor precisión las dinámicas que vive el departamento de Caldas y contextualizar las características generales del envejecimiento en el mundo y la dinámica demográfica en Colombia usando datos preliminares del DANE para el Censo de 2018.

Luego estudiaron de forma minuciosa el proceso de envejecimiento en Caldas, lo cual incluye la evolución de la población, su crecimiento natural, fecundidad, mortalidad, distribución relativa por edad, relación de dependencia e índice de envejecimiento. En la última sección de este capítulo se analiza el caso del municipio de Aserma, el cual representa el mayor índice de envejecimiento del departamento. En este capítulo los autores concluyen que Colombia y el departamento de Caldas pasan una etapa de *plena transición demográfica* en la que su tasa de mortalidad y fecundidad está disminuyendo.

El segundo capítulo *“Percepción de envejecimiento y vejez”* gira en torno a la construcción de dos conceptos: el envejecimiento y la vejez desde una perspectiva que dirige su mirada hacia la experiencia subjetiva de los adultos mayores, es decir, pretende comprender la dimensión subjetiva del envejecimiento desde las subjetividades de quienes lo experimentan: en qué consiste envejecer, qué significa para quienes viven ese proceso y cómo lo expresan. El material usado en el capítulo lo representan los discursos de las personas mayores y el modo en que se abordó fue interpretativo. El capítulo inicia con el marco conceptual del estudio que incluye los conceptos de envejecimiento y vejez desde una concepción gerontológica, así como los conceptos de percepción y autopercepción de envejecimiento que sirvieron de base para estructurar la propuesta de investigación. En un segundo momento, los autores abordaron la autopercepción de envejecimiento y vejez desde la perspectiva

de las personas mayores que participaron en el estudio para darle soporte a algunas consideraciones y recomendaciones de lineamientos de política pública de envejecimiento y vejez para Caldas.

En el tercer capítulo *“La salud de las personas mayores en el departamento de Caldas”* los autores se propusieron identificar las condiciones de salud de la población mayor de 60 años en el departamento. En primera instancia se presenta un marco de referencia sobre envejecimiento y percepción de salud, luego un panorama general del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el departamento de Caldas y, posteriormente, un perfil sobre morbilidad, síndromes geriátricos, discapacidad y estado nutricional seguido de información sobre atención en salud, acceso y uso de los servicios de salud. Por último, se realizó un análisis cualitativo sobre la percepción que tienen las personas mayores de 60 años y más del departamento de Caldas sobre el sistema de salud.

En el cuarto capítulo *“seguridad económica”* se analizó la seguridad económica de las personas mayores del departamento de Caldas a partir de un análisis contextual y utilizando la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) de 2017. Los autores presentan el capítulo en dos grandes secciones. En la primera muestran el marco conceptual y contextual, en el cual se desarrolla el concepto de seguridad económica; así mismo, se presenta el contexto latinoamericano y colombiano, seguido de las políticas nacionales y locales en torno al tema. En la segunda sección se hace un análisis pormenorizado de la seguridad económica de las personas mayores del departamento de Caldas, en cuanto a pensiones, participación en el mercado laboral, ahorro e inversiones y pobreza, seguido de una síntesis de los principales hallazgos en términos de la seguridad económica y de acuerdo con ella se propone una clasificación de la población de 60 años y más a partir de un modelo estadístico de segmentación. Finalizan con los resultados de las entrevistas realizadas a algunas personas que forman parte de organizaciones que prestan servicios al adulto mayor.

El cuidado es el tema del capítulo 5, en primer lugar se presentan algunas consideraciones sobre el concepto de cuidado, en segundo lugar, se aborda el

cuidado, los procesos y las relaciones presentes en estos procesos focalizados en el grupo de las personas mayores que participaron en el trabajo de campo en siete municipios. Además, se presentan los hallazgos de la categoría de auto cuidado como elección responsable en las personas mayores. A continuación se aborda la organización social del cuidado desde el contexto normativo, internacional y nacional, la medición del trabajo no remunerado de cuidados, el trabajo de cuidado informal y formal y las necesidades de cuidado de las personas mayores, para darle soporte a algunas consideraciones y recomendaciones de lineamientos de política pública de envejecimiento y vejez para Caldas.

El último capítulo *“las personas mayores y la construcción de paz”* se divide en cuatro secciones. En la primera, el marco de referencia, se abordan los conceptos de paz, memoria social y memoria histórica y, de manera muy sucinta y no exhaustiva, se presenta el contexto del conflicto armado en Colombia para dar paso al contexto caldense de la violencia y el conflicto armado. La segunda parte da cuenta de las violencias y construcción de paz desde las voces de los adultos mayores del departamento de Caldas. El apartado se divide en tres secciones: en un primer momento se habla de las memorias de la violencia en las trayectorias de vida de las personas, a continuación se desarrollan los sentidos y significados que tiene para las personas mayores la construcción de paz; la experiencia acumulada les permite ver obstáculos en esa construcción, aspecto que se desarrolla a continuación para finalizar con las iniciativas que proponen. La última sección da cuenta de las consideraciones finales y las recomendaciones de política pública.

Tal como lo expresó Soraya Montoya, directora ejecutiva de la Fundación Saldarriaga Concha, en la presentación de Misión Colombia Envejece: “Si con este estudio se logra que las personas que toman decisiones de política pública, las entidades con capacidad de influencia y de acción, la empresa privada, los medios de comunicación y, en general, la sociedad civil colombiana se pregunten sobre los retos y las oportunidades que tiene el país con el envejecimiento de su población, habremos cumplido con éxito el objetivo de esta iniciativa” (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015, p 13).

El trabajo realizado por la Universidad de Caldas, la Universidad Autónoma de Manizales, la Caja de Compensación Familiar de Caldas - Confa y la Fundación Saldarriaga Concha en compañía de profesionales de diversas disciplinas permite afirmar que la interdisciplinariedad no es un recurso opcional, sino una necesidad epistemológica y metodológica esencial. Pensar interdisciplinariamente no implica simplemente una reunión entre diversos técnicos y especialistas, sino un reposicionamiento de las cuestiones cruciales que atañen al envejecimiento y la vejez, tanto en las configuraciones culturales y sociales como en la construcción de la subjetividad y en el eje de articulación de las políticas sociales. Por lo cual, un resultado de este trabajo es la necesidad de articular esfuerzos para aportar diferentes respuestas, así como diseñar estrategias que den solución a necesidades concretas que propicien trabajar con y para las personas adultas mayores, los profesionales y quienes toman las decisiones.

Estimado lector, el presente libro es producto de un coordinado trabajo académico y técnico que exigió mucha dedicación, asimismo, participaron muchas manos y sentidos, instituciones y grupos académicos con el propósito de contribuir al reconocimiento de las personas mayores, sus necesidades y potencialidades.

Carmen Lucía Curcio
Investigadora principal
Universidad de Caldas

1.

Aspectos demográficos del envejecimiento en Caldas

Luisa
Fernanda
Panesso
Cardona

David
Osorio
García

Carmen
Lucía
Curcio
Borrero

1.1. Introducción

El presente capítulo se centra en el envejecimiento demográfico en el departamento de Caldas. El envejecimiento demográfico tiene que ver con los cambios de estructura por edad de las poblaciones y consiste en una paulatina reducción de la proporción de personas jóvenes y un incremento correlativo de la proporción de personas de edad adulta y avanzada, en particular el grupo de mayores de 60 años. En este capítulo se tomaron en cuenta cuatro aspectos centrales de la población: el tamaño que se refiere al número de personas que viven en un lugar y en un momento determinado; la distribución que alude a la forma en que la población se dispersa en diferentes lugares del espacio geográfico en un momento determinado; la composición representa el número de personas por sexo, edad, lugar de nacimiento y otras categorías demográficas, y la dinámica que incluye los nacimientos y las defunciones, componentes centrales al momento de identificar la fase de transición demográfica que atraviesa el departamento (CEPAL, 2014).

De esta manera, se expone un marco de referencia sobre las transiciones demográficas y el envejecimiento que brinda elementos conceptuales para comprender con mayor precisión las dinámicas que vive el departamento de Caldas. En este mismo apartado se

exponen de forma breve las características generales del envejecimiento en el mundo y en Latinoamérica, evidenciando que es una tendencia global. Por tanto, se incorpora la dinámica demográfica actual en Colombia con datos del DANE para el censo del 2018. Se advierte al lector que se incorpora esta información para mostrar el panorama general y la tendencia en el país.

En un segundo momento se analiza de manera detallada el proceso de envejecimiento en el departamento de Caldas y se incluye la evolución de la población, el crecimiento natural, la fecundidad, la mortalidad, la distribución relativa por edad, la relación de dependencia, el índice de envejecimiento y se analiza de forma particular el municipio de Anserma por sus particularidades. Se espera que el lector comprenda las dinámicas poblacionales del departamento de Caldas en términos históricos y en comparación con el nivel nacional y municipal, con lo cual quedan claros los factores que influyen en el envejecimiento en este departamento y lo posicionan como el menos joven de Colombia. Las fórmulas usadas para cada una de las tasas e indicadores se muestran con detalle en el anexo (ver Tabla 4); a su vez, se le recomienda al lector revisar el apartado del glosario en el que se define cada una.

En el apartado de conclusiones se contempla una síntesis de lo expuesto y, asimismo, se argumenta que Colombia y el departamento de Caldas están pasando por una etapa de *plena transición demográfica*, por lo que se hace un llamado a prever la situación de transformación que se vive, dado que implica cambios a nivel social, económico y político. Por tanto, se incluyen unas recomendaciones en clave de política pública con las que se espera se evidencien las necesidades y particularidades de los actores sociales (tanto personas adultas mayores como de otros grupos etarios en proceso de envejecimiento) a fin de mitigar, a través de políticas estatales, los cambios de un proceso no previsto como son las transformaciones demográficas y el envejecimiento de la población.

1.2. Marco de referencia

1.2.1. Transición demográfica y envejecimiento de la población

Los avances dentro de las sociedades permitieron aumentar la esperanza de vida y la longevidad de las personas, aumentando el número de adultos mayores a nivel mundial. Las proyecciones de las Naciones Unidas estiman que entre los años 1950 y 2025 los adultos mayores llegarán a representar entre el 14 % y el 17 % de la población mundial. Aunado a esto, desde 1950 la esperanza de vida al nacer ha aumentado cerca de 21 años; se espera que los hombres que lleguen a los 60 años vivan otros 18 años más y que las mujeres que lleguen a esa edad tendrán 21 años más de vida (Gómez Montes & Curcio Borrero, 2014).

Este fenómeno, característico de la *Modernidad*, se presentó primero en los países desarrollados y, posteriormente, en los países en vía de desarrollo. El proceso de envejecimiento de la población se inició en Europa a mediados del siglo XVIII gracias a las mejoras en la alimentación, el control sanitario y de enfermedades. En países en vía de desarrollo, como Colombia, el envejecimiento en la población se ha presentado de manera acelerada. El departamento de Caldas no es ajeno a esto, “por lo que se ha incrementado de manera acelerada la población mayor de 60 años” (Vejarano Alvarado & Angulo Novoa, 2015, p. 28).

Para entender lo anterior es necesario acudir al proceso conocido como *envejecimiento demográfico o poblacional*. Este concepto alude a la innegable democratización de la supervivencia que se refleja a través del aumento de individuos que logran sobrepasar límites arbitrarios de edad cronológica que establece el inicio de la *vejez* como una etapa que está acompañada de cambios biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Este logro conseguido por la humanidad en época reciente genera un sinnúmero de interrogantes que se han intentado resolver desde la gerontología y la geriatría. Posteriormente, el interés también se trasladó a diferentes disciplinas como la antropología, sociología, psicología, biología, demografía, entre otras (Panesso Cardona, 2018).

Los aportes que realiza la gerontología permiten poner en el centro de la discusión el *envejecimiento* en los análisis demográficos y epidemiológicos:

El envejecimiento de la población implica un proceso de cambio de la estructura de edades de una sociedad, con un incremento relativo de la proporción de las personas mayores. Este proceso se deriva principalmente de dos causas fundamentales: por un lado, el aumento de la esperanza de vida que provoca que un mayor número de personas llegue a edades avanzadas; y, por otro lado, el descenso de la natalidad, que disminuye la población infantil y juvenil, y aumenta el peso de las personas de edad avanzada. (González-Rábago, Martín, Bacigalupe, & Murillo, 2015, p. 147).

La mayoría de autores coinciden en señalar que el *envejecimiento demográfico* se debe al aumento, en una población, de las personas que superan los 60 años. Este límite arbitrario de edad fue establecido por Las Naciones Unidas en 1980 cuando determinó los 60 años como la edad de transición al grupo de ancianos en los países en desarrollo como Colombia y los 65 años para los países desarrollados (Gómez Montes & Curcio Borrero, 2014). Una de las causantes de este fenómeno es la migración como factor que influye en la transición demográfica (Ham Chande como se citó en Tamez Valdez & Riberiro Ferreira, 2014).

A su vez, las transiciones demográficas son el punto de partida para la explicación, pues describen las dinámicas naturales de la población con las tasas de fecundidad y de mortalidad. Hay cuatro tipos de *transiciones demográficas* que ayudan a identificar la etapa en la que se encuentra una población:

- a. Transición incipiente: altas tasas de mortalidad y de fecundidad con un crecimiento poblacional relativamente bajo.
- b. Transición moderada: disminuye la tasa de mortalidad y se mantiene alta la tasa de fecundidad, por lo cual hay un aumento de la población.

- c. Plena transición: disminuyen las tasas de mortalidad y de fecundidad, disminuyendo el crecimiento de la población.
- d. Transición avanzada: tiene la tasa de fecundidad más baja y la tasa de mortalidad aumenta en la población mayor, en consecuencia hay un ritmo de crecimiento poblacional muy bajo. (Martínez, Rodríguez y Miguel, 1992, p. 5).

La *transición demográfica* se encuentra estrechamente relacionada con la *transición epidemiológica*, en la cual el envejecimiento de la población ha llevado al surgimiento de condiciones crónicas y no transmisibles en este grupo poblacional (Curcio Borrero, Gómez Montes & Osorio García, 2018). La transformación de las edades promedio, de las tasas de mortalidad y de la esperanza de vida tiene implicaciones en la radiografía de salud de una población. Por tanto, estos elementos de mortalidad y esperanza de vida repercuten en el perfil epidemiológico de una población.

En este sentido, la longevidad de las personas está produciendo retos sin precedentes a los Estados y la población en general, pues se deberán mantener los niveles de seguridad social y económica, y la oferta de servicios de salud de calidad a un segmento de la población que, por su avanzada edad, se encuentra en desventaja para afrontar las exigencias sociales de la contemporaneidad (Bayarre, Pérez & Menéndez, 2006).

Así, el incremento de la esperanza de vida conlleva a transformaciones en los tipos de enfermedades que sufren las poblaciones. De ser un proceso agudo, caracterizado por enfermedades transmisibles, pasa a ser un proceso crónico caracterizado por la edad avanzada de los pacientes y los largos períodos que la sufren. “De este modo se hace posible la combinación, aparentemente paradójica, de una mortalidad descendente junto con una morbilidad creciente” (Bayarre, Pérez & Menéndez, 2006, p. 8). Por esta razón, el proceso de transición epidemiológica se caracteriza por la paradoja enunciada, donde la mortalidad desciende pero la morbilidad asciende en la medida en que las

Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) se vuelven más comunes, mientras la esperanza de vida y la edad promedio de la población aumentan.

1.3. Envejecimiento en América Latina y el Caribe

Entre 2015 y 2030 se incrementará en un 64 % la población adulta mayor a nivel mundial. A nivel general, esta población pasará de ser el 12,3 % en 2015 al 16,4 % en 2030. De todas formas, las regiones tienen procesos diferentes, por lo que Europa sigue siendo el continente más envejecido del mundo (Huenchuan, 2018, p. 13). En América Latina y el Caribe (en adelante ALC) este proceso es más rápido “[...] pasando de 70 millones de adultos mayores a 119 millones en el mismo período, lo que supone un aumento del 59 %” (Huenchuan, 2018, p. 13). Estos cambios, que se han acentuado desde fines de la década del sesenta, generan desafíos y oportunidades en términos de políticas “[...] que buscan la igualdad y el desarrollo centrado en las personas” (CEPAL, 2018, p. 14). Por lo tanto, se puede afirmar que ALC:

[...] se encuentra en la antesala de un cambio sin precedentes en su historia: en 2037 la proporción de personas mayores sobrepasará a la proporción de menores de 15 años”. En valores absolutos, la población de 60 años y más, compuesta en la actualidad por cerca de 76 millones de personas, tendrá un período de amplio incremento que la llevará a alcanzar las cifras de 147 millones de personas en 2037 y 264 millones en 2075. (Huenchuan, 2018, p. 13).

De todas formas, ALC se encuentra en una etapa de envejecimiento acelerado en el que la mitad de los países más pobres están iniciando o están en una transición moderada y, para el 2030, se esperan cambios más significativos (Huenchuan, 2018, p. 13). Un factor explicativo de este fenómeno en la región es la disminución de la fecundidad que permite comprender la transformación demográfica a mediados del siglo xx:

América Latina y el Caribe pasó de tasas de fecundidad muy altas (5,5 hijos por mujer) en el período 1965-1970 a tasas levemente inferiores a lo que se conoce como nivel de reemplazo (2,05 hijos por mujer) entre 2015 y 2020. (CEPAL, 2018, p. 20).

Otro elemento característico de este proceso es el aumento de la esperanza de vida. Entre 1965 y 1970 estaba en 59 años y entre 2015 y 2020 pasó a casi 76 años (CEPAL, 2018); es decir que “[...] en promedio la población ha ganado 17 años de vida en los últimos 55 años, esto es, 1,5 años por quinquenio. Sin embargo, ese promedio regional solo equivale al que tenían los países desarrollados hace 25 años” (CEPAL, 2018, p. 101).

Así, de acuerdo con la esperanza de vida y las tasas de fecundidad, la CEPAL ha clasificado a los países de América Latina y el Caribe en cuatro etapas de la transición demográfica. Cuba y Barbados se clasifican en una etapa muy avanzada de la transición demográfica, dado que ambos países han visto disminuir la mortalidad más lentamente que la tasa de fertilidad. Entre los países en una etapa avanzada de transición demográfica se encuentran Argentina, Uruguay y Chile puesto que vieron una caída temprana en sus tasas de crecimiento que están por debajo del 1 %. Brasil, Colombia, Costa Rica y México tienen tasas de crecimiento de entre 1.3 % y 1.4 %; a su vez, Brasil y Colombia han logrado un aumento de la esperanza de vida (72,4 años y 72,8 años, respectivamente). En plena transición demográfica están la República Bolivariana de Venezuela, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Panamá y Perú; su fertilidad ha disminuido considerablemente en las últimas dos décadas. Finalmente, los países en una etapa moderada de transición demográfica son Bolivia, Guatemala y Haití.

Con todo, se considera que este fenómeno cambia la estructura por edad, pasando “paulatinamente de sociedades jóvenes a sociedades maduras, y de estas, a sociedades envejecidas” (CEPAL, 2018, p. 29), con ritmos distintos por cada país, incluso con diferencias significativas al interior de cada uno. En

Colombia aún hay predominancia de jóvenes y adultos, pero en los próximos años pasará a una etapa más marcada de envejecimiento poblacional.

1.4. Envejecimiento en Colombia

Desde hace varios años se habla del ritmo acelerado de envejecimiento de la población colombiana. Cifras preliminares del Censo poblacional de 2018, llevado a cabo por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), vuelven a llamar la atención tras evidenciar que en Colombia hay 40,4 personas que superan los 60 años por cada 100 personas menores de 15 años. Estos resultados preliminares del Censo muestran que el porcentaje de personas mayores de 60 años aumentó de 4,9 % en 1964 a 13,4 % en 2018 (ver Figura 1).

Según el Censo 2018, en Colombia hay más personas adultas mayores y menos jóvenes que en el Censo del 2005. Un dato muy elocuente es que tenemos más personas mayores de 65 años (9,1 %) que menores de 5 años (8,4 %). Las cifras conocidas hasta ahora evidencian que en Caldas hay cada vez menos nacimientos, menos jóvenes y una creciente población adulta. La población ha empezado a sobrevivir más de lo esperado y los jóvenes aplazan o detienen su proceso de fecundidad. De hecho, después del Quindío, Caldas es el departamento con más envejecimiento con 67 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años, y de 96 mayores de 60 años por cada 100 menores de 15. Eso indica que cada 23 años se duplica el número de personas mayores de 60 años en Caldas.

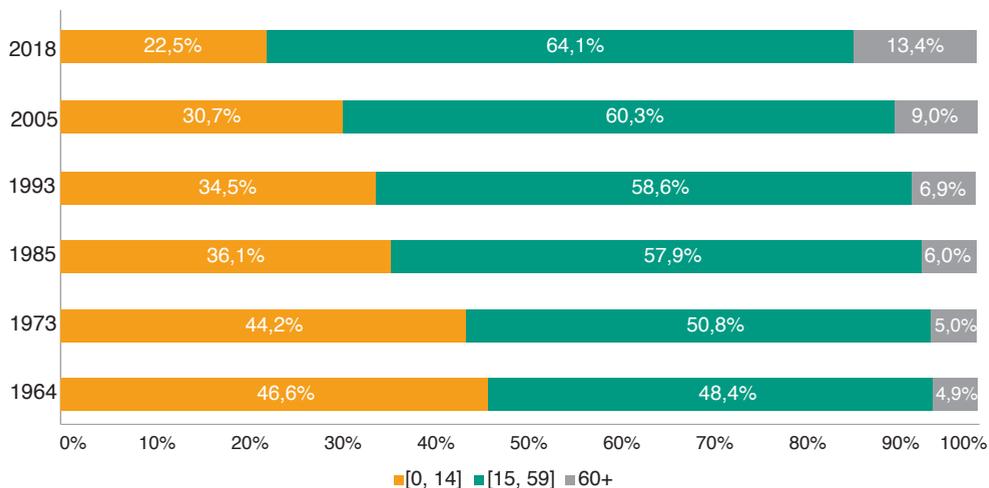


Figura 1. distribución de la población por grandes grupos de edad (1964-2018).

Fuente: DANE, Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Resultados preliminares.

En el 2018 los departamentos con mayor índice de envejecimiento fueron: Quindío (70,43), Caldas (69,34), Valle del Cauca (60,28), Risaralda (59,54), Tolima (52,08), Nariño (50,82), Bogotá (50,17), Boyacá (50,13), Antioquia (48,73) y Santander (44,23). En contraste, los departamentos con menor índice de envejecimiento fueron: Vichada (10,76), Amazonas (14,31), La Guajira (14,41), Guainía (15,11), Vaupés (16,84), Chocó (20,40), Arauca (20,40), Casanare (20,55), Guaviare (20,72) y Cesar (22,03) (ver Figura 2).

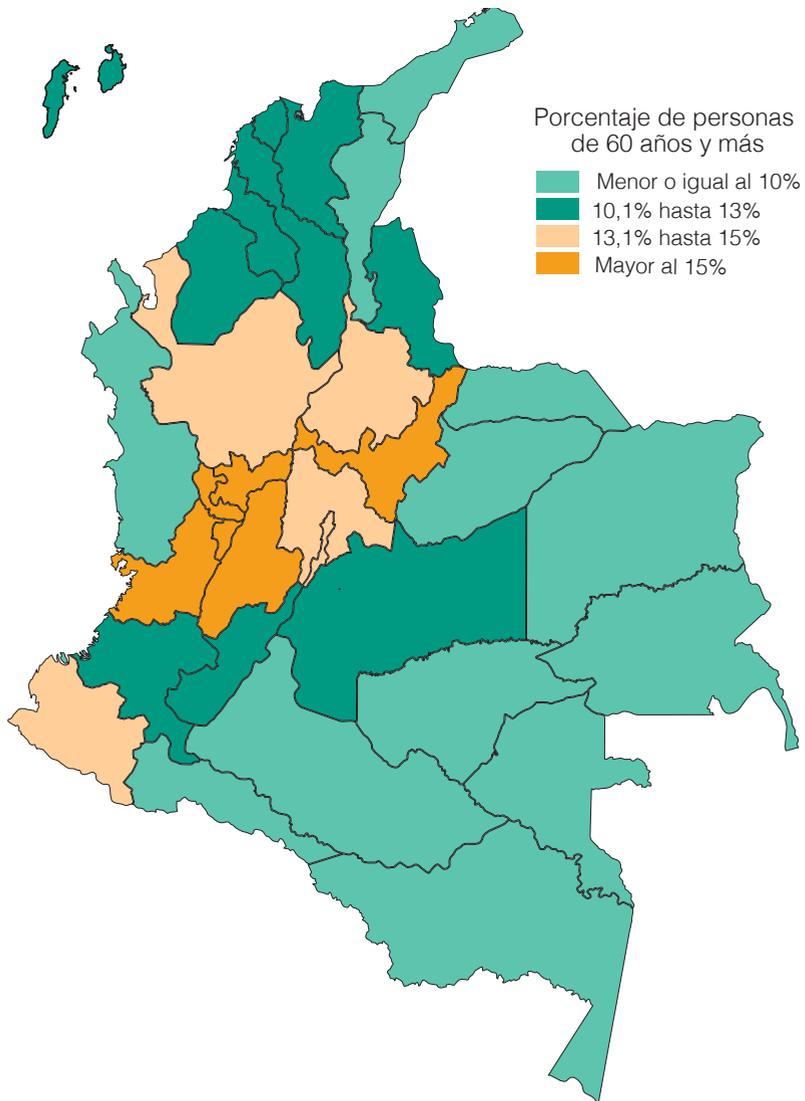


Figura 2. Porcentaje de personas de 60 años y más en Colombia.

Fuente: DANE, Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Resultados preliminares.

Esta situación se hace evidente en la pirámide poblacional actual, en la que las personas de 60 años y más tienen un peso significativo en la distribución (ver Figura 3). Esto es consecuencia del aumento del índice de envejecimiento que ha pasado de 11 en 1964 a 60 en 2018, es decir que, actualmente, por cada 100 personas menores de 15 años hay 60 personas de 60 años y más. Asimismo, esto repercute en la relación de dependencia, pues pasó de 10 en 1964 a 21 en 2018, es decir, que por cada 100 personas en edades potencialmente productivas hay 21 personas en edades potencialmente dependientes (mayores de 59 años).

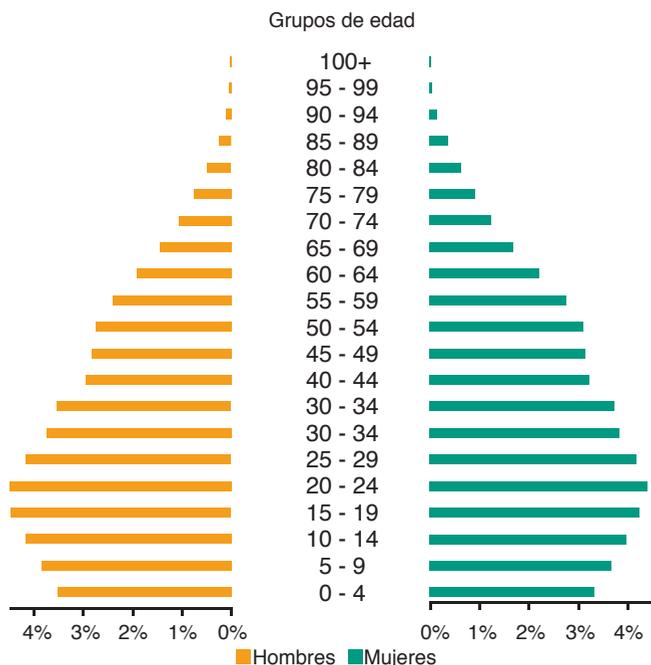


Figura 3. Pirámide poblacional de Colombia en 2018.

Fuente: DANE, Censo nacional de población y vivienda 2018. Resultados preliminares.

A su vez, este proceso de transición demográfica muestra desigualdades: las regiones más desarrolladas del país están en una etapa más avanzada de envejecimiento a diferencia de las regiones más pobres, en términos económicos y sociales, que se encuentran rezagadas en sus transformaciones demográficas (Pabón, 2018). En este sentido, el departamento de Caldas se encuentra en una fase muy avanzada de transición demográfica, con una incidencia de pobreza monetaria entre 22 y 30 % (ver Figura 4).



Figura 4. Departamentos según transición demográfica 2015.

Fuente: tomado de Pabón (2018).

Estas desigualdades en el proceso de transición demográfica también son evidentes cuando se comparan las zonas rural y urbana, evidenciando un despoblamiento del campo y un envejecimiento más lento en zonas de mayor pobreza (ver Figura 5).

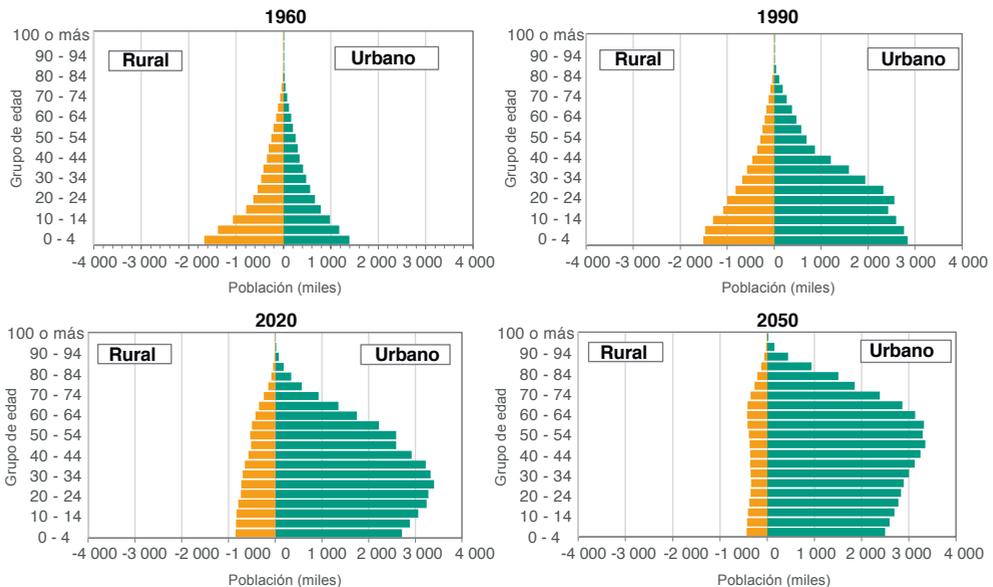


Figura 5. Distribución de la población por edad y zona. 1960-2050.

Fuente: tomado de Pabón (2018).

1.5. Envejecimiento en Caldas

1.5.1. Evolución de la población

La evolución de la población en Caldas presenta particularidades que lo posicionarán como el departamento menos joven de Colombia en el año 2020, denominación que se sustenta en la cifras que lo situaron a nivel nacional como el departamento con menor tasa de crecimiento natural y menor tasa de

fecundidad en el año 2015; desde el 2012 y hasta el 2020 será el departamento con la mayor distribución relativa por edad del país; Caldas ha presentado y presentará la mayor relación de dependencia de mayores de 60 años a nivel departamental desde el año 2015 y hasta el 2020; finalmente, también habrá presentado el mayor índice de envejecimiento durante 16 años consecutivos.

El tamaño de la población caldense entre 1985 y 1995 aumentó en más de 81.600 habitantes al pasar de 867.403 a 949.026. Una década más tarde comenzó a desacelerarse dicho crecimiento y solo aumentó en 19.560 habitantes, cifra que se convertiría en tendencia de la evolución de la población frente al tamaño, ya que en el periodo 2005-2015 el aumento llegó a ser inferior a la década inmediatamente anterior con 19.405 habitantes. Para el año 2020 se espera que Caldas logre aumentar su población en cerca de 10.000 habitantes y la cifra se consolide en 997.831 (ver Figura 6).

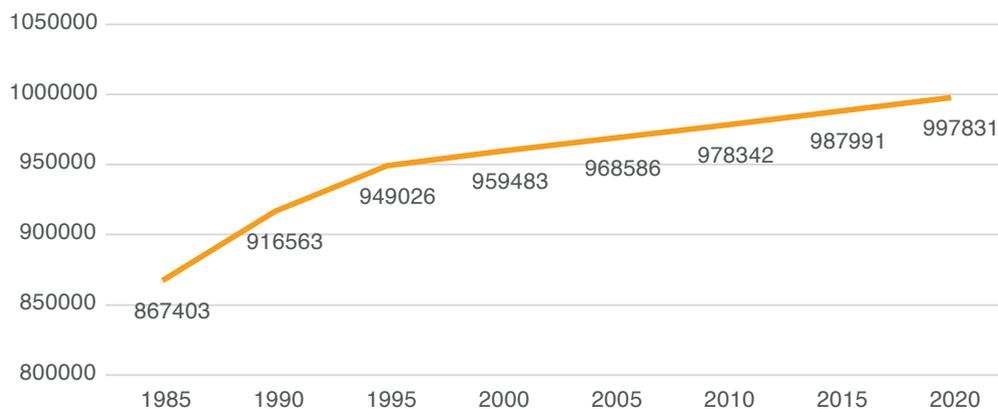


Figura 6. Evolución de la población caldense 1985-2020.

Fuente: elaboración propia a partir del DANE (2011).

En el incremento del 15,04 % en el tamaño de la población caldense en las últimas tres décadas, se presenta un proceso de cambio en la estructura etaria de la población. Al dividir en tres grupos etarios la población del departamento –los individuos entre 0 a 14 años conforman el grupo de los menores, los de 15 a 59 años son considerados adultos y los mayores de 60 años son adultos mayores–, se esperaría que el grupo de los menores presentara un crecimiento permanente y que el de los adultos mayores tuviera una tendencia hacia el decrecimiento, pero sucede el fenómeno contrario, el cual se sustenta en las fases de la transición demográfica que afectan de manera directa el tamaño y la distribución relativa por edad de la población en este departamento (ver Figura 7).

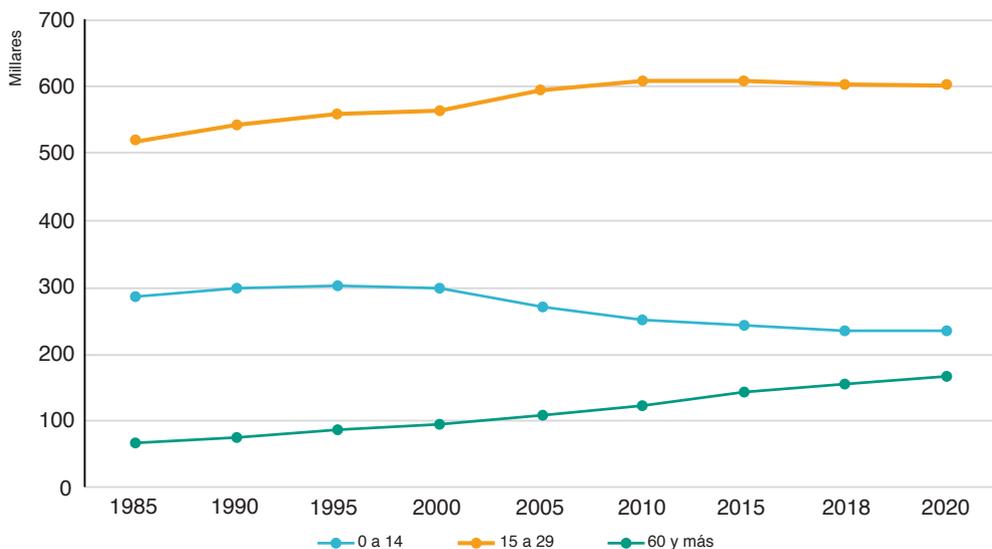
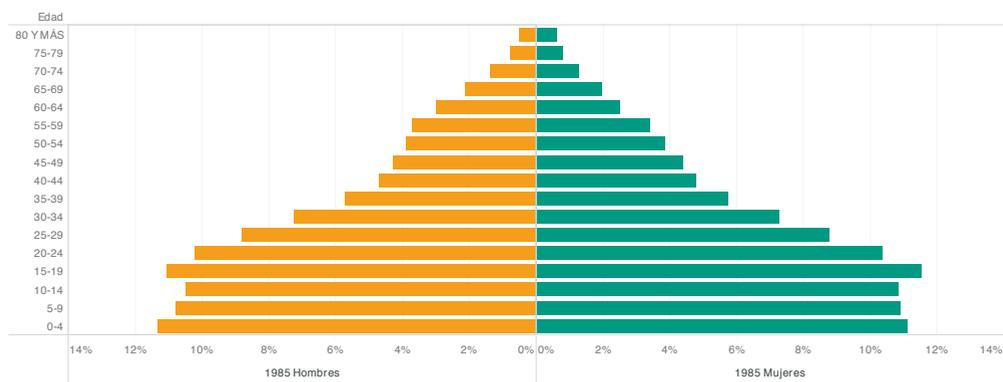


Figura 7. Evolución de la población por grupos de edad, 1985-2020.

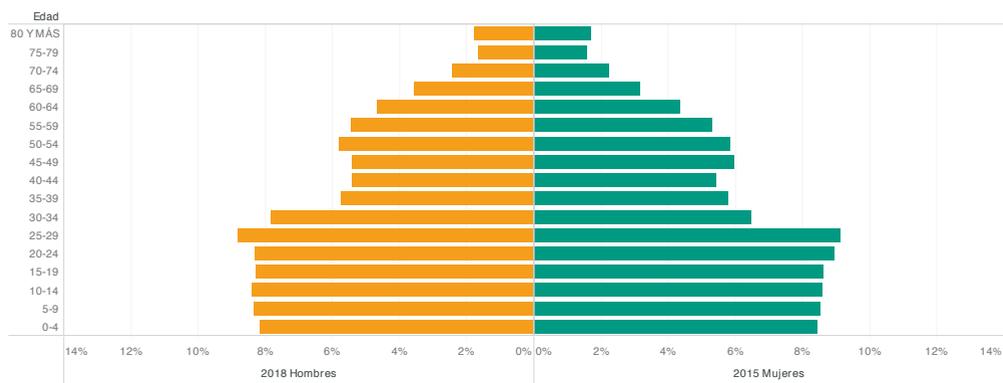
Fuente: elaboración propia a partir de DANE (2011).

Este fenómeno de la transición demográfica en Caldas se muestra en la figura 7 y se debe a la desaceleración en el crecimiento de la población como consecuencia de la disminución en el número de nacimientos. El proceso de envejecimiento demográfico en este departamento se hace más evidente a través de las pirámides poblacionales debido a la progresiva transformación que presenta este histograma.

1985



2018



2020

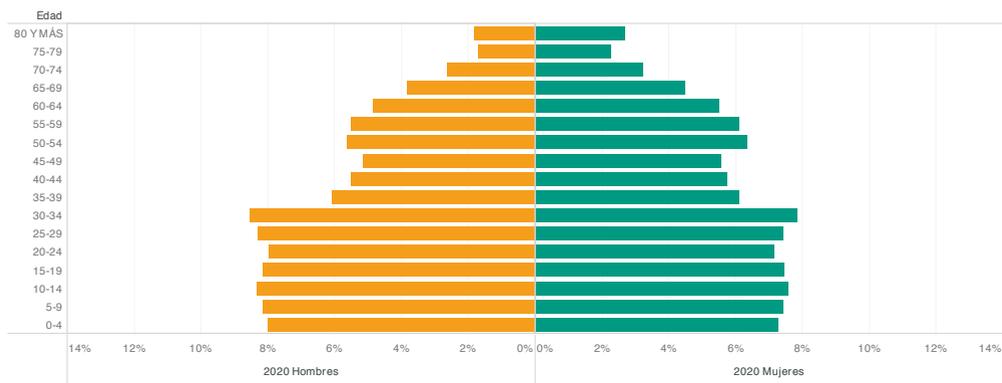


Figura 8. Pirámides poblacionales de Caldas, 1985, 2018 y 2020.

Fuente: elaboración propia a partir del DANE (2011).

En 1985 la pirámide poblacional presentaba una forma progresiva o expansiva dado que aún lograba conservar la tradicional forma piramidal propia de la primera fase de la transición demográfica, su base ancha se debía al alto número de nacimientos que se presentaron y la punta angosta como consecuencia de las defunciones de adultos mayores, estas características obedecían a una población que crecía a un ritmo rápido y tanto la natalidad como la mortalidad eran altas, lo cual permitió el crecimiento de la población.

La figura de la pirámide del año 2005 se transformó debido a las mejoras en las condiciones de vida en temas de salubridad, epidemiología y alimentación, elementos que permitieron el inicio del tránsito hacia la tercera fase de la transición demográfica debido al descenso en las tasas de natalidad y mortalidad, por consiguiente, se caracterizó por la disminución en el crecimiento de la población.

Caldas se ubicará en el 2020, de manera más marcada, en la tercera fase de la transición demográfica; la evolución de la población se corresponderá con una pirámide estacionaria debido a la disminución en el número de nacimientos y en el número de defunciones (Vejarano Alvarado y Angulo Novoa, 2015, pp. 29-30).

1.5.2. Crecimiento natural

La reducción en el tamaño de la base de las pirámides y su ensanchamiento en la punta está relacionada con la tasa de crecimiento natural o saldo vegetativo, como ya se había mencionado. Caldas en 1998 presentó una tasa de crecimiento de 12,29 % y a partir de ese año se estableció una tendencia hacia el decrecimiento; en el 2007 logró una tasa de 7,54 % y en el 2015 obtuvo la tasa más baja del país con un crecimiento de 3,91 %, estimaciones que se situaron muy por debajo de departamentos que se han ubicado en el ámbito nacional en los primeros lugares como Arauca con 21,76 % en el año 1998, en 2007 Cesar con 18,28 % y Amazonas en 2015 con el 16,47 %. A nivel nacional el comportamiento de la tasa de crecimiento natural presentó un constante decrecimiento, en 1998 la tasa de crecimiento fue de 13,92 %, en el 2007 de 11,73 % y, finalmente, en 2015 fue de 9,16 % (ver Tabla 1).

Tabla 1. Tasas de crecimiento, fecundidad y mortalidad para Caldas y a nivel Nacional en 1998, 2007 y 2015.

| Tasas | 1998 Caldas | 1998 Nacional | 2007 Caldas | 2007 Nacional | 2015 Caldas | 2015 Nacional |
|--|----------------|------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|
| Tasa de crecimiento natural o saldo vegetativo | 12,29 | 13,92 | 7,54 | 11,73 | 3,91 | 9,16 |
| Tasa global de fecundidad | 68,42 | 69,88 | 50,96 | 60,52 | 39,31 | 52,34 |

| Tasas | 1998 Caldas | 1998 Nacional | 2007 Caldas | 2007 Nacional | 2015 Caldas | 2015 Nacional |
|-----------------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|
| Tasa de mortalidad bruta | 5,90 | 4,48 | 5,98 | 4,41 | 5,94 | 4,55 |
| Tasa de mortalidad infantil | 16,62 | 19,66 | 13,39 | 15,32 | 11,72 | 10,96 |

| Fuente: elaboración propia a partir de DANE (2011) y DANE (2017).

Estas cifras evidencian la marcada tendencia hacia el decrecimiento del saldo vegetativo de la población colombiana, tendencia que se agudiza en el contexto caldense debido al comportamiento del crecimiento natural de la población en sus municipios. En 1998 Marmato fue el municipio con mayor tasa de crecimiento natural, con un crecimiento del 17,94 %, en contraposición se ubicó San José con 3,98 %; en el 2007 el primer lugar en crecimiento fue para La Dorada con 12,94 % y San José continuó en la última posición con el 3,43 % de crecimiento natural; finalmente, en 2015 Marmato volvió a ubicarse con la mayor tasa de crecimiento a nivel municipal con el 7,92 %; en La Merced el número de nacimientos igualó al número de defunciones, por consiguiente su tasa fue de 0,0 %.

Desde el 2013 en Caldas empezaron a aparecer cifras negativas en la tasa de crecimiento en municipios como Aguadas, Aranzazu, Filadelfia, Neira, Pácora, Palestina, Victoria, Villamaría y Viterbo. Tres años más tarde la lista de municipios cambió debido a que algunos consiguieron superar este margen negativo y otros, por el contrario, ingresaron. En el 2015 los municipios con crecimiento negativo fueron Anserma, Filadelfia, La Merced, Marulanda, Neira, Palestina, Pensilvania, Victoria, Villamaría y Viterbo.

1.5.3. Fecundidad

La fecundidad es una variable que incide en el crecimiento de la población. En el caso colombiano, desde 1965 se inició un proceso de decrecimiento en el número de nacimientos debido a la aparición de La Asociación Pro-Bienestar de la Familia, PROFAMILIA, institución privada, cuyo objetivo era informar y facilitar el acceso de la población a los métodos anticonceptivos, hecho que permitió la posibilidad de decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos (PROFAMILIA, 1991). Variables adicionales como el acceso a servicios de salud, el nivel educativo de la mujer, ubicación geográfica, el tipo de zona, urbana o rural, también fueron elementos determinantes en dicho decrecimiento.

En este sentido, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada cada cinco años desde 1990 hasta el 2015 confirma la influencia de dichas variables en el crecimiento poblacional. En la última, cerca del 100 % de las mujeres encuestadas tenían conocimiento de que la fecundidad podía regularse, acompañado de un conocimiento universal, por lo menos básico o elemental, con relación a la planificación familiar. Por tanto, el uso de métodos anticonceptivos en el país dejó de ser de uso exclusivo de las mujeres con altos ingresos económicos y pasó a ser utilizado por mujeres de zonas urbanas, rurales, con altos y bajos niveles de educación. Pese a esto, la mayor cantidad de hijos se presentaba en mujeres de zonas rurales y en mujeres con menores niveles de educación, tal y como lo demuestra la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1990 donde se estimaba que las mujeres sin ninguna educación tendrían en promedio casi cinco hijos al final de su periodo reproductivo, mientras que las mujeres con educación superior tendrían 1,6 hijos en promedio (PROFAMILIA, 1991). Esta revolución de la mujer frente al acceso a servicios de salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva y la planificación familiar, hizo que Colombia, junto a Brasil, estuviese a la cabeza en el uso de métodos anticonceptivos en América Latina en el año 2000 (PROFAMILIA, 2000).

Así, la tasa global de fecundidad sustenta la disminución en la base de la pirámide poblacional suscitada por la tendencia hacia el decrecimiento que se estableció a nivel nacional, departamental y municipal, como consecuencia de la disminución en el número de nacimientos en relación con la población de mujeres en edad fértil. Los siguientes departamentos puntuaron las estimaciones a nivel nacional: en 1998 Arauca tuvo 105 nacimientos por cada mil mujeres, Cesar en 2007 presentó 85 nacimientos y para el año 2015 Amazonas y Cesar puntuaron las estimaciones con 78 nacimientos por cada mil mujeres en edades fértiles. Para Colombia la tasa global de fecundidad en el año 1998 fue de 70 nacimientos, en 2007 fue de 61 nacimientos y en 2015 de 52 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 49 años de edad.

Caldas en 1998 presentó una tasa global de fecundidad de 68 nacimientos por cada mil mujeres entre los 15 y los 49 años de edad, periodo considerado como fértil en las mujeres; para el 2007 los nacimientos por cada mil mujeres en edades fértiles se redujeron a 51; en el 2015 la cifra continuó enmarcada en esta tendencia y se estableció en 39 nacimientos por cada mil mujeres en edades fértiles, siendo el departamento con la menor tasa global de fecundidad del país (ver Tabla 1).

Los municipios caldenses presentaron comportamientos heterogéneos frente a la tasa global de fecundidad, en lo que corresponde a las estimaciones nacionales y departamentales de Caldas. No obstante, se hizo notorio el decrecimiento en el número de nacimientos tal y como sucede en todo el ámbito nacional. Los municipios de Risaralda y Marquetalia en 1998 sobrepasaron las previsiones a nivel nacional y departamental de Caldas con 96 nacimientos por cada mil mujeres en edades fértiles; por su parte, San José presentó 24 nacimientos en ese mismo periodo; para el 2007 La Dorada puntuó los cálculos a nivel municipal con 71 nacimientos y San José estuvo en la última posición con 31 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil; en 2015 La Dorada continuó en el primer lugar con 59 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 49 años de edad y Filadelfia obtuvo la menor tasa global de fecundidad con 27 nacimientos.

Estas cifras permiten visualizar el envejecimiento demográfico de la población a través de la importante disminución que sufrió la tasa global de fecundidad en Caldas en los últimos años. En términos de renovación natural de la población, el departamento va perdiendo esta capacidad en comparación con otros puntos de referencia a nivel departamental y nacional, como resultado del gran impacto de la revolución femenina en lo que corresponde al acceso a servicios de salud, educación, acceso a los métodos de planificación familiar y toma de decisiones reproductivas.

1.5.4. Mortalidad

La *tasa de mortalidad bruta*, cuya disminución explica el ensanchamiento en la punta de la pirámide, en Caldas se pasó de 5,90 defunciones por cada mil habitantes en 1998 a 5,98 en 2007 y 5,94 defunciones en el año 2015. En 1998 el departamento de Caldas tuvo la tasa bruta de mortalidad más alta del país, la segunda tasa más alta en 2007, año en el cual el primer lugar fue para el departamento del Quindío con 6,03 defunciones por cada mil habitantes; en 2015 Quindío continuó presentando la tasa más alta con 6,39 defunciones por cada mil habitantes. En Colombia, la tasa bruta de mortalidad en 1998 fue de 4,48 defunciones por cada mil habitantes, en 2007 fue de 4,41 y en el año 2015 fue de 4,55 defunciones (ver Tabla 1).

El municipio de Viterbo en 1998 tuvo la mayor tasa de mortalidad con 8,87 defunciones por cada mil habitantes, la menor tasa la presentó San José con 2,56 defunciones; Aranzazu en 2007 tuvo una tasa de 8,53 defunciones por cada mil habitantes; San José continuó presentando la menor tasa, pese a su aumento con respecto a 1998, con 4,09 defunciones. Finalmente, en 2015 La Merced superó las estimaciones en el ámbito nacional y departamental al presentar una tasa de mortalidad bruta con 9,80 defunciones por cada mil habitantes, mientras que la tasa de mortalidad más baja en Caldas la obtuvo Pensilvania con 3,98 defunciones por cada mil habitantes.

Estas dinámicas de mortalidad en Caldas contribuyen a la fase de transición demográfica que atraviesa el departamento, debido a que su variación es interdependiente de la transición epidemiológica. El decrecimiento en las tasas de mortalidad se debe a una mejora en las condiciones sanitarias y de salubridad en términos de proliferación de enfermedades transmisibles, hecho que deviene en el surgimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Situaciones contextuales en Colombia y específicamente en Caldas, acerca del desarrollo histórico de la violencia, impiden advertir mediante la tasa de mortalidad bruta el descenso de muertes a causa de enfermedades transmisibles debido a la fuerte incidencia de las muertes violentas. Sin embargo, al analizar las principales causas de defunción en el departamento sí es posible advertir la fase de transición epidemiológica y demográfica que sustentan el envejecimiento poblacional del departamento.

A partir de la clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, que agrupa en la Lista 6/67 – CIE-10 las causas de defunción de la población, se hizo el análisis de la mortalidad en Caldas. Esta clasificación se propuso para el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad a nivel mundial en diferentes épocas (Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud, 1993).

En la Figura 9 se muestra que en Caldas las enfermedades isquémicas del corazón fueron la principal causa de defunción con el 14,86 % en 1988; en 2005 el porcentaje fue de 19,07 y en 2015 aumentó a 20,08 %. Los homicidios en el año 1998 representaron el 13,88 % de las defunciones en el departamento, en el 2007 continuaron siendo la segunda causa de defunción con el 8,03 %; en 2015 pasó a ocupar el quinto lugar con el 3,77 %. Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias durante 1998 y 2007 fueron la tercera causa de defunción con el 7,27 % y 7,15 %; en el 2015 ascendieron una posición en el ámbito departamental con el 7,53 %. Así, estas causas de mortalidad de la población caldense en las últimas dos décadas hacen evidente el papel del contexto en las variaciones de la tasa de mortalidad debido a la violencia y muestran la

transición epidemiológica que implica la mayor presencia de enfermedades crónicas no transmisibles sobre las transmisibles.

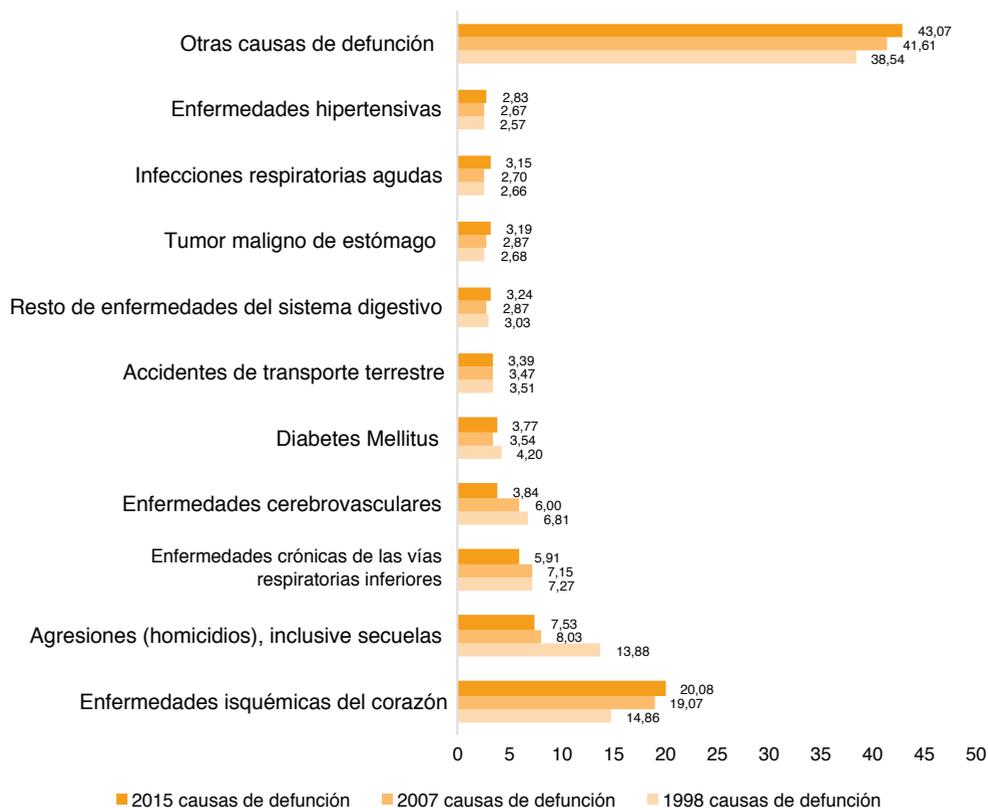


Figura 9. Principales causas de defunción en Caldas para 2015, 2007 y 1998.

Fuente: elaboración propia a partir de DANE (2017).

En el caso de la tasas de mortalidad infantil, se tiene que en Colombia hay una tendencia al decrecimiento desde la década de los 90 (PROFAMILIA y MINSALUD, 2015, p. 71), afectando de manera positiva la base de la pirámide poblacional a nivel nacional, esto impidió que la reducción de esta base fuera más dramática. Junto a la tasa global de fecundidad, la reducción en la mortalidad infantil también se consiguió gracias al acceso a servicios de salud, tanto de la madre como del hijo y fue por medio de controles a las gestantes, los neonatos e infantes, que se lograron reducir las defunciones neonatales, infantiles, post-infantiles y en la niñez. Variables como la ubicación geográfica o el tipo de zona, establecieron patrones en los cuales la tasa de mortalidad infantil llegó a ser 1,7 veces mayor en zonas rurales que en zonas urbanas (PROFAMILIA & MINSALUD, 2015, p. 249). La educación de la mujer también afecta la mortalidad infantil, en el 2015 por cada mil nacimientos en mujeres sin educación se presentaron 51 defunciones en menores de un año, mientras que en mujeres con educación superior fueron 11 defunciones (PROFAMILIA & MINSALUD, 2015, p. 250).

En el caso del departamento de Caldas, el comportamiento de la tasa de mortalidad infantil se enmarcó en una tendencia hacia el decrecimiento. Entre los años 1998 y 2007 se logró un significativo descenso al pasar de 17 defunciones de menores de un año por cada mil nacimientos a 13 defunciones; para el 2015 las defunciones de menores de un año fueron 12 (ver Tabla 1), cifra que requiere la atención estatal para dar continuidad a campañas lideradas desde el sector salud, con el fin de aunar esfuerzos en pro de la disminución de la mortalidad infantil en el departamento. Las regiones de la Orinoquía y la Amazonía en los periodos de tiempo analizados presentaron las mayores tasas de mortalidad infantil; Vichada en 1998 tuvo 57 defunciones de menores de un año por cada mil nacimientos y en el 2007 fueron 40 defunciones; Guainía en 2015 tuvo 30 defunciones de menores de un año por cada mil nacimientos. Estas cifras llegaban casi a triplicar la media nacional, dado que entre 1998 y 2007 Colombia pasó de 20 defunciones de menores de un año por cada mil nacimientos a 15 y para 2015 fueron 11 defunciones en menores de un año por cada mil nacimientos.

Con todo, Caldas presentó en el 2015 la tercera tasa de mortalidad más alta del país. Los primeros lugares los ocuparon Quindío con 6,41 defunciones por cada 1000 habitantes y Risaralda con 6,28. El comportamiento de la tasa de mortalidad infantil en los municipios caldenses fue fluctuante con aumento en algunos municipios y disminuciones en otros; por ejemplo, en 1998 Marulanda tuvo la mayor tasa con 50 defunciones, mientras que Filadelfia, Norcasia y San José presentaron cero defunciones; en el 2007 San José pasó a presentar la mayor tasa con 53 defunciones de menores de un año por cada mil nacimientos, mientras que para La Merced la tasa se ubicó en cero defunciones. Nuevamente en 2015 Norcasia, un municipio que antes presentó una tasa de mortalidad infantil de cero, pasó a tener la mayor tasa del departamento con 97 defunciones por cada mil nacimientos; en contraposición, en Filadelfia, Marmato, San José y Victoria la tasa de mortalidad fue de cero defunciones de menores de un año por cada mil nacimientos.

1.5.5. Distribución relativa por edad

La distribución relativa por edad sustenta el progresivo aumento de los mayores de 60 años en la población caldense. En 1985 el 7,45 % de la población superaba los 60 años de edad, distribución relativa que aumentó para el 2005 y se situó en 11,05 %; se espera que para el 2020 el 16,50 % de los caldenses sea mayor de 60 años, porcentaje que lo posicionará como el departamento con la distribución relativa por edad más alta del país, además de superar las estimaciones a nivel nacional como consecuencia del incremento del 121,47 % de la distribución relativa por edad. En 1985 el porcentaje de adultos mayores en los departamentos de Cundinamarca y Tolima fue 8,59 %, dos décadas más tarde Boyacá tuvo la distribución relativa por edad más alta con el 11,47 %. La población de adultos mayores a nivel nacional fue del 6,95 % en 1985, mientras que para el 2005 fue 8,90 % y para el 2020 el porcentaje será de 12,65 %, lo cual representará un crecimiento del 82 % para este grupo etario (ver Tabla 2).

Tabla 2. Indicadores demográficos para Caldas y a nivel nacional en 1985, 2005 y 2020.

| Indicadores | 1985 Caldas | 1985 Nacional | 2005 Caldas | 2005 Nacional | 2020 Caldas | 2020 Nacional |
|---------------------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|
| Distribución relativa por edad | 7,45 | 6,95 | 11,05 | 8,90 | 16,50 | 12,65 |
| Relación de dependencia general | 67,11 | 77,56 | 63,40 | 66,41 | 66,21 | 61,40 |
| Relación de dependencia menores | 54,66 | 65,21 | 45,35 | 51,61 | 38,79 | 40,99 |
| Relación de dependencia mayores | 12,45 | 12,35 | 18,05 | 14,80 | 27,43 | 20,42 |
| Índice de envejecimiento | 22,78 | 18,94 | 39,80 | 28,69 | 70,71 | 49,82 |
| Índice de sobre-envejecimiento | 8,30 | 8,94 | 12,57 | 15,12 | 15,84 | 14,20 |

| Fuente: elaboración propia a partir de DANE (2011).

En cuanto a los municipios de Caldas se identifica que Pácora tuvo la distribución relativa por edad más alta en 1985 con 9,53% y la más baja fue para Manzanares con 4,91 %; en 2005 en Riosucio el 14,86 % de la población superaba los 60 años de edad y Marmato presentó el menor porcentaje de mayores de 60 años con 7,59 %; la distribución relativa por edad de Anserma en el 2020 estará cercana a duplicar las estimaciones nacionales y tomará gran distancia de las departamentales, lo cual indica que será el municipio con mayor distribución relativa por edad con 23,02 %, mientras que Pácora tendrá la menor cantidad de mayores de 60 respecto al total de la población con 7,92 %.

1.5.6. Relación de dependencia

La relación de *dependencia general* en el departamento de Caldas no ha sufrido mayores cambios durante las últimas tres décadas: en 1985 había 67 personas potencialmente dependientes por cada 100 personas en edades potencialmente activas; en el 2005 fueron 63 personas y para el 2020 se estima que lleguen a ser 66 personas. Estos cambios demográficos impactan la economía, lo que significaría para Caldas un bono demográfico que se caracteriza por representar menor soporte para la población dependiente y el aumento en la posibilidad de acumulación de capital y crecimiento económico.

En cuanto a la *relación de dependencia de los menores* de quince años sí se evidencia la tendencia hacia el decrecimiento, debido a que hubo 55 personas menores dependientes en 1985, en 2005 fueron 45 menores potencialmente dependientes y se espera que para el 2020 la cifra se sitúe en 39 menores dependientes. Por su parte, la *relación de dependencia de los mayores* de 60 años presentará una tendencia hacia el crecimiento: en 1985 hubo 12 mayores de 60 años potencialmente dependientes por cada 100 personas en edades productivas, mientras que en 2005 fueron 18 y se estima que para el 2020 habrá 27 personas mayores de 60 años potencialmente dependientes, llegando a ser la relación de dependencia de mayores más alta del país.

En el ámbito nacional el departamento del Putumayo presenta la mayor relación de dependencia general en 1985 con 104 personas dependientes; en 2005 fue Vichada con 96 y en 2020 continuará en primer lugar con 84 personas en edades potencialmente dependientes por cada 100 personas en edades económicamente activas. La relación de dependencia de menores más alta del país en 1985 fue para Putumayo con 92 menores en edades potencialmente improductivas por cada 100 adultos en edades potencialmente productivas; en 2005 el primer lugar fue para Vichada con 85 menores, departamento que para el año 2020 continuará con la mayor relación de dependencia de menores con 69. La evolución de la relación de dependencia de mayores de 60 años posicionó a Boyacá en los años 1985 y 2005 como el departamento con mayor relación

de dependencia, con 15 y 20 mayores de 60 años potencialmente inactivos por cada 100 personas en edades potencialmente activas, respectivamente; la mayor relación de dependencia en el año 2020 será para Caldas con 27 mayores de 60 años.

En 1985 por cada 100 personas en edades económicamente activas, el país tuvo 77 personas en edades potencialmente dependientes, de las cuales 65 eran menores de 15 años y 12 mayores de 60 años. En 2005 la relación de dependencia general fue de 67 personas potencialmente inactivas por cada 100 personas en edades potencialmente activas, 52 eran menores y 15 mayores de 60 años. En el 2020 serán 41 menores de 15 años por cada 100 personas en edades potencialmente activas, 20 serán mayores de 60 años; asimismo, la relación de dependencia general está en 61 personas en edades inactivas por cada 100 en edades activas.

Al analizar los municipios del departamento de Caldas se encontró que la relación de dependencia general más alta en 1985 fue para Samaná con 85 personas en edades potencialmente dependientes por cada 100 personas en edades potencialmente activas; en contraposición, Manizales obtuvo la relación más baja con 58. En 2005 Norcasia y Pácora presentaron la mayor relación de dependencia con 79 personas. Por su parte, en Manizales por cada 100 personas en edades económicamente activas, 54 eran dependientes. Para el 2020 se estima que sean 88 las personas dependientes en Anserma y 58 en Manizales.

La relación de dependencia de menores en los municipios caldenses también decreció: en Samaná en el año 1985 por cada 100 personas en edades económicamente activas se tenían 73 menores dependientes, mientras que en Manizales eran 46 menores para el mismo año; en Norcasia en 2005 eran 64 menores y en Manizales se presentó la menor relación con 36. Finalmente, se espera que en el 2020 en el municipio de Pácora se presenten 65 menores en edades económicamente improproductivas por cada 100 personas en edades económicamente productivas, mientras Manizales continuará con la menor relación de dependencia con 30 menores.

En correspondencia con este decrecimiento en la relación de dependencia de menores, la dependencia de mayores en los municipios caldenses aumentó de manera considerable: en 1985 en Riosucio había 16 mayores de 60 años económicamente dependientes por cada 100 personas en edades potencialmente independientes, la menor relación se presentó en Manzanares con ocho adultos mayores; en 2005 Riosucio continuó punteando las cifras de la relación de dependencia de mayores con 26, mientras en Marmato se presentó la menor cifra con 13 adultos mayores; Anserma en 2020 estará próximo a triplicar las estimaciones iniciales que se presentaron en los municipios caldenses a mediados de la década de los 80 con 43 adultos mayores en edades económicamente improductivas por cada 100 personas en edades económicamente productivas, Pácora presentará la menor relación con 14.

1.5.7. Índice de envejecimiento

El índice de envejecimiento en Caldas en 1985 fue de 23 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, mientras que en 2005 este índice pasó a ser de 40; por otra parte, se espera que en 2020 llegarán a ser 71 mayores de 60 años por cada 100 menores. En estas tres décadas el índice de envejecimiento presentará un aumento del 210,40 %, lo que lo situará como el departamento con mayor índice de envejecimiento del país en el 2020. Cabe mencionar que desde el 2004 ha sido el departamento con mayor índice a nivel nacional, aunque en 1985 fue Cundinamarca el que tuvo el mayor índice de envejecimiento del país con 25 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, en 2007 el primer lugar lo tuvo Caldas y se espera que para el 2020 continúe en esta posición. El índice para Colombia en 1985 fue de 19 personas mayores de 60 años por cada 100 personas entre 0 y 14 años, en el 2005 pasó a ser 29 y para el 2020 la cifra aumentará hasta 50 personas mayores de 60 años.

En el ámbito municipal, en 1985 el mayor índice lo presentó Pácora con 31 adultos mayores, en 2005 Riosucio con 53 y en 2020 Anserma alcanzará los 97 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años; los menores índices de envejecimiento durante los periodos de tiempo anteriormente mencionados

fueron para Manzanares con 14, Marmato con 22 y Pácora con 22, respectivamente. Resulta llamativo que otros municipios para el año 2020 tengan cifras similares a las de Anserma, como Manizales que por cada 100 menores tendrá 91 adultos mayores y Riosucio por cada 100 menores tendrá 82 adultos mayores, por consiguiente, estarán próximos a igualar o superar la cantidad de población menor de 15 años (ver Figura 10).

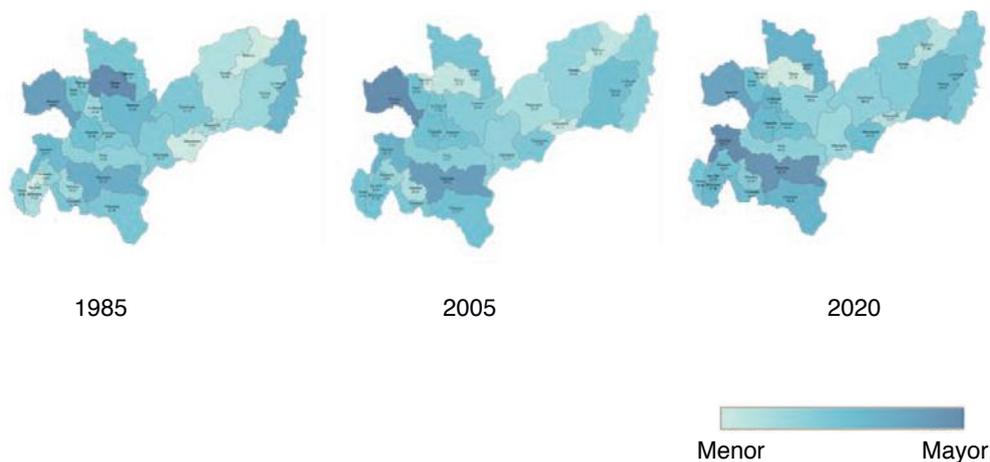


Figura 10. Índice de envejecimiento por cada municipio Caldas para 1985, 2005 y 2020. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de DANE (2011). Realizado en Tableau con cartografía libre del DANE.

En cuanto al índice *de sobre-envejecimiento* de la población en el departamento de Caldas se encuentra que en 1985 fue de 8 personas mayores de 80 años por cada 100 personas entre 60 y 79 años; en 2005 fueron 15 mayores de 80 años y para el 2020 serán 16 personas mayores de 80 años. En 1985 en el departamento del Meta por cada 100 personas entre 60 y 79 años 15 eran mayores de 80; en 2005 la cifra para Sucre fue de 18 y en 2020 Boyacá será el departamento con mayor índice de sobre-envejecimiento con 19 mayores de 80 años por cada 100 personas

entre 60 y 79 años. En el territorio nacional en 1985 fueron 9 personas mayores de 80 años por cada 100 adultos mayores entre 60 y 79 años y 15 en el 2005, mientras que para el 2020 se estima que serán 14 adultos mayores de 80 años.

Para los municipios del departamento de Caldas se tiene que los de mayor índice de sobre-envejecimiento en las últimas tres décadas son: Villamaría en 1985 con 14 mayores de 80, Supía en 2005 con 18 y Riosucio con 20 mayores de 80 años para el año 2020.

1.5.8. Anserma y sus particularidades

El municipio de Anserma presenta unas características diferenciales que merecen un análisis particular en este capítulo. Se observa una paulatina pérdida de la capacidad de renovación de la población a medida que los mayores de 60 años llegarán a superar a los menores entre 0 y 14 años, desde el 2014 presenta la distribución relativa por edad más alta del departamento y desde el 2016 tiene la mayor relación de dependencia general, además, desde el 2012 cuenta con la mayor relación de dependencia de adultos mayores y, a partir del 2013, el índice de envejecimiento más alto del departamento.

La población de Anserma ha decrecido en las últimas décadas, en 1985 hubo 36.084 habitantes, en el 2005 el municipio pasó a tener 35.097 y para el 2020 se espera que el tamaño de su población sea de 33.146. Esta reducción en 8,86 % de la población en las últimas tres décadas permite lanzar una hipótesis sobre la posible influencia de los procesos migratorios, el desplazamiento forzado, la violencia, las decisiones reproductivas y la disminución de la natalidad como posibles causas de la notoria transición demográfica que se evidencia en el municipio a través del elevado índice de envejecimiento, en su distribución relativa por edad y en la relación de dependencia.

Tabla 3. Tasas e indicadores demográficos del municipio de Anserma para 1985, 1998, 2005, 2007 y 2020.

| Tasas | 1998 | 2007 | 2015 | Indicadores | 1985 | 2005 | 2020 |
|--|-------|-------|-------|---------------------------------|-------|-------|-------|
| Tasa de crecimiento natural o saldo vegetativo | 12,71 | 8,55 | 2,57 | Distribución relativa por edad | 8,29 | 12,40 | 23,02 |
| Tasa global de fecundidad | 76,93 | 60,98 | 41,49 | Relación de dependencia General | 75,92 | 71,36 | 88,15 |
| Tasa de mortalidad bruta | 6,45 | 6,31 | 6,69 | Relación de dependencia menores | 61,33 | 50,11 | 44,84 |
| Tasa de mortalidad infantil | 20,6 | 5,8 | 12,8 | Relación de dependencia Mayores | 14,58 | 21,24 | 43,30 |
| | | | | Índice de envejecimiento | 23,77 | 42,39 | 96,57 |
| | | | | Índice de sobre-envejecimiento | 5,65 | 16,03 | 18,70 |

| Fuente: elaboración propia a partir de DANE (2011) y DANE (2017).

En la Tabla 3 se muestra que la *tasa de crecimiento natural* en el municipio disminuyó 10 puntos porcentuales en un periodo de 18 años al pasar de un crecimiento de 12,71 % en 1998 a 8,55 % en 2007 y 2,57 % en 2015. El decrecimiento en la *tasa global de fecundidad* es consecuente con el comportamiento del crecimiento natural, el acceso a servicios de salud, el nivel educativo de la mujer, el uso de métodos anticonceptivos y la planificación familiar; por cada mil mujeres en edad fértil en 1998 se presentaron 77 nacimientos, en 2007 fueron 61 nacimientos y en 2015 fueron 41 nacimientos.

Las variables que tienen incidencia en la tasa global de fecundidad también lo hacen en la *tasa de mortalidad infantil*. Pese a esto, en el municipio no se evidencia una tendencia definida frente al comportamiento de las defunciones de los infantes: en 1998 por cada mil nacimientos se presentaron 21 defunciones de menores de un año, en 2007 fueron 6 defunciones y en 2015 las defunciones de menores de un año fueron 13. La *tasa de mortalidad bruta* entre 1998 y 2015 se estableció en un rango de 6 a 7 defunciones por cada mil habitantes.

Se pueden mencionar otros factores que inciden en el envejecimiento demográfico del Municipio de Anserma como la violencia, el desplazamiento y la migración. Debido al fuerte impacto del accionar de grupos armados al margen de la ley en esa zona del departamento como el bloque de Autodefensas Cacique Pipintá y el bloque Héroes de Guática que fungían como sicarios al servicio de los pequeños capos del narcotráfico que lograron controlar hasta el sector político de la zona. Además, el frente Aurelio Rodríguez de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) fue responsable de 13 atentados a bienes civiles, destrucción de un puente sobre el río Cauca en la vía al municipio de Neira y de emboscadas al Ejército y a la Policía; también a la disidencia del Ejército Popular de Liberación circunscrita a Anserma se le atribuyó el 20 % de los secuestros y extorsiones (Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2006).

Con base en el Registro Único de Víctimas, hasta mayo del 2018 en Anserma se habían registrado 6.180 víctimas directas o indirectas del conflicto armado, de las cuales 66,73 % fueron desplazados, 25,18 % víctimas de homicidio, 25,71 % víctimas directas y 74,29 % indirectas. El 4,61 % de las víctimas registradas sufrieron amenazas, la desaparición forzada fue 1,67 % desagregado en 25,24 % en víctimas directas y 74,76 % víctimas indirectas; el 0,70 % fueron secuestros con 93,02 % de víctimas directas y 6,98 % de víctimas indirectas. El 1,12 % restante se debió siete hechos victimizantes más: pérdida de bienes inmuebles o muebles 0,40 %; acto terrorista, atentados, combates, hostigamientos 0,26 %; delitos contra la libertad y la integridad sexual 0,23 %; vinculación de niños, niñas y adolescentes 0,13 %; tortura 0,05 %; lesiones personales físicas 0,03 %;

lesiones personales psicológicas con el 0,02 % (Registro Único de Víctimas, 2018) (ver figura 11).

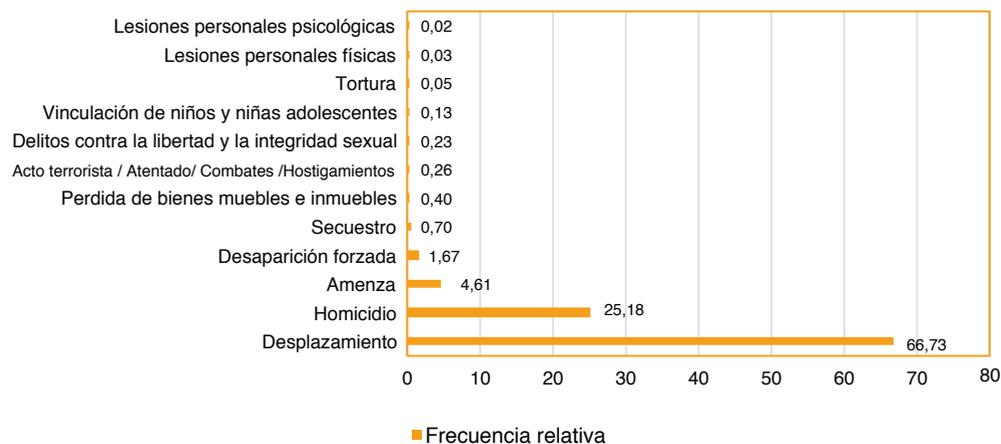


Figura 11. Hechos victimizantes en Anserma hasta mayo del 2018.

Fuente: Elaboración propia a partir del Registro Único de Víctimas (2018).

Ahora bien, la migración es un proceso demográfico de recomposición de la población, por consiguiente, también es considerado como una de las posibles causas del envejecimiento demográfico. Según el censo poblacional realizado en el 2005, el 7,3 % del total de los hogares en Anserma tenía experiencia emigratoria internacional, del total de personas residentes de forma permanente en el exterior 60,7 % se encontraban en España, 13,6 % en Estados Unidos y 1,1 % en Venezuela (DANE, 2006) (ver Figura 12).

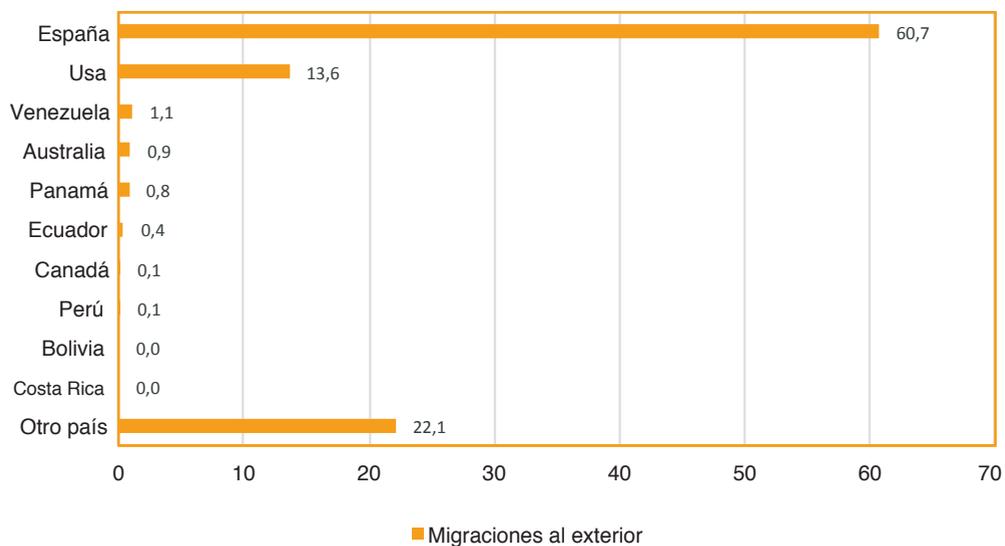


Figura 12. Migraciones al exterior de la población del municipio Anserma para el 2005.
Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2006).

Finalmente, hay que destacar que Anserma pertenece a la región del Paisaje Cultural Cafetero en donde se presentan tendencias migratorias que siguen un patrón de concentración hacia núcleos urbanos donde están las ciudades más grandes y mejor interconectadas. En términos departamentales, en Caldas la migración deja un saldo acelerado de descongestión poblacional, los reasentamientos en la misma región son del 33 % y se concentran en Manizales y Villamaría con 7,9 % y 7,6 %, respectivamente; Pereira y Dosquebradas con 13,3 %, destino elegido especialmente por los habitantes de municipios del occidente caldense. Con todo y teniendo en cuenta el análisis expuesto, se puede considerar al municipio de Anserma como *perdedor* de población (Castro-Escobar, 2016).

1.6. Consideraciones finales

El análisis del fenómeno social del envejecimiento demográfico en el contexto nacional cada vez toma más fuerza debido a las implicaciones sociales, culturales, políticas, económicas, institucionales y familiares que conlleva a una transformación demográfica que trastoca el crecimiento de la población y la estructura etaria de la misma, debido a la disminución en la natalidad y la mortalidad, dinámicas poblacionales que requieren total atención por parte del gobierno nacional, de instituciones públicas y privadas debido a la afectación que este fenómeno tiene en el sector de la salud, la educación, el empleo, en el entorno social, familiar y comunitario, en la infraestructura tanto urbana como rural, seguridad y desarrollo social, con el agravante de que la población envejece en medio de condiciones de pobreza, marginación, desigualdad e inequidad (Curcio Borrero, Gómez Montes & Osorio García, 2018).

Colombia atraviesa la tercera fase de la Transición Demográfica denominada *fase de plena transición* que, según los planteamientos de Martínez, Rodríguez y Miguel (1992), se debe a un descenso en las tasas de natalidad y mortalidad, lo cual implica una disminución en el crecimiento de la población. El análisis del comportamiento demográfico de la población caldense permite evidenciar cómo en las últimas tres décadas se desarrollaron las condiciones propicias para que se diera el paso de la segunda fase de transición demográfica hacia la tercera. No obstante, la dinámica poblacional muestra cifras que incluso superan las estimaciones nacionales y departamentales.

En este sentido, el departamento de Caldas será para el año 2020 el departamento menos joven de Colombia y en el 2020 se encontrará en la tercera fase caracterizada por la desaceleración en el crecimiento de la población como consecuencia de la disminución en la tasa de natalidad, es evidente una tendencia hacia el decrecimiento en las tasas de crecimiento natural. A su vez, el departamento ha mantenido por 9 años consecutivos la mayor distribución relativa por edad del país y ha presentado durante 6 años la más alta relación de dependencia de adultos mayores, es decir, que durante 16 años

consecutivos tenga el mayor índice de envejecimiento del país, cifras que denotan el cambio de la estructura por edades de la población. Esto se sintetiza a través del reconocimiento de Caldas como el departamento menos joven del Colombia para el año 2020.

El envejecimiento poblacional del departamento, según el cambio de la estructura por edades de la población, y específicamente el aumento relativo de la proporción de los mayores de 60 años respecto a la proporción de los menores de quince años, tiene implicaciones económicas, políticas y culturales y requieren la participación de instituciones y organismos estatales al igual que de agentes particulares para ser abordado.

En el caso de Anserma es clara la incidencia de los procesos migratorios, el desplazamiento forzado y la violencia en las dinámicas demográficas, aunado a las mencionados cambios en tasas de natalidad y mortalidad, lo cual lo convierte en el municipio menos joven de Caldas al presentar la distribución relativa por edad más alta entre los años 2014 y 2020; desde el 2016 presenta la relación de dependencia general y la relación de dependencia de adultos mayores más altas; se estima que para el 2020 presentará el índice de envejecimiento más alto y estará próximo a doblar los cálculos estimados para el ámbito nacional.

En este estudio se considera importante reconocer y potencializar la participación de los adultos mayores al interior de las sociedades, así como reflexionar acerca del futuro demográfico del país, de Caldas y de Anserma, hecho que requiere el interés de investigadores y universidades para así contribuir a la generación, defunción y aplicación de conocimientos que promuevan una visión más amable sobre el envejecimiento demográfico.

Con base en el último censo, después del Quindío, Caldas es el departamento con más envejecimiento con 67 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años, y de 96 mayores de 60 años por cada 100 menores de 15. Eso indica que cada 23 años se duplica el número de personas mayores de 60

años en Caldas. Esta realidad exige que las políticas públicas de mediano y largo plazo estén orientadas a atender de manera más eficiente a las personas mayores en la región, sobre todo en temas de salud. Una reforma pensional que considere este fenómeno también es necesaria.

Esto hay que compaginarlo con lo que pasa con los jóvenes, donde Caldas es el último departamento en índice de juventud: somos la región con menor número de jóvenes respecto a los adultos mayores. La razón sería que las personas entre los 18 y 35 años son las que más emigran hacia otras regiones en búsqueda de oportunidades laborales o educación más avanzada. Son cerca de 8.500 personas cada año. El DANE estimaba que en el periodo 2006-2018 se irían de Caldas unas 70 mil personas, pero la realidad es que emigraron 110 mil. Esa situación obliga a tomar medidas urgentes que hagan más atractiva la región para que los jóvenes se queden a desarrollar sus proyectos de vida profesionales.

Finalmente, se recomienda implementar en el departamento de Caldas mecanismos de registro de información que permitan el conocimiento sobre la realidad sociodemográfica de los adultos mayores que contribuye a la generación de sistemas de información continuos y detallados acerca de su condición de vejez. De esta manera, se podrán tomar decisiones en políticas públicas y planes de acción a nivel departamental y municipal, considerando las particularidades de cada territorio para que los tomadores de decisiones logren identificar con precisión las tendencias en las transformaciones sociales.

1.7. Glosario

| Concepto | Definición |
|--|--|
| Distribución relativa por edad | “Uno de los indicadores clásicos del proceso de envejecimiento demográfico es el porcentaje que representa la población de 60 años o más respecto del total de la población” (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015, p. 47). |
| Evolución de la población | Es el tamaño de la población en los ámbitos de estudio. |
| Evolución de la población por grupos de edad | Es el tamaño de la población por grupos de edad de 0 a 14 años, 15 a 59 años y de 60 años y más. |
| Índice de envejecimiento | Determina la capacidad de renovación de una población a medida que el volumen de la población de 60 años o más supere a la población de menores de 15 años. (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015). |
| Índice de sobre-envejecimiento | Es la relación entre la población mayor de 80 años y la población mayor de 60 años. |
| Pirámide poblacional | La pirámide de población no es más que una figura, donde se representan los datos estadísticos de la población clasificados por sexo y edad que permite las comparaciones entre territorios en el tiempo y una fácil y rápida percepción de los fenómenos demográficos que afectan o no a esa población (Rodríguez Cabrera, Álvarez Vázquez & Castañeda Abasca, 2007). |
| Relación de dependencia | “Es la medida comúnmente utilizada para medir la necesidad potencial de soporte social de la población en edades inactivas” (CEPAL, 2015, p. 137). Mide la población en edades inactivas en relación a la población en edades económicamente activas. Se puede calcular de manera general (RDG) o específica para menores de 15 (RDm) o mayores de 60 años (RDM) (INE. Instituto Nacional de Estadística, 2017). |

| Concepto | Definición |
|--|--|
| Tasa de crecimiento natural o saldo vegetativo | Se define como el incremento en el número de habitantes de un determinado ámbito de estudio sin incluir la influencia de la migración, siendo la diferencia entre el número de nacimientos y el de defunciones presentadas en la población (INE. Instituto Nacional de Estadística, 2017). |
| Tasa de mortalidad | Permite calcular el número de defunciones a lo largo de un periodo determinado por cada mil habitantes. Se puede realizar el cálculo sobre el total de defunciones y se denomina Mortalidad Bruta (TMB). El cálculo realizado sobre las defunciones en menores de un año de edad es denominado Mortalidad Infantil (TMI) y “es la probabilidad que tiene un recién nacido de morir antes de cumplir un año de vida” (CEPAL, 2015, p. 137; INE. Instituto Nacional de Estadística, 2017). |
| Tasa global de fecundidad | Alude al total de nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 49 años de edad (INE. Instituto Nacional de Estadística, 2017). |

1.8. Referencias bibliográficas

- Bayarre, H. V., Pérez, J. P. y Menéndez, J. J. (2006). Las transiciones demográficas y epidemiológicas y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. *GEROINFO. Publicación de gerontología y geriatría*, 1 (3), 1-34.
- Castrejón Caballero, J. L. (2014). Condiciones de vida y salud de la población mexicana adulta mayor: desigualdades por edad, etnicidad y género. En V. Montes de Oca. y B. Hernández Alanís. (Ed.), *Vejez, salud y sociedad en México. Aproximaciones disciplinarias desde perspectivas cuantitativas y cualitativas* (pp. 33-56). Ciudad de México, México: Editorial Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castro Escobar, E. (2016). Configuración de la migración interna en la región del Paisaje Cultural Cafetero de Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (2), 1563 - 1585.

- CELADE - División de población de la CEPAL. (2008). *Directrices para la elaboración de módulos sobre envejecimiento en las encuestas de hogares*. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas.
- CEPAL. (2014). *Los Datos Demográficos. Alcances, limitaciones y métodos de evaluación*. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37145/S1420555_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- CEPAL. (2015). *Observatorio Demográfico de América Latina*. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40124-observatorio-demografico-americalatina-2015-proyecciones-poblacion-demografic>
- CEPAL. (2018). *Los efectos y desafíos de la transformación demográfica en América latina y el Caribe*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL.
- Curcio, C. L. (2010). Investigación y envejecimiento: del dato a la teoría. *Hacia la promoción de la salud*, 15 (1), 144-166.
- Curcio, C. L., Gómez, J. F. y Osorio, D. (2018). *Lineamientos de la política pública de envejecimiento y vejez*. Departamento de Caldas 2018 -2028. Manizales, Colombia: Universidad de Caldas.
- DANE. (2006). *Boletín. Censo General de 2005. Perfil Anserma - Caldas*. Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/17042T7T000.PDF.
- DANE. (2011). *Estimaciones de Población 1985 - 2005 y Proyecciones de Población 2005 - 2020*. Bogotá, Colombia: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
- DANE. (2014). *Encuesta Longitudinal de Protección Social -ELPS 2012*. Recuperado de <https://herramientas.datos.gov.co/es/content/encuesta-longitudinal-deproteccion-social-2012>

- DANE. (2014). *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo -ENUT- 2012-2013*. Recuperado de <https://www.datos.gov.co/Estadisticas-Nacionales/Encuesta-Nacional-de-Uso-del-Tiempo-2012-2013/5m6w-wcjh>
- DANE. (2017). *Censo General 2005*. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-general-2005-1>
- DANE. (2017). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida -ECV 2016*. Recuperado de <https://www.datos.gov.co/Estadisticas-Nacionales/Encuesta-Nacional-de-Calidad-de-Vida-2016/puwb-2n4k/data>.
- DANE. (2017). *Estadísticas Vitales -EEVV- 2015*. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/33-espanol/demograficas/estadisticas-vitales>
- DANE. (2017). *Gran Encuesta Integrada de Hogares - GEIH - 2016*. Recuperado de http://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/427/get_microdata.
- DANE. (2017). *Metodología General Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ECV 2016*. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/ECV.pdf>
- Davidson, P. R. (2016). *Primer in Theory Construction*. New York: Routledge.
- Dulcey Ruiz, E. (2013). *Envejecimiento y Vejez: Categorías y Conceptos*. Santiago de Chile, Chile: F. C. Humano, Ed.
- Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2015). *Misión Colombia Envejece: cifras, restos y recomendaciones*. Bogotá, Colombia: Fundación Saldarriaga Concha.
- Gómez Montes, J. F. y Curcio Borrero, C. L. (2014). *Salud del anciano: valoración*. Manizales, Colombia: Blanecolor.

González Rábago, Y., Martín, U., Bacigalupe, A. y Murillo, S. (2015). Envejecimiento activo en Bizkaia: situación comparada en el contexto europeo. *Zerbitzuan*, (59), 145-160.

Huenchuan, S. (Ed.). (2018). *Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el desarrollo sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL.

ICONTEC y DANE. (2017). *Norma técnica de la calidad del proceso estadístico*. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/norma-tecnica-de-lacalidad>

INE. Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Indicadores Demográficos Básicos. 40*. Recuperado de https://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia_idb.pdf

Martínez, J., Rodríguez, J. y Villa, M. (1992). *América del sur: situación demográfica y sus repercusiones (1990-2025)*. Santiago de Chile, Chile: CELADE-CEPAL.

Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional humanitario. Recuperado de http://historico.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Publicaciones/documents/2010/Estu_Regionales/caldas.pdf

Humanitario. (2006). *Dinámica reciente de la confrontación armada en Caldas*. Recuperado de <https://reliefweb.int/report/colombia/colombia-dinamicareciente-de-la-confrontación-armada-en-caldas>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (1993). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. revisión*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf>

Pabón, A. L. (2018). *Envejecimiento en Colombia y en el mundo*. Bogotá, Colombia: Departamento Nacional de Planeación (DNP).

- Panesso Cardona, L. F. (2018). *El proceso de Envejecimiento Demográfico en el departamento de Caldas 1985 – 2020* (trabajo de grado). Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.
- PROFAMILIA y MINSALUD. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Recuperado de <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/06/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-Nacional-De-Demografia-Y-Salud-ends-2015.pdf>
- PROFAMILIA. (1991). *Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud 1990*. Bogotá, Colombia: Insitute for Resource Development/Macro International, Inc.
- PROFAMILIA. (2000). *Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000*. Recuperado de <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-2000.pdf>
- PROFAMILIA. (2000). *Variables predictoras de la salud general y de la salud sexual y reproductiva de las mujeres*. Recuperado de <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/VARIABLES-predictoras-de-la-salud-general-y-de-la-saludsexual-y-reproductiva-de-las-mujeres.pdf>
- Registro Único de Víctimas. (2018). *Unidad para las víctimas*. Recuperado de <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>.
- Rodríguez Cabrera, A., Álvarez Vázquez, L. y Castañeda Abasca, I. (2007). La pirámide de población. Precisiones para su utilización. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33 (4). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/214/21433408.pdf>.
- Schuschny, A. y Soto, H. (2009). *Guía metodológica Diseño de indicadores compuestos de desarrollo sostenible*. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas.
- Tamez Valdez, B. M. y Ribeiro Ferreira, M. (2014). La solidaridad familiar hacia los adultos mayores en Monterrey, Nuevo León. En V. Montes de Oca. Y B. Hernández Alanís. (Ed.), *Vejez, salud y sociedad en México. Aproximaciones*

disciplinarias desde perspectivas cuantitativas y cualitativas (pp. 153-206). Ciudad de México, México: Editorial Universidad Nacional Autónoma de México/ Secretaría de Desarrollo Institucional

Vejarano Alvarado, F. y Angulo Novoa, A. (2015). *Vejez y Envejecimiento: Una Mirada Demográfica*. En P. Rodríguez Jiménez. y F. Vejarano Alvarado. (Eds), *Envejecer en Colombia* (pp. 25-62). Bogotá D.C., Colombia: Universidad Externado de Colombia.

1.9. Anexos

Tabla 4. Fórmulas para cálculo de las tasas y los indicadores demográficos.

| Indicador | Fórmula |
|--|--|
| Distribución relativa por edad | $DRE = (\text{Población de 60 o más} / \text{Total de la población}) * 100$ |
| Tasa de crecimiento natural o vegetativo | $TCN = (\text{Nacimientos} - \text{Defunciones}) / \text{Total de la población} * 1.000$ |
| Tasa de mortalidad bruta | $TMB = (\text{Defunciones} / \text{Población}) * 1.000$ |
| Tasa de mortalidad infantil | $TMI = (\text{Defunciones} < 1 \text{ año} / \text{Población}) * 1.000$ |
| Tasa global de fecundidad | $TGF = (\text{Nacimientos} / \text{Mujeres entre 15 -49 años}) * 1.000$ |
| Relación de dependencia general | $RDG = (<14 \text{ años} + >60 \text{ años}) / 15 \text{ a } 59 * 100$ |
| Relación de dependencia menores | $RDm = (<14 \text{ años} / 15 \text{ a } 59) * 100$ |
| Relación de dependencia mayores | $RDM = (>60 \text{ años} / 15 \text{ a } 59) * 100$ |
| Índice de envejecimiento | $IE = (>60 / <15) * 100$ |
| Índice de sobre-envejecimiento | $ISoE = (>80 / >60) * 100$ |

| Fuente: Elaboración propia

2.

Percepción de envejecimiento y vejez

Carmen-Lucía
Curcio

José
Hoover
Vanegas

Andrea
González

Carmen
Liliana
Ávila

*Empleo más tiempo y tengo menos.
Me pregunto: ¿lo lograré?
Norberto Bobbio, 1994*

2.1. Introducción

El acelerado y progresivo envejecimiento de la población es un fenómeno del cual no existen precedentes en la historia de la humanidad. Esta es una realidad cuyos significativos cambios y profundas consecuencias están afectando a todas las sociedades existentes.

Entender el envejecimiento como un proceso implica observar el curso de vida de las personas desde una perspectiva diferente a la tradicional, que divide la vida en etapas cronológicas. Asimismo, estudiar el envejecimiento implica analizar los cambios que se producen en las personas a medida que aumenta su edad, pero son los cambios, y no la edad, los que definen en última instancia las condiciones en las que se produce el fenómeno.

Parece más factible alcanzar un conocimiento útil sobre la realidad de una persona atendiendo a las experiencias por las que ha pasado y la situación en la que se encuentra en el momento de conocerla que a la cronología de su biografía. Tener, por ejemplo, 70 años, no significa nada por sí mismo, ni predice, ni explica, lo que significa envejecer. En consecuencia, para superar las limitaciones de la edad como criterio a través del cual clasificar el proceso de envejecimiento, es necesario hacer énfasis en el aspecto vivencial del fenómeno.

Por tanto, este capítulo plantea la construcción de dos conceptos: el envejecimiento y la vejez desde una perspectiva que dirige su mirada hacia la experiencia subjetiva de quienes los experimentan. Por ende, se realizaron las siguientes preguntas: ¿en qué consiste envejecer?, ¿qué significa para quienes viven ese proceso y cómo lo expresan? Por ello el material de la presente investigación está constituido por los discursos de las personas mayores y el modo de abordarlo fue el interpretativo. El capítulo cede la palabra a los adultos mayores considerados como “actores” en la medida que los extractos de las entrevistas que marcan el texto son numerosos; a su vez, las voces de las personas mayores constituyen el corazón del estudio.

El presente capítulo tiene tres apartados. En primer lugar está el marco conceptual del estudio que incluye los conceptos de envejecimiento y vejez desde una concepción gerontológica, así como los conceptos de percepción y auto-percepción de envejecimiento que sirvieron de base para estructurar la propuesta de investigación. En segundo lugar se aborda la autopercepción de envejecimiento y vejez desde la perspectiva de las personas mayores participantes del estudio para, finalmente, darle soporte a algunas consideraciones y recomendaciones de lineamientos de política pública de envejecimiento y vejez para Caldas, que se incluyen en el tercer apartado.

2.2. Marco conceptual

2.2.1. Envejecimiento y vejez

Existen numerosas definiciones del envejecimiento, según Vaillant y Mukamal (2001) el envejecimiento se debe ver desde tres dimensiones: disminución, cambio y desarrollo. La disminución se relaciona con el deterioro en la función de algunas células y órganos y con la reducción de algunos procesos físicos y psicológicos, disminución de la velocidad de procesamiento y de reacción ante los estímulos. También se debe comprender que es una época de

cambio: la apariencia física se modifica de forma progresiva y aparecen canas, arrugas y la distribución de la grasa corporal cambia; asimismo, se observan modificaciones importantes en el funcionamiento de los órganos y sistemas corporales. La vejez también debe verse como una etapa de desarrollo y madurez. Muchas personas mayores son más pacientes y tolerantes, tienen una mayor aceptación del otro y mayor experiencia que les permite ver la vida de una manera diferente, aprecian la relatividad y comprenden que el presente tiene un pasado y un futuro.

Autores como Lehr (1980), Laforest (1991) y Gómez y Curcio (2014) coinciden en tratarlo como un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres humanos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009) lo define como el

Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos que estos cambios producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales. (p. 57)

Los conceptos de envejecimiento y vejez tienen diferentes aproximaciones, entre ellas la biológica y fisiológica, la cronológica, antropológica y sociocultural. El envejecimiento biológico o físico es un proceso en el que, con el paso de los años, se presentan cambios moleculares, celulares y orgánicos que afectan las funciones de los organismos (Dulcey-Ruiz, 2013). El envejecimiento se trata, por tanto, de una categoría social con un fundamento biológico relacionada tanto con las percepciones subjetivas –lo que la persona siente– como con la edad imputada –los años que los demás le atribuyen al sujeto– (Huenchuan, 2013, p. 14). El envejecimiento cronológico se define por la edad específica, generalmente se establece que la vejez empieza a partir de los 60 o 65 años, y a menudo está relacionada con la edad que legalmente define la jubilación, es decir, con el papel social de los individuos en el mercado laboral.

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

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

Estudiar el envejecimiento implica analizar los cambios que se producen en las personas a medida que aumenta su edad, pero son los cambios, y no la edad, los que definen en última instancia las condiciones en las que se produce el fenómeno. Es más fácil conocer la realidad de una persona o grupo de personas atendiendo las experiencias por las que han pasado y la situación en la que se encuentran al momento de conocerlas que estudiando la cronología de su biografía (Imsero, 2008).

Existen dos tipos de envejecimiento: el humano y el poblacional. El primero es un proceso vital, de cambio progresivo del organismo, que tiene lugar en todos los individuos como consecuencia de cambios que con el paso del tiempo se extienden a lo largo de toda la vida y comprende, como toda etapa, una serie de transformaciones a nivel personal, familiar y social que inician al momento de la concepción. Por otra parte, el envejecimiento también es un proceso que puede afectar a una población en su conjunto, dado que esta envejece cuando hay un importante incremento en el número de personas en edad avanzada, producto del descenso de la mortalidad y la fecundidad; a su vez, tiene que ver con el aumento en la esperanza de vida.

La vejez alude a una etapa natural en la vida del individuo a la vez que es un constructo ligado a la edad. Sin embargo, la edad de una persona pesa menos que el juicio que otras personas hacen sobre ella. Así, cuando un individuo es catalogado como mayor o anciano adopta actitudes y comportamientos que supone esperan de él, por lo tanto construye una identidad que se corresponde con las representaciones sociales y las expectativas de los demás. De esta manera las representaciones sociales expresan y determinan qué se entiende por vejez en una sociedad o en un grupo, cuáles son las características que se le atribuyen a una persona vieja, cuál es el lugar que esta sociedad le otorga, cómo es el vínculo de la sociedad y de la familia con el viejo. (Monchetti, 2002).

Los estudios construccionistas del envejecimiento asumen que la vejez es construida socialmente y que, por tanto, no hay, por así decirlo, una esencia de la edad subyacente sino solo la posibilidad de distinguir entre una edad y otras edades. De este modo, la distinción entre edad social y edad cronológica se difumina. La primera generalmente se entiende como una construcción social mientras que la segunda como una propiedad objetiva ligada a aspectos bio-psicológicos e independiente de los procesos sociales. Sin embargo, la diferenciación entre una edad y otra es, ella misma, una construcción social. La edad aparece como algo natural y autoevidente porque está inscrita en todas las interacciones. Sin embargo, la edad es una categoría social y, por ende, representada y definida en una sociedad determinada, lo que tiene consecuencias reales en las vidas de las personas (Kehl y Fernández, 2001), puesto que es una variable que interviene de diversas maneras en la realidad, siendo, muchas veces factor de inclusión o exclusión en la organización social.

2.2.2. Percepción y autopercepción de envejecimiento

En las últimas décadas el estudio de la percepción ha sido objeto de creciente interés dentro del campo de las ciencias sociales, sin embargo, este interés ha dado lugar a problemas conceptuales pues el término se ha empleado indiscriminadamente para designar otros aspectos que también tienen que ver con

el ámbito de la visión del mundo de los grupos sociales (Vargas, 1994), por ello es importante precisarlo.

En el proceso de la percepción se ponen en juego referentes ideológicos y culturales que reproducen y explican la realidad y que son aplicados a las distintas experiencias cotidianas para ordenarlas y transformarlas. De acuerdo con Vargas (1994), cabe resaltar el reconocimiento de las experiencias cotidianas como uno de los elementos importantes que definen a la percepción. De un lado, el reconocimiento es un importante proceso involucrado en la percepción porque permite evocar experiencias y conocimientos previamente adquiridos a lo largo de la vida y con los cuales se comparan las nuevas experiencias, lo que permite identificarlas y aprehenderlas para interactuar con el entorno. De esta forma, a través del reconocimiento de las características de los objetos y los hechos se construyen y reproducen modelos culturales e ideológicos que permiten explicar la realidad con una lógica que se aprende desde la infancia y que depende tanto de la construcción colectiva como del plano de significación en que se obtiene la experiencia y desde donde esta cobra sentido. De acuerdo con los referentes culturales, lo percibido se identifica y selecciona, sea novedoso o no, y se adecua a los referentes que dan sentido a la vivencia y la hace comprensible de tal forma que permite la adaptación y el manejo del entorno (Vargas, 1994).

Merleau-Ponty (1975) ha señalado que la percepción no es un añadido de eventos a experiencias pasadas sino una constante construcción de significados en el tiempo y en el espacio. Por tanto, señala Vargas (1994), la percepción debe ser entendida como relativa a la situación histórico-social pues tiene ubicación espacial y temporal, depende de las circunstancias cambiantes y de la adquisición de experiencias novedosas que incorporan otros elementos a las estructuras perceptuales previas, modificándolas y adecuándolas a las condiciones. A través de la vivencia, la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno, mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos construidos y reconstruidos por el grupo social (Vargas, 1994).

Así, las percepciones de las personas y de los grupos sociales se construyen en clave relacional, lo cual equivale a reafirmar aquel principio de Pierre Bourdieu (2007) que expresa que lo social existe dos veces: en las psiquis de las personas y en las estructuras sociales. Por ello, una hipótesis desde la sociología plantea que la edad es más una cuestión de percepción que de posesión, o que es más un estado de la subjetividad individual que expresa otro estado del alma colectiva y de la organización social (Meccia, 2016).

En este sentido, muchos estudios sobre percepción y autopercepción están inspirados en el trabajo de Mead (2006 (1934)) para quien el “yo” de una persona está constituido no solo por una organización de actitudes individuales particulares (propias y de otros), sino también por una organización de las actitudes sociales, del otro generalizado o del grupo social en su conjunto al que pertenece el individuo. Así, las actitudes positivas/negativas hacia el yo se internalizan y se convierten en parte del propio individuo. El autor muestra que los individuos adoptan la actitud que el otro generalizado tiene hacia sí mismos. Entonces, la autopercepción refleja las percepciones de los demás hacia uno mismo.

Varios grupos de investigación han ampliado el trabajo teórico de Mead para formar una perspectiva gerontológica que lleva a la noción de autopercepción del envejecimiento. Los estudios de Levy y sus colegas a menudo sirven como referencias en este campo. Según Levy (2003) el proceso mediante el cual los individuos adquieren autopercepciones en torno a la vejez y el envejecimiento se desarrolla en varias etapas. Primero, los estereotipos de la edad se internalizan en el curso de vida antes de la vejez, pero no tienen un impacto en la autopercepción ya que están dirigidos a personas externas, a otros que son considerados viejos. Sin embargo, cuando un individuo alcanza una edad que se define oficialmente (por instituciones) o extraoficialmente (por otros individuos) como “persona mayor”, los estereotipos de edad se convierten en estereotipos propios, ya que ahora están dirigidos a individuos categorizados por otros como parte de su grupo de membresía (Levy 2003). La siguiente etapa implica la identificación con el grupo de “adultos mayores”. Según Levy

y Banaji (2002) “cuanto más negativos son los estereotipos de envejecimiento, mayor será la resistencia a identificarse con los viejos” (p. 59). Esta barrera erigida entre el yo y el grupo puede tomar la forma de negación. Sin embargo, Hummert et al. (1999) mostraron que a medida que las personas envejecen, es más probable que se identifiquen con su grupo de edad. Poco a poco, e insidiosamente, los contactos que las personas mayores tienen en la vida cotidiana y la forma en que los otros los perciben influye en las autopercepciones del envejecimiento (Macia, Chapuis-Lucciani, 2008).

Por tanto, al entender que la percepción de vejez hace referencia a una situación *existencial* que toca elementos fundamentales de la experiencia humana y que la percepción del envejecimiento es socialmente construida, es necesario hacer el ejercicio de *comprender* y no solo describir la configuración de dichos procesos, como se muestra en este capítulo. En este mismo orden de ideas, el diseño de estrategias y políticas públicas que busquen acompañar a las poblaciones en su proceso de transición y vivencia plena de la vejez, deberá reconocer estas diferencias desde el sentido contextualizado que dan a ellas los sujetos que las viven.

2.3. Autopercepción de envejecimiento y vejez

Nadie mejor que las personas mayores para describir las dimensiones subjetivas del envejecimiento; nada mejor que su palabra para designar y explicar cómo viven la vejez y qué esferas constituyen la experiencia del envejecimiento. Los términos empleados y las relaciones entre ellos, así como las vivencias y los sentidos que se les atribuyen, fueron elegidos, interpretados y ordenados desde la experiencia de quienes envejecen.

Las voces de los adultos mayores en Caldas de siete municipios (Manizales, Marmato, Riosucio, Aguadas, la Dorada, Viterbo y Samaná) reflejan el envejecimiento y la vejez como los perciben y las imágenes que han elaborado a partir de sus propias vivencias y del entorno en que viven y han vivido;

municipios generalmente agrícolas, relativamente pequeños en los cuales la vida cotidiana se refleja en el parque y la religión católica es predominante.

2.3.1. Envejecer

Según las percepciones de las personas participantes en el estudio, el envejecimiento es un proceso natural que denota la trayectoria de vida y siempre está atravesado por la cultura, la cual le otorga diversos significados, especialmente de discriminación, esto se hace evidente en las diferentes formas de denominar a este grupo poblacional (ver Figura 13). Cada uno de estos aspectos se desarrolla a continuación.

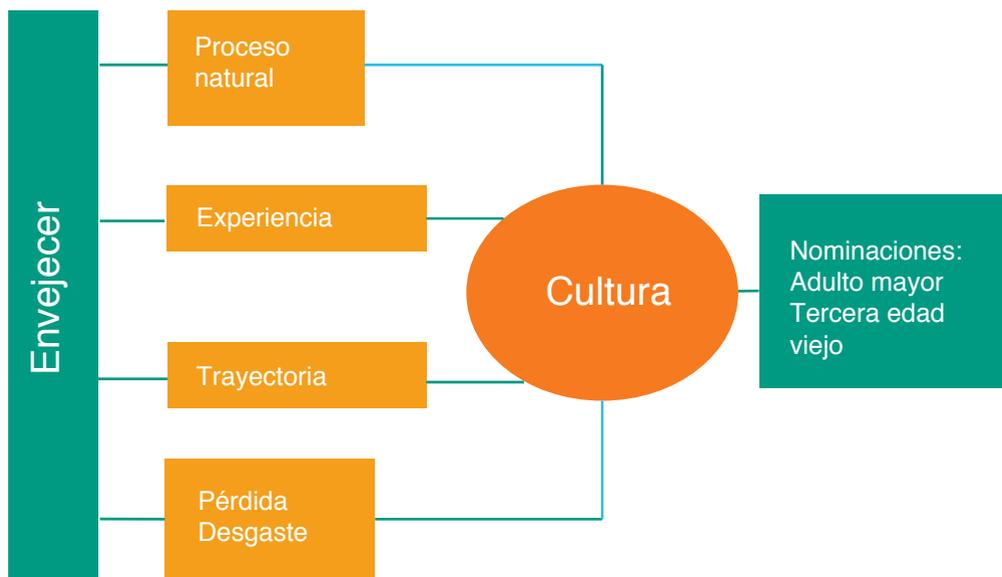


Figura 13. Percepción del envejecer.

Fuente: elaboración propia.

Para muchas personas mayores el envejecimiento es un proceso natural: “Muy natural, uno nace, crece, envejece y muere” (Viterbo, comunicación personal, 2017); “de todas maneras es una etapa normal que a veces nosotros no aceptamos pero es normal” (Riosucio, comunicación personal, 2017); “la vejez para mí ha sido normal, ya estoy consciente de que día a día vamos envejeciendo (Manizales, comunicación personal, 2017). Asimismo, consideran que envejecer es llegar a la vejez “es un estado de vida al que hay que llegar, normalmente hay que llegar” (Manizales, comunicación personal, 2017); “envejecer es el pasar de los años” (Manizales, comunicación personal, 2017); “un camino hacia adelante en el cual se avanza y que todos recorreremos, eso es para todos [...] tranquila que todo el mundo somos arrugados” (Manizales, comunicación personal, 2017), “ya no nos podemos devolver hacia atrás” (Manizales, comunicación personal, 2017). Además es una experiencia positiva: “Que uno se mira al espejo y se ve viejo es normal, eso de bueno tienen los años, que lo ponen a uno en el lugar donde debe estar y como debe ser” (La Dorada, comunicación personal, 2017).

La idea de trayectoria es clara en los relatos de las personas mayores del Departamento: “Para mí llegar a la vejez es haber sabido llevar una vida” (La Dorada, comunicación personal, 2017); “se envejece como se ha vivido: la vejez es un momento donde se recoge” (La Dorada, comunicación personal, 2017). Así, lo que se vive en la vejez no es resultado de la cantidad de años, por tanto la edad cronológica se define por el tiempo y poco tiene que ver con el tiempo vivido: “No es la edad” (Riosucio, comunicación personal, 2017); “no es por la vejez, sino por los golpes que le da la vida” (Manizales, comunicación personal, 2017). “Yo no sé, uno como que envejece según el criterio de uno, si me voy a achantar por cualquier cosa, uno se va achucharrando también, pero si uno sigue el ritmo que ha llevado yo creo que no hay problema, va llevando la vejez más suave” (Manizales, comunicación personal, 2017).

Entre las connotaciones negativas se encuentra la disminución de las funciones y las capacidades: “Yo digo pues que la vejez es cuando uno empieza a tener mala memoria, ya uno como que no capta las cosas, está mal de la

vista y hasta ahora gracias a mi Dios no me tienen que llevar la mano porque hasta ahora tengo mis ojitos, yo uso gafas para leer porque la letra no la veo, pero gracias a mí no tienen que llevarme de la mano” (Samaná, comunicación personal, 2017). La vejez significa acabarse: “Es que uno como que se acaba, entonces al uno acabarse se vuelve arrugado la cara” (Samaná, comunicación personal, 2017). “Uno se va volviendo todo [...] por ejemplo las arruguitas y todo el cuerito como se le cuelga a uno, todo se le descompone el cuerpo y eso no tiene remedio, eso no tiene remedio ya. Me parece sí, como horrible eso pero que más se va a hacer, toca” (Viterbo, comunicación personal, 2017).

En consonancia con lo anterior, para algunos envejecer es pérdida, deterioro: “Para mí es la pérdida, ya viéndolo desde un punto de vista externo. La pérdida de facultades físicas e intelectuales y una persona se enloquece cuando vive de recuerdos, cuando los recuerdos son los que los dominan, cuando no hace sino recordar” (La Dorada, comunicación personal, 2017. La Dorada); nuevamente emerge el concepto de trayectoria y con él la importancia del tiempo: “Ya es como que uno va caducando, todos los días va desmejorando, la fuerza, la memoria y la vista” (Samaná, comunicación personal, 2017). “Para mí envejecer es perder uno las habilidades, porque yo conozco gente que el cuerpo ya no les da y yo salgo para todas partes y yo pienso en eso, a pesar de la edad que tengo, 93 años, mucha edad, pero yo no soy impedido, yo ni bastón ni nada, voy a donde el médico, voy a cobrar mi pensión, yo sé a dónde voy, qué tengo que hacer, qué hay que firmar sin ayuda de nadie, yo solo, entonces para mí eso es envejecer, pero no incapacidad (Manizales, comunicación personal, 2017).

Para nadie es desconocido que en la mayoría de las sociedades la vejez se ha visto como la etapa de las pérdidas tanto físicas como mentales, así como la necesidad de depender de otras personas para realizar actividades que antes hacían de manera independiente. Al respecto, se pueden señalar varios ejemplos de pérdidas: el retiro de la actividad económica, la muerte de la pareja o seres queridos, el deterioro de la salud, entre otras. Acontecimientos que están muy ligados con la forma en que se perciben las personas mayores. Es decir,

uno de los principales problemas entre la edad y la autopercepción que tienen las personas es la idea de concebirse como viejos, sobre todo porque esta etapa se estereotipa con la disminución de capacidades, posibilidades y de la actividad (Wachelke y Contarello, 2010).

Los seres nacen para ser y en esa dinámica de ser dan emociones, sentimientos o cosas materiales; en la medida que dan a otros entregan una parte de sí mismos: en el dar el ser humano se da, se entrega a sí mismo. Los seres humanos se dan al mundo en cada una de las situaciones que viven en la cotidianidad, desde su corporalidad e intelecto; en la vejez esto empieza a interrogarse, algunas personas mayores creen que en razón de la vejez ya lo dieron todo: “Caduco [...] (risas) pues sí, ya se acabó todo, ya di lo que tenía que dar” (Samaná, comunicación personal, 2017). Si ya se dieron y no queda nada, la existencia misma empieza a agotarse, la percepción de la vejez está ligada a percepción de desvanecimiento de su propio ser.

Sin embargo, esta percepción de vejez no se centra solo en el individuo, por el contrario, está atravesada por la cultura y la sociedad en que se vive; en uno de los grupos focales se hace alusión a este aspecto “Viejos no hay, se hace uno viejo y la cultura nuestra lo hace a uno viejo [...], el abandono del entorno en que uno vive, la sociedad, la familia, el hogar. La vejez es la sociedad que lo acaba a uno, es el entorno político, administrativo de gobierno que acaba de uno ¿cómo es que a los 45 años no sirve? (Viterbo, comunicación personal, 2017).

Sumado a esto, algunos se refieren a la experiencia que se acumula y afirman que envejecer es acumulación de experiencia: “La experiencia que uno tiene” (Riosucio, comunicación personal, 2017); “es una persona que tiene mucha experiencia en la vida, para mí eso es ser viejo; llegar a la edad que tenemos nosotros es tener mucha experiencia, es una sabiduría muy grande, tener sabiduría de que los años quedaron atrás [...]” (La Dorada, comunicación personal, 2017).

En consecuencia, según los relatos, envejecer no es un proceso determinado por la edad de la persona sino por el entorno en que vive. La sociedad

discrimina y aminora más que las particularidades de la persona mayor: “Pues ya lo hacen sentir a uno muy viejo, tercera edad es tercer escalón ya” (Samaná, comunicación personal, 2017). Por lo tanto, muchos participantes destacan la paradoja de que pese a encontrarse viejos a nivel físico, la sociedad los declara obsoletos con mayor prontitud que antes “porque creen que prácticamente por la edad no sirve para nada, que ya no es capaz de hacer las cosas” (La Dorada, comunicación personal, 2017); “a medida que van pasando los años va haciendo lo que uno pueda ya, (...) que dizque que ya no le dan a uno trabajo por viejo, pero yo si quisiera trabajar (Samaná, comunicación personal, 2017).

La edad es más una cuestión de percepción que de posesión, es más un estado de la subjetividad individual que expresa otro estado del alma colectiva y de la organización social (Meccia, 2016). La asincronía entre el envejecimiento biológico y el envejecimiento social representa un hecho novedoso en la historia de la humanidad, pues la retirada del sistema productivo y la jubilación venía marcada por el declive físico de la persona que, debido a su incapacidad para desempeñar su labor, veía cómo era relegada a otra esfera del reconocimiento social; alcanzaba el estatus de viejo de forma súbita y sin proceso de envejecimiento de por medio. O se era viejo o no se era. Ahora quien se jubila no es viejo, pero sí se enfrenta de modo inexorable al reto de comenzar a reconocer que envejece (Imsero, 2008), como lo refiere una persona: “Agachar la cabeza porque ¿qué va a hacer uno? (La Dorada, comunicación personal, 2017); “yo me pensioné y pensé que la vida me iba hasta ahí” (Samaná, comunicación personal, 2017).

Envejecimiento y vejez a veces se confunden. En los relatos se reflejan algunas categorías que sobresalen cuando se les pregunta por el significado de este periodo de la vida, entre ellos la idea de terminar, la aproximación al final: “Para mí la vejez es la terminación de la vida, será porque a uno se le va acabando, cada que uno [...] cada año que pasa es un año menos de vida, por eso yo digo que la vejez es la terminación de la vida, porque sí, cada año se va envejeciendo más y más” (Viterbo, comunicación personal, 2017). La vejez es la etapa final del recorrido de la vida, la vida que se consume con el transcurrir

de la vida misma, por ello dice la voz “*años menos*”, la perspectiva del futuro se acorta, por eso se acaba, pues la vida no es para siempre, se gasta, se pierde con el tiempo, más años menos vida. “Es uno pensando, un día menos. Es uno cumpliendo años y diciendo: No, un año menos, un día menos de la vida, me da pesar, como que se me acaba la vida” (Samaná, comunicación personal, 2017). “ [...] es que se le va acabando la vida a uno, se le va yendo” (La Dorada, comunicación personal, 2017).

A pesar del reconocimiento de los aspectos positivos también está la otra cara de la moneda: “Uno mira dentro de la niñez y la juventud y personas que se ríen, entonces pues eso es como cada quien lo quiera llamar, un privilegio o un castigo” (La Dorada, comunicación personal, 2017) o dicho de otra manera, “esa es una etapa que puede ser de descanso o de martirio” (La Dorada, comunicación personal, 2017). “Es lo que va sintiendo cada día, con el envejecer va cambiando uno el estado, pierde mucho las fuerzas, va perdiendo la memoria, se cansa uno más rápido, pierde la visión, eso es envejecer” (Manizales, comunicación personal, 2017).

En consecuencia, el proceso de retiro de la vida laboral marca un punto de giro importante en la percepción de vejez y esto, a su vez, tiene un gran impacto en las personas del departamento que tradicionalmente han sido agricultoras y no están jubiladas dado que su vida laboral se acaba y con ella su fuente de ingresos.

Por otro lado, los términos “adulto mayor” y “tercera edad” no siempre son aceptados por las personas, por lo que hay quienes dicen que “no me digan adulto mayor, soy adulto o soy mayor, la tercera edad no existe; que me digan que soy una persona” (La Dorada, comunicación personal, 2017), o lo que menciona otra persona: “Es que esos términos son disfraces, pero en últimas están diciendo lo mismo, que uno es viejo” (Samaná, comunicación personal, 2017); “es la misma pendejada, es la misma, la primera, la segunda, la cuarta es la misma, si usted tiene 70 años y le dicen tercera edad, le

están diciendo vieja, lo mismo, porque eso no se mide por niveles, eso es lo mismo” (Samaná, comunicación personal, 2017). Tal como lo plantea Klein (2013): “¿Se trata de viejos? Si y no ¿se trata de adultos mayores? Si y no ¿se trata de tercera edad? Sí y no. Estos malentendidos conceptuales, que son también ambigüedades conceptuales, no indican sino que estamos ante nuevas modalidades culturales (que otros denominan posmodernas) y de construcción de subjetividad” (p. 214).

Por supuesto, surge una cuestión de vocabulario, ¿se debe hablar de “vejez, viejo” de “ancianos”, “jubilados”, “tercera y cuarta edad”? Las palabras no son neutrales, esta cuestión de vocabulario puede ser la expresión de conflictos y problemas sociales. Las denominaciones, tipologías y clasificaciones pueden tener estereotipos y estigmatizaciones e indican la necesidad de abordar la vejez como una construcción social.

2.3.2. El cuerpo envejecido

Desde hace algunos años, el cuerpo se ha convertido en un objeto privilegiado de las ciencias sociales. La interfaz entre uno mismo y el mundo es la instancia visible a través de la cual el individuo se expresa y entra en relaciones con los demás. Al considerar al cuerpo como un catalizador de ciertos fenómenos sociales, desde la gerontología se hace un análisis que busca describir y comprender el envejecimiento a través del prisma del cuerpo (Macia, 2018).

En torno al cuerpo y el envejecimiento, Iacub (2010) plantea que “el cuerpo es uno de los “contextos” donde se producen los cambios más resonantes, en tanto son espacios de reconocimiento social e individual. Por un lado el cuerpo viejo marca discordancias con el cuerpo de la juventud, significados como cuerpos negativizados e idealizados socialmente, y por el otro se produce un cambio biológico en los movimientos, las sensaciones, las capacidades que modifican los tiempos y los recursos para enfrentar la vida cotidiana y dar forma al sí mismo”.

Las personas viven en sus cuerpos, las transformaciones del cuerpo son las transformaciones de las personas. El cuerpo como todo lo material tiene un principio y un final, no hay materia inmortal, no hay un cuerpo que trascienda los límites del tiempo. La vida precisamente habita entre el surgimiento de la materia biológica del cuerpo y su desaparición. Pero el cuerpo no emerge totalmente formado de la naturaleza, de una vez y para siempre, de la misma manera. Durante la existencia del cuerpo hay transformaciones, hay movimientos al interior del mismo. Los valores del cuerpo nuevo son diferentes a los del cuerpo viejo; la manera como se aprecia el cuerpo recién llegado al mundo de lo perceptible tiene más valor que el cuerpo del viejo.

El cuerpo implica un proceso de desgaste, esta es la percepción de las personas adultas mayores entrevistadas:

Pues ya del cuerpo ve uno que falla mucho por mucha dolencia, por eso no puedo trabajar porque me duelen los brazos, la rodilla, la cintura, agacharme o arrodillarme, no soy capaz, para levantarme tengo que estar afianzado, yo de aquí me puedo parar, pero no puedo salir a caminar, porque las rodillas no me corresponden, tengo que quedarme quieto mientras me voy desentumiendo para poder dar el paso. (Riosucio, comunicación personal, 2017).

Ya no está a la disposición voluntaria del sujeto, las personas mayores siguen pensando, sintiendo el cuerpo, no obstante la vejez se sale de su control dado que el cuerpo gana autonomía material, por lo que no se puede disponer de él: “El cuerpo se va desgastando, los órganos se empiezan a desgastar, los huesos, entonces es imposible, empezando porque uno tiene que poner mucho cuidado de una caída, una caída a esta hora” (Riosucio, comunicación personal, 2017). “Sí, las fuerzas se van agotando y los músculos se van encogiendo para un saltar y brincar” (Samaná, comunicación personal, 2017). En consecuencia, se produce un distanciamiento hacia el cuerpo que se empieza a sentir como un elemento externo. Se pasa de “ser un cuerpo” a “tener un

cuerpo” (Imsero, 2008), pues este, dadas las atenciones que comienza a requerir, así como los problemas inesperados que plantea con cierta frecuencia (dolores, dificultades), parece, en muchas ocasiones, escapar del control y los deseos de la persona, y reclama una dimensión intermedia en la relación de los sujetos con su entorno.

Se trata de un proceso en el que el cuerpo y las señales que emite, de forma paulatina, van ganando la atención del individuo hasta que este adopta una postura de vigilia plenamente activa frente al cuerpo y sus señales. Por lo que se pasa de no hacerle caso a oírlo en la medida en que sus manifestaciones comienzan a acompañar la cotidianidad y se acaba escuchándolo de modo casi permanente cuando se siente que las limitaciones que le impone y el historial de dolencias y enfermedades acumuladas están detrás de cada señal en forma de temor e inseguridad.

Este cambio hace inevitable la comparación entre el cuerpo joven y el cuerpo viejo:

Pues, hombre la transformación del cuerpo. No es lo mismo usted con su juventud a una persona que ha ido evolucionando y que llega a un estado en el que las [...], se deteriora el cuerpo, la evolución de la materia, entonces ve uno arrugas, no ve bien, muchas veces se le caen a uno los dientes, es decir hay cosas que lo sorprenden a uno, pero ya uno se acostumbra a ellas. (La Dorada, comunicación personal, 2017).

No obstante, cambio no es necesariamente deterioro: “No, uno en la vejez sí ve muchos cambios, yo por ejemplo pesaba 45 kilos, hoy peso 60, entonces uno ha aumentado, esos son cambios” (Marmato, comunicación personal, 2017). “Bueno que detallamos de la vejez, que el cuerpo se va volviendo [...] se aumenta. Yo en otro tiempo era delgado, delgadito, ahora no, ya soy gordo, se va volviendo como un tronco” (Manizales, comunicación personal, 2017).

La dificultad de organizar una identidad como viejo se expresa en una escisión de sí (Iacub, 2010). En estas narraciones emergen puntos de vista disímiles aunque con un mismo denominador: “la dificultad de reconocimiento personal”; en este sentido, hay una escisión entre el que puede y no puede, entre el mismo y el otro. En palabras de Iacub (2010) la dificultad de organizar una identidad como viejo se expresa en una escisión de sí, punto sobre el que volveremos más adelante.

En ocasiones el cuerpo empieza a sentirse como un elemento externo con el que la persona no se identifica, pues sus respuestas adquieren un matiz de descontrol y parecen funcionar con base en cuestiones ajenas a la voluntad. Por ello supone un lastre, un déficit a la hora de relacionarse con la realidad circundante que lentifica todas las operaciones cotidianas. “Que todos los días amanezco como más distinta, la piel se me va desmejorando, las manos también desmejoradas, yo me baño y me veo en el espejo y digo: amanecí más vieja” (Manizales, comunicación personal, 2017). “De pronto tratando de hacer algo, de un trabajo, caminando, viendo, pensando, porque uno hay veces no camina por la misma energía de uno, no tiene la misma visión, no memoriza, uno va notando que se va deteriorando paulatinamente” (Manizales, comunicación personal, 2017).

Las partes del cuerpo se particularizan, por ejemplo: “Sabe que digo yo señorita, que tengo la mirada china ya los ojitos que son así, ya no son vivos” (Manizales, comunicación personal, 2017). En consecuencia, no resulta muy arriesgado afirmar que una de las cualidades básicas que definen el tránsito hacia la vejez sea precisamente la mayor relevancia que va adquiriendo el cuerpo como posibilitador, como límite con el que choca el deseo cuando no proporciona una respuesta satisfactoria: “Ya sale uno por ejemplo al trabajo, pero sale uno con indisposición, ya le duelen a uno las coyunturas para subir, ya tiene que respirar grueso porque ya no es capaz de aguantar una subida que sea ya más bien pendiente, pero eso ya es cuestión de los años” (Riosucio, comunicación personal, 2017). De esta manera surge la desconfianza ya que el cuerpo comienza a sentirse como algo ajeno, ya no es un

soporte silencioso de las acciones del sujeto y se percibe más que nunca su papel de mediador entre el deseo y el mundo exterior, entre la voluntad de hacer algo y la capacidad de hacerlo:

Ancianito es que ya uno se pone que no puede con las manitos y no puede trabajar y uno va a buscar trabajo y a uno le da tristeza que no le den a uno trabajito y entonces ya que puedo yo hacer, el esposo no puede ya trabajar, ni yo tampoco. (Marmato, comunicación personal, 2017).

También el cuerpo aparece como un medio de interacción social, así entre el cuerpo y el sujeto está la dignidad, el orgullo y la apariencia: “Así no sea uno bonito hay que mirarse al espejo para peinarse, para salir, después sale uno todo cari-sucio” (Samaná, comunicación personal, 2017). La presentación de sí mismo por medio del vestuario también es un punto importante y en alguna medida refleja costumbres y hábitos:

No pues yo me miro al espejo muchas veces y [...] necesito una afeitadita para verme más joven y lavarme la cara para estar más limpio, me lavo, me afeito y tengo la máquina minora y si no la tengo me toca quedarme así, cuando la tengo me afeito, ya quedé más joven, me baño y listo para lo que sea. (Riosucio, comunicación personal, 2017).

Para las personas mayores preparar el cuerpo para encontrarse con otros, asistir a un grupo, ir a la iglesia, cumplir con una cita médica, entre otros, es una actividad que siempre antecede la ocasión y evoca señales de autoestima, respeto y conservación de la identidad: “A mí también me gusta vestirme bien, presentarme bien, andar bien, en todo, en la casa, para salir, para ir a la gimnasia, para todo” (Manizales, comunicación personal, 2017). Por lo tanto, se presta atención a la apariencia como un desafío a los cambios del cuerpo envejecido.

El cuerpo, tanto el “privado” (que se fatiga o duele) como el cuerpo “público” (con arrugas y canas), es fundamental para la experiencia de envejecimiento. El cuerpo gana una relevancia central en las percepciones de las personas mayores. El cuerpo habla y lo hace de manera constante, como totalidad y a través de cada una de sus partes. Por ello a la persona mayor se le impone de forma natural la necesidad de focalizar mucho más la atención en todas las señales que le transmite y adoptar una postura activa ante ellas, de forma que, si antes se oían, ahora se escuchan constantemente. Obliga, en definitiva, a mantener un estado de vigilia ante un cuerpo que genera una gran inseguridad. Se potencia así la sensación de poseer un cuerpo que se ve diferente porque su apariencia ha cambiado y lento porque ha perdido facultades y capacidades y al cual hay que escuchar. Estos aspectos se desarrollan a continuación.

2.3.3. La imagen a través del espejo

La imagen que cada persona tiene de sí misma tiene entre sus componentes principales la imagen corporal, en la cual están representadas las ideas y percepciones que se tienen en relación al propio cuerpo; a su vez, la imagen que se tiene de sí mismo juega un importante papel en la constitución de la autoestima, la imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos (Ocampo, 2018). La imagen corporal es entonces la representación mental que se realiza del tamaño, figura y de la forma de nuestro cuerpo en general y de sus partes, es decir, cómo lo vemos; asimismo, abarca cómo creemos que lo ven los demás. La imagen corporal implica cómo sentimos el cuerpo (agrado, desagrado, insatisfacción, satisfacción, preocupación, etc.) y cómo actuamos con respecto a este sentir (evitación, exhibición, etc.) La imagen corporal puede ser entendida como una actitud que las personas tienen hacia su propio cuerpo y esa actitud tiene dimensiones perceptivas, cognitivas y conductuales (Pruzinsky y Cash, 1990).

El espejo revela la imagen objetiva de quien se expone a él. La imagen que aparece en el espejo le dice al sujeto de su cuerpo objetivo. El espejo captura el instante, el presente, no retiene acontecimientos del pasado ni muestra futuros, es solo el reflejo de lo que se es y se tiene en el ya. El espejo confronta la subjetividad con la objetividad, pues una cosa es lo que los personas mayores creen que son corporalmente y otra lo que la imagen les dice.

Los sujetos son en parte lo que su aspecto denota, lo que se ha denominado el cuerpo como escenario (Sánchez, 2016). El paso del tiempo, aunque deja huellas físicas y condiciona la personalidad de cada persona, es el factor más objetivo de referencia social, pues cada sujeto tiene un cuerpo, en el que, aunque con más o menos márgenes de error, mayores o menores dificultades, se puede determinar el impacto del tiempo sobre el mismo (la mencionada edad biológica). Es decir, el cuerpo muestra e informa del envejecimiento. De esta manera, es difícil sustraerse del cuerpo socialmente informante, ya que es el reflejo de una historia o biografía individual, de unos rasgos o caracterizaciones de los grupos próximos a la persona, y el reflejo de una condición y estatus social individual, de una clase social y de un estilo de vida (Sánchez, 2016). En palabras de Meccia (2016), “lo que aparece en el “cuerpo” que ha envejecido son las propiedades de un conjunto de convenciones que nos han interpelado y en las que nos hemos reconocido.

Frente a la pregunta ¿usted qué ve cuando se mira al espejo?, muchos adultos mayores encuentran discrepancias entre lo que creen que son con lo que en realidad les muestra su imagen. No hay que olvidar que en la mayoría de las sociedades, si no todas, y en todo momento (al menos en occidente), el envejecimiento del cuerpo se asocia con imágenes negativas: es un cuerpo desgastado, cansado por las dificultades del tiempo y la vida misma. ¿Es un estereotipo?, dada la evidencia empírica recogida en el campo, probablemente no. El cuerpo revela la edad. Los cambios en la apariencia se notan primero en la cara: “Pues ya uno se siente mal, yo no me voy a sentir bien [...] Usted como tiene la cara atezadita y yo ya viejo y arrugado” (Samaná, comunicación personal, 2017). “Pues a uno qué le van a gustar las arrugas, a uno no le van

apareciendo las arruguitas y uno pues a veces siempre se preocupa que el tiempo le deja a uno marcas ¿cierto?” (Samaná, comunicación personal, 2017). “Cada arruga es un año, tengo más de los años que tengo, tengo más arrugas que años” (Manizales, comunicación personal, 2017).

Así, en el discurso sobre el cuerpo y su imagen en el espejo, la piel ocupa un lugar muy importante. La piel desempeña un papel clave en las interacciones sociales diarias y, por lo tanto, es el objetivo y el medio preferido de la estigmatización: “La vejez se ve ante todo por el envejecimiento de la piel” (Manizales, comunicación personal, 2017). Esta envoltura visible de sí mismo y de otros es para un cierto número de personas tan particular que lo evocan en la forma de un segundo cuerpo, sujeto al “espejo” social: “Yo no sé, yo me veo el rostro, la cara en el espejo, me voy poniendo ¿ay yo porque me estoy poniendo tan [...] ya me estoy arrugando, no, no, no” (Aguadas, comunicación personal, 2017).

La piel es lo que se muestra, es lo público, el límite externo, la región de contacto con el mundo, con las cosas y con los otros, es la base de la manipulación de los objetos; la frontera entre los seres humanos y las cosas, pero también el límite entre una persona y los otros. La piel es la responsable de las caricias, pero también de golpes y agresiones. Como elemento social de la corporalidad humana, la piel se constituye en lo más visible de cada ser, por ello para las personas mayores es uno de los órganos más significativos, por la piel se revela la vejez, no tanto para quien la vive sino para quien la juzga, ser viejo se muestra en las arrugas de la piel, es la que le dice al individuo y a los otros del paso de los años: “Sí, hay veces que dicen ¡ay!, usted con 78 años y tan joven, y yo me miro en el espejo, yo estoy muy vieja con 78 años, estoy muy arrugadita” (Viterbo, comunicación personal, 2017). La piel anuncia la vejez por medio de las arrugas, por ello el reconocimiento en el espejo de la piel ajada ya es una enunciación de la vejez: “La imagen de uno, que ya no es lo mismo a estar joven, ya no se ve [...] la carita, una arruguita, pero bueno ahí vamos no hay que achantarse cuando se ve la arruga no, hay que seguir adelante” (La Dorada, comunicación personal, 2017).

El envejecimiento del cuerpo no es solo una construcción social, es un proceso que vive cada persona. “Yo miro siempre los años bastanticos, las arrugas, el cabello ya un poco blanco, nos recuerda lo más bello que perdimos, que fue la juventud, eso miro yo ahí” (Samaná, comunicación personal, 2017).

Yo no estoy vieja para tener 73 años, todavía no estoy vieja porque no tengo arrugas. Sí, exacto, yo no tengo arrugas, mi cabello todavía no es tan blanco, de pronto sí unas canitas, pero no muy grande, diferente a mi cuerpo, sí, soy acuerpada, tengo una robustez exacta a la estatura mía, no me siento acobardada por ella. (La Dorada, comunicación personal, 2017).

El encuentro con el espejo muestra la llegada de la vejez, lo cual provoca sensaciones diversas en las personas mayores entrevistadas, entre ellas malestar e inconformidad: “A mí me parecen muy maluco, las arrugas son lo último que le puede pasar a uno, la carita como un estropajo. Ay Dios mío” (Samaná, comunicación personal, 2017). La comparación entre la belleza de la piel sin arrugas y su aparición no solo anuncia la vejez sino el tránsito entre lo aceptable y lo no aceptable estéticamente, “uno siempre piensa: ay no, que pereza como ya se le están colgando los cueros. Vea por ejemplo una manga sisa que se va a poner uno ya, si esto se afloja acá y todo ¿si me entiende? Pero no me acompleja” (Viterbo, comunicación personal, 2017).

Pero las arrugas no siempre tienen una connotación negativa: “Yo me siento muy alegre, las arrugas no duelen, las canas le sirven a uno para que le salgan con todo los vestidos, no hay problema” (Manizales, comunicación personal, 2017). “[...] que si tiene arrugas, que eso es natural pero no muy prolongadas. No hay miedo, ni temor a esas cosas” (La Dorada, comunicación personal, 2017).

El otro rasgo que sobresale en el espejo como expresión de vejez son las canas. El cabello como la piel son públicos, son formas del cuerpo a la vista del mundo. Según algunos participantes las canas como las arrugas anuncian la

vejez: “Ay vea cuando yo me miro en el espejo, me veo canas” (Marmato, comunicación personal, 2017). Las canas, al igual que las arrugas, transforman la autoimagen de las personas mayores, “Es que las canitas lo ponen a uno como más viejo, póngale cuidado y verá que uno no se arregla y queda viejo y se arregla y se pinta uno y queda otro” (Samaná, comunicación personal, 2017). Al igual que con la piel, las nuevas formas estéticas del cuerpo joven o rejuvenecido en las cuales hay que disimular, ocultar o atenuar los signos del paso del tiempo están presentes no solo en las personas mayores, sino en la sociedad: “A mí me dicen las muchachas cuando estoy cumpliendo años: mamá usted que está cumpliendo años le vamos a pintar el pelo y les digo: ¿Para qué uno aparentar que tiene el pelo negro? déjeme mis canitas, déjeme así” (Samaná, comunicación personal, 2017). Otro aspecto que surge en torno al cuerpo es la experiencia de las consecuencias estéticas del envejecimiento y las estrategias implementadas para esconderlas o repararlas que nos recuerdan que los estándares estéticos vigentes en la sociedad contemporánea, es decir, los imperativos de la belleza y la juventud, hacen que el cuerpo envejecido sea un objeto estigmatizado “que debe ocultarse”.

Sin embargo, la presencia de las canas no necesariamente es vejez: “No pues es que yo creo que canas no es vejez, porque yo he visto pelaos de 10 o de 12 llenos de canas, entonces, para muchos dicen que las canas es vejez, pero para mí yo creo que no” (Marmato, comunicación personal, 2017). Las canas también reflejan experiencia, acumulación de años y de vida: “Para verse la experiencia, las canas, esto es pura experiencia, uno entre más vive más ve y es más corto de vista” (La Dorada, comunicación personal, 2017), y encanecer se ve como un proceso natural, “las canas salen con todos los vestidos, las arrugas no duelen, lo que lo mata a uno son las enfermedades” (Manizales, comunicación personal, 2017).

2.3.4. Lentitud: la vida del viejo se desarrolla despacito

El paulatino cambio físico y psíquico (tanto cognitivo como emocional) que acompaña de forma inexorable a todo proceso de envejecimiento, termina introduciendo tarde o temprano un cambio de velocidad. Es bien conocido que las personas mayores responden más lento que las personas jóvenes. Responder rápidamente es esencial para la ejecución de una serie de actividades de la vida diaria tales como cruzar una calle antes de que cambie el semáforo, entrar o salir de un ascensor o usar algunos electrodomésticos en la cocina. La lentitud de las respuestas hace que ellos “no sintonicen con la gente o con el medio”, el adulto mayor va a un ritmo muy diferente al del resto del mundo, en una sociedad de ritmo rápido y orientada en función del tiempo, como es la sociedad actual. Varios factores influyen en esta lentificación: cambios con el envejecimiento en órganos y los sistemas corporales, capacidad cognoscitiva, capacidad funcional, estado de salud, experiencia anterior en la ejecución de determinada tarea y la tarea en sí misma, entre otros (Gómez y Curcio, 2014).

Tal como indica el subtítulo, la vida de la personas mayores se desarrolla despacio. Vejez puede ser sinónimo de lentitud, “ [...] se vuelve uno más lento para la cosas” (Manizales, comunicación personal, 2017); esta lentitud se asocia con pesadez y debilidad “se siente uno más pesado, ya como más débil, pero de resto lo mismo, tengo 79 años y todavía trabajando” (La Dorada, comunicación personal, 2017).

La destreza y la rapidez son características de la niñez y la juventud, la lentitud es propia de la vejez. En palabras de Bobbio (1997), “cada vez más lentos los movimientos, cada vez más lento el paso”. La experiencia que acompaña al envejecimiento enseña que no hay prisa, que las carreras y el afán ya no tienen sentido, que la velocidad no tiene significado si de todas maneras se va a llegar. Ajustar el tiempo del mundo al tiempo del cuerpo se logra en la vejez y con la experiencia. La lentitud se manifiesta en la manera en que las personas mayores se relacionan con su cuerpo y el mundo y en la forma de ajustarse a las circunstancias, “que no es tan rápido como cuando uno está joven.

Se toma uno más el tiempo, anda uno más despacio” (Manizales, comunicación personal, 2017); sin embargo, la velocidad de la realidad exige cuerpos jóvenes, que se muevan rápido, por lo que al parecer la lentitud de las personas mayores no tiene cabida en el acelerado mundo actual. El tiempo del cuerpo cobra forma con el tiempo del mundo, ya no son las horas del trabajo, ya no es la meta que hay que alcanzar, ahora el tiempo del cuerpo se impone al mundo productivo, “ahora yo me acomodo a mi cuerpo” (Manizales, comunicación personal, 2017).

Mientras el ritmo de vida del viejo se vuelve cada vez más lento, el tiempo que tiene por delante queda día a día más corto. Quien llegó a una edad avanzada vive el contraste, por momentos más por momentos menos, ansiosamente, entre la lentitud con la cual es obligado a proceder en el cumplimiento del propio trabajo, que requiere plazos más largos para su ejecución, y la inevitable aproximación del fin. El joven sigue adelante con mayor desenvoltura y tiene más tiempo por delante. El viejo no sólo camina más lento, sino que el tiempo que le resta para terminar el trabajo en el que está empeñado es cada vez más pequeño. (Bobbio, 1997, p. 49).

No se encuentran privados de su autonomía, pero sí tienen que reelaborar y adaptar sus modos de vida a los condicionamientos que su condición física les plantea, ya que ante contextos poco habituales o novedosos se teme el riesgo de fallar en la respuesta que cada situación requiera. Por tanto, se vuelve necesaria la planificación para anticipar las posibles problemáticas que puedan surgir. Las personas mayores asumen sus compromisos pausando los tiempos, anticipándose en las citas y evitando escenarios desfavorables. Cuerpo y mente se desubican en los espacios, y los tiempos de las personas mayores son otros, ellos perciben las velocidades y las distancias del mundo exterior como adecuadas a un ritmo difícil de seguir con el rendimiento que les ofrecen sus cuerpos. Esta lentitud remite a un análisis detallado del cuerpo. El cuerpo se piensa y se siente por partes. No hablan del cuerpo sino de sus partes, las rodillas, las canas, la espalda, que ahora les hablan con otros lenguajes.

2.3.5. Moverse: entre la independencia y la autonomía

El movimiento es vida, el movimiento es salud, el movimiento es juventud, su ausencia es vejez:

Que uno no pueda moverse, esas cosas uno debe tenerlas en cuenta, que uno no puede moverse, porque uno desde que se pueda mover está bien, pero cuando no se pueda mover ya no es nada, ya termina todo, ahí ya acaban los años con uno. (Manizales, comunicación personal, 2017).

Para los participantes, la vejez es sinónimo de pérdida de movilidad porque implica carga, pérdida de la independencia y de la autonomía. “Ser viejo” o “estar viejo” significa “no poder moverse”. “Viejo ya que no pueda moverse, que no pueda hacer sus cosas por sí solo” (Samaná, comunicación personal, 2017). “¿Qué es estar viejo? Fácil, como le digo yo, desde que uno pueda caminar, moverse, hacer sus cosas, fácil, no está viejo” (Manizales, comunicación personal, 2017).

Esta pérdida de movimiento significa pérdida de la independencia y de la autonomía. “Yo no sé, a mí me aterra la vejez, uno por ahí estorbando, que a uno lo tengan que lidiar con pañales, que se muere, que no se muere, eso es lo duro” (Viterbo, comunicación personal, 2017). “La vejez es dura, los años no pesan, pero la vejez sí es dura, porque que tan horrible es que me tengan que dar la mano, que me tengan que vestir, me tengan que bañar, que me tengan que dar la comida, esa es la vejez dura” (La Dorada, comunicación personal, 2017). La autonomía es la posibilidad de decidir, asumir las consecuencias de las decisiones, confrontarlas con lo esperado y deseado para poder continuar o hacer transformaciones, lo cual determina la autoafirmación y a su vez la calidad de vida del individuo. Para que esto sea posible es necesario tener un funcionamiento adecuado de las áreas física, mental y social acorde con los requerimientos de la forma de vida de cada persona, es decir, se necesita un soporte de independencia, entendida como la capacidad de realizar tareas

y asumir roles sociales en la cotidianeidad (Gómez y Curcio, 2014), así, de acuerdo con las percepciones de los adultos mayores, mantener la movilidad es la oportunidad de estar, ser y hacer y se constituye en el soporte básico para mantenerse independiente y autónomo, quien no puede hacerlo se considera viejo. La inseguridad y el miedo hacen presa del ánimo de estos mayores, que ya se llaman a sí mismos viejos o ancianos, especialmente cuando no pueden moverse, “viejo ya que no puedan moverse, que no puedan hacer sus cosas por sí solos, que tengan que pedir ayuda de los demás, eso podría ser ya muy viejo” (Samaná, comunicación personal, 2017).

2.3.6. Salud: silencio y ruido del cuerpo

“La salud es la vida en el silencio de los órganos”, escribió el cirujano francés René Leriche (1879-1955). El cuerpo, en la ideología occidental contemporánea, es un capital de salud dado al nacer. Se trata de mantenerlo de modo que sea lo más silencioso posible, tanto para uno mismo como para sentirse bien, y para la sociedad que no tolera el cuidado de personas descuidadas.

Con el envejecimiento, la salud emite constantes señales a través de las cuales la persona siente cada vez más presente su envejecimiento, y emerge como la matriz desde la que explican sus sensaciones y sus emociones. Se trata de un proceso en el que el cuerpo y las señales que emite van ganando de forma paulatina la atención del individuo hasta que éste adopta una postura de vigilia plenamente activa frente a sus respuestas y demandas. Se pasa de no hacerle caso a oírlo en la medida en que sus manifestaciones comienzan a acompañar la cotidianeidad, y se acaba escuchándolo de modo casi permanente cuando se siente que las limitaciones que le impone y el historial de dolencias y enfermedades acumuladas acechan detrás de cada señal en forma de temor e inseguridad.

El cuerpo gana una relevancia central en sus percepciones. El cuerpo habla y lo hace de manera constante, como totalidad y a través de cada una de sus partes. Por ello al anciano se le impone de forma natural la necesidad de focalizar

mucho más la atención en todas las señales que le transmite y adoptar una postura activa ante ellas de forma que, si antes se oían, ahora se escuchan constantemente. Obliga, en definitiva, a mantener un estado de vigilia ante un cuerpo que genera una gran inseguridad. “O que ya va a coger uno algo y ya no lo puede coger, que ay me duele todo, me traquea, eso yo pienso que es la vejez” (Viterbo, comunicación personal, 2017). Con la sensación de poseer un cuerpo frágil, en las personas mayores las manifestaciones corporales son más y se intensifican, por lo que no admiten la posibilidad de ser descuidadas y obligan al anciano a atenderlos de forma constante, ya que pueden ser síntomas de problemas más graves (Imsero, 2008).

De igual modo, la sensación que producen estos malestares en el adulto mayor lo hacen más consciente de cuidar su salud:

Pero sí, muchas personas mayores se van a parar y les duelen las piernas, les duelen los brazos, les duele la columna, en cambio cuando uno está joven se sube hasta por donde no tiene que subirse, entonces sí cambia en muchos aspectos, en uno ya de edad. (Marmato, comunicación personal, 2017).

La acentuación de los problemas de salud común con el proceso de envejecimiento provoca de manera lenta y silenciosa un cambio en la relación que las personas mayores tienen con sus cuerpos y desde ellos con su entorno. Ahora los dolores y limitaciones se intensifican hasta el punto de reclamar atención constante, asimismo obligan a una difícil convivencia con el malestar, motivo por el cual el cuerpo adquiere una centralidad absoluta de sus percepciones:

Pues ya del cuerpo ve uno que falla mucho por mucha dolencia, por eso no puedo trabajar porque me duelen los brazos, la rodilla, la cintura, agacharme o arrodillarme, no soy capaz, para levantarme tengo que estar afianzado, yo de aquí me puedo parar, pero no puedo salir a caminar, porque las rodillas no me corresponden, tengo que quedarme quieto mientras me voy desentumiendo para poder dar el paso. (Riosucio, comunicación personal, 2017).

Además estas muestras de debilitamiento o deterioro condicionan cada vez más la forma de desenvolverse ante las actividades cotidianas. De igual modo, el constante recordatorio que suponen los llamados achaques de la edad hacen conscientes a las personas mayores de la presencia de alguna enfermedad como estado mucho más agudo de la realidad.

Porque ya estoy muy vieja, ya me duelen mucho las rodillas para un trajinar, porque eso es un trajín muy horrible, nosotros hacíamos morcilla, hacíamos tamales, hacíamos natilla, nosotros hacíamos muchas actividades para la gente pobre y me dicen Mery vuelva, y yo ya estoy muy cansada, ya no. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

De esta manera se potencia la sensación de poseer un cuerpo frágil. De hecho, en las narraciones de las personas mayores el fenómeno más singular que de una u otra forma todos han destacado es la percepción de no considerarse viejos, sin embargo sentir que ya no cuentan con la energía del pasado, la cual les ha abandonado de forma paulatina e irreversible: “[...] porque ya estoy muy vieja, ya me duelen mucho las rodillas para trajinar, ya no [...]” (Viterbo, comunicación personal, 2017). Por lo tanto tienen que adaptar sus actividades y proyectos a esta nueva situación y prepararse así para las condiciones vitales que se asocian a la vejez. El cuerpo aparece como un medio de interacción social y no siempre de la manera que se espera, para estar activo es necesario tener un cuerpo que lo permita: “No es capaz uno de hacer nada con nadie, se siente aburrido, afligido (Viterbo, comunicación personal, 2017).

En la representación que elaboran de la enfermedad quienes ya se han ido aproximando a ella afirman que esta aparece mucho más cercana tanto en términos de probabilidad de que “llegue” como en la comprensión menos trágica que de ella se expone. Sin embargo, aunque produce un gran temor, ya no se trata del miedo a lo desconocido que significaba antes, pues los achaques como enfermedad atenuada permiten una mayor familiaridad con ella y esto facilita una mejor predisposición para asumirla en caso de que aparezca (SABE, 2016).

2.3.7. “El espíritu se mantiene joven”

“El cuerpo carga los años pero el espíritu se mantiene joven” (Riosucio, comunicación personal, 2017). En los relatos de los participantes no solo es evidente la asincronía entre el envejecimiento biológico, psicológico y social, también se señalan grandes diferencias entre el cuerpo y el espíritu:

Honestamente yo me considero un muchacho de 20 años, con experiencia de 50 años por el modo de actuar, de pensar, de razonar, de hacer las cosas, entonces todavía tengo vitalidad espiritual, que la capacidad física no me dé muchas veces, pero moral y espiritualmente sí y eso me hace vivir y eso me hace pensar que tengo que ayudar y tengo que colaborar y tengo que estar con la gente y tengo que hacer mi vida diaria, tengo que buscármela porque a mí no me la dan. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

Nosotros llamamos vejez al estado material del cuerpo, que se acaban las células, se acaba la piel, se va acabando la fuerza, es que se ve el deterioro físico, no espiritual, pero se ve el deterioro material. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

Esta diferenciación entre envejecimiento corporal y espiritual se manifiesta de varias maneras: “La vejez es material, lo espiritual lo lleva uno. ¿Qué el estado físico? Eso sí es aparte, el deterioro material es muy distinto (Viterbo, comunicación personal, 2017). “El cuerpo carga lo años, pero el alma mantiene joven” (Riosucio, comunicación personal, 2017). Así el recorrido la vida enseña a envejecer manteniéndose joven “entonces la realidad de la vejez es mental, todo lo que se piensa se atrae, y que mientras se siga el ritmo de vida no se es viejo, porque lo que envejece es el físico no el espíritu” (Manizales, comunicación personal, 2017); “es que no envejece el alma sino el cuerpo, y mientras haya alma hay ganas de vivir” (Manizales, comunicación personal, 2017), o como señala otra: “(envejecer) fácil como le digo yo, desde que uno pueda caminar, moverse, hacer sus cosas, es fácil” (Manizales, comunicación

personal, 2017), aspecto que liga el cuerpo con el movimiento y la capacidad de hacer y desempeñar actividades, esto se aborda más adelante.

En gerontología se ha insistido en que al ubicar al cuerpo en el centro del análisis se corre el riesgo de perpetuar la ruptura entre mente y cuerpo. Featherstone y Hepworth (como se citó en Sánchez, 2016) han demostrado que las personas mayores perciben con mayor frecuencia su identidad como “yo sin edad”. Según ellos, esta identidad sin edad se enfrentaría a los “problemas” del cuerpo que, a su vez, se ve afectado por el proceso de envejecimiento. Para los autores esta brecha entre el sentimiento de la juventud percibido internamente y un cuerpo visiblemente envejecido sería el origen de una ruptura ontológica. El yo, sin edad, se convertiría en prisionero, en la vejez de un cuerpo que se degrada funcional y estéticamente. Esta teoría llamada “la máscara del envejecimiento” sugiere que con la edad hay una distancia cada vez mayor entre la apariencia de una persona y la concepción subjetiva de su identidad personal, con el peligro de hacer que un cuerpo reducido a su apariencia sea el corazón de la construcción de la identidad, minimizando las otras dimensiones que definen al individuo (trabajo y posición social, familia y relaciones amistosas, conocimiento, ocio, etc.). Entre el cuerpo-máquina y el cuerpo-discurso, el envejecimiento del cuerpo-individuo se enfrenta a una cierta ambigüedad en las sociedades de consumo occidentales. Macia y Chapuis-Lucciani (2008) se preguntan: “¿Cómo mantener una subjetividad coherente en la continuidad de uno mismo, mientras que el cuerpo, al mismo tiempo el factor de individuación (Durkheim, 1912), el símbolo de la identidad (De Singly, 2005) y el testigo de la normalidad (Kaufmann, 2005), declina visible e inexorablemente?”

Iacub (2006) considera que algunos viejos parecen quedar suspendidos en una vivencia psíquica asimilada a la juventud en tanto permanencia de una identidad. En cambio el cuerpo se lo separa quedando como una máscara (Featherstone y Hepworth como se citó en Sánchez, 2016) que lo des-identifica de sí mismo al tiempo que le permite mantener una ilusión de un cuerpo joven. Sin embargo esta vivencia se mantiene en un nivel de ilusión funcional,

es decir, como un anhelo de no incorporación de una imagen o idea de un cuerpo no esperado. La ilusión también juega un papel importante en esta relación de deterioro dado que se quiere que sea modificable o, en última instancia, no integrable. Razón por la cual no se habla de un extrañamiento sino de una externalización.

2.4. Soledad

La soledad no siempre es un sentimiento negativo, por lo que se puede hablar de soledad objetiva y soledad subjetiva. La primera hace referencia a la falta de compañía y no siempre implica una vivencia desagradable para el individuo, ya que puede ser una experiencia buscada y enriquecedora. La soledad subjetiva, por otra parte, la padecen las personas que se sienten solas. Es un sentimiento doloroso y temido por un gran número de personas mayores, nunca es una situación buscada (Charpentier, Soulières y Kirouac, 2019).

En este estudio, la soledad en la vejez es un temor que agobia como perspectiva de futuro, pero también una experiencia vivida; no es tan importante estar solo como sentirse solo. Entre las personas mayores que hablan de la soledad, la mayoría tienen en común verla como una experiencia íntimamente vinculada a la transformación más o menos marcada de la composición familiar:

Yo vivo sola, acá antes había papá, mamá, abuelita, porque el abuelito ya había muerto, se fueron casando, se fueron yendo, me quedé sola, pero yo sé vivir con la soledad, yo sé afrontar la soledad, yo sé que no me puedo encerrar a llorar y a lamentar como Laurita, la leche derramada. (Marmato, comunicación personal, 2017).

Para algunas personas mayores la soledad toma forma de una relación consigo misma, muy íntima y aislada de los demás, y cuya frecuencia e intensidad

fluctúan durante el curso de su vida. Esta experiencia de soledad marcada por la ausencia de otros es generalmente “dinámica” y “elegida”. Estas personas buscan y valoran, cada uno a su manera, la experiencia de soledad solitaria que consideran vital. Esta soledad solitaria es como un medio de emancipación personal o una oportunidad para mantener una relación privilegiada consigo mismo: “A mí me gusta mi soledad” (Riosucio, comunicación personal, 2017).

Para otras personas mayores la soledad es la ausencia de personas cercanas:

Que entre más viejo uno, se van casando los hijos, los nietos y va quedando uno solo, eso para mí es muy triste, acordándose de uno cuando estamos todos juntos, de la navidad y ya ahora es muy diferente, ya la navidad no es lo mismo. (Manizales, comunicación personal, 2017).

Si bien la mayoría de las personas aprecian la autonomía, la libertad y la independencia que se obtienen al vivir solos y desean mantener una buena distancia con sus seres queridos, lamentan los largos períodos de ausencia. Las personas mayores tienden a atribuir tanta importancia a las relaciones con los miembros de la familia como a las de sus amigos cuando hablan sobre los vínculos entre su red social y la experiencia de la soledad:

Espiritual y materialmente no tengo con quién congeniar las intimidades, muchas veces me siento a razonar solo y a pensar, cuando me veo en esa soledad me voy para donde un hijo, para el café y cuando llego al café me encuentro con 5 o 6 amigos a charlar y se me pasa. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

En este grupo poblacional es particularmente importante la soledad que queda tras la partida de los hijos: “Porque ya uno solito sin un hijo, sin quien esté pendiente de uno. Los hijos no pueden vivir con uno, usted sabe que uno levanta los hijos, ya tienen obligación, cuando ya dejan al papá y a la mamá y cogen obligación, les toca irse con la obligación” (Samaná, comunicación personal, 2017).

También sucede que la soledad sentida tiene sus raíces en una vida emocional vivida como insatisfactoria. Muchos adultos mayores se arrepienten de no tener a nadie con quien compartir comidas, dormir u otras actividades. Entre ellos, algunos acarician el deseo de encontrarse con una persona así para reinvertir la esfera íntima de sus vidas y así poder terminar con su sentimiento de soledad emocional.

No que tal uno solo en un apartamento... la mujer todavía tiene opciones de vivir con sus hermanas y todo, pero uno, que hace uno en una pieza solo, con sus enfermedades, que necesite quien le haga una comidita, yo no sería capaz de vivir solo, yo viví viudo solo 13 años y me estaba enloqueciendo. (Manizales, comunicación personal, 2017).

En general, más personas mayores reportan soledad emocional que soledad familiar o social, y esto es más pronunciado entre los hombres que en las mujeres. Esta soledad afectiva ocurre con mayor frecuencia como resultado de una vida conyugal que termina (debido a la muerte, el divorcio o la separación) y por la cual se mantiene cierta nostalgia, incluso después de muchos años de viudez. "Pero es difícil, es muy difícil después de 47 años de convivencia muy bien convividos... no tengo con quien reírme, no tengo de quien burlarme" (Viterbo, comunicación personal, 2017). También se encuentra la soledad producto del abandono:

Llegan los años y voy a ser ancianita y yo sé que voy a estar sola y ya la familia no lo voltean a ver a uno para nada, ni vienen a darle vuelta a uno, tengo muchos hermanos y para nada, todos por allá lejos y ni lo llaman a uno siquiera... levanté a mi familia pobremente, pero la levanté, siete hijitos y ya cuando ellos fueron creciendo, se fueron yendo y ahí estoy sola por el momento. (Aguadas, comunicación personal, 2017).

Bueno la parte de que uno se sienta solo, por ejemplo es que uno no pueda contar con los hijos, que uno les exprese a ellos lo que uno siente, compartir

con ellos, dialogar con ellos, uno decirle: “Vea, yo me siento muy triste y tal cosa” como yo, hay veces le digo a los muchachos, porque hay veces uno tiene otros hijos lejos y los añora uno tenerlos con uno y cuando les digo y me quedo solo en la casa y me pongo a meditar y en esos ratos si siente uno la soledad, entonces me pongo a pensar: “Dios mío bendito ¿qué fuera de mi si estuviera sola por acá en esta casa, si no tuviera a mi esposo y a mis hijos? Sería mucha la tristeza de uno de sentirse solo? Que apenas estén los vecinos por ahí, esa es la soledad. Yo le digo a los muchachos que hay que compartir más con uno, yo sé que están trabajando, pero por la noche vienen y están pendientes de mí, pero en ese rato que no están uno se siente solo. Si usted tiene ánimos es bueno que esté en esa reunión del adulto mayor acá, nosotros no podemos estar todo el día acá, porque necesitamos trabajar para tener el sustento. (Samaná, comunicación personal, 2017).

En cuanto a las mujeres, muchas, después de la pérdida de su cónyuge y un cierto período de adaptación a su viudez, han optado por invertir el resto de su vida en su red social. Lo hacen, por ejemplo, fomentando las amistades y las relaciones de vecindario, o desarrollando nuevas relaciones. Las mujeres sufren menos la soledad que los hombres por el hecho de tener más relaciones interpersonales, íntimas y de apoyo fuera de su círculo familiar, mientras que la mayoría de los hombres tienen a su esposa como su única confidente. Las relaciones amistosas y las oportunidades para las actividades sociales interpersonales que tienen las mujeres a menudo hacen que la ausencia de un compañero sea mucho menos difícil de llevar, sin borrar ningún sentimiento de soledad afectiva.

Algunas personas mayores, por su parte, informaron haber experimentado formas de soledad que se basan en la aguda, y a menudo dolorosa, conciencia de la fragilidad de su relación con el mundo y la finitud de la vida humana.

Uno en la vejez en cualquier momento, como dicen en las noticias, una persona sola le da un infarto y se queda encerrado, solo y a los dos o tres días se dan

cuenta por el olor, entonces uno piensa eso, estar uno solo es muy horrible y muy peligroso, pero uno se enseña a estar solo. (La Dorada, comunicación personal, 2017).

Para algunos, esta soledad es existencial: “La soledad realmente no es que uno esté solo, es la parte espiritual” (Aguadas, comunicación personal, 2017).

A su vez, los adultos mayores afirman que un día cobra más extensión cuando están solos:

A mí si la soledad me deprime hartito, no me gusta la soledad, para mí el día domingo es el más aburrido yo no sé por qué. El día domingo no me gusta ni poquito, no sé, yo me aburro tanto los domingos, el oficio es menos y yo no sé porque el domingo no me gusta a mí, se me hace tan largo el día. (Manizales, comunicación personal, 2017).

La soledad en los participantes de este estudio parece más un temor que agobia como perspectiva de futuro que una experiencia vivida. Incluso la gente que vive sola, dados los grados de independencia con los que aún cuenta, siente que puede enfrentarse a ella como una realidad elegida pero no definitiva, ya que en sus horizontes vitales todavía existen expectativas de cambio. Por lo tanto, los discursos ofrecidos por los adultos mayores sugieren que la soledad en estas edades se atribuye más a una cuestión de actitud que de la realidad que se esté viviendo; no es tan importante estar solo como sentirse solo.

2.5. Consideraciones finales

Los hallazgos de este estudio muestran que aunque las percepciones de vejez se alejan en alguna medida de los estereotipos tradicionalmente asociados a

ella, aún están presentes las nociones de deterioro, decadencia, dependencia, carga social, inutilidad, entre otros; pero con connotaciones interesantes y que abren nuevos horizontes: se considera vieja la persona que no puede moverse, dependiente y deteriorada, pero las personas mayores no se perciben a sí mismas de esta manera, los discursos que los viejos dan a conocer acerca de ser viejo dan cuenta de la heterogeneidad de las formas de asumirse como viejos.

En nuestra cultura occidental el concepto de vejez ha sido construido socialmente de manera unilateral y reduccionista, tomando como referentes el deterioro y la declinación generalizada, que conllevan inevitablemente a una vejez dependiente e inactiva. Ello incide, por supuesto, en las prácticas de intervención sociales y en salud que son predominantemente asistencialistas y constituyen hoy la base de la mayoría de los modelos existentes, se observan claramente diferencias entre las apreciaciones de las sociedades occidentales en torno a la vejez y de los actores mismos. Es notoria la tendencia a incluir nuevos lenguajes sobre la corporalidad, hay un cambio de concepción en el cual el cuerpo no aparece como un destino, sino como un objeto de transformación y se libra una lucha contra el cuerpo estigmatizado de la vejez. La nueva sociabilidad de los mayores no aparece centrada en la familia sino en la extensión de redes sociales de apoyo relativas a espacios más amplios y centrada en los amigos o grupos de pares, además, aunque la enfermedad se menciona en torno a la percepción de vejez, no es el punto central ni tiene un papel protagónico.

La gerontología toma verdadero impulso cuando el sujeto envejecido puede volver a ser pensado por fuera de su enfermedad. Hay giros discursivos en torno a las patologías y su relación con cambios propios del envejecimiento. Esto implica nuevas demandas en relación con la vejez y cuestionar, a la vez que promover, nuevos criterios acerca de lo que significa ser adulto mayor. No solo la enfermedad se asume diferente, la salud, también se torna más flexible en sus límites y promueve nuevas formas de mirarla, así, la noción de saludable expresa un concepto menos rígido y la noción de salud funcional representa un eje central para describir a un sujeto definido por sus funciones más que por niveles ideales de salud.

El ser humano no puede pensarse a sí mismo sino como un miembro de una colectividad que constituye su grupo de referencia y su grupo de pertenencia; así, tal como se mencionó en el marco conceptual, el propio individuo depende del grupo que le rodea. En ese sentido, sus referencias están circunscritas a su grupo y en sí a sus grupos de los cuales forman parte las personas adultas mayores. En esa lógica resulta muy acertado que se señale que el problema no es la edad sino lo que la gente hace con ella (Atchley, 1989). Así, la vejez incluso siendo parte del proceso de vida del ser humano, se enfrenta a la construcción de estereotipos fuertemente caracterizados por atributos negativos, asociados a la improductividad, la ineficiencia, la enfermedad, la decrepitud, la fragilidad, dependencia y exclusión. Ante ese escenario, la posibilidad de que se genere una situación de igualdad, de integración y de cohesión social se ve cada vez más lejana.

Pese a que no haya sido tratada de forma explícita, la dimensión temporal es, sin duda, la que ha articulado toda la labor de descripción del proceso de envejecimiento. De hecho, una de las apuestas planteadas en el marco conceptual respecto a la construcción conceptual del envejecimiento como proceso radicaba en el rechazo de la edad como criterio a través del cual clasificar el fenómeno. Los resultados de este estudio muestran que, según las personas mayores, el envejecimiento recoge la percepción del paso del tiempo desde la relación establecida con el cuerpo y sus cambios, la lentitud, el temor a perder la independencia y la autonomía, dentro de una noción de trayectorias que van y vienen y permiten comparar el ahora de la vejez con el pasado (la juventud), por tanto, aunque de manera implícita, se considera el tiempo desde su relación con la experiencia, con lo subjetivo de este tiempo y como dimensión de la existencia. este tipo de construcción de trayectorias en movimiento, de comparación constante, la presencia del paso del tiempo, se manifiestan como pautas explicativa a la hora de definir los estados subjetivos de las personas y permite descartar el criterio que ofrece la edad como variable de ordenación del envejecimiento como proceso subjetivo. En consecuencia, se puede concluir que el tiempo como categoría estructurada desde la experiencia (corporal, afectiva, entre otras), y no como escala cronológica, representa la

dimensión determinante en el proceso de envejecimiento, el principio articulante del proceso, junto a la capacidad de moverse y permanecer autónomo e independiente.

En el marco de todo lo expuesto queda clara la necesidad de crear políticas integrales que no solo amparen los derechos del adulto mayor, sino que al mismo tiempo y, especialmente, promuevan una actitud social positiva, así como una autopercepción activa, autónoma, responsable e independiente. Es necesario, en última instancia, diseñar políticas que generen nuevas actitudes sociales, nuevas percepciones y nuevos abordajes para esta población y que ayuden a renovar el interés por los estudios socioculturales del envejecimiento y la noción de envejecimiento diferencial, al tiempo que pongan de manifiesto los modos diferenciados de envejecer, de concebir el envejecimiento, de afrontarlo y significarlo.

De igual forma, y considerando la necesidad de fortalecer la imagen social multidimensional de las personas mayores, es necesario promover una imagen positiva de la vejez asociada al mantenimiento de las capacidades físicas, mentales y sociales, reconociendo las habilidades y experiencias enriquecedoras que poseen los adultos mayores y que sirven de apoyo para el desarrollo de nuestra sociedad. El concepto de vejez deberá, pues, ser redefinido y comprendido desde una mirada más humanitaria e integradora, y todos los sectores que propenden por el desarrollo social deberán propiciar la participación e inclusión de esta población en la dinámica evolutiva de la sociedad. Las personas mayores son un recurso humano activo para el desarrollo de los países, son ciudadanos que ejercen derechos y que deben participar en la toma de decisiones.

2.6. Referencias bibliográficas

Atchley, R. (1989). A Continuity Theory of Normal Aging. *The Gerontologist*, 29, 183-190.

Bobbio, N. (1997). *De senectute y otros escritos biográficos*. Madrid, España: Santillana S. A., Taurus.

Charpentier, M., Souliers M. y Kirouac, L. (2019). Vieillir et vivre seule. Comprendre la diversité des expériences pour mieux intervenir. [Rapport de recherche].

Dulcey-Ruiz, E. (2013). *Envejecimiento y Vejez: Categorías y Conceptos*. Santiago de Chile, Chile: F. C. Humano, Ed.

Gómez, J. F. y Curcio, C. L. (2014). *Valoración de la salud del anciano*. Manizales, Colombia: Artes Gráficas Tizan.

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

Hummert, M. L. (1999). A social cognitive perspective on age stereotypes. In T. M. Hess. & F. Blanchard-Fields. (Eds.), *Social cognition and aging* (pp. 175–196). San Diego: Academic.

Iacob, R. (2006). *Erótica y Vejez. Perspectivas de occidente*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Iacob, R. (2010). El envejecimiento desde la identidad narrativa. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.*, XXI, 298-305.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). *Las dimensiones subjetivas del envejecimiento. Colección Estudios Serie Personas Mayores*. Recuperado de <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/11007dimensensejec.pdf>.

Kehl, S. y Fernández, J. M. (2001). La construcción social de la vejez. *Cuadernos de Trabajo Social*, 14, 125- 161.

Klein, A. (2009). Neoliberalismo-Neoevangelismo-Cambios socio-demográficos: posibles marcos epistemológicos frente a algunos desafíos actuales en el campo de las ciencias sociales (los paradigmas ambiguos). *Acciones E Investigaciones Sociales*, (27), 69-109. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.200927344

Klein, A. (2013). Promesa extinguida o promesa en estado de fluido: continuidades y discontinuidades de los adultos mayores hoy. *Psicología & Sociedade*, 25(1), 213-219. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000100023>

Laforest, J. (1991). *Introducción a la Gerontología*. Barcelona, España: Herder.

Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona, España: Herder.

Levy, B. R. (2003). Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58, 203-211.

Levy, B. y Banaji, M. (2002). Implicit Ageism. T. D. Nelson, (Ed), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 49-75). Cambridge: MIT Press.

Macia, E. y Chapuis-Lucciani, N. (2008). La vieillesse et ses masques. Quelle place pour le corps âgé dans le maintien de la subjectivité? *Corps*, 5, 101-106.

Mead, G. H. (2006). *L'esprit, le soi et la société*. Paris, Francia: Presses universitaires de France.

Meccia, E. (2016). ¿Quién teme al espejo? Una polémica sociológica en torno a cómo los gays ven el envejecimiento gay. *Research on Ageing and Social Policy*, 4(1), 70-95. Doi: 10.17583/rasp.2016.1723.

Merleau-Ponty, M. (1993). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona, España: Planeta de Agostini.

Ministerio de Salud y Protección Social - Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas. (2016). *Encuesta SABE Colombia: Vejez y Calidad de vida en Colombia*. Bogotá, Colombia: Editorial PREGRAF IMPRESORES S.A.S.

Monchietti, A. (2002). La representación social de la vejez. *Boletín de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento*, (14), 20-27.

Ocampo, W. A. (2018). *Mayores de colores: estudio cualitativo frente al proceso de envejecimiento y vejez de cinco hombres homosexuales en la ciudad de Medellín* (tesis de pregrado). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Organización Mundial de la Salud –OMS–. (2009). *Organismos internacionales y envejecimiento*. Recuperado de <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

Pruzinsky, T. y Cash, T. F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. In T. F. Cash. y T. Pruzinsky. (Eds.), *Body Images. Development, deviance and change* (pp. 337-349). New York: The Guilford Press.

Sánchez-Vera, P. (2016). Editorial. Vejez y Género. Algunos Conceptos para el Análisis y el Debate. *Research on Ageing and Social Policy*, 4(1), 1-21. Doi: 10.17583/rasp.2016.1881.

Vaillant, G. y Mukamal, K. (2001). Successful Aging. *Am J Psychiatry*, 158, 839- 47.

Vargas, L.M. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4 (8), 47-53.

Wachelke, J. y Contarello, A. (2010). Social representations on aging: Structural differences concerning age group and cultural context. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42 (3), 367-380.

3.

La salud de las personas mayores en el departamento de Caldas

Lina María
González

Ana María
Ortiz

Santiago
López

Andrea
González

Carmen Liliana
Ávila

Carlos William
Rincón

Carmen-Lucía
Curcio

3.1. Introducción

Como se ha mencionado en esta investigación, la población mundial se encuentra en un proceso de envejecimiento que, para el caso de América Latina, es acelerado. Se estima que entre en 2000 y 2050 se duplicará la proporción de personas mayores de 60 años del 11% al 22%, el número de personas mayores de 60 años al 2030 podrá ascender a 1400 millones y para el 2050 alcanzaría los 2100 millones de personas (Organización Mundial de la Salud –OMS–, 2017).

Tal como se explicó en el primer capítulo, la transición demográfica tiene importantes impactos en las sociedades y en las culturas, pero a diferencia de otro tipo de cambios, este es predecible en su mayoría y permite una serie de actividades de planeación y preparación para lo que implica tener poblaciones de más edad y mucho más longevas. Esta posibilidad de vivir más tiempo pone sobre la mesa la necesidad de considerar las condiciones de vida no solo durante la vejez sino a lo largo de la vida. Bajo este panorama, la salud constituye un constructo que determinará la vida de las personas, de sus comunidades y de las poblaciones (OMS, 2017).

Considerar la salud como una característica fundamental en el proceso de envejecimiento implica la revisión de diversas condiciones relacionadas con las políticas públicas y el reconocimiento

de acciones puntuales para mejorar y mantener la salud durante todo el curso de vida y, especialmente, durante la vejez. Los mecanismos de prevención de enfermedades, la promoción de hábitos de vida saludable, la atención oportuna y pertinente, el conocimiento y los determinantes sociales en salud, son algunos de los aspectos que rodean la salud de la población y que deben ser tenidos en cuenta para el diseño de planes, programas y proyectos, enfocados en que a lo largo de la vida tanto individuos como grupos puedan tener las mejores condiciones de salud.

Colombia no es ajena al cambio demográfico, el incremento de las personas mayores de 60 años en el país, de entrada, producirá un aumento del gasto en salud, un aumento del gasto de bolsillo e inclusive el cambio generacional implicará más atención en salud, dado que los perfiles epidemiológicos actuales indican que serán más frecuentes después de los 60 años e inclusive mucho más costosos. Como se ha mencionado anteriormente, el beneficio de este cambio está dado por las buenas o malas condiciones de salud a lo largo de la vida y especialmente después de los 60 años (Gutierrez, Moreno, González, Galán y Ruiz, 2015).

En 2015, la Fundación Saldarriaga Concha en alianza con Fedesarrollo realizó la Misión Colombia Envejece, en la cual se hizo un diagnóstico y se plantearon algunos retos del sistema de salud frente al envejecimiento, por esto, y buscando hacer un mayor énfasis departamental que permita un campo de acción focalizado en la toma de decisiones frente a estos retos, se desarrolló este capítulo el cual busca identificar las condiciones de salud de la población mayor de 60 años en el departamento de Caldas. Para ello en este apartado se presenta en primera instancia un marco de referencia sobre envejecimiento y percepción de salud, luego un panorama general del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el departamento de Caldas, posteriormente un perfil sobre morbilidad, síndromes geriátricos, discapacidad y estado nutricional, seguido de información sobre atención en salud, acceso y utilización de servicios de salud y, por último, un análisis cualitativo sobre percepción de salud de las personas de 60 años y más del departamento.

Se pretende orientar la planeación e implementación de estrategias de política pública relacionadas con la salud, y generar recomendaciones pertinentes para promover la legitimación de los servicios, programas y apoyos desde esta área, dirigidos a las personas mayores y todas aquellas que están envejeciendo.

Para efectos de este documento la salud es entendida como un estado de completo bienestar tanto en lo físico como en lo mental y lo social (OMS, 1948), y desde un enfoque de promoción del envejecimiento saludable entendido como

El proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella y está determinada por la capacidad intrínseca de la persona (es decir, la combinación de todas las capacidades físicas y mentales — así como las psicosociales — de una persona), los entornos en los que vive (entendidos en el más amplio sentido, que incluye los entornos físicos, sociales y normativos), y la relación entre ambos. (Organización Mundial de la Salud, 2017, p. 30).

Así, en este documento se analizan múltiples factores que están involucrados en la salud.

3.2. Marco de referencia

La interrelación entre la transición epidemiológica y la transición demográfica contiene muchos elementos. El proceso denominado transición demográfica es de alcance social y transforma todas las esferas de la vida social de los países y las poblaciones que lo viven. En este sentido, la transición demográfica ha sido descrita como un proceso de larga duración que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento

demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro, final, de bajo crecimiento, con bajas tasas de mortalidad. Entre ambas situaciones de equilibrio se pueden identificar dos momentos principales. El primero, en el cual la tasa de crecimiento de la población aumenta como consecuencia del descenso de la mortalidad, y el segundo, en el que dicho crecimiento disminuye debido al descenso posterior de la fecundidad (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, Banco Interamericano de Desarrollo, 1996).

Los conceptos e implicaciones de la transición demográfica y la transición epidemiológica se tratan a profundidad en el capítulo de demografía, sin embargo, hay algunos elementos fundamentales que vale la pena resaltar. La transición epidemiológica se ha definido como la consecuencia de la disminución de la fecundidad y la mortalidad de la transición demográfica, puesto que la transformación de las edades promedio, de las tasas de mortalidad y de la esperanza de vida tienen implicaciones en el perfil epidemiológico de una población.

La transición epidemiológica se refiere a cambios progresivos en los patrones de salud y enfermedad, y en los perfiles de mortalidad, los cuales implican disminución de morbilidad y mortalidad debidas a causas infecciosas (enfermedades transmisibles), e incremento de morbilidad y mortalidad relacionadas con enfermedades crónicas, degenerativas y provocadas por los seres humanos, así como debidas a causas consideradas 'externas' como la violencia. En consecuencia, los patrones de morbilidad tienden a predominar sobre los de mortalidad. La transición epidemiológica está estrechamente relacionada con la transición demográfica y con cambios económicos y socio-culturales (Omran, 2005). Esta transición es un proceso dinámico en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios más amplios de índole demográfico, económico, tecnológico, político, cultural y biológico. La relación entre transición demográfica y epidemiológica se presenta en la figura 14.

Transición demográfica

Transición demográfica

Transición epidemiológica

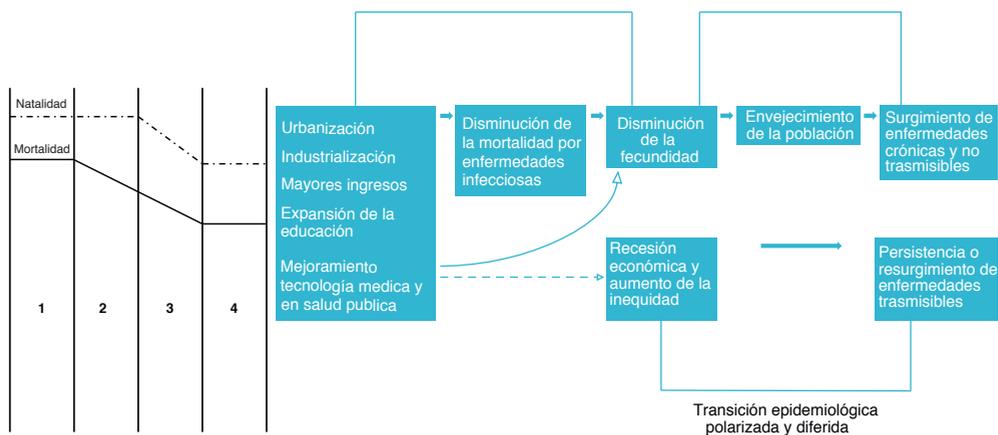


Figura 14. Transición demográfica y epidemiológica.

Fuente: Gómez y Curcio, 2014.

El aumento de la esperanza de vida ha sido un anhelo de la humanidad. En este sentido, el envejecimiento puede ser considerado un logro en el que mucho ha aportado el desarrollo científico técnico alcanzado. Sin embargo, la longevidad está produciendo retos sin precedentes a los responsables de la elaboración de políticas en general y a los ciudadanos en particular, pues se deberán mantener los niveles de seguridad social y económica, y la oferta de servicios de salud de calidad a un segmento de la población que, por su avanzada edad, se encuentra en desventaja para afrontar las exigencias sociales contemporáneas (Bayare y Pérez, 2006). No se trata solo que las personas mayores puedan aspirar a vivir mucho más que antes, sino de que el mundo que las rodea ha cambiado.

El incremento de la esperanza de vida conlleva a transformaciones en los tipos de enfermedades que afectan las poblaciones. De ser un proceso agudo,

caracterizado por enfermedades transmisibles, pasa a ser un proceso crónico, caracterizado por la edad avanzada de los sujetos y los largos períodos de la enfermedad. “De este modo se hace posible la combinación, aparentemente paradójica, de una mortalidad descendente junto con una morbilidad creciente” (Bayarre y Pérez, 2006). Por esta razón, el proceso de transición epidemiológica se caracteriza por una paradoja en la cual la mortalidad desciende, pero la morbilidad asciende en la medida en que las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) se vuelven más comunes, mientras la esperanza de vida y la edad promedio aumentan.

La transición epidemiológica tiene cuatro características importantes: 1) implica un cambio de las principales causas de muerte en un sentido predominante: de las enfermedades infecciosas comunes, la desnutrición y los problemas derivados de la reproducción a las enfermedades no transmisibles, las lesiones, las afecciones mentales y las nuevas infecciones (como el VIH). 2) La carga principal de la morbi-mortalidad se mueve de los grupos más jóvenes hacia los de mayor edad. 3) Hay un tránsito de una situación de salud dominada por la mortalidad, a otra donde la morbilidad es la fuerza predominante, especialmente por el incremento relativo de las enfermedades crónicas, y 4) como resultado de los cambios anteriores, la transición epidemiológica conlleva una transformación profunda en el significado social de la enfermedad. De ser un proceso agudo y transitorio, que se resuelve ya sea con la curación o con la muerte, la enfermedad pasa a constituirse en un estatus crónico, frecuentemente estigmatizado, en el que la carga psicológica, social y económica se acrecienta (Gómez, 2001).

Desde luego, la transición epidemiológica tiene un efecto determinante sobre el sistema de atención a la salud que se debe organizar para el suministro de servicios. Así, hay una estrecha relación entre la transición demográfica, la transición epidemiológica y la atención en salud.

3.3. Envejecimiento exitoso, saludable y activo

El *envejecimiento* es un proceso diferencial, multidimensional, complejo, heterogéneo, intrínseco e irreversible referido a los cambios permanentes en el transcurrir de la vida. La *vejez* representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida que se produce en función de las identidades, experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas a lo largo de la vida (Dulcey-Ruiz & Arrubla Sánchez, 2013). Así, el envejecimiento es un proceso dinámico y multidimensional que va más allá de lo epidemiológico y de los límites cronológicos de la edad, precisa el análisis de múltiples factores del entorno que repercuten en el funcionamiento humano, comienza desde el nacimiento e implica factores intrínsecos y extrínsecos que determinan la salud y el bienestar de los individuos.

La vida y el envejecimiento son prácticamente sinónimos y uno no puede ocurrir sin el otro. A diferencia del envejecimiento, la “mala salud” no es una condición *sine qua non* de la vida, aunque el envejecimiento a menudo se asocia con vejez y enfermedad, el envejecimiento es un proceso que comienza en el útero y se caracteriza por un declive funcional progresivo, pero no necesariamente mórbido. Es decir, a medida que se ha incrementado el envejecimiento de la población, se ha ido fomentando el cambio hacia un discurso positivo sobre el envejecimiento, incluido el envejecimiento saludable, exitoso o activo; el envejecimiento ya no se presenta como un período inevitable de deterioro funcional con enfermedades que requiere la retirada de la vida activa. Estos tres conceptos de envejecimiento (exitoso, saludable y activo) se detallan a continuación.

3.3.1. Envejecimiento exitoso

Acorde con Rowe y Kahn (1997) el envejecimiento exitoso es la habilidad para mantenerse con bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental, y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades

significativas (Rowe y Khan, 1997). En el estudio realizado por Curcio, Pineda, Rojas, Muñoz y Gómez et al. (2017) en la ciudad de Manizales, se encontró que los factores predictores independientes de envejecimiento exitoso son buena y muy buena autopercepción de salud, alta religiosidad, elevado nivel educativo, ser casado y del sexo femenino; los autores concluyen que la prevalencia del envejecimiento exitoso en ancianos colombianos es baja, 1 de cada 10 mayores de 65 años envejece con éxito y aumenta a 1 de cada 4 cuando no se tienen en cuenta las condiciones crónicas de salud (Curcio et al., 2017).

En países en vía de desarrollo, como Colombia, continúa existiendo una brecha entre las oportunidades con las que cuentan las personas mayores y la posibilidad de elección, que no garantizan el envejecer con éxito. Aunque el envejecimiento exitoso ha recibido críticas en función de su carácter elitista ligado a su dependencia de factores como el socioeconómico, la exclusión de factores de índole sociocultural y el enfoque centrado en el individuo y en su estilo de vida, se rescatan sus aportes, principalmente en cuanto al reconocimiento de los aspectos positivos del funcionamiento del sujeto y el reforzamiento de las capacidades físicas y cognitivas que trascienden la buena salud y son fundamentales para mantenerla.

3.3.2. Envejecimiento saludable

De otro lado, se ha observado la existencia de un grupo de individuos que envejecen con ciertas características como la ausencia de alta carga de morbilidad, sin deterioro funcional o cognoscitivo y que permanecen con grados aceptables de bienestar y de participación social, lo que se describe como fenotipo de envejecimiento saludable (Beard, 2016). Según la OMS (2015), con base en el curso de vida y las perspectivas funcionales, el proceso de fomento y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez es denominado envejecimiento saludable. Aquí la capacidad funcional del individuo es la combinación final entre la persona y su entorno y la interacción entre ellos, comprende los atributos relacionados con la salud que le permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. El bienestar se

considera en un sentido muy amplio y abarca cuestiones como la felicidad, la satisfacción y la plena realización. El envejecimiento saludable refleja la interacción permanente entre las personas y los entornos que habitan (factores del mundo exterior que forman el contexto de vida, desde el nivel micro al macro), cuando estas interacciones son injustas dan lugar a inequidades en salud.

3.3.3. Envejecimiento activo

A diferencia de los dos anteriores, el término envejecimiento activo surge en un marco político y fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales de los años 90 con la intención de reconocer los factores que, junto a la atención en salud, afectan la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones (2002). El envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y autorrealización. Reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen y respalda su responsabilidad para ejercer la participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria. Se define como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2002). Se insiste en que el término «activo» hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no solo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Tiene tres pilares: salud, participación y seguridad; lo que indica que más allá de las capacidades físicas y cognitivas, la participación continua en asuntos sociales al envejecer e implica para el sujeto un rol activo basado en los derechos, con alto nivel de autodeterminación y responsabilidad individual, social y política (Urrutia Serrano, 2018).

En el 2015 se incluyó como pilar para la comprensión del envejecimiento, el aprendizaje a lo largo de la vida; a su vez, la educación de las personas mayores se reconoció como un elemento esencial del derecho a la educación que

contribuye al bienestar a nivel social, las personas en todos los ámbitos de la vida y en todas las edades que están informadas y actualizadas contribuyen a la competitividad económica, el empleo, la protección social sostenible y la participación ciudadana. Al facilitar la prosperidad general, el aprendizaje a lo largo de toda la vida contribuye significativamente a la solidaridad entre las generaciones. La OCDE considera que el aprendizaje continuo es uno de los componentes más importantes del capital humano en un mundo que envejece.

Así, el envejecimiento activo se basa en un marco político junto con la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (OMS, 2002), instrumentos internacionales de política que guían la acción sobre el envejecimiento desde 2002. En Colombia, este enfoque ha sido adoptado por la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez (Minsalud, 2015) la Política pública social para el envejecimiento y la vejez en el departamento de Caldas (Gobernación de Caldas, 2018a).

3.4. Percepción de salud

La percepción hace parte de las habilidades que tienen los seres humanos para relacionarse con su entorno: percepción [...] es una parte esencial de la conciencia, es la parte que consta de hechos intratables y, por tanto, constituye la realidad como es experimentada. Esta función de la percepción depende de la actividad de receptores que son afectados por procesos provenientes del mundo físico. 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 Castilla, 2006). Es por esto que la percepción, si bien está del lado subjetivo de la relación de conocimiento, tiene en cuenta los hechos físicos que la detonan. Además, es un proceso mediante el cual se conceptualizan hechos de la realidad.

Es importante tener en cuenta que la percepción de salud se entrelaza de manera estrecha con el concepto de salud-enfermedad. Al ser esta diada una representación de la forma en la que las dinámicas sociales atraviesan el proceso biológico de la salud y la enfermedad, la percepción se convierte en relevante en la medida en que es una herramienta subjetiva para mediar dicho proceso. Se han reportado diferencias en la percepción que los individuos tienen de su estado de salud relacionadas con el sexo, la cultura, el medio en que se desarrollan, el estado socioeconómico, el nivel de educación, entre otros, independientemente de su condición de salud o enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Al cambiar de énfasis, la percepción de salud es la forma en la que en las historias individuales pueden hacer visible el proceso de salud-enfermedad, pero también las dinámicas sociales, políticas y culturales de una comunidad alrededor de su salud. Por ejemplo, concepciones y prácticas (posiciones y disposiciones) frente a la alimentación varía dependiendo de la comunidad en la que se habite. En este sentido, una apuesta por diagnosticar y transformar los significados y las percepciones alrededor de la salud tiene implicaciones directas sobre las prácticas de salud de las personas. Es por esta razón que hacer un balance sobre la percepción de salud en una población tiene implicaciones directas en su estado de salud, pero también en la posibilidad de generar iniciativas de política pública que estén acorde con la composición simbólica de la salud en los territorios que se intervienen.

3.5. El Sistema General de Seguridad Social en Salud en el departamento de Caldas

La Dirección Territorial de Salud de Caldas –DTSC– es la entidad encargada de ejecutar los recursos del Sistema General de Participaciones (Ley 715 de 2002) destinados a la Salud y de la dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el departamento de Caldas (Dirección

Territorial de Salud de Caldas, 2019). Dentro de sus funciones está establecer los lineamientos para que los municipios operen o regulen los servicios de salud y la articulación con las EPS y las ESE, buscando articular en asistencia técnica a las administraciones y ESE municipales, a fin de garantizar la atención integral de la población de Caldas.

La DTSC opera con 4 subdirecciones, entre ellas, la de salud pública que se organiza en 12 dimensiones que responden a las intencionalidades del Plan Decenal de Salud Pública. La dimensión de gestión diferencial de poblaciones vulnerables cuenta entre sus líneas con la de envejecimiento y vejez, desde la cual se dinamizan procesos de capacitación a los actores municipales en temas relacionados con la normatividad, cuidadores y la rehabilitación basada en la comunidad. Las acciones desarrolladas en esta línea se articulan al Plan de Intervenciones Colectivas, asimismo, desde la Subdirección de Salud Pública se despliegan las estrategias de Atención Primaria Social, Observatorio Social y Movilización Social “Cuídate-Cuídame”, escenarios desde donde es posible desarrollar acciones de caracterización, toma de decisiones, promoción de la salud y prevención de la discapacidad.

La Atención Primaria Social (APS) se formula como una estrategia para dar respuesta a los retos en salud y busca superar las inequidades y garantizar el bienestar de la población del departamento de Caldas. La APS parte de la identificación de riesgos y determinantes sociales que median en el bienestar de las comunidades a partir de la caracterización de las familias y la integración de la información en un Sistema Integrado de Gestión Social – SIGS– como fuente primaria de datos para el Observatorio Social. Una vez identificadas las necesidades por medio de un modelo de gestión del riesgo, la finalidad es fortalecer la institucionalidad acercando la oferta del Estado a los requerimientos de las familias. La estrategia establece el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con las diferentes ofertas del Estado (salud, educación, vivienda, seguridad, protección, movilidad, empleo, entre otros), permitiendo el empoderamiento de los individuos en el logro de sus objetivos y expectativas, con un espíritu de autorresponsabilidad

y autodeterminación, valiéndose del autocuidado como el pilar de un modelo de intervención exitosa y sostenible. La estrategia contempla que el cuidado de las familias debe fortalecerse principalmente en el nivel primario de atención donde el equipo de atención básico sea la puerta de entrada a la oferta institucional, intersectorial y transectorial. La estrategia de APS con enfoque familiar y comunitario constituye una ruta para lograr la equidad, un reto que obliga a garantizar el acceso a los servicios sociales donde se garantiza, entre otros, el goce de los derechos fundamentales de las políticas de Estado, caracterizada por los principios de gratuidad, universalidad y solidaridad (Dirección Territorial de Salud de Caldas, 2019).

El Observatorio Social busca ser un gran sistema de información en el que se registre información de los habitantes del departamento de Caldas. En salud está estrechamente ligado con los informes de APS. Sobre este observatorio se pretende desarrollar una política pública en salud que esté altamente focalizada y con instrumentos estadísticos que reflejen la realidad del departamento. Esta herramienta es utilizada tanto por la Dirección Territorial de Salud de Caldas como por la Secretaría de Integración Social de Caldas para focalizar programas y proyectos para las personas mayores, así como herramienta de mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios de esta población.

En Caldas “Cuídate-Cuídame” tiene como objetivo fortalecer y desarrollar habilidades en la población que conduzcan a la elección de hábitos y estilos de vida saludables a partir de la interiorización del concepto de autocuidado como una práctica individual y colectiva.

3.6. Política de Atención Integral en Salud - PAIS

La Política de Atención Integral en Salud - PAIS se creó por medio de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud, que modifica a la Ley 100 de 1993, agregando elementos de la salud y las relaciones familiares y comunitarias.

Su objetivo general es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751 de 2015).

El Departamento de Caldas ha sido defensor de la puesta en marcha de la PAIS y, según los reportes del Ministerio de Salud y Protección Social, cuenta con los niveles de implementación más avanzados del país.

Cabe destacar que el proceso en el departamento de Caldas es líder a nivel nacional por su organización, convocatoria y avances para la adaptación de las rutas al sector salud en el departamento. Por tanto territorios como Tolima, Risaralda y recientemente Quindío se han interesado por capacitarse bajo la experiencia del departamento de Caldas, así como tomarlo como modelo para su respectiva implementación, según informó la Coordinadora de APS, Mercedes Pineda García (Dirección Territorial de Salud de Caldas, 2019).

Además, el Plan de Desarrollo Departamental de Caldas 2016-2019 (Gobernación de Caldas, 2016) tiene un enfoque de APS y una estrategia de atención de comunidades con el Plan Decenal de Salud Pública. Los avances se han realizado sobre todo en la metodología de adopción y adaptación e implementación de las RIAS.

3.7. La salud en cifras en el departamento de Caldas

En este apartado se presentan las condiciones generales del departamento en cuanto al perfil de morbilidad, situación de salud mental y discapacidad como un panorama general que permita identificar las necesidades particulares y la pertinencia de las políticas tanto de atención como de promoción y prevención para este grupo poblacional.

3.8. Morbilidad y prevalencia de enfermedades crónicas

Tal como se mencionó, las tendencias de morbilidad han variado en forma considerable, presentando un perfil epidemiológico complejo; las enfermedades infecciosas han disminuido y han aumentado las crónicas discapacitantes, y se han mantenido sin cambio otras enfermedades que tienen como causa la pobreza, el consumo de alcohol, la insalubridad y estilos de vida poco saludables.

En las personas mayores son más prevalentes las enfermedades crónicas que se caracterizan por su duración indefinida, comienzo insidioso y progresión gradual, que limitan la realización de las actividades de la vida diaria, no se curan totalmente, y tienen baja incidencia y alta prevalencia. Este grupo de enfermedades producen una gran morbilidad y mortalidad prematura, así como alto grado de discapacidad, dependencia y deterioro significativo de la calidad de vida de quienes las padecen y de su entorno social y familiar, además de un alto impacto financiero sobre el sistema de salud. Por lo general de cada cinco ancianos, cuatro tienen al menos una condición crónica y de éstos, uno tiene tres o más que son importantes y deterioran su capacidad funcional. El promedio de condiciones crónicas por anciano en la comunidad en Colombia es de 3, siendo las de mayor prevalencia: hipertensión arterial, osteoartritis, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades del corazón y diabetes mellitus. La interacción entre ellas (comorbilidad o multimorbilidad) origina diferentes tipos de discapacidades que llevan al deterioro del funcionamiento de los ancianos (Curcio, 2015).

De acuerdo con los hallazgos del estudio SABE Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) en Colombia las dos condiciones crónicas de salud que se presentaron en más del 40% de la población adulta mayor fueron, en su orden, la hipertensión arterial y la presencia de síntomas depresivos, seguidos por condiciones crónicas asociadas al envejecimiento como problemas visuales y auditivos. En general, la prevalencia fue mayor en mujeres, con excepción de las condiciones visuales (ver Figura 15). También se encontró

que el 85,1% padece de más de una condición crónica (multimorbilidad) y padecer en forma simultánea tres condiciones crónicas es más frecuente que sufrir dos. Las mujeres reportaron con más frecuencia sufrir más de dos enfermedades, particularmente, las mujeres con mayor frecuencia reportaron la presencia de tres y cuatro condiciones de salud crónicas. En general la presencia de dos o más condiciones aumentó con la edad y en mayor proporción después de los 75 años.

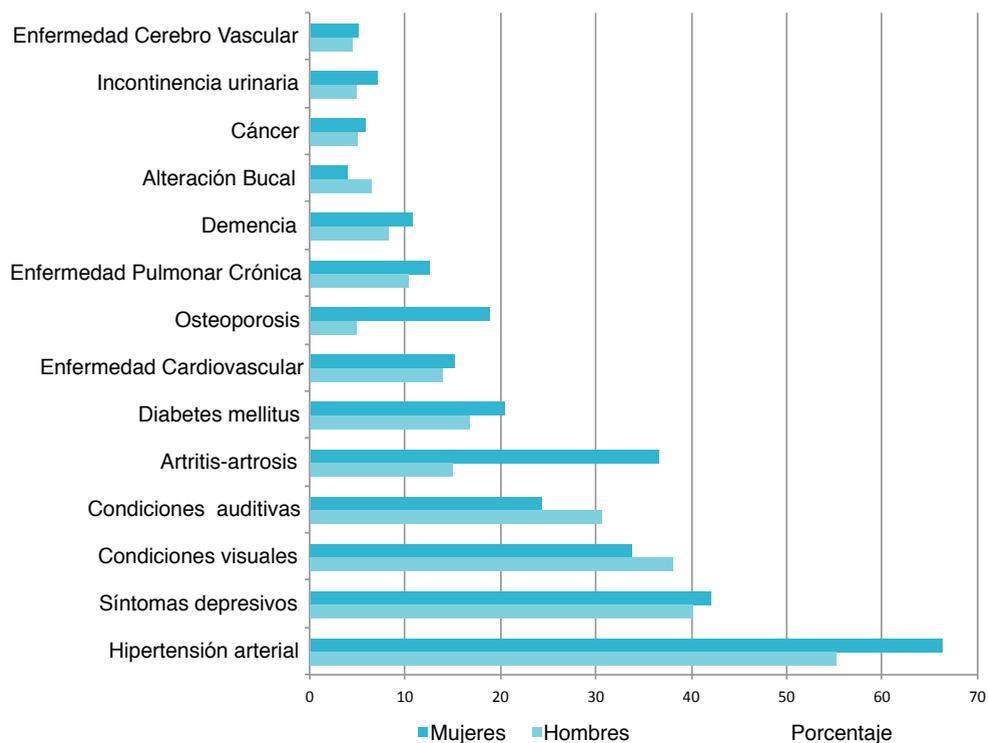


Figura 15. Prevalencia de condiciones crónicas de salud en la población de 60 años y más en Colombia, por sexo.

Fuente: SABE Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Un estudio llevado a cabo en la ciudad de Manizales, el cual utilizó un muestreo aleatorio por conglomerados, muestra que el promedio de condiciones crónicas de salud es 2,27 en las mujeres y 1,47 en hombres, menor que el promedio nacional. Además, el 23,5% de los hombres y 11,1% de las mujeres no reportan ninguna condición crónica, 83% de las personas mayores del municipio tiene al menos una condición crónica y 42% de las mujeres reportan tres o más condiciones crónicas de salud.

La prevalencia de condiciones crónicas (ver Figura 16) difiere en algunos aspectos, por ejemplo en Manizales la diabetes es mayor en hombres y en Colombia es en mujeres y la prevalencia de enfermedad como la osteoartritis es mayor en Manizales.

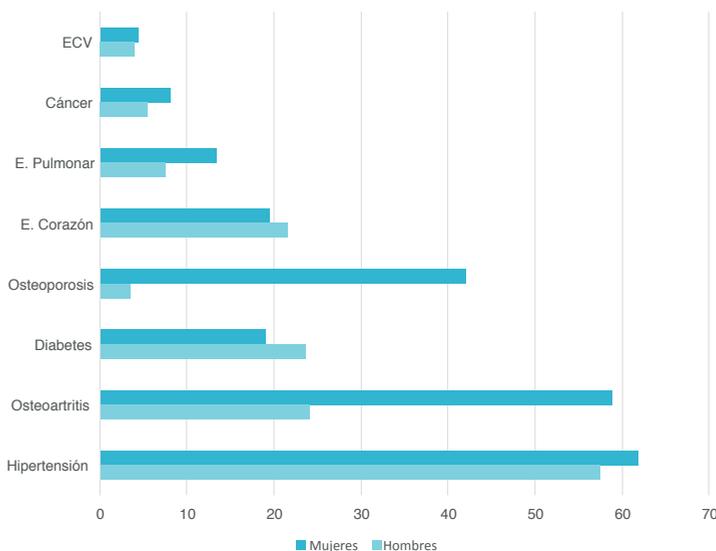


Figura 16. Prevalencia de condiciones crónicas de salud en la población de 60 años y más en Caldas, por sexo.

Fuente: Grupo de investigación en Gerontología y Geriátría. Universidad de Caldas.

Los hallazgos son similares a los reportados en otros municipios del departamento que muestran que un porcentaje ligeramente mayor (88%) de la población adulta mayor de Caldas sufría al menos una enfermedad crónica. Al diferenciar por sexo se encontró que mientras el 77% de los hombres referían tener al menos una, en las mujeres era de 96% ($p < 0.001$). En cuanto a grupos de edad, es evidente el aumento del porcentaje de quienes reportan la presencia de enfermedades, pero sin diferencias estadísticas.

3.9. Síndromes geriátricos

En general el término “síndrome” significa un grupo de signos y síntomas que ocurren simultáneamente y que caracterizan una anormalidad particular. Otros lo definen como “el agregado de síntomas y signos asociados con algún proceso mórbido, que constituyen de manera agrupada el cuadro clínico de una enfermedad”. Síndrome geriátrico se refiere a condiciones multifactoriales de salud que ocurren cuando los efectos acumulados de deterioros en múltiples sistemas llevan a una persona mayor vulnerable a situaciones estresantes. Por tanto, el efecto acumulado de deterioros en múltiples dominios, relacionados con la edad, lleva a la presencia de una consecuencia adversa particular (Gómez y Curcio, 2002). A continuación se presenta la prevalencia de los síndromes geriátricos más frecuentes.

3.9.1. Fragilidad

El concepto de fragilidad se encuentra ampliamente extendido en el ámbito de la geriatría y gerontología, al igual que entre los profesionales que se ocupan de la atención de personas adultas mayores. La fragilidad se define como un síndrome biológico de disminución de la reserva funcional y resistencia a estresores, debido al deterioro acumulado de múltiples sistemas fisiológicos que originan pérdida de la capacidad homeostática y vulnerabilidad a eventos

adversos en salud tales como la progresión o desarrollo de enfermedad, hospitalización, caídas, discapacidad, institucionalización o muerte (Ahmed, 2007).

La prevalencia de fragilidad en personas adultas mayores en la Encuesta SABE Colombia fue 15,2%. Hay una mayor proporción de personas prefrágiles (60%), seguidas por las vigorosas (25%). Las personas mayores vigorosas se caracterizan por ser más jóvenes, hombres, de estrato socioeconómico alto que viven en zona urbana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Entre las personas mayores de Caldas la prevalencia de fragilidad estimada fue 12,1%; 6,8% en hombres y 17% en mujeres; 53% tenía criterio para prefragilidad y el 34,8% vigoroso; al igual que en Colombia, la fragilidad es más frecuente en las personas de mayor edad, en mujeres y con mayores tasas de analfabetismo. En Caldas, los frágiles tenían más alta comorbilidad y mayor discapacidad, tomaban más medicamentos, tenían poco desempeño en pruebas de ejecución física, menores puntajes en las pruebas de función cognoscitiva y estaban más deprimidos. Se concluye que la fragilidad tiene un gran impacto en la salud por su fuerte asociación con comorbilidad, discapacidad, deterioro cognoscitivo y depresión (Curcio, Henao y Gómez, 2014). La distribución es similar en Manizales, los vigorosos corresponden a 22,4 (61% hombres y 39% mujeres), prefrágiles 62,3% (similar distribución por sexo) y frágiles 15,3% (66% mujeres y 33,9% hombres (Benjumea, 2018).

3.9.2. Deterioro cognoscitivo y demencia

En Colombia la prevalencia de deterioro cognoscitivo leve (DCL) es 17,6%: a mayor edad se observó mayor prevalencia de deterioro cognoscitivo: para el grupo de edad entre 60 y 64 años fue de 7,4% con un incremento progresivo hasta los mayores de 80 años, en quienes la prevalencia fue de 52,5% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). La prevalencia total de demencia fue de 9,4%, también fue mayor en mujeres y en estratos bajos. Al igual que el DCL, la prevalencia de demencia fue mayor en zona rural.

En los cuatro municipios de Caldas que fueron parte de la muestra de SABE 2016, se utilizó el Minimental de Folstein para detectar deterioro cognoscitivo. Cuando se considera el punto de corte de menos de 24 puntos para comunidades urbanas con más de ocho años de educación, el deterioro cognoscitivo corresponde al 36%. Cuando el punto de corte se disminuye a 18, considerado para poblaciones rurales con menos de 5 años de educación formal, la prevalencia de deterioro cognoscitivo disminuye a 14%. En Manizales, utilizando el mismo instrumento y con un punto de cortes de 24 puntos, se encontró deterioro cognoscitivo leve en una proporción menor, 9,3%, (13,3% en hombres y 5,6% mujeres).

3.9.3. Caídas

Otro de los síndromes geriátricos que tienen gran impacto en la salud de las personas mayores son las caídas, especialmente por las consecuencias e impacto a nivel funcional: fracturas y deterioro de la movilidad. En Colombia hay algunos estudios relacionados con caídas que muestran que alrededor de la tercera parte de los ancianos que viven en la comunidad han tenido al menos una caída en el último año, tanto en áreas urbanas como rurales. Acorde con esto, el estudio SABE Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) reporta que la prevalencia total de caídas durante el último año fue de 32,4%, más alta en las mujeres, En los municipios del departamento de Caldas es 31,7%, con mayor prevalencia en la dorada (32.2%) y menor en Chinchiná (20.3%).

3.9.4. Incontinencia Urinaria

La Incontinencia Urinaria (IU) se define como la pérdida involuntaria de orina, de suficiente severidad para tener consecuencias sociales e higiénicas. Se considera un síndrome geriátrico que ocurre frecuentemente en personas adultas mayores, causante de estrés, tiene múltiples consecuencias y genera aislamiento social con un efecto negativo en la calidad de vida y la autoestima (Corrêa, Pirkle, Wu y Cols, 2018).

En Colombia la prevalencia general de IU es 5,9%, mucho menor que lo reportado en la literatura (alrededor del 18%), en Manizales es 20,5% y en los municipios de Caldas asciende a 28.1%, considerada casi el doble de la informada en estudios internacionales.

3.10. Condiciones en Salud Mental

Uno de los mayores riesgos en salud que se presenta durante la vejez es el deterioro de la salud mental, el cual es generalmente ignorado –muchas veces por la misma persona mayor– y no reconocido como enfermedad en el sentido estricto (Fundación Saldarriaga Concha, 2017).

Según resultados de la ENSM (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), la prevalencia a lo largo de la vida de cualquier trastorno mental de la población de 45 años en adelante es de 7,7%, siendo los trastornos afectivos los más comunes (afectan al 5,7% de esta población) seguidos por los trastornos depresivos (con una prevalencia del 5%) y de ansiedad (presente en 3,1% de las personas), con el agravante que a mayor número de enfermedades crónicas, mayor es el número de trastornos mentales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a, pp. 244-282). La misma encuesta reporta que 65% de los adultos de 45 años en adelante han solicitado atención en los últimos 12 meses pero solo el 34% recibieron efectivamente estos servicios luego de solicitarlos.

En Colombia, las necesidades de atención en salud mental son apremiantes. La Encuesta SABE del 2016 confirma que la enfermedad más frecuente en los colombianos, sobrepasada solamente por la hipertensión arterial (60%), es la presencia de síntomas depresivos (40%).

En cuanto a la depresión en Manizales es de 17,7%, en los hombres 28,7% tienen síntomas depresivos, en el figura 3 se muestra la prevalencia de depresión en cuatro municipios de Caldas. Los datos muestran que en general

existe menos depresión en Chinchiná; sin embargo, tienen mayores porcentajes de depresión mayor. En La Dorada la situación muestra que la mitad de la población vive con una depresión subsindromal. Las personas con menor depresión están en Riosucio (Universidad de de Caldas).

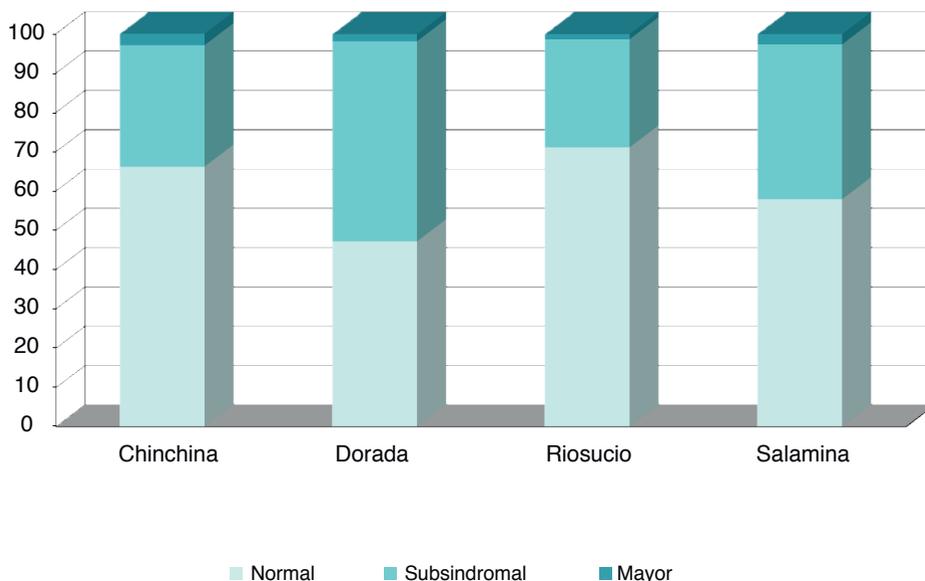


Figura 17. Presencia de depresión en cuatro municipios de Caldas.

Fuente: Grupo de Investigación en Gerontología y Geriátría. Universidad de Caldas.

Durante el 2016 en Caldas se atendieron 21.259 consultas externas relacionadas con trastornos mentales y del comportamiento, 44% a hombres y 56% a mujeres. Los trastornos atendidos fueron ansiedad (18%), trastorno afectivo bipolar (15%) y trastorno depresivo recurrente (9%). En los adultos de más

de 60 años las causas principales de consulta por salud mental y del comportamiento para 2016 fueron ansiedad (18%), trastorno afectivo bipolar (15%), trastorno depresivo recurrente (9%) y episodio depresivo (7%). El 66% (14.012) de las consultas se realizaron en Manizales (Delgado Enríquez et al., 2017).

Por otro lado, según el reporte “Así Vamos en Salud 2016” (Así Vamos en Salud, 2019), la tasa de suicidio por 100.000 habitantes corresponde al 23% y la tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) al 66%, lo que permite vislumbrar una situación preocupante que, si bien no es exclusiva del grupo etario, si ofrece claramente una oportunidad de mejora. Se presentaron durante el 2016 52 actos de violencia en adultos mayores, 63,4% por violencia física, 25% por negligencia y 1,9% por violencia sexual (Delgado, Jaramillo, Nieto y Cols., 2017).

En el departamento de Caldas se lleva a cabo el proceso de sistematización y análisis de la implementación de las redes de salud mental en Viterbo, Aranzazu y Pácora. Como resultado de la investigación se identificaron diferentes acciones formativas que pueden mejorar las condiciones de Salud Mental en cada uno de estos municipios. Se resaltan en general actividades preventivas como el autocuidado, actividades relacionadas con la prevención de los riesgos y la recuperación de los daños en la salud, acciones de proyección comunitaria en materia de salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y en general actividades que fortalezcan la convivencia social y fortalecimiento del núcleo familiar (Amezquita, 2017).

3.11. Discapacidad

La discapacidad es la expresión de una limitación funcional, cognitiva o emocional en un contexto social, la brecha existente entre las capacidades de una persona y las demandas de su entorno físico y social. El concepto de discapacidad se refiere al impacto que las condiciones crónicas o agudas tienen

sobre el funcionamiento de sistemas corporales específicos y, de forma general, sobre las habilidades de las personas para actuar de forma necesaria, usual, esperada o personalmente deseada en su medio social (Gómez y Curcio, 2018). La discapacidad considera aspectos corporales, individuales y sociales en función del contexto, es un hecho multidimensional y dinámico con repercusiones en las funciones, estructuras, actividades y participación del sujeto (OMS, 2001).

Aunque el envejecimiento no es sinónimo de discapacidad, están directamente relacionados: la discapacidad aparece y se presenta con mayor frecuencia en los mayores de 65 años, y es claro que en los grupos de mayor edad se encuentra el mayor porcentaje de personas con discapacidad. Así, teóricamente, en la medida en que aumente la expectativa de vida se tendrán ancianos con más y mayor discapacidad. Existen múltiples factores biológicos, sociales y psicológicos que hacen que la discapacidad vaya de la mano con el envejecimiento. El aumento de la población de personas con discapacidad que llegan a edades avanzadas es paralelo al envejecimiento demográfico de la población, como consecuencia, el envejecimiento de las personas con discapacidad presenta una serie de necesidades adicionales que van a modificar la situación anterior, añadiendo mayores complejidades. Solo muy recientemente ha comenzado a hacerse visible la punta del iceberg que afecta a un grupo importante de personas que van llegando a la vejez después de haber vivido toda su vida o parte de ella con discapacidad (Gómez y Curcio 2018).

La prevalencia de discapacidad en las personas mayores es alta en los países de América Latina debido a una historia de dificultades sociales y económicas a lo largo de la vida. Se ha encontrado que el estado socioeconómico a nivel individual y contextual, así como las condiciones médicas crónicas, contribuyen a la aparición de la discapacidad en estas poblaciones. Los resultados de diversos estudios sugieren una relación multifacética con la discapacidad que involucra edad, género, obesidad y otras condiciones de salud en los ancianos que viven en esta región. En Latinoamérica se han encontrado cifras variadas de prevalencia de discapacidad en la población general: Brasil 14,4%,

Costa Rica 5,3%, Colombia 6,4%, República Dominicana 4,7%, Ecuador 4,6%, Venezuela 3,9%, Honduras 2,6%, Chile 2,2%, México y Panamá 1,8% y Paraguay 1,1%. La variabilidad se debe a la diversidad de métodos empleados para medirla y a la ausencia de estandarización y homologación de criterios técnicos para definir el concepto de discapacidad. En la mayoría de los casos estas cifras representan solo las discapacidades más graves o permanentes (OPS - OMS, 2012).

Según el Ministerio de Salud (2017), el 58% de las personas con discapacidad en Colombia son mayores de 50 años, en el grupo de ancianos las mayores limitaciones referidas son para caminar largas distancias, estar de pie y aprender cosas nuevas, seguidas por las dificultades para realizar las actividades diarias, para concentrarse o realizar las tareas de casa y en la participación de actividades en la comunidad. Las menores limitaciones se presentan para vestirse o bañarse. En la misma encuesta, el orden de las limitaciones permanentes en mayores de 60 años es para moverse o caminar (16%), desplazarse en cortos trechos por problemas del corazón o respiratorios (16%), problemas para ver (15%), usar sus brazos y/o manos (4%) y oír con aparatos especiales (5%). El 3% reportó dificultades permanentes para el autocuidado y el 2% cada una de las siguientes: hablar o comunicarse, entender o aprender y relacionarse con los demás por problemas mentales, emocionales o de nervios.

En el censo 2018 (DANE, 2018) para la medición de la discapacidad se utilizó un enfoque social, en el cual la discapacidad se entiende como un problema originado en la sociedad, centrado en la completa inclusión de la persona. Los resultados preliminares muestran que el 7% de la población (7,5% mujeres y 6,8% hombres) presentan alguna discapacidad. Esta prevalencia es mayor en los departamentos de Nariño, Cauca y Putumayo. En cuanto a la población mayor, 22 de cada 100 personas de 60 años y más presenta alguna limitación física para ejercer sus actividades diarias. La edad promedio de las personas que reportó alguna limitación física para realizar sus actividades diarias es de 51,7 años, sin embargo, en los departamentos de Tolima, Boyacá y Caldas supera los 55 años.

Las dificultades que más afectan el desempeño diario son: el 36,9% tiene dificultades para mover el cuerpo, caminar o subir escaleras, el 18,7% para ver de lejos o de cerca, el 11,3% para oír y el 10,9% para entender o recordar. Estas dificultades son mayores en el área rural para todas las actividades. Las causas de las dificultades se muestran en la tabla 5.

Tabla 5. Causas de las dificultades que afectan el desempeño diario en la población colombiana.

| Dificultad | Enfermedad | Edad avanzada | Nació así | Otro tipo de accidente | Accidente laboral | Conflicto armado | Violencia no asociada a conflicto armado | Otra causa |
|---------------------------------------|------------|---------------|-----------|------------------------|-------------------|------------------|--|------------|
| Caminar | 51,0% | 21,9% | 6,3% | 10,3% | 6,5% | 0,7% | 0,4% | 2,0% |
| Ver | 43,3% | 32,5% | 7,9% | 3,6% | 3,2% | 0,4% | 0,6% | 3,6% |
| Oír | 30,1% | 36,5% | 14,8% | 4,7% | 5,7% | 1,1% | 0,2% | 2,6% |
| Entender Recordar | 32,6% | 11,7% | 43,8% | 3,6% | 1,5% | 0,6% | 0,4% | 3,4% |
| Agarrar o mover objetos con las manos | 45,4% | 9,1% | 6,0% | 15,2% | 18,2% | 1,2% | 0,8% | 2,4% |
| Hablar | 29,3% | 3,0% | 55,7% | 3,2% | 1,7% | 0,3% | 0,2% | 3,7% |
| Problemas cardiacos o respiratorios | 62,9% | 10,9% | 7,5% | 1,7% | 2,4% | 0,5% | 0,2% | 3,2% |
| Relacionarse | 37,2% | 3,9% | 39,4% | 3,5% | 2,1% | 1,9% | 1,1% | 7,3% |
| Comer, vestirse, bañarse | 41,3% | 17,1% | 18,7% | 5,6% | 2,0% | 0,55 | 0,3% | 10,7% |

| Fuente: DANE. Resultados preliminares del censo 2018. Noviembre 2018.

Según datos del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) en Colombia el 44,5% de las personas con discapacidad tienen más de 60 años, de las cuales 25% tienen más de 75 años (Correa y Castro, 2016, p. 32).

Acorde con ASIS (Dirección Territorial de Salud Caldas, 2017), en el 2017 el departamento de Caldas registró 25.481 personas en condición de discapacidad, 49.92% con alteración permanente en el sistema nervioso, 48.92% con una alteración permanente del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, en tercer lugar, con alteración permanente en los ojos con una proporción de 29,45 % (Dirección Territorial de Salud Caldas, 2017). SISPRO por su parte reportó para el año 2017 en el departamento de Caldas 4.933 personas con discapacidad de las cuales 3.536 tenían 60 años o más, de ellos, la mayor proporción con alteraciones permanentes relacionadas con el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas (32.4%), seguida de los ojos (17.9%) y el sistema nervioso (15.4%) (SISPRO, 2017). Las diferencias en las proporciones se deben probablemente al tipo de fuente.

Tabla 6. Alteraciones permanentes en personas mayores de 60 años.
Departamento de Caldas. Año 2017.

| | |
|---|--------------------|
| Geografía de Defunción. Departamento - Municipio | 17 - Caldas |
| Año - Mes - Día | 2017 |
| Grupo Etario - ASIS | De 60 y más |

| ALTERACIONES PERMANENTES | | |
|--|----------|--------|
| Tipo | Cantidad | % |
| El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas | 1.145 | 32,38% |
| El sistema cardiorrespiratorio y las defensas | 289 | 8,17% |

| ALTERACIONES PERMANENTES | | |
|---|-------|---------|
| El sistema genital y reproductivo | 126 | 3,56% |
| El sistema nervioso | 545 | 15,41% |
| La digestión, el metabolismo, las hormonas | 112 | 3,17% |
| La piel | 49 | 1,39% |
| La voz y el habla | 248 | 7,01% |
| Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto) | 46 | 1,30% |
| Los oídos | 343 | 9,70% |
| Los ojos | 633 | 17,90% |
| Total general | 3.536 | 100,00% |

| Fuente: SISPRO 2017. Elaboración Propia.

Misión Colombia Envejece (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015) revela que cerca del 13% de la población mayor tiene alguna limitación permanente. De otro lado, más allá de la discapacidad, las limitaciones o deficiencias que pueden relacionarse con discapacidad tienen porcentajes altos en las personas mayores: 20% de estas reportan alguna dependencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) (como vestirse, comer y ducharse) y el 38% tiene alguna dependencia en la realización de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (cuidado de otros, gestión económica, cuidado de la salud, entre otros) (Ministerio de Salud y Protección Social, SABE Colombia).

En 2017, el SISPRO reportó que en las personas de 60 y más años se presentó mayor dificultad para caminar, correr y saltar (24.19%), seguido de percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas (10.4%) y pensar o memorizar (10,0%) (ver Tabla 7).

Tabla 7. Dificultades en personas mayores de 60 años. Departamento de Caldas. Año 2017.

| | |
|---|--------------------|
| Geografía de Defunción. Departamento - Municipio | 17 - Caldas |
| Año - Mes - Día | 2017 |
| Grupo Etario - ASIS | De 60 y más |

| DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS | | |
|---|--------------|----------------|
| Actividad | Cantidad | % |
| Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo | 185 | 4,36% |
| Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo | 417 | 9,82% |
| Caminar, correr, saltar | 1.027 | 24,19% |
| Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón | 358 | 8,43% |
| Distinguir sabores u olores | 30 | 0,71% |
| Hablar y comunicarse | 279 | 6,57% |
| Llevar, mover, utilizar objetos con las manos | 394 | 9,28% |
| Mantener piel, uñas y cabellos sanos | 51 | 1,20% |
| Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos | 62 | 1,46% |
| Ninguna | 5 | 0,12% |
| Oír, incluso con aparatos especiales | 253 | 5,96% |
| Otra | 39 | 0,92% |
| Pensar, memorizar | 425 | 10,01% |
| Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas | 440 | 10,36% |
| Relacionarse con las demás personas y el entorno | 162 | 3,82% |
| Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos | 119 | 2,80% |
| Total general | 4.246 | 100,00% |

| Fuente: SISPRO 2017. Elaboración propia.

El grupo de Investigación en Gerontología y Geriatria de la Universidad de Caldas ha llevado a cabo investigaciones en Manizales y Caldas (ya referidas) que muestran diferentes prevalencias de discapacidad según las definiciones y medidas utilizadas, por ejemplo, en ancianos del área rural de Neira la prevalencia está alrededor del 10%; en personas de diversos municipios del departamento de Caldas se sitúa entre 5,6% y 35% según el parámetro evaluado; en Manizales fluctúa entre 18,5% y 45,5%. Además, se han establecido diferencias por sexo y género y asociaciones de discapacidad de movilidad con condiciones socioeconómicas, violencia actual y en el curso de vida, con temor a caer, espacio de vida y autopercepción de salud.

3.12. Estado nutricional

La malnutrición es una condición altamente patológica en personas mayores, la cual ocasiona pérdida de la autonomía, baja calidad de vida, alta frecuencia de admisiones hospitalarias y finalmente la muerte. El desarrollo de malnutrición en la persona mayor, en la mayoría de los casos, es un proceso multifactorial. De acuerdo con los resultados de la encuesta SABE (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) se estima que el 2% de las personas mayores se encuentra en estado de desnutrición, y cerca del 50% está en riesgo de desnutrición, esto afecta especialmente a las mujeres de nivel socioeconómico bajo y se incrementa con la edad. La frecuencia de la desnutrición y el riesgo de malnutrición aumentan a medida que disminuyen los ingresos económicos; el 2,8% de las personas que reciben menos de un SMMLV están en desnutrición, mientras que ninguna de las personas mayores encuestadas que reciben más de cuatro SMMLV se encuentra en esta categoría. La mitad de las personas con ingresos de menos de un salario mínimo están en riesgo de malnutrición, frecuencia que disminuyó hasta 13,8% para las personas con más de cuatro SMMLV. Existe el doble de malnutrición en la zona rural. Los mayores porcentajes de malnutrición están en el régimen subsidiado y en los niveles educativos bajos (4% en analfabetos) y desaparece cuando se tiene

más que secundaria. Un dato interesante es que la malnutrición disminuye cuando se reciben más de dos salarios mínimos.

Según el Índice de Masa Corporal (IMC) se corroboran los datos obtenidos por la valoración del MiniNutricional, el 2.8% de personas está en estado de malnutrición por MNA. Solamente el 34% tenía un IMC normal, el 41% estaba en sobrepeso (más frecuente en hombres y grupos de edad menores) y el 22% tenía algún grado de obesidad, más frecuente en las mujeres separadas o viudas, de zonas urbanas y de estratos socioeconómicos que van del 2 al 4. A mayor ingreso socioeconómico y mayor nivel educativo menor frecuencia de obesidad. La obesidad es más frecuente en mujeres, separadas o viudas entre edades de 60 a 69 años y en personas de estratos socioeconómicos 2 al 4, residentes en zona urbana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016c, p. 9).

Según cifras del DANE, entre el 2003 y el 2012 han muerto anualmente un promedio de 128,57 personas mayores de 65 años por cada 100 mil habitantes debido a la desnutrición, la tasa más alta de cualquier grupo etario, incluso mayor a la mortalidad de niños menores de 1 año (Ruiz, 2016).

Según el índice Así Vamos en Salud del 2017, la prevalencia de obesidad es de 84% lo que muestra un aumento frente a las cifras reportadas en el Diagnóstico Nutricional del Departamento de Caldas, 2014, realizado por la Gobernación De Caldas y la Universidad Nacional De Colombia, usando el índice de masa corporal se obtuvo que el 2,2% de los adultos valorados en el departamento de Caldas presenta bajo peso, el 18,2% obesidad y el 35,4% sobrepeso. Esto equivale a que el 53,6% de la población adulta del departamento presenta exceso de peso, lo que es un problema de salud pública ya que se asocia con las enfermedades crónicas no transmisibles.

El diagnóstico nutricional mostró que en todos los grupos etarios la malnutrición por exceso aumenta y la malnutrición por déficit se mantiene. Se menciona la pobreza como factor condicionante de este aspecto (Gobernación de Caldas, 2017).

3.13. Atención en salud

Se realizó un análisis del total de consultas y personas atendidas en cada uno de los ámbitos: ambulatorio, hospitalario y urgencias. Las fuentes de información utilizadas fueron los Registros Individuales de Prestación de Servicios –RIPS– y las bases de datos de notificación obligatoria y estadísticas vitales dispuestos en los cubos SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Los RIPS se definen como el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de los profesionales independientes, o de los grupos de práctica profesional, las entidades administradoras de planes de beneficios y los organismos de dirección, vigilancia y control del sistema de seguridad social en salud. Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación: diagnóstico y causa externa.

Según datos del ASIS 2017 el total de atenciones entre el año 2009 y el año 2016 fue de 10.711.738, el promedio de atenciones anuales entre el 2009 y el 2016 fue de 1.338.967 atenciones por año. Del total de atenciones, el 69,68% (7.464.241) correspondió a enfermedades no transmisibles, en segundo lugar, se encontraron las enfermedades transmisibles y nutricionales con una proporción del 12,23 % (1.311.033). La tercera gran causa de consulta estuvo relacionada con los signos y síntomas mal definidos con el 10,01% (1.072.802). La cuarta causa correspondió a las lesiones con el 5,08% (621.421).

En la población mayor de 60 años las atenciones por enfermedades no transmisibles también fueron el grupo con el mayor peso porcentual dado que anualmente abarcan el 82% y 85% de todas las atenciones en este grupo vital. Con el segundo peso porcentual más alto se encuentra las condiciones mal

clasificadas y en tercer lugar las lesiones, estas últimas presentaron un aumento importante en 2016 respecto al 2015 al pasar de 3,89 a 5,47, el resto de grupos disminuyeron su peso porcentual en 2016 con respecto al 2015 (Dirección Territorial de Salud Caldas, 2017).

En las tablas 8 y 9 se muestran el total de atenciones realizadas a personas de 60 años y más entre los años 2009 y el 2017 por municipio. Manizales, La Dorada y Chinchiná registran más atenciones debido a la mayor cantidad de población en estos municipios. También es evidente el incremento de atenciones y de personas atendidas y la alta concentración en el año 2017. Pero así mismo es interesante ver la ligera disminución que se presentó en el total de atenciones realizadas en el año 2016.

Tabla 8. Número de personas mayores de 60 años atendidas por municipio en el departamento de Caldas. Año 2009 a 2017.

| Municipio | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Total general |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------------|
| 17001 - Manizales | 16.853 | 33.959 | 36.550 | 46.150 | 46.870 | 55.186 | 47.751 | 54.276 | 59.806 | 104.823 |
| 17013 - Aguadas | 500 | 1.340 | 724 | 1.729 | 1.419 | 1.895 | 2.197 | 1.112 | 1.598 | 5.189 |
| 17042 - Anserma | 733 | 1.520 | 1.465 | 2.698 | 2.381 | 1.938 | 2.152 | 2.114 | 3.385 | 6.319 |
| 17050 - Aranzazu | 153 | 692 | 542 | 1.055 | 836 | 735 | 768 | 292 | 722 | 2.350 |
| 17088 - Belalcázar | 327 | 475 | 517 | 653 | 1.270 | 1.464 | 1.199 | 1.192 | 1.475 | 3.207 |
| 17174 - Chinchiná | 2.332 | 3.436 | 3.760 | 4.356 | 4.387 | 5.463 | 4.463 | 4.834 | 6.362 | 11.828 |
| 17272 - Filadelfia | 19 | 414 | 380 | 565 | 636 | 645 | 609 | 374 | 1.190 | 2.067 |
| 17380 - La Dorada | 3.604 | 5.916 | 5.466 | 6.611 | 7.067 | 9.816 | 7.841 | 7.329 | 8.718 | 20.073 |
| 17388 - La Merced | 157 | 340 | 267 | 149 | 149 | 240 | 405 | 173 | 481 | 1.045 |
| 17433 - Manzanares | 416 | 1.284 | 1.069 | 1.492 | 1.679 | 1.937 | 1.746 | 1.801 | 2.055 | 4.101 |
| 17442 - Marmato | 85 | 164 | 136 | 181 | 194 | 255 | 248 | 188 | 462 | 810 |
| 17444 - Marquetalia | 258 | 628 | 511 | 857 | 730 | 829 | 906 | 479 | 1.357 | 2.539 |
| 17446 - Marulanda | 45 | 190 | 213 | 311 | 241 | 240 | 246 | 236 | 253 | 646 |
| 17486 - Neira | 298 | 623 | 486 | 969 | 710 | 921 | 937 | 735 | 2.030 | 3.656 |
| 17495 - Norcasia | 369 | 351 | 335 | 467 | 511 | 528 | 564 | 495 | 445 | 1.119 |
| 17513 - Pácora | 640 | 829 | 867 | 875 | 850 | 1.206 | 1.055 | 984 | 1.579 | 2.842 |
| 17524 - Palestina | 68 | 107 | 106 | 215 | 252 | 297 | 275 | 345 | 632 | 1.095 |
| 17541 - Pensilvania | 1.786 | 2.065 | 1.889 | 1.907 | 2.782 | 3.609 | 2.563 | 2.691 | 2.909 | 6.008 |
| 17614 - Riosucio | 945 | 550 | 1.102 | 1.294 | 1.186 | 792 | 789 | 1.180 | 1.999 | 3.852 |

| Municipio | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Total general |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------------|
| 17616 - Risaralda | 294 | 360 | 347 | 443 | 611 | 605 | 552 | 578 | 993 | 1.888 |
| 17653 - Salamina | 354 | 972 | 1.635 | 1.197 | 1.199 | 1.463 | 1.121 | 1.040 | 2.411 | 4.546 |
| 17662 - Samaná | 537 | 672 | 576 | 581 | 1.696 | 2.698 | 1.952 | 2.000 | 2.144 | 4.458 |
| 17665 - San José | 57 | 173 | 188 | 208 | 202 | 181 | 184 | 54 | 565 | 894 |
| 17777 - Supía | 710 | 404 | 1.180 | 1.191 | 1.264 | 1.644 | 1.456 | 1.516 | 2.602 | 4.106 |
| 17867 - Victoria | 55 | 113 | 119 | 413 | 575 | 538 | 812 | 792 | 869 | 1.534 |
| 17873 - Villamaría | 516 | 1.629 | 1.616 | 2.414 | 2.378 | 2.294 | 2.352 | 1.387 | 2.922 | 6.939 |
| 17877 - Viterbo | 622 | 1.277 | 1.312 | 1.704 | 1.593 | 2.017 | 1.479 | 1.662 | 1.809 | 3.792 |
| | 32.299 | 59.295 | 61.930 | 78.532 | 81.612 | 95.970 | 80.930 | 87.260 | 108.321 | 187.704 |
| | 32.299 | 59.295 | 61.930 | 78.532 | 81.612 | 95.970 | 80.930 | 87.260 | 108.321 | 187.704 |

Fuente: SISPRO – Minsalud

Tabla 9. Atenciones a personas mayores de 60 años por municipio en el departamento de Caldas. Año 2009 a 2017.

| Municipio | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Total general |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------------|
| Manizales | 16.853 | 33.959 | 36.550 | 46.150 | 46.870 | 55.186 | 47.751 | 54.276 | 59.806 | 104.823 |
| Aguadas | 500 | 1.340 | 724 | 1.729 | 1.419 | 1.895 | 2.197 | 1.112 | 1.598 | 5.189 |
| Anserma | 733 | 1.520 | 1.465 | 2.698 | 2.381 | 1.938 | 2.152 | 2.114 | 3.385 | 6.319 |
| Aranzazu | 153 | 692 | 542 | 1.055 | 836 | 735 | 768 | 292 | 722 | 2.350 |
| Belalcázar | 327 | 475 | 517 | 653 | 1.270 | 1.464 | 1.199 | 1.192 | 1.475 | 3.207 |
| Chinchiná | 2.332 | 3.436 | 3.760 | 4.356 | 4.387 | 5.463 | 4.463 | 4.834 | 6.362 | 11.828 |
| Filadelfia | 19 | 414 | 380 | 565 | 636 | 645 | 609 | 374 | 1.190 | 2.067 |
| La Dorada | 3.604 | 5.916 | 5.466 | 6.611 | 7.067 | 9.816 | 7.841 | 7.329 | 8.718 | 20.073 |
| La Merced | 157 | 340 | 267 | 149 | 149 | 240 | 405 | 173 | 481 | 1.045 |
| Manzanares | 416 | 1.284 | 1.069 | 1.492 | 1.679 | 1.937 | 1.746 | 1.801 | 2.055 | 4.101 |
| Marmato | 85 | 164 | 136 | 181 | 194 | 255 | 248 | 188 | 462 | 810 |
| Marquetalia | 258 | 628 | 511 | 857 | 730 | 829 | 906 | 479 | 1.357 | 2.539 |
| Marulanda | 45 | 190 | 213 | 311 | 241 | 240 | 246 | 236 | 253 | 646 |
| Neira | 298 | 623 | 486 | 969 | 710 | 921 | 937 | 735 | 2.030 | 3.656 |
| Norcasia | 369 | 351 | 335 | 467 | 511 | 528 | 564 | 495 | 445 | 1.119 |
| Pácora | 640 | 829 | 867 | 875 | 850 | 1.206 | 1.055 | 984 | 1.579 | 2.842 |
| Palestina | 68 | 107 | 106 | 215 | 252 | 297 | 275 | 345 | 632 | 1.095 |
| Pensilvania | 1.786 | 2.065 | 1.889 | 1.907 | 2.782 | 3.609 | 2.563 | 2.691 | 2.909 | 6.008 |
| Riosucio | 945 | 550 | 1.102 | 1.294 | 1.186 | 792 | 789 | 1.180 | 1.999 | 3.852 |

| Municipio | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Total general |
|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------------|
| Risaralda | 294 | 360 | 347 | 443 | 611 | 605 | 552 | 578 | 993 | 1.888 |
| Salamina | 354 | 972 | 1.635 | 1.197 | 1.199 | 1.463 | 1.121 | 1.040 | 2.411 | 4.546 |
| Samaná | 537 | 672 | 576 | 581 | 1.696 | 2.698 | 1.952 | 2.000 | 2.144 | 4.458 |
| San José | 57 | 173 | 188 | 208 | 202 | 181 | 184 | 54 | 565 | 894 |
| Supía | 710 | 404 | 1.180 | 1.191 | 1.264 | 1.644 | 1.456 | 1.516 | 2.602 | 4.106 |
| Victoria | 55 | 113 | 119 | 413 | 575 | 538 | 812 | 792 | 869 | 1.534 |
| Villamaría | 516 | 1.629 | 1.616 | 2.414 | 2.378 | 2.294 | 2.352 | 1.387 | 2.922 | 6.939 |
| Viterbo | 622 | 1.277 | 1.312 | 1.704 | 1.593 | 2.017 | 1.479 | 1.662 | 1.809 | 3.792 |
| Total Colombia | 32.299 | 59.295 | 61.930 | 78.532 | 81.612 | 95.970 | 80.930 | 87.260 | 108.321 | 187.704 |
| Total general | 32.299 | 59.295 | 61.930 | 78.532 | 81.612 | 95.970 | 80.930 | 87.260 | 108.321 | 187.704 |

| Fuente: SISPRO – Minsalud

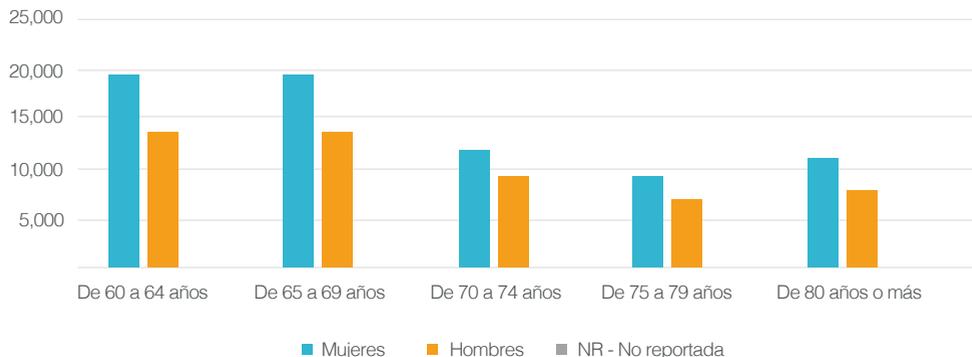
En el 2017 el 58,37% de las atenciones correspondió a mujeres mientras que el 41,62% a hombres. Lo anterior es acorde con la distribución de la población por sexo, dado que hay una mayor proporción de mujeres, aunado a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas en ellas. Al desagregar por quinquenios llama la atención que la mayor proporción se encuentra en el grupo más joven y disminuye con la edad hasta los 79 años, asimismo se encuentra un ligero incremento en los de 80 y más con relación a los de 75-79 años, pero no supera al grupo de 60 a 74 años. De esta población mayor, en el 2017 el 56,29% pertenecían al régimen contributivo y el 42,46% al subsidiado. En cuanto a los prestadores de servicios salud, que cubre el 50% de las atenciones, acorde con las atenciones y personas atendidas, la mayoría están ubicados en la ciudad de Manizales que es donde se encuentra la mayor concentración de habitantes.

Tabla 10. Atenciones a personas mayores de 60 años y más por quinquenios

| Número Personas Atendidas | Sexo | | | Total general |
|---------------------------|---------|---------|--------------|---------------|
| | Mujeres | Hombres | No reportado | |
| De 60 a 64 años | 19.383 | 13.862 | 1 | 33.246 |
| De 65 a 69 años | 15.544 | 11.956 | 2 | 27.502 |
| De 70 a 74 años | 11.938 | 9.215 | 1 | 21.154 |

| Número Personas Atendidas | Sexo | | | Total general |
|---------------------------|---------------|---------------|--------------|----------------|
| | Mujeres | Hombres | No reportado | |
| De 75 a 79 años | 9.239 | 6.926 | 4 | 16.169 |
| De 80 años o más | 11.255 | 7.850 | 4 | 19.109 |
| Total general | 61.972 | 46.338 | 11 | 108.321 |

Distribución de los pacientes por sexo y quinquenio de edad



| Fuente: SISPRO -Minsalud

En la Tabla 11 se presentan las atenciones a personas mayores de 60 años según grupo poblacional llamando la atención que más de la mitad de la población atendida no fue reportada en ningún grupo, seguido de la población sisbenizada que es el 40,51% seguida por la población desplazada cercana a un 2%. Al desagregar por el tipo de usuario (ver Tabla 12.) sin incluir los no reportados que se encuentran en su mayoría en régimen contributivo, encontramos como la siguiente mayor parte de las atenciones se dieron a la población del régimen subsidiado con un 3,73%.

Tabla 11. Atenciones a personas mayores de 60 años del Departamento de Caldas por grupo poblacional. Año 2017

| | |
|--|--------------------|
| Grupo Etario - Etapas Ciclo Vital | De 60 y más |
| Año - Semestre - Mes | 2017 |
| País - Departamento - Municipio | 17 - Caldas |
| Tipo de Atención | Todas |

| Grupo Poblacional | Número Personas Atendidas | Número de Atenciones | % |
|--|---------------------------|----------------------|---------|
| NR - NO REPORTADO | 65.306 | 1.172.810 | 55,25% |
| POBLACIÓN SISBENIZADA | 38.414 | 859.941 | 40,51% |
| POBLACIÓN DESPLAZADA | 2.156 | 42.349 | 1,99% |
| COMUNIDADES INDÍGENAS | 1.040 | 16.644 | 0,78% |
| POBLACIÓN RURAL NO MIGRATORIA | 393 | 8.331 | 0,39% |
| POBLACIÓN TERCERA EDAD EN PROTECCIÓN DE | 365 | 8.179 | 0,39% |
| HABITANTE DE LA CALLE | 241 | 5.448 | 0,26% |
| NINGUNO DE LOS ANTERIORES | 127 | 2.478 | 0,12% |
| POBLACIÓN DISCAPACITADA | 100 | 2.431 | 0,11% |
| POBLACIÓN CARCELARIA DEL INPEC DECRETO 2 | 96 | 1.819 | 0,09% |
| POBLACIÓN DESMOVILIZADA | 15 | 567 | 0,03% |
| POBLACIÓN EN CENTROS PSIQUIÁTRICOS | 9 | 567 | 0,03% |
| POBLACIÓN INFANTIL A CARGO DEL ICBF | 15 | 480 | 0,02% |
| NEGRO(A) O MULATO(A) O AFROCOLOMBIANO(A) | 22 | 473 | 0,02% |
| POBLACIÓN RURAL MIGRATORIA | 13 | 125 | 0,01% |
| PROGRAMA EN PROTECCIÓN A TESTIGOS - POBL | 2 | 47 | 0,00% |
| MADRES COMUNITARIAS | 2 | 44 | 0,00% |
| MENORES DESVINCULADOS DEL CONFLICTO ARMADO | 2 | 42 | 0,00% |
| CREADOR O GESTOR CULTURAL DECRETO 2283/2 | 1 | 6 | 0,00% |
| POBLACIÓN EN CENTROS CARCELARIOS | 1 | 5 | 0,00% |
| ROM | 1 | 4 | 0,00% |
| Total general | 108.321 | 2.122.790 | 100,00% |

Fuente: SISPRO-Minsalud.

Tabla 12. Atenciones a personas mayores de 60 años en el departamento de Caldas durante el año 2017 según tipo de usuario y nivel de SISBEN.

| Tipo de Usuario | Nivel SISBEN | Número Personas Atendidas |
|---|--------------|---------------------------|
| 1 - CONTRIBUTIVO | NIVEL 1 | 1.877 |
| | NIVEL 2 | 634 |
| | NO APLICA | 1.990 |
| | NO REPORTADO | 66.032 |
| Total 1 - CONTRIBUTIVO | | 70.533 |
| 2 - SUBSIDIADO | NIVEL 1 | 3.809 |
| | NIVEL 2 | 687 |
| | NO APLICA | 877 |
| | NO REPORTADO | 37.179 |
| Total 2 - SUBSIDIADO | | 42.552 |
| 5 - OTRO | NIVEL 1 | 14 |
| | NIVEL 2 | 5 |
| | NO APLICA | 9 |
| | NO REPORTADO | 1.563 |
| Total 5 - OTRO | | 1.591 |
| 4 - PARTICULAR | NIVEL 1 | 2 |
| | NO APLICA | 4 |
| | NO REPORTADO | 357 |
| Total 4 - PARTICULAR | | 363 |
| 3 - VINCULADO | NIVEL 1 | 6 |
| | NIVEL 2 | 1 |
| | NO APLICA | 4 |
| | NO REPORTADO | 132 |
| Total 3 - VINCULADO | | 143 |
| 7 - DESPLAZADO CON AFILIACIÓN A RÉGIMEN SUBSIDIADO | NIVEL 1 | 11 |
| | NIVEL 2 | 3 |
| | NO APLICA | 1 |
| | NO REPORTADO | 172 |
| Total 7 - DESPLAZADO CON AFILIACIÓN A RÉGIMEN SUBSIDIADO | | 187 |
| 0 - NO DEFINIDO | NIVEL 1 | 7 |
| | NIVEL 2 | 4 |
| | NO APLICA | 3 |
| | NO REPORTADO | 191 |
| Total 0 - NO DEFINIDO | | 205 |
| 8 - DESPLAZADO NO ASEGURADO O VINCULADO | NIVEL 1 | 1 |

| Tipo de Usuario | Nivel SISBEN | Número Personas Atendidas |
|--|--------------|---------------------------|
| | NO REPORTADO | 2 |
| Total 8 - DESPLAZADO NO ASEGURADO O VINCULADO | | 3 |
| 6 - DESPLAZADO CON AFILIACIÓN A RÉGIMEN CONTRIBUTIVO | NO REPORTADO | 1 |
| Total 6 - DESPLAZADO CON AFILIACIÓN A RÉGIMEN CONTRIBUTIVO | | 1 |
| Total general | | 108.321 |

| Fuente: SISPRO Minsalud.

Respecto a la morbilidad en consulta por grandes causas, la primera corresponde a las enfermedades del sistema circulatorio (29,6%), seguido de síntomas, signos y hallazgos anormales en pruebas de laboratorio (11,6%), enfermedades del sistema osteomuscular (9,3%) y enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (8,4%).

La principal causa de morbilidad consultada por las personas mayores de Caldas durante el 2017 corresponde a las enfermedades cardiovasculares. La segunda causa de consulta fueron las enfermedades transmisibles y nutricionales y la tercera fueron los signos y síntomas mal definidos. En todos los casos es relativamente mayor en mujeres.

De acuerdo con ASIS (2017) en la población de 60 años y más son las atenciones por enfermedades no transmisibles el grupo con el mayor peso porcentual, lo que corresponde a una tendencia de país dado que estas enfermedades anualmente abarcan entre el 82% y 85% de todas las atenciones, seguidas de las condiciones mal clasificadas y, en tercer lugar, las lesiones, estas últimas presentaron un aumento importante en 2016 respecto al 2015 al pasar de 3,89 a 5,47; el resto de grupos disminuyeron su peso porcentual en 2016 con respecto al 2015. En este sentido, cuando se revisan las subcausas de atención se evidencia en su orden hipertensión, otros síntomas y signos, EPOC, diabetes y la quinta procedimientos no especificados (mal diagnosticados). Estos diagnósticos fueron mayores en mujeres excepto EPOC que fue mayor en hombres.

3.14. Acceso y utilización de servicios

La proporción de usuarios que consideran el acceso a servicios de salud a través de su EPS como muy fácil o fácil suman el 49%. El tipo de población mayor que tiene acceso y utiliza los servicios de salud se compone principalmente de la etnia no definida con un 54%, de la población sisbenizada con el 36%, de las comunidades indígenas con el 4,5% y víctimas del conflicto armado interno con el 4%, entre otros.

En el departamento de Caldas para el segundo semestre de 2017 la proporción de mujeres entre los 25 y 65 años que se hicieron los exámenes preventivos de citología corresponden al 46% y las mujeres entre los 50 y 69 años que se realizaron mamografía fueron 32,5%.

De acuerdo con la información departamental (Índices Así Vamos en Salud), la proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada en IPS corresponde al 70%.

Según la encuesta SABE el 74,4% de la población adulta mayor encuestada utilizó los servicios de salud ambulatorios en los 30 días anteriores a la encuesta. Las personas de estratos más altos y quienes tienen un plan complementario de salud fueron quienes más usaron los servicios. Específicamente, el 95,2% de personas adultas mayores de estratos 5 y 6 consultaron en el último mes en los servicios de salud. En contraste, la proporción de personas consultantes de los demás estratos estuvo alrededor del 70%. Por otra parte, el 90,4% de quienes tienen un plan complementario de salud consultaron en el último mes; es decir, 13% más en comparación con quienes no tienen este tipo de servicios. Con respecto a la frecuencia de consulta, se observó que el 11,2% de las personas adultas mayores del país tuvo más de tres consultas en el último mes. De otro lado, el 9,8% de las personas adultas mayores que tuvieron un problema de salud en el último mes no fueron atendidas en los servicios de salud. La mayoría (94,9%) de las personas adultas mayores que acuden a un servicio de salud refirieron hacerlo a medicina general o medicina especializada y una

baja proporción (alrededor del 1%) a otros profesionales de salud como enfermeros, odontólogos o de servicios de rehabilitación. Específicamente, se observó que la asistencia a consulta de odontología y optometría es aproximadamente 10% mayor en personas de estratos 5 y 6, en comparación con los estratos más bajos y 16% mayor en no afiliados al Sistema de Salud en relación con los afiliados según regímenes. En esta encuesta se observó que los no afiliados asisten con mayor frecuencia a consultas de acupuntura (9,3%), medicina bioenergética o naturista (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Según la misma encuesta, ante la necesidad de atención en salud se encontró que la población adulta mayor acude principalmente a las instituciones del asegurador donde está afiliado (46,0%) y en segundo lugar a los hospitales (26,5%) y centros de salud (15,1%) de carácter público. La mayoría de las personas de estrato 1 acuden principalmente a instituciones públicas (38,9%); las de estrato 2 a las entidades de servicios de las aseguradoras (45,4%) y prestadores del Gobierno (14,7%), mientras que los de estrato 3 y superior acuden principalmente a los proveedores de servicios de las aseguradoras donde están afiliados (65,7%). En la zona rural se busca atención principalmente en instituciones públicas (39,5%), seguido de las aseguradoras (20%).

De aquellos que fueron a consulta, al 84,2% le prescribieron medicamentos en la última consulta médica a la que acudió. En mujeres se encontró una mayor frecuencia de prescripción (87,2%). En relación con la entrega efectiva de los medicamentos prescritos en la última consulta se encontró que un alto porcentaje de la población (86,9%) recibió los medicamentos completos. En total el 57,7% de los encuestados recibieron formulación de pruebas de laboratorio clínico y el 30,3% de alguna otra ayuda diagnóstica. En relación con la formulación de pruebas de laboratorio se observaron diferencias por sexo, estrato socioeconómico y régimen de afiliación a seguridad social. Se encontró que las mujeres (60,6%), las personas de estratos socioeconómicos más altos (71,5%) y los afiliados al régimen contributivo (63,4%) tuvieron una frecuencia mayor de formulación de exámenes de laboratorio.

Respecto a la formulación de ayudas diagnósticas se conservó la tendencia de mayor frecuencia entre las personas de estratos 5 y 6 (47%) y en los afiliados al régimen contributivo (33,9%). Al 79% de quienes les fueron solicitadas, les realizaron las pruebas de laboratorio o diagnósticas formuladas. Entre aquellas personas que no se realizaron las pruebas de laboratorio clínico o ayudas diagnósticas solicitadas, la mayor proporción de adultos reportó que no se los realizó debido a su costo (18,4%) y a que los exámenes no se encontraban disponibles en el lugar donde viven. En general, respecto a otros servicios, las personas mayores reciben atención en mayor proporción de odontología (21,6%) y optometría (23,1%), especialmente en las áreas urbanas. Sin embargo, se encontró una baja frecuencia de atención de servicios de nutrición (15,1%), terapia física (9,7%) y terapia ocupacional (2,7%).

En lo que respecta a las pruebas de tamizaje, alrededor de dos terceras partes de las mujeres en el grupo de menor edad (60-65 años) le realizaron citología vaginal en los últimos dos años, este número es menor en personas que habitan en el área rural, tienen piel oscura, pertenecen a estratos socioeconómicos bajos y poseen bajo nivel educativo. En relación con el tamizaje para cáncer de mama, al 41,3% de la población femenina se le había realizado una mamografía en los dos últimos años. En general, se observó menor cobertura a personas con las siguientes características: mayor edad, menor nivel socioeconómico, mujeres de piel oscura, habitantes de las áreas rurales, personas sin afiliación a salud, mujeres con menor nivel educativo y de bajos ingresos. A su vez, el 45,7% de los hombres encuestados se habían realizado en los dos últimos años un examen de tacto rectal para la detección temprana de cáncer de próstata y el 46,3% reportó haber tenido prueba de antígeno prostático. Asimismo, se observó menor cobertura de estos exámenes en poblaciones con las siguientes características: personas de bajo estrato socioeconómico, habitantes de las zonas rurales, hombres afiliados al régimen subsidiado de salud o sin afiliación y hombres que no viven con su pareja.

Finalmente, se presenta una oportunidad de mejora en cuanto a las experiencias de los adultos mayores con discapacidad, ya que si bien 1183 individuos

consideran que el diagnóstico de la discapacidad fue oportuno, lo que permite observar un punto a favor para la atención inicialmente prestada, 1515 personas consideran no haber recibido ninguna atención en salud por su situación, así como 999 no han recibido ninguna orientación, y 977 adultos mayores reportan que en sus municipios no cuentan con servicios de rehabilitación.

3.15. La salud de las personas mayores del departamento de Caldas, una aproximación cualitativa

A continuación se presentan primero las percepciones de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud del territorio sobre aspectos relevantes de la operación y el deber ser de los mecanismos de atención para la población de personas mayores en el Departamento. En un segundo momento algunas de las percepciones que tienen las personas mayores sobre el estado de la infraestructura institucional en salud.

3.16. Organización Institucional para la prestación de servicios de salud

La entidad rectora de salud en el Departamento es la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC) y tiene como objetivo fundamental eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud que tienen las personas mayores; asimismo, se ha hecho un trabajo articulado con las Empresas Sociales del Estado – ESE para brindar asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud. La DTSC brinda asistencia técnica específicamente a las administraciones y a las ESE municipales, a la vez que busca garantizar la atención integral de la población caldense. Esta entidad cuenta con un profesional que apoya el componente de capacitación a las ESES y a las EPS buscando la atención integral al adulto mayor.

En este sentido, la DTSC tiene como objetivo brindar asistencia técnica y coordinar los actores que se mueven en el campo de la salud. Dentro de sus intervenciones en el territorio se destacan las de Atención Primaria en Salud (APS), que en el Departamento tiene unas características especiales dado que se trabaja desde un enfoque social. “[...] lo que buscamos nosotros, desde APS, es un análisis de las fichas familiares para identificar las personas adultas mayores que estén en riesgo, de los núcleos, de las familias que están en riesgo, y mirar qué atención se debe prestar” (Dirección Territorial de Salud de Caldas, comunicación personal, 2017). En este sentido, la atención primaria social amplía el espectro de lo que se entiende como atención primaria y vincula elementos sociales al campo de la salud. Una de las experiencias importantes es la aproximación a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

También lo que hacemos desde el PIC, el Plan de Intervenciones Colectivas, nosotros estamos buscando acercarnos más a esas personas adultas mayores que no pueden acercarse, pues, por el tema de alta ruralidad que hay en Caldas ¿cierto? Entonces es que tengan esos procesos de intervención en el hogar. Por ejemplo, lo que ahorita estamos haciendo es que estamos aplicando todo el tema de RBC (Rehabilitación Basada en la Comunidad) a las personas adultas mayores y a cuidadores. (Dirección Territorial de Salud de Caldas, comunicación personal, 2017).

La alta ruralidad es uno de los principales factores para no tener una cobertura total. Asimismo, la afiliación y el acceso a servicios de salud de las personas mayores (y en general de la población caldense) que se encuentran en zonas alejadas de las cabeceras o cuya población se encuentra muy dispersa representan un reto importante para el sistema de salud. La DTSC afirma que

Es fácil el acceso y el Departamento a nivel de cobertura de afiliación está en el 96%, entonces no se presentan tantas barreras. De pronto habrá alguna dificultad con la población rural dispersa, se estima que ahí puede estar como

ese 4-5% que nos falta para llegar al 100% de afiliación. (Dirección Territorial de Salud de Caldas, comunicación personal, 2017).

Esto lo reafirma la Secretaría de Salud de Manizales (SSM), institución rectora de la salud en el municipio. Incluso en un espacio bastante urbano, como el de Manizales, los retos se centran en la atención a la población rural dispersa; en la SMM afirman que el acceso al sistema de salud depende básicamente de la facilidad o la limitante que tenga la persona para llegar al servicio y de la importancia que le conceda a la situación de salud en un momento determinado.

Eso es como lo que vemos, que no tenga quien lo acompañe o de pronto piense que su sintomatología hace parte de un cambio normal del envejecimiento y que no la identifique o no la visibilice como una patología que pueda tener. (SSM).

Otro reto importante para las instituciones es la oportunidad en las citas con especialistas y para los procedimientos de alta complejidad. Ambas instituciones acusan al sistema de salud en general, y no a la gestión del ente departamental, de dicha falencia.

Porque cuando uno mira, los adultos mayores asisten a las consultas, tienen su atención y tienen los medicamentos y todo ¿cuál es una dificultad grande? Ya es en la alta complejidad ¿cierto? En citas de especialistas. Porque supongamos que en lo que es medicina general u odontología, hasta fisioterapia y todas esas cosas, ellos pueden acceder fácilmente. De pronto la debilidad que encontramos es en el sistema, que es para todos. Es la falta de oportunidad en las citas médicas, la falta de oportunidad en los tratamientos, falta de oportunidad en la cita con especialista, yo pienso que el adulto mayor pues, tiene las dificultades en la prestación de servicio igual a las que tenemos todos. (Secretaría de salud de Manizales, comunicación personal, 2017).

Estas dificultades en la oportunidad de la atención especializada y de alta complejidad se debe a factores que tienen que ver con el sector salud, por ejemplo, el déficit de especialistas y de capital humano para atender la creciente demanda de servicios de salud especializados. La Dirección Territorial de Salud de Caldas reconoce la relevancia de estos elementos, de cara al envejecimiento poblacional que enfrenta el país y, en especial, el departamento.

El sistema se debe preparar para la atención porque como estamos viendo la situación del país en unos años va a ser una población envejecida en todos los departamentos, lo que implica que se deben tener más especialidades como geriatría, desde otras como lo son neumología, urólogos, todo eso ¿para qué? Para poder tener, porque yo creo que se va a reventar frente a eso porque habrá una demanda muy alta de adultos mayores que requieren esa atención. Entonces, el sistema de salud como tal debe estar preparado con un tema de especialistas. (Dirección territorial de salud de Caldas, comunicación personal, 2017).

El departamento de Caldas cuenta con una herramienta de geolocalización llamada Observatorio Social que cumple una especial labor en este sentido. Dicho sistema de información, que se nutre de las fichas APS (que en el departamento tiene una doble dimensión: de salud y social) logra que la focalización de los recursos estatales se dé de la mano con herramientas tecnológicas:

Caldas es un departamento que cuenta con una herramienta, el Observatorio Social, que está articulado directamente con las fichas de APS. La Dirección ha invertido unos recursos con las ESE para contratar unas auxiliares, un personal, que haga unas visitas en todos los municipios. Cuando ellas identifican una persona que no está afiliada al sistema, ahí mismo se activa una ruta que se tiene (...) Ese proceso dura, desde que se focaliza la persona hasta que llega a tener su carné o su afiliación, porque carné ya no dan, eso no se demora ni cinco días. (Dirección territorial de salud de Caldas, comunicación personal, 2017).

Con este apoyo técnico no solo se puede tener un registro de las zonas de alta vulnerabilidad para priorizar su atención, sino que se tiene una forma ágil de verificación de datos de la población y de sus necesidades en términos de servicios.

Además de esta plataforma, el departamento hace un énfasis en los estilos de vida saludables y el envejecimiento activo:

Continuar con un reforzamiento grande, con los estilos de vida saludable ¿Cierto? y que eso empieza desde el hogar y la primera infancia. (DTSC). Hacemos asistencia técnica en los Centros en el componente de envejecimiento activo. Un licenciado en Educación Física se desplaza a los centros, él allá capacita el capital humano como en metodologías de trabajo para que, pues, con los adultos mayores realicen actividades para ocupación del tiempo libre, de actividad física, de promoción de estilos de vida saludable y él hace una parte teórico-práctica donde primero capacita al recurso humano, pero luego hace una actividad con los adultos para que las personas que recibieron la capacitación vean cómo se realiza el trabajo y puedan reproducirlo en la cotidianidad. (...) también hacemos mucho ejercicio, mucho taller orientado a esa estimulación cognitiva como resolver crucigramas, sopas de letras, hacer operaciones matemáticas simples, hacer una comprensión de lectura. (Secretaría de Salud de Manizales, comunicación personal, 2017).

Estas iniciativas tienen como objetivo hacer detonar el poder que tienen los estilos de vida saludable y el envejecimiento activo en la calidad de vida de la población mayor del Departamento. Esta estrategia es puesta de relieve por los organismos departamentales y municipales, lo que sugiere que se cuenta con una visibilidad y una relevancia dentro de la política pública departamental.

Frente a la percepción de la población sobre los recursos institucionales con los que cuentan para mejorar su salud o tratar sus enfermedades, todos refieren directamente la atención por las Entidades Administradoras de Planes de

Beneficios y los médicos tratantes de las instituciones, asimismo identifican dificultades para el acceso a los servicios, ya sea por la oportunidad en la atención o la dispersión de las instituciones donde les prestan dicha atención o por las dificultades en transporte.

Porque en este momento estamos en unas crisis muy duras con las EPS, el gobierno está cerrando EPS, va uno y no le da una cita inmediatamente, otra cosa, lo trasladan a uno para Manizales y le dan una cirugía para dentro de 5 o 36 meses, si resulta o hay veces no resulta y ya cuando sale el tipo está muerto y esa plata que entra a las EPS muchas veces se la llevan, nunca son correctos, no dan cumplimiento de pago a la nómina. (Riosucio, Grupo Focal, comunicación personal, 2017).

Muchos problemas porque vea yo tengo mi mamá de 93 años en Manizales y es un problema, ella viene a controles aquí (Riosucio) porque le queda más fácil venir acá a un control, ella es hipertensa, es diabética y entonces es un problema para la droga, que no la hay, que espere, entonces hay veces que nos ha tocado comprarle la droga a ella y a una hermana que tengo también que es mayor que yo, entonces más que todo en la salud. (Riosucio, Grupo Focal, comunicación personal, 2017).

El hospital tiene tres carros para transportar gente, pero consígalo si es tan fácil, es que no se puede. Son tres ambulancias que tiene el hospital y vaya pues mire el problemita para conseguirlas, eso no es para todo mundo". "El día que me mataron a mi hija no había ni una ambulancia, todas estaban en Manizales, tocó llevarla en la camioneta de la policía al hospital". "Lo que pasa es que las ambulancias aquí, también resulta mucho enfermo grave y hay que inmovilizarlo y llevarlo para Manizales y aquí para conseguir una ambulancia que lo movilice a uno, tiene que estar o en muy mal estado o hablar primero con el Alcalde o en la Secretaría de Salud para poder que le colaboren a uno, pero no me ha gustado valerme de eso, a veces más fácil voy y le digo a la alcaldesa: yo voy a viajar". (Samaná, Grupo Focal, comunicación personal, 2017).

Algunas de las personas consultadas afirman que los médicos particulares se consultan con frecuencia (lo cual implica un alto gasto de bolsillo para las personas mayores), pues las citas son más cercanas al lugar de residencia y perciben que son más efectivas en cuanto a los resultados en salud después de los tratamientos.

Sin embargo la población solo se refiere a la atención y la rehabilitación, las actividades de promoción y prevención no se mencionan, no se perciben como parte de los arreglos institucionales para mejorar o prevenir condiciones de salud.

3.17. Percepciones en torno a la salud

A partir de la información recabada en los grupos focales con personas mayores de 60 años de diferentes zonas del departamento, tanto rurales como urbanas, se analizaron los datos en dos ejes temáticos: las prácticas de salud y las dinámicas de salud-enfermedad.

3.17.1. Prácticas en salud

3.17.1.1. Alimentación e higiene

La principal práctica de salud que las personas mayores participantes en el estudio referencian es una correcta alimentación. La reconocen como de vital importancia para mantener la vitalidad y la independencia.

Al momento de hablar de prácticas de cuidado en la salud las personas refieren el consumir alimentos, dado que suelen nombrar la importancia de reducir o eliminar el consumo de algunos alimentos por razones estéticas o de salud. Es importante reconocer que se tiene conocimiento pleno de la importancia de una buena alimentación para un buen envejecimiento, así como que se debe tener en cuenta que la alimentación es un referente generalizado de forma de autocuidado en salud. Como se evidencia en las entrevistas es

gracias a los médicos que estas personas mayores logran mejorar sus hábitos alimenticios, es relevante anotar que conocen qué tipo de alimentos consumir y cuáles deben disminuir a la hora de consumirlos, por ejemplo una de las personas entrevistadas en Samaná afirmó:

Alimentándome más o menos saludablemente y haciendo ejercicio, visitando también al médico porque uno no puede descuidarse, hay que estar pendiente también de uno, de lo de uno, uno ya dio lo que iba a dar a la sociedad, ahorita uno también trata de ayudar a la gente, pero sí cuidar, preocuparse más por uno. (Samaná, comunicación personal, 2017).

También uno de los participantes del grupo focal de La Dorada afirma que puede cuidar su salud de esta manera: “Pues comer bien, porque uno siempre va al médico y le dice: no coma papa, no coma yuca, no coma harinas, no coma fritos” “y las comidas, ya no es como uno comía, ahora por ejemplo, los frijoles, ya no” (Samaná. Grupo focal, 2017).

Las anteriores afirmaciones apoyan la idea de que las personas identifican una mejor alimentación como un mecanismo de cuidado de su salud, así como el consumo de algunas bebidas naturales.

Sin embargo, también se encuentran referencias a la cultura popular y a los saberes tradicionales como agentes para regular la dieta. Es decir que también hay elementos de saber popular y de mito a la hora de reconocer qué comer y qué no comer. Además, las personas consideran algunas prácticas que pueden ser nocivas para su salud como beneficiosas. Esto sugiere que a pesar de la información entregada por profesionales de la salud, las prácticas culturales tienen un gran impacto en los hábitos alimenticios.

Además de la alimentación también se mencionan la higiene y la práctica de actividad física y ejercicio: “Lo básico es buena alimentación, el ejercicio físico, una higiene adecuada; esos son algunos de los hábitos para uno tener

una buena salud (Marmato, comunicación personal, 2017). “Que el baño es primordial todos los días, el aseo y alimento” (Viterbo, grupo focal, 2017). “El baño diario, algo por ahí de caminada que sirve mucho para el cuerpo, el ejercicio nos ayuda para el cuerpo, en la alimentación, nosotros en la alimentación, es una alimentación muy moderada que nos dan allá en el asilo” (Samaná, grupo focal, 2017). “De un tiempo para acá empecé de para atrás y yo tengo una actividad y me voy a bañar y hago unos ejercicios suavitos y ahí me baño y ya” (La Dorada, comunicación personal, 2017).

3.17.1.2. Actividad física

Tal como se evidencia en los relatos anteriores, las personas mayores afirman que la actividad física y el ejercicio son fundamentales a la hora de tener una vida saludable, a su vez esta debe ir acompañada de una buena alimentación e higiene. “Pues yo todos los días salgo a caminar esté donde esté, eso le ayuda a uno mucho a fortalecer el espíritu, además es saludable (Samaná, comunicación personal, 2017). “Ser activos en todos los aspectos [...] me gusta estar en movimiento continuo, participar allí partir para allá, me gusta mucho y yo casi no manejo estrés será por eso (...) (Marmato, comunicación personal, 2017).

Uno tiene que dormir bien, comer bien y hacer ejercicio, la persona que se siente en una casa se fregó, y si tiene años ahí se tulló, ahí no vuelve a caminar y que viven quejándose de la vida y de todo. (Manizales, comunicación personal, 2017).

Estos elementos que hacen parte de las prácticas de salud de las personas mayores del departamento están entrelazados de forma constante. Como se ve en los relatos, la alimentación y la actividad física se referencian permanentemente de forma conjunta.

3.17.1.3. Estimulación mental

Aunque menos frecuente en los relatos, también se menciona la importancia de mantener la actividad mental por medio de la indagación y búsqueda de

información en torno al autocuidado: “Yo considero que el estudio es muy importante, leer. Yo me meto a internet y saco los apuntes y sigo la alimentación que le sugieren a uno para tener una vida más longeva, más tranquila y vivir más años” (Marmato, comunicación personal, 2019).

3.17.1.4. Medicamentos y cuidados médicos

Otra práctica de salud que emerge con frecuencia es la responsabilidad en la toma de los medicamentos y en la asistencia a citas médicas. “[...] por ejemplo, con la medicina uno aprende a tomárselas”. (Samaná, grupo focal, 2017). “Tratando de vivir una vida muy sana y asistiendo donde el especialista cuando le dan citas y tómele su droga puntualmente y con la comida también” (Manizales, comunicación personal, 2017). “Yo si me cuido mucho en la salud y estoy muy pendiente en los medicamentos y voy continuo donde el médico a que me pesen [...] (Manizales, comunicación personal, 2017). “Cada dos meses o cada mes voy a Cafesalud y tomando pastas, me cuido bastante, es lo único que yo me cuido, con pasticas, me cuido bastante porque me da miedo para donde voy a llegar” (Aguadas, comunicación personal, 2017).

Las personas mayores del departamento de Caldas reconocen la importancia de la adecuada toma de medicamentos y de los controles médicos para preservar la salud, si bien esto puede parecer obvio, adquiere relevancia en la medida en que son prácticas que muestran el autocuidado como condición esencial para incrementar la calidad de vida y reducir el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles en su vida cotidiana.

3.17.1.5. Tabaquismo, alcohol y sueño

Las personas del departamento de Caldas también cuidan su salud al evitar consumir alcohol y cigarrillo y tener buenos hábitos de sueño. Las personas mayores reconocen la importancia de evitar los hábitos nocivos y fomentar los saludables. “[...] y no fumo, ni tomo trago ni nada. No, si fuera que yo trasnochara yo ya me hubiera muerto, no. Yo no me trasnocho, yo a las 9 ya estoy acostada por tardar” (Manizales, comunicación personal, 2017). “Nosotros somos personas sanas, ninguna bebe, ninguna trasnocha, entonces eso le

ayuda a uno mucho para uno no llegar tan ligero a la vejez” (Aguadas, comunicación personal, 2017).

Si bien las nociones generalmente giran alrededor de evitar ciertas conductas, también refuerzan los hábitos saludables de autocuidado. “Muy sencillo, cuidándose en el sentido de no trasnocharse, no desmandarse en muchas cosas, en beber, en el sexo, en fumar, en todo eso” (Riosucio, comunicación personal, 2017). “No fumo, no licor, aunque tomé mucho, ahora muy poquito, muy de vez en cuando, trato de alimentarme bien, trato de implementar una alimentación nutritiva y balanceada para que eso conlleve a tener una vida más plena, más duradera” (Riosucio, grupo focal, comunicación personal, 2017).

La mención al consumo de cigarrillo y de alcohol suele estar articulada al sueño, es interesante cómo en los relatos se hace referencia conjunta a los tres elementos.

3.17.1.6. Salud-enfermedad

Los procesos de salud y enfermedad, como se mencionó anteriormente, se viven de manera entrelazada en la población mayor del departamento de Caldas. Tal como se menciona en otros estudios, la salud y la enfermedad se viven en un continuo, es decir, viven con su enfermedad de forma que se convierte en un aspecto más de su vida cotidiana. La enfermedad no se percibe aisladamente, sino como parte de la vida, así, la salud y la enfermedad confluyen en una dinámica compleja y cambiante:

Sí, o sea, yo estoy enferma y no estoy enferma le digo por qué, yo tengo, yo sufro de la presión, del azúcar, en el corazón tengo marcapaso..., pero ¿qué pasa? Yo no me siento enferma, porque yo soy muy optimista, yo digo, no tengo nada, yo estoy bien ¿Si me entiende? A mí me han hecho muchas cirugías y a mí me va muy bien porque yo siempre pienso, mi Dios está conmigo y a mí me va a ir bien y no me da pues, así como, como que no me achantan las enfermedades, yo no me siento enferma y soy delicada. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

Yo lo tomo con mucha naturalidad, porque ya vivimos la época de niñez, de adolescencia de pubertad, ya el adulto llegamos a adultos mayores, yo estoy consciente de eso, pero me da tristeza, porque llegan las enfermedades, entonces siempre lo van amilanando a uno a que uno se decaiga, pero muchas veces la mente puede ser más fuerte que el dolor, si yo me echo a morir y me quedo en una cama me tullo, entonces ¿Qué hago? Le pido al señor licencia para seguir adelante en compañía de él y que no me duela tanto y no tener tanto dolor, me tomo mis medicamentos y en realidad se le va perdiendo a uno la noción del dolor y camina uno y el dolor se va desapareciendo, prácticamente uno el dolor lo lleva en la mente, hay que ser positivo para todo. (Manizales, grupo focal, 2017).

A mí me afectan son las enfermedades, pero tampoco me aclimatan mucho porque a pesar de tanto dolor yo salgo hago mis vueltas así sea con ayuda del bastón, tengo las dos rodillas operadas, ahora dentro de mes y medio me operan el tobillo, esperando la voluntad del señor que obre en mí todo lo que el señor me quiera regalar, porque uno bien enfermo y se tira en una cama, se acaba de enfermar más, uno tiene que luchar y salir para adelante y siempre de la mano del señor. (Manizales, grupo focal, 2017).

Pues yo hasta ahora no me he enfermado, me duelen los huesitos, sí, pero yo no le paro bolas a eso. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

Estos relatos acerca de la salud y la enfermedad se ven atravesados por la mención a Dios como un referente de soporte y agradecimiento: “Gracias a Dios tenemos salud, nos sentimos vivos, a pesar de la edad que tenemos estamos demasiado bien” (Riosucio, grupo focal, 2017). “Yo soy operada de un cáncer hace seis meses y Dios nuestro señor me ayudó a que yo pudiera ir a Manizales y un hijo me fue ayudando con la platica”. (Samaná, grupo focal, 2017).

¡Virgen Santa! El azúcar, la presión, yo estuve muerto tres días, me fui a pasear y me dio un paro cardíaco eso fue en el 94, me llevaron la caja, la metieron

a la morgue esperando que yo muriera y aquí estoy gracias a mi Dios. (Riosucio, comunicación personal, 2017).

Otro aspecto relacionado con la salud es la referencia a la capacidad de trabajo como prueba de la condición de salud: “Me siento bien de lo que hasta ahora gracias a Dios yo puedo trabajar, desde que principié muchos decían: Usted es muy verriondo a esa edad que tiene y por ahí trabajando, yo no creo” (Viterbo, comunicación personal, 2017). De la misma manera, en algunas ocasiones, una prueba de buena salud es el hecho de no asistir al médico: “Hasta este momento yo no sé qué son dolencias de nada, yo no sé lo que es ir donde el médico (Marmato, comunicación personal, 2017)”. “(...) pero hasta acá lo único que me hace ir donde el médico es la dentadura, de resto yo no conozco ir donde el médico, nunca he ido allá (Marmato, comunicación personal, 2017)”.

También se encuentran nociones de enfermedad como deterioro y limitación. Algunas personas mayores del departamento de Caldas que participaron en los grupos focales refieren que la enfermedad limita sus condiciones de vida y sus posibilidades de un adecuado disfrute de su vejez.

3.18. Consideraciones finales

El modelo de atención de APS dispuesto por las autoridades territoriales en salud impulsa de manera adecuada las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del grupo poblacional sujeto de estudio, sin embargo la implementación de estos programas debe empezar a realizar una búsqueda activa de posibles beneficiarios para las mismas, sobre todo en la población cotizante al Sistema de Salud.

Es necesario revisar el accionar de los programas de promoción y prevención en salud para las personas mayores de 60 años, ya que de los 60 a los 75 años

hay una disminución en las consultas de seguimiento y a partir de los 75 años hay un aumento considerable en el número de consultas.

En cuanto a las grandes causas de morbilidad en Caldas para el periodo 2017-2018, se identifica que las enfermedades no transmisibles siguen siendo el factor más importante con el 80% de los casos, de los cuales las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades de los órganos de los sentidos y las musculoesqueléticas siguen jugando un papel predominante.

El comportamiento que han tenido las diferentes causas de muerte durante el periodo 2005-2016 no ha sido homogéneo. Sin embargo, a excepción de los síntomas, signos y afecciones mal definidas que tienen un comportamiento más o menos estable, todas tienen una tendencia creciente que, para el caso de las neoplasias y las enfermedades transmisibles, se estabiliza para el año 2016, lo que no ocurre con las enfermedades del sistema circulatorio, las causas externas y todas las demás causas.

Mito o realidad sobre las condiciones de salud mental de la población caldense, en los adultos de más de 60 años las causas principales de consulta por salud mental y del comportamiento para 2016 fueron ansiedad, trastorno afectivo bipolar, trastorno depresivo recurrente y episodio depresivo. El 66% de las consultas se realizaron en Manizales.

El diagnóstico nutricional mostró que en todos los grupos etarios la malnutrición por exceso aumenta y la malnutrición por déficit se mantiene. Se menciona la pobreza como factor condicionante de este comportamiento (Gobernación de Caldas, 2017).

En general las personas mayores consideran que cuidan de su salud al asistir al médico, pero en la práctica muchas veces desconocen como ciertos determinantes sociales, por ejemplo la búsqueda de actividades fuera del hogar, pueden llegar a mejorar las condiciones de salud en general.

Es necesario indagar el estado en el que llegan las personas con ECNT a los 75 años, especialmente el porqué de la disminución de consulta durante el periodo de los 60 a los 75 años.

El Departamento afirma el uso de programas específicos para las personas mayores de 60 años con el fin de mejorar su salud, sin embargo en las indagaciones realizadas siguen siendo una actividad abordada desde un carácter individual y no familiar, comunitario y social, lo que se vuelve una barrera para la implementación permanente de estas actividades, además, no se garantiza la sostenibilidad.

3.19. Referencias bibliográficas

Ahmed, N. M. (2007). Frailty: an emerging geriatric syndrome. *American Journal of Medicine*, 748-53.

Amezquita, R. A. (2017). *Informe final del proceso de sistematización y el análisis de la implementación de las redes de salud mental en Viterbo, Aranzazu y Pácora, Caldas*. [Informe].

Arias Castilla, C. (2006). Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. *Horizontes Pedagógicos*, 9 - 22.

Así Vamos en Salud. (2017). *Así Vamos en Salud* . Recuperado de <https://www.asivamosensalud.org/index.php>.

Así Vamos en Salud. (2019). *Así Vamos en Salud*. Recuperado de <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/salud-mental/tasa-de-suicidio-georeferenciado>

- Bayarre, H. y Perez, J. (2006). Las transiciones demográficas y epidemiológicas y la calidad de vida objetiva en la tercera . *GEROINFO. Publicación de Gerontología y Geriatria*, 1 - 34.
- Beard, J. R., Officer, A., de Cravalho I. A., Sadana, R., Pot, A.M...., Michet , J. P. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*, 2145-54.
- Benjumea, A. M., Curcio, C. L., Duque, G. y Gómez, F. (2018). Dynapenia and Sarcopenia as a Risk Factor for Disability in a Falls and Fractures Clinic in Older Persons . *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences* , 344 - 349.
- Botero, B. y Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11-24.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Banco Interamericano de Desarrollo. (1996). *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Contribución al diseño de políticas y programas*. Santiago de Chile, Chile: Publicación de las Naciones Unidas.
- Corrêa, L., Pirkle, C. M., Wu, Y. Y., Vafaei, A., Curcio, C. L. y Câmara, S. (2018). Urinary Incontinence Is Associated With Physical Performance Decline in Community-Dwelling Older Women: Results From the International Mobility in Aging Study. *Journal of Aging and Health* .
- Curcio, C. L., Henao, G. M. y Gomez, F. (2014). *Frailty among rural elderly adults*. *BMC Geriatrics*, 14, 2-9
- Curcio, C. L. (2015). Vida, salud y enfermedad en la vejez. P. Rodríguez. y F. Vejarano. (Eds), *envejecer en colombia*. (pp. 63-88). Bogotá, Colombia: Universidad Externado de Colombia.

- Curcio, C. L., Pineda, A., Rojas, A. M., Muñoz, S. L. y Gómez F. (2017). Envejecer bien: un estudio sobre el envejecimiento exitoso y sus determinantes. *Revista Medica Sanitas*, 190 - 204.
- Curcio, C. L. y Gomez, F. (2002). *Valoracion Integral De La Salud Del Anciano Colombia*. Manizales, Colombia: Artes Gráficas Tizan.
- DANE. (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda*. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-portema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda2018/cuantosomos>
- Delgado-Enríquez, L. P., Jaramillo-Ortegón, D. P., Nieto-Murillo, E., Saldarriaga-Toro, G. I., Giraldo-Henao, C. L., Sánchez López, J. V. . . ., Orozco-Duque, M. (2017). *Política pública de salud mental del departamento de Caldas : un aporte al bienestar y a la inclusión*. Recuperado de <http://observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/saludm/Pol%C3%ADtica%20de%20salud%20mental%20de%20Caldas.pdf>
- Dirección Territorial de Salud Caldas. (2017). *ASIS Departamental Caldas*. Recuperado de http://observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/asis/2017/asis-departamental-caldas-2017_REVABHL_20_6_2018.pdf
- Dirección Territorial de Salud de Caldas. (2016). *Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud del departamento de Caldas*, 2016. Recuperado de https://saluddecaldas.gov.co/nuestra-historia/#sub_menu_paginas.
- Dirección Territorial de Salud de Caldas. (Sin Fecha). *Dirección Territorial de Salud de Caldas*. Recuperado de <http://saluddecaldas.gov.co/politica-de-calidad/>
- Dulcey-Ruiz, E., y Arrubla-Sánchez, D. (2013). *Envejecimiento y vejez en Colombia. Estudio a profundidad basado en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 1990/2010*. Profamilia. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/Colombia-envejecimiento-vejez-2010-09-2014.pdf>

Fundación Saldarriaga Concha. (2017). La vejez de hoy y del mañana en Colombia: logros y retos de la implementación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. BOGOTÁ, COLOMBIA. Recuperado de <https://www.saldarriagaconcha.org/la-vejez-de-hoy-y-del-manana-en-colombia-logros-y-retos-de-la-implementacion-del-pacto-internacional-de-derechos-economicos-sociales-y-culturales/>

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

Gobernación de Caldas. (2016). *Gobernación de Caldas*. Recuperado de https://caldas.gov.co/media/transparencia_new/6.7%20Plan%20de%20desarrollo/PLAN%20DEPARTAMENTAL%20DE%20DESARROLLO%202016%202019.pdf.

Gobernación de Caldas. (2017). *Política pública de salud mental del departamento de Caldas: un aporte al bienestar y a la inclusión*. Recuperado de <http://observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/saludm/Pol%C3%ADtica%20de%20salud%20mental%20de%20Caldas.pdf>

Gobernación de Caldas. (2018a). *Observatorio de Salud de Caldas*. Recuperado de <http://www.observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/articulos/Decreto0176.pdf>

Gobernación de Caldas. (2018b). *Resolución 7486-1 del 28 de agosto de 2018, por medio de la cual se adopta la política de envejecimiento y vejez en el departamento de Caldas 2018-2018*. Recuperado de <https://caldas.gov.co/index.php/component/content/article/135-destacado/5458-dane-confirma-incremento-en-la-tasa-de-envejecimiento-en-caldas-para-responder-a-esta-tendencia-la-administracion-departamental-presento-la-nueva-politica-publica-social-para-adultos-mayores-2018-2028?Itemid=280>.

Gobernación de Caldas. (2016). *Plan departamental de Desarrollo 2016-2019*. Recuperado de https://caldas.gov.co/media/transparencia_new/6.7%20Plan%20de%20desarrollo/PLAN%20DEPARTAMENTAL%20DE%20DESARROLLO%202016%202019.pdf141

- Gómez, R. D. (2001). La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19 (2), 57-74. <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/894>.
- Gómez, J. F. y Curcio, C. L. (2014). *Salud del anciano: valoración*. Manizales, Colombia: Blanecolor.
- Gomez, F., Zunzunegui, M. V., Alvarado, B., Curcio, C. L., Pirkle, C. M., Guerra, R., Ylli A., y Guralnik, J. (2018). Cohort Profile: The International Mobility In Aging Study (IMIAS). *International Journal of Epidemiology*, 393 - 393.
- Gómez, R. D. (2001). La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19 (2).
- Gutiérrez, C., Moreno, J., González, L., Galán, A. y Ruiz, C. (2015). Diagnósticos y retos del sistema de salud frente al envejecimiento. *Misión Colombia Envejece. Cifras, Retos y Recomendaciones* (pp. 288-418). Bogotá, Colombia: Fundación Saldarriaga Concha.
- Idarraga, A. M. (2017). *Caracterización poblacional de las personas adultas mayores institucionalizadas en el departamento de Caldas*. Recuperado de <http://observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/articulos/Diagn%C3%B3stico%20departamental%20adultos%20mayores.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social, COLCIENCIAS, Universidad del Valle, Universidad de Caldas. (2016). *Encuesta SABE Colombia: Situación de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia*. Recuperado de <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/download/3939/4516/>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta nacional de salud mental 2015*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=Encuesta+Nacional+de+Salud+Mental+2015.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Política colombiana de envejecimiento humano y vejez*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Cifras de aseguramiento en salud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>.

MINSALUD. (2017). *CUBOS SISPRO*. Recuperado de <http://rsvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/>

Observatorio Social de Salud Pública de Caldas. (2017). *Caracterización poblacional de las personas adultas mayores institucionalizadas en el departamento de Caldas*. Recuperado de <http://observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/articulos/Diagn%C3%B3stico%20departamental%20adultos%20mayores.pdf>.

Observatorio Vigilancia en Salud Pública Subdirección de Salud Pública. (2016). *Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud del Departamento de Caldas, 2016*. Recuperado de <http://observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/asis/2016/asis-departamental-caldas-2016.pdf>.

Omran, A. R. (2005). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly*, 731-757.

OMS. (2001). *Discapacidades*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>

OPS - OMS. (2012). *Aplicación de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud en estudios de prevalencia de discapacidad en las Américas*. Recuperado de <https://www.paho.org/arg/images/Gallery/Varias/informecif.pdf?ua=1>.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2002). *Envejecimiento Activo: un marco político*. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=50295>.

- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York, Estados Unidos de América. Recuperado de https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *69a Asamblea Mundial de la Salud. Acción Multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253025>
- Programa Manizales Cómo Vamos. (2017). *Informe de calidad de vida*. Recuperado de http://manizalescomovamos.org/wp-content/uploads/2017/09/IMCV2017_completo-rr-1.pdf
- Rowe, J. W. y Kahn, R. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 433-440.
- Ruiz, N. (2016). *Las mortalidades por desnutrición, una realidad que violenta los derechos humanos*. Recuperado de <http://www.alapop.org/alap/files/docs/Congreso2016/anais/247-306.pdf>
- SALUD DE CALDAS. (2017). *REPORTE EPIDEMIOLÓGICO DE CALDAS*. Recuperado de saluddecaldas.gov.co: <http://saluddecaldas.gov.co/perfil-epidemiologico-de-caldas-2/>
- SISPRO. (2017). *Sistema Integrado de Información de la Protección Social*. Recuperado de <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>
- SuperSalud. (Sin Fecha). *Informe de visita*. Recuperado de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionInstitucional/AuditoriaEntidadesTerritoriales/4-CALDAS-CALIDAD.pdf>
- Urrutia Serrano, A. (2018). Envejecimiento activo: un paradigma para comprender y gobernar. *Aula Abierta*, 47 (1), 29-36.

4.

Seguridad económica

José
Faber
Hernández
Ortiz

Juan
Pablo
Alzate

Santiago
López
Zuluaga

Carmen
Lucía
Curcio
Borrero



4.1. Introducción

Las transformaciones demográficas que han experimentado los países de América Latina y el Caribe en las últimas cinco décadas se han desarrollado con diferentes tiempos e intensidades, y eso hace que en la región exista una gran heterogeneidad. Las principales consecuencias del descenso de la fecundidad y la mortalidad han sido la reducción del crecimiento poblacional y la transformación de la estructura por edad que implica el envejecimiento de la población. Como parte del proceso de envejecimiento poblacional e individual se modifican los patrones de ingreso y gasto en consumo en razón de las necesidades propias de la última etapa del curso de vida y de la mayor participación absoluta y relativa de la población en edades avanzadas. Es en este contexto que el análisis de la seguridad económica en la vejez surge con relevancia.

A medida que van predominando diferentes grupos etarios, se transforma la estructura de las demandas y de los aportes económicos y sociales de la población. Esto obliga a redistribuir los recursos económicos, de manera que se pasa de atender preferentemente las demandas de los niños y jóvenes (educación) a la atención de las personas mayores (salud, cuidados y pensiones).

El momento en que los recursos económicos consumidos por las personas mayores exceden los consumidos por los niños y jóvenes marca el inicio de las economías envejecidas. Por ejemplo, en 1985, el consumo de los niños y jóvenes era entre cinco y ocho veces mayor que el de las personas mayores en gran parte de los países, hacia 2015 en la mayoría de los países se produjo un cambio importante hacia el consumo de las personas mayores. Así, Cuba en el 2020 fue la primera economía envejecida de la región. Entre 2015 y 2030 otros cinco países llegarán a esa categoría: Uruguay (2017), Chile (2020), Costa Rica (2025), Brasil (2028) y Colombia (2030) (CEPAL, 2017).

De otro lado, América Latina y el Caribe (ALC) sigue siendo la región más desigual del mundo, por encima del África Subsahariana (la segunda región más desigual), y presenta un índice de Gini promedio casi un tercio superior al de Europa y Asia Central. La desigualdad de ingresos entre los hogares y las personas se ha reducido considerablemente en la región desde principios de la década de 2000. El promedio simple de los índices de Gini de 18 países de América Latina, incluida Colombia, bajó de 0,543 en 2002 a 0,466 en 2017. Sin embargo, el ritmo de reducción se lentificó en los años recientes: entre 2002 y 2008 la disminución anual promedio del índice fue del 1,3%; entre 2008 y 2014, del 0,8%, y entre 2014 y 2017 del 0,3% (CEPAL, 2018). Los avances en la reducción de la desigualdad de ingresos de las personas y los hogares han sido significativos en América Latina desde comienzos de la década de 2000, así como la mejoría de la distribución funcional del ingreso (aumento de la participación del factor trabajo en el PIB) a partir de mediados de la misma década. Sin embargo, ambos procesos se han lentificado a partir de 2014 en ALC.

En síntesis, entre los distintos retos que enfrentan los países de ALC se destacan los cambios demográficos, en particular el envejecimiento y la feminización de la población adulta mayor, el imperio de mercados laborales que se caracterizan por la informalidad y la precariedad, las economías dependientes del ciclo que no alcanzan a solventar los problemas de financiamiento, y las políticas públicas y normativas que se construyen sobre sesgos de género (CEPAL, 2019).

Sumado a esto, Colombia es uno de los países más desiguales de América Latina (de la Maisonneuve, 2015). La naturaleza altamente informal del mercado laboral junto con muchas características del sistema de pensiones, como se mostrará en este capítulo, deja a muchas personas mayores en la pobreza.

La seguridad de los ingresos es un elemento clave del bienestar de las personas mayores. Según un indicador de bienestar que mide la cobertura de los ingresos de las pensiones, la tasa de pobreza en la vejez, el bienestar relativo de las personas mayores y el PIB per cápita, Colombia ocupa un lugar particularmente bajo, muy por debajo de la Organización para la Cooperación de Desarrollo Económicos (OCDE) (figura 18) (De la Maisonneuve (2015)). Esto muestra que el sistema colombiano de pensiones y de apoyo a los ingresos de las personas mayores no proporciona un ingreso adecuado a la mayoría de este grupo poblacional. Según la misma autora, a Colombia le va mejor en otras dimensiones del bienestar de los ancianos. Su estado de salud es mejor que el promedio de la OCDE, probablemente debido a la cobertura universal del sistema de salud. La percepción del entorno propicio, otra dimensión del bienestar de las personas mayores, también es mejor que la seguridad de los ingresos, pero muy por debajo del promedio de la OCDE. El entorno propicio se relaciona con las redes y el apoyo social, la seguridad física, la libertad cívica y el acceso al transporte público, y es probable que refleje la inseguridad que prevaleció en el país durante las últimas décadas, así como la deficiente infraestructura.

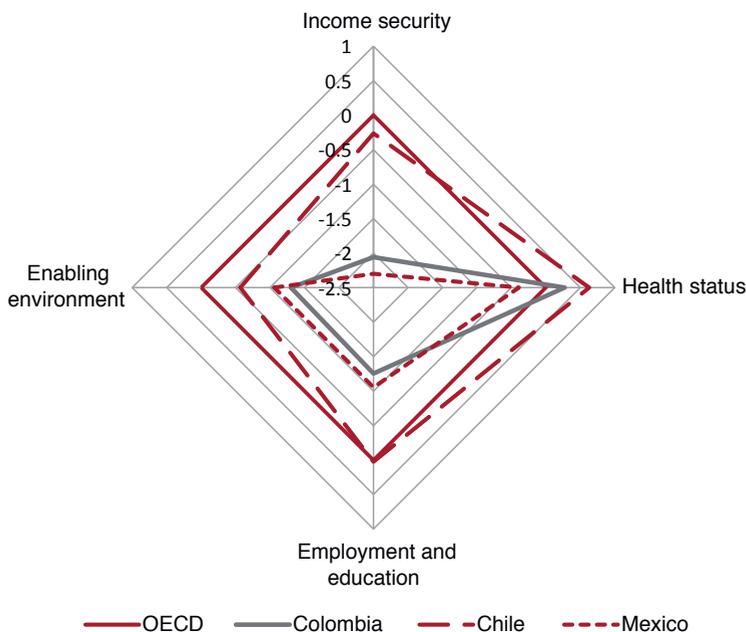


Figura 18. Bienestar de la población de 65 años y más. El indicador de cada país se expresa como la diferencia con el promedio de la OCDE y se divide por la desviación estándar de la OCDE.

Fuente: Help Age International como se citó en Maisonneuve, 2015.

La inseguridad de los ingresos de los ancianos colombianos se explica por el hecho de que la mayoría no tienen pensión y la mitad viven por debajo de la línea nacional de pobreza extrema. El sistema de pensiones solo cubre a los pocos trabajadores del sector formal. Como resultado, menos del 30% de las personas de edad avanzada (en su mayoría más acomodadas) reciben una pensión con grandes subsidios del presupuesto general. La tasa de pobreza de las personas mayores es la más alta entre los 18 países de América Latina.

La cobertura global limitada lleva a un aumento en la tasa de pobreza de alrededor del 31% para la población en edad de trabajar, a 42% para las personas de 60 años o más, en contraste con muchos otros países de América Latina (Bosch, Melguizo y Pagés, 2013). El gobierno proporciona apoyo de ingresos de vejez para los pobres a través de Colombia Mayor, pero el apoyo está muy por debajo del ingreso de la línea de pobreza. Esta situación se refleja en el nivel de gasto que es el más bajo entre los países de América Latina. Para mejorar el ahorro para la vejez, el gobierno introdujo recientemente un plan de ahorro, los Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) para los trabajadores informales de bajos ingresos, pero hasta ahora el nivel de aceptación de los BEPS es bajo. El apoyo financiero y material para los ancianos es esencialmente proporcionado por miembros de la familia. Pero el envejecimiento de la población y las estructuras familiares cambiantes pueden hacer que este apoyo sea insuficiente. La reforma del sistema de pensiones y el apoyo a los ingresos de la vejez se están volviendo urgentes para mejorar la equidad, reducir la desigualdad de ingresos y mejorar el bienestar de las personas mayores (de la Maisonneuve, 2015).

Así, la participación en el mercado laboral, la seguridad social reflejada en las pensiones y los subsidios, así como los apoyos familiares son los principales elementos que generan seguridad económica a la población mayor. La Misión Colombia Envejece (MCE) muestra que en Colombia en el año 2015 alrededor de la tercera parte de las personas mayores estaban ocupados, muchos de ellos en actividades informales y debían hacerlo por falta de pensiones u otros ingresos que les permitieran sufragar sus gastos. De igual forma solo el 23% de la población mayor recibía algún tipo de pensión contributiva, muestra de un sistema que sigue sin resolver los temas de baja cobertura y alta inequidad. Por otra parte, una cuarta parte recibía subsidios del programa Colombia Mayor que, aunque bien focalizados, son de una cuantía exigua para cubrir las necesidades de la población mayor. Concluía este mismo informe: “En síntesis, las personas mayores no están preparadas económicamente para la vejez, y su situación laboral después de los 60 años refleja las dificultades económicas que enfrenta la mayoría” (Fundación Saldaña Concha, Fedesarrollo, 2015, p. 67).

Por su parte la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento –SABE Colombia, 2016– (Ministerio de Salud, Colciencias), con la participación de más de 20 mil hombres y mujeres mayores de 60 años residentes en áreas urbanas y rurales de 32 departamentos, muestra que las personas adultas mayores están en peores condiciones socioeconómicas que el resto de la población colombiana. La mayoría pertenece a los estratos 1 y 2 (28,4% y 39,6%). En relación con el trabajo actual se encontró que aproximadamente el 60% de la población adulta mayor trabaja por cuenta propia, el 12,1% como jornalero o peón y el 9,8% como empleado en empresa particular. En la actualidad, trabaja el 36,6% de los hombres y 2,9% de las mujeres. Respecto a las razones de trabajo actual 60% lo hacen porque tienen necesidad del dinero, 13% para ayudar a su familia, 9,3% para mantenerse ocupado y 7,5% para sentirse útil. Además el 58% de los que trabajan lo hacen en ocupaciones informales de baja calidad. Respecto a ingresos, el 73,2% de las personas adultas mayores de las zonas urbanas y rurales y en las diferentes regiones refirieron haber recibido dinero en el último mes, especialmente las mujeres y en la zona rural. Así, la distribución según edad mostró que en todos los grupos etarios cerca del 30% no recibió dinero y de los que reciben, alrededor de la mitad, recibieron menos de un salario mínimo legal vigente de Colombia. Los ingresos recibidos por la población adulta mayor provienen: 30,9% de actividades laborales; 28,5% del sistema pensional (11,7% de la zona rural y 33,2% de la zona urbana) y 29,2% de aportes de familiares que viven en Colombia. A su vez, una quinta parte reportó recibir subsidios estatales, 11,9% recibió ingresos de rentas e inversiones y alrededor del 3,9% reportó recibir giros de familiares del exterior o de alguna otra institución o persona. A mayor edad se encontró mayor proporción de adultos que reciben subsidios del Estado.

Cuando se analizan los gastos, según la misma encuesta, más del doble de los hombres en comparación con las mujeres sufraga de manera autónoma sus gastos. En particular, mientras entre el 40% y 50% de los hombres paga en su totalidad los gastos de la casa, comida, ropa, paseos y transporte, entre las mujeres solamente del 18% al 28% lo hacen. Adicionalmente, mientras más de la tercera parte de los hombres sufraga en su totalidad los costos de visitas médicas y prótesis, solo una quinta parte de las mujeres asume dichos gastos.

En este contexto, es importante señalar que Caldas es uno de los departamentos con el proceso de envejecimiento más acelerado de Colombia: menor tasa de fecundidad y natalidad, mayor promedio de edad de la población y mayor proporción de personas mayores. Según el DANE (2018) en Caldas hay 97 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años. Las personas mayores corresponden al 18% de la población caldense.

El objetivo de este capítulo es analizar la seguridad económica de las personas mayores del departamento de Caldas utilizando la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) de 2017 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

La legislación colombiana considera una persona como adulta mayor si tiene 60 años de edad o más (Ley 1276 de 2009). Sin embargo, las edades mínimas legales de jubilación en Colombia actualmente son de 57 años para las mujeres y de 62 para los hombres. En este documento se considera adulto mayor a toda persona que tiene 60 años o más y se incluye un análisis de los adultos entre 40 y 59 años, a fin de hacer un análisis de la preparación económica para la vejez.

Además de esta introducción, este capítulo consta de dos grandes secciones. En la primera se presenta el marco conceptual y contextual, en el cual se desarrolla el concepto de seguridad económica, se presenta el contexto latinoamericano y colombiano, seguido de las políticas nacionales y locales en torno al tema. En la segunda sección se hace un análisis pormenorizado de la seguridad económica de las personas mayores del departamento de Caldas en cuanto a pensiones, pobreza, participación en el mercado laboral, ahorro e inversiones, seguido de una síntesis de los principales hallazgos en términos de la seguridad económica y de acuerdo con ella se propone una clasificación de la población de 60 años y más a partir de un modelo estadístico de segmentación. Esta sección finaliza con los resultados de las entrevistas realizadas a algunas personas que forman parte de organizaciones que presentan servicios al adulto mayor.

4.2. Marco conceptual y contextual

4.2.1. Seguridad económica

En la mayoría de las publicaciones que analizan la población en edades avanzadas, la seguridad económica se define como la capacidad de disponer de forma independiente de una cantidad de recursos económicos regulares y suficientes para garantizar una buena calidad de vida (Guzmán, 2002). El goce de la seguridad económica permite a las personas mayores satisfacer las necesidades objetivas que agregan calidad a los años y disponer de independencia en la toma de decisiones. Además, mejora su autoestima, al propiciar el desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos (Huenchuan y Guzmán, 2006).

La seguridad económica es la contra cara de la pobreza en tanto permite generar las condiciones para un envejecimiento con dignidad y seguridad. De acuerdo con las Naciones Unidas, la seguridad económica constituye una legítima aspiración en la vejez, tanto en el caso de las personas que han contribuido durante toda su vida a la seguridad social, como en el de las que por alguna razón no cumplen con los requisitos suficientes para acceder a una pensión contributiva (Naciones Unidas, 1995). Se trata de ejercer los derechos (derecho a la seguridad social, al trabajo y a la protección familiar) que todo ciudadano debe lograr al final de la vida (CEPAL, 2017)

Se ha propuesto que el análisis de la seguridad económica de la población envejecida se aborde bajo dos aspectos: 1) la situación económica y 2) la posición económica (CEPAL-Celade, 2003; Huenchuan y Guzmán, 2007). La situación económica está determinada por el poder adquisitivo, es decir por la cantidad de bienes y servicios que las personas pueden adquirir con la disponibilidad de recursos. De allí la importancia de identificar las principales fuentes y montos de ingreso en la vejez. Es importante mencionar que las necesidades de consumo en la vejez son distintas a las de otras edades y que de hecho se modifican a medida que se avanza en edad. Por ejemplo, en general el gasto

en vestimenta y vivienda disminuye, mientras que los recursos para la salud se pueden incrementar dependiendo del estado de salud y de la accesibilidad a servicios de salud. La posición económica se determina al contrastar los ingresos o bienes con los que cuenta la población en edades avanzadas con los de otros grupos de edad y entre el mismo grupo de población envejecida. Son particularmente importantes las desigualdades por sexo, localidad de residencia y niveles socioeconómicos.

Después del retiro disminuyen las oportunidades de generar ingresos mediante el trabajo o los negocios. Las herencias ya se han recibido y no hay posibilidad de reparar una mala inversión. Además, a pesar de que se reconozca la experiencia de las personas mayores como parte de sus activos para generar nuevos negocios, las escasas o nulas posibilidades de acceder a financiamiento afectan notablemente cualquier iniciativa que deseen emprender (NIACE como citó en Huenchuan, 2018).

En América Latina la participación económica de la población de 60 años y más es heterogénea. Las personas mayores tienen muchas oportunidades de aportar en los procesos de desarrollo de sus regiones. La edad no puede ser vista en ningún caso como un sinónimo de baja productividad o de inactividad. A nivel internacional, nacional y local se vienen promoviendo la creación de políticas públicas y programas que buscan fomentar la participación de las personas mayores en el mercado laboral y en los ecosistemas de emprendimiento (Wainwright y Kibler, 2014; Padilla, Aguilar, Díaz y Manzano, 2016).

Por su parte, para Villar, Flórez, Valencia-López y col., (2016) los sistemas de seguridad económica para la vejez tienen el propósito de cumplir tres funciones: redistribución, ahorro y seguro. En este sentido, dicen los autores, estos sistemas deben apoyar a las personas mayores que están en la pobreza o que son vulnerables de caer en ella, facilitar la acumulación de ingresos de la población trabajadora en preparación para las etapas posteriores de sus vidas y brindar protección económica frente a la pérdida de ingresos por falta de trabajo y demás contingencias derivadas de la vejez. Plantean que existen varios

mecanismos a través de los cuales las personas pueden alcanzar la seguridad económica para su vejez: 1) aportar al sistema pensional durante su vida laboral, por excelencia el principal instrumento de protección económica para la vejez; 2) ahorrar montos adicionales a los representados por las cotizaciones para pensiones, ya sea en ahorro financiero o en la forma de acumulación de activos en especie, con el fin de contar con este patrimonio en la vejez; 3) continuar activos en el mercado laboral durante la vejez, con el fin de obtener ingresos adicionales para vivir.

En este estudio se asume la seguridad económica a partir del análisis de tres mecanismos de generación de ingresos de las personas mayores: las pensiones (contributivas y no contributivas), la participación en el mercado laboral y el ahorro e inversión, tal como lo plantean Villar y col., (2016).

4.2.1.1. Sistema Pensional y pensión

La pensión es un monto de dinero que recibe mensualmente una persona después de tener el tiempo de trabajo, la cantidad de aportes y edad que pide la ley, o que sin haber cumplido hubiese sido retirado por enfermedad o vejez. La pensión también puede ser recibida por parte de personas diferentes al trabajador jubilado, la llamada sustitución pensional y puede ser otorgada a cónyuges, hijos menores o con discapacidad y padres o hermanos discapacitados que dependan económicamente del pensionado.

Para el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (Berstein, Bosch, García, Oliveri, 2018) los sistemas de pensiones son un elemento central del estado de bienestar. Son contratos sociales que tienen como principal objetivo proporcionar un consumo digno a las personas mayores en los años en los cuales generar ingreso es más difícil.

Según la CEPAL en 2015, un tercio de la población de 65 años y más de América Latina, es decir, más de 14 millones de personas, no tuvo ingresos provenientes de la seguridad social. De acuerdo con la información disponible en

las encuestas de hogares, el 70,8% de la población latinoamericana de 65 años y más recibía algún tipo de pensiones contributivas, no contributivas o ambas. Las disparidades de cobertura de los sistemas de seguridad social en algunos países dan lugar a una marcada desprotección que se expresa en el hecho de que una parte considerable de la población de 60 años y más no tiene ingresos propios, un fenómeno más evidente entre las mujeres que en los hombres. Aunque la situación ha mejorado a partir de 2012, los sistemas de protección social siguen enfrentando importantes desafíos. Según la información disponible más reciente, la proporción de mujeres de 60 años y más que carecen de ingresos propios en América Latina alcanza el 17,8%, lo que equivale a más de seis millones de mujeres mayores (Huenchuan, 2018, p 149).

De acuerdo con la CEPAL (2019), los sistemas de pensiones de la región son contributivos y en la mayoría de los sistemas hay un componente no contributivo pero destinado a las personas en situación de pobreza, por lo que las prestaciones suelen estar supeditadas a la disponibilidad. En consecuencia, no se trata de sistemas basados en la condición de ciudadano, pues no es esta cualidad la que origina el derecho, sino que es la condición de pobreza la que da lugar a la prestación (CEPAL, 2019).

Además, desde la perspectiva de género, en ALC las mujeres están en peor situación que los hombres en la mayoría de los países y tienen dificultades específicas para materializar su independencia económica en la vejez. En esta región es común que la cobertura y las pensiones de las mujeres sean menores que las de los hombres, y que las mujeres se encuentren sobrerrepresentadas en las prestaciones no contributivas de los sistemas y en las pensiones de viudez. Es decir, las mujeres constituyen la mayoría de la población adulta mayor, pero, salvo excepciones, están subrepresentadas entre quienes perciben pensiones. Si bien en la región se ha avanzado en la inclusión por medio de pensiones no contributivas, estas son las prestaciones de menor monto y no permiten a las mujeres superar la situación de pobreza (CEPAL, 2019). Esta realidad no es fruto del azar ni consecuencia de las elecciones que ellas hacen en la edad activa, como en algún momento se afirmaba, sino que es resultado

de decisiones políticas y de la distribución de los recursos. Sin embargo, en la región se han hecho avances notables. El primer paso fue asumir que los sistemas de pensiones no eran neutros en términos de género y que las reformas privatizadoras de la capitalización individual tuvieron efectos más perjudiciales para las mujeres que para los hombres (CEPAL, 2019).

Pensiones contributivas en Colombia

A raíz de los cambios que se vienen presentando a nivel global en materia laboral y como consecuencia de los bajos niveles de cobertura en materia pensional que tienen las personas mayores en Colombia, el país ha venido trabajando en la construcción de un nuevo modelo de protección económica para la vejez. Este nuevo esquema contempla tres pilares, uno contributivo, sistema tradicional de reparto simple con beneficios definidos. Un segundo pilar no contributivo que busca garantizar un ingreso mínimo en la vejez para las personas mayores más vulnerables y un tercer sistema intermedio recientemente creado que busca que las personas puedan ahorrar de manera voluntaria y el Estado aporta un beneficio adicional por cada peso que la persona ahorre.

La Ley 100 de 1993 dio paso a un sistema pensional diseñado según un esquema mixto, compuesto por dos regímenes que compiten entre sí: el Régimen de Prima Media (RPM) y el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS), el primero manejado por Colpensiones (plan público) y el segundo por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), o fondos privados de pensiones. Bajo estas dos modalidades se administran los recursos aportados por los empleadores y los trabajadores colombianos que cuentan con contratos de trabajo laboral formal y que mensualmente cotizan para su pensión.

La Ley 797 del año 2003 aumentó las contribuciones, restringió aún más los requisitos a los beneficiarios de los subsidios a las cotizaciones e incrementó significativamente los recursos para la atención directa a los ancianos a través de un pilar no contributivo que inicialmente se denominó Programa

de Protección Social a las Personas Mayores (PPSAM) y posteriormente se convirtió en lo que hoy en día se conoce como el programa Colombia Mayor.

En términos de requisitos para acceder a una pensión, el número de semanas de cotización exigidas en el RPM, que era de 1.000 semanas hasta el 2003, aumentó gradualmente desde comienzos del 2004 hasta alcanzar 1.300 semanas en el 2014. En el caso del RAIS, el acceso a pensión no requiere un número de semanas cotizadas cuando los montos ahorrados son suficientes para cubrir una renta vitalicia equivalente al 110 % del salario mínimo legal vigente. Sin embargo, cuando ese requisito no se satisface, sí se deben certificar 1.150 semanas de cotización para acceder a la garantía de pensión mínima. Además, La Ley 797 del 2003 incrementó las edades de pensión de 55 a 57 años para las mujeres y de 60 a 62 para los hombres, con vigencia a partir de enero del 2014.

Para todos aquellos que llegan a la edad de pensión (57 años para las mujeres y 62 años para los hombres) sin cumplir los requisitos de semanas para recibir la pensión, el régimen actual contempla una devolución de saldos en el RAIS o una indemnización sustitutiva en el RPM. La diferencia entre las dos es que la indemnización sustitutiva del RPM no reconoce ningún rendimiento financiero a los recursos cotizados, lo que sí se hace en la devolución de saldos del RAIS. En promedio, los trabajadores colombianos solo cotizan 15 años de los 25 que como mínimo requiere el sistema. En Colombia, tanto en el RPM como en el RAIS, los cotizantes de más altos ingresos financian un esquema de solidaridad: el Fondo de Solidaridad Pensional (FSP).

A lo largo de la historia del sistema pensional se han implementado varias reformas con el objetivo de mejorar su sostenibilidad fiscal. Sin embargo, al primar el criterio de sostenibilidad financiera del sistema al momento de tomar medidas como el endurecimiento de las condiciones de acceso a los fondos de solidaridad y de garantía de pensión mínima, se afectaron fuertemente otros aspectos del sistema pensional como la cobertura de la población de bajos ingresos y el funcionamiento de los mecanismos internos de solidaridad.

De modo que el sistema pensional colombiano no solo no cumplió el objetivo de ampliar la cobertura de las personas mayores, sino que con los parámetros actuales del sistema y los altos niveles de informalidad vigentes en el mercado laboral la situación puede agravarse en las próximas décadas.

De acuerdo con el OCDE, alrededor del 36% de los empleados formales están afiliados al plan público y el 64% al plan privado. Sin embargo, varios regímenes especiales complican aún más el sistema (maestros, militares, policías y trabajadores de compañías petroleras). En la actualidad, la mayoría de los jubilados (96%) reciben una pensión del plan público de beneficios definidos (incluidos los regímenes especiales) ya que el plan privado de contribuciones definidas ha estado vigente solo por 20 años. En ambos sistemas, los trabajadores aportan el 4% de su salario y los empleadores el 12%. Los autónomos aportan el 16% de sus ingresos. Se requieren 24,5 años (25 años a partir de 2015) para una pensión completa, que es baja en comparación con los países de la OCDE y ALC: 36 años en promedio en los países de la UE y 30/35 en Argentina, Brasil, Ecuador y Uruguay y alrededor de 38 años en Costa Rica) (de la Maisoneve 2015).

Por Constitución, la pensión mínima no puede ser inferior al salario mínimo. La edad de jubilación es de 62 años para hombres y 57 para las mujeres. Desde 2007, Colpensiones es el administrador principal del sistema de pensiones de prestaciones definidas. Otras entidades públicas de administración de beneficios definidos son la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional (CASUR) y la Policía Nacional (ambas comprenden el régimen policial); la Caja de Retiro de las Fuerzas Militares y el Ministerio de Defensa (Cremil) (ambos comprenden el régimen militar); el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio y el Fondo de Previsión Social del Congreso. El sistema privado está gestionado por fondos de pensiones.

A pesar de algunos avances en las últimas décadas, solo el 29,1% de las personas mayores recibe una pensión (Ministerio de Salud, Colciencias, 2016), que es baja en comparación con el promedio de la OCDE (alrededor del 90%) y

muchos países latinoamericanos: 80-90% en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. Parte de las personas mayores (15%) están actualmente cubiertos por regímenes especiales (judiciales, militares y policiales, maestros, entre otros) que eran complementarios al plan público de beneficios definidos y ahora han sido abolidos y transferidos por completo al público. La cobertura es la más baja entre los grupos vulnerables, como las mujeres, los trabajadores con ingresos medios y bajos que trabajan en pequeñas empresas o que trabajan por cuenta propia (Bosch, Melguizo y Pagés, 2013). En las zonas rurales solo el 10% está cubierto, ya que la mayoría de los trabajadores rurales son informales o ganan muy poco para poder contribuir al sistema de pensiones (de la Maisonneuve, 2015).

La baja cobertura de las pensiones refleja en parte el alto nivel de informalidad. Además, el requisito constitucional de que la pensión no puede ser inferior al salario mínimo también afecta el nivel de cobertura y los beneficios. Es costoso ya que la pensión mínima representa alrededor del 60% del salario promedio, mientras que, en promedio, en los países de la OCDE representa menos del 20%. De otro lado, muchas personas llegan a la edad de jubilación sin haber contribuido lo suficiente para calificar o recibir beneficios, ya que es difícil encontrar suficiente trabajo con un salario más alto que el mínimo, solo alrededor de la mitad de la población ocupada gana más que el salario mínimo (Ministerio de Trabajo, 2012).

Para permitir que más personas estén cubiertas por el plan público de beneficios definidos, el Gobierno implementó la pensión familiar (Pensión Familiar) en 2014. Esto permite a una pareja sumar sus respectivos años contribuidos para cumplir con los requisitos. Si el valor conjunto es igual o mayor a 1.300 semanas (25 años), la pareja obtendrá una pensión. La condición más importante para tener acceso a esta pensión es estar en los niveles I, II o III del grupo socioeconómico de Sisbén. El sistema de Sisbén clasifica a las personas en seis estratos socioeconómicos según los ingresos y las condiciones de vida y se utiliza para evaluar la elegibilidad para transferencias en efectivo y servicios en especie. La introducción de la pensión familiar llevará a un aumento de 5 puntos porcentuales de la cobertura (Montenegro et al., 2013).

Un problema particular para las pensiones es que muchos trabajadores ingresan y salen del mercado laboral formal varias veces en su carrera. Esto resulta en bajas densidades de contribución y, por lo tanto, insuficientes ahorros acumulados para la vejez que ayuden a financiar una pensión adecuada. De los 19 millones de personas actualmente afiliadas al sistema de pensiones, 5,5 millones no han contribuido en los últimos 6 meses y 1,4 millones adicionales no han contribuido en el último mes. Una encuesta mostró que el 25% de los trabajadores que actualmente se encuentran en el sector formal no estarán dentro de un año. Aproximadamente el 6% estará inactivo, el 7% desempleado, el 4% autoempleado y el 9% será asalariado informal (Goñi como se citó en Maisonneuve, 2015). Estas cifras pueden estar sesgadas ya que utilizan datos transversales y, en consecuencia, no siguen a los trabajadores a lo largo del tiempo. No obstante, muestran el alcance del problema. Por tanto, se puede lograr una mayor cobertura ya sea mediante reformas del mercado laboral que creen empleos más formales o enmendando el sistema para permitir más contribuciones mientras se está en el empleo informal (de la Maisonneuve, 2015). Otra restricción importante para el sistema pensional es el requisito de un salario mínimo para las contribuciones, y que alrededor del 50% de los trabajadores ganan menos que eso.

El plan público de prestaciones definidas plantea graves problemas de equidad al exacerbar la desigualdad, ya que beneficia principalmente a los trabajadores formales de altos ingresos. Más del 80% de las pensiones van al quintil de mayores ingresos. Mientras que los dos quintiles más pobres reciben menos del 2%. Por el contrario, en 21 países de la OCDE, la pensión se basa en los ingresos de por vida y en algunos otros en 25-35 años de ingresos (OCDE, 2013).

Un análisis de la prensa escrita señala que durante el 2019 el gasto en pensiones públicas fue uno de los mayores que hizo el Estado, no obstante este solo benefició a cerca de 2,2 millones de pensionados, es decir, apenas una tercera parte de los más de 7 millones de personas en edad de jubilación. Lo más grave, insisten, es que las pensiones estatales terminan favoreciendo más a los que más tienen, por eso se convierte en el gasto más regresivo del Estado.

Esto muestra que el régimen pensional colombiano no solo es costoso, sino también inequitativo, pues redistribuye los recursos de todos los colombianos hacia los afiliados de mayores ingresos que sí logran pensionarse y deja sin cobertura y desprotegidos a la gran mayoría (Revista Semana, 2019). Aunado a esto, la tasa de pobreza de las personas mayores es de 44%, prácticamente el doble que el promedio nacional, y muchas personas que cumplen la edad de pensionarse se rehúsan a salir del mercado laboral, situación que empeorará con el envejecimiento poblacional.

Programa de Solidaridad con el Adulto Mayor: Colombia Mayor

Ante la imposibilidad del sistema pensional colombiano de ampliar la cobertura más allá del sector formal de la economía y con el fin de superar las barreras estructurales del sistema pensional tradicional, Colombia cuenta con el programa Colombia Mayor que ofrece un plan de transferencias en efectivo para personas mayores que viven en la pobreza. El objetivo de este programa es alcanzar un modelo de cobertura universal que cubra toda la población de personas mayores que pertenecen a los niveles I y II del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén). La cobertura de Colombia Mayor se amplió notablemente en los últimos 10 años pasando de casi 900.000 beneficiarios en 2010 a más de un millón y medio en 2019, se desarrolla en 1.103 municipios y tres inspecciones departamentales. El costo total del programa es de 1,44 billones de pesos anuales y se financia con presupuesto de la Nación, administrado por el Ministerio de Trabajo y apoyado por las alcaldías municipales.

Se enfoca en los grupos más vulnerables, en los cuales la incidencia de pobreza es mayor. Así, es una iniciativa que busca aumentar la protección de las personas mayores que se encuentran desamparados, que no cuentan con una pensión, que viven en la indigencia o en la extrema pobreza.

El Programa Colombia Mayor tiene dos componentes: el de subsidios directos que tiene como objetivo proteger al adulto mayor que carece de rentas o ingresos suficientes para subsistir o se encuentra en condiciones de extrema pobreza o de indigencia a través de un apoyo económico. Estos apoyos se giran directamente a los beneficiarios cada dos meses a través de la red bancaria, entidades contratadas para este fin o tesorerías municipales (cabe anotar que cobran entre un 4% y un 5% por transacción). El monto mensual de los recursos está fijado entre \$70.000 y \$150.000 y es asignado a cada ente territorial (municipios) y en algunos casos estos contribuyen con un monto adicional. Solo Bogotá tiene un valor superior, pues la administración distrital aporta la diferencia (Departamento Nacional de Planeación. Unión Temporal Econometría –SEI–, 2016). Se trata de un monto relativamente bajo para el tamaño de la población que beneficia y está por debajo de la línea nacional de pobreza extrema. Además, el beneficio promedio de Colombia Mayor en términos relativos está por debajo de todos los países de la OCDE, excepto Corea. La reciente expansión significativa de la cobertura ha llevado a una disminución del beneficio en un 50%. Por esto los expertos opinan que debería aumentarse su cobertura a toda la población vulnerable, alrededor de 2,4 millones de adultos en todo el país y que el subsidio que entregue el programa sea al menos equivalente a la línea de pobreza. Esto podría financiarse, afirman, si se elimina la inequidad en los subsidios estatales. Se insiste en que en este caso, más que una reforma pensional, es necesario crear un sistema de protección a la vejez (Semana 2019).

Los criterios de focalización establecidos por el Programa contemplan los siguientes aspectos: 1) puntaje del Sisbén, 2) edad del aspirante, 3) personas mayores con personas a cargo, 4) personas mayores que viven solos y no dependen económicamente de ninguna persona, 5) 50% de discapacidad física o mental del aspirante, 6) indígenas en indefensión, 7) tiempo de permanencia en el municipio, 8) tiempo que lleva inscrito en lista de espera y 9) haber perdido el subsidio que da el gobierno al aporte en pensión por llegar a la edad de 65 años y no contar con capacidad económica para continuar efectuando aportes a dicho sistema.

Resultados de la evaluación de impacto del programa (Departamento Nacional de Planeación. Unión Temporal Econometría –SEI–, 2016) muestran que el Programa Colombia Mayor ha focalizado su ayuda en las personas mayores más vulnerables. Desde los indicadores de características socio-demográficas, de salud, vivienda, pobreza, ingresos y dignidad para la vejez, se encontró que los beneficiarios tienen condiciones de alta vulnerabilidad, son grupos con condiciones más precarias que el total de personas mayores del país y que la población total. El subsidio de Colombia Mayor es muy importante para estos hogares y en algunos casos se constituye en la única fuente de ingresos. Son hogares tan vulnerables que es indispensable que el Estado los apoye con este subsidio y complemente este apoyo con servicios que aunque existen, no se prestan de manera integral y Colombia Mayor puede ser una vía para asegurar que sus beneficiarios tengan acceso de manera que esto contribuya a mitigar su condiciones de vulnerabilidad.

Los resultados también muestran que Colombia Mayor tiene una mayor proporción de personas mayores de 70 años que son menos educados, tienen un mayor déficit de vivienda y presentan mayores problemas de salud, discapacidad y estado funcional, lo cual los hace más vulnerables. A nivel cualitativo se encontró también que muchas personas mayores beneficiarias del Programa han sido afectadas por la violencia.

Además genera impactos positivos sobre los niveles de pobreza de los beneficiarios de la zona rural y se tiene también un efecto, aunque tenue, en la disminución de la proporción de personas mayores por debajo de la línea de miseria. Otro de los impactos que se encontró en los beneficiarios es que gracias al Programa una menor proporción está dejando de desayunar, almorzar o comer por falta de recursos. Esto coincide con el efecto tenue del programa en gastos de alimentos y bebidas, en hogares donde el adulto mayor es hombre, o tiene entre 60-69 años. Hay aumentos en todos los hogares, en los gastos anuales del hogar en educación, en servicios públicos, en compra y o reparación de electrodomésticos y celulares, y en diversión y entretenimiento.

Subsidios indirectos a los Centros de Bienestar del Adulto Mayor (CBA)

El segundo componente del Programa Colombia Mayor es el de subsidios económicos indirectos que son recursos que se otorgan en Servicios Sociales Básicos a través de los Centros de Bienestar del Adulto Mayor (CBA) y Centros Diurnos, que reciben una suma por cada uno de los beneficiarios indirectos que están en el Centro.

En la evaluación de impacto del programa (Departamento Nacional de Planeación. Unión Temporal Econometría –SEI–, 2016) uno de los hallazgos del análisis de los subsidios indirectos es que no hay relación entre el tamaño (número de personas atendidas) del CBA, su ubicación rural o urbana o su naturaleza jurídica con el tipo de servicios sociales prestados, ni la calidad de los mismos, de acuerdo con los entrevistados, esto depende más de la capacidad de gestión de las directivas del Centro y de la “vocación de servicio”. El personal que trabaja en los CBA tiene pocas posibilidades de capacitación, recursos muy limitados y no cuenta con estabilidad laboral, así mismo, es generalizada la falta de profesionales como psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras. Un análisis detallado de este aspecto se presenta en el capítulo de cuidado.

Otros resultados muestran que la mayoría de los CBA no tienen capacidad de atender la demanda de los municipios, es decir, que no les es posible recibir a todos los adultos que solicitan ingreso, debido a que la oferta ha venido aumentando por fenómenos como el envejecimiento poblacional, la recepción de población víctima y también porque los CBA reciben también personas de otras edades con enfermedades físicas, mentales o en situación de discapacidad.

Los CBA reciben recursos de varias fuentes, entre los que se encuentran los recursos de Colombia Mayor que se constituyen en un ingreso fijo con una periodicidad conocida que requiere más trámites que otras fuentes y tiene restricciones en su destinación. El dinero que se recibe no alcanza a cubrir la totalidad de los gastos de un beneficiario de subsidio indirecto. Algunos CBA reciben también dineros de otras fuentes tales como recursos de las alcaldías, donaciones de

particulares, recursos de la estampilla para el bienestar del adulto mayor y de algunos residentes de los centros, quienes cancelan su mensualidad. Una de las estrategias empleadas para la adquisición de medicamentos y ayudas no POS, dadas las restricciones de recursos que tienen los CBA, es la interposición de acciones de tutela a las entidades prestadoras de servicios de salud.

El goce efectivo de los derechos de los adultos que residen en el CBA depende en gran medida de los servicios sociales básicos y complementarios¹ que se prestan, a diferencia de los adultos que reciben subsidio directo, quienes asocian el goce de sus derechos con su propio accionar y/o con el de sus familias. El informe anota que las personas mayores manifiestan que residir en estos centros ha significado una mejora en su alimentación respecto a sus condiciones de vida previas, sienten que al interior de los mismos reciben un buen servicio de salud y valoran el trabajo de los cuidadores que son las personas encargadas de solicitarles las citas médicas, y de llevarlos a los hospitales o centros de salud cuando tienen cita o en caso de presentarse alguna urgencia.

En el mismo informe, el análisis del componente de subsidios indirectos muestra que los recursos del Programa Colombia Mayor son muy importantes para los CBA y también se identificó que utilizan este dinero para todos las personas mayores del Centro y no solamente para los beneficiarios indirectos, es decir que aunque la aplicación y obtención de estos recursos se basa en las condiciones de algunos residentes, estos recursos no tienen destinación específica, por lo tanto sería bueno cambiar la modalidad del subsidio y que se asignara de manera diferente, orientado directamente a los CBA y no para algunas personas del CBA, lo cual adicionalmente facilitaría los trámites.

¹ Los Servicios Sociales Básicos comprenden alimentación, alojamiento y salubridad, medicamentos o ayudas técnicas, prótesis no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS- de acuerdo con el régimen aplicable al beneficiario, ni financiadas con otras fuentes. Podrá comprender medicamentos o ayudas técnicas incluidas en el POS, cuando el beneficiario del Programa no esté afiliado al Sistema General de Seguridad Social. y los complementarios son otro tipo de servicios diferentes a los básicos.

Los autores concluyen que el estudio muestra que efectivamente el programa se focaliza en personas mayores altamente vulnerables y prioritariamente necesitadas de atención. De todas maneras, los resultados de la evaluación referentes a las condiciones de salud de la población beneficiaria, así como de condiciones de vida en general, evidencian que las necesidades sentidas aún son muchas y que el deber ser ideal consignado en normas y políticas aún tiene retos importantes que afrontar. Es probable que un mayor valor del subsidio mejore los impactos, sin embargo no hay evidencia en la evaluación que permita afirmar esto. El valor del subsidio en Colombia no varía de manera importante entre municipios y hay una correlación alta entre el valor y el nivel de desarrollo del municipio, lo cual impide sacar conclusiones sobre si se tendría un mayor impacto si se tiene un mayor valor del subsidio.

Programa Beneficios Económicos Periódicos (BEPS)

Tal como se mencionó, el sistema pensional colombiano está construido sobre el umbral de un salario mínimo y, por esta razón, tanto las pensiones como el ingreso base para cotizarlas tienen que ser superiores o iguales a este valor. Esta prohibición deja por fuera del sistema pensional a más de la mitad de la población trabajadora del país que se caracteriza por tener bajos ingresos. Así, para facilitar el ahorro de ingresos de vejez (pensiones) para los trabajadores informales de bajos ingresos, el gobierno ha introducido un esquema contributivo, el programa Beneficios Económicos Periódicos (BEPS). Los BEPS son cuentas de jubilación individuales para trabajadores con salarios irregulares o inferiores al salario mínimo, o para aquellos que no han contribuido lo suficiente a los planes de pensiones del sector formal para obtener una pensión. Se trata de una iniciativa de ahorro voluntario para la vejez, las personas pueden hacer contribuciones voluntarias durante su vida activa, por ejemplo, cuando enfrentan períodos de trabajo informal. Es una iniciativa impulsada por el Gobierno Nacional para favorecer a quienes no tienen posibilidad de cotizar para una pensión, o que, habiéndolo hecho, cumplieron la edad y no lograron obtenerla y también se dirige a los trabajadores que enfrentan fases de actividad informal durante su vida

laboral; sin embargo, no está destinado específicamente a los trabajadores del empleo informal, no obstante, pretende llegar a ellos, pues ofrece protección a personas de escasos recursos en la vejez mediante un ingreso que se recibe cada dos meses, y que es personal e individual a partir de la solicitud de destinación de sus ahorros y por el resto de su vida.

Este sistema flexible busca que los ciudadanos participen voluntariamente en la construcción de un capital que les permita mejorar sus ingresos en la vejez, ahorrando desde ahora los recursos que puedan y cuando puedan. Por su parte, el Gobierno apoya ese esfuerzo con un subsidio del 20%. Para acceder, es necesario pertenecer a los niveles I, II y III del SISBÉN, de acuerdo con los cortes definidos por el Ministerio del Trabajo y el Departamento Nacional de Planeación (DNP). Los ciudadanos pueden estar de manera simultánea vinculados al programa BEPS y afiliados al Sistema General de Pensiones, pero no se permite ahorrar en BEPS y cotizar al Sistema General de Pensiones en un mismo período o mes.

El programa BEPS comenzó a implementarse recientemente, muy pocos jubilados lo han solicitado. Al 31 de diciembre de 2018 el programa contaba con 1.272.852 personas vinculadas, pero de ellos solo alrededor de 460.075 ahorran de forma constante. El Plan apunta a cubrir de 6 a 7 millones de personas, posiblemente mayores, en los próximos 20 años. En el departamento de Caldas, según cifras de Colpensiones y con corte al 31 de mayo de 2019, habían 19.817 ahorradores, de los cuales 60% son mujeres y 40% hombres.

Aunque los BEPS se pueden considerar como una herramienta valiosa para superar los grandes obstáculos del sistema pensional tradicional, su alcance es limitado y su diseño presenta múltiples deficiencias que hacen poco probable que conduzca a la solución de los problemas. A su vez, no solo está enfocado de manera exclusiva a los niveles de Sisbén 1, 2 y 3 sino que no se integra apropiadamente con el sistema general de pensiones, lo que puede desestimular la cotización en el sistema formal. Los BEPS, como un esquema de ahorro para las personas con ingresos bajos, deberían hacer parte de un

sistema integrado de ahorro voluntario para la vejez que cubra la mayoría de la población. Por tanto, es indispensable repensar ese esquema de ahorro en el contexto de la necesidad más general de promover ahorros voluntarios para la vejez, promoción que puede requerir de subsidios estatales (Villar, Becerra y Forero, 2017).

4.2.1.2. Participación en el mercado laboral

Las limitaciones en la cobertura de seguridad social inciden de manera importante en la posibilidad de que las personas mayores continúen trabajando después de la edad de jubilación. Un informe reciente de OIT/CEPAL (2018) indica que un elevado porcentaje de las personas mayores se ve obligado a seguir trabajando al no recibir una pensión. Por otra parte, tal como se mencionó, existe una pequeña proporción de personas, por lo general con mayores niveles de educación, que sigue vinculada al mercado laboral por preferencia individual, incluso aunque perciban una pensión. En efecto, la población económicamente activa de edad avanzada se incrementa a medida que el gasto en protección social disminuye. Entre los países analizados, la proporción de población económicamente activa adulta mayor es muy elevada en el Perú, Guatemala y el Paraguay, donde supera el 40%. Este último país tiene un gasto per cápita en protección social equivalente a menos del 5% del que invierte Brasil. La participación económica de la población de 60 años y más es heterogénea. En los hombres mayores oscila entre el 35,8% en el Uruguay y el 70,2% en Guatemala, mientras que en las mujeres mayores varía entre el 12,4% en Costa Rica y el 47,0% en el Estado Plurinacional de Bolivia. Según el área geográfica, se observa que la mayor participación económica de la población adulta mayor masculina ocurre en el área rural, con la excepción de Chile. Entre las mujeres adultas mayores, la situación es diversa: mientras que en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay, la participación económica de las mujeres mayores es más elevada en el área rural, en Chile, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y la República Dominicana se aprecia una situación inversa (Huenchuan, 2018).

En Colombia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE es el organismo encargado de precisar los conceptos relacionados con el mercado laboral. De acuerdo con el glosario de términos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares, principal fuente de datos para analizar indicadores del mercado laboral en Colombia, los indicadores más importantes son los siguientes²:

Tasa global de participación (TGP): es la relación porcentual entre la población económicamente activa y la población en edad de trabajar. Este indicador refleja la presión de la población en edad de trabajar sobre el mercado laboral.

Tasa de ocupación (TO): es la relación porcentual entre la población ocupada (OC) y el número de personas que integran la población en edad de trabajar (PET).

Tasa de desempleo (TD): es la relación porcentual entre el número de personas que están buscando trabajo (DS) y el número de personas que integran la fuerza laboral (PEA).

En la figura 19 se presenta la clasificación del DANE para efectos de análisis del mercado laboral. En primer lugar la población total se divide en los que no tienen edad de trabajar, menores de 10 años, y el resto que estaría en la edad de trabajar (PET), aquí estarían todas las personas mayores. A su vez, la PET se divide en la población económicamente activa (PEA) también llamada fuerza laboral, son las personas en edad de trabajar que trabajan o están buscando trabajo, y la población que no está ni ocupada ni buscando trabajo, a los que se denomina población económicamente inactiva (PEI). Esta población inactiva puede serlo por varios motivos, porque están dedicados a estudiar, a oficios

² Definiciones tomadas del Glosario de términos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares del DANE. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/glosario_GEIH13.pdf

del hogar, incapacitados permanentemente para trabajar, ya están pensionados o tienen rentas y no les interesa laborar, entre otras razones.

Al combinar estas diferentes agrupaciones se obtienen los principales indicadores del mercado laboral. Inicialmente, cuando se revisa la población económicamente activa respecto a la que está en edad de trabajar se obtiene la tasa global de participación (TGP), que en este caso muestra la proporción de personas mayores que están participando de forma dinámica en el mercado laboral. Otro indicador importante es la tasa de ocupación (TO) que se obtiene al relacionar los ocupados con la población en edad de trabajar. El último indicador analizado es el más conocido de todos, la tasa de desempleo o desocupación (TD) que indica la proporción de la población activa que está buscando trabajo o desempleada.



Figura 19. Clasificación de la población para análisis del mercado laboral.

Fuente: elaboración propia.

Según estos indicadores todas las personas mayores se consideran en edad de trabajar. En la elección de participar o no en el mercado laboral luego de una edad socialmente aceptada de jubilación, confluyen dos fuerzas principales. Por un lado, la ausencia de ingresos, su volatilidad o la falta de protección social obligan al adulto mayor a participar en el mercado laboral para así poder subsistir y, de ser necesario, contribuir económicamente con los requerimientos de su núcleo familiar. Por el otro, se encuentra el trabajo como fuente de satisfacción, ya sea por el logro económico, el compromiso social o el estatus adquirido en el pasado que lleva a las personas mayores a prolongar su participación en el mercado de trabajo durante su vejez. En literatura económica se presentan como factores determinantes de la magnitud de estas fuerzas el nivel de educación del individuo, las condiciones de salud y la relación de estas con el entorno de trabajo, la generosidad del sistema pensional o las cambiantes condiciones del mercado laboral (Farné y Rodríguez Guerrero, 2014).

En Colombia, según resultados de la encuesta SABE (2016), el 39% de la población mayor de 60 años aún trabaja (ocupados), de ellos el 60% trabaja por cuenta propia y el 12% como jornalero o peón. Los motivos por los cuales trabajan son: por necesidad (65%), para ayudar a la familia (13,2%), para mantenerse ocupado (9,3%) y porque le gusta su trabajo (9,5%). En todos los grupos etarios las tasas de ocupación son mayores en los hombres que en las mujeres y en las zonas rurales en comparación con las urbanas. Esas tasas de ocupación disminuyen con la edad y para ambos sexos se reducen más rápido en las zonas urbanas que en las rurales. Entre los que no trabajan (inactivos) las razones de no trabajar son: 40% por problemas de salud, 12,6% para encargarse de la casa, 10% porque su familia no quiere que trabaje, 10% porque no consigue trabajo y solamente 3% porque no tiene necesidad de trabajar. Cabe anotar que los resultados de esta encuesta muestran que el 28,4% de las personas mayores vive en estrato 1, alrededor del 40% reside en zonas de estrato socioeconómico 2, es decir, solamente una tercera parte vive en los estratos 3 y 4 y una pequeña proporción (solo 2%) en los estratos 5 y 6.

Los resultados de la investigación de la Universidad Externado de Colombia indicaron que en el país casi el 50% de las personas entre 60 y 69 años de edad continúa trabajando (Farné y Rodríguez, 2014), desagregando la población de personas mayores en dos grupos, de 60 a 69 años y de 70 años en adelante muestran que para este último grupo la participación en el mercado laboral se reduce por debajo del 40%, 12% para las mujeres y 35% para los hombres. Al discriminar por zona se puede apreciar que mientras la tasa de participación para la población no adulta mayor siempre es inferior en el campo que en el área urbana, para las personas mayores esto se revierte. Es posible que este fenómeno se deba a la falta de ingresos y de protección social que obliga a los campesinos personas mayores a continuar en el mercado laboral mucho más allá de los 60 años. Es importante destacar que la tasa de participación en el campo es cercana al 60% para aquellos de 60-69 años y al 37% para los de 70 años o más.

En términos generales, las mujeres, los residentes en zonas rurales y las personas de más edad entre las personas mayores son los que sufren las peores condiciones socio laborales. Igualmente, es importante resaltar que la participación de las personas mayores en la economía del hogar es fundamental y que, como era de esperar, las mujeres, a pesar de tener una participación en el mercado laboral menor que los hombres, son las que se dedican en mayor proporción y con mayor intensidad a las labores domésticas. Este aspecto se analiza más ampliamente en el capítulo de cuidado.

Otro concepto importante que debe ser abordado a la hora de analizar el mercado laboral, y en particular cuando se trata de las personas mayores, es la informalidad laboral. Este es un fenómeno que afecta millones de personas en toda Colombia y está directamente relacionado con la protección económica de las personas durante su vejez, ya que todas las personas que durante su vida laboraron en la informalidad, tendrán la obligación de seguir participando en el mercado laboral pasada su edad de pensión o sobrevivir gracias al apoyo de la familia o al pago de subsidios por parte del Estado.

Tal como se mencionó, los altos niveles de informalidad son una característica central de los mercados laborales de ALC. La informalidad generalmente implica la falta de acceso a la seguridad social en salud y pensiones, a jornadas de trabajo definidas (incluidos descanso semanal y vacaciones anuales remuneradas), a seguros por desempleo, accidentes y enfermedades laborales, entre otros derechos previstos en la legislación laboral, es decir la informalidad vulnera los derechos. Una de las formas de inserción laboral menos protegida es el trabajo por cuenta propia no calificado, una fuente muy importante de empleos e ingresos en los mercados laborales de ALC. Es una categoría ocupacional heterogénea, pero con alta tendencia a la precariedad, dado que suele concentrarse en sectores de baja productividad y con escaso acceso a prestaciones sociales, principalmente a la protección social contributiva (CEPAL, 2018).

La informalidad laboral en Colombia es definida por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) como las personas que durante un período de referencia dado se encontraban en una de las siguientes situaciones: 1) empleados particulares y obreros que laboran en establecimientos, negocios o empresas que ocupen hasta cinco personas en todas sus agencias y sucursales, incluyendo al patrono y/o socio; 2) trabajadores familiares sin remuneración en empresas de cinco trabajadores o menos; 3) trabajadores sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares; 4) empleados domésticos en empresas de cinco trabajadores o menos; 5) jornaleros o peones en empresas de cinco trabajadores o menos; 6) trabajadores por cuenta propia que laboran en establecimientos de hasta cinco personas, excepto los independientes profesionales; 7) patronos o empleadores en empresas de cinco trabajadores o menos; 8) se excluyen los obreros o empleados del gobierno (DANE, 2016).

Durante el primer trimestre de 2018, el 48,4% de la población ocupada en las 23 principales ciudades del país trabajaba bajo alguna de estas condiciones. En la ciudad de Manizales, por ejemplo, durante este periodo el 42% de la población ocupada lo hizo en la informalidad, cifra que la convierte en la segunda ciudad del país con menor proporción de informalidad, después de Medellín.

En Colombia, las tasas de informalidad aumentan después de la edad de jubilación. Este fenómeno refleja la dificultad que tienen las personas mayores para ingresar y/o mantenerse en el sector formal. La alta informalidad entre las personas mayores también se puede explicar por el muy bajo nivel educativo de ese grupo poblacional: 16,5% no tiene ningún tipo de educación y en promedio la población alcanzó 5,5 años de educación. Los bajos niveles educativos dificultan la inserción en el sector formal del mercado laboral.

4.2.1.3. Ahorro e inversión

Además del sistema pensional, que es por excelencia el principal instrumento de protección económica para la vejez, existen otros mecanismos a través de los cuales la población puede prepararse para esa etapa de la vida. Por ejemplo, el ahorro de montos adicionales a los representados por las cotizaciones para pensiones, ya sea en ahorro financiero o en la forma de acumulación de activos en especie.

Una proporción significativa de la población del país no ahorra en activos financieros, a excepción de los quintiles de más altos ingresos, y no hay conciencia ni planificación de ahorro para la vejez. Una posible explicación a la falta de ahorro y de conciencia de futuro de las personas jóvenes en Colombia son las grandes falencias en educación financiera de la población, especialmente notorias en las personas de menores ingresos (Fedesarrollo, Fundación Saldarriaga Concha, 2015). Otras explicaciones apuntan a la imposibilidad de ahorrar o a la falta de acceso al sistema financiero formal. En este punto una encuesta del Banco Mundial y el gobierno de Colombia (Reddy, Bruhn y Tan, 2015) muestra que la población colombiana no accede por temor, por desconocimiento, y en el caso de las personas mayores se suma la discriminación por edad. Las personas del estrato de ingresos más bajos no usan el sistema financiero formal para ahorrar debido al requisito mínimo necesario para abrir una cuenta de ahorros, las comisiones elevadas y el interés bajo. Por el contrario, guardan pequeñas sumas de dinero en un lugar seguro de la casa. Las mujeres mayores son consideradas las ahorradoras de la familia (si bien a través de mecanismos

informales) y generalmente tienen una pequeña suma en efectivo a disposición para una emergencia (HelpAge, 2015). En cuanto a la preparación para la vejez, la mencionada encuesta muestra diferentes respuestas en el caso de trabajadores de los sectores formal e informal. Más del 50% de los trabajadores del sector informal no tiene provisiones financieras para la vejez, y solo alrededor del 20% tiene una previsión total. En comparación, casi el 40% de los trabajadores formales informó tener previsión total para la vejez, mientras que solo el 35% no tenía ninguna. También las mujeres fueron mucho menos propensas que los hombres a apartar recursos para la vejez.

De otro lado, las personas mayores confían en que sus hijos van a cuidar de ellos en su vejez y por tanto tienden a tener más hijos como una forma de diversificación del riesgo (Villar y col., 2016; Fundación Saldarriaga Concha y Fedesarrollo, 2015). Aparte de la inversión en los hijos, el otro gran canal de ahorro de los colombianos es la vivienda. El principal activo patrimonial en la vejez suele ser la vivienda de habitación, la cual representa cerca del 75% del total de los activos de los hogares colombianos (Villar y col., 2016).

El problema de tener la vivienda como el activo preferido para la acumulación de riqueza es lo complejo que puede llegar a ser el convertir ese patrimonio en una fuente de ingresos líquidos en la vejez (Fundación Saldarriaga Concha y Fedesarrollo, 2015). A propósito de esto, Merton (2011) (en misión Colombia) propone que el mecanismo de las hipotecas revertidas podría convertirse en una innovación financiera importante encaminada a generar ingresos para las personas mayores a partir de activos fijos no líquidos, y además podría garantizar el acceso al sistema financiero formal. Cuando un jubilado adquiere la hipoteca revertida parcial de la vivienda con un banco hipotecario este le garantiza, a manera de préstamo, un ingreso periódico (generalmente anual) por el resto de la vida o hasta que el retirado decida terminar el contrato. Finalmente, cabe mencionar que la falta de preparación económica para la vejez es aún más preocupante en el caso de las mujeres, tanto en las zonas rurales como cabecera.

4.2.2. Pobreza

El contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) es relevante para analizar las perspectivas de reducción de la pobreza en la región. La primera meta del objetivo 1 es erradicar la pobreza extrema para todas las personas y en todo el mundo a 2030, y la segunda reducir al mismo año al menos a la mitad la proporción de personas que viven en la pobreza en todas sus dimensiones. La evolución de la pobreza monetaria está directamente relacionada con la forma en que los ingresos de los hogares crecen y se distribuyen; por tanto, es posible proyectar cómo evolucionaría la pobreza en distintos escenarios de crecimiento del ingreso y cambio distributivo. En el caso de que las trayectorias de ambas variables sean similares al promedio observado de 2008 a 2017, un conjunto de 10 países podría reducir la pobreza extrema hasta el 3% y 11 países podrían reducir la pobreza a la mitad a 2030 (CEPAL, 2018).

La erradicación de la pobreza y la pobreza extrema, así como la reducción de la desigualdad en todas sus dimensiones, continúan siendo desafíos centrales para los países de América Latina. Después de 12 años en que las tasas de pobreza y pobreza extrema se redujeron considerablemente en ALC, la tasa de pobreza bajó del 44,5% al 27,8%, y la pobreza extrema se redujo del 11,2% al 7,8%. No obstante, en 2015 y 2016 se registraron incrementos sucesivos en las tasas de pobreza y pobreza extrema que representaron un retroceso, sobre todo en el segundo indicador. Este hecho es preocupante especialmente en un contexto regional de bajo crecimiento económico y profundas transformaciones demográficas y en el mercado de trabajo. A partir de 2015 se deterioraron importantes indicadores laborales: aumentaron las tasas de desocupación y se interrumpió el proceso de formalización del empleo que había tenido lugar en diversos países en los años anteriores. Las cifras de 2017 muestran un incremento adicional de la pobreza extrema, mientras que la tasa de pobreza no presentó variaciones respecto al 2016. La evolución de la pobreza entre 2012 y 2017 se caracterizó por una profundización de las brechas entre grupos de edad. Entre los niños, niñas y adolescentes de hasta 14 años la tasa de pobreza

aumentó casi tres puntos porcentuales, mientras que entre los mayores de 65 años cayó dos puntos porcentuales, entre otras cosas debido a la expansión de los sistemas de pensiones no contributivas en la región (CEPAL, 2018a). Como sucede con otras variables, los países de América Latina presentan una marcada heterogeneidad en los niveles de pobreza y de pobreza extrema. Solo dos (Chile y Uruguay) tienen una tasa de pobreza inferior al 15%. En siete países la tasa de pobreza se sitúa entre el 15% y el 25%, mientras que en los otros seis la pobreza afecta a más del 25% de la población, entre estos países está Colombia con tasas entre 25% y 35%. (CEPAL, 2018).

Sean cuales fueren las condiciones en que se llega a la vejez, el acceso a una pensión, de carácter contributivo o no contributivo, establece la diferencia en la posibilidad de sobrellevar o superar las situaciones de pobreza, en especial cuando las personas mayores se ven sometidas a circunstancias ajenas a su control. Las cifras demuestran claramente esta afirmación (Huenchuan, 2018).

De acuerdo con el estudio de Farné y Rodríguez (2014), la pobreza y la indigencia son fenómenos que impactan en un mayor grado a la población adulta mayor en el campo, en donde estas dos tasas superan en cerca de 15 puntos porcentuales a las de las ciudades. En 2013, mientras para las personas mayores en las ciudades la pobreza alcanzó 19%, para los de la zona rural alcanzó 35%. Igualmente, son fenómenos que afectan levemente más a las mujeres que a los hombres en su vejez, con una diferencia de dos puntos porcentuales. Los autores anotan que aunque el adulto mayor se encuentre en un hogar no pobre, esto no implica necesariamente que tenga un ingreso personal que le permita llevar su vida con dignidad. El 22% de las personas mayores viven en hogares que se clasifican como pobres, pero la proporción de personas mayores individuales que son pobres aumenta al 46% cuando se analizan sus ingresos. El análisis de la línea de pobreza monetaria aplicada sobre los ingresos propios de los adultos mayor evidencia que 47% de ellos tiene ingresos (laborales y no laborales) por debajo de la línea de pobreza, 58% en el caso de las mujeres y 33% en el de los hombres. Es decir, la incidencia de la pobreza es

más del doble con respecto a la de su hogar. En el caso de las personas mayores que viven en zonas rurales de Colombia la situación es más pronunciada, ya que la incidencia de la pobreza es aproximadamente un 15% mayor que para las personas mayores que viven en zonas urbanas de Colombia. Igualmente, la pobreza extrema se ubicaría en 35%, es decir seis veces mayor a la de su hogar. Lo anterior sirve para evidenciar que, a pesar de que se satisfagan las necesidades básicas del adulto mayor tales como techo y comida, la vejez en Colombia está relacionada con la falta de ingresos personales, y esta obliga, como se verá en la siguiente sección, a una permanencia en el mercado laboral más allá de la edad de retiro legal.

Otro punto a destacar del estudio de Farné y Rodríguez (2014) es que el análisis de la distribución del ingreso total (laboral y no laboral) de las personas mayores hace evidente una gran desigualdad. De acuerdo con la curva de Lorenz, que presenta la evolución del ingreso acumulado frente al porcentaje acumulado de las personas mayores que lo reciben, el 20% de las personas mayores más pobres no tiene ingresos, el 80% de los más pobres solo recibe una fracción equivalente al 25% de los ingresos y el 1% de los de mayores ingresos se queda con una fracción equivalente al 16% de estos. Además, el coeficiente de GINI, una medida empleada para medir la desigualdad de riqueza o de ingresos, en la que valores cercanos a 0 implican una distribución más equitativa y valores cercanos a 1 implican una concentración de la riqueza o el ingreso en pocas manos, alcanza un valor de 0,702 al ser aplicado sobre los ingresos de las personas mayores. En comparación, para el total de la población el GINI alcanzó un valor de 0,539. Esto evidencia una clara y exagerada alta desigualdad en la asignación de los ingresos entre las personas mayores, incluso superior a la de la población total. Asimismo, implica que muy pocos de ellos lograron acceder a una pensión, que la mayoría de ellos no logró cumplir con los requisitos legales para jubilarse y que unos pocos reciben ingresos bastante altos en relación con la gran mayoría.

Según cifras del Departamento Nacional de Planeación en 2018 una de cada cinco personas mayores se encuentra en condiciones de pobreza, en este aspecto no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres. Actualmente, solo el 37% tienen ingresos superiores al salario mínimo y el 20% declara no recibir ningún ingreso (DANE, 2018). Fedesarrollo señala que la tasa de pobreza en las personas mayores es el doble del promedio nacional, situación atípica a nivel internacional e incluso en América Latina.

4.3. Marco Político

De acuerdo con Huenchuan (2018), más allá de las cifras sobre el envejecimiento poblacional, lo más inquietante para la región es el escenario en el que ocurre este envejecimiento caracterizado por la desigualdad, la pobreza, el agotamiento de un modelo de crecimiento económico insostenible, y el avance del desempleo y del empleo de baja productividad. En 2015, con la adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, las personas mayores, la edad, o ambas, se incluyeron explícitamente en algunos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), lo que sirvió de puerta de entrada para incorporarlas en la implementación de la Agenda y en el seguimiento de los ODS. Esta incorporación no fue al azar: fueron las mismas organizaciones de la sociedad civil que están trabajando en favor de los derechos humanos de las personas mayores, las que generaron un debate y propuestas para incluirlas en la Agenda 2030. Su acción permitió que la consigna de que “nadie se quede atrás” incluyera a las personas mayores (Huenchuan, 2018; CEPAL, 2018).

Una de las metas propuestas en esta agenda, la meta 1.3 se refiere a la universalidad de la protección social. El escenario actual para el cumplimiento de esta meta no está exento de obstáculos dado que una gran parte de las personas mayores no tiene acceso a pensiones de vejez que les garanticen

protección frente a los riesgos de pérdida de ingresos en la edad avanzada. Además, la cobertura de seguridad social de la población ocupada es muy desigual, lo que aumenta las posibilidades de desprotección económica para las generaciones futuras. En los últimos años se han producido avances notables en lo referente a la expansión de las pensiones no contributivas que ayudan a reducir parte de los riesgos económicos que surgen en vejez, sin embargo, es necesario continuar profundizando los mecanismos disponibles para incrementar la protección de ingresos en la vejez, sobre todo en el caso de las mujeres mayores, ancianos indígenas y la población rural de edad avanzada.

En el mismo documento se plantea que en la mayoría de los países de ALC, la titularidad y garantía de derechos en lo que respecta a la seguridad de ingresos durante toda la vida sigue siendo un asunto pendiente de la agenda social, y aunque ha habido avances importantes, gran parte de la población continúa viviendo la incertidumbre económica como una de las facetas más preocupantes de su vida cotidiana (Huenchuan, 2018). Las distintas realidades socio laborales de los países muestran que existe una marcada heterogeneidad regional en materia de cobertura de la seguridad social.

De otro lado, la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores de la Organizaciones de Estados Americanos (OEA) es clara al reconocer que “la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades” (OEA, 2015). Si bien Colombia aún no hace parte de los estados miembro de la Convención, sus lineamientos y la visión sobre la participación de las personas mayores son fundamentales para garantizar la participación activa de este grupo en la economía. El acuerdo propone una serie de medidas para que los Estados que decidan adoptarla promuevan la participación de las personas mayores en el mercado laboral sin ningún tipo de discriminación y realizando los ajustes razonables que sean necesarios para garantizar su participación activa en el trabajo de manera digna y decente.

En el país, la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024, construida bajo un enfoque de envejecimiento activo en el eje estratégico Protección Social Integral, estipula como uno de sus escenarios la seguridad de ingresos. Uno de los retos fundamentales para este eje estratégico es movilizar acciones tendientes a la no discriminación laboral, a generar estrategias para una vida laboral más duradera, a la gestión integral de las instituciones para transformar su gestión hacia un modelo que garantice el ejercicio efectivo de los derechos. Su principal objetivo es identificar estrategias que permitan reducir la pobreza en forma efectiva y duradera, superar el impacto del endeudamiento individual, la falta de ahorro y la escasa de ingesta de alimentos nutritivos (MINSALUD, 2015).

Para el cumplimiento de este objetivo, el documento propone la creación de dos grandes programas: a) programa de inclusión laboral y trabajo decente para el 2% de las personas mayores para el año 2024 y b) programa de generación de ingresos, promoción de cadenas productivas, urbanas y rurales, y reducción del índice de dependencia económica de y para personas adultas mayores, y rutas de acceso a créditos y microcréditos ofrecidos a las personas mayores por entidades cooperativas, cajas de compensación familiar y banca pública al año 2024 (MINSALUD, 2015).

Por su parte el Gobierno de Caldas, mediante Ordenanza 781 del 2016, adoptó el Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019 denominado “Caldas territorio de oportunidades”. En este Plan de Desarrollo se hace reconocimiento explícito de las personas mayores en varios sectores: en el sector recreación y deporte a través de la recreación física para toda la población, incluye de manera explícita las personas mayores para la intervención en territorios impactados por el conflicto. En el sector salud a partir de la atención primaria social se planea atender integralmente en salud al adulto mayor y promover el envejecimiento activo y mentalmente saludable. En lo que respecta a la inclusión social, promover el uso de los beneficios económicos periódicos (BEPS) y aumentar la cobertura y el portafolio de servicios de atención al adulto mayor desprotegido. En cuanto

a gestión del riesgo, se plantea como meta mejorar la capacidad institucional y promoción del envejecimiento activo para responder equitativamente al goce efectivo de derechos y las necesidades de las personas mayores en el marco de la Política de Envejecimiento y Vejez. Otra de las metas es la asistencia técnica para la implementación de la estrategia Centro Día en los 27 municipios del Departamento y promover en los municipios la implementación del Programa para la Atención y Apoyo de Cuidadores de Adulto Mayor.

Sin embargo, este Plan de Desarrollo no especifica programas o proyectos relacionados con la seguridad económica de las personas mayores. A pesar de ser uno de los departamentos con los mayores índices de envejecimiento en el país, no cuenta con programas que puedan garantizar la participación activa de las personas mayores en el mercado laboral o en sus políticas de emprendimiento.

En Agosto de 2018, mediante el decreto 0176, se adoptó la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez 2018-2028 en el departamento de Caldas, “envejeciendo activamente en caldas, con autonomía, inclusión y participación”. El enfoque adoptado en esta política es construir una vejez desde el ejercicio de los derechos y la dignidad humana a través de un envejecimiento activo en el curso de vida. En la figura 20 se muestran los enfoques, principios, criterios y ejes.

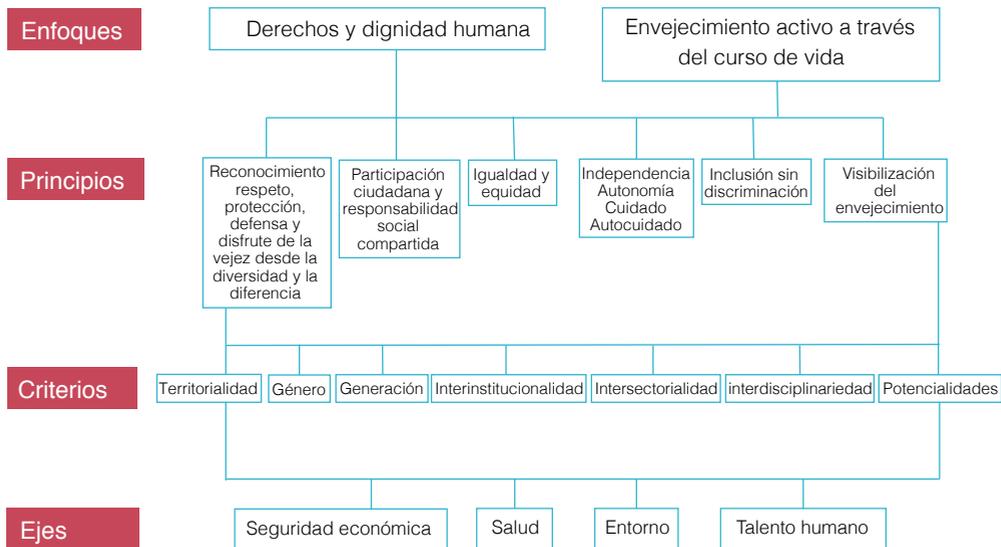


Figura 20. Enfoques, principios, criterios y ejes de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el departamento de Caldas, 2018.

Fuente: Curcio, Gómez y Osorio, 2018, p. 148.

El primer eje de la política departamental es la seguridad económica, entendida como la generación de oportunidades que permitan garantizar los mínimos vitales dignos para las personas mayores en condiciones de igualdad y equidad en torno al empleo y el trabajo, la vivienda, los recursos económicos y la participación productiva (Curcio, Gómez y Osorio, 2018, p. 154). Para lograrlo se proponen dos grandes líneas de acción, en la Tabla 13 se presentan estas líneas con sus actividades estratégicas y la articulación con los objetivos de desarrollo sostenible.

Tabla 13. Plan estratégico de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez del departamento de Caldas: eje seguridad económica.

| LÍNEA DE ACCIÓN | ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS POR REALIZACIONES | OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE |
|--|---|--|
| <p>Protección económica: cada anciano debe contar con una protección económica mínima que le permita satisfacer sus necesidades básicas</p> | <p>Protección social: pensiones. Barreras de acceso a la seguridad social. Acciones alternativas de protección social a las personas adultas mayores.</p> | <p>Fin de la pobreza. Hambre cero.</p> |
| | <p>Trasferencias sociales: acceso y disponibilidad de recursos de defensa y protección para el ejercicio de los derechos a la seguridad económica de las personas adultas mayores.</p> | |
| | <p>Trasferencias familiares: recursos económicos provenientes de la familia para mantener una protección económica.</p> | |
| | <p>Consumo: distribución de gastos en el último mes</p> | |
| <p>Producción económica: cada anciano ha participado y tiene pleno reconocimiento de su papel en el desarrollo de su comunidad y el país.</p> | <p>Ocupación: protección frente a los riesgos laborales. Tipo y características del trabajo actual, barreras de acceso al trabajo y valoración en el trabajo.</p> | <p>Trabajo decente y crecimiento y económico. Hambre cero. Reducción de las desigualdades.</p> |
| | <p>Empleo: generación de estrategias de inclusión productiva para las personas adultas mayores en condiciones de igualdad y equidad.</p> | |
| | <p>Ingreso: análisis sobre recursos económicos futuros, autónoma en la administración de los ingresos y aportes al ingreso del hogar.</p> | |
| | <p>Reconocimiento y valoración de la participación de las personas adultas mayores en los procesos de desarrollo local.</p> | |

| Fuente: Curcio, Gómez, Osorio, 2018, pp. 164-165.

A nivel municipal solamente Manizales tiene una política pública de envejecimiento y vejez adoptada mediante el Decreto 0275 de 2015, cuyo objetivo general es contribuir desde la gestión pública de la ciudad de Manizales, al establecimiento de condiciones individuales, familiares, comunitarias y sociales favorables para que el adulto mayor, actual y por venir, goce de una vejez digna, activa, saludable y participativa para el pleno disfrute de sus derechos, en consonancia con la mejor calidad de vida (Alcaldía de Manizales, 2014). Esta política incluye instrumentos y programas que promueven la inclusión económica de las personas mayores. En el documento base se menciona que el 45,8% de las personas mayores de la ciudad consideran como prioridad trabajar en el diseño de programas o proyectos que promuevan el empleo en las personas mayores. Otros temas priorizados por las personas mayores en este diagnóstico se refieren a las pensiones no contributivas (subsidios) y a fortalecer los procesos de formación en microempresas y en uso del dinero. Esta política contempla 4 ejes y 10 líneas estratégicas. El eje número uno, denominado “Afianzando el goce efectivo de los derechos” plantea tres líneas estratégicas, una de ellas tiene como objetivo generar condiciones económicas dignas para las personas mayores de Manizales.

Adicionalmente, el Plan de Desarrollo “Manizales, más Oportunidades” contempla una serie de metas que buscan garantizar la implementación de la política pública de envejecimiento y vejez y la inclusión económica de las personas mayores. En su eje estratégico número tres, “Enfoque Diferencial para Población más Resiliente” el Plan cuenta con un programa denominado “Envejecimiento y vejez: un enfoque que define y construye sociedad”. El objetivo de la iniciativa es garantizar que las personas mayores gocen de una vida digna, activa, saludable, participativa y que los manizaleños se preparen para asumir esta etapa del curso de vida. (Alcaldía de Manizales, 2016).

La meta planteada para poder llevar a cabo este programa en los cuatro años de gobierno es implementar hasta el 60% del Plan de Acción creado en el marco de la política pública de envejecimiento y vejez del municipio. Particularmente, en la dimensión socio económica, el Plan propone la ejecución de

cinco estrategias para el goce efectivo de derechos de las personas mayores (en torno a la salud integral desde la política de atención primaria en salud, condiciones económicas dignas y atención y acompañamiento institucional).

4.4. Seguridad económica de las personas mayores del departamento de Caldas

4.4.1. Pensiones

En el departamento de Caldas casi una de cada cuatro personas (27%) tiene pensión. Aunque esta proporción es baja, es de las más altas del país, solo superada por las economías regionales más desarrolladas y con mercados laborales más fortalecidos: Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca.

Tal como se expuso anteriormente, la baja cobertura pensional no es un problema exclusivo de Caldas, ni siquiera de Colombia, en general los países de Latinoamérica presentan este problema que se origina en gran parte por el mal funcionamiento del mercado laboral en el cual prevalece la informalidad. Esta situación de informalidad fue más crítica en las décadas pasadas, período en el cual se decidió la suerte de la pensión de las personas mayores de hoy.

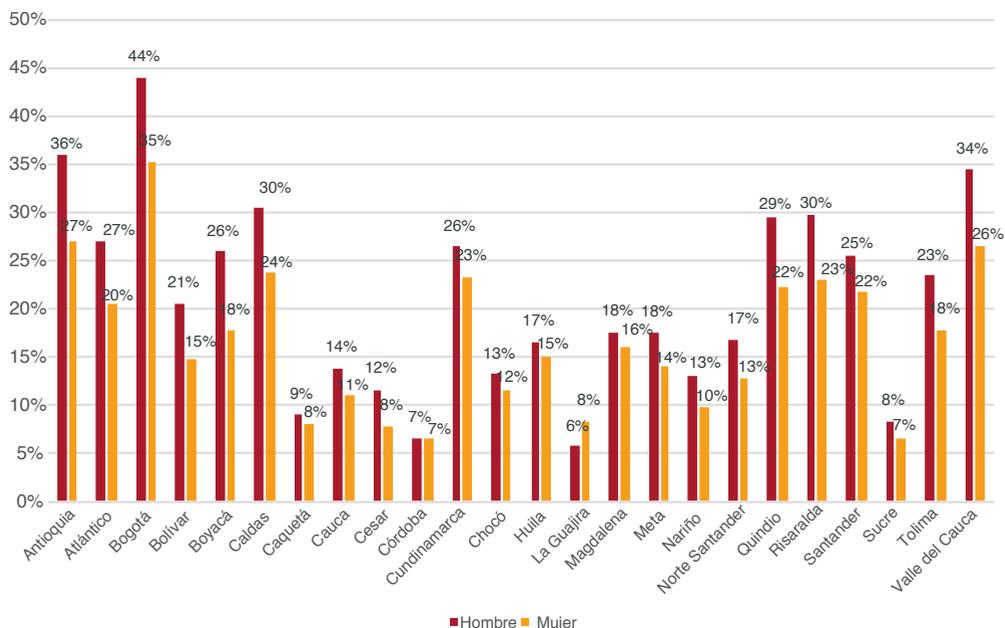


Figura 21. Población de 60 años y más que recibe pensión por departamento y género.
Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares -GEIH-DANE, 2016.

Al ser los hombres los que más participan en el mercado laboral son también los que en mayor proporción acceden a una pensión, excepto en la Guajira. En Caldas el 30% de los hombres están pensionados, mientras que en las mujeres la proporción baja al 24%. Estas diferencias de género a favor de los hombres son comunes en todos los departamentos; sin embargo no son tan significativas como las brechas de género que hay en la participación del mercado laboral. Esto ocurre porque muchas mujeres heredan la pensión de su cónyuge al enviudar, la llamada pensión de sustitución. Este efecto puede notarse en el estado civil de las personas que reciben pensión: la mayoría de los hombres están casados (58%), en tanto que en las mujeres es más frecuente la viudez (51%).

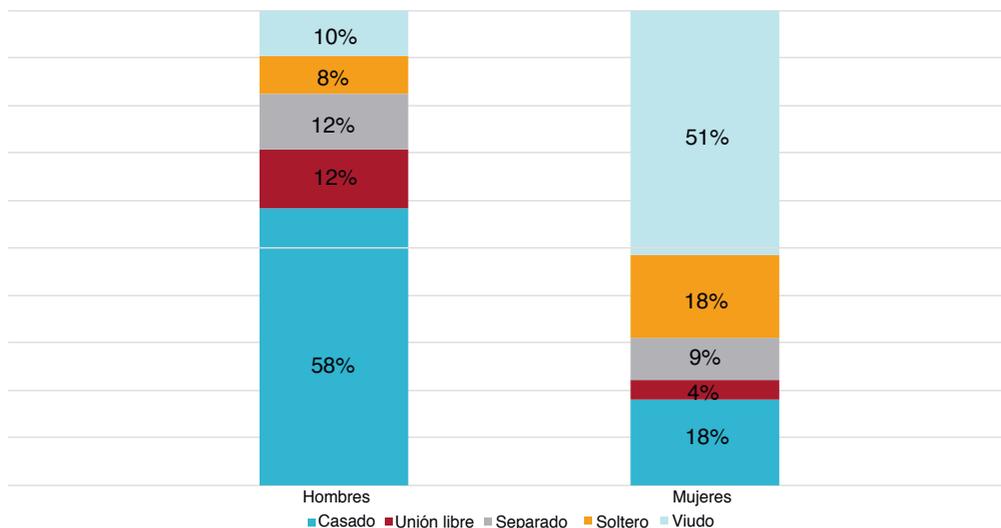


Figura 22. Estado civil de las personas mayores que reciben pensión según género en el departamento de Caldas.

Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares -GEIH-DANE, 2016.

El monto promedio que recibía un adulto mayor pensionado en el 2016 ascendía a \$ 1.3 millones, un valor relativamente alto si se considera que el salario mínimo estaba en \$689.000, es decir una pensión dos veces mayor al salario mínimo. En el contexto del país la mayoría de departamentos presentan un monto de pensión entre 1,3 y 1,4 millones de pesos.

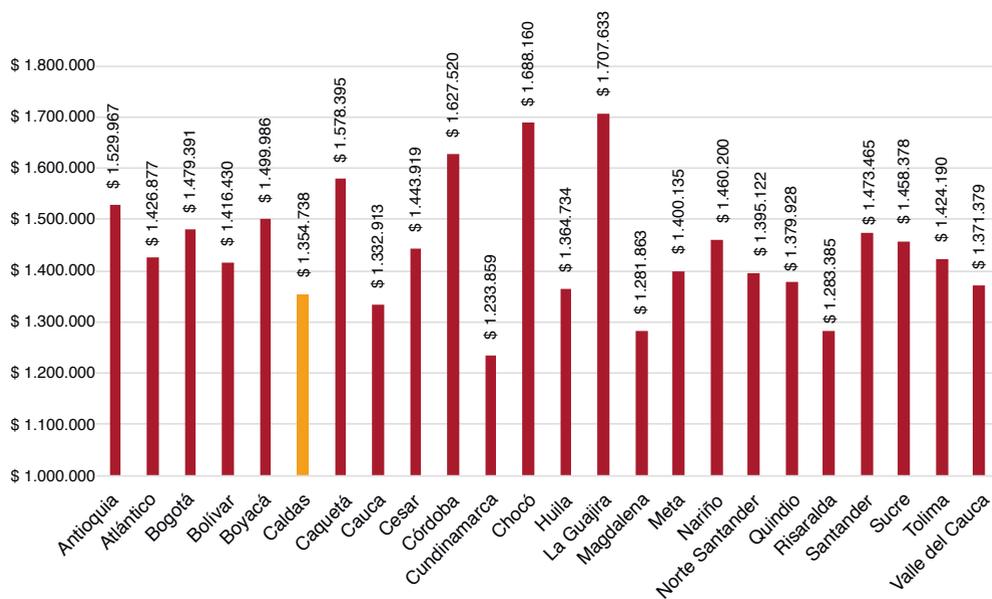


Figura 23. Monto promedio de la pensión de la población de 60 años y más por departamentos en 2016 (en pesos).

Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares -GEIH-DANE, 2016.

Estos montos relativamente altos podrían indicar que las pocas personas mayores que obtuvieron la pensión estaban bien posicionados en el mercado laboral, alcanzaron mayores niveles educativos y permanecieron en las empresas cotizando, lo que les permitió acceder a pensiones de alrededor de dos salarios mínimos. Las diferencias en la escolaridad de los que reciben pensión respecto de quienes no evidencian estas diferencias: en Caldas las personas mayores que reciben pensión alcanzaron una escolaridad promedio de 8 años, el doble de los que no gozan de pensión (4%). Es interesante notar que en los

departamentos con un relativo mejor desarrollo del mercado laboral es menor la brecha de escolaridad entre pensionados y no pensionados, esta diferencia crece ostensiblemente en los departamentos con menor desarrollo.

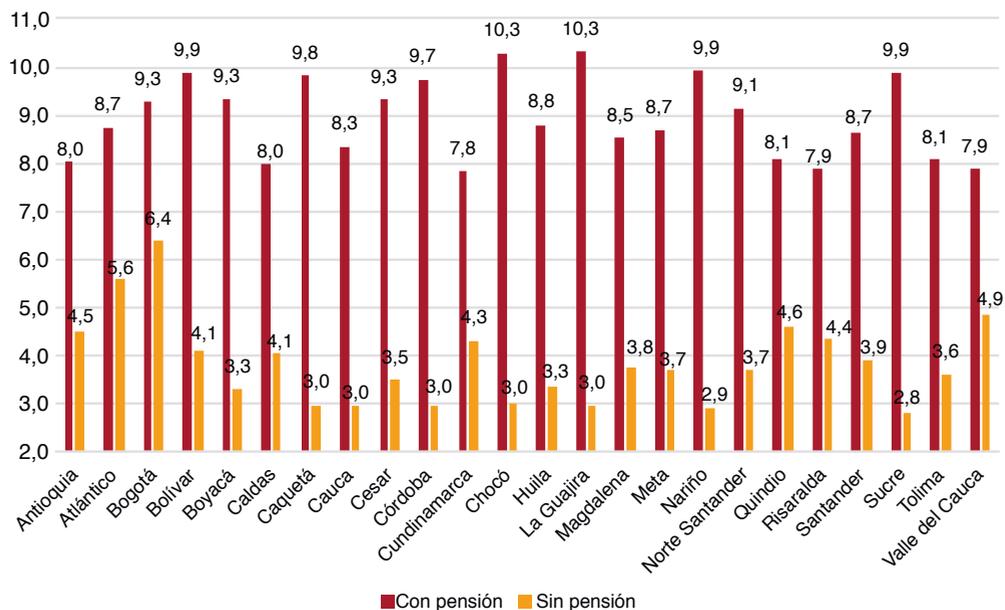


Figura 24. Años promedio de educación de las personas mayores por departamento, según situación pensional.

Fuente: cálculos propios con base en Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE, 2016.

Por otro lado, existe un grupo de personas mayores que no están pensionadas pero que trabajan y cotizan para obtener la jubilación, estas corresponden al 12% de los ocupados, alrededor del 4% de todas las personas mayores. Este número de personas han hecho un ahorro pensional en su vida laboral y muy probablemente alcanzarán una pensión.

Otro grupo de ocupados ya obtuvieron la pensión pero siguen activos en el mercado. Asimismo, el 12% son jubilados que también trabajan por cuenta propia para generar otros ingresos o estar activos. Sin embargo, la mayor parte de ocupados (76%) no están pensionados y tampoco cotizan pensión. Este es un indicador más de la informalidad laboral de las personas mayores que demuestra que son vulnerables dado que en breve se verán enfrentadas a la pérdida de ingresos ya que no contarán con los ingresos laborales y tampoco tendrán una fuente que los compense como la pensión.

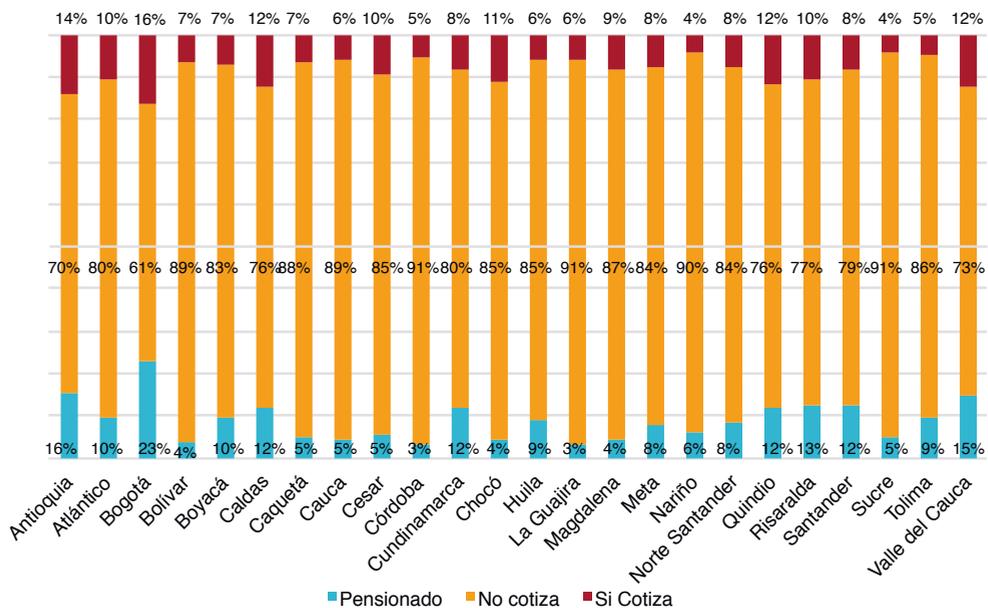


Figura 25. Población de 60 años y más ocupados que cotizan a pensión por departamento. Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE, 2016.

Específicamente en Caldas, al analizar la cotización según la edad es notorio el incremento de la proporción de los que cotizan a pensión en los grupos más jóvenes, el 41% en el grupo de ocupados entre 40 y 59 años y 46% en los menores de 40 años. Sin embargo, más de la mitad de los ocupados no cotizan a pensión y posiblemente en su vejez se enfrentarán a lo que hoy están viviendo la mayoría de personas mayores.

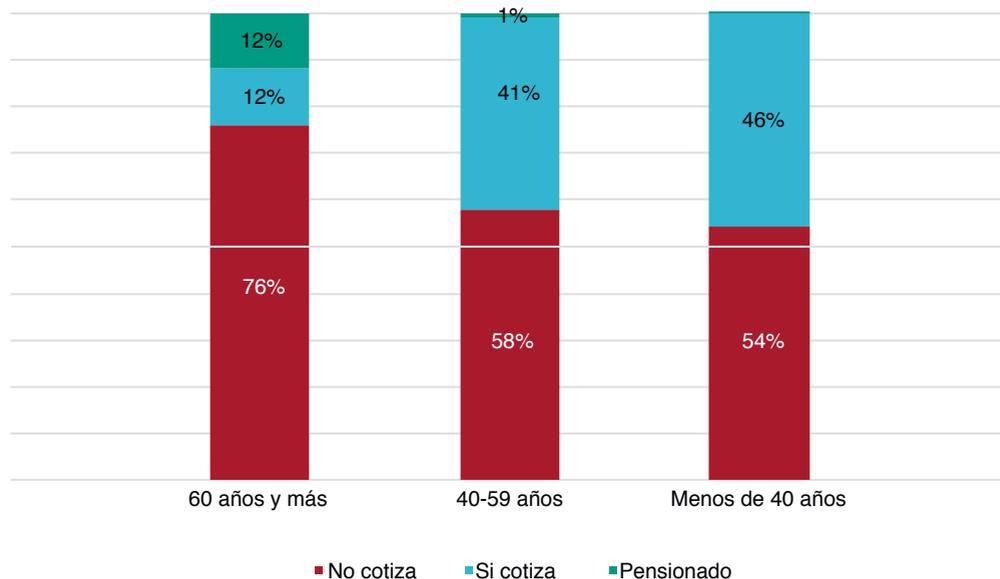


Figura 26. Ocupados que cotizan a pensión en el departamento de Caldas según grupos de edad.

Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE, 2016.

Un poco más de la mitad de las personas mayores ocupadas que cotizan a pensiones lo hacen con Colpensiones, empresa del Estado que asumió a los que pertenecían al Instituto de Seguros Sociales y Cajanal; el 27% cotizan a fondos privados, mientras que el 8% lo hacen en regímenes especiales como el magisterio, la policía, las fuerzas armadas y Ecopetrol y el 11% lo hacen a un fondo subsidiado (Prosperar). En este fondo el gobierno subsidia una proporción del aporte a personas que siendo ocupadas carecen de recursos para asumir la totalidad del aporte, lo cual sucede con frecuencia en esta población de 60 años y más.

Al revisar el fondo de pensión al que cotizan los ocupados por grupo de edad, se reflejan los cambios que ha sufrido el sistema pensional del país; se ha ido dando la transición de un sistema eminente público a uno de mercado: disminuyen los cotizantes a Colpensiones y aumentan los fondos privados. También se evidencia la focalización del subsidio a las pensiones, el cual llega en mayor proporción a la población adulta mayor.

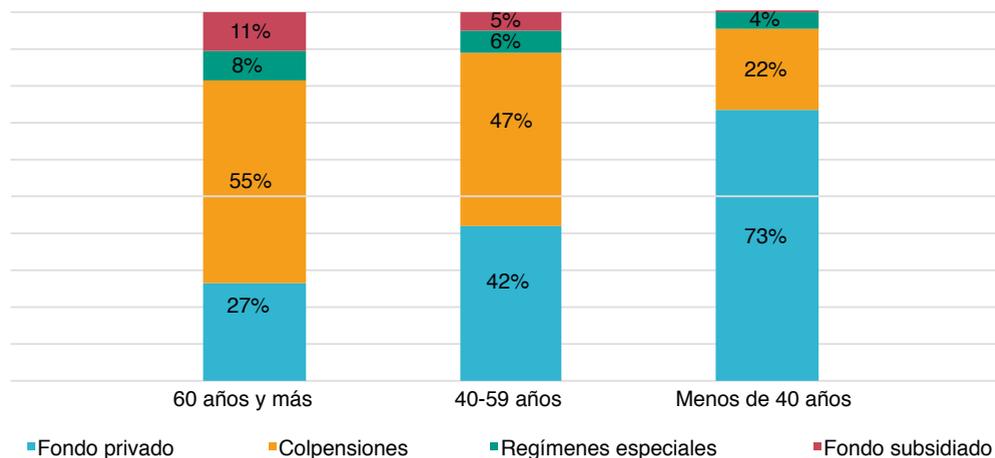


Figura 27. Afiliación pensional de las personas ocupadas según grupos de edad en Caldas.
Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE 2016.

En promedio un adulto mayor ocupado lleva 22 años cotizando para obtener una pensión. Los que están afiliados a Colpensiones requieren de 1.300 semanas para lograrlo, cerca de 26 años y tener 62 años si son hombres o 55 si son mujeres, por lo que estarían muy cerca de obtener la pensión. Pero si están en los fondos privados la ley dice que depende de lo que sumen sus aportes a lo largo del tiempo, ese monto debe ser como mínimo suficiente para financiar una pensión superior al 110% del salario mínimo. Caldas está exactamente en el promedio nacional, superado por varios departamentos. El departamento en el cual las personas llevan más tiempo cotizando es Boyacá con 28,7 años.

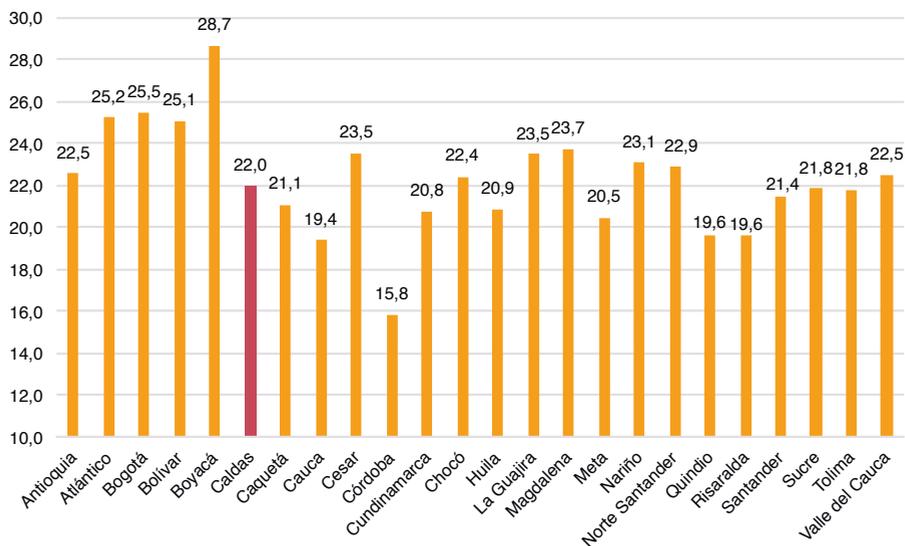


Figura 28. Promedio de años cotizando a pensión de los ocupados de 60 años y más por departamento.

Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE, 2016.

El aporte a pensión también lo pueden realizar las personas que se encuentren inactivas, en Caldas, como en el resto del país, esa proporción de personas de

60 años y más es de apenas un 1%. Con la misma proporción se encuentran Antioquia, Bogotá, Boyacá, Nariño, Quindío y Valle del Cauca. En los restantes no hay personas inactivas cotizando a pensión. Usualmente son personas que han laborado y ya suman unos aportes importantes por lo que hacen el esfuerzo de continuar cotizando para obtener la pensión.

Al sintetizar la situación de las personas mayores en Caldas frente a la situación pensional, se tiene que el 27% de ellos recibe pensión, el 4% aún aportan a ella y pronto podrían sumarse al grupo de pensionados, pero una gran proporción de personas (69%) no tiene pensión ni cotiza. Aunque con pequeñas diferencias, esto corresponde al panorama nacional, como se muestra en la figura 28. Estas personas estarán expuestas a condiciones de vulnerabilidad económica y social.

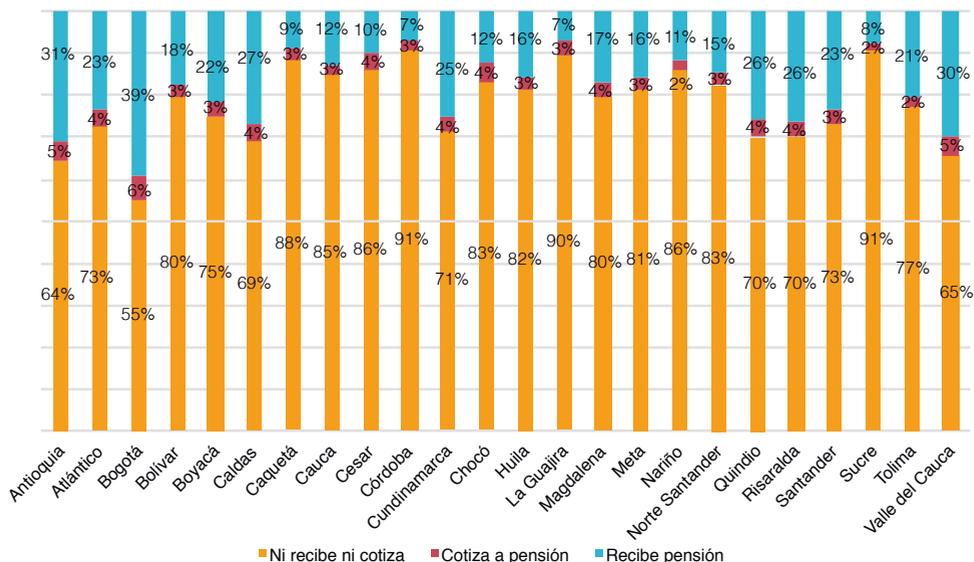


Figura 29. Resumen de la condición frente a la pensión de la población de 60 años por departamentos.

Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE, 2016.

4.4.2. Colombia Mayor: departamento de Caldas

En 2018 Caldas contaba con 9156 afiliados al programa. En la Tabla 14 se muestra el valor del subsidio por municipio.

Tabla 14. Valor del subsidio del Programa Colombia Mayor por municipio en Caldas, 2018.

| | | | | | |
|------------|------------|-------------|------------|------------|------------|
| Manizales | \$ 150.000 | Manzanares | \$ 140.000 | Riosucio | \$ 140.000 |
| Aguadas | \$ 90.000 | Marmato | \$ 110.000 | Risaralda | \$ 110.000 |
| Anserma | \$ 80.000 | Marquetalia | \$ 120.000 | Salamina | \$ 80.000 |
| Aranzazu | \$ 130.000 | Marulanda | \$ 90.000 | Samaná | \$ 150.000 |
| Belalcázar | \$ 80.000 | Neira | \$ 150.000 | San José | \$ 110.000 |
| Chinchiná | \$ 150.000 | Norcasia | \$ 110.000 | Supía | \$ 110.000 |
| Filadelfia | \$ 150.000 | Pacora | \$ 150.000 | Victoria | \$ 80.000 |
| La Dorada | \$ 110.000 | Palestina | \$ 130.000 | Villamaría | \$ 110.000 |
| La Merced | \$ 80.000 | Pensilvania | \$ 150.000 | Viterbo | \$ 150.000 |

Fuente: Fondo de Solidaridad Pensional

4.4.3. Centros de Bienestar del Adulto Mayor (CBA) del departamento de Caldas

La Ley 1276 de 2009 en su artículo 3 estipula “Autorízase a las Asambleas departamentales y a los concejos distritales y municipales para emitir una estampilla, la cual se llamará Estampilla para el bienestar del Adulto Mayor, como recurso de obligatorio recaudo para contribuir a la construcción, instalación, adecuación, dotación, funcionamiento y desarrollo de programas de prevención y promoción de los Centros de Bienestar del Anciano y Centros de Vida para la Tercera Edad, en cada una de sus respectivas entidades territoriales. El producto de dichos recursos se destinará, como mínimo, en un 70% para la financiación de los Centros Vida, de acuerdo con las definiciones

de la presente ley; y el 30% restante a la dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, sin perjuicio de los recursos adicionales que puedan gestionarse a través del sector privado y la cooperación internacional”. El parágrafo reza: “El recaudo de la Estampilla de cada Administración Departamental se distribuirá en los distritos y municipios de su Jurisdicción en proporción directa al número de Personas mayores de los niveles I y II del Sisbén que se atiendan en los centros vida y en los centros de bienestar del anciano en los entes Distritales o Municipales”.

En el departamento de Caldas, a partir de octubre de 2016 comenzó a regir la Ordenanza 783 del 2016, aprobada por unanimidad en la Asamblea Departamental “Por medio del cual se ordena la emisión y cobro de la estampilla para el bienestar del adulto mayor en el departamento de Caldas”. El producto de los recursos se destina, como mínimo, en un 70% para la financiación, construcción, instalación, adecuación, dotación, funcionamiento y desarrollo de programas de prevención y promoción de los Centros Vida, de acuerdo con las definiciones de la Ley 1276 del 2009 y el otro 30% restante va para los Centros de Bienestar del Anciano. Entre los servicios que se cubren con los recursos están alimentación, orientación psicosocial, atención primaria en salud, aseguramiento en salud, capacitación en actividades productivas, deporte, cultura, recreación, entre otros.

Para octubre de 2018, según la Secretaría de Integración de Desarrollo Social de la Gobernación de Caldas, “4.977 personas mayores vulnerables de los 27 municipios de departamento han mejorado su calidad de vida gracias a la inversión de los recursos de la Estampilla Pro Adulto Mayor en convenio los municipios. Estos dineros superan los 11 mil 300 millones de pesos y permiten la alimentación, terapia ocupacional, atención en salud, seguro exequial y demás elementos de la canasta de servicios exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social”.

Para la distribución de los recursos en cada municipio se tienen unos indicadores que facilitan la asignación, seguimiento, control y supervisión de los recursos transferidos a los municipios. La estrategia se denomina “Años con bienestar en un territorio de oportunidades” y es liderada por la Secretaría de Integración y Desarrollo Social de Caldas. Para acceder a estos recursos los municipios deberán certificar a la población de personas mayores de los niveles 1 y 2 del Sisbén que se encuentren en condición de vulnerabilidad y en situación de indigencia o pobreza extrema. El Observatorio Social de la Dirección Territorial de Salud en marzo de 2018 tenía identificados a 36 mil 723 personas mayores en Caldas en los niveles 1 y 2 del Sisbén.

La Gobernación de Caldas a través de la Secretaria de Planeación propuso la estrategia denominada “Apoyar la gestión de los centros día y los centros de bienestar a través de la transferencia de los recursos de estampilla para el bienestar del adulto mayor” con el fin de focalizar los recursos hacia las personas mayores. Con la inversión de los recursos por concepto del recaudo de la estampilla se busca transformar entornos, comunidades, familias y territorios de aproximadamente el 5% de las personas mayores del territorio departamental. (Gobernación de Caldas, 2018).

Aunque no se cuenta con un diagnóstico completo y detallado de las personas mayores en situación de vulnerabilidad, ni sobre la población que ya se encuentra recibiendo beneficios y atención en los Centros Día o CBA, la Dirección Territorial de Salud del departamento de Caldas indica que el número total de personas institucionalizadas en los 27 municipios es de 1.025 y las razones de la institucionalización son: 44,2% está solo, 27,6% en situación de abandono, 16,3% por problemas económicos, 7,9% necesitaba cuidados especiales y 4% por interés propio. Además el departamento de Caldas cuenta con 52 Centros de Protección y Promoción Social para las Personas Adultas Mayores de los cuales 42 están ubicados en la zona urbana y 10 en la rural. 23 son instituciones de carácter público, 9 mixtas y 11 privadas.

La Estrategia de “Lineamientos de apoyo a la gestión de los Centros Día para Persona Mayor y los Centros de Bienestar para la Persona Mayor a través de la transferencia de los recursos de estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor” pretende mejorar la situación económica, social y de salud de aproximadamente 5.223 personas mayores en 24 municipios del departamento de Caldas, de los cuales 76,5% corresponden a Centros Día y 23,5% a Centros de Bienestar.

4.4.4. Participación laboral de las personas mayores del departamento de Caldas

De acuerdo con el DANE, en Caldas la población de 60 años y más en 2016 sumaba un poco más de 143 mil personas. De ellos cerca de 45 mil (31%) estaban activos en el mercado laboral, casi todos ocupados, mientras que 98 mil personas (69%) permanecían inactivas, la mayoría dedicadas a oficios del hogar o ninguna actividad. Es decir, una de cada tres personas mayores participaba activamente en el mercado de trabajo, una TGP de 31,9%; la mayor parte de ellos ocupados, así la tasa de ocupación es muy similar a la TGP, 29,9%. De ahí que la tasa de desempleo en la población de 60 años y más sea relativamente baja, 4,6%, ya que la mayoría de la población que está activa en el mercado laboral se encuentra ocupada, los que se encuentran buscando trabajo suman un poco más de dos mil personas.



Figura 30. Clasificación población de 60 años y más del departamento de caldas según condición laboral.

Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE, 2016.

La información disponible solo permite analizar la informalidad laboral para la ciudad de Manizales, por lo que no se puede tener una estimación de todo el departamento de Caldas. En este municipio la tasa promedio de informalidad durante los últimos 10 años ha sido del 45,2%. Su mayor valor se presentó en periodo julio-septiembre de 2007 cuando la proporción de trabajadores informales fue del 52,3% mientras que la menor tasa se presentó en el trimestre septiembre-noviembre del año 2017 cuando el porcentaje de ocupados en la informalidad fue de 39,4%. Esto muestra que la capital caldense ha venido disminuyendo significativamente sus tasas de informalidad durante la última década.

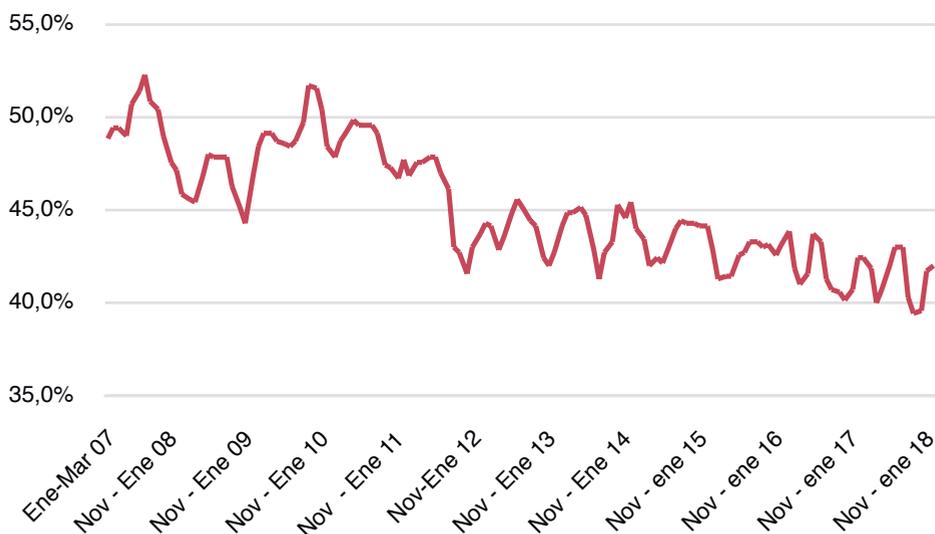


Figura 31. Población ocupada informal para empresas de hasta cinco trabajadores en Manizales, trimestre móvil enero 2007-marzo 2018.

Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE 2016.

La comparación de los principales indicadores laborales de las personas mayores con la población de 40 a 59 años muestra grandes diferencias. La TGP y la TO del grupo más joven es notablemente superior, 70.5% vs 66.0%; ellos son mucho más activos en el mercado laboral, están en una edad eminentemente productiva, ya han acumulado el capital educativo y pocos estudian; los pocos que no están empleados o buscando trabajo es porque se dedican a los oficios del hogar o se encuentran incapacitados para hacerlo. En cambio las personas mayores se encuentran en una edad donde están culminando su vida laboral, algunos se han pensionado, otros están enfermos, muchas mujeres se dedicaron al hogar; a su vez, los puestos de trabajo para este grupo de población son pocos, especialmente si se consideran los bajos niveles de escolaridad.

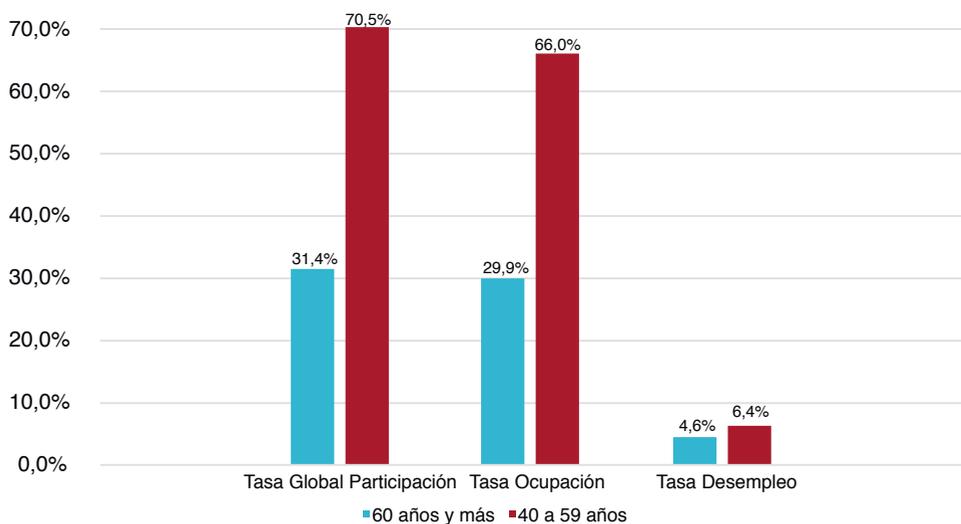


Figura 32. Caldas. Indicadores del mercado laboral según rango de edad.

Fuente: Cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE 2016.

En cuanto al desempleo, este es mayor en el grupo de 40 a 59 años. Ellos son más activos en la búsqueda de trabajo, el mercado aún conserva puestos de trabajo para esta población más joven y con más educación, lo cual a su vez es una motivación para buscar trabajo.

Una vez descrito de forma general el comportamiento de los principales indicadores laborales en la población mayor, en los siguientes apartados se detallan algunas características de los tres grandes grupos en que se divide la población desde el punto de vista del mercado laboral: ocupados, desocupados e inactivos.

Una primera diferencia entre estos tres grupos de personas mayores es la conformación por género. Son los hombres los que participan más activamente en el mercado de trabajo: 74% de los ocupados y 82% de los desocupados son hombres. En tanto que las mujeres tienden a participar menos: 67% de los inactivos son mujeres. Es importante resaltar que tradicionalmente el trabajo en casa o doméstico no se reconoce como participación en el mercado laboral. Esta baja participación de la mujer en el mercado laboral tiene implicaciones en su seguridad económica ya que son pocas las que tienen ingresos laborales y las que cotizan a pensión y pueden obtenerla.

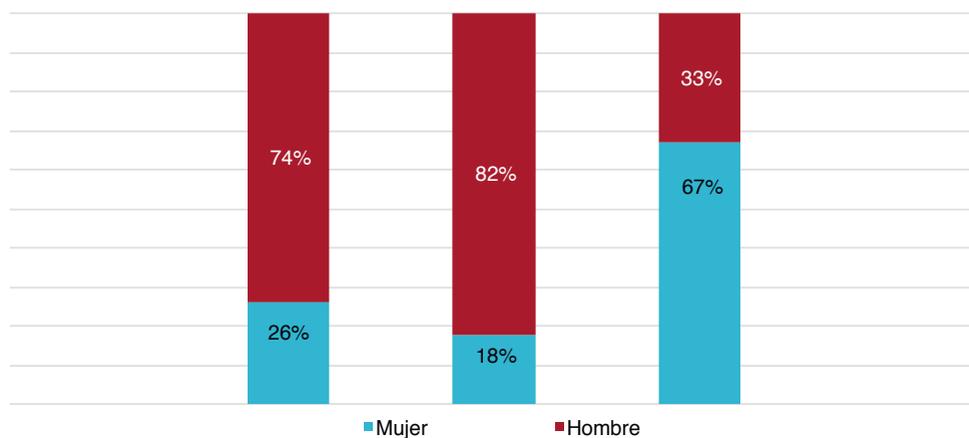


Figura 33. Caldas. Actividad laboral de la población de 60 años y más según género.

Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE 2016.

Otra diferencia tiene que ver con la edad, puesto que los que están activos son más jóvenes que los inactivos: mientras la edad promedio de los ocupados es de 66 años, la de los desocupados es 64 años, y el promedio de edad de la población inactiva es de 72 años. No se encuentran diferencias en la escolaridad promedio de estos tres grupos: los ocupados presentan un promedio de 5,2

años de escolaridad, los desocupados e inactivos 5,0 años. La baja escolaridad es una característica general de las personas mayores y no parece tener una relación directa sobre su situación en el mercado laboral

Más allá de la informalidad del empleo, también es importante la calidad del mismo en las personas mayores de Caldas. Dos tipos de información aportan a este análisis: el tipo de contrato con el que laboran y las prestaciones a las que acceden por su trabajo. En un empleo de calidad debería, mínimo, mediar un contrato escrito y tener unas prestaciones como cesantías, vacaciones y primas.

En cuanto al tipo de contrato se tiene que solo uno de cada tres ocupados de 60 años y más tiene un contrato, la mayoría verbal, de modo que al final solo uno de cada diez tiene un contrato escrito. En contraste, en la población de 40 a 59 años seis de cada diez ocupados tiene un contrato con similares proporciones en escritos y verbales.

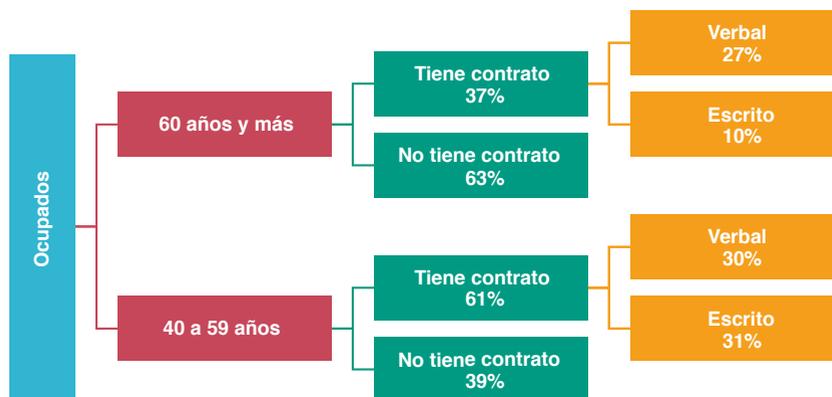


Figura 34. Caldas. Contratación de los ocupados por rangos de edad.

Fuente: Cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE 2016.

La condición de informalidad del empleo no es exclusiva de Caldas, sucede en todos los departamentos y aunque Caldas es el departamento con mayor proporción de personas mayores con contrato (37%), también es donde más contratos verbales existen, 27%.

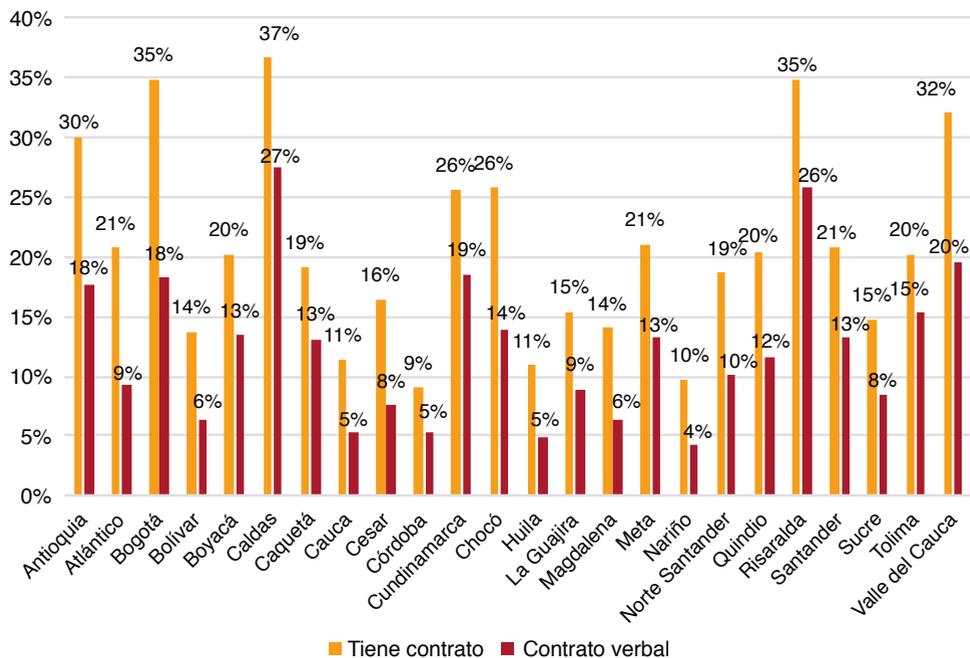


Figura 35. Contratación de los ocupados de 60 años y más por departamento.

Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE 2016.

En cuanto al tipo de contrato y la escolaridad llama la atención que no hay una tendencia clara, la escolaridad promedio de quienes tienen un contrato escrito es de 12 años, en tanto que los que tienen contrato verbal es de 4 años y de los que no tienen contrato es de 5 años.

Otro aspecto que confirma la precariedad del empleo se puede observar en las prestaciones a las que pueden acceder las personas mayores ocupados: solo el 8% tienen vacaciones remuneradas, el 3% accede a prima de navidad y el 9% a cesantías. La comparación con las personas de 40 a 59 años muestra que el acceso a prestaciones sociales mejora ostensiblemente, son tres veces superiores a las que tienen las personas mayores. Sin embargo estas coberturas siguen siendo bajas ya que solo el 30% tiene cesantías y vacaciones y el 8% prima de navidad.

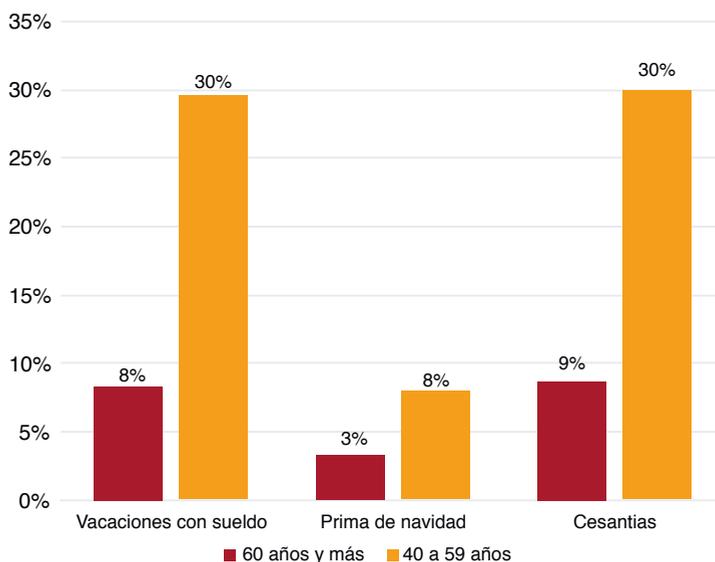


Figura 36. Caldas. Ocupados que reciben prestaciones según rango de edad.

Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE, 2016.

De otro lado, un poco más de la mitad, el 55% trabaja por cuenta propia; lo mismo pasa en el caso de los empleadores que trabajan por una ganancia pero que tienen empleados, estos suman 9%; otro 16% son jornaleros en producciones

agropecuarias, ellos pocas veces tienen un contrato o prestaciones sociales; solo el 11% trabaja en empresa privada donde suele ser más frecuente tener un contrato escrito y obtener prestaciones sociales; en iguales proporciones (3%) se encuentran los empleados domésticos, del gobierno y trabajadores sin remuneración. Al comparar con el grupo de 40 a 59 años es evidente que también se encuentra el trabajo por cuenta propia en un tercio de la población, pero hay mayor proporción de empleados en empresa particulares.

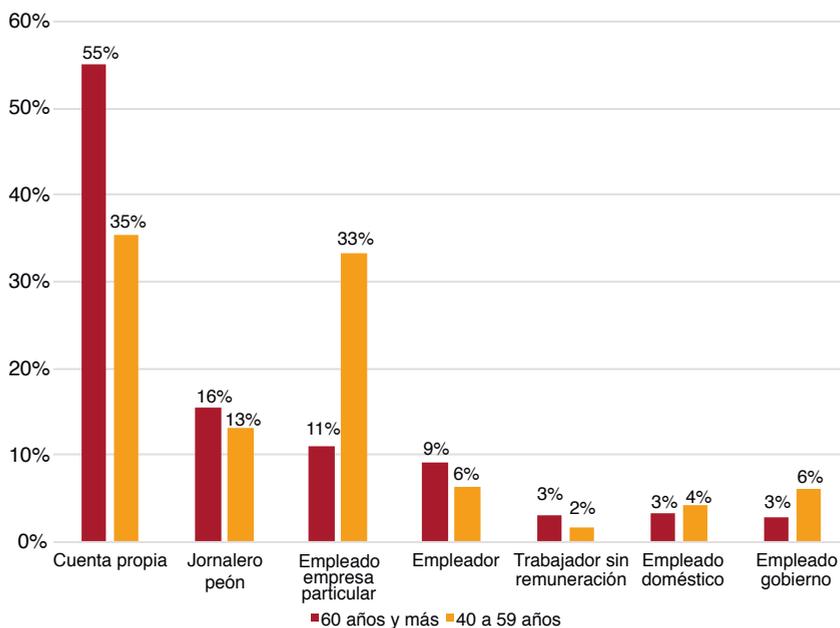


Figura 37. Caldas. Tipo de trabajo de los que laboran según rango de edad.

Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH–, DANE 2016.

En coherencia con el trabajo por cuenta propia, son las actividades del sector terciario como transporte y almacenamiento, comercio y alojamiento, donde más laboran las personas mayores, 57% están en este sector. Un tercio laboran en actividades del sector primario como la agricultura y ganadería. Solo un 6% ejercen actividades en el sector secundario, el industrial. En contraste la población más joven de 40 a 59 años se ocupa más en actividades del sector terciario (67%) y menos en el sector primario (24%).

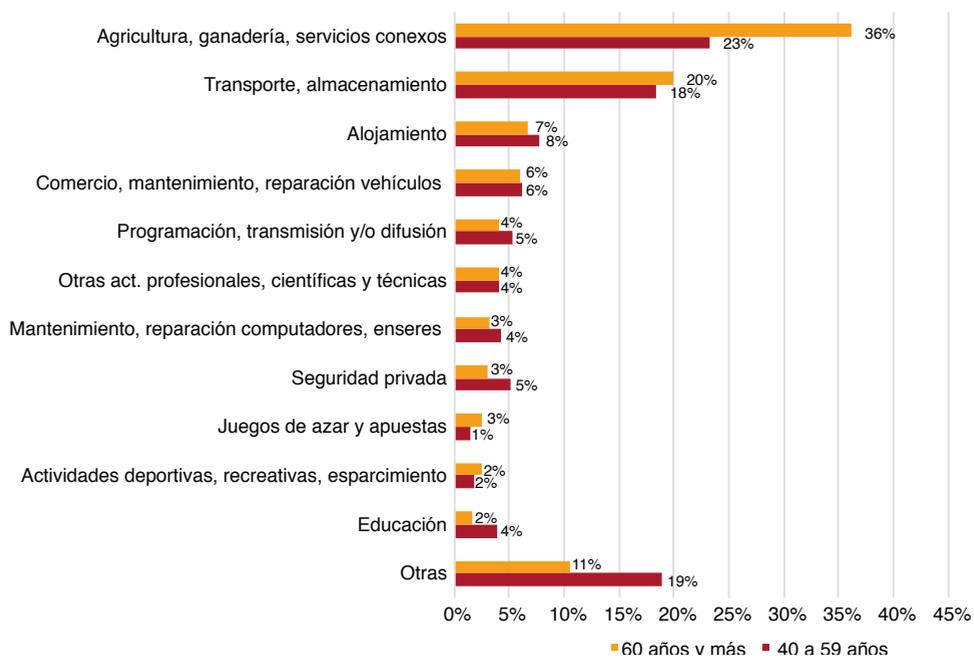


Figura 38. Caldas. Tipo de trabajo de los que laboran según rango de edad.

Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE, 2016.

No obstante la mala calidad de los empleos, son pocas las personas mayores que manifiestan querer cambiar de actividad laboral, solo el 13% mientras que entre los más jóvenes es el doble (26%). Parece existir una relación entre el deseo de cambiar de empleo y la edad: a menor edad mayor deseo cambio, esto probablemente se debe a que el mercado laboral para las personas mayores es más restringido, no ofrece muchas opciones más allá de los trabajos por cuenta propia o en actividades que como las agropecuarias, de comercio o similares no exigen mayor escolaridad.

Lo que no cambia mucho con la edad son los motivos para querer cambiar de empleo. En todos los grupos de edad el poder mejorar los ingresos es la principal razón que aduce alrededor de una cuarta parte de la población. La menor proporción en todos los grupos es que no le gusta el trabajo actual que está alrededor del 5%.

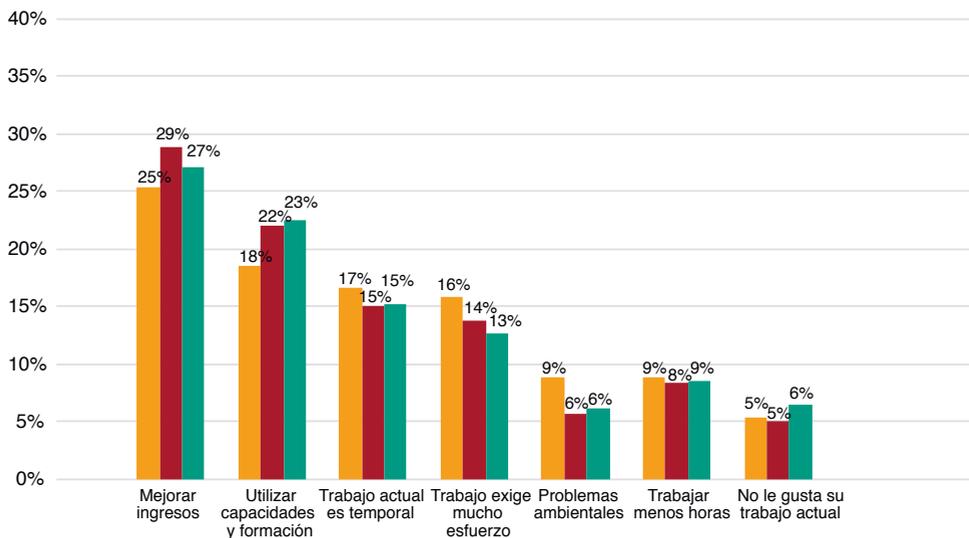


Figura 39. Caldas. Motivos para querer cambiar de trabajo según rango de edad.

Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE 2016.

El otro grupo de personas económicamente activas en el mercado laboral son los desocupados; en Caldas en el 2016 ascendía a un poco más de dos mil personas de 60 años y más. Estas personas en promedio han buscado trabajo por 32 semanas, cerca de 9 meses, sin mayores diferencias con la media de los otros departamentos. El tiempo de promedio general de búsqueda de trabajo es menor en casi tres semanas, en el grupo de 40 a 59 años. En consecuencia, es evidente que entre más edad tenga el grupo de los desocupados más se complica conseguir trabajo, quizá por ello es que muchos se dedican a trabajar por su cuenta.

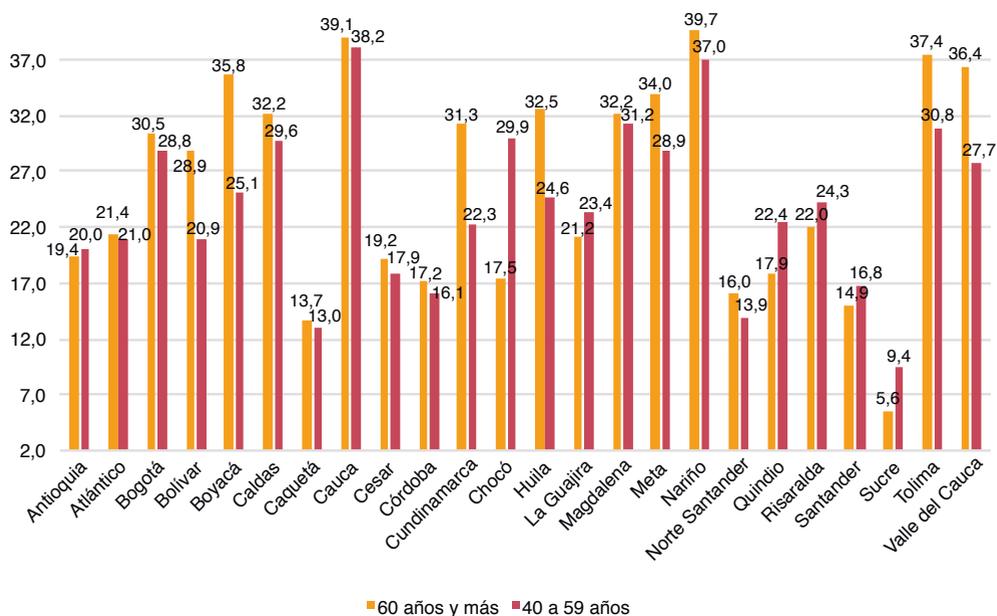


Figura 40. Semanas que los desocupados han buscado empleo según rangos de edad.
Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH–, DANE 2016.

Cuando se les pregunta a las personas desocupadas de 60 años y más acerca del tipo de ocupación que tenían antes se encuentra que el 43% eran empleados en empresas particulares, cerca de un tercio eran jornaleros y el 16% eran trabajadores por cuenta propia. La mayoría busca trabajo en esas mismas ocupaciones, aunque la proporción de quienes buscan en empresas particulares es mucho mayor (58%). No obstante, muchos trabajan por cuenta propia y como jornaleros y solo 1 de cada 10 es empleado particular.

En consecuencia, es evidente que es de las empresas particulares de donde las personas mayores salen del mercado laboral, y que precisamente estas empresas no los vuelven a emplear, por lo que la opción más frecuente para este grupo es acudir a generar su propia ocupación que, por lo general, presenta condiciones menos favorables.

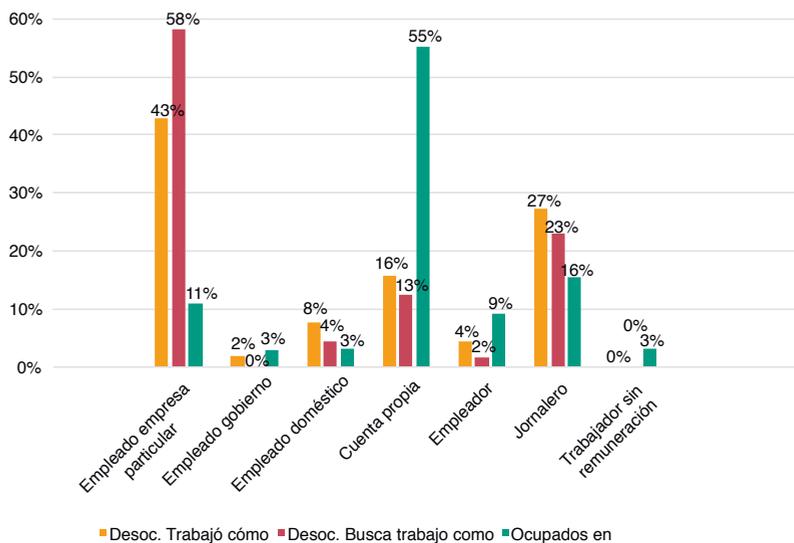


Figura 41. Caldas. En qué trabajaron y en qué buscan trabajo las personas mayores desocupadas.

Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE 2016.

Un último aspecto se refiere al acceso a los subsidios de desempleo. Estos subsidios tienen varios componentes: uno de formación, uno de pago de seguridad social y otro de bonos para alimentos, además de la posibilidad de acceder a la intermediación laboral brindada por las entidades que operan estos subsidios. La cobertura de estos subsidios es muy baja, solo 0,5%, menor que en los otros grupos de edad, es decir que en el mejor de los casos tampoco alcanza el 2%, 1,8% para los menores de 40 años y 0,9% para los de 40-59 años. Es posible que algunos se hayan beneficiado, otros por desconocimiento no hayan accedido y otros tantos considerarán que no son para ellos.

En cuanto a los inactivos, se encontró que aquellos que llevan más de cinco años sin realizar una actividad laboral son mayores y que aquellos que llevan menos de un año no sobrepasan los 40 años de edad.

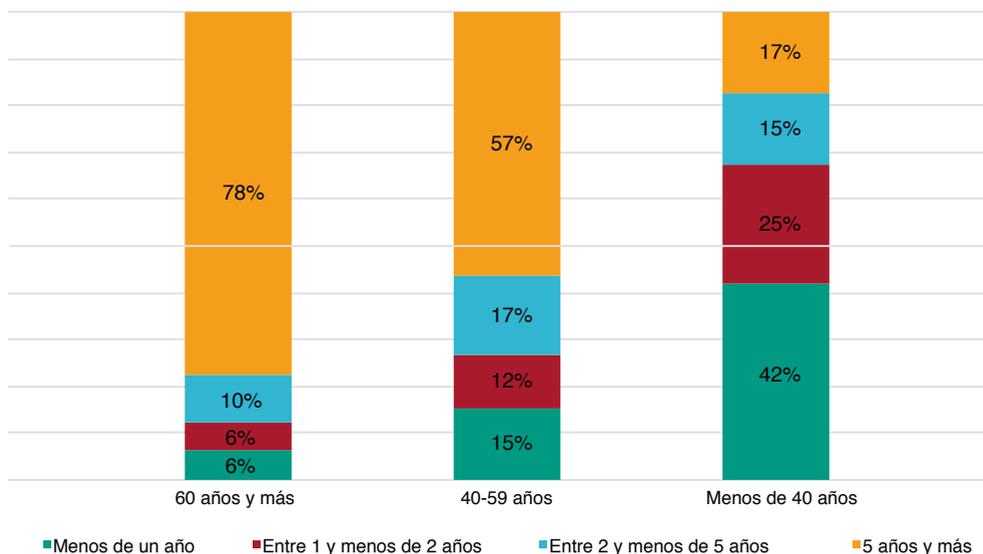


Figura 42. Caldas. Tiempo que los inactivos trabajaron por última vez según grupos de edad.
Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH–, DANE 2016.

Son esencialmente tres razones por las cuales la población adulta mayor deja de trabajar, en orden: por enfermedad, por jubilación o retiro y por atender responsabilidades familiares. Estos motivos son los mismos que aducen para no buscar trabajo, solo que en este caso empieza a ser también importante la edad como razón por la cual deciden no buscar empleo. De modo que son muchos más las personas mayores que dejaron de trabajar por enfermedad antes de recibir una pensión. Se podría inferir que quienes se retiran por condiciones de salud difícilmente serán nuevamente parte de la fuerza laboral y permanecerán en su condición de inactivos.

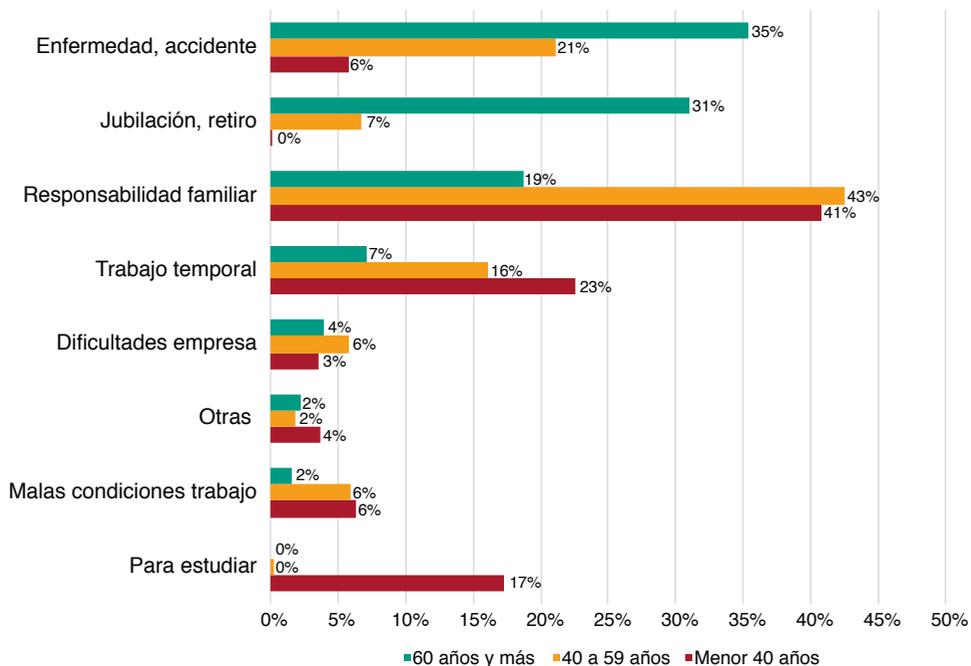


Figura 43. Caldas. Motivos por los cuales los inactivos dejaron de trabajar según grupo de edad.

Fuente: cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE 2016.

Hay diferencias con la población más joven, cerca de la mitad de ellos aducen las responsabilidades familiares como la razón para dejar de trabajar y no buscar trabajo, usualmente para la crianza de los hijos o para cuidar de personas enfermas. Para el grupo de 40 a 59 años la enfermedad o accidente es el segundo motivo por el cual dejaron de trabajar, en tanto que para los menores de 40 años es la condición de trabajo temporal. Para este mismo grupo un motivo frecuente por el que dejan de buscar trabajo es por estar estudiando.

Algo que impide sacar provecho de la participación económica de las personas mayores en Caldas es que la mayoría laboran en actividades de baja cualificación con pocas garantías laborales, a excepción de unos pocos con mejores niveles educativos que logran un contrato escrito. Muchos trabajan por su cuenta o son jornaleros, desarrollan su trabajo en explotaciones agropecuarias o en actividades comerciales como las tiendas, o del transporte, como los taxistas. Son muy pocos los que trabajan en la industria o con el gobierno donde sí pueden tener un contrato y acceder a prestaciones como cesantías, primas o vacaciones.

Las pocas garantías laborales para las personas mayores reflejan la dificultad que tienen para mantenerse en el sector formal. Es precisamente en las empresas particulares, formales, donde casi la mitad de los mayores han trabajado y salido. Es probable que esto tenga que ver con la transformación del aparato productivo, empresas de sectores tradicionales que se han cerrado despiden a sus trabajadores, muchos de los cuales, especialmente los de más edad, no consiguen un trabajo en las nuevas empresas que se abren, las cuales requieren una cualificación diferente a la que tiene la población de edad avanzada. De modo que la población mayor queda en situación de desventaja ya que su experiencia y formación es obsoleta ante las nuevas ofertas de trabajo.

La participación de la mujer en el mercado laboral es mucho menor que la de los hombres, esta baja participación laboral significa que la proporción de las mujeres que accede a una jubilación también es pequeña. Esto hace que en este grupo sean las mujeres las que están más expuestas a la inseguridad económica en la vejez.

4.4.5. Pobreza monetaria y pobreza extrema en el departamento de Caldas

La proporción de personas en condición de pobreza por ingresos en el departamento de Caldas ha venido disminuyendo ininterrumpidamente a lo largo de los últimos años: mientras que en el 2008 el 42,8% de la población caldense se encontraba en pobreza, para el 2017 esa cifra bajó hasta el 26,4%. Es decir que el indicador de incidencia de la pobreza cayó en 16,4 puntos porcentuales.

Igual sucede con la población en condición de pobreza extrema: esta pasó de afectar al 13,7% de la población caldense en el 2008 a estar presente en el 6,5% en el 2017. Así, la incidencia de la pobreza extrema ha caído ostensiblemente, en una década ha disminuido en un poco más de la mitad. Es evidente que en materia de pobreza extrema el avance fue mejor que con la disminución de la pobreza, pero en ambos casos los resultados se consideran muy positivos. El período comprendido entre 2010 y 2014 fue el de mayores resultados en la reducción de la pobreza y la pobreza extrema (ver figura 44). A partir del 2014 las reducciones son más modestas, de modo que el avance se lentifica en estos últimos años.

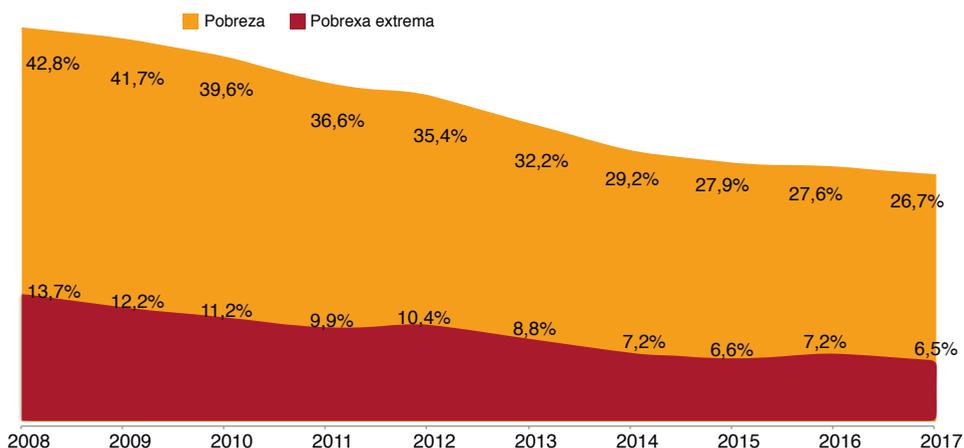


Figura 44. Caldas. Población en pobreza y pobreza extrema por ingresos, 2008-2017.

Fuente: DANE, 2017 Gran Encuesta Integrada de Hogares.

Los avances en la reducción de la pobreza no son exclusivos de Caldas, sucede lo mismo en el resto de los departamentos del país. De hecho, Caldas presenta unos resultados muy similares al promedio del país en disminución de la pobreza y pobreza extrema, y sus niveles de incidencia, proporción de población en pobreza y pobreza extrema también son similares.

Bogotá y los departamentos de Cundinamarca, Risaralda y Santander son las regiones del país con menor incidencia de la pobreza y pobreza extrema; Caldas se encuentra en posiciones intermedias, la décima región con menores tasas en estos indicadores. Es importante señalar que son precisamente los departamentos de Cundinamarca y Risaralda donde se observan los mayores avances de estos indicadores, es decir, son las regiones donde más disminuyó la pobreza y la pobreza extrema en la última década.

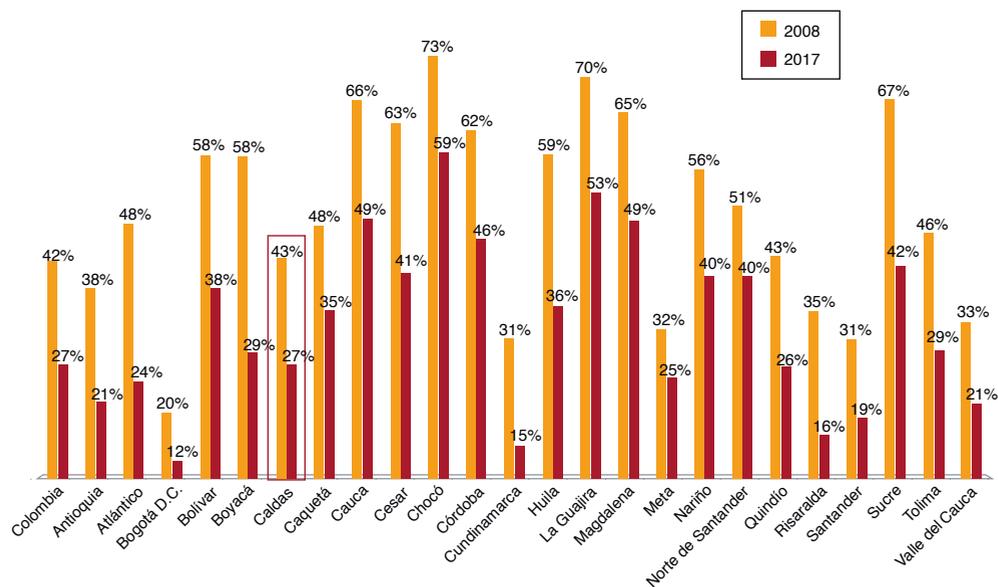


Figura 45. Población en pobreza por ingresos, por departamentos. 2008-2017.

Fuente: DANE, 2017.

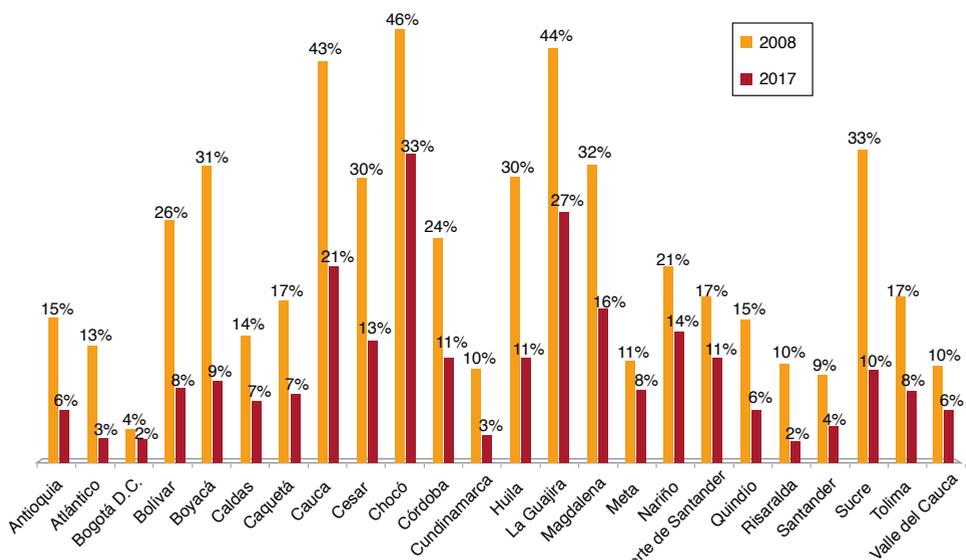


Figura 46. Población en pobreza extrema por ingresos, por departamentos. 2008-2017.
Fuente: DANE, 2017, Gran Encuesta Integrada de Hogares.

El combate contra la pobreza pasa por la posibilidad de que los hogares logren aumentar sus ingresos; en este sentido, la mayor fuente de ingresos de las familias es el generado por el empleo de sus integrantes. En Caldas el número de ocupados entre el 2008 y el 2017 aumentó 14%, esto significó que 52 mil personas más se incorporaron al mercado laboral, generando un ingreso para el hogar que en ocasiones posibilitaron que ese hogar saliera de la pobreza.

En la siguiente figura se muestra cómo la tasa de ocupación, que mide la proporción de la población en edad de trabajar que se encuentra ocupada, aumentó a lo largo de la década analizada, especialmente a partir del año 2012.

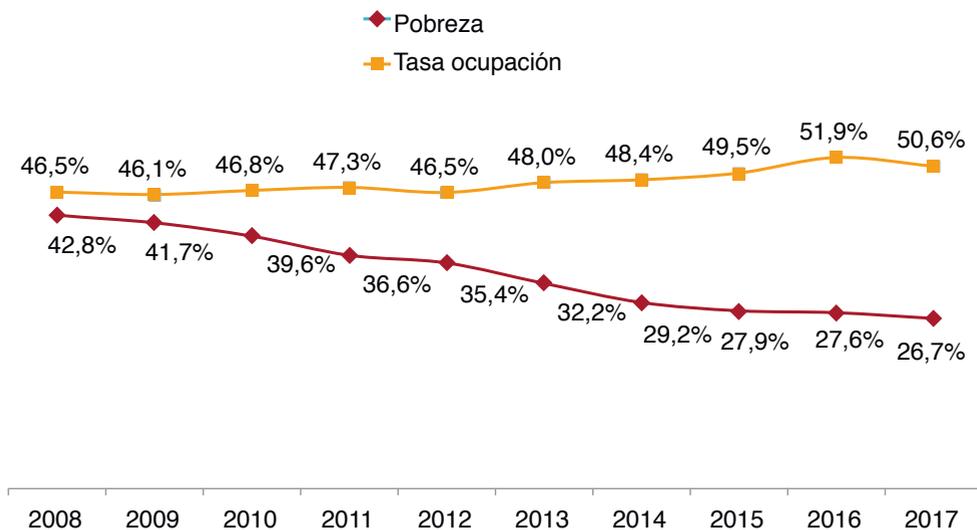


Figura 47. Caldas. Población en pobreza y tasa de ocupación 2008-2017.

Fuente: DANE, 2017.

Como se mencionó, el incremento en la tasa de ocupación conlleva a que los hogares dispongan de mayor ingreso, así, mientras en el año 2008 el ingreso promedio por persona de un hogar llegaba a \$344 mil, para el año 2017 fue 73% más alto, llegando a \$597 mil.

Ahora bien, al tiempo que aumentaba el ingreso también lo hacía el ingreso por persona necesario para estar por fuera de la pobreza, la llamada línea de pobreza: en el 2008 en el departamento de Caldas se requería un ingreso de \$169 mil por persona para no estar en la pobreza; ya para el 2017 se necesitaba un ingreso por persona de \$246 mil, un 45% más.

Considerando lo anterior y con el propósito de conocer si ese mayor ingreso se convierte efectivamente en una mayor capacidad adquisitiva de los hogares y personas, se realizó un cálculo sencillo que consistió en dividir el ingreso por persona entre la línea de pobreza, lo que indica el número de canastas básicas de bienes y servicios que se pueden adquirir con el ingreso por persona. El resultado arroja que para el 2008 con el promedio de ingreso por persona, en Caldas se comprarían dos canastas básicas en tanto que para el 2017 se comprarían 2,4 canastas básicas, un aumento del 20%, que podría ser equivalente al crecimiento del ingreso real por persona o del aumento de la capacidad adquisitiva. Como se muestra en la siguiente tabla, en todas las regiones hubo un aumento del ingreso por persona superior al crecimiento de la línea de pobreza, con lo cual la capacidad adquisitiva real se incrementó y los niveles de pobreza cayeron. Es evidente que la mayor capacidad adquisitiva está en Bogotá y Antioquia, allí con los ingresos por persona se compran 3,8 y 2,9 canastas básicas, respectivamente; Córdoba, Boyacá, Chocó, La Guajira, Cesar y Sucre son los departamentos que tuvieron los mayores aumentos en la capacidad adquisitiva, todos, a excepción de Boyacá, eran departamentos que en el 2008 tenían las tasas más bajas de capacidad adquisitiva; finalmente, Caldas tiene una dinámica de capacidad de consumo similar al promedio del país, solo un poco por debajo de ella.

Tabla 15. Ingreso por persona, línea de pobreza y capacidad de consumo por departamentos 2008-2017.

| Ingreso por persona, Línea de pobreza y capacidad de consumo por departamentos. 2008-2017 | | | | | | | | | |
|---|---------------------|-------------|------|------------------|-----------|------|--|------|------|
| Departamento | Ingreso por persona | | | Línea de pobreza | | | Ing. persona/Línea pob. Capacidad de Consumo | | |
| | 2008 | 2017 | var% | 2008 | 2017 | var% | 2008 | 2017 | var% |
| Antioquia | \$424.904 | \$745.231 | 75% | \$175.523 | \$257.104 | 46% | 2,4 | 2,9 | 20% |
| Atlántico | \$317.868 | \$626.199 | 97% | \$189.917 | \$274.601 | 45% | 1,7 | 2,3 | 36% |
| Bogotá D.C. | \$688.223 | \$1.034.681 | 50% | \$193.136 | \$270.124 | 40% | 3,6 | 3,8 | 7% |
| Bolívar | \$253.537 | \$462.500 | 82% | \$175.910 | \$254.285 | 45% | 1,4 | 1,8 | 26% |
| Boyacá | \$238.415 | \$545.377 | 129% | \$156.547 | \$227.875 | 46% | 1,5 | 2,4 | 57% |
| Caldas | \$344.612 | \$597.900 | 73% | \$169.727 | \$246.389 | 45% | 2,0 | 2,4 | 20% |
| Caquetá | \$247.726 | \$420.960 | 70% | \$160.983 | \$230.792 | 43% | 1,5 | 1,8 | 19% |
| Cauca | \$182.636 | \$336.687 | 84% | \$146.267 | \$208.636 | 43% | 1,2 | 1,6 | 29% |
| Cesar | \$213.801 | \$441.564 | 107% | \$171.568 | \$248.851 | 45% | 1,2 | 1,8 | 42% |
| Chocó | \$163.866 | \$354.526 | 116% | \$152.120 | \$217.366 | 43% | 1,1 | 1,6 | 51% |
| Córdoba | \$214.485 | \$662.751 | 209% | \$155.790 | \$223.477 | 43% | 1,4 | 3,0 | 115% |
| Cundinamarca | \$341.676 | \$583.570 | 71% | \$166.159 | \$239.919 | 44% | 2,1 | 2,4 | 18% |
| Huila | \$247.846 | \$450.446 | 82% | \$162.609 | \$233.975 | 44% | 1,5 | 1,9 | 26% |
| La Guajira | \$175.028 | \$364.225 | 108% | \$158.179 | \$224.338 | 42% | 1,1 | 1,6 | 47% |
| Magdalena | \$217.669 | \$380.404 | 75% | \$171.265 | \$244.693 | 43% | 1,3 | 1,6 | 22% |
| Meta | \$381.148 | \$598.902 | 57% | \$174.531 | \$246.105 | 41% | 2,2 | 2,4 | 11% |
| Nariño | \$230.047 | \$414.983 | 80% | \$152.768 | \$219.156 | 43% | 1,5 | 1,9 | 26% |
| Norte Santander | \$275.283 | \$436.408 | 59% | \$177.200 | \$251.594 | 42% | 1,6 | 1,7 | 12% |
| Quindío | \$376.692 | \$586.653 | 56% | \$181.837 | \$259.671 | 43% | 2,1 | 2,3 | 9% |
| Risaralda | \$376.233 | \$639.596 | 70% | \$175.755 | \$252.774 | 44% | 2,1 | 2,5 | 18% |
| Santander | \$392.416 | \$665.169 | 70% | \$172.935 | \$258.039 | 49% | 2,3 | 2,6 | 14% |
| Sucre | \$196.742 | \$397.735 | 102% | \$166.456 | \$240.501 | 44% | 1,2 | 1,7 | 40% |
| Tolima | \$284.220 | \$528.663 | 86% | \$168.085 | \$241.406 | 44% | 1,7 | 2,2 | 30% |
| Valle del Cauca | \$421.652 | \$704.955 | 67% | \$183.552 | \$259.561 | 41% | 2,3 | 2,7 | 18% |
| Total Nacional | \$378.403 | \$646.298 | 71% | \$174.745 | \$250.620 | 43% | 2,2 | 2,6 | 19% |

| Fuente: DANE, 2017.

Aunque se carece de datos específicos que den cuenta de lo que ha sucedido con la pobreza en los adultos mayores, la información del Departamento deja entrever una mejora ostensible en esta materia que sin duda también ha afectado positivamente a los hogares de estas personas. De modo que es

lógico pensar que las condiciones de vida de la población mayor, vía mayor capacidad adquisitiva, mejoró durante la última década. No obstante, no hay que olvidar que los adultos mayores tienen mayor vulnerabilidad frente a la pobreza puesto que las condiciones del mercado laboral les ofrecen pocas opciones y, por lo tanto, la incapacidad para generar ingresos es latente y aquellos que no están pensionados quedan supeditados a las transferencias monetarias y ayudas de sus familiares o el Estado.

4.4.6. Inclusión social y productiva en el departamento de Caldas

Con el objetivo de tener una mirada más integral y universal, que vaya más allá de los niveles de pobreza sobre la situación de las personas mayores en Colombia, la Fundación Saldarriaga Concha construyó un Índice Multidimensional de Inclusión Social y Productiva para la población mayor del país. Desde el punto de vista metodológico, este índice busca superar los desafíos que plantean algunos de los principales intentos por medir los niveles de inclusión o el bienestar de esta población. Para ello, se busca que el índice multidimensional permita observar la distribución conjunta de los logros de las personas mayores y de sus hogares porque el concepto de inclusión así lo demanda. En segundo lugar, que sea riguroso en la medida que ejecute de forma transparente los pasos de identificación y agregación que son esenciales para este tipo de índices. En tercer lugar, que permita hacer comparaciones entre las personas mayores y el resto de la población, a nivel urbano y rural y entre las diferentes regiones del país.

En términos de estructura, el Índice de Inclusión Social y Productiva de las personas mayores tiene dos grandes componentes. El componente de inclusión social conformado por nueve indicadores (cuatro con sub-indicadores individual y resto hogar) agrupados en tres dimensiones: a) educación, b) acceso a salud, y c) vivienda y servicios públicos. El componente de inclusión productiva contiene cinco indicadores (con sub-indicadores individual y resto hogar en todos los casos) agrupados en dos dimensiones: a) ingreso, y b) acceso a trabajo de calidad. De acuerdo con la metodología, una persona

mayor se considera en inclusión social si acumula como mínimo el 80% de los logros del componente de inclusión social, y en inclusión productiva si acumula como mínimo el 70% de los logros totales del componente productivo.

Finalmente, el índice clasifica a las personas mayores entre aquellas que están doblemente incluidas, es decir que acumulan al mismo tiempo los logros establecidos a nivel social y productivo y en los que están doblemente excluidos, que son aquellos que no tienen garantizada ni su inclusión social ni la productiva.

A continuación se presentan los principales hallazgos en materia de inclusión de las personas mayores en el departamento de Caldas, así como algunas comparaciones entre el nivel nacional, otros departamentos del Eje Cafetero y Manizales. Es importante señalar que todos los cálculos de este índice se realizaron utilizando como fuente de información la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– del DANE.

La figura 47 muestra que en 2017 el 57% de las personas mayores del país tenían acceso simultáneo a oportunidades sociales y productivas, mientras que el 12% carecían de acceso a las mismas. En el caso particular del departamento de Caldas se observa un comportamiento muy similar tanto en el 2017 como durante los últimos cinco años. Los niveles de doble inclusión en el departamento en 2017 fueron del 58.6% y los de doble exclusión del 12.7%. Estos resultados muestran que, a nivel departamental, Caldas presenta resultados muy similares a los del promedio nacional en términos de inclusión social y productiva de las personas mayores.

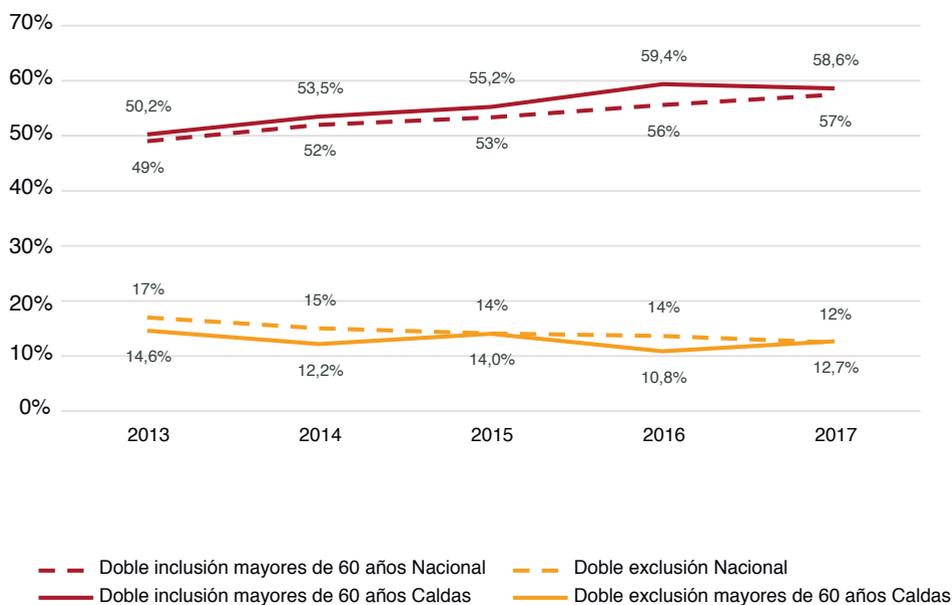


Figura 48. Doble inclusión y doble exclusión personas mayores nivel nacional y Caldas 2013 – 2017.

Fuente: FSC, inclusión SAS con base en GEIH 2017 del DANE.

Al analizar con mayor detalle los resultados en cada uno de los departamentos del país, se encuentra que en 2017 los departamentos más rezagados fueron Chocó, Córdoba y La Guajira. La doble inclusión de las personas mayores en Chocó fue de 19% y en Córdoba del 26%, en estos departamentos la doble exclusión fue más alta que la doble inclusión. Para los otros 22 departamentos, la doble inclusión es mayor a la doble exclusión. En Chocó, que es el departamento más rezagado, la doble inclusión es cuatro veces inferior a la registrada en Bogotá (19% vs 78%). Finalmente se observa que, de una muestra de 24 departamentos, solo ocho logran superar al total nacional en doble inclusión, entre los cuales se encuentra el departamento de Caldas.

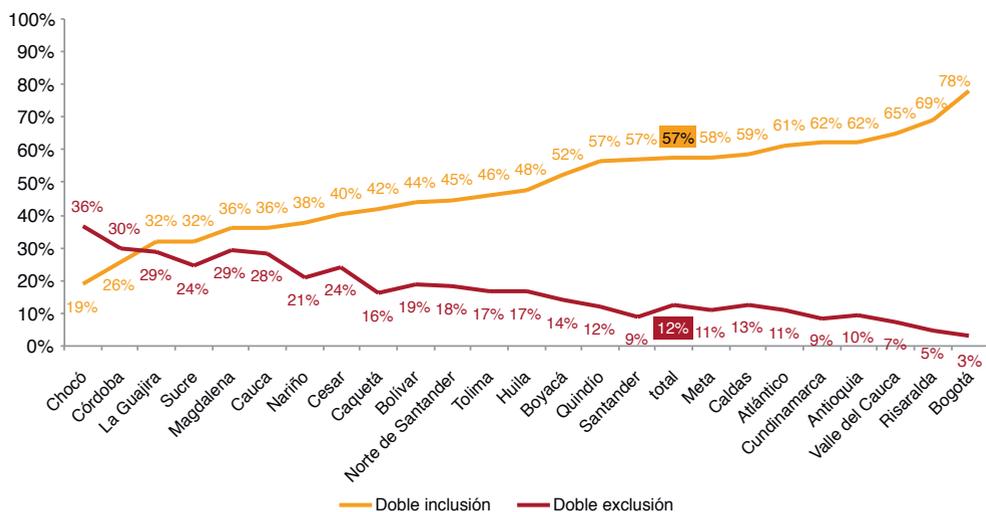


Figura 49. Doble inclusión y doble exclusión de personas mayores por departamentos 2017.

Fuente: FSC, inclusión SAS con base en GEIH 2017 del DANE.

Al contrastar los resultados de las personas mayores con otros grupos etarios, se observa que no hay diferencias significativas con respecto a las personas con edades entre los 40 y los 59 años. Sin embargo, el índice evidencia que las personas mayores de 60 años durante el periodo 2013 – 2017 presentaron menores niveles de doble inclusión y mayores niveles de doble exclusión con respecto a las personas entre los 40 y los 59 años. Es decir, la situación de las personas mayores en el departamento de Caldas ha sido menos favorable durante este tiempo.

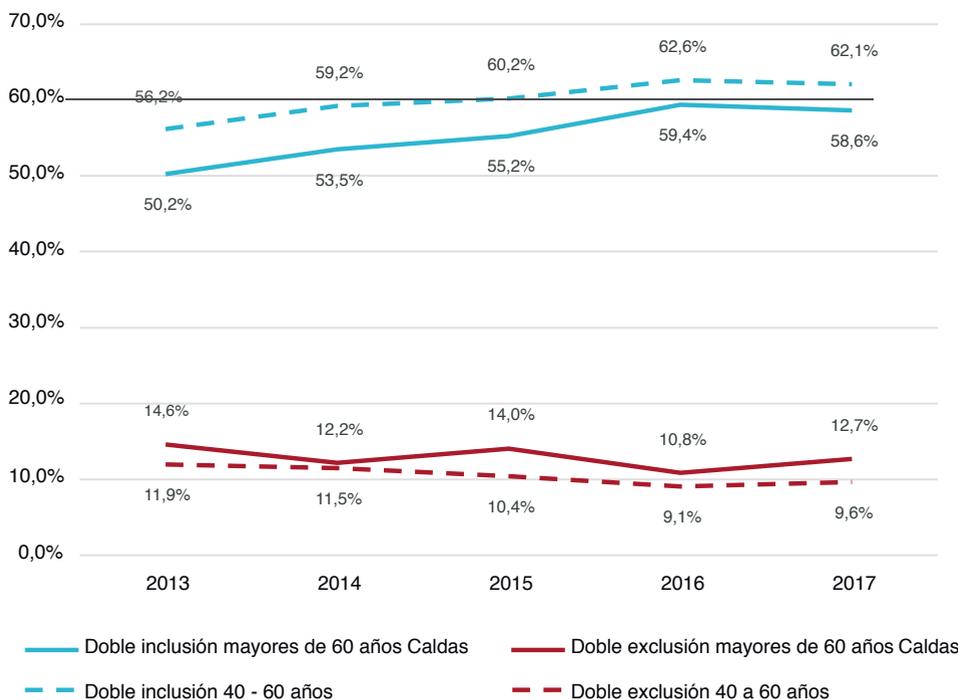


Figura 50. Doble inclusión y doble exclusión personas mayores por grupos etarios 2013 – 2017.

Fuente: FSC, inclusión SAS con base en GEIH 2017 del DANE.

Donde sí se evidencian diferencias importantes en términos de doble inclusión y doble exclusión de las personas mayores del departamento de Caldas es cuando se comparan con los resultados de la capital del departamento. Durante todo el periodo de análisis los niveles de doble inclusión de las personas mayores de la ciudad de Manizales fueron significativamente superiores a las que presentaron las personas mayores del resto del departamento. Para 2017, por ejemplo, el nivel de doble inclusión de la población mayor de Manizales fue superior en casi 17 puntos porcentuales con respecto a las personas

mayores del resto del departamento. Esta situación refleja las grandes brechas que existen a nivel social y productivo entre las personas mayores que habitan en las zonas rurales y los municipios más pequeños. En términos de doble exclusión la diferencia entre las personas mayores que habitan en la ciudad de Manizales y las personas mayores del resto del departamento en 2017 fue de 8 puntos porcentuales.

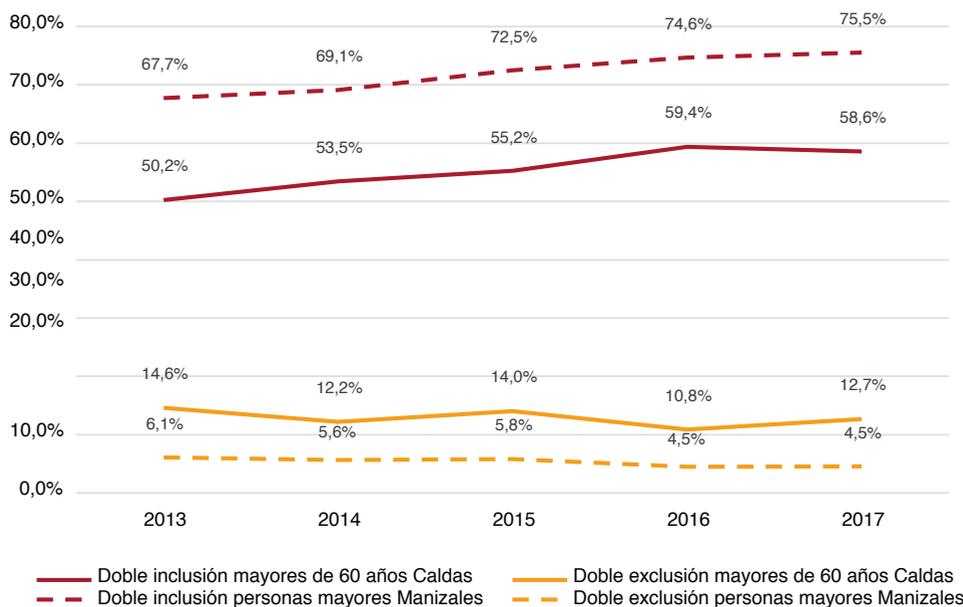


Figura 51. Doble inclusión y doble exclusión personas mayores Caldas y Manizales 2013- 2017.

Fuente: FSC, inclusión SAS con base en GEIH 2017 del DANE.

Estas diferencias entre la ciudad de Manizales y el departamento también se presentan cuando se analizan los resultados de la capital caldense con respecto a otras ciudades del país. En 2017 la ciudad de Manizales fue la segunda ciudad del país, después de Bogotá, con mayores niveles de doble inclusión y menores

niveles de doble exclusión de personas mayores (ver figura 52). Con estos resultados se puede concluir que los principales retos en materia de inclusión social y productiva se presentan en los demás municipios del departamento y particularmente en las zonas rurales y que las acciones que se realicen en la ciudad de Manizales deben ser mucho más focalizadas y segmentadas.

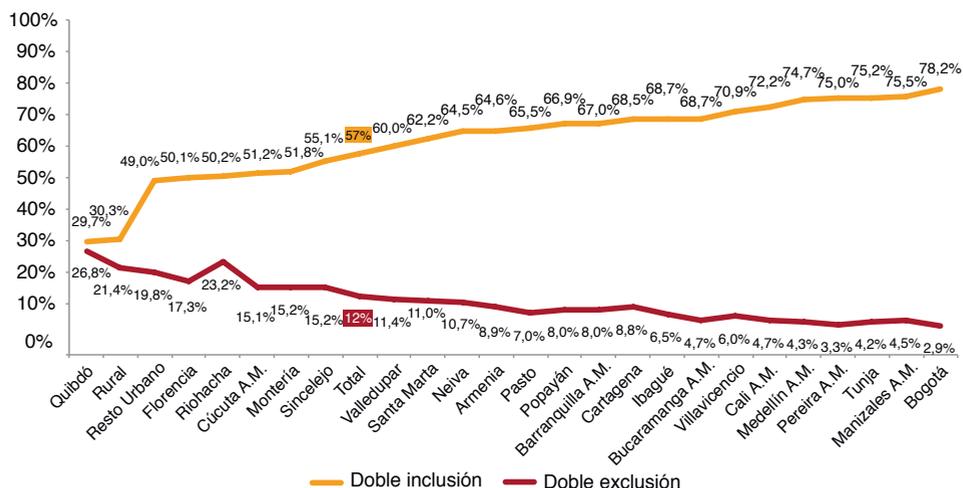


Figura 52. Doble inclusión y doble exclusión de personas mayores en ciudades capitales, 2017.

Fuente: FSC, inclusión SAS con base en GEIH 2017 del DANE.

Finalmente, al hacer un análisis de la región del eje cafetero se observa que el departamento de Risaralda es el que presenta los mejores resultados, aunque las diferencias entre los departamentos Caldas y Quindío no son sustanciales. Es importante mencionar que durante el periodo de análisis los tres departamentos del Eje Cafetero presentaron mayores niveles de doble inclusión que el promedio nacional, a excepción de 2017, donde el departamento del Quindío estuvo ligeramente por debajo del total nacional. En cuanto a las ciudades capitales de la región cafetera, Manizales es la que presenta los mejores

resultados con un nivel de doble inclusión del 75.5%, seguida de Pereira con el 75% y finalmente Armenia con el 64.6%.

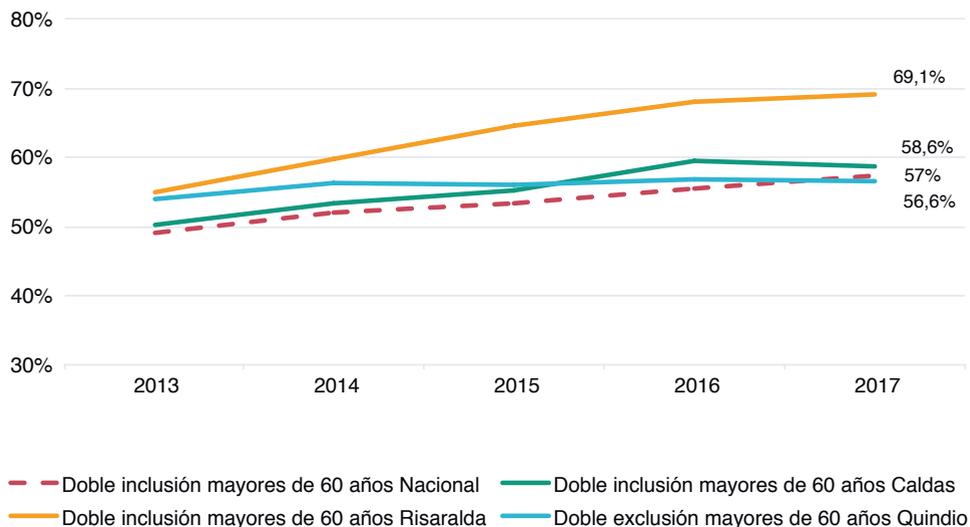


Figura 53. Doble inclusión y doble exclusión Eje Cafetero, 2017.

Fuente: FSC, inclusión SAS con base en GEIH 2017 del DANE.

4.4.7. Ahorro e inversión de las personas mayores del departamento de Caldas

La capacidad de ahorro de una persona o grupo poblacional depende de sus ingresos. Entre la población mayor del departamento de Caldas una tercera parte percibe ingresos del trabajo, seguido de pensión y en tercer lugar del programa Colombia Mayor.

Al abordar las fuentes de ingreso por género se encuentran diferencias importantes entre hombres y mujeres. Las diferencias más notables se derivan de la baja participación de la mujer en el mercado laboral: mientras casi la mitad de los hombres reciben ingresos laborales, solo el 14% de las mujeres los reciben

de esta fuente. Lo mismo ocurre con las pensiones, aunque en este caso la diferencia es mucho más pequeña debido a la sustitución pensional, como se mencionó anteriormente.

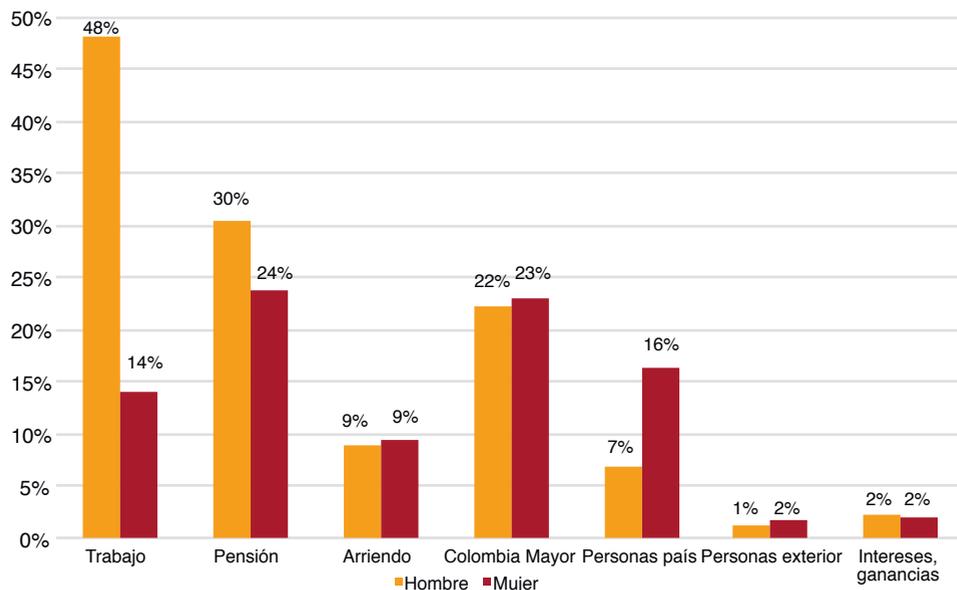


Figura 54. Caldas. Población de 60 años y más que recibe ingresos según fuente y género.
Fuente: Cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE 2016.

Es evidente que las mujeres se encuentran en una situación de mayor desventaja ya que pocas perciben ingresos propios, sin embargo esto se compensa en alguna medida con las transferencias familiares que son otorgadas más a las mujeres que a los hombres. Es importante resaltar que el programa Colombia Mayor no parece tener en cuenta el criterio de sexo para el otorgamiento del subsidio, llegan en similares proporciones a hombres y mujeres, 22% y 23% respectivamente.

Cuando se analizan los montos de los ingresos, la pensión ocupa el primer lugar, seguido de arriendos, intereses y ganancias con montos similares, y en último lugar se encuentra el subsidio del programa Colombia Mayor.

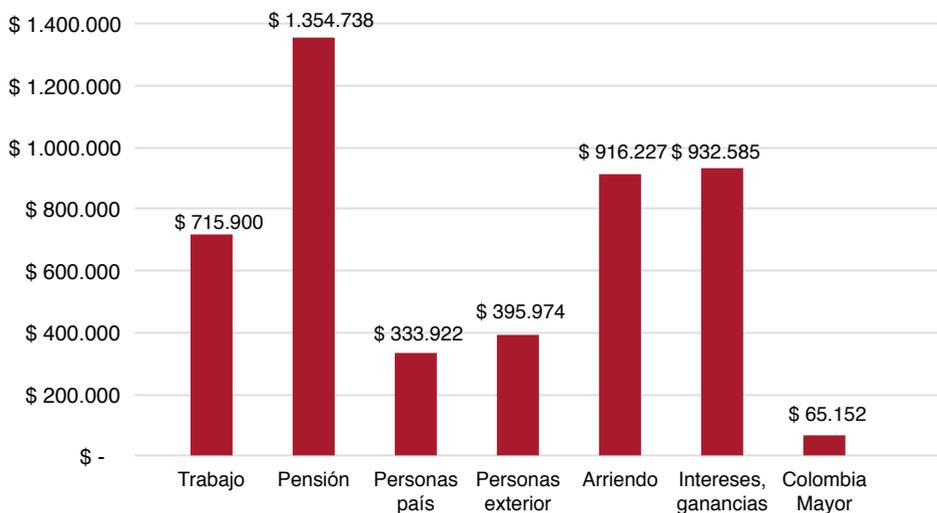


Figura 55. Caldas. Ingreso promedio mensual de la población de 60 años según fuentes (pesos 2016).

Fuente: Cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE 2016.

La educación le sirvió a este grupo de personas para tener mayores ingresos y además lograron generar ahorro e inversiones que les asegura una protección económica en este período de la vida. Si se toma la escolaridad como un indicador de la condición socioeconómica de las personas mayores, entonces se tiene que el subsidio de Colombia Mayor está bien focalizado puesto que llega a la población que solo tienen dos años de escolaridad.

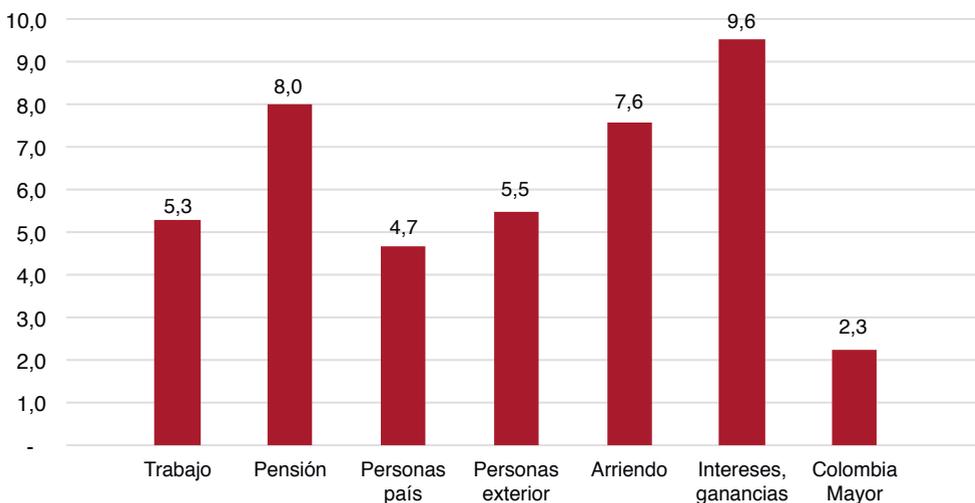


Figura 56. Caldas. Escolaridad promedio de la población de 60 años y más según fuente de ingreso.

Fuente: Cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE, 2016.

Pese a que la mayoría de las personas mayores está percibiendo por lo menos un ingreso, queda un grupo importante, el 21%, que no recibe ningún ingreso. Esta situación es mucho más frecuente en mujeres 31%, que en los hombres, 11%. De modo que una de cada tres mujeres no percibe ningún ingreso y son totalmente dependientes en lo económico, usualmente viven bajo el mismo techo con hijos u otros familiares, por lo que la autonomía y autoestima se pueden ver seriamente afectadas.

Lo más frecuente es que las personas mayores tengan una sola fuente de ingresos, sin embargo una cuarta parte tiene dos y una pequeña proporción tres fuentes de ingreso. La combinación más frecuente es tener pensión, trabajar, tener inversiones y recibir ayuda de familiares.

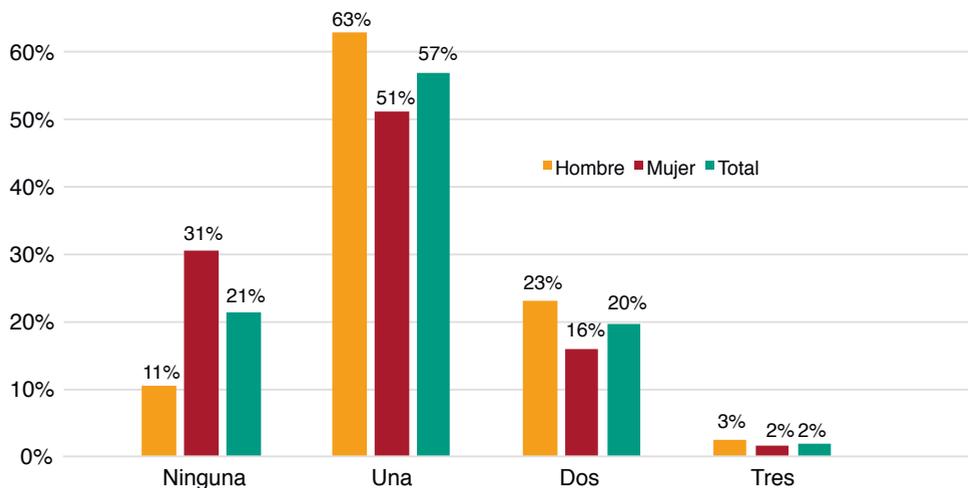


Figura 57. Caldas. Número de fuentes de ingreso de la población de 60 años, según género.

Fuente: Cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH–DANE, 2016.

Son muy pocas las personas mayores ocupadas que manifiestan estar preparadas para hacer frente a sus gastos en caso de pérdida de empleo. Casi la mitad (43%) tendría que acudir a la ayuda de sus hijos o familiares, una cuarta parte manifiesta que no tendría recursos para hacer frente a esa contingencia, solo el 8% dice tener ahorros personales o cesantías para esa eventualidad, unos pocos acudirían a la venta de sus activos para obtener los recursos (2%); hay otros que a pesar de su edad ni siquiera han considerado esa idea (11%). Además, cuando se les pregunta de dónde obtendrían los recursos para sus gastos, el 83% de los mayores de 60 y 55% de los de 40 a 59 años no tienen nada. Esto muestra lo poco preparados que se encuentran estos grupos para hacer frente a una pérdida de ingresos y de empleo, son muy pocos los que obtendrían una pensión, de modo que para la mayor parte de estas personas el seguro son los hijos y familiares, aunque solo el 1% prepara a sus hijos para que puedan mantenerlos.

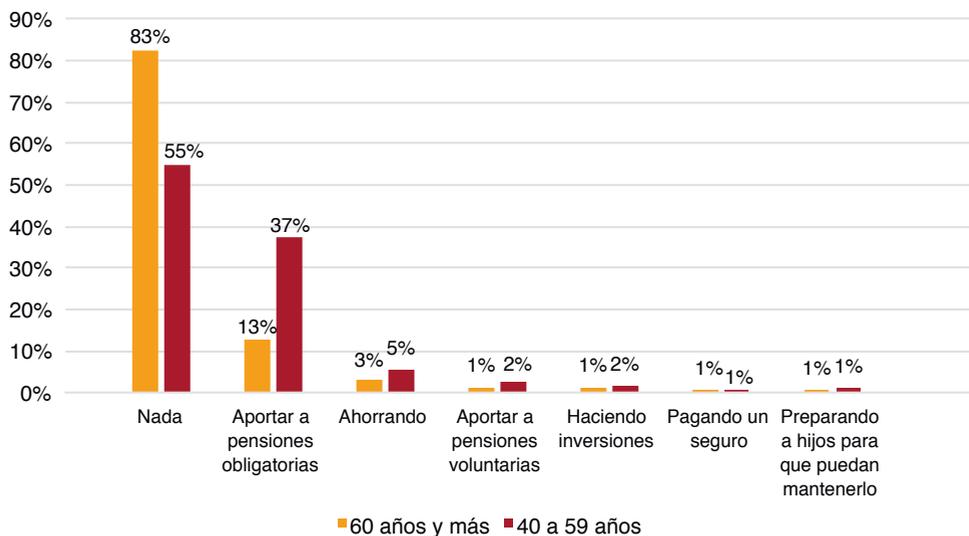


Figura 58. Caldas. Fuentes de obtención de recursos de las personas ocupadas en caso de no tener trabajo, según grupo de edad.

Fuente: Cálculos propios con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– DANE, 2016.

4.5. Segmentación de seguridad económica: análisis de clúster

Para finalizar el capítulo, y a manera de síntesis, en esta sección se presenta un ejercicio de segmentación de la población adulta mayor de acuerdo con la seguridad económica: las fuentes de ingreso y sus montos.

El trabajo de segmentación se realizó utilizando la técnica multivariante de análisis de clúster (ver metodología). Cada segmento o clúster en los que el modelo agrupa a las personas mayores tiene una cantidad de personas diferente

y cada uno, por sus características, permite evidenciar las diferentes caras de la seguridad económica en la vejez. A continuación se hace una descripción de esos grupos; el orden en el que se presentan va desde los que tienen una menor seguridad económica hasta aquellos con una mayor seguridad.

El primer segmento es para los que presentan una mala seguridad económica, en este grupo está el 10% de las personas mayores de Caldas quienes están inactivos, por lo que no reciben ingresos laborales. Estas personas tienen una escolaridad muy baja, 2,5 años, tampoco reciben pensión y si participaron en el mercado laboral lo hicieron en empleos de baja calidad y no realizaron ahorro pensional. El ingreso promedio de este grupo es de apenas \$107 mil, un ingreso que estaba por debajo de la línea de pobreza extrema que para el mismo año 2016 en Caldas estaba en \$112 mil; es decir, todo este segmento de población mayor se encontraba en pobreza extrema.

El segundo clúster o segmento corresponde a los que tienen una débil seguridad económica, quienes representan el 35% de las personas mayores en Caldas. También son inactivos aquellos que no reciben ingreso laboral, pensión o no están en el programa Colombia Mayor cuya escolaridad está dentro del promedio, 5,5 años, y su ingreso promedio mensual bajo es de \$265 mil pesos, el cual está por encima de la línea de pobreza de 2016 que fue de \$236 mil. En este grupo, al igual que en el anterior, la mayoría son mujeres.

Estos dos primeros segmentos de personas que suman cerca de la mitad de las personas mayores (45%), son los que presentan insuficiente seguridad económica. Tienen muy bajos ingresos, dependen de ayudas de sus familias o del gobierno, ayudas inestables que igualmente dependen de las finanzas del Estado y de sus familiares.

Hay un tercer segmento que presenta una moderada seguridad económica, representa el 22% de los mayores. Lo conforman los ocupados, tienen empleos de baja calificación, la mayor proporción trabaja por cuenta propia, no cotizan a pensión y el ingreso laboral está por debajo del salario mínimo. La

mayoría no están pensionados, pero algunos si lo están y reciben la pensión además del ingreso laboral. Los años de escolaridad están en el promedio de 5,8 años. El ingreso total promedio al mes es de \$847 mil, si bien este ingreso está por encima del salario mínimo, el inconveniente es que en su mayor parte están atados al empleo y si pierden esta fuente de ingresos, y al no cotizar a pensión, no contarán con ingreso, de modo que para ellos el panorama es incierto.

El cuarto grupo presenta una seguridad económica más robusta y agrupa al 31% de la población mayor en Caldas. En este segmento la población está inactiva pero todos gozan de pensión, de allí provienen principalmente sus ingresos, ninguno recibe ingreso laboral o subsidios de Colombia Mayor. Tienen una escolaridad superior al promedio y a los grupos anteriores, 8,3 años. Sus ingresos son relativamente altos, en promedio de \$1,4 millones. Este grupo fue el que durante su vida productiva tuvo un trabajo de calidad que le permitió aportar al sistema de pensión y jubilarse, por lo que deciden no trabajar en su vejez.

El último segmento corresponde a los que poseen una sólida seguridad económica, apenas son el 2% de las personas mayores. La mayoría están ocupados en empleos de calidad con salarios cercanos a \$5 millones, la mitad de ellos son empleados del gobierno, otros son dueños de empresa. Además la mitad de ellos están jubilados y reciben altas mesadas por su pensión. Son personas con estudios universitarios y una escolaridad promedio de 16,7 años, con ingresos promedio al mes de \$8,9 millones. Por su alto nivel educativo lograron obtener un buen empleo con buena remuneración o tienen empresas propias.



Figura 59. Descripción de los segmentos de población adulta mayor según su seguridad económica.

Fuente: elaboración propia.

4.6. Instituciones públicas: programas y proyectos

Para establecer un panorama de las instituciones públicas del Departamento y sus orientaciones, se realizaron algunas entrevistas a actores clave dentro de la arquitectura estatal a los cuales les concierne la seguridad económica de las personas mayores. En este sentido, se lograron identificar algunas características de estas instituciones.

Las instituciones estatales del departamento de Caldas movilizan recursos y conocimiento para combatir la desprotección económica de las personas adultas mayores. En primera instancia es evidente que la vejez y el envejecimiento se han puesto como prioritarios en la agenda departamental. Se les reclama a las instituciones estar a la altura de los retos sobre el envejecimiento poblacional y la transición demográfica. En palabras de un funcionario de la Gobernación:

Te cuento también que estamos articulando los sectores desde la gobernación. El Gobernador sacó una circular, perdón, un Decreto: “Todo el mundo se articula a nivel social”. Entonces, ejemplo, agricultura: “¿Usted qué está haciendo agricultura frente al adulto mayor? Educación, ¿usted qué está haciendo? Deportes, ¿usted qué está haciendo? Cultura, ¿usted cómo está llevando esas poblaciones?”, por orden del gobernador, por medio de Decreto, todos sacan la plata y deben decir cómo impactan primera infancia, cómo impacta adulto mayor, absolutamente todos los sectores. (Gobernación de Caldas, Secretaría de Desarrollo Económico, comunicación personal, 2017).

Este reto es evidente en todas las entrevistas y remite a una decisión tomada por el gobernador de abordar el reto del envejecimiento desde una perspectiva interinstitucional, lo cual da cuenta de una posición favorable al desarrollo de iniciativas en pos de las personas mayores. De hecho, el compromiso del gobernador y de la gobernación como institución permitieron la formulación de la política pública de envejecimiento y vejez para el Departamento, su adopción mediante el Decreto 0176 del 31 de agosto de 2018 y la formulación del Plan de Acción Departamental en febrero de 2019.

Los actores también ven con buenos ojos las iniciativas del Gobierno en programas como Colombia Mayor y los Beneficios Económicos Periódicos (BEPS):

Yo creería que mayoritariamente la población adulta mayor en caldas está atendida en una buena parte fruto de los programas del Estado, digamos que

ese es el gran músculo económico de sostenimiento, lo tiene el Estado a través de Colombia Mayor y a través de BEPS, que es este programa que se tiene para eventualmente ellos obtener una pensión mínima. Este programa de BEPS creo que lo maneja (...) creo que el Fondo Nacional del Ahorro, creo, no estoy seguro. Es un programa que da la posibilidad de pensionarse con media pensión inclusive, con medio salario mínimo. (Gobernación de Caldas, Secretaría de Integración y Desarrollo Social, comunicación personal, 2017).

El subsidio Colombia Mayor, como fue descrito antes, contribuye a la seguridad económica de los sectores más vulnerables de la población mayor. De la mano de este subsidio, en el departamento de Caldas se han llevado a cabo otros programas de manera articulada de manera incluyente, tal como lo expresa un funcionario de la gobernación departamental:

Lo otro es que hemos querido ser complementarios con programas. Así como la Nación tiene el proyecto de Colombia Mayor, nosotros lo que hemos querido volver, y lo que hemos querido acompañar con apuestas como las que venimos haciendo a través de los recursos de estampilla. Es decir, nosotros no excluimos a un adulto mayor por pertenecer a Colombia Mayor, lo que hacemos es, por el contrario, enfocar los esfuerzos de Colombia Mayor más los de la Estampilla para que ese adulto mayor, en ocasiones incluso, salga de la miseria. (Gobernación de Caldas, Secretaría de Integración y Desarrollo Social, comunicación personal, 2017).

Otro elemento fundamental de la arquitectura estatal frente a las personas mayores al que se le reconoce su importancia es la estampilla pro adulto mayor, la cual se recauda en los municipios y debe ser destinada a programas en los centros vida y centros día, tal como se expuso anteriormente:

Yo creo que el Estado por medio de la creación de la estampilla Pro Adulto Mayor le dio la importancia al tema. Porque digamos que obviamente es una carga tributaria altísima, digamos para la gente que contrata con el Estado pasó de 4 a 7. (Gobernación de Caldas, Secretaría de Integración y Desarrollo Social, comunicación personal, 2017).

Hoy vienen apostándole los municipios, todos los municipios de Caldas, los 27 tienen estampilla Pro Adulto Mayor sumado a la estampilla del Departamento. Con esto se han venido atendiendo en el Departamento no menos de cinco mil personas mayores que incluso se van a tener en 2018. Yo creo que hoy el Estado sigue teniendo una labor de protección hacia el adulto mayor muy grande. (Gobernación de Caldas, Secretaría de Desarrollo Económico, comunicación personal, 2017).

La estampilla Pro Adulto Mayor es la principal fuente de financiación de los proyectos para las personas mayores a través de los centros día y centros vida como parte fundamental de las iniciativas institucionales del departamento de Caldas.

Sin embargo, sí hay programas y proyectos propios de la región donde se busca que las personas mayores mejoren sus ingresos. Una de las herramientas que se utilizan para estos programas es un software de localización que permite hacer mucho más precisa la intervención en las poblaciones mayores. Inspirado en una iniciativa del departamento de Antioquia, con este sistema de información se busca tener una base de datos lo suficientemente robusta sobre las personas del Departamento y sus condiciones sociales y de salud.

Tenemos que decir que el adulto mayor se ha venido focalizando en su atención, ¿qué es focalizando en su atención? El Departamento cuenta con una herramienta tecnológica que se llama Observatorio Social. El Observatorio Social mide los diferentes determinantes sociales que afectan a la población del departamento de Caldas, más exactamente, tratándose de personas mayores

nos permite evidenciar qué población adulta mayor tiene patologías que hacen que el Estado las tenga que atender de manera prioritaria. Llámense estas enfermedades crónicas como cáncer, diabetes, hipertensión o tengan alguna situación de discapacidad. Eso hace desde hace cuatro años el Estado su inversión la haya volcado, en principio, en las personas mayores, que teniendo más de 60 años y perteneciendo a los niveles 1 y 2 del SISBÉN son aquellos que tienen más grados de afectaciones. (Gobernación de Caldas, Secretaría de Integración y Desarrollo Social, comunicación personal, 2017).

Cabe anotar que el Observatorio Social de Caldas es una herramienta que permite la interoperabilidad de datos, el uso de instrumentos de información y visualización –Infovis–, la generación de unidades de análisis y de analítica basada en la evidencia, la integración de información con sistemas de geo-posicionamiento y georreferenciación, el monitoreo periódico a través de tableros de control, el cruce de variables de interés –de diversas fuentes– que afecten la dinámica familiar, la generación de modelos matemáticos, estadísticos y predictivos, entre otros procesos, para la generación de las respuestas que el Estado puede dar a las demandas de la sociedad. (Dirección Territorial de Salud de Caldas, 2019).

El componente económico suele verse como una arista más de un proceso que debe ser integral. Es importante resaltar esto en la medida en que las iniciativas institucionales de Caldas buscan integrar el apoyo económico como parte de un corpus de atención con el cual el Estado debe llegar a las poblaciones adultas mayores.

El segundo aspecto es que hemos vuelto más integral la atención del adulto mayor, es decir, nosotros no le venimos apostando a comedores comunitarios para abuelos, no. Nuestra apuesta va mucho más allá. Nuestra apuesta para la atención del adulto mayor tiene factores de orientación psicosocial, factores de recreación, deportivos, factores de actividades lúdicas, de actividades artesanales. Incluso, con muchas de nuestras personas mayores hemos

venido trabajando para que podamos construir y ellos nos puedan ayudar con el mantenimiento de huertas. Tampoco se trata de volverlos a poner a trabajar. Muchos de estos manifiestan que están agotados, por lo tanto, simplemente son labores mínimas en las cuales ellos se mantienen ocupados y sobre todo útiles y entienden que su vida para con la sociedad permanece activa, lo que llamaríamos envejecimiento activo. (Gobernación de Caldas, Secretaría de Integración y Desarrollo Social, comunicación personal, 2017).

A pesar de no haber iniciativas de incremento en los ingresos focalizados en personas mayores y que los programas de emprendimiento del Departamento no las incluya, esta falta de enfoque de generación de ingresos también se asocia con que las personas mayores de los Centros Día o Centros Vida manifiestan no querer trabajar, pues consideran que su etapa más productiva ha pasado y que ahora deben concentrarse en otros aspectos, como se ve en la parte final de la cita anterior y en el siguiente fragmento.

Pues mira, aquí hay un fenómeno particular. Las personas de la tercera edad no quieren trabajar, ¿cierto? Se tenía pensado montar una granja, porque la Ley nos lo exige, ¿cierto? “Monten una granja, lo pueden hacer, para que haya tema productivo y ellos tengan su huerta”. El adulto mayor dice “yo ya trabajé lo que tenía que trabajar, yo no quiero venir aquí a hacer cosas productivas, no”. “Ellos lo que quieren es darle un cambio total a su vida en temas lúdicos, deportivos”. (Gobernación de Caldas, Secretaría de Integración y Desarrollo Social, comunicación personal, 2017).

4.7. Referencias bibliográficas

- Alcaldía de Manizales. (2014). Documento base para la formulación de la política pública de adulto mayor de la ciudad de Manizales. Recuperado de <https://manizales.gov.co/RecursosAlcaldia/201506242257527183.pdf>.
- Alcaldía de Manizales. (2016). Plan de Desarrollo 2016 - 2019. Manizales más oportunidades. Recuperado de <http://www.manizales.gov.co/RecursosAlcaldia/201605021636516132.pdf>.
- Bosch, M., Melguizo, A. y Pagés, C. (2013). *Mejores pensiones mejores trabajos: hacia la cobertura universal en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://publications.iadb.org/es/publicacion/17407/mejores-pensiones-mejores-trabajos-hacia-la-cobertura-universal-en-america-latina>.
- Bosch, M., Oliveri, M. L., Berstein, S., García-Huitrón, M. y Altamirano, A. (2018). *Presente y futuro de las pensiones en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo*. Recuperado de <https://publications.iadb.org/es/presente-y-futuro-de-las-pensiones-en-america-latina-y-el-caribe>.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2018). *Panorama Social de América Latina, 2017*. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42716/7/S1800002_es.pdf.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2019). *De beneficiarias a ciudadanas: acceso y tratamiento de las mujeres en los sistemas de pensiones de América Latina*. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44488-beneficiarias-ciudadanas-acceso-tratamiento-mujeres-sistemas-pensiones-america>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2017). *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía*. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/41471>

- Cotlear, D. (2011). Population aging: Is Latin America ready? *The World Bank*, 1-38.
- Curcio, C. L., Gómez, J. F. y Osorio D. (2018). *Lineamientos de la política pública de envejecimiento y vejez Departamento de Caldas 2018-2028*. Manizales, Colombia: Editorial Universidad de Caldas..
- de la Maisonneuve, C. (2015). Reforming the pension system to increase coverage and equity in Colombia. *OECD Economics Department Working Papers*, 1235. <http://dx.doi.org/10.1787/5js0cqrr97s4-en>.
- Departamento Nacional de Planeación. Unión Temporal Econometría –SEI–. (2016). *Evaluación de impacto del programa Colombia mayor*. Recuperado de https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Colombia_Mayor_Ficha_Tecnica_autocontenida_ajustada.pdf.
- DANE. (2016). *Manual de recolección y conceptos básicos Gran Encuesta Integrada de Hogares*. Recuperado de www.dane.gov.co.
- DANE. (2016). *Metodología general Gran Encuesta Integrada de Hogares GEIH*. Recuperado de www.dane.gov.co.
- Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2015). *Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones*. Bogotá, Colombia: Fundación Saldarriaga Concha. <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/2724>.
- Guzman, J. y Huenchuan, S. (2006). *Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticas. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12824>
- Guzmán, J. (2002). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/7166>.

HelpAge, Centro para la Inclusión Financiera de Acción. (2015). *Inclusión financiera y envejecimiento: una oportunidad*. Recuperado de <http://www.helpagela.org/silo/files/inclusin-financiera-y-envejecimiento.pdf>

Huenchuan, S. (2013). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad*. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2617/1/LCG2553P_es.pdf.

Huenchuan, S. (Ed.). (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf.

Huenchuan, S. (2013). *Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013*. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/35929-perspectivas-globales-la-proteccion-derechos-humanos-personas-mayores-2007-2013>.

Ministerio de Salud. (2015). *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POLÍTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social - Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas. (2016). *Encuesta SABE Colombia: salud, bienestar y envejecimiento*. Bogotá DC., Colombia: REGRAF IMPRESORES S.A.S.

Montenegro-Trujillo, S., Jiménez-Salazar, L. F., Ramírez-Baquero, S., Nieto-Ramos, A. y Hurtado-Martilletti, C. A. (2013). *Distribución de ingresos en el Sistema pensional y el impacto de algunas medidas de flexibilización*. Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes.

- Naciones Unidas. (1995). *Observación General N° 6 “Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores”*. Recuperado de <https://www.escri-net.org/es/recursos/observacion-general-no-6-derechos-economicos-sociales-y-culturales-personas-mayores>.
- Naciones Unidas. (2003). *Declaración política y Plan de Acción Internacional de Madrid Sobre Envejecimiento*. Recuperado de <https://social.un.org/ageingworking-group/documents/mipaa-sp.pdf>.
- OEA. (2015). *Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Nueva York: Organización de los Estados Americanos. http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- OECD. (2013). *OECD Economic Surveys: Colombia 2013 – Economic Assessment*, OECD Publishing. Recuperado de <https://www.oecd.org/publications/oecd-economic-surveys-colombia-2013-eco-surveys-col-2013-en.htm>.
- Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. (2014). *Panorama de las pensiones: América Latina y El Caribe*. Recuperado de <https://publications.iadb.org/es/panorama-de-las-pensiones-america-latina-y-el-caribe>.
- Padilla, D., Aguilar, J. M., Díaz, P. y Manzano, A. (2016). Personas mayores: innovación y emprendimiento. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 63-71. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851778007>.
- Paz, J. A. (2010). *Envejecimiento y empleo en América Latina y el Caribe*. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_policy/documents/publication/wcms_140847.pdf.
- Rekha, R., Miriam, B. y Congyan, T. (2014). *Capacidades Financieras en Colombia: Resultados de la Encuesta Nacional sobre Comportamientos, Actitudes y Conocimientos*

Financieros. Recuperado de <https://www.bancomundial.org/es/country/colombia/publication/national-survey-financial-capabilities-colombia>.

Stefano, F. y Rodríguez, D. (2014). *Participación de las personas mayores en las economías de mercado y del hogar en Colombia*. Bogotá, Colombia: Universidad Externado de Colombia.

Villar, L., Flórez, C. E., Valencia-López, N., Alzate, J. P. y Forero, D. (2016). Protección económica para la vejez en Colombia: ¿estamos preparados para el envejecimiento de la población? *Coyuntura Económica: Investigación Económica y Social*, XLVI (2), 15-39.

Villar, L., Becerra, A. y Forero, D. (2017). *Alternativas para extender la cobertura del sistema de protección económica a la vejez en Colombia*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11445/3447>.

Wainwright, T. & Kibler, E. (2014). Beyond financialization: Older entrepreneurship and retirement planning. *Journal of Economic Geography*, 14 (4), 849-864.

4.8. Glosario

Las siguientes definiciones son tomadas de la metodología general de la Gran Encuesta Integrada de Hogares - GEIH del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2016).

Desocupados (D). Son las personas que en la semana de referencia se encontraban en las siguientes condiciones (OIT, 1982):

- “Sin empleo”, es decir, que no tenían un empleo asalariado o un trabajo independiente ni se desempeñaron como trabajador familiar sin remuneración.

- “En busca de empleo”, es decir que habían tomado medidas concretas para buscar un empleo asalariado o independiente en las últimas 4 semanas y estaban disponibles para empezar a trabajar.

- Disponibilidad para empezar a trabajar.

Ocupación. Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en esta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas (DANE).

Ocupados (OC). Personas pertenecientes a la PEA que en la semana de referencia trabajaron por lo menos una hora remunerada o no remunerada (para el caso de los trabajadores familiares sin remuneración) en dinero o en especie o no trabajaron pero tenían un trabajo (Euroestat, CODED).

Población Económicamente Activa (PEA). También llamada fuerza de trabajo y comprende a las personas en edad de trabajar que en la semana de referencia realizaron (ocupados) o buscaron ejercer (desocupados) una actividad económica (OIT, 1982).

Población Económicamente Inactiva (PEI). Personas en edad de trabajar que en la semana de referencia no participaron en la producción de bienes y servicios porque no necesitaban, no podían o no estaban interesadas en tener actividad remunerada. A este grupo pertenecen estudiantes, amas de casa, pensionados, jubilados, rentistas, inválidos (incapacitados permanentemente para trabajar), personas a las que no les llama la atención o creen que no vale la pena trabajar (Eurostat, 1999).

Población en Edad de Trabajar (PET). Constituida por todas las personas de 12 años en adelante para las zonas urbanas y de 10 años en adelante en las zonas rurales. Se divide en población económicamente activa y económicamente inactiva (DANE).

Población Total (PT). Constituida por la población civil no institucional residente en hogares particulares. Esta población se estima con base en los Censos de población, las estadísticas vitales y de migración (DANE).

Tasa de Desempleo (TD). Relación porcentual entre el número de personas que están buscando trabajo (DS) y el número de personas que integran la fuerza laboral (PEA), cuya fórmula es la siguiente: $TD = (DS / PEA) * 100$.

Tasa de Ocupación (TO). Relación porcentual entre la población ocupada (OC) y el número de personas que integran la población en edad de trabajar (PET) cuya fórmula es la siguiente: $TO = (OC/PET) * 100$.

Tasa Global de Participación (TGP). Relación porcentual entre la población económicamente activa (PEA) y la población en edad de trabajar (PET). Este indicador refleja la presión de la población en edad de trabajar sobre el mercado laboral y cuya fórmula es la siguiente: $TGP = (PEA/PET) * 100$.

Trabajador Familiar Sin Remuneración (TFR). Trabajador con un empleo independiente sin remuneración que labora en una empresa cuyo propietario es un familiar o pariente que generalmente vive en el mismo hogar (Eurostat, 1999).

Trabajador por Cuenta Propia. Persona natural con un trabajo, profesión u oficio, cuya remuneración depende directamente de la comercialización y venta de los bienes o servicios producidos; se caracteriza por no contratar a terceros como asalariados para lograr sus metas y objetivos (OIT, 1993).

5.

Cuidado

María
Cristina
Palacio

Carmen
Lucía
Curcio

Santiago
López

Claudia
Marcela
Sepúlveda



5.1. Introducción

En un mundo que envejece rápidamente, en un contexto de precariedad económica y ausencia de servicios sociales sólidos que puedan asegurar calidad a lo largo de todo el curso de vida, y particularmente en la vejez; en un contexto de transición demográfica y epidemiológica, con mayor participación de las mujeres en el mercado laboral. En un mundo así, la demanda de cuidados en la vejez se incrementará, y este aumento vendrá acompañado de una disminución de la capacidad para brindar estos apoyos, especialmente del actor que tradicionalmente ha desempeñado esta función: la familia, y dentro de ella, sobre todo, la mujer (CEPAL, 2009).

La OMS estima que para el año 2030 en América Latina se habrán duplicado la cantidad de personas mayores y con ello aumentará la demanda de cuidado de esta población, especialmente de aquella en situación de dependencia (OMS, 2015). Según CELADE y CEPAL se prevé también que entre el 2013 y el 2050 la población con dependencia moderada se duplicará, pasando de 23 a 50 millones de personas (CELADE, 2012). En este mismo sentido, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos realizó en 2013 una amplia consulta sobre la promoción y la protección de los derechos de las personas mayores. De acuerdo

con la consulta, el 41,2% de las personas señaló el cuidado como una de las principales problemáticas (CEPAL, 2013).

El descenso de la mortalidad en los países de la región, junto con los cambios en los patrones de enfermedad que están afectando a la población y que continuarán en las próximas décadas, darán lugar a un incremento significativo del número de personas mayores con trastornos crónicos graves y/o discapacidades que exigirán cuidados diarios. Se estima que en 2020 en América Latina y el Caribe más de 10 millones de personas mayores sufrirán de dependencia severa, por lo que requerirán asistencia diaria para la realización de sus actividades cotidianas. En 2030 el número ascenderá a 14 millones y en 2050 prácticamente se habrán duplicado con respecto a 2030, alcanzando a 22 millones de personas de 60 años y más (Huenchuan, 2018). Así, a medida que se transforman los sistemas productivos, la demografía y las estructuras familiares, el cuidado adquiere una relevancia que antes pasaba desapercibida, y se configura como una necesidad colectiva que requiere una respuesta política eficaz.

En este capítulo, en primer lugar se presentan algunas consideraciones sobre el concepto de cuidado, en segundo lugar se aborda el cuidado, los procesos y las relaciones presentes en estos procesos focalizados en el grupo de las personas mayores, consultadas y participantes en el trabajo de campo en siete municipios. Además, se presentan los hallazgos de la categoría de auto cuidado como elección responsable en las personas mayores. A continuación se aborda la organización social del cuidado desde el contexto normativo, internacional y nacional, la medición del trabajo no remunerado de cuidados, el trabajo de cuidado informal y formal y las necesidades de cuidado de las personas mayores para darle soporte a algunas consideraciones y recomendaciones de lineamientos de política pública de envejecimiento y vejez para Caldas.

5. 2. Marco conceptual

5.2.1. Acercamientos conceptuales en el tema de cuidado

No existe una definición única de cuidado ya que es un término polivalente sometido a grandes variaciones culturales, disciplinares y políticas. La investigación sobre el tema de cuidado puede considerarse relativamente reciente. Un término que empieza a aparecer en las agendas públicas y en enunciados de las políticas públicas, especialmente referidas a las políticas económicas, de salud, educativas, de servicios sociales, de pensiones y las de familia. También es clara su conexión con las políticas laborales, de transporte, alimentarias, de seguridad u orden público y de urbanismo (CEPAL, 2010, Naciones Unidas 2018).

Este sentido polifónico de la palabra cuidado, se deriva de la dificultad de tener una sola definición, como ya se planteó, además su sentido y significado corresponden a una complejidad por las variadas dimensiones que encierra, las diversas perspectivas disciplinares, los conflictos ideológicos que lo atraviesan, las desigualdades sociales que genera y regenera y que hacen imposible una simple y única definición, a riesgo de que sea una caracterización estrecha y excluyente (Carrasco, Borderia y Torns, 2011).

Desde el campo social y cultural, el abordaje del cuidado tiene un amplio anclaje en los estudios feministas, vinculados con tres cuestiones: la feminización, la maternización y la familiarización, las cuales asocian el cuidado como una labor, una actividad y un sentido identitario de las mujeres; a su vez, desde una perspectiva sociológica su lugar se encuentra en la discusión y definición de políticas de bienestar y organización social del trabajo de cuidados.

Para Joan Tronto, especialista en teoría política y en estudios sobre las mujeres, el cuidado es una dimensión central de la vida humana que, históricamente, ha sido vinculado al trabajo de la mujer por lo que hay que analizarlo desde una perspectiva ética. Asimismo, su lugar en el orden cultural

corresponde a las condiciones de desigualdad y subordinación de las mujeres. “El cuidado fue la provincia de las mujeres, esclavos, sirvientes, castas inferiores, clases bajas y trabajadores/as de grupos minoritarios, étnicos y religiosos” (Tronto, 1993, p. 1).

El cuidado es una actividad específica que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de manera que podamos vivir en él tan bien como sea posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro ambiente, todo lo cual buscamos para entretejer una compleja red de sostenimiento de la vida. (Tronto, 1993, p. 79.).

La anterior definición incluye tanto la posibilidad del autocuidado como la de cuidar a otros, sin contar su dimensión afectiva, pero no lo equipara a una actividad mercantil cualquiera. Asimismo, incorpora tanto la perspectiva de quienes otorgan como de quienes reciben cuidado.

Según Amaia Pérez (2006), cuidado es la gestión y el mantenimiento cotidiano de la vida y de la salud, la necesidad más básica y diaria que permite la sostenibilidad de la vida. Presenta una doble dimensión “material”, corporal –realizar tareas concretas con resultados tangibles, atender al cuerpo y sus necesidades fisiológicas– e “inmaterial”, afectivo-relacional –relativa al bienestar emocional–.

Por su parte, Martin afirma que desde la lógica familiar los cuidados se diferencian en tres aspectos: material (oferta y consumo de servicios dentro del hogar), los morales (formación de menores de edad, sentido del deber y la responsabilidad) y los afectivos (emocionalidad de las relaciones familiares) (Martin como se citó en Arango y Molinier, 2011, p. 76).

De otro lado, Thomas (2011) a fin de definir el cuidado, plantea siete dimensiones del mismo:

5. La identidad social de la persona cuidadora: esposas, madres, hijas. Especialmente en el ámbito de la investigación feminista, el género es el identificador social clave para esta dimensión de los cuidados.
6. La identidad social de la persona receptora de cuidados: en la mayoría de los conceptos de cuidados las personas receptoras se definen en relación a su pertenencia a un grupo. Pueden ser grupos de edad o grupos sociales, como por ejemplo “la familia”. No obstante, el identificador social fundamental para esta dimensión se ha construido desde la perspectiva de la “situación de dependencia”.
7. Las relaciones interpersonales entre la persona cuidadora y la receptora de cuidados: se refiere al carácter de la relación entre la persona que presta cuidados y la que los recibe. Generalmente se define en función de los lazos o vínculos que indican los grados de familiaridad y de obligación o de prestación de servicios.
8. La naturaleza del cuidado: se refiere a su contenido social; definido como una actividad (trabajo, tareas, actividades) y también como un estado afectivo (emoción, afecto, amor).
9. El dominio social en el cual se localiza la relación de cuidado en cuanto a la división entre el dominio público y el privado o doméstico.
10. El carácter económico de la relación de cuidados: la sexta dimensión gira en torno al carácter asalariado o no asalariado del trabajo de cuidados, tanto si la prestación de cuidados viene determinada por una obligación normativa (familiar o de otro tipo) o por el vínculo monetario. Esta dimensión es analíticamente distinta de la anterior, aunque está estrechamente relacionada con ella: los cuidados en el dominio doméstico no son exclusivamente no remunerados y los del dominio público no son exclusivamente remunerados.

11. El marco institucional en el cual se prestan los cuidados: remite a la localización física de las actividades de cuidados. Algunos autores hacen hincapié en el contexto familiar de los cuidados y se centran en el “hogar” como marco institucional principal o el único significativo. Otros identifican una diversidad más amplia de marcos institucionales y organizativos como el hogar, el hospital, residencias, pabellones de crónicos, centros de salud comunitarios, etc.

A partir del análisis de estas dimensiones, Thomas (2011) plantea que:

Los cuidados son la prestación remunerada o no de apoyo, en la cual intervienen actividades que implican un trabajo y estados afectivos. Los prestan principal, aunque no exclusivamente, mujeres, tanto a personas adultas sanas como a personas dependientes y a los niños, en la esfera pública y en la esfera doméstica, y en una diversidad de marcos institucionales. Todos los tipos de relaciones de cuidados entran dentro de los límites de este concepto: las diferentes formas de cuidados familiares, el cuidado de niños en diferentes contextos, muchas actividades de los servicios sociales, servicios de atención de salud y servicios de voluntariado; y tanto los servicios que se prestan en el sector privado como los que se prestan en el sector público. (p. 170).

Por tanto, el concepto unificado de cuidados incluye el trabajo doméstico, la atención en salud y la atención social en una diversidad de servicios públicos y privados.

Las diversas perspectivas desde las cuales se ha conceptualizado el cuidado se presentan en la figura 60 y se desarrollan a continuación.



Figura 60. Perspectivas del cuidado.

Fuente: elaboración Carmen Lucia Curcio.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, el cuidado puede ser definido como un derecho subjetivo, vale decir, una expectativa que se ha formado una persona acerca de la acción del Estado, los poderes fácticos o el resto de las personas (Serrano y Vázquez, 2013). El cuidado como derecho se garantiza en instrumentos internacionales de derechos humanos y en compromisos asumidos por los gobiernos de la región. En cuanto a los adultos mayores, en la Observación general N° 6 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas, 1995) se señala que de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores ha derivado el derecho al cuidado de este grupo vulnerable. Posteriormente, el derecho de las personas mayores al cuidado se incorporó de manera explícita en el artículo 17 del Protocolo de San Salvador, al establecer que “toda persona tiene derecho a

protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica...” (OEA, 1988, art. 15). La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores (OEA, 2015), primer organismo intergubernamental que acoge un instrumento jurídicamente vinculante en esta materia, incluye tres derechos emergentes que son nuevos derechos o derechos parcialmente recogidos en la normativa internacional y nacional existente y son: Derecho a la vida y dignidad en la vejez (art. 6), Derecho a la independencia y autonomía (art. 7) y Derecho a los cuidados de largo plazo (art. 12).

La dimensión ética del cuidado incluye todos los trabajos que contribuyen a mantener y preservar la vida, lo que supone una organización social que actualmente involucra al mercado, al Estado y a la sociedad. Por tradiciones patriarcales, el cuidado ha sido asignado a las mujeres y naturalizado como propio de la feminidad. Virginia Held (2006) analiza el cuidado como una práctica/valor que subyace a una ética específica y que implica ver el relacionamiento propio y con los otros como un proceso mutuo y recíproco. Las relaciones entre las personas se basan en un supuesto interés de construir bienestar común. En consecuencia, el cuidado gana una posición primordial en el mundo social, no solo desde una visión económica (trabajo de cuidado), sino también desde una forma de entender las relaciones interpersonales. Según la autora, la ética del cuidado expresa éticamente las formas significativas en que ganamos importancia para las otras personas, transformando las relaciones interpersonales en algo más allá de la mera necesidad o la simple supervivencia.

Desde otra perspectiva, para la CEPAL (2009) el cuidado es la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes necesitan ayuda de otros para la realización de las actividades de la vida diaria. Las políticas de cuidado comprenden las acciones públicas que abordan la organización social y económica de las labores destinadas a garantizar el bienestar cotidiano, físico

y emocional de las personas que no pueden ejecutar este tipo de tareas por sí mismos y que requieren apoyo en diversos planos, entre los que se incluyen la provisión de bienes esenciales para la vida (como la alimentación, el abrigo y la limpieza), el acompañamiento y la crianza (CEPAL, 2015). Desde esta concepción se proponen tres fuentes de cuidado en la vejez: la familia, el Estado y el mercado y precisan que ninguna de estas instituciones tiene competencia exclusiva en la provisión de cuidado y, como resultado de ello, no siempre existe una clara división entre la asistencia que presta cada uno, aunque sí hay diferencias respecto de la responsabilidad principal atribuida a cada una de ellas (Huenchuan, 2018).

En esta misma línea, según Walker, Pratt y Eddy (1995) el cuidado se fundamenta en el grado de dependencia de la persona que lo requiere. La definición de dependencia se sustenta en las actividades que la persona no puede realizar o realiza con dificultad y en las que, por tanto, necesita algún tipo de asistencia. Según el Consejo de Europa (1998), dependencia es “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida diaria”, es un estado en que las personas, debido a la falta, pérdida o por problemas físicos, psicológicos o mentales, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias. Estos actos tienen que ver con el cuidado personal o sirven de soporte imprescindible para dicho cuidado.

Una cuestión aún no resuelta es la relación teórica entre cuidado y dependencia, dos ideas estrechamente ligadas entre sí. El cuidado emerge en la mayoría de los casos como respuesta a una situación de dependencia, y una persona dependiente suele recibir este atributo por su necesidad de cuidado. El término dependencia, aunque ha sido y es muy utilizado en ciencias sociales y especialmente en la salud, ha recibido fuertes críticas. Mientras el cuidado parece reunir más consenso e inspira ideas y sentimientos fundamentalmente positivos ligados a la afectividad, dependencia es un término que sugiere sobre todo connotaciones negativas (Fine & Glendinning, 2005). Además, sugieren que gran parte de la literatura feminista se ha preocupado por las cargas desiguales de las mujeres en relación con el cuidado de las personas mayores,

de descendientes discapacitados y otros parientes y este énfasis puede haber ocultado diferencias importantes que se obtienen cuando la persona dependiente es la esposa de uno y donde las consideraciones de género son menos claramente dominantes.

Otra de las perspectivas actualmente utilizadas y que ha cobrado gran relevancia es la economía del cuidado que comprende la producción, distribución, intercambio y consumo de los servicios de cuidado, es decir, los aspectos del cuidado que generan o contribuyen a generar valor económico. Desde esta perspectiva y con un enfoque de género, se ha postulado que la división sexual del trabajo que organiza el orden de género separa el trabajo productivo del reproductivo de manera paradigmática y determina el lugar de mujeres y hombres en la economía. Esta manera de analizar las relaciones económicas y sociales busca incorporar el trabajo no remunerado y visibilizar la economía del cuidado prestando especial atención al papel de las mujeres y dejando al descubierto que las relaciones sociales están impregnadas de valores culturales que caracterizan el trabajo de cuidado como una cualidad femenina (CEPAL, 2009). En este escenario, más que concentrarse únicamente en el crecimiento de la demanda de cuidados de largo plazo, producto del envejecimiento de la población, hay que estimar el creciente aporte al empleo que las labores de atención de las personas mayores pueden representar para la economía de muchos países (Huenchuan, 2018).

Así, ver el cuidado como un trabajo y un derecho replantea definiciones sustantivas del concepto e instala un enfoque nuevo con herramientas propias para medir y entender como es el caso de las encuestas sobre el uso del tiempo (EUT) y remite necesariamente a un cuestionamiento de las políticas laborales y de protección social (CEPAL, 2018). En este punto de la discusión hay que introducir una nueva distinción, esta vez entre el servicio doméstico y el de cuidado. El primero tiene que ver directamente con la reproducción social de la unidad doméstica, mientras que el segundo con el apoyo para mantener la autonomía de la persona. En la región con frecuencia se piensa que el servicio doméstico puede cumplir la misma función que el de cuidado, y al ser mucho

más barato que este último, y contar con mayor oferta, tiende a optarse por él. Sin embargo, la falta de distinción entre ambos tipos de trabajo afecta a quien recibe el cuidado y también al cuidador. Para brindar cuidado se necesitan conocimientos, experiencia y formación, sobre todo si se trata de requerimientos específicos. Los costos físicos y emocionales del cuidador no capacitado son altos, pues su salario, condiciones de empleo y cobertura social son insuficientes, y ello impacta negativamente en la calidad del cuidado que brinda, lo que genera insatisfacción tanto en el propio cuidador como en quien recibe el cuidado (Huenchuan, 2014).

En respuesta a las demandas de las mujeres, el Estado colombiano ha ido reconociendo la importancia del cuidado como labor indispensable para el funcionamiento de la sociedad y empieza a salir de la invisibilidad gracias a la ley 1413 del 2010, que se considera un primer paso hacia la visibilización y revaloración del trabajo del cuidado en el país, y da a esta actividad el lugar que merece dentro de la economía, la política y la sociedad. Específicamente, esta ley busca medir el aporte de la economía del cuidado al producto interno bruto del país, lo cual será muy valioso si se tiene en cuenta que aún se carece de políticas suficientes o adecuadas para superar las discriminaciones de género, clase, raza y etnicidad y para evitar el deterioro de la calidad de vida de las personas cuidadoras.

La definición del trabajo de cuidado continua en construcción académica y metodológica, uno de los conceptos más recientes lo proponen autoras como Carrasco, Borderías y Torns (2011), al dividir el término de trabajo de cuidado en cuidados directos e indirectos: los primeros hacen referencia las personas: dar la comida a un adulto mayor, etc., los segundos, en cambio, comprenden lo que más tradicionalmente se conocía como trabajo doméstico: tener la casa limpia y la ropa limpia etc. En este orden de ideas también es necesario precisar algunos elementos como las interacciones de trabajo de cuidados al interior y exterior del hogar, y el rol principal del Estado. Dentro de este marco, la revisión de literatura académica ofrece un concepto para analizar estas interrelaciones que se tejen alrededor del cuidado, conocido como la

Organización Social de Cuidado (OSC) que describe el modo en que diferentes actores sociales participan en la resolución de las necesidades de cuidado e involucra: la distribución del trabajo de cuidados se realiza al interior de los hogares, en donde priman: 1) el trabajo de cuidados no remunerado (directo e indirecto) y las divisiones sexuales de trabajo que surgen en este, 2) las redes familiares y 3) la conciliación entre el trabajo de cuidados y el productivo (Cetré, 2015). Asimismo, se reconocen las relaciones de cuidado que existen con el exterior al tomar en cuenta en primer lugar el mercado, el cual se entiende como la contratación de las cuidadoras remuneradas y los servicios privados, en segundo lugar se toma en cuenta el Estado. Igualmente, Razavi (2007) se refirió a la articulación entre actores como el “Diamante de cuidado”, representación geométrica de la organización social del cuidado a partir de cuatro ángulos: el Estado, el mercado, la familia y la comunidad.

De otro lado, el aumento de la población mayor y el paulatino incremento en la esperanza de vida han suscitado interés por el funcionamiento de los sistemas de cuidados. Según la OMS (2015) el énfasis en este tema se debe, principalmente, a tres factores. Primero, el envejecimiento aumenta la demanda de servicios de asistencia debido a que las personas mayores experimentan con frecuencia cierto deterioro de sus condiciones de salud (física y mental) y un debilitamiento de las redes sociales por la pérdida de la pareja, los amigos y los parientes. En segundo lugar, el cuidado ha recaído tradicionalmente en las mujeres, y estas, debido a presiones económicas, sociales u opciones personales, se han ido alejando progresivamente de estas tareas. Como contrapartida, la inserción de las mujeres en el mercado del trabajo extra doméstico no siempre se acompaña, con el mismo énfasis, por una mayor presencia de los hombres en las responsabilidades de cuidado, sea por socialización de género o porque quienes precisan de cuidado valoran menos el aporte que los hombres puedan realizar en esta tarea. Y en tercer término, los servicios sociales de apoyo a la reproducción social de la población adulta mayor no han logrado un pleno respaldo público, a la familia y, en menor medida, el mercado actúa como principal mecanismo de absorción de riesgos asociados a la pérdida de funcionalidad en la vejez (Huenchuan y Guzmán, 2006).

Los países de América Latina y el Caribe son particularmente sensibles ante este tema, debido a que el proceso de envejecimiento ha sido más acelerado que en los países desarrollados, además, aún persiste la demanda de cuidado en las edades preescolares y, finalmente, las condiciones socioeconómicas no siempre han permitido instaurar medidas públicas suficientes para cubrir las necesidades de asistencia, privilegiando otros ámbitos de protección social (Huenchuan, 2009).

En torno al envejecimiento y la vejez, la OMS habla de sistemas de cuidados a largo plazo (OMS, 2015) y los define como las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad funcional o corren riesgo de tenerla puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana. Esta definición del cuidado a largo plazo se basa en dos principios claves. En primer lugar, incluso cuando presentan un importante deterioro del funcionamiento, las personas mayores todavía tienen un proyecto de vida. Tienen el derecho y merecen la libertad de hacer realidad sus aspiraciones continuas de bienestar, plenitud y respeto (Derecho a la autonomía). En segundo lugar, como ocurre con otras etapas de la vida, la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria no es estática, forma parte de un proceso continuo y en algunos casos su pérdida o deterioro puede ser evitable o reversible. Para satisfacer todas las necesidades de una persona en esta etapa de la vida, asegura la OMS, es necesario adoptar medidas que optimicen esas trayectorias de capacidad, y reducir así los déficits que se deben compensar por medio de otros mecanismos de atención.

Encuadrar de esta manera el propósito de los cuidados a largo plazo tiene varias implicaciones importantes, por ejemplo, entre los posibles receptores del cuidado a largo plazo se incluye no solo a las personas que ya dependen del cuidado de otros, sino también a las que presentan una pérdida importante de la capacidad y un alto riesgo de deterioro que puede llevarlas a esa dependencia. Mediante algunas intervenciones simples se puede evitar la necesidad

de intervenciones más intensivas en el futuro; además, la dependencia del cuidado de otros no se considera un estado definitivo o inalterable.

Finalmente, aun siguiendo los lineamientos de la OMS, para que el cuidado a largo plazo tenga como objetivo último la capacidad funcional en lugar de centrarse simplemente en cubrir las necesidades básicas de las personas mayores para la supervivencia, es necesario que los cuidadores se centren en otros aspectos como la capacidad de la persona mayor para desplazarse, establecer y mantener relaciones, aprender, crecer, tomar decisiones y contribuir a su comunidad. Para que las personas mayores con una pérdida importante de la capacidad puedan hacer realidad estos objetivos, los cuidadores deben contar con conocimientos, capacitación y apoyo adecuados.

Aseguran finalmente que el logro de estos objetivos involucra a varios cuidadores que trabajan en una amplia variedad de ámbitos. La OMS (2015) usa el término sistema de cuidado a largo plazo para hacer referencia a todos estos cuidadores y los ámbitos en que pueden trabajar, así como a los servicios de apoyo y gestión que pueden ayudarlos a cumplir sus funciones. Este sistema de cuidados a largo plazo abarca a los familiares, amigos y voluntarios que prestan asistencia y apoyo, los equipos de cuidadores remunerados y no remunerados, la coordinación de la atención, los servicios basados en la comunidad y la atención institucional, así como los servicios que sirven de apoyo a los cuidadores y garantizan la calidad de la atención que ofrecen.

Este sistema se superpone considerablemente con el sistema de salud y los prestadores de servicios de salud. El cuidado a largo plazo se ofrece en ámbitos que abarcan desde el domicilio de la persona hasta centros comunitarios, centros de vida asistida, hogares de personas mayores, hospitales y otras instituciones de salud. El alcance y la intensidad de la atención y el apoyo suministrados pueden diferir en cualquiera de estos ámbitos; “cuidados en la comunidad” hace referencia a todas las formas de asistencia que no requieren que una persona mayor resida permanentemente en un centro de atención institucional. Este tipo de cuidados puede suministrarse en el domicilio o en centros comunitarios o diurnos.

Además, puede facilitar el envejecimiento en la comunidad donde se ha vivido y retrasar el ingreso a hogares de personas mayores, reducir el número de días de hospitalización y mejorar la calidad de vida (OMS, 2015, p 138). Por su parte, el cuidado institucional se ofrece, entre otras instalaciones, en centros día y centros vida y en hogares de personas mayores.

En muchas partes del mundo las políticas de cuidado de largo plazo se sustentan sobre la base de que las redes informales (la familia y la comunidad) pueden asumir el cuidado de las personas mayores sin prestar atención a las limitaciones de los cuidadores –en muchos casos, mujeres– ni al impacto que esto puede tener en la calidad del cuidado no remunerado, en los ingresos de las familias cuidadoras y en la salud y el futuro empleo de los cuidadores (Huenchuan, 2018).

Según indican las investigaciones citadas en este capítulo, la mayoría de las personas mayores prefieren vivir en su propia casa y contar con servicios de apoyo que les permitan hacerlo durante el mayor tiempo posible (Barry y Conlon como se citó en Huenchuan, 2014). Los datos del trabajo de campo que soportan este análisis muestran que también desean que sus principales cuidadores sean su familia o amigos, por lo que el papel de los servicios de salud y sociales debe concentrarse en brindar apoyo a sus familias para que puedan cumplir con esta aspiración, esto corresponde con lo planteado por Garavan, McGee y Winder (2001). En la actualidad hay más conciencia de que lo que posibilita la permanencia de la persona mayor en su domicilio es principalmente la dedicación de la red informal y, en muchos países, el mercado de trabajo irregular que permite conseguir una atención intensiva a un costo asumible.

Para ayudar a las personas mayores a vivir de forma independiente, muchos países de América Latina y el Caribe han desarrollado programas tales como servicios de ayuda a domicilio, cuidados de enfermería en el hogar y centros de día, de actividades y para las personas mayores que no pueden vivir solas. Los servicios prestados incluyen ayuda con la higiene personal, la limpieza de la casa, la preparación de comidas y la compra de comestibles y otras

necesidades, así como compañía. De esta manera, las personas mayores reciben el apoyo que necesitan para seguir viviendo en su propio hogar, normalmente la mejor opción para mantener su autonomía. El cuidado domiciliario de personas que viven de forma independiente resulta, además, mucho más rentable que el cuidado en instituciones.

En América Latina y el Caribe los servicios de cuidados de largo plazo generalmente tienen baja cobertura y, además, operan en el marco de una débil institucionalidad. En la mayoría de los casos, los programas nacionales relacionados de forma directa o indirecta con los cuidados se enmarcan dentro de programas de lucha contra la pobreza o de asistencia social a familias o personas pobres, en condición de vulnerabilidad o dependientes. La universalidad del derecho al cuidado sigue siendo un aspecto pendiente en la región (Huenchuan, 2018). Para que un sistema de cuidados público se desarrolle, debe vencer las tres “d” o “tres desafíos”, que tienen especial importancia en Latinoamérica: la desconfianza (por la ineficacia o la corrupción), la desigualdad (de clase, de etnia, de género, de status ciudadano, etc.) y la diversidad (la heterogeneidad de sistemas administrativos, entre zonas rurales y urbanas, según orientación ideológica, etc.) (Naciones Unidas, 2018).

Según Huenchuan (2014), desde una perspectiva de derechos y como asunto público el cuidado es una necesidad, en el sentido que corresponde a un estado de dependencia o, en otros términos, expresa la relación de dependencia del ser humano con respecto al mundo al que pertenece. Como tal siempre ha existido, la diferencia principal con épocas anteriores es que su organización social se ha modificado. Sobre esta base es posible construir una matriz de trabajo para abordar el tema del cuidado de largo plazo, de la que se desprenden las acciones tanto de quienes brindan el cuidado como de los que lo reciben (ver Figura 61).

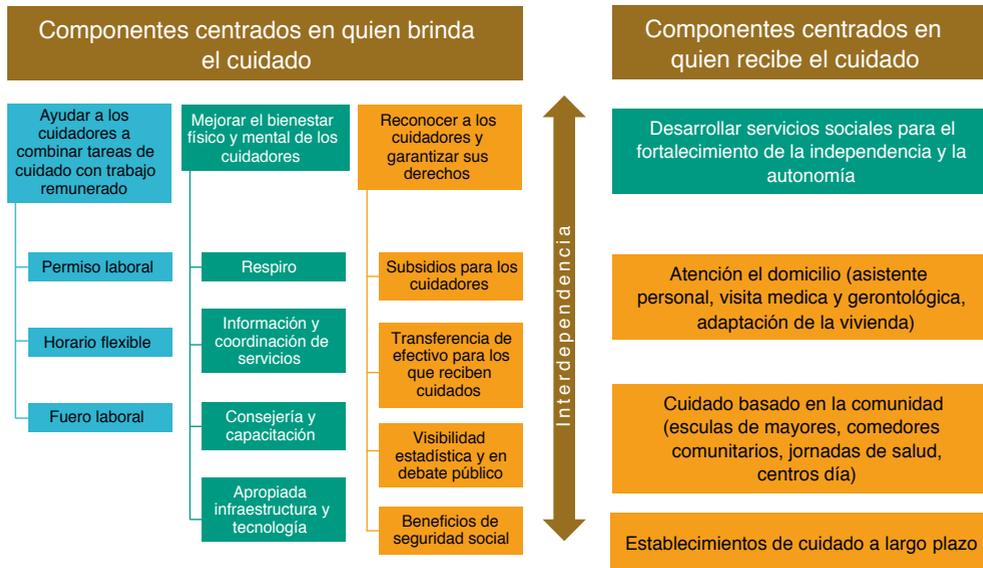


Figura 61. Ámbitos de intervención en materia de cuidados a largo plazo de las personas mayores.

Fuente: Huenchuan, 2014.

De acuerdo con la OMS (2015), el término cuidador se refiere a las personas a cargo de los cuidados; este personal abarca un amplio espectro de personas y habilidades. En un extremo se encuentran los cuidadores informales que no reciben remuneración ni apoyo externo y tampoco están capacitados; estos incluyen a familiares, amigos y vecinos. En el otro extremo se encuentran los profesionales en salud altamente capacitados. Entre los dos hay personas que cuentan con distintos niveles de capacitación, conocimientos técnicos, estatus y remuneración (OMS, 2015, p. 138). Sin embargo, distinguir entre cuidadores profesionales remunerados y cuidadores familiares no siempre es fácil. En algunos casos, los cuidadores familiares están muy capacitados y tienen amplia

experiencia, y en algunos países reciben prestaciones en efectivo del gobierno o de los planes de seguros (OMS, 2015).

En Colombia, en relación con el servicio de cuidador la Corte Constitucional en Sentencia 1-154 de 2014 realiza un análisis en relación con su naturaleza concluyendo que

[...] el servicio de cuidador permanente o principal no es una prestación calificada que atienda directamente al restablecimiento de la salud, motivo por el cual, en principio, no tendría que ser asumida por el sistema de salud, y segundo, en concordancia con lo anterior, dicho servicio responde simplemente al principio de solidaridad que caracteriza al Estado Social de Derecho y que impone al poder público y a los particulares determinados deberes fundamentales con el fin de lograr una armonización de los derechos. (Minsalud resolución 005828 de 2016).

La corte también ha sentenciado que en términos generales el cuidado y atención de las personas que no pueden valerse por sí mismas radica en cabeza de los parientes o familiares que viven con ella, en virtud del principio constitucional de solidaridad, que se hace mucho más fuerte tratándose de personas de especial protección y en circunstancias de debilidad. Así,

Compete en primer lugar a la familia solidarizarse y brindar la atención y cuidado que necesita el pariente en situación de indefensión. En virtud de sus estrechos lazos, la obligación moral descansa en primer lugar en el núcleo familiar, especialmente de los miembros con quienes convive. Con todo, si estos no se encuentran tampoco, principalmente, en la capacidad física o económica de garantizar ese soporte, el servicio de cuidador a domicilio, cuya prestación compromete la vida digna de quien lo necesita, debe ser proporcionado por el Estado". (Ministerio de salud y protección social, resolución No 005928 de 2016).

La misma resolución del Ministerio de Salud, en su artículo 3, define al cuidador como

Aquella persona que brinda apoyo en el cuidado de otra persona que sufra una enfermedad grave, sea congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, que dependa totalmente de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas; sin que lo anterior implique sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las EPS o EOC por estar incluido en el Plan de beneficios en salud cubierto por la UPC. (Minsalud, 2016, p. 3).

En síntesis, el estudio del cuidado abarca una gran diversidad de enfoques, perspectivas, líneas de trabajo, conceptualizaciones y metodologías; tal como se mencionó, las tradiciones más amplias se encuentran en los estudios feministas y desde una perspectiva sociológica, y desde el campo de la salud, sin embargo, en las últimas décadas han emergido estudios desde la economía, la política y la economía política. El cuidado expresa la relación de interdependencia del ser humano con respecto a la sociedad en la que vive (Huenchuan, 2018). Si bien en principio estuvo muy ligado a la noción de independencia o autonomía personal (entendida como autosuficiencia) con el correr del tiempo esta noción ha ido cambiando y se habla de cuidado como derecho, como acción social, como trabajo, como servicio, y se incorporan las nociones de organización social del cuidado y sistemas de cuidados. Además, la revisión de la literatura muestra que se han privilegiado cinco triadas en torno al cuidado: 1) envejecimiento – dependencia – cuidado. 2) Cuidado – cuidadoras – cuidado. 3) Estado – mercado – familia. 4) Cuidados – género – envejecimiento y 5) Estado – instituciones – personas. Cada una de ellas ha tenido aportes importantes y han logrado visibilizar el tema en las agendas nacionales e internacionales.

5.2.2. Procesos de cuidado

Las interpretaciones no son neutrales, se corresponden con marcos analíticos polifónicos contruidos en torno a saberes expertos, los cuales contienen y expresan sentidos y significados políticos y culturales. Bajo este presupuesto, se soporta la interpretación de los procesos de cuidado y autocuidado con y para las personas mayores desde un enfoque sociológico crítico y se concibe como un agenciamiento, un movimiento de los cursos de acción relacional, interaccional e individual por donde circulan las condiciones, calidad y bienestar de las personas mayores. Estos procesos de cuidado y auto cuidado están situados en un contexto cultural y espacio temporal, y su comprensión demanda señalar la confluencia de tendencias y tensiones entre lo instituido y lo emergente, referente a los modos y estilos de vida individual, social, familiar e institucional.

En la actualidad, el mundo social de las personas mayores no escapa a realidades cotidianas que presentan escenarios de incertidumbre. Además, llama la atención la circulación y presión social en torno a la responsabilidad del hacer Estatal, institucional y social con este grupo poblacional, especialmente referido al señalamiento de la denominada des-familiarización del cuidado. Un panorama social que, anclado en visiones tradicionales, se traduce en señalamiento de abandono, ingratitud y cierta orfandad familiar con desplazamientos de la obligación de cuidado hacia el Estado.

Un contexto social que en perspectiva de Bauman (2003) se traduce en un tiempo líquido, donde hay desvanecimiento de certezas traídas por la tradición, las cuales daban garantías a la institucionalización de las prácticas sociales; y para Giddens (1995) se expresa en un desenclave institucional y en la reflexividad intrínseca del individuo contemporáneo, lo que marca la ruptura en la continuidad de las maneras de relacionarse y accionar social, bajo la fuerza de la individualización, la autonomía y la exigencia de la elección y decisión personal.

Además, esta realidad que se expande vertiginosamente, indica que “la dinámica demográfica y el aumento de la esperanza de vida, las diversas formas de organización de las familias con nuevas modalidades de uniones conyugales y las reiteradas crisis económicas han transformado el funcionamiento de los hogares y las relaciones intergeneracionales” (Finding & López, 2015, p. 9). Es decir la disminución en la fecundidad y el incremento de la expectativa de vida generan otras lógicas sociales, no solo por el envejecimiento de la población sino de los individuos. Una generación que trae en la memoria familiar la certeza del cuidado de sus anteriores parentales, como diría Rosa Montero (2007), pero que vive su presente con un panorama en el cual la retribución del cuidado se desvanece, cambia de lógica y dirección y presenta otras dinámicas.

Un paisaje emergente que conoce las ambiguas dimensiones emocionales en torno al cuidado. Personas mayores que crían y cuidan niños de su propia red parental, que asumen el cuidado de otros mayores por obligación, responsabilidad o retribución familiar. Algunos transitan por diversos escenarios familiares, sociales e institucionales con complejas condiciones y calidad de vida. Aparecen tendencias de cambios respecto a la consideración del cuidado como un asunto de responsabilidad individual y no por delegación en otras personas. Hay validación de la independencia y la autonomía personal desde el ejercicio de los derechos, pero también por la expansión de los hogares unipersonales.

En la vejez se hace evidente la presencia o ausencia de los equipajes culturales, emocionales y económicos construidos durante el curso de vida. Cambios y transformaciones que han puesto en el centro de los debates públicos y políticos actuales y con proyección futura para las decisiones del Estado y los organismos multilaterales, el asunto del cuidado para las nuevas y viejas generaciones, porque “la exigencia y el derecho de dar y recibir cuidados se situará, cada día en el centro del debate social” (Tobío, Agulló Tomás, Gómez y Martín Palomo, 2010, p. 9). Debates que acompañan los nuevos discursos y prácticas en torno al denominado envejecimiento activo (CEPAL, 2013). La

presencia de una des-familiarización del cuidado hacia una institucionalidad externa a la red parental (Faur, 2014). La validación universal de las personas como titulares de derechos y las demandas al Estado por la atención, protección y garantía de los mismos.

Por lo tanto, la interpretación de estos procesos invita al análisis de la relación del sujeto y la estructura social, las personas y las instituciones, para identificar las condiciones y situaciones que presenta el mundo familiar y cotidiano de las personas mayores. Un jalonamiento que reconfigura su lugar en la agenda pública y política e interroga las significaciones y valoraciones socio culturales de las interacciones inter e intra generacionales, desbordando la visión tradicional del cuidado circunscrito al ámbito familiar y de ser una obligación femenina. Un asunto que marca, por un lado, la orientación de las políticas estatales hacia sujetos y grupos sociales referenciados desde los derechos y responsabilidades y, de otro, pregunta por los compromisos sociales. Esto demanda la dirección de cursos de acción no solamente institucionales sino también familiares y comunitarios, al considerar que “son los individuos de acuerdo con sus necesidades y posibilidades quienes en última instancia interpretan y resignifican esas estructuras, de modo que el orden definido por medio de las instituciones es materia de constante transformación” (Faur, 2014, p. 19).

El panorama del cuidado en y para este grupo poblacional permite señalar dos aristas culturales y políticas. Por una parte, el arraigo de las convenciones sociales en torno a la naturalización del cuidado como una competencia familiar a través de la madre y la mujer, soportado en el andamiaje simbólico de una práctica cultural tradicional, supuestamente natural. Una práctica que se nutre de un halo emocional que gira entre la valoración afectiva, el reconocimiento social o el señalamiento moral de la culpabilidad por su incumplimiento u omisión. En otras palabras, es la instalación cultural, simbólica y legal de la obligación y/o responsabilidad que desde la solidaridad, la reciprocidad y la retribución requieren o demandan las personas mayores, especialmente en situaciones de salud, protección económica, ayuda, asistencia y acompañamiento. De otro lado, la expansión y consolidación de una ética del cuidado,

al considerar la vulnerabilidad como una condición inherente a la naturaleza humana y no solamente desde unas situaciones específicas. Los seres humanos en su humanidad y a través de ella responden a una interdependencia. La necesidad de las otras personas, la interacción directa o indirecta con la otredad atraviesa la vida cotidiana, aunque de manera diferencial de acuerdo con los requerimientos particulares. Además, la demanda del cuidado de las personas mayores expresa nuevas necesidades ligadas del envejecimiento poblacional en el contexto social actual. Un grupo poblacional en expansión que “genera un derecho a ser atendido, del que responde la sociedad, porque las formas tradicionales de cuidar a las personas, en la familia y a cargo de las mujeres, no son ya posibles, ni se consideran deseables” (Tobío, Agulló, Gómez y Martín, 2011).

Desde un principio genealógico, el cuidado aparece en la sociedad moderna vinculado a los escenarios bélicos, las guerras y la atención en diversos campos de la salud física y mental a través del proceso de configuración del modelo familiar burgués. Se soporta en la lógica cultural y simbólica cotidiana de cuidar como obligación de proteger y atender desde la vulnerabilidad. Una visión que marca su relación con la ausencia, el déficit y la pérdida de independencia y autonomía, que se revierte en la obligación parental de solidaridad, reciprocidad, retribución y responsabilidad inter e intra generacional.

Sin embargo, los procesos de individualización en la denominada segunda modernidad y la circulación de las mujeres por los ámbitos extra domésticos, educativos, laborales y comunitarios, hacen visible el desplazamiento del cuidado, especialmente de las personas mayores. De ser un asunto exclusivo de la familia, la madre y la mujer, pasa a ser parte de escenarios institucionalizados distintos al mundo familiar. Se introduce la validación de lógicas de atención más allá del asistencialismo, la beneficencia, la filantropía y la caridad. Tal como se mencionó en el apartado anterior, hay demandas de un saber experto con retribución económica y salarial, especialmente en las disciplinas de la salud y algunas del campo social. Además, aparece el avance en la regulación normativa del Estado, en cuanto a los sistemas de salud y

protección social con el tema de la pensión y los subsidios, los programas institucionales y las obligaciones y responsabilidades familiares con las personas adultas mayores.

Esta visibilización trajo consigo la expresión de una des-familiarización, des-maternización y des-feminización del cuidado (Sánchez, López y Palacio, 2013; Faur, 2014). Una dinámica social y política que pretende expresar, desde el enfoque de derechos y dignidad humana, el requerimiento de un cierto sentido común colectivo, una ética social y un compromiso político por parte del Estado.

Esta visión del cuidado como condición humana y responsabilidad social compartida es una tendencia emergente que marca una distancia con la legitimidad social, cultural e institucional de considerarlo en razón solamente a condiciones deficitarias, de pérdida y vulnerabilidad producto de una determinada situación de salud física y/o emocional. Además configura un panorama de cuidado asociado con el despliegue emocional del pesar, la lástima, el rechazo, el abandono y la soledad. Una cuestión que puede inferirse del planteamiento de Dale y Lewis (2000) y Tobío y col (2011) al considerar la necesidad del cuidado hacia estas personas que no pueden valerse por sí mismas a causa de la edad avanzada o bien por sufrir enfermedades o limitaciones de algún tipo.

Por tanto, la ética del cuidado marca el umbral que distingue el cuidado como obligación impuesta y el despliegue de sentimientos de pesar y lástima por donde circula cierta victimización, del cuidado como responsabilidad negociada bajo las premisas del reconocimiento de los derechos, el compromiso compartido y la politización de las emociones y los afectos.

Para el caso específico de las personas mayores, darles cuidado se ha visto, en principio, como una obligación familiar que se reviste y deriva de una solidaridad, reciprocidad y retribución intergeneracional inherente a la pertenencia parental. Además, el tema de cuidado se instala y circula con una profunda

carga emocional, por parte de quienes lo dan como de quienes reciben o esperan recibirlo. Es el tono de ver el cuidado como una práctica de protección en situaciones de crisis, tragedias, enfermedades, abandono y vejez.

No obstante, el cuidado de las personas mayores se constituye actualmente en un tema que se somete a un proceso de politización, al instalarse en la agenda pública y social del Estado. Va más allá de las dinámicas interaccionales circunscritas al ámbito familiar y parental, a la voluntad filantrópica y asistencialista de comunidades religiosas y organizaciones privadas y al ejercicio de prácticas caritativas que soportan la mendicidad como estrategia de un capitalismo emocional. El cuidado de y en este grupo poblacional hace visible complejos y profundos movimientos y cambios sociales, culturales y políticos.

El envejecimiento demográfico, la ampliación de la brecha vital con el incremento de la esperanza y la expectativa de vida, el cambio en las prácticas, las rutinas y los hábitos sobre la salud física y mental, por mencionar solamente algunos aspectos, traducen requerimientos de responsabilidades individuales, familiares, sociales y estatales en torno al cuidado del capital humano de las personas mayores. Es responsabilidad del Estado, el mercado y la sociedad el despliegue de oportunidades que garanticen la sostenibilidad de capacidades de las personas viejas a tener una vida digna. En otras palabras es el “diamante del cuidado” (Razavi, 2007).

Dentro de todo este amplio y complejo panorama es evidente la ausencia de las voces de las personas mayores. Toda la literatura, los estudios, documentos, políticas y legislaciones se han hecho en torno a ellas, pero sin ellas, por ello uno de los objetivos de este estudio es conocer la concepción y percepción de cuidado desde el punto de vista de las personas mayores.

Construir la comprensión de las prácticas de cuidado demanda indicar la precisión del uso y sentido que contiene esta palabra. Las prácticas desbordan su entendimiento e identificación como un hacer o un acto situado, van más allá de esto, al considerarlas como la denominación de un proceso relacional

y vinculante que corresponde a una contextualización y dinámica socio cultural a través de las cuales se direccionan significados interaccionales (Morgan, 2013). Las prácticas constituyen procesos recurrentes de acción e interacción que producen y reproducen simbolizaciones y valoraciones sobre los cursos de acción, además de configurar enlaces y sentidos de membrecía y proximidad.

Cuando se habla de prácticas de cuidado hay un soporte que sedimenta la identificación de su particularidad; porque no es una práctica cualquiera. Como ya se observó el sentido y el significado de esta práctica hace referencia al cuerpo, a la dimensión de la intimidad, al movimiento emocional de la cercanía, como también al sentimiento, consciente o no, de dependencia, vulnerabilidad o superioridad; lo que en palabras de Jamienson (1998) se traduce en experiencias de compartir la intimidad, la generación de sentimientos y emociones como también de ejercicio de poder y autoridad. Por tanto, su particularidad se anuda al contacto físico, a la razón del mismo y a la concepción del cuerpo no solamente biológico sino también social.

Las prácticas de cuidado producen círculos relacionales que se conectan y permiten construir o no una sedimentación de la seguridad ontológica o existencial que requiere el cuidado en su proceso y sus resultados. Esto implica considerar que la combinación de múltiples relaciones que soportan el cuidado configura escenarios micro políticos de significaciones, porque las acciones de asistencia, atención y cuidado construyen una racionalidad que va más allá de los dispositivos técnicos y científicos y, de esta manera, se constituyen en realidades y hechos socio culturales y políticos (Fernández, Rodríguez y Stolkiner, 2013).

En contravía con la visión convencional del cuidado como una práctica que se despliega en situaciones de enfermedad y vulnerabilidad, se movilizan órdenes discursivos en torno a considerar las prácticas de cuidado y autocuidado como garantía de la vida misma; porque sin estas prácticas, el sentido y la sostenibilidad de la vida en general y humana en particular pierde su soporte. Vale decir, la concepción del cuidado y las prácticas que despliegan contienen

dispositivos de protección y de garantías no solo para las condiciones sino para la calidad misma de la vida (Muñoz y Vásquez, 2007).

Leininger y McFarland (2006) son voces pioneras en la argumentación de las prácticas de cuidado desde una perspectiva de integralidad y complejidad. Las consideran prácticas de regulación de la vida humana en sus múltiples dimensiones físicas, mentales, sociales, espirituales y emocionales, para traducirse en hábitos y rituales de alimentación, descanso, ocupación, acceso, disponibilidad de recursos económicos, movilidad y participación en la dinámica de la vida cotidiana.

De esta manera, las prácticas de cuidado no se reducen solamente al hacer y el decir, estructuran lógicas de relación e interacción con las otras personas y consigo mismo a través de las cuales circulan los sentidos y significados de la historia construida, de la densidad vinculante con los parientes próximos o lejanos y de la capacidad de interacción con las demás personas. Un asunto que no se traduce en una frecuencia temporal sino en la construcción de consistencia de la confianza básica y generalizada que requiere la seguridad ontológica de la vida.

5.2.3. Concepción y percepción del cuidado

La concepción y la percepción del cuidado tienen que ver con las nociones subjetivas que se tienen de lo que es cuidado y de qué significa tanto cuidar como ser cuidado. Es por esto que se requiere, en primer momento, hacer una breve descripción sobre qué se va a considerar dentro de este estudio, con miras a abordar el análisis de las entrevistas y grupos focales.

El concepto de percepción ha sido tratado desde algunas disciplinas como la sociología, la antropología y la psicología. Sin embargo, ha sido un elemento central de la última. Por eso los elementos que hacen parte de este concepto están vinculados a nociones de conciencia en sus inicios, y hacen parte de una visión psicológica de la conciencia y del mundo.

Percepción [...] es una parte esencial de la conciencia, es la parte que consta de hechos intratables y, por tanto, constituye la realidad como es experimentada. Esta función de la percepción depende de la actividad de receptores que son afectados por procesos provenientes del mundo físico. 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 Castilla, 2006, p. 10).

Además tiene elementos adicionales de la propia interacción entre un corpus mental y el mundo externo, y contiene elementos de modulación de la sensorialidad:

La percepción no está sometida a la información proveniente de los órganos sensoriales, sino que es la encargada de regular y modular la sensorialidad. El hecho de recibir de manera indiscriminada datos de la realidad implicaría una constante perplejidad en el sujeto quien tendría que estar volcado sobre el inmenso volumen de estímulos que ofrece el contacto con el ambiente. (Oviedo, 2004, p. 90).

Es en este sentido que la percepción se articula como una relación entre el mundo externo y la conciencia, sin la cual los hechos serían intratables. Sin embargo, requiere esta interacción el mundo físico para detonarse y se define como el procesamiento de información con la interferencia de la propia actividad del sujeto.

El proceso de percepción tiene tres pasos fundamentales, que ya fueron esbozados en las citas anteriores y que son fundamentales para comprender el concepto.

Primero, la recodificación o selección del enorme caudal de datos que nos llegan del exterior, reduciendo su complejidad y facilitando su almacenamiento y recuperación en la memoria, segundo, un intento de ir más allá de la

información obtenida con el fin de predecir acontecimientos futuros y, de ese modo, evitar o reducir la sorpresa. (Arias Castilla, 2006, p. 10).

La percepción se encarga también de ordenar los hechos externos para facilitar el almacenamiento y análisis. Pero, y esto es importante, tiene elementos de predicción del futuro. Es una herramienta que permite comprender el mundo externo y preparar las acciones futuras frente a él.

Sin embargo, la teoría constructivista sostiene que la percepción tiene un efecto activo en el mundo en el que se desenvuelve. En este sentido, retoma algunos elementos de la visión más psicológica pero la mezcla con sociología del conocimiento. Es decir, que más que un elemento puramente pasivo de la forma en la que comprendemos el mundo tiene un papel activo en la realidad del mundo que percibe.

La percepción forma parte de la construcción de un mundo externo. Esa es su función. Mediante la interpenetración y acoplamiento estructural, los sistemas psíquicos hacen accesible a los sistemas sociales esta exterioridad: “El sistema de comunicación –a propósito, de manera muy similar al cerebro o a la conciencia misma– está conectado con el mundo externo solo mediante una muy estrecha parcela de realidad, justamente, solo mediante la conciencia.” (Luhmann como se citó en Lewkow, 2014, p. 38).

De la mano de la teoría de Luhmann se sostiene que la interpretación, como paso necesario de la percepción, también fabrica la realidad de la que se nutre. Así, por medio de la organización y la conceptualización de la realidad, esta se modifica en el régimen de significados. De este modo, la percepción tiene también un elemento activo.

Esta relación transforma la manera en la que se tensan el universo físico y las representaciones de los humanos en el concepto de percepción. Ambos elementos se entrelazan de formas nuevas:

La percepción es biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia. La selección y la organización de las sensaciones están orientadas a satisfacer las necesidades tanto individuales como colectivas de los seres humanos, mediante la búsqueda de estímulos útiles y de la exclusión de estímulos indeseables en función de la supervivencia y la convivencia social, a través de la capacidad para la producción del pensamiento simbólico que se conforma a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas que orientan la manera como los grupos sociales se apropian del entorno. (Vargas Melgarejo, 1994, p. 47).

Este segundo elemento resaltado en la cita da una noción colectiva y social a la percepción. Al ser una estrategia de las sociedades y al ser estímulos compartidos socialmente, se encuadra la producción de pensamiento simbólico en estructuras culturales, ideológicas y sociales y se reconoce la apropiación colectiva de los significados. En este sentido, tiene un elemento social que es importante enfatizar con miras a identificarlo en las narraciones de las personas mayores.

Finalmente, hace referencia a la sociología del conocimiento poniendo a debatir a la percepción con los conceptos de los cuales se nutre.

La percepción depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías con los que se comparan los estímulos que el sujeto recibe, pues conforman los referentes perceptuales a través de los cuales se identifican las nuevas experiencias sensoriales transformándolas en eventos reconocibles y comprensibles dentro de la concepción colectiva de la realidad. Es decir que, mediante referentes aprendidos, se conforman evidencias a partir de las cuales las sensaciones adquieren significado al ser interpretadas e identificadas como las características de las cosas, de acuerdo con las sensaciones de objetos o eventos conocidos con anterioridad. Este proceso de formación

de estructuras perceptuales se realiza a través del aprendizaje mediante la socialización del individuo en el grupo del que forma parte, de manera implícita y simbólica en donde median las pautas ideológicas y culturales de la sociedad. (Vargas Melgarejo, 1994, pp. 47–48).

En este sentido, la percepción no es solo una relación entre el mundo físico y la subjetividad, sino que es un elemento social y constituye tanto los elementos de los cuales se nutre, como las categorías con las cuales interpreta este mundo. La percepción, con ese entramado de complejidad, puede decir mucho de la sociedad donde se desarrolla y de los procesos de aprendizaje y traspaso simbólico cultural de la misma. Además, la percepción tiene un elemento activo frente a la realidad de la que percibe, modificándola tanto conceptualmente como sensorialmente con su interacción.

Es importante recalcar que el objetivo del estudio radica en entender las nociones y percepciones que las personas mayores caldenses tienen del cuidado. En este sentido, es importante desmarcarse de la necesidad de valorar como poco ajustadas a la teoría o incorrectas en su lectura. Es muy importante separarnos de la visión teórica de cuidado. Por esto es fundamental tener siempre en mente que el problema de la concepción y la conceptualización del cuidado es un problema de acción. Con esto queremos resaltar la importancia que tienen los imaginarios en las poblaciones y que más allá de ser solo pensamiento son una herramienta con la cual ellas transforman la realidad en tensión con los recursos a los cuales pueden acceder. Es decir, diferentes concepciones de cuidado devienen en diferentes formas de dar, recibir y percibir el cuidado.

Finalmente, el orden de los subtítulos deviene de un análisis del material de investigación. En este sentido, se hablará primero de la familia como el *lugar* del cuidado, esto a fin de situar dónde considera la población mayor de Caldas que el cuidado debe ser brindado y recibido. En un segundo momento, se tomó la decisión de tratar el dar y el recibir cuidado de forma entrelazada. Esto para evidenciar posturas de los actores frente a cada una de las

posiciones que se puede ocupar en una relación de cuidado. Sin embargo, la constante combinación de formas de dar y recibir cuidado exige que se tomen como elementos en permanente discusión.

Es importante aclarar que el núcleo de la relación de cuidado, en su concepción teórica, asume una relación de asimetría entre quien cuida y quien es cuidado. Esa asimetría se da en el sentido de la dependencia funcional. Cuidado se define, para fines prácticos de la política pública, como la asistencia o apoyo en una actividad que de otra forma no podría ser realizada. Es de interés de los tomadores de decisiones establecer diferencias entre qué es cuidado y qué es apoyo, sin embargo, para esta investigación solo tomaremos en cuenta esta asimetría para justificar la diferenciación entre dar cuidado y recibirlo. Finalmente, se abordarán otros temas menos recurrentes en el análisis del material pero que igualmente deben ser mencionados a fin de hacer justicia con las voces que participaron en el proceso de investigación.

5.3. El cuidado: procesos, relaciones e interacciones

El cuidado como concepción, representación, imaginario, proceso relacional y práctica de vida, es una realidad humana situada en contextos históricos, culturales y sociales (Menéndez, 2005). Lo anterior demanda reconocer la complejidad y pluralidad de los requerimientos de cuidado humano correspondientes no solo a cada tiempo social sino también a los cursos de vida de los sujetos particulares.

En este estudio y desde una perspectiva social se asume el cuidado, en primer lugar, como un proceso que se despliega en relaciones e interacciones cotidianas que involucran personas que cuidan, personas que son cuidadas y lugares –hogares– donde se llevan a cabo los cuidados, es decir, relaciones intra e intergeneracionales. Este aspecto se analiza desde la perspectiva de las personas mayores de diversos municipios del departamento de Caldas.

Los procesos de cuidado en el grupo de personas mayores participantes en la investigación configuran su movimiento en torno a una gestión familiar y social y la producción de una dinámica relacional e interaccional en los procesos de recibir y dar cuidado. De todas las redes, es la parental la que presenta más anclaje y referencia significativa para los adultos mayores. Un asunto que puede interpretarse a partir del valor cultural y simbólico que se le otorga a la familia. La marca del contenido moral, emocional y afectivo se traduce en los significados y sentidos en torno a la reciprocidad, la solidaridad y la retribución inter e intra generacional. La disponibilidad de redes parentofiliales, filioparentales, conyugales, fraternales y comunitarias, en las cuales se hacen evidentes las relaciones intra e intergeneracionales, se señala como una garantía de reconocimiento, pertenencia y valoración, es decir, una valoración simbólica y emocional del cuidado. A su vez, en las voces de los participantes en el estudio, estos procesos, relaciones e interacciones del cuidado familiar se encarnan en la madre (maternización) y en la mujer (feminización) y se instalan culturalmente como una condición que se naturaliza y que es propia de la denominada identidad; finalmente, emergen formas de participación central o periférica de los individuos involucrados en el cuidado (ver Figura 62)



Figura 62. Cuidado: proceso, relaciones e interacciones.

Fuente: elaboración Carmen Lucia Curcio.

5.3.1. El hogar parental un escenario de cuidado: concepción familística

Desde la Teoría de la Estructuración de Giddens (2003), puede considerarse el cuidado como un curso de acción donde se articula una conciencia práctica (hacer) y una conciencia reflexiva (saber por qué se hace lo que se hace). Supone una configuración que se construye a través del curso de vida tanto de los integrantes del grupo familiar como del curso de vida de la familia.

En el estudio llevado a cabo en el departamento de Caldas se hizo evidente la concepción familística del cuidado. El peso de la pertenencia parental es significativamente importante para la producción cultural de la familiarización y feminización del cuidado. La concepción en torno a la familiarización del cuidado indica el profundo anclaje que aún se conserva en torno a la organización familiar como escenario de cuidado. Allí se identifica la presencia y articulación de tres redes que se configuran a partir de quien da y quien recibe el cuidado: las conyugales (pareja), las parento filiales cuando son los progenitores (padre, madre, abuelo/abuela) quienes lo brindan y en las filio parentales la dirección inversa (hijo, hija, nieto/nieta). “Yo cuido de mi señora [...] también de mi mamá porque ella depende de mí” (Manizales, comunicación personal, 2017). “Yo también cuido a mi mamá que tiene 83 años, yo también estoy viejita, pero ella está más viejita” (Riosucio, comunicación personal, 2017). “Yo tengo hijos, yo soy casado por segunda vez. Mis dos hijos están en el otro departamento, tengo que ir cada ocho días, pagarles servicios y tengo todavía una facultad [...] tengo un hijo en octavo semestre de química pura” (Aguadas, comunicación personal, 2017).

Yo tengo ahí cinco nietos, la niña que tiene 13 años, el otro tiene 8, el otro tiene 5, la otra tiene 3 y el pequeño tiene 2, entonces yo les colaboro a ellas para que salgan a trabajar y de ahí llegue algo a la casa, eso se llama como preocuparse por ellos, no cuidarles, pero preocuparse por ellos, porque las mamás también tienen que ver que hacen. (La Dorada, comunicación personal, 2017).

Con base en estas narrativas queda claro que el cuidado se percibe como componente esencial y sustancial de las relaciones parentales ya sean conyugales o filiales. Expresa la responsabilidad y la reciprocidad de brindarlo y esperarlo, otorgándole un contenido al sentimiento de pertenencia familiar, no solamente de manera individual sino en el engranaje de la urdimbre relacional de antecesores, descendientes y colaterales; en otros términos, la expresión simbólica de la percepción y concepción del cuidado familiar se encuentra en la membrecía e identidad parental; como puede derivarse de las siguientes narraciones:

En estos momento estoy con mi mamá que tiene 94 años, cuido a la madrecita a los nietecitos, tenemos a mi mamá que es de edad, en una caída, se fracturó los brazos, ella se baña solita, pero hay que vestirla, estar pendientes de ella. (Aguadas, grupo focal, 2017).

A los nietos, con intermediación de la madre o padre, yo vivo con uno solo, con la hija, la mamá de él, yo les he colaborado desde que estaban chiquiticos. (La Dorada, comunicación personal, 2017).

Nosotros respondemos por el nietecito, los tíos nos ayudan mucho también. Aquí les damos la comida y los tíos lo visten. (Samaná, grupo focal, 2017).

Sin embargo, es importante hacer la distinción entre la red conyugal, la progénito filial, la fraternal y la parental extensa. La presencia de la solidaridad, la reciprocidad y la retribución parental marca un contenido emocional distinto en correspondencia con la cohesión vinculante del adulto mayor con los integrantes de cada red parental. “Cuando yo me enfermo está la señora y una hija [...] son pendientes de mí” (Samaná, comunicación personal, 2017). “Yo cuido a mi esposo con la alimentación y pendiente de los exámenes, que esté donde el médico, como es hipertenso necesita droga mensual, emocionalmente estamos muy bien”. (La Dorada, comunicación personal, 2017). “Yo mismo la estoy cuidando, en este momento me toca cocinar los alimentos y estar al

pie de ella y ella al pie mío, con la droga, las citas, toda la atención” (Riosucio, comunicación personal, 2017). “Mis hijos, con afecto y cariño. Yo no necesito el aspecto material, yo me lo hago, porque tengo que sostenerme materialmente, pero si me buscan charlamos, tinto, negocio, lo discutimos entre los cuatro” (Viterbo, comunicación personal, 2017). Pues mis hijos aunque están en Bogotá y en Argentina, si tengo una dificultad, todos están pendientes y la que está más cerca me viene a acompañar” (Samaná Entrevista).

Es que si uno es buen hijo es buen hermano, uno no necesita sino tener como ese espíritu de hermandad y esas cosas, yo no me he ido porque me da mucho pesar y estoy muy pendiente, entonces es un beneficio estar uno pendiente de ellos. (Riosucio, comunicación personal, 2017).

Una distinción que pone umbrales en los procesos de cuidado familiar. Podría considerarse que el cuidado conyugal deviene del sentido de la alianza, mientras que el cuidado progénito filial, filio parental y extenso anuda la consanguinidad y la sangre como sedimento de la solidaridad en los procesos de cuidado para evidenciar el peso de la pertenencia parental. También puede identificarse el peso que le otorgan a las redes parentales, las cuales nutren del sentido y el significado de la responsabilidad y la reciprocidad en el cuidado que brindan y reciben y que vincula a los diversos parientes por línea de alianza (afinidad) y consanguinidad (biológica o legal).

Pero disponer de la red parento filial y fraternal no garantiza recibir cuidado como lo expresaron algunos participantes. “Yo tengo tres hijos hombres, todos tres tienen obligación, no están mal, pero yo nunca espero, como que me ayuden o pedirles auxilio, ellos también son muy desprendidos” (Riosucio, grupo focal, 2017). “Yo tengo cinco hijos y de los cinco no gastan un peso para hacerme una llamada [...] yo tengo cuatro hijos casi no me colaboran, estoy pagando una señora y no me colaboran con nada [...] los hijos dejan de estar atentos [...] es la juventud de ahora [...] ya los viejos no les interesan

para nada [...] yo tengo dos hijos, a mí no me dan ni agua dulce” (Samaná, grupo focal, 2017). “Él a veces me manda, pero yo no le pido, me aguanto mis necesidades” (Riosucio, comunicación personal, 2017). “¿Los hijos? ¡Ah no!, escasamente [...] ni plata para mercar, ahí a veces me manda comidita y no es más” (Marmato, comunicación personal, 2017). “De diez hijos, levanté siete, pues mire que ahora tres años que estoy enfermo con esa cirugía y todo y yo no le conozco un tinto a un hijo. Como dice el adagio cría cuervos y te sacarán los ojos” (Viterbo, grupo focal, 2017). “Yo no le pido nada a mis hijos, ¿para qué?, hay veces que me toca ir a Manizales y si les pido el favor [...] imagínese para ir a Manizales y volver hasta aquí me mandan dizque 10 o 20 mil pesitos [...] para bajar a Victoria, no más me mandan el pasaje” (Samaná, grupo focal, 2017). “Para las hijas está primero el marido, ellas no ayudan con nada” (Marmato, comunicación personal, 2017). “Yo tengo una hija pero hay que estarla llamando porque ella no llama, es contada la vez que llama [...] y no, ellos no están pendientes de nosotros, es que para decirle la verdad los hijos son muy desprendidos, muy tranquilos, no están pendientes” (Manizales, comunicación personal, 2017).

Es claro que la percepción y concepción sobre el cuidado que expresaron las personas mayores señala la confluencia de dos ejes cartesianos: brindar y recibir. Recibir se describe de la siguiente manera:

Sí, mis hijas todas me cuidan, pero más que todo Leonor es la que está conmigo, la que mantiene conmigo, la que voltea conmigo para las citas, ella es la que está muy pendiente y mi nieta también, muy pendientes de que no me falte nada y viva muy bien, muy pendientes del medicamento y tengo una amiga muy pendiente de mí, yo salgo a caminar diario, pero nunca salgo sola, siempre salgo acompañada con mis hijos y con mi nieto. Yo camino unas cuantas cuadras diario. (Aguadas, comunicación personal, 2017).

Los hijos, ellos me dan vuelta. Sí, los hijos y todos ellos me tratan muy bien. Van a la finca me traen cosas. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

Los hijos de mi primera esposa me cuidan, papá, si necesitan algo me llaman, yo todavía no necesito y lo segundo que me van a cuidar si yo antes los cuido a ellos. (Aguadas, comunicación personal, 2017).

Mis hermanos están a la vela de mí y yo a la de ellos...uno sabe que el uno está con el uno y el otro con el otro y pues así. (Aguadas, comunicación personal, 2017).

Respecto a esta ausencia o débil participación de algunas personas mayores en los procesos de cuidado se interrogan las dinámicas de crianza y cuidado que como padres y madres vivieron durante el curso de vida familiar. Porque la reciprocidad, la responsabilidad y la retribución parental no se derivan mecánicamente del lazo parental, se requiere construir una densidad vinculante que le de soporte a la cohesión relacional. Un asunto que no es claro ante la naturalización cultural de la pertenencia parental, como circula en los imaginarios sociales: “La sangre llama”... “la sangre es más espesa que el agua”... “es sangre de la propia sangre”. Por esto, cuando los adultos mayores no reciben cuidado, especialmente de sus hijos, esto se constituye en un señalamiento moral de abandono y pérdida de valores (Díaz, 2015). Algunas de las personas participantes lo enunciaron: “Los hijos son la prolongación de la vida de uno, en ellos se refleja la vida de uno, lo que hicimos con ellos” (Samaná, comunicación personal, 2017). “Si los hijos son groseros con uno hay que ver como son los padres con ellos, por eso digo que uno tiene que saber cuidar a los hijos, para que también los hijos los respeten y lo cuiden a uno” (Manizales, grupo focal, 2017). “Yo pienso que uno tiene que sembrar para recoger y cómo los hombres cuando están jóvenes se la creen que no necesitan de los hijos para nada, los tratan mal. Cuando yo voy al entierro de un viejito, pienso ¿cómo sería de marido?, ¿cómo sería de papá?” (Samaná, comunicación personal, 2017). “Es que para recoger hay que sembrar bien, porque si usted siembra mal, recoge mal, yo siembro bien porque soy bendecida por el señor, porque mis hijos son bien en todo, dar buen trato para los otros, todo lo

que necesitamos nos lo dan ¿a cambio de qué? Yo creo que fue de la formación de ellos” (La Dorada, comunicación personal, 2017).

Otra aspecto importante alude a la identificación de dos tipos de acompañamiento o participación que pueden interpretarse a partir de la distinción que hacen Micolta, Escobar y Maldonado (2013) en torno a la participación central y periférica. La primera se relaciona con la presencia física, directa y permanente de los agentes, quienes realizan las prácticas de cuidado que requieren las personas mayores en un tiempo permanente, derivado en muchos casos de la convivencia en el mismo hogar. La periférica se vincula con la disposición de un tiempo más flexible y asociado con la no convivencia en el mismo hogar. Ambos tipos de participación movilizan la circulación de recursos económicos, materiales, morales y afectivos necesarios y acordes a las condiciones y situaciones que se tengan tanto por parte de las personas mayores que requieren cuidado, como de quienes son cuidadoras. “A mí me cuida un hijo y una hermana que viven conmigo, llevan el mercadito, los remedios, me llevan donde el médico y todo eso” (Riosucio, comunicación personal, 2017). “Los hijos que viven conmigo están pendientes de la comida, que no me caiga, aquí en mi casa todos están pendientes de uno” (Marmato, grupo focal, 2017). “Todos aquí en la casa somos pendientes de todos, todos somos adultos mayores pendientes con los medicamentos, la comida, darnos cariño, hablar mucho entre todos, no dejarnos solos, que nos sintamos acompañados” (Aguadas, grupo focal, 2017). “Todos son atentos, si se preocupan y yo me siento muy bien, esa preocupación no tiene precio, en todo sentido están pendientes de nosotros, los llamo o llaman casi a diario” (Marmato, comunicación personal, 2017). “Yo tengo una hija que está en Costa Rica y ella de vez en cuando me llama, es pendiente de cómo estoy cómo me encuentro, igualmente un nieto que también está por allá” (Manizales, grupo focal, 2017).

Así, el cuidado de la red parental va más allá de la co-presencia física y la convivencia en el mismo lugar. La disponibilidad de otro hogar, la movilidad territorial de los integrantes de la familia, sean hijos, hermanos y otros

familiares, no se constituye en obstáculo para la participación en los procesos de cuidado de las personas mayores. Incluso esta manera de desenclave territorial le aporta un contenido de responsabilidad afectiva y efectiva a los procesos de cuidado. “Mis hijos vienen a visitarnos cada ocho días, están llamando, preguntando ¿cómo están?, ¿cómo se sienten?, ¿que necesitan?, todos son parejitos pendientes” (Samaná, comunicación personal, 2017). “Los hijos, el hijo vive a media cuadrita, mi hermana vive más arribita, el otro hijo vive en Bogotá pero llama constantemente y aquí en los bajos vive una hermana mía, ahí nos complementamos todos” (Aguadas, comunicación personal, 2017). “Mi hijo vive con la mamá, pero me llama y está pendiente de mí y yo de él” (La Dorada, comunicación personal, 2017).

Otro aspecto de la dinámica en los procesos de cuidado se observa en la configuración relacional y los requerimientos de cuidado. Sedimentado tradicionalmente en las prácticas culturales de la solidaridad, reciprocidad y retribución parentofiliales y familiar, en cuanto a la obligación de brindar recursos especialmente materiales y económicos, se asiste a la emergencia del reconocimiento de la autonomía e independencia tanto propia como de los hijos, como también una mayor centralidad en el afecto y la atención. De esta manera, se aprecian dinámicas familiares que se mueven entre la obligación impuesta y la responsabilidad reconocida, y la valoración emocional y afectiva del cuidado familiar hacia las personas mayores.

Según las narraciones, los procesos de cuidado, especialmente en las redes parentales, no se soporta en lógicas mercantiles sino en una valoración moral que se relaciona con asuntos como la consistencia de los vínculos familiares, la atención emocional, el tiempo dedicado a la atención, las estrategias que se despliegan y las situaciones que demandan el cuidado. Por ejemplo, el reconocimiento de la obligación de los hijos e hijas con su propia familia, el umbral entre el cuidado hacia los progenitores, los conyugues y la propia familia, la localización territorial cerca o distante que le dan contenido al contacto asiduo o esporádico, el acceso y uso de dispositivos de cuidado como el teléfono, la identificación de los diversos recursos que intervienen en este proceso. En

esta trama familiar circula el valor ético y el fuerte imperativo moral que se le otorga a las relaciones familiares como sedimento en los procesos de cuidado del adulto mayor.

5.3.2. El cuidado escenario de relaciones intra e intergeneracionales

En el proceso de cuidado en las personas mayores se hace evidente el cruce de dos líneas de intersección intergeneracional referidos a recibir y brindar cuidado. Una consideración que desde el análisis demográfico se considera como un enlace generacional y desde la interpretación socio cultural se revierte en el foco de la reciprocidad, la solidaridad y la retribución en el cuidado de y para las personas mayores.

En cuanto al cuidado intergeneracional pueden señalarse dos movimientos anudados en una escala de prioridad: el progénito filial de los padres y madres hacia sus hijos y el filio parental de los hijos hacia sus progenitores. El primero alude al peso valorativo de la obligación o la responsabilidad de criar y el segundo hace más visible la retribución. “Él vive con su mujer, va a darnos vuelta, plata no, porque él tiene su obligación” (Riosucio, comunicación personal, 2017). “Si tengo otra hija, pero ella tiene su obligación, no me puede colaborar porque no tiene recursos económicos, pero me llama todos los días, me consigue las citas y me lleva al médico” (Samaná, comunicación personal, 2017). “Ellos me dicen ¿mamá usted ya mercó?, ¿mamá qué le hace falta?” (Viterbo, comunicación personal, 2017).

Es importante tener en cuenta que las personas mayores son cuidadas, pero, a su vez, son cuidadoras. Ellas juegan un rol crucial como cuidadoras de sus nietos cuando los padres trabajan o emigran hacia las ciudades en busca de una mejor situación económica o forzados por la violencia. A su vez, las personas mayores, sobre todo las mujeres, que tienen una esperanza de vida mayor que la de los hombres, son cuidadoras de sus cónyuges y de sus padres. En la línea de la pertenencia parental, la solidaridad parento filial entrelaza tres generaciones: padres, hijos y nietos. En este escenario se encuentra en el

ejercicio del *abuelazgo* (Marín y Palacio, 2015a, 2015b). Para la observación del *abuelazgo* no es suficiente el registro de la línea parental sino la participación en la crianza y/o cuidado de los nietos; puede haber una participación directa o central que alude a la obligación/responsabilidad directa de los abuelos. El peso de la pertenencia parental, la valoración de la prolongación filial y de cierta manera la presión por el ejercicio de la maternidad y/o paternidad, argumentan esta participación. “Vivo con una hija y un nieto, tiene ocho añitos, es muy apegado a mí y yo procuro que tenga bienestar [...] de hecho le otorgué una parte de mi pensión a él para que tuviera un mejor bienestar” (Marmato, comunicación personal, 2017). “Yo tengo varios nietos, pero las dos menores se levantaron con nosotros, yo era pendiente de ellas, las críe hasta que nos desplazaron, eso nos dio muy duro, la separación de ellas” (Samaná, comunicación personal, 2017). “Nosotros vivimos con la hija y la nieta, a ella la cuidamos mucho, estamos pendientes de ella, de su salud, de su estudio, de enseñarle” (Manizales, comunicación personal, 2017). “A mí me tocó quedarme con un nieto, criándolo, hay que tener mucho cuidado con ellos [...], yo cuido un nieto que es esquizofrénico, estuvo 40 años internado y ahora está conmigo, es una persona que necesita mucho cuidado, es horrible, lo mantengo encerradito en la casa porque le da mucho miedo con las personas” (Riosucio, grupo focal, 2017). “A mi nieto lo crío y lo cuido, desde que estaba pequeño de dos añitos, mi hija me lo dejó allá en Manizales, lo entré al jardín, luego a la escuela y al colegio, siempre pendiente de él, que no le falte nada, además lo corrijo” (Samaná, comunicación personal, 2017).

En cuanto al ejercicio del *abuelazgo* desde el cuidado periférico que brindan las personas mayores, se encuentra un estilo de relación donde hay apoyo, acompañamiento económico y/o emocional, sin presencia de la presión de la crianza. “Yo le doy a mis nietos, les colaboro con sus estudios, dos de mis nietos son profesionales porque su mamá no podía, el trabajo de ella no le daba, yo cuido de ellos para colaborarles que salgan adelante, es muy gratificante” (La Dorada, comunicación personal, 2017). “Cuido de mis nietos, los acompaño, están en mi casa mientras llega la mamá, los atiendo y me siento acompañada” (Aguadas, grupo focal, 2017). “Mi nieta siempre vivió conmigo, ahora está en Medellín,

está bajo mi responsabilidad, pero yo no estoy encima de ella, nos comunicamos todos los días” (Riosucio, comunicación personal, 2017). “Sí, hay nietos que apenas se están levantando y están en ese cuidado, ahora la vida no está como tan fácil, entonces uno tiene que estar pendiente de ellos, ayudarles a los hijos a criar los hijos, aunque sea a ratos” (Marmato, grupo focal, 2017).

Desde estas narraciones puede interpretarse que el cuidado brindado por las personas adultas mayores a sus nietos no solamente expresa una reciprocidad intergeneracional, sino que deviene en un significado de disponibilidad de tiempo y dedicación y de construcción de un vínculo emocional que gratifica a quienes brindan y a quienes reciben el cuidado.

Los abuelos de hoy entablan con sus nietos un tipo de relación cercana y afectiva lo cual, seguramente, tiene que ver con el hecho de que no solamente comparten celebraciones familiares, rituales o actividades lúdicas, sino situaciones cotidianas en las que se expresan y se satisfacen las necesidades más básicas de niños y niñas. (Tobío y col., 2010. p. 118).

Además de las anteriores, emerge en las narraciones de las personas participantes otra línea de cuidado correspondiente a la intrageneracional. En las dinámicas demográficas que presentan los procesos de envejecimiento poblacional, relacionadas con el incremento de la esperanza y la expectativa de vida, la línea intergeneracional hace visible el paisaje demográfico, social y familiar de ancianos cuidando ancianos (Huenchuan, 2013a; Findling y López, 2015; Tobío y col., 2010). La vejez puede volver porosas las fronteras de los enlaces inter e intrageneracionales al configurarse ciertos escenarios en los cuales personas mayores cuidan a otras personas mayores. “Yo también cuido a mi mamá que tiene 83 años, yo también estoy viejita, pero ella está más viejita [...], yo también tengo un hermano que tengo que cuidar, también viejo como yo” (Riosucio, grupo focal, 2017). “Supuestamente mi papá ayer, ayer no, el domingo ajustó 101 años. Entonces a veces pienso yo si voy a heredarle a papá, entonces tengo que voltear mucho, estar pendiente [...] mucho

cuidado” (Marmato, comunicación personal, 2017). “Yo cuido a mi mamá, le hago la comida y servirle porque ella ya no puede, ella tiene 83 años” (La Dorada, grupo focal, 2017). “Yo cuido de mi hermana, ella tiene 74 años, es un poco más joven que yo” (Manizales, comunicación personal, 2017).

5.3.3. Valoración simbólica y emocional del cuidado “estar pendiente”

Bajo la directriz epistémica y metodológica del enfoque hermenéutico que orienta esta investigación, la interpretación analítica de las percepciones y concepciones del cuidado que emergió de los relatos puso la clave de la dimensión emocional. Una cuestión que ha sido transversal y ha estado presente en lo desarrollado anteriormente permite señalar las paradojas y los dilemas emocionales, los cuales circulan entre el sacrificio, la renuncia y la abnegación para las mujeres y una derrota para los hombres; estas paradojas y dilemas se encubren a través de la economía de la gratitud y la valoración emocional del cuidado.

Otra de las características de la concepción y la percepción cuidado que se evidenció en las narraciones de las personas mayores participantes en el estudio fue la asociación del cuidado con el significado de “estar pendiente” de otra persona. Esta referencia simbólica y emocional circula en la enunciación de brindarlo y recibirlo: “Cuidar es estar muy pendiente del otro, pues entiendo yo” (Aguadas, comunicación personal, 2017).

¡Ah!, ellos son pendientes de mí [...] de cualquier cosa, así sienta un dolor de cabeza, nunca he sido muy enfermo, yo no necesito los médicos casi nunca, ahí son pendientes, [...] son pendientes a toda hora, pendientes de que me falta cualquier cosa. Aunque yo les digo que no me den nada mí, pero están pendientes [...] entonces son pendientes de mí todos tres. (La Dorada, comunicación personal, 2017).

Este “estar pendiente” tiene que ver con la reciprocidad que culturalmente se le asigna a las redes familiares y sociales (amistad, vecindad); es la atención y responsabilidad que circula en el movimiento relacional y vinculante que conecta y entrelaza a las personas en su integralidad física, emocional, social, económica, espiritual y psicológica, como dirían Leininger e McFarland (2006). Además, ese estar pendiente hace evidente la presencia del sentimiento de confianza y la certeza de la protección, constituyéndose en una especie de dispositivo de contención a la angustia existencial y a la preocupación por la seguridad ontológica, como diría Giddens (1996).

Por cuidado, pues que estén pendientes de uno, que estén pendientes de la salud de uno, qué le falta, qué no le falta, ese es el cuidado que pueden tener por uno. (Riosucio, grupo focal, 2017).

Me siento cuidado [...] pues por ejemplo si uno no se asoma a la puerta o a alguna parte, ya están pendientes los hijos [...] entonces uno se siente así, que están a la vela de uno y que uno si les interesa. Mis hermanas también, siempre están pendientes de uno. Yo soy viuda, mis hijas, mis yernos, mi hermana, viven pendientes que no me falte nada. (Manizales, comunicación personal, 2017).

Mi hijo, él es el que está más pendiente de mí. (La Dorada, comunicación personal, 2017).

Yo tengo una sobrina que vive muy pendiente de mí y de mi hermano [...], yo vivo con un amigo, pero tengo mi familia y todos son pendientes de mí y todo, [...] aquí hay varios ancianatos, viven pendientes de los viejitos. (Viterbo, grupo focal, 2017).

Ese “estar pendiente” también se traduce en una garantía que les reporta a las personas mayores un sentimiento de pertenencia a su grupo familiar, al pueblo o barrio. “Los vecinos están muy pendientes, aquí somos muy solidarios,

eso nos ha caracterizado, ellos se dan cuenta cuando uno está o no está, y si necesita algo” (Samaná, comunicación personal, 2017). “Yo si siento que todo el mundo se preocupa por mí, está pendiente [...] todo el pueblo oró por mí en la enfermedad, mi familia, mis vecinos, mi familia, mis hijos” (Aguadas, comunicación personal, 2017). “Me siento cuidado, si uno no se asoma a la puerta o a alguna parte ya están pendientes los hijos, los vecinos, entonces uno se siente así, que las demás personas están a la vela y que uno si les interesa” (Marmato, grupo focal, 2017). “Ellos están a la vela de mí y yo a la de ellos [...] pues que el uno está con el uno y el otro con el otro y pues así” (Aguadas, comunicación personal, 2017). Y en estas certezas también es evidente la reciprocidad: “El cuidado no es solo de la familia sino del vecino, porque si hay un vecino enfermo hay que ir a visitarlo, hacerle un mercadito, las obras de caridad, uno tiene que pensar en todo” (Riosucio, comunicación personal, 2017).

De esta manera, el estar pendiente representa y significa una vinculación emocional y afectiva la cual traduce una economía de la gratitud que, en palabras de Hochschild (2008), marcan el sentido de un dar y recibir para expresar y materializar un sentimiento amoroso. Por tanto, se descifra otra concepción y percepción del cuidado vinculada a la gratitud y al estar agradecido, lo que incluye calidez, una cierta comunión de unidad y cercanía en una relación de interdependencia. (Hochschild, 2008).

El cuidado no está exento de paradojas y dilemas, especialmente en las relaciones familiares. Es evidente la tensión entre la autonomía y la independencia que se atraviesa en la vejez, y el cuidado que se ofrece desde la familia en ocasiones se traduce en situaciones de conflicto pero también de ambigüedad, derivadas de la historia relacional construida y de las condiciones y situaciones que presentan los adultos mayores. Mientras que la autonomía consiste en la capacidad de ejercer la libertad de elección y el control sobre las decisiones que afectan a la propia vida, la independencia consiste en vivir en sociedad sin asistencia, o al menos con un grado de asistencia que no someta a las personas mayores al arbitrio de otros (OEA, Naciones Unidas, 2015). Se habla con naturalidad de vidas independientes que pasan a ser dependientes, de

personas autónomas que dejan de serlo, como es el caso de las personas mayores. Las personas mayores a menudo son despojadas de manera arbitraria de su autonomía, es decir de su capacidad de responder a sus propias necesidades, expresar sus deseos, tomar decisiones, optar entre distintas posibilidades y alcanzar sus metas, lo que limita cualquier posibilidad de mantener un control sobre sus vidas (Naciones Unidas, 2018). Lo anterior se constituye en un asunto medular en los procesos de cuidado, ante lo cual emerge una pregunta crucial en torno a la atención que se requiere, el estar pendiente de la otra personas y el cómo se debe estar pendiente.

[...] con cuidados casi extremado, tengo para decirle que yo no me puedo mover de la casa, me muevo un poquito y ya está ella pendiente, hay veces que cuando tengo citas en el hospital y me demoro un poquito sale ella y cree que fue que me dejaron hospitalizado aquí yo: “No, la cuestión no es tan dura amor.” (Samana, comunicación personal, 2017).

Ellos no consienten de que yo salga a hacer alguna diligencia, que no, ellos quieren que yo me quede sentado en la casa, que no salga a nada, que no me esponga y de verdad que yo veo que ellos me cuidan. (Riosucio, comunicación personal, 2017).

Como le dijera [...] no es fácil que mamá no salga, que mamá cuidado, que mamá esto y mama lo otro [...] entonces ya ni sé. (Manizales, comunicación personal, 2017).

Por último, en el tema espiritual algunos participantes dejan ver una especie de resignación para cuidar de sí mismos, y es común encontrar afirmaciones del tipo: “Dios y la virgen son los que me cuidan, las ánimas benditas me acompañan” (Marmato, comunicación personal, 2017). Se trata de confiar el cuidado a una fuerza divina amparada en la fe, en que nada malo les va a pasar o que alguna mano solidaria les brindará apoyo en los momentos difíciles: “Estar contentos porque mi Dios nos tiene aliviaditos, sentirme contenta

porque me regaló la vida, porque me dio la oportunidad de ayudar a levantar mis hermanos” (Riosucio, comunicación personal, 2017).

El tema espiritual cobra importancia al reconocer que gracias a Dios lograron sacar adelante a su familia, lo que representa su tranquilidad y un recurso significativo para hoy vivir bien, vivir pensando en que cuentan con un ser que los cuida, acompaña, los protege a ellos y a los suyos y que estarán bien con su ayuda. Esto debe ser leído más allá de su contexto religioso directo, en la medida en que es muy importante tener en cuenta que las personas mayores suelen recurrir a Dios para agradecer el hecho de haber culminado de forma satisfactoria su curso de vida.

Y la otra línea interpretativa se asocia con la protección que reciben de Dios y la ausencia o débil presencia de cuidado familiar. “A mí me cuida el Dios del cielo, nadie más” (Marmato, comunicación personal, 2017). “Nadie, yo solito con la ayuda de Dios, yo ando como mi Dios me ayuda” (Riosucio, comunicación personal, 2017). “Todo lo que el hombre tiene de frente se lo puso Dios para probarse, así se llame trabajo, rezar, beber, mujerería, Dios le puso al hombre la mujer, le puso la comida, por eso hay que cuidarse de los excesos con la ayuda de Dios” (Aguadas, comunicación personal, 2017). “Yo me cuido a la voluntad de Dios” (Marmato, comunicación personal, 2017).

Esta religiosidad contiene cierto significado de catalizar el conformismo, la resignación y la adaptación ante la realidad de la finitud, la evidencia de la incertidumbre frente al tiempo y la vivencia de la propia vejez. Desde aquí se afina como una estrategia que sostiene cierta economía de la gratitud en Dios, la fe y sus prácticas religiosas, anudadas a la retrospectiva de la propia vida y la satisfacción o insatisfacción de los logros alcanzados. Economía de la gratitud (Hochschild, 2008) que se traduce en la solidaridad, la reciprocidad y la retribución inter e intra generacional en los procesos de cuidado y autocuidado de las personas adultas mayores.

5.3.4. Dar cuidado: entre la feminización, la disimetría de género y la identidad

El cuidado tiene una referencia cultural con el mundo familiar y en este marco con el sentido de la maternización y la feminización, como ya se ha planteado. Desde una óptica sociológica su conexión se encuentra con lo que se denomina el proceso de reproducción (biológica, generacional y cotidiana); por lo que ocupa un lugar en la denominación de trabajo doméstico. En la perspectiva del dualismo de género masculino/femenino, la mujer es la que brinda el cuidado a los demás y el hombre lo recibe como atención y “derecho patriarcal” a su lugar de privilegio. Sin embargo, tal como se mencionó en el primer apartado de este capítulo, los cambios culturales producidos por el desarrollo industrial, la expansión del mercado con la inclusión de la mano de obra femenina, las transformaciones familiares y las demandas derivadas del enfoque de derechos, ponen otro panorama, nada fácil, pero que ha permitido desde una comprensión crítica hacer evidente la desvalorización que han ocupado el trabajo doméstico y el cuidado, señalando las “profundas raíces de la desigualdad sexual sobre las que se fundamenta” (Carrasco, Bordarías y Torns, 2011, p. 16).

Se sabe que las mujeres son mayoritariamente quienes cuidan tanto en la familia como en los trabajos remunerados, y que los trabajos de cuidados tienen escasa valoración social a pesar de ser imprescindibles para la reproducción social. Los hombres participan en los trabajos de cuidados de forma muy limitada, aunque hay variaciones según países, edades y formas de socialización. Se trata en todo caso de un tema no resuelto en términos de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres (Carrasco, Borderías y Torns, 2011; Esquivel, Faur y Jelín, 2012; Tobío y col., 2011).

Desde las voces de los adultos mayores consultados, especialmente hombres, se hizo visible un giro y a la vez una tensión entre la concepción y percepción tradicional del cuidado y los nuevos órdenes discursivos y requerimientos cotidianos en torno al cuidado. Se señala el reconocimiento de una imposición

de cuidado más que de construir una responsabilidad compartida ante las restricciones cotidianas, especialmente ante situaciones de salud de la mujer en las relaciones conyugales. El decir “*me toca*” o como una última instancia “*porque no puede conseguir una empleada*”, es recurrente en algunas de las expresiones masculinas. “Yo mismo la estoy cuidando, en este momento me toca cocinar los alimentos y estar al pie de ella y ella al pie mío, ella en este momento está en la cama [...] le doy cariño” (Riosucio, comunicación personal, 2017). “Le hago los alimentos y le llevo la comidita, porque yo no tengo con qué pagarle a una empleada, entonces yo le hago de comer” (Marmato, comunicación personal, 2017). En el siguiente esquema se resume la disimetría de género y la feminización del cuidado.

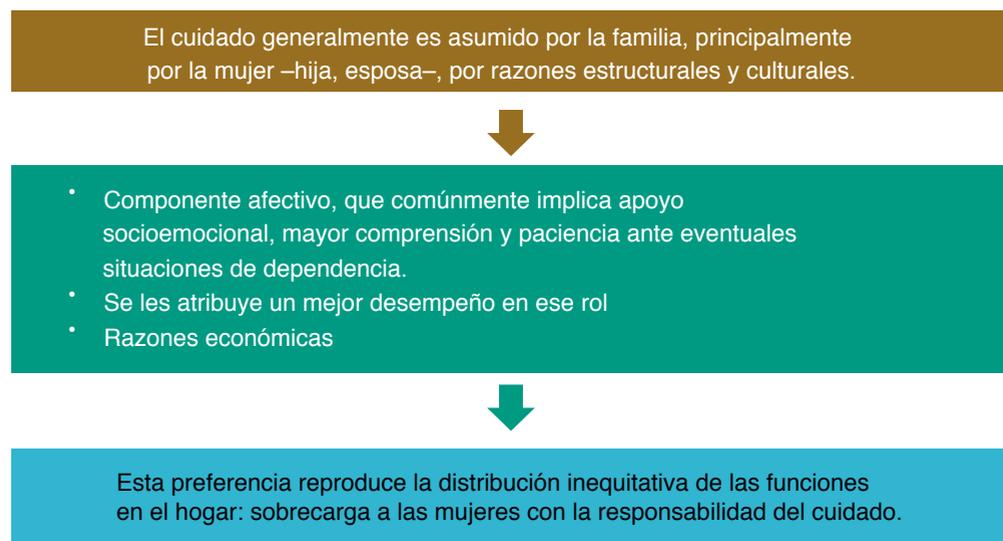


Figura 63. Feminización del cuidado.

Fuente: elaboración Carmen Lucia Curcio.

Otro asunto que emerge de los relatos masculinos se centra en la percepción de validar la participación en el cuidado a partir del aporte económico para que otras personas, las mujeres, lo realicen. Lo anterior se constituye en un argumento que naturaliza, desde el dualismo de género, la división del trabajo de cuidado como complementariedad jerárquica, con una valoración desigual, que pone al hombre como proveedor y a la mujer en condición de dependencia y subordinación.

Pues cuidar de alguien significa en la parte económica, supongamos, que las personas que dependen de mí tengan económicamente la forma de vivir, que no pasen necesidades, emocionalmente brindarles todo el afecto que requieren y que merecen, pues es lo que yo me ocuparía de las personas que están a mi cargo. (Manizales, comunicación personal, 2017).

Vivo con el nieto y la hija (...) yo quise que la hija tuviera un mejor bienestar y de mi pensión descuentan un porcentaje para ella, lo cobra mensualmente, entonces es para bienestar de ella y del nieto. (Samaná, comunicación personal, 2017).

Un paisaje cultural que se contrasta con las expresiones de las mujeres consultadas, en las cuales se resalta el componente emocional y el acompañamiento en las actividades cotidianas en torno a la salud y las actividades domésticas: “Con la comida, con todos los cuidados [...] las vitaminas que había que darle, las drogas a tiempo, que estuviera en la cama” (Samaná comunicación personal, 2017). “Cuando viajo a Manizales me quedo donde la hija (...) y yo le hago de comer a las niñas y a ella mientras estoy ahí” (Samaná, comunicación personal, 2017). Además expresan la legitimidad de la sabiduría femenina como un agregado significativo de lo que consideran la identidad obtenida con el paso del tiempo.

Pues, cuidar de alguien si puede uno hacerlo como adulto mayor porque uno ya tiene la experiencia de cuidar, que uno si ya sabe que esta persona ya no se puede cuidar [...] porque yo cuido a una señora y yo tengo que darle lo de beber, entonces ahí es recordar, entonces ahí se pega uno y que se bañe y que se vista. (La Dorada, comunicación personal, 2017).

Predomina la idea de que cuidar es una virtud que tiene reconocimiento social; se identifica como una virtud femenina, y si alguien de este grupo no la realiza, corre el riesgo de tener una “sanción social” o de recibir un “castigo divino”: “Yo estoy muy contenta porque Dios me permite cuidarlo” (Manizales, comunicación personal, 2017).

A mí me gusta mucho visitar los enfermos, ayudar a la gente en lo que necesita, desde que esté al alcance de uno, eso es satisfactorio para uno, entonces eso lo hace feliz poder compartir con la gente y poderle ayudar, porque “si uno no vive para servir, no sirve para vivir”. (Samaná, comunicación personal, 2017).

La familiarización y feminización del cuidado hacia las personas adultas mayores presenta algunos giros hacia la participación de hijos y otros parientes varones, lo que podría considerarse como un cambio en la concepción tradicional del cuidado familiar.

Conmigo hace años está viviendo un hijo, desde que estoy enferma él es el que me está cuidándome, él trabaja, tiene sus turnos de doce horas, pero sé que por la noche viene a cuidarme y cuando le toca de noche en el día estamos juntos también. A mí también me cuida un hijo, está pendiente de mí en la casa. Vivo con un hijo, una hija y un nieto, el hijo vive muy pendiente de mí, últimamente es el que le reclama el medicamento, va al médico conmigo, me pide las citas, él es pendiente, yo no pido citas, él es el que me las pide y sale conmigo para el médico, siempre. (Manizales, grupo focal, 2017).

No obstante es importante señalar la tendencia mínima o más bien emergente de reconocer la participación masculina en estos procesos, tradicionalmente asociados a la madre y a la mujer. Sin embargo, este paisaje cultural entra en conflicto ante las realidades sociales de la des familiarización del cuidado que se produce en los tiempos actuales. Los cambios que se presentan en el mundo familiar provocados por los procesos de individualización, búsqueda de autonomía e independencia, los movimientos demográficos y los desplazamientos poblacionales ponen la atención hacia las condiciones de cuidado de las personas adultas mayores quienes ya no tienen la certeza anticipada de disponer de las condiciones del cuidado familiar, por lo que se gira la demanda hacia el Estado y otras instituciones públicas y privadas, dando lugar a la denominación de des-familiarización del cuidado (Esquivel, Faur y Jelín, 2012).

Se han identificado barreras culturales y de oportunidad que obstaculizan la participación de los hombres en los trabajos de cuidados. Las barreras culturales se sustentan en la naturalización del cuidado como algo propio de las mujeres y en los modelos de masculinidad hegemónica (Connell, 2003), derivan de la construcción cultural de qué es ser hombre y qué es ser mujer, de las capacidades y habilidades que se atribuye a cada sexo y que se traduce en determinados roles, actitudes y sentimientos, así como de la construcción de la masculinidad. Implican que se atribuya menor valor a las actividades que tradicionalmente han ejercido las mujeres, como expresión de la desigualdad y del poder que caracteriza la estructura de género y como fruto de ello resulta poco motivador para los hombres introducirse en ellas (Comas-d'Argemir, 2016). Las barreras de oportunidad se basan en que los hombres estén mejor situados que las mujeres en el mercado de trabajo, lo que resta incentivos para que se dediquen a cuidar (Himmelweit & Land, 2011; Comas-d'Argemir, 2016). También se trata de identificar los modelos emergentes de aquellos hombres que al implicarse en los cuidados cruzan las fronteras del género. Las dimensiones morales y afectivas, tan presentes en los cuidados, acaban de cerrar este círculo por el que muchas mujeres se ven atrapadas en la prisión del afecto o de la obligación ante unas necesidades de cuidado que no pueden

dejar de ser atendidas (Comas-d'Argemir, 2016). La mirada desde el dualismo de género permite comprender la tensión cultural que se produce en la concepción y participación desigual de hombres y mujeres en los procesos de cuidado; lo que demanda resignificar los lugares que tienen en la perspectiva de construir el sentido de la ética del cuidado que garantice y sostenga un mundo común habitable.

5.4. El autocuidado: elección responsable

El tema del autocuidado si bien ocupa un lugar significativo en el campo de la salud en sus diversas disciplinas, su marco de referencia en la bioética lo pone a transitar en multiplicidad de otras áreas del conocimiento, del ejercicio profesional y de la responsabilidad social. En este lugar que tiene se observa la tendencia de considerarlo como una estrategia de actuación individual frente al riesgo y la aceptación de la condición de vulnerabilidad vinculada al daño (Oltra, 2013).

Para la interpretación del autocuidado en las personas adultas mayores, desde una apuesta sociocultural, se propone considerar el auto cuidado también como un asunto ético (Escobar, Franco, Duque, 2011), planteándolo como un equipaje cultural, emocional y político que se construye durante el curso de vida a través de prácticas, hábitos, rutinas y rituales que le dan soporte a la dignidad de la vida. El autocuidado concebido de esta manera fundamenta formas y estilos de actuar, pensar e interaccionar con relación a mitigar y contener las consecuencias de los riesgos (Giddens, 1999) los cuales, de alguna manera, pueden afectar las condiciones y calidad de la independencia y la autonomía de las personas.

Se hace énfasis en el autocuidado con base en el reconocimiento y valoración de la interdependencia como condición humana y responsabilidad social. Con base en las narraciones de las personas participantes en el estudio, el

autocuidado aparece vinculado al curso de vida en relación con las consideraciones de independencia y dependencia. Pero sea la una o la otra, ambas se anudan a las condiciones de salud, el acceso a recursos económicos, materiales y emocionales, a la disponibilidad de redes familiares, vecinales e institucionales y a las concepciones que se tienen sobre el cuidado. Es decir, el autocuidado no es solamente una práctica sino un estilo de vida que se focaliza en la responsabilidad individual consigo mismo y hacia las demás personas del entorno familiar y social, también podría relacionarse con los procesos discursivos en torno a la individualización.

Si uno no se cuida nadie lo cuida a uno, eso viene es de parte de uno, a no ser que uno ya esté en la edad de que no puede hacer lo que hacía cuando estaba joven, cada uno de nosotros en la edad que estamos, si uno no se cuida física, moral y espiritualmente, si uno no se cuida a uno mismo ¿Quién lo va a cuidar? (Viterbo, grupo focal, 2017).

Cuidarnos a nosotros mismos, tenemos que ser conscientes de que nos tenemos que cuidar, si nos resbalamos, nos aporreamos y en la edad que tenemos, va a ser muy difícil soldar los huesitos como cuando estábamos niños. Los adultos no sanamos tan fácil [...] debemos hacer ejercicio, caminar [...] tenemos muchos dolores y hay que tener cuidado al caminar, al agacharse, no comer grasas". (Manizales, grupo focal, 2017).

Cuidarse uno mismo con la alimentación, el modo de vivir, es quererse a uno mismo, para exteriorizar el bienestar y la salud, la espiritualidad, si uno tiene buena salud no tiene problemas. (La Dorada, comunicación personal, 2017).

Si yo cuido de mí mismo, claro está con la compañera del hogar. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

Sin embargo, también se encuentran en las narraciones dos líneas discursivas: una en torno al autocuidado ante la ausencia de enfermedad y la resistencia

ante la idea de necesitar de otra persona (depender). “Yo solita me cuido, porque a mí no me duele nada” (Marmato, comunicación personal, 2017). “Yo tengo 83 años, no me gusta que me cuiden, pero si me protegen mucho, yo me cuido mucho” (Riosucio, grupo focal, 2017). “Yo me cuido a mí mismo, es que depender de otro es horrible, eso de que otro lo lidie a uno es horrible, yo como poquito y camino alegre” (Samaná, comunicación personal, 2017).

Al considerar algunos planteamientos de Giddens (2003) se podría considerar el cuidado como un curso de acción que se direcciona a garantizar unas condiciones básicas de la vida, la salud y el bienestar físico y mental. El autocuidado como dimensión humana se traduce en la capacidad de formar hábitos y rutinas que le dan contenido a la vida cotidiana, porque “el contenido intencional de la acción cotidiana consiste en el “control” continuado y exitoso de su propia actividad por el actor” (Giddens, 1999, p. 7).

Estos hábitos y rutinas requieren distribución y asignación de tiempos y espacios. La alimentación es una de las prácticas que más fácilmente puede controlar el adulto mayor. En esta actividad incorporan hábitos relacionados con el rechazo del consumo de grasas o azúcar, la disminución del consumo de harinas, así como también el incremento del consumo de frutas y verduras en su dieta diaria para cuidar su salud. Sin embargo, también señalaron que las restricciones económicas se constituyen en un limitante para hacer efectivo el cuidado y auto cuidado que requieren. “Siempre como la frutica, la piñita o lo que hay; y el desayunito a horas, a las 8:30 el desayuno, soy muy organizada en todo eso” (Samaná, comunicación personal, 2017), “Hay que cuidarse, no comer grasas” (Manizales, grupo focal, 2017). “A veces no me alcanza sino para comprar una librita de arroz” (Manizales, comunicación personal, 2017).

El sueño y descanso también son importantes: “Yo no puedo darme el lujo de estarme trasnochando, de estar tomando trago, dedicarme a farras que ya no están, que ya no son conmigo” (Viterbo, comunicación personal, 2017); igualmente la toma de medicamentos, la movilidad y el ejercicio; como lo expreso

una mujer: “Yo me alimento, me organizo, estoy por ahí, mi droga me la tomo, yo soy la que tengo que verme” (La Dorada, comunicación personal, 2017). “Yo sí soy vieja, pero no me considero vieja porque salgo mucho, hago ejercicio, entre más ejercicios para hacer mejor, me fascina la gimnasia, el baile.” (Manizales, comunicación personal, 2017).

Según Muñoz y Vásquez (2007) las prácticas de cuidado y autocuidado se traducen en la alimentación, la ocupación, el acceso y la disposición de recursos económicos, el descanso, la movilidad y la participación en escenarios sociales y comunitarios; sin embargo, no son solamente el “hacer” sino que es importante señalar la adjetivación que se le otorga al considerarlos sanos (conciencia reflexiva) y su relación con el bien-estar. Algunos de los adultos mayores consultados consideraron que tienen prácticas sanas de alimentación, el cumplimiento riguroso en la toma de los medicamentos, la ocupación de su tiempo libre en encuentros y eventos y la realización de actividades físicas. De esta manera, reconocen la responsabilidad de tener en su vida cotidiana una vida saludable, con auto cuidado que mitigue los riesgos de padecer enfermedades o discapacidades, prolongar su existencia y mejorar su calidad de vida en su vejez.

Para las personas participantes en la investigación tanto en las entrevistas como en los grupos focales, el cuidado y auto cuidado tiene una focalización significativa en la salud, Sin embargo, el sentido y el significado que tienen sobre ella ha sido el resultado de las situaciones que están enfrentando en su vejez, más que de prácticas a lo largo de su curso de vida. En otros términos, se hace evidente la distancia entre estilos y prácticas de prevención que en acciones impuestas por mitigación o contención de consecuencias, señaladas especialmente por profesionales de la salud.

Tenemos que ser conscientes de que nos tenemos que cuidar, porque si nosotros nos resbalamos, nos aporreamos y ya en la edad que tenemos va a ser más difícil soldar los huesitos que cuando estábamos niños, los niños sanan muy fácil, nosotros los adultos no sanamos tan fácil, nos demoramos mucho

en recuperarnos, entonces debemos de cuidarnos en eso, cuando caminamos, cuando vamos a hacer ejercicio. (Manizales, grupo focal, 2017).

Además expresaron una preocupación no sólo por cuidar de la salud física sino también de la salud mental: “Con ejercicio físico, pero también con pensamientos positivos” (Samaná, comunicación personal, 2017). “Cuidarse uno mismo es quererse uno mismo, para exteriorizar un bienestar de salud, de espiritualidad y, sobretodo, la salud. Si uno tiene buena salud no tiene problemas” (La Dorada, comunicación personal, 2017). “Haciendo crochet, leyendo, bordando, eso es bueno, los crucigramas. Hay que poner la mente a trabajar, hay que mantenerla funcionando” (La Dorada, comunicación personal, 2017).

A manera de fijación conceptual respecto a los procesos de cuidado y autocuidado en las personas adultas mayores consultadas en el departamento de Caldas, puede identificarse una correspondencia con la visión de protección y de garantía sobre unos mínimos vitales respecto a las condiciones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales; lo que se traduce en términos de Leininger en conservar y mantener la estructuración de un sentido de vida (Muñoz y Vásquez, 2007).

5.5. Organización social del cuidado

Tal como se mencionó, la Organización Social de Cuidado (OSC) describe el modo en que diferentes actores sociales participan en la resolución de las necesidades de cuidado e involucra la distribución del trabajo de cuidados que se realiza al interior de los hogares, en donde priman el trabajo de cuidados no remunerado (directo e indirecto) y las divisiones sexuales de trabajo que surgen en este, y la conciliación entre el trabajo de cuidados y el productivo (Cetré, 2015).

De acuerdo con Naciones Unidas y la CEPAL, el cuidado es un bien público esencial para el funcionamiento de las sociedades, un derecho fundamental, un pilar de la protección social, una necesidad en diversos momentos del ciclo de vida, así como un aspecto clave de la agenda de igualdad de género (Naciones Unidas, 2018). En América Latina, la forma en que se provee origina desigualdades profundas. Estas se expresan en una organización social que asigna a las mujeres el trabajo de cuidado remunerado y no remunerado, con frecuencia, a expensas de su bienestar, oportunidades laborales y protección social, bajo la ausencia de respuestas públicas suficientes y adecuadas para quienes requieren de cuidado y sus cuidadoras, y una oferta de mercado sumamente segmentada (Rico y Robles, 2016). Recientemente, se observa un cambio en este panorama y las políticas de cuidado comienzan a figurar de manera más explícita en la normativa internacional y regional aún en construcción, asimismo se evidencia una naciente institucionalidad.

En este apartado se plantean tres aspectos importantes en torno a la organización social del cuidado: en primer lugar el contexto normativo y de políticas públicas, en segundo lugar la medición del trabajo no remunerado de cuidados a partir de la encuesta de uso del tiempo y, finalmente, un panorama de los cuidadores familiares e institucionales en Colombia.

5.5.1. Contexto normativo y de políticas públicas

5.5.1.1. Contexto internacional

La respuesta a las demandas de receptores y proveedores de cuidado, considerando el rol garante del Estado en la organización social del cuidado, es un desafío ineludible (Rico y Robles, 2016). Pese a ello, y aunque esta problemática ha figurado de manera extensa en los debates del movimiento feminista y de académicas a nivel mundial en América Latina, la generación de políticas públicas que garanticen el ejercicio del derecho al cuidado, que implica el acceso a cuidados oportunos y de calidad a las personas que los requieran y el resguardo de los derechos de las personas cuidadoras a cuidar, auto-cuidarse

y a no cuidar (Marco y Rico, 2013; Pautassi, 2007), todavía no tiene el suficiente desarrollo.

El concebir el cuidado como un bien público cuya responsabilidad trasciende el ámbito familiar, y como una realidad relacional entre personas cuidadas y personas que cuidan, es posible definir a las políticas públicas de cuidado

Como aquellas destinadas a garantizar el bienestar físico y emocional cotidiano de las personas con algún nivel de dependencia, a la vez de intervenir sobre la organización social del cuidado, consagrando los derechos al cuidado, abordando sus riesgos y necesidades y contribuyendo al logro de la igualdad sustantiva. (Rico y Robles, 2016, p. 13).

Estas políticas tienen efectos sobre la distribución de responsabilidades entre Estado, mercado, familias y comunidades a través de configuraciones determinadas del bienestar. Al mismo tiempo, tienen implicaciones directas en materia de igualdad de género, por ejemplo, a través de medidas que busquen incentivar la corresponsabilidad del cuidado entre hombres y mujeres o que garanticen acceso universal a servicios de cuidado. Por el contrario, estas políticas podrían también conllevar efectos adversos para la igualdad de género si, en su diseño, refuerzan orientaciones maternalistas que mantienen su responsabilidad primaria a cargo de las mujeres (Blofield y Martínez, 2014, 2015).

Además, al partir de la base de que las políticas de cuidado son eminentemente multidimensionales y requieren esfuerzos multi e inter sectoriales, se ha comenzado a discutir en América Latina la noción de políticas integradas de cuidado, entendidas como “el conjunto de acciones públicas y privadas que se desarrollan de forma articulada para brindar atención directa a las personas y a las familias en el cuidado de su hogar y de sus miembros” (Salvador, 2011, p. 17)

A partir de los análisis de la CEPAL, es posible establecer que las diversas propuestas en la región enfatizan que las políticas deben considerar que los cuidados se desenvuelven tanto al interior como fuera del hogar, de manera remunerada y no remunerada y por diversos actores, entre los que se incluyen las cuidadoras, el sector privado, la comunidad y la oferta pública estatal y no estatal. A su vez, resaltan que las políticas de cuidado deben dirigirse simultáneamente a diferentes poblaciones, incluyendo a quienes los necesitan y proveen (Marco, 2007; Marco y Rico, 2013; Huenchuan, 2014). Asimismo, en el caso de las poblaciones en situación de dependencia, la oferta de políticas debe organizarse conforme a los distintos niveles de dependencia identificados (Salvador, 2011).

De otro lado, algunas de estas propuestas estructuran las políticas de cuidado en función de sus objetivos. Huenchuan (2014) identifica como parte de las prestaciones orientadas a las personas cuidadoras aquellas que buscan: 1) apoyarlas en la conciliación del trabajo de cuidado no remunerado y el trabajo remunerado, 2) mejorar su bienestar físico y mental y, 3) garantizar sus derechos.

Asimismo, Blofield y Martínez (2014), al analizar políticas de conciliación entre trabajo remunerado y familia, las clasifican en tres grupos: 1) políticas secuenciales asociadas a la protección de ingresos, del empleo y de personas cuidadoras, 2) políticas desfamiliarizadoras que reorientan la provisión del cuidado desde las familias y las mujeres hacia el Estado y 3) políticas regulatorias hacia el empleo doméstico en el sector del cuidado.

Desde otra óptica, tres dimensiones que estructuran las políticas de cuidado: los tiempos, los recursos económicos y los servicios para cuidar y recibir cuidados (Ellingstaeter, 1999; Lamaute-Brisson, 2010; Pautassi, 2007).

Con base en estas consideraciones y a partir del análisis de diversas propuestas, la CEPAL ha adoptado un enfoque que combina bidimensionalmente la existencia de políticas en las dimensiones de tiempo, recursos monetarios,

servicios y regulación del cuidado y la atención de estas políticas a sus distintas poblaciones, considerando un enfoque de igualdad de género y de derechos en su diseño (ver Figura. 64).

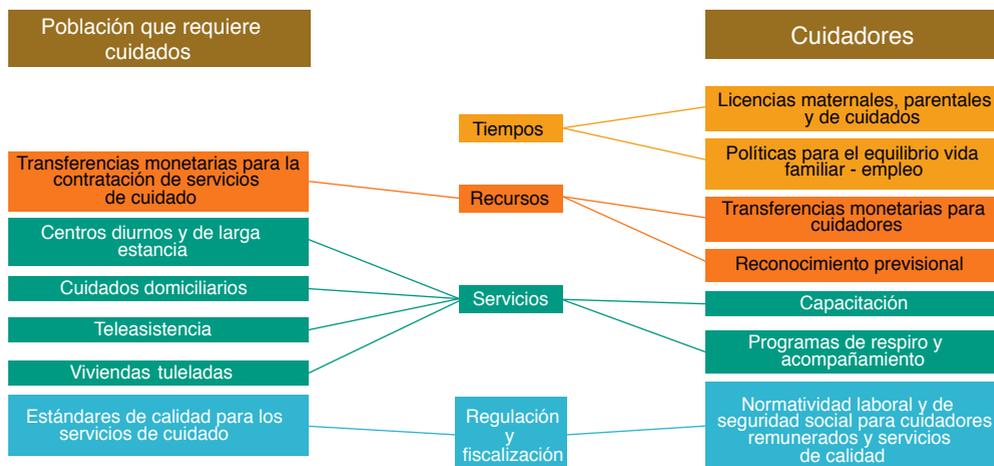


Figura 64. Componentes de una política integrada de cuidado.

Fuente: Rico y Robles, 2016.

Desde una mirada internacional existe un amplio marco legal que fundamenta los derechos de la persona adulta mayor. El derecho al cuidado hace parte de uno de los cinco principios promulgados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1991) en favor de las personas mayores y tiene diferentes expresiones en los países latinoamericanos. En algunos países, los derechos de los mayores se establecen como una garantía particular (Colombia, Cuba, Ecuador, Honduras, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela), en otros países forman parte de la protección hacia otros grupos vulnerables o frágiles como son los niños o las mujeres, o bien se incluye el cuidado de las personas mayores en el contexto más amplio de la protección de la familia (Huenchuan, 2004, 2009).

El análisis del marco normativo en América Latina permite constatar que el derecho al cuidado como tal no está tipificado de manera explícita en ninguno de los instrumentos de derechos humanos existentes y que el reconocimiento de las políticas y del trabajo remunerado y no remunerado de cuidados aparece en diversos instrumentos de esta índole, sin existir uno que unifique sus diferentes expresiones (Rico y Robles, 2016). La región tiene desafíos considerables, se parte de una base que aunque precaria ya ha dado sus primeros pasos en torno a diversidad de programas y es necesario avanzar en respuestas integradas y no fragmentadas y sectoriales.

5.5.1.2. Contexto colombiano

De manera específica en Colombia, el sujeto de cuidado ha pasado de ser objeto de una mirada individual (la vejez como condición individual) a una mirada poblacional y universal, (como una condición que involucra a todo ser humano). Además, el sujeto se nombra de manera diferente. Se ha pasado de hablar del “anciano” o “los ancianos” que experimentan la condición de “ancianidad”, como se hace en el Decreto 2011 de 1976, a identificar un proceso colectivo y universal: el envejecimiento. Aquellos que actualmente experimentan este proceso se definen como “población adulta mayor” tal como lo hace la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. En el camino se han ido dando otras formas de identificación del sujeto intervenido: la Ley 687 de 2001 usaba la expresión “tercera edad” al tiempo que conservaba el término “ancianos”, usándolas como sinónimos, y la Ley 1251 de 2008 habla de adultos mayores (también conservando el término “ancianos”). En ambos casos se concibe a las personas mayores como una especie de población aparte, como si la tercera edad o los adultos mayores experimentaran una condición exclusiva de un grupo determinado, sin proponer, como sí lo hace la Política Nacional de Envejecimiento, que es una condición que todos los individuos experimentan y que, por tanto, incumbe a todos.

Las categorías de cuidado y de cuidadores también han emergido hace poco tiempo. El Decreto 2011 de 1976 y la Ley 687 de 2001 hablan de “servicios” para referirse a actividades como dar albergue, alimentar o cuidar la salud de los “ancianos”. Se trata de normas que regulan las funciones y responsabilidades de las instituciones que se ocupan de los “ancianos” y que no toman en cuenta a las personas que se dirigen a esos servicios. En este sentido “los ancianos” son concebidos en estas leyes como sujetos pasivos, objetos de intervenciones por parte de instituciones que les suministran servicios para satisfacer necesidades básicas (alimentarse, dormir, tener un techo). Ya en la Ley 1251 de 2008 se evidencia un cambio, a la par de que se habla ahora de adulto mayor, se le reconoce su experiencia y se le concibe como persona que puede participar activamente en la vida social. De la pasividad de un sujeto que recibe servicios, se llega aquí a un sujeto activo que tiene los mismos derechos de cualquier ciudadano. Al mismo tiempo, en esta Ley 1251 de 2008 emerge una distinción entre “atención” y “cuidado”. La “atención” se asocia a la oferta institucional de protección de los adultos mayores, es decir, a los planes, programas o sistemas que deben estar dispuestos o “atentos” a ofrecer protección a los adultos mayores; el “cuidado”, en cambio, se refiere a prácticas concretas que implican interacción directa con el adulto mayor. En este sentido, por ejemplo, la Ley define “instituciones de atención” o señala que estas deben contar con un “Plan de Atención de Emergencias Médicas”; pero al hablar de cuidado lo asocia a situaciones como el cuidado de la salud, el cuidado del entorno o el autocuidado (Calzada, 2016).

No obstante, es llamativo que normas posteriores como la Ley 1276 de 2009 y la 3151 de 2009 no hayan consolidado el uso de las expresiones “cuidado” y “cuidadores”, pese a ser normas que regulan específicamente la atención a los adultos en las instituciones dedicadas a ello. Estas dos leyes vuelven a usar de manera predominante la expresión “atención” para referirse tanto a los servicios que prestan las instituciones como a las prácticas concretas de cuidado a las personas mayores.

Por el contrario, la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez sí se ubica en este punto en línea de continuidad con la Ley 1251 de 2008. “Atención” se refiere en la Política Nacional al entramado institucional de planes y programas que deben “atender” a la población adulta mayor, mientras que “cuidado” se refiere a prácticas concretas. El “cuidado” en la Política Nacional se refiere a lo que hacen los “cuidadores” en su trato directo con los adultos mayores: cuando, por ejemplo, un cuidador realiza una actividad con un adulto mayor que desarrolla sus competencias para cuidarse a sí mismo (autocuidado) está “cuidando” del adulto mayor no prestándole un “servicio” u ofreciéndole “atención” (Calzada, 2016).

En este sentido, el “cuidador” es una figura de reciente aparición en la mirada estatal. De hecho, “los servicios” y la “atención” contemplados por normas anteriores a la Ley 1251 de 2008 no precisan qué personal debe ser el encargado de proveer esos “servicios” o prestar esa “atención”. En esas normas anteriores estas funciones aparecen como responsabilidades de las instituciones, pero no disponen concretamente *quiénes* y en qué condiciones deben hacer ese trabajo de las instituciones. La Ley 1251 de 2008 explícitamente reconoció la existencia de cuidadores formales e informales, al tiempo que abría el camino para la formalización y cualificación de las labores de cuidado.

Las leyes 1276 de 2009 y 1315 de 2009 son las que desarrollan específicamente el objetivo estatal de formalizar el cuidado de las personas mayores, mostrando que el Estado tiende a decantarse por apoyar la figura del cuidador formal. Estas dos normas, complementadas por la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, son las que marcan la importancia de ciertas profesiones y saberes para el cuidado de las personas mayores (ciencias de la salud, terapias, psicología, trabajo social, educación física, recreación) tanto a nivel profesional como técnico. Estas dos leyes, junto a la 1251 de 2008 y la Política Nacional, son significativas porque muestran la aparición simultánea –en la mirada estatal– de la figura del “cuidador”, de los cuidados concebidos como una intervención guiada por saberes (gerontología, geriatría) y técnicas, y de la población mayor como sujetos de derechos y participantes activos en la vida social (Calzada, 2016).

De otro lado, del monopolio exclusivo del Estado se ha pasado a una responsabilidad compartida por la sociedad como un todo, por la familia y por el propio adulto mayor, a quien se le asignan responsabilidades de autocuidado tanto en la Ley 1251 de 2008 como en la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. La responsabilidad del Estado ha cambiado entonces desde la provisión exclusiva de servicios de atención hacia la regulación y coordinación de una responsabilidad colectiva. Al mismo tiempo la mirada estatal se disemina también a nivel territorial manifestando los procesos de descentralización de la atención de la población adulta mayor (Calzada, 2016).

A pesar de lo anterior, Colombia cuenta con una herramienta de especial importancia, la Ley 1413 de 2010, llamada Ley de Cuidado, que abre la discusión sobre la medición de la economía del cuidado en el país al regular la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas. Contempla dentro de su articulado la creación de la Cuenta Satélite para la Economía del Cuidado. Esta Ley no solo sirve para poner en la agenda pública nacional el tema del cuidado, sino que establece un mecanismo para medir su aporte al Producto Interno Bruto (PIB) y establece la realización de una Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT), herramienta fundamental para lograr establecer las cargas de cuidado a las que se ve avocada la población (y en particular las mujeres). A su vez, da definiciones y orientaciones que caracterizan los productos derivados de ella que se encuentran en el Plan de Desarrollo de 2015 y en la construcción del Sistema Nacional de Cuidado SINACU. Este último se encuentra en una fase avanzada de construcción, encabezado por el Departamento Nacional de Planeación, subdirección de género, en la cual participan activamente, por diferentes medios, ministerios como Salud, Trabajo, Educación y Hacienda e instituciones como el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

De manera paralela, la Ley Estatutaria, que modificó la Ley 100 de 1993 que tiene como objetivo regular el Sistema Integral de Seguridad Social, abre la posibilidad de establecer planes complementarios que contemplen el cuidado. En el artículo 141 establece que los servicios que prestan las cuidadoras y los cuidadores al interior del hogar relacionados con el auto cuidado y mutuo cuidado de la salud de todos los miembros del hogar, serán registrados en las cuentas nacionales de salud de manera periódica y pública, según los criterios que defina el DANE.

5.5.2. La medición del trabajo no remunerado de cuidados: las encuestas de uso del tiempo

Los análisis sobre el uso y la distribución del tiempo se han llevado a cabo sobre tres líneas de investigación principales: la sociopolítica, interesada en conseguir cambios sociales; la humanística, interesada en la comprensión filosófica y antropológica de la temporalidad, y la empírica, especialmente interesada en las técnicas de medición de la distribución del tiempo en la cotidianidad de las personas y los hogares (Durán como se citó en CEPAL, 2018). Las encuestas sobre el uso del tiempo son la fuente de información idónea para el análisis exhaustivo de todas las formas de trabajo dado que miden la cantidad de tiempo, en horas diarias o semanales, que las personas invierten en la realización de diversas actividades vinculadas al trabajo doméstico y de cuidados, al trabajo remunerado, al trabajo para la comunidad y al trabajo voluntario.

Tal como se ha venido insistiendo a lo largo de este capítulo, en América Latina y el Caribe la estructura productiva, los roles de género y la configuración de las familias, han arraigado profundas diferencias en la distribución del tiempo de los hombres y las mujeres. De ello se derivan desigualdades en términos de oportunidades para el desarrollo personal y laboral. El análisis de la información que proporcionan las encuestas sobre el uso del tiempo ha permitido identificar los patrones desiguales de distribución y cuantificar la asignación del tiempo a las actividades cotidianas. Además, establecer las condiciones que afectan la distribución del tiempo, así como su asignación a

determinado tipo de tareas de acuerdo a las regulaciones del sistema patriarcal en el interior de las familias y al orden de género dominante en el ámbito público, visibilizando estadísticamente el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado y sus efectos sobre la vida de las mujeres y sobre las relaciones de género. A través del trabajo, el tiempo se convierte en bienes y servicios con un valor monetario que constituyen un aporte al bienestar de la sociedad; las encuestas de uso del tiempo proveen importantes insumos para dicha valoración (CEPAL, 2018).

En Colombia, la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) basa su estructura conceptual en la separación de las actividades humanas en dos grandes grupos: las actividades de trabajo y las actividades personales, a su vez, siguiendo la estructura del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN), las actividades de trabajo se separan en dos grandes grupos: el trabajo incluido en la frontera de producción del SCN (actividades productivas) y el trabajo que se encuentra por fuera de dicha frontera que incluye actividades de servicio doméstico, actividades de cuidado y trabajo voluntario.

Los resultados de la ENUT (2018) muestran que el tiempo diario promedio dedicado por las mujeres al trabajo no comprendido en el SCN fue de 7 horas 14 minutos, disminuyendo en 9 minutos diarios respecto al año 2012-2013. Los hombres dedicaron a estas actividades un tiempo diario promedio de 3 horas 25 minutos, con un incremento de 15 minutos con relación al año 2012-2013.

En el total nacional, entre 2016 y 2017, los hombres registraron una participación de 62,0% en actividades de trabajo no comprendido en el SCN y las mujeres una participación de 89,5%. En el periodo 2012-2013 estas participaciones fueron 63,1% y 89,4%, respectivamente.

| Actividades de trabajo no comprendido en el Sistema de Cuentas Nacionales | Mujeres | | | | Hombres | | | |
|---|---------------|-----------|-------------------------|-------------------|---------------|-----------|-------------------------|-------------------|
| | Participación | | Tiempo por participante | | Participación | | Tiempo por participante | |
| | 2012-2013 | 2016-2017 | (hh:mm) 2012-2013 | (hh:mm) 2016-2017 | 2012-2013 | 2016-2017 | (hh:mm) 2012-2013 | (hh:mm) 2016-2017 |
| Suministro de alimentos a miembros del hogar | 72,4 | 74,4 | 02:09 | 02:03 | 22,1 | 24,9 | 00:56 | 00:58 |
| Mantenimiento de vestuario para las personas del hogar | 40,0 | 38,0 | 01:18 | 01:15 | 8,9 | 9,1 | 00:43 | 00:44 |
| Limpieza, mantenimiento y reparación para el hogar | 68,5 | 68,9 | 01:17 | 01:20 | 33,4 | 34,2 | 00:56 | 01:01 |
| Compras y administración para el hogar | 26,8 | 23,6 | 00:50 | 00:55 | 22,2 | 20,7 | 00:49 | 00:55 |
| Actividades de cuidado con menores de 5 años pertenecientes al hogar | 16,4 | 16,3 | 01:23 | 01:29 | 10,9 | 10,5 | 01:14 | 01:21 |
| Cuidado físico a miembros del hogar | 22,8 | 20,9 | 01:16 | 01:23 | 4,4 | 3,8 | 00:38 | 00:43 |
| Apoyo a miembros del hogar | 9,3 | 8,6 | 01:17 | 01:22 | 4,3 | 3,6 | 01:02 | 01:09 |
| Voluntariado | 3,4 | 3,0 | 02:51 | 03:03 | 1,9 | 1,8 | 02:35 | 02:36 |
| Cuidado pasivo (estar pendiente) | 43,2 | 35,4 | 05:57 | 07:07 | 23,1 | 16,1 | 03:49 | 05:55 |
| Traslados | 20,1 | 13,6 | 00:25 | 00:26 | 16,8 | 12,3 | 00:27 | 00:26 |

Figura 65. Participación y tiempo en las actividades de trabajo no comprendido en el Sistema de Cuentas Nacionales por sexo, años 2012-2013 y 2016-2017.

Fuente: DANE-ENUT, 2018.

Según estos datos, las mujeres dedican mayor cantidad de tiempo que los hombres a las labores no comprendidas dentro del SCN. En contraste los hombres dedican mayor cantidad de tiempo a las actividades que sí comprende el Sistema de Cuentas Nacionales, dentro de las cuales la más relevante es el trabajo remunerado. En los resultados agregados se evidencia que las mujeres cuentan con una mayor carga general de labores no comprendidas en el SNC y en carga de trabajo en general. Esta tendencia se mantiene desde 2012-2013, las modificaciones no han sido significativas en los dos años de diferencia de los datos.

En cuanto a apoyo al hogar, conjunto de actividades que incluye: aconsejar o consolar a personas del hogar, ayudar con tareas o trabajos escolares, acompañar a citas médicas, odontológicas, urgencias, terapias u otras atenciones en salud y/o llevar o traer a personas del hogar al sitio de estudio, trabajo o a eventos culturales deportivos o recreativos, se encontró mayor participación de las mujeres en todos los grupos de edad. Aunque el porcentaje de personas mayores que participan en estas actividades es el menor, el tiempo dedicado supera al de los demás grupos de edad (ver Figura 66).

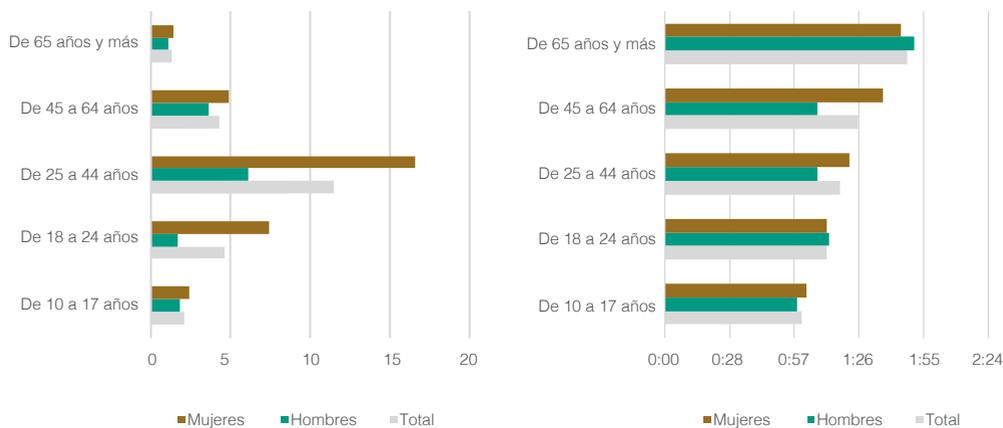


Figura 66. Participación y tiempo diario promedio de personas de 10 años y más, en apoyo a personas del hogar, en porcentaje y tiempo por participante según sexo y rango de edad, Año 2016-2017.

Fuente: DANE-ENUT, 2018.

En cuanto al cuidado físico de personas del hogar, que se refiere al conjunto de actividades que incluye alimentar a una persona o ayudarlo a hacerlo, bañar o vestir a una persona o ayudarlo a hacerlo, suministrar medicamentos y/o hacer terapias o dar tratamiento a enfermedades, el comportamiento es similar al anterior, cabe resaltar que el 70% de las mujeres entre 18 y 44 años realizan esta actividad, mientras en el mismo rango de edad solo el 20% de los hombres lo hacen. El tiempo dedicado también es mayor en ellas, aunque en el grupo de 65 y más años la diferencia en entre hombres y mujeres en el tiempo dedicado es menor.

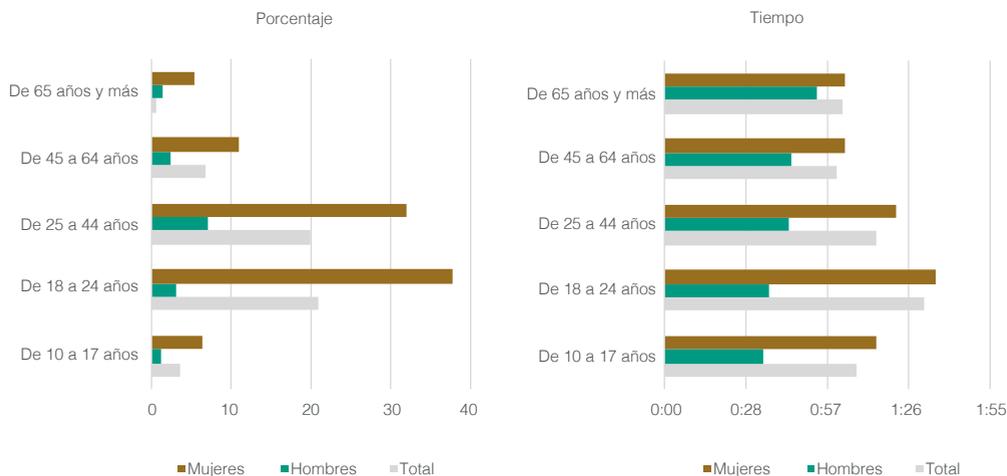


Figura 67. Participación y tiempo diario promedio de personas de 10 años y más en cuidado físico de personas del hogar según sexo y rango de edad, año 2016-2017.

Fuente: DANE-EUNUT, 2018.

El cuidado pasivo (estar pendiente) es la actitud de alerta, atención y preocupación por las actividades, estado anímico, de salud o necesidades de otra persona del hogar. Esta actividad puede ser presencial o no. En este aspecto, aunque se mantienen las diferencias en porcentaje de participación entre hombres y mujeres, los diferenciales en tiempo no son tan marcados en los diferentes grupos de edad (ver Figura 67). En actividades de cuidado pasivo (estar pendiente), la participación en mujeres y hombres se ubicó en 35,4% y 16,1% respectivamente, disminuyendo en 7,8 y 7,0 puntos porcentuales, sin embargo, el tiempo diario promedio aumentó en 1 hora 10 minutos y 2 horas 6 minutos respectivamente, con respecto a la medición anterior. Para el periodo 2016-2017, la participación de las mujeres y los hombres en las actividades de suministro de alimentos se estimó en 74,4% y 24,9%, esto es un aumento en 2,0 y 2,8 puntos porcentuales con respecto al 2012-2013.

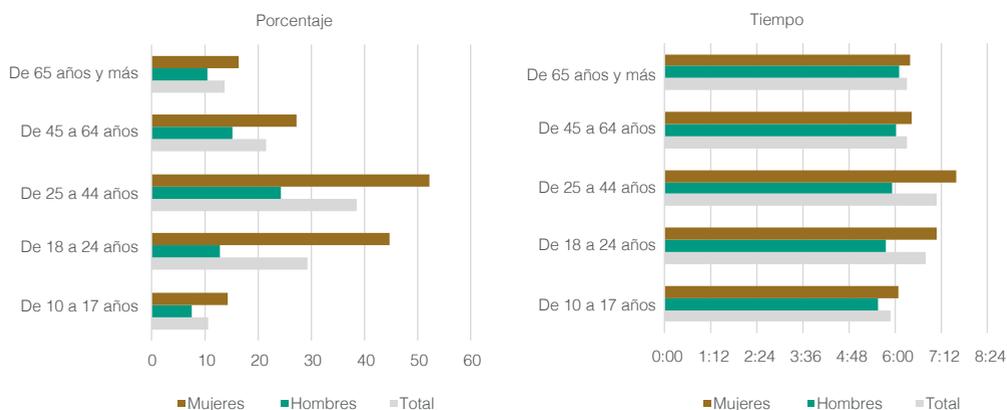


Figura 68. Participación y tiempo diario promedio de personas de 10 años y más en cuidado pasivo (estar pendiente) a personas del hogar según sexo y rango de edad, Año 2016-2017.

Fuente: DANE-ENUT, 2018.

En el periodo 2016-2017, en el total nacional, el 12,7% de las mujeres sintió que el tiempo no le alcanzó para realizar todas sus actividades. En el caso de los hombres este porcentaje fue del 8,1%.

La importancia de estos datos arrojados por la ENUT radica en evidenciar el claro carácter de género que tienen las labores de cuidado y el riesgo de sobrecargar a las mujeres con una doble jornada de trabajo (una dentro y otra fuera de sus hogares). En este sentido, también la división por labores en el hogar y la familia y la proporción dedicada por cada género –desde el dualismo masculino/femenino–, además de su promedio en horas, logra dar cuenta de una evidente disimetría³ en la relación de cuidado entre las mujeres y los hombres.

³ Se toma el concepto de disimetría de Paul Ricoeur (2008) entendiéndolo como la distribución desigual de la potencia de actuar.

Si bien con los datos de la ENUT es imposible determinar la situación del cuidado en las personas mayores, sí es de vital importancia para establecer la condición general del cuidado y su peso relativo en la economía y en el uso del tiempo de las personas. Además, la ENUT, como se mencionó antes, es un importante detonante de política pública y de agenda nacional en torno al cuidado.

5.5.3. El trabajo de cuidado

El trabajo de cuidado de las personas mayores cumple un rol importante dada su creciente demanda en el contexto de transición demográfica en el mundo y, en concreto, en América Latina y Colombia. Se ha afirmado que el cuidado contiene dimensiones que apuntan al mejoramiento del entorno y, en general, de la calidad de vida de las personas. Sin embargo, los estudios sobre el trabajo del cuidado señalan que esta ha sido una labor relegada a un segundo plano; en su gran mayoría al espacio de lo privado, de lo doméstico y femenino. En consecuencia, el cuidado en general no ha estado presente en las agendas de la construcción de lo público, pese a la gran importancia de su papel dentro de la sociedad.

El valor social del trabajo de cuidado es indiscutible y, pese a esto, el cuidado de ancianos es uno de los trabajos más devaluados en la esfera social; el cuidado de personas dependientes se ha ubicado por tradición en los espacios privados, se ha hecho invisible y no siempre se remunera porque no se considera una labor productiva. Incluso, se sugiere que la remuneración de este trabajo es principalmente voluntaria y es mal visto cuando el cuidador demande un aumento salarial.

De otro lado, el trabajo de cuidado en la forma como se presenta en nuestras sociedades tiende a reforzar la imagen de decrepitud y deterioro de las personas mayores por cuanto visibiliza la dependencia de quien recibe dicho cuidado y expone tal actividad como una carga para la familia y la sociedad. El trabajo del cuidado y la concepción prevaleciente de la vejez refuerzan mutuamente su devaluación social (González, 2014).

Así, como se ha señalado a lo largo de este documento, la familia es el principal proveedor de cuidados a las personas adultas mayores. Dentro de este ámbito han sido las mujeres quienes han asumido esta tarea, en un principio las de edad mediana, y cada vez con mayor frecuencia las de edad más avanzada. Las diferencias de género no solo son evidentes en la proporción de mujeres y hombres que asumen el papel de personas cuidadoras, también existen diferencias en las propias características del cuidado que prestan. Las mujeres cuidadoras asumen con mayor frecuencia los cuidados de atención básicos e instrumentales, y están más implicadas en las tareas de acompañamiento y vigilancia.

En este apartado se incluye un acercamiento al trabajo de cuidado desde dos perspectivas: los cuidadores familiares o informales, remunerados o no y los cuidadores formales, a partir de los resultados de estudios nacionales, ante la ausencia de investigaciones regionales y locales.

5.5.3.1. Cuidadores familiares

Uno de los componentes de la encuesta SABE Colombia (2016) da cuenta de las personas cuidadoras familiares y las define como aquellas que brindan apoyo, en forma de supervisión, dirección o asistencia para la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), a fin de compensar las necesidades de una persona mayor sujeto de cuidado. Pueden tener o no vínculo de parentesco, asumen la responsabilidad del cuidado, participan de la toma de decisiones y ofrecen el cuidado en el entorno familiar (Rogerio, 2010).

En esta población encuestada, el 83,9% eran mujeres, el promedio de edad fue 49 años (18 - 88 años) y el 16,7% tenían 60 o más años (personas mayores que cuidan personas mayores). Entre las mujeres cuidadoras se encontró similar proporción de solteras (27,3%) y casadas (27,7%), en tanto que en los hombres la mayor proporción es solteros (40,8%). Los resultados muestran que en más de la mitad de los casos (58,2%) son los hijos, independientemente del sexo, quienes cuidan de las personas mayores. El tiempo que llevan realizando

labores de cuidado está entre 6 y 60 meses, la mitad lo ha realizado durante 5 años o menos. Más de la mitad (61,3%) vive con los hijos, solo el 1,5% vive solo y el 76,1% vive con la persona adulta mayor a quien cuida.

Los hijos, y especialmente las hijas, son los principales agentes familiares que brindan cuidado a las personas mayores en Colombia. Las razones se encuentran en el peso simbólico de la pertenencia parental y de manera más directa en la vinculación filio parental como una manera de compensar y retribuir el cuidado parento filial. El hogar parental se constituye en el escenario familiar donde circulan y a la vez se naturalizan culturalmente los procesos de cuidado. Por lo tanto, no corresponder a esta expectativa o plantear una alternativa diferente como la institucionalización o los hogares geriátricos, se somete a la presencia de argumentos sobre la des familiarización del cuidado con el abandono o la falta de solidaridad y reciprocidad familiar, como también al reconocimiento de los cambios y transformaciones familiares que trae la individualización contemporánea y las opciones de autonomía e independencia de cada integrante de la organización familiar.

En cuanto a las características de cuidado, el tipo de cuidado que realizaban con mayor frecuencia fue ayudar a realizar actividades instrumentales de la vida diaria como administrar medicamentos, salir a la calle, hacer compras e ir al médico. Solamente el 12,5% prestaba cuidados especializados como manejo de sondas, equipos médicos o terapias específicas. Cuidados personales (AVD básico) lo hacían el 36% de los encuestados. Dos terceras partes de las personas cuidadoras familiares manifestaron que realizan las labores de cuidado por iniciativa propia y la distribución de esta y otras razones fue similar para hombres y mujeres. La dedicación diaria reportada para el cuidado oscila entre 1 y 24 horas, la mitad de ellos dedica 10 horas o menos diariamente a las labores de cuidado; la mayoría de las personas cuidadoras (87,2%) realizaron las actividades del cuidado todos los días, lo cual implica ausencia de tiempo libre o de ocio y conduce a sobrecarga. Cuidar a una persona mayor es una labor continuada que perdura en el tiempo.

El cuidado es, según la encuesta SABE, una interacción derivada de la pertenencia parental al grupo familiar. Es un proceso relacional que requiere disponibilidad de tiempo, prácticas que le dan contenido a rutinas y hábitos cotidianos y discursos que expresan los significados del cuidado familiar. Cuando la encuesta indaga sobre la motivación de las personas para cuidar, el 65,8% de las mujeres y el 60,1% de los hombres consideran que lo realizan porque es su obligación. Con esto traducen el peso cultural de la reciprocidad, la solidaridad, la cooperación inherente a la pertenencia parental, aunque aseguren realizarlo por iniciativa propia. Lo anterior sugiere la validación de la familiarización del cuidado desde una “ideología familística” (Barret y McIntosh, 1992) que orienta la obligación de cuidar y atender a quienes son sus anteriores en línea ascendente de filiación y parentalidad. Es decir, es una manera de simbolizar los valores altruistas de la pertenencia y el linaje.

Al indagar sobre las prácticas de cuidado y el reconocimiento que tienen dentro del mundo familiar, quienes cuidan consideran que tienen un reconocimiento y valoración. Además, el 64,3% de los cuidadores no refirió ninguna molestia frente a comportamientos específicos de las personas mayores, lo que permite afirmar que se presenta una disposición emocional de aceptación en el ejercicio del cuidado familiar hacia las personas adultas mayores.

Frente a las consecuencias en términos de tiempo de ocio y consecuencias profesionales y económicas, se hacen visibles otros asuntos. El 62,4% de las mujeres y 71,7% de los hombres expresan no tener tiempo para sí mismos; en otros términos se confunde el significado del auto cuidado. Con base en la interpretación de los datos que se presentan en la siguiente figura, se puede derivar la paradoja que presentan las mujeres cuidadoras. No obstante, en la “feminización del cuidado” (Faur, 2014), tan caro a la valoración patriarcal de la labor de las mujeres, es evidente la manera como se expresa tensión y rechazo a la carga cultural de las mujeres como cuidadoras; se enuncia el conflicto con la pareja por la restricción de tiempo para sí misma (Murillo, 2006), no poder salir de vacaciones y reducir la disponibilidad de ocio y descanso.

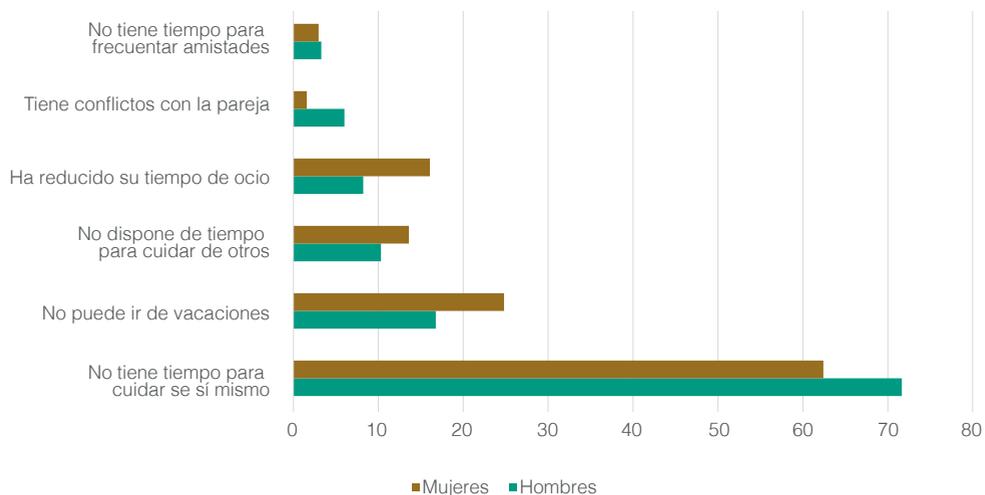


Figura 69. Consecuencias del cuidado.

Fuente: SABE Colombia: cuidados y personas cuidadoras (2016).

En lo que respecta a las consecuencias económicas y profesionales, aunque un poco más de la mitad de los encuestados acusan no haber tenido ningún tipo de inconveniente económico o profesional por el cuidado (54% mujeres y 54,9% hombres), resaltan los problemas económicos (19,6% hombres y 21,9% mujeres) y la reducción de la jornada de trabajo (especialmente en hombres con 17,9% frente a 9,5% de las mujeres). Un porcentaje importante expresa haber tenido que dejar de trabajar (13,6% mujeres y 13% hombres) o no poder trabajar fuera de casa (16,4% mujeres y 14,1% hombres).

Finalmente, los hallazgos de SABE Colombia reiteran la feminización del cuidado desde cierto “intuicionismo natural” sobre el cuidado a las personas adultas mayores, especialmente por parte de las mujeres, en contravía a los requerimientos de un saber experto sobre el cuidado hacia las personas mayores.

Se ha mencionado que los requisitos para ser cuidadora “ideal” son “virtudes femeninas”, ubicación de la mujer como responsable de atender el hogar y la familia y ser dulce, noble, cariñosa y amorosa en el trato. Estos elementos se definen ampliamente en la literatura como la “feminización del cuidado” (Arango y Molinier, 2011; Pineda, 2011, 2015; Hirata y Araujo, 2012).

Las personas cuidadoras familiares en los 125 municipios visitados tienen características similares a las compartidas por otros estudios; en términos generales el perfil de estas personas corresponde a mujeres en edad productiva dedicadas en su mayoría a las tareas y oficios del hogar, con una pobre protección socioeconómica, en su mayoría hijas o cónyuges de la persona que demanda el cuidado, dedican siete días a la semana y conviven con la persona cuidada, sin capacitación ni formación para cumplir con su tarea y con poco apoyo por parte del Sistema de Salud o del Estado.

La encuesta SABE contiene datos relacionados con la prevalencia de un saber lego y espontáneo, brindado no solo en la familia sino también en algunas instituciones. Los recursos de la disposición emocional, la imposición de obligaciones familiares, las estrategias de lecturas autodidactas, o mediante redes de apoyo comunitario, despliegan de manera significativa el desarrollo del cuidado hacia las personas adultas mayores.

Otro estudio, La Misión Colombia Envejece (Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, 2015) en su capítulo “Las personas mayores: cuidados y cuidadores” caracteriza las necesidades de cuidado de la población mayor en Colombia. Se complementa con la encuesta SABE en la medida que, con un enfoque más médico, busca las principales necesidades clínicas de cuidado que requieren las personas mayores, con mayor énfasis en su perfil epidemiológico y el tipo de cuidado que implican las enfermedades crónicas no transmisibles.

Como parte de sus hallazgos, Misión Colombia Envejece (MCE) plantea que el envejecimiento poblacional acrecienta las cargas de cuidado asociadas con la vejez en los actores que están brindando el cuidado. De la mano de esto, se

modifica el perfil epidemiológico de los países en este proceso, que pasan de una prevalencia de las enfermedades agudas a un perfil con más componentes de enfermedades crónicas no transmisibles. Argumentan además, que por esta misma vía, la transición demográfica contempla la reducción de la tasa de natalidad que propicia familias más pequeñas y donde las cargas de cuidado de los mayores se reparten entre menos individuos. A su vez, la inserción de la mujer en el mercado laboral también reduce su capacidad de dar cuidado en el ámbito familiar o la carga de la necesidad de ejercer una “doble presencia” (Arango & Molinier, 2011), que se caracteriza por su doble jornada de trabajo, una laboral y una del cuidado.

Los resultados de este estudio coinciden con la encuesta SABE Colombia, en cuanto a que en todos los grupos se hace mayor referencia al cuidado como carga, especialmente en de los grupos focales de 40 a 60 años, en los grupos de las zonas rurales y en los grupos de víctimas, y esta responde a la dificultad del cuidador de conciliar su tiempo y sus recursos con la atención de las necesidades de cuidado.

Según MCE (2015) las personas mayores se resisten a transferir la carga de su cuidado a sus familiares, pues reconocen que su grado de dependencia exige una serie de recursos económicos y psicológicos de los familiares y un esfuerzo adicional para poder conciliar sus obligaciones y responsabilidades cotidianas. A esto se añade la percepción de que sus potenciales cuidadores deciden asumir cada vez menos las cargas de cuidado, lo cual se asocia con la noción de abandono que, a su vez está relacionada con institucionalización.

Los resultados del análisis de este estudio muestran que las familias o los potenciales cuidadores están dispuestas a asumir la carga del cuidado en compensación a las ayudas económicas o domésticas que las hoy personas mayores les prestan o les prestaron en el pasado, como un acto de retribución y una expectativa de reciprocidad intergeneracional. Concluyen que las relaciones de cuidado en la familia son intergeneracionales. En las zonas rurales se da entre las personas mayores y sus padres, y en las zonas urbanas entre

las personas mayores y sus nietos. Estas experiencias son percibidas como positivas y como una fuente de satisfacción.

MCE destaca que existe una oferta institucional pública de cuidado administrada con recursos provenientes de la estampilla establecida por la Ley 1276 de 2009. No obstante, esa oferta es insuficiente y está geográficamente restringida a las zonas urbanas, lo que acrecienta la vulnerabilidad de los mayores que habitan las zonas rurales. En los lugares favorecidos con este tipo de cuidado hay descontento por la deficiente calidad en los centros públicos y con los precios de los llamados hogares privados.

A partir del análisis del mercado laboral un estudio reciente estima que, si bien hay algunos hombres que participan o se dedican al cuidado, este en general recae en cuatro grupos diferenciados de la población femenina (Pineda, 2011, 2015):

1. Mujeres pobres que no participan del mercado laboral, tienen altas condiciones de vulnerabilidad y relaciones de dependencia económica, por tanto los hogares son la principal fuente de cuidado; asimismo, es sobre estas mujeres que se deposita la mayor carga de cuidado de las personas mayores. Esa denominada “población económicamente inactiva”, es decir las “amas de casa”
2. Trabajadoras asalariadas en las ocupaciones de menores niveles salariales, en su mayoría en el sector formal para quienes aplica el análisis de la “doble jornada”, la cual surge de la insuficiencia de ingresos para contratar servicio doméstico o tercerizar el cuidado de la casa y en segundo lugar de la segregación ocupacional que las lleva a concentrarse en ocupaciones y actividades de servicio y comercio de baja remuneración con jornadas de tiempo más parcial y flexible para poder combinar con el trabajo doméstico.
3. Trabajadoras independientes de las actividades informales de subsistencia, generalmente trabajan en sectores informales y ventas (ventas callejeras y microempresas), desarrollan sus actividades en el mismo sitio para combinar el trabajo productivo con el trabajo de cuidado.

4. Trabajadoras del servicio doméstico remunerado, se dedican en forma exclusiva al servicio del cuidado. Las relaciones de servidumbre se continúan presentando como parte de los patrones culturales que discriminan por razones de clase, género, etnia que ven el cuidado como una actividad de menos estatus y como vocación natural femenina.

En ausencia de respuestas públicas suficientes y adecuadas para hacer frente a las demandas de cuidado y ante la escasa y segmentada oferta de servicios de cuidado provistos por el mercado o la sociedad civil, las estrategias económicas y socioculturales se asientan sobre la división sexual del trabajo y, por tanto, sobre graves desigualdades entre la disponibilidad de tiempo, recursos y responsabilidades (en cuanto a las personas dependientes) de hombres y mujeres (Rico y Robles, 2016). Esto pone sobre la balanza la situación socioeconómica de los hogares: mientras que hogares de mayores ingresos pueden resolver sus necesidades de cuidado contratando los servicios de terceros, supone una barrera para los hogares de bajos ingresos o situación de pobreza dada su menor disponibilidad de recursos y su alta necesidad de cuidado, si se tienen en cuenta que son hogares con mayor índice de fecundidad y presencia de adultos mayores (Fundación Saldarriaga Concha y Fedesarrollo, 2015).

5.5.3.2. Cuidadores institucionales

Un estudio llevado a cabo por el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) con el fin de investigar sobre la situación de las personas cuidadoras institucionales (cuidadores formales) de personas mayores en el área urbana de cuatro ciudades (Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla) definió el término persona cuidadora institucional como aquella que labora en las Instituciones de Protección Social (ancianato, hogar, dormitorio, centro de bienestar, albergue) e Instituciones de Protección Social (Centro Día y Centro Vida) que ayudan a realizar Actividades de Vida Diaria (AVD) básicas instrumentales y avanzadas. Se incluyeron 194 instituciones durante el recorrido de las cuatro ciudades en las cuales se aplicaron 536 encuestas, se hicieron en promedio tres

visitas por institución para cumplir con el propósito de encuestar a todas las personas cuidadoras institucionales vinculadas.

Los resultados muestran que la mayoría son mujeres solteras, con edades entre los 29 y 39 años, con nivel de escolaridad técnico, sin formación en cuidado, la mayoría tiene un contrato de prestación de servicios y cotiza al sistema de seguridad social, pero solo una pequeña proporción lo hace al régimen de pensiones, a la caja de compensación y a las aseguradores de riesgos laborales. Las problemáticas reportadas son largas jornadas de trabajo, alto nivel de estrés y desproporción entre la demanda de trabajo versus la capacidad de respuesta. Hay un gran desconocimiento sobre los marcos normativos en torno a la carga laboral, jornadas de trabajo, turnos y la cantidad de personas mayores por cuidador.

La normatividad en Colombia no reconoce ni visibiliza la labor de los cuidadores institucionales de personas mayores, de manera que una persona puede ejercer las labores de cuidado en una institución sin que medie una norma que regule la formación o el tipo de vinculación, permitiendo que se presenten situaciones de prácticas inapropiadas por desconocimiento y de condiciones irregulares de formas de trabajo. Una reglamentación precisa permite realizar acciones de vigilancia y control que garanticen labores de cuidado de personas mayores con la especificidad que demanda esta población y las condiciones de trabajo que existe en la legislación colombiana.

Además, según el estudio, en las instituciones se hace invisible el quehacer de estas personas cuidadoras, han recibido muy poca capacitación y formación profesional en cuidados específicos de personas mayores, dejando en un lugar indefinido el deber ser de estas personas cuidadoras. Así, el estudio concluye que el cuidador institucional no es un cuidador formal, dado que no se cuenta con formación sobre cuidado de personas mayores, vinculación formal con la institución de cuidado y esquema de vigilancia y control para la labor de cuidado, elementos relevantes para definir al cuidador formal.

Finalmente, la situación documentada en las cuatro ciudades se contrapone a la normatividad existente en el Estado colombiano que precisa las condiciones que deben cumplir los centros de protección, centros día e instituciones de atención a personas adultas mayores para garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad.

Por su parte, Gonzáles (2014) llevó a cabo un estudio acerca de las condiciones laborales de los cuidadores de ancianos en el contexto de organizaciones gerontológicas privadas y analiza el efecto que tienen las dinámicas organizacionales sobre el desarrollo humano de administradores, cuidadores y adultos mayores. El estudio analiza siete casos: tres organizaciones con ánimo de lucro y cuatro sin ánimo de lucro que se distribuyen entre los estratos socioeconómicos 2, 4 y 5 de la ciudad de Bogotá. Los resultados refuerzan que el trabajo de cuidado es efectivamente una labor naturalizada, es decir, que se tiene por característica de la naturaleza biológica y del carácter de la mujer, lo cual conlleva la invisibilización de estas actividades porque se espera que ellas lo realicen como parte de su comportamiento natural. Además, los ancianos en su mayoría prefieren recibir el cuidado de una mujer, principalmente porque ellas son más cariñosas, inspiran mayor confianza y transgreden menos el pudor de los ancianos.

En cuanto a la identidad con el trabajo, los resultados muestran que las cuidadoras más jóvenes son más indiferentes. Para las mujeres menos jóvenes el cuidado tiene una mayor importancia de orden personal, les gusta lo que hacen y tienen la convicción de hacerlo porque quieren ayudar a los demás. También se corrobora la afectación de la vida de los trabajadores de cuidado por el trabajo cotidiano, el esfuerzo emocional y las condiciones laborales aún inestables que presentan.

El estudio concluye que uno de los aspectos clave en las dinámicas del cuidado en los hogares estudiados se relaciona con la posición de clase de los hogares y la disponibilidad de recursos materiales en la organización donde se presta dicho servicio. En los hogares de estrato 2 es más perceptible la

angustia de las trabajadoras, la incertidumbre del día a día, el incumplimiento en los pagos de los salarios, e incluso la incomodidad en la distribución de los espacios físicos tanto del lugar como de la cantidad de huéspedes por habitación. En este mismo sentido, la relación entre costos y rentabilidad para las entidades con ánimo de lucro no reporta ser siempre positiva, lo cual se considera un elemento más que acentúa la devaluación social del cuidado no solo como trabajo sino también como negocio.

Con respecto a las condiciones laborales de las cuidadoras, se encontraron situaciones de precariedad como una alta inestabilidad, permanente rotación de personal y horarios excesivos de trabajo, bajos salarios y baja calidad de vida. Adicionalmente muchas casas tienen limitados recursos logísticos y de infraestructura y equipos para facilitar la labor de cuidado, lo cual las enfrenta a sobrecarga laboral y emocional. Las tareas que realizan requieren esfuerzo físico como bañar, transportar, alimentar a las personas mayores con altos niveles de dependencia y también grandes esfuerzos emocionales. Hay pocos espacios para atender las necesidades emocionales de las cuidadoras quienes deben concentrarse en las necesidades emocionales de los pacientes. De igual forma, las prestaciones sociales que debería recibir normalmente un trabajador en Colombia son más una excepción a la regla en este campo laboral. Además, cuando hay limitaciones de los recursos materiales de la organización y, por lo tanto, dificultad para contratar el personal necesario, las cuidadoras deben realizar tareas ajenas al cuidado propiamente del anciano y se enfrentan a una sobrecarga laboral y emocional.

Otro aspecto importante es lo que la autora denomina la “devaluación social de los ancianos”, según ella, al equiparar la vejez con la dependencia, con la incapacidad de hacer nada de lo que se hacía en la juventud, se está devaluando automáticamente al anciano. Esta devaluación se reproduce en los centros gerontológicos al no tener una infraestructura adecuada que garantice niveles aceptables de calidad de vida de sus residentes. Las precarias condiciones físicas, salariales, de jornadas laborales y la ausencia de equipos especializados que soporten las tareas de las cuidadoras también convierten la vida de un

adulto mayor dependiente en Bogotá en un infortunio tanto para el individuo como para su familia. Concluye además que el cuidado está pasando de los espacios domésticos de la sociedad hacia una mayor institucionalización, como los casos aquí estudiados. En efecto, es notable la creciente aceptación de la viabilidad de la institucionalización de los ancianos como alternativa no solo para su cuidado, sino también como forma de socialización más allá de un núcleo familiar lejano o, incluso, ausente.

5.5.4. Necesidades de cuidado de las personas mayores

Como se ha planteado a lo largo del capítulo, es difícil intentar precisar la mirada del cuidado sin tener en cuenta que no existe cuidado sin sujeto a cuidar. También se mencionó que para la CEPAL (Huenchuan, Roqué y Arias, 2009) el cuidado es la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes necesitan ayuda de otros para la realización de las actividades de la vida diaria y, en concordancia con este concepto, la OMS (2015) habla de sistemas de cuidados a largo plazo.

Debido a que con la edad aumenta la dependencia de cuidados, el envejecimiento de la población incrementará drásticamente la proporción y el número de personas que necesitan asistencia asociada en los países en todos los niveles de desarrollo. Al mismo tiempo, disminuirá la proporción de personas más jóvenes que podrían proporcionar esa atención y cambiará el papel de las mujeres, quienes hasta ahora han sido las principales proveedoras de esa atención.

En este contexto, es necesario dar una mirada a las condiciones de las personas mayores y sus necesidades de cuidado. El envejecimiento poblacional y las limitaciones de los sistemas de protección social representan un enorme reto para el cuidado de las personas mayores, especialmente aquellas que presentan un mayor grado de dependencia.

Datos preliminares del Censo Nacional (DANE, 2018) muestran que 22 de cada 100 personas de 60 años y más presentan alguna dificultad para realizar alguna actividad de la vida diaria. En la Tabla 16 se muestra la causa de la dificultad que más afecta el desempeño diario.

Tabla 16. Causa de la dificultad que más afecta el desempeño diario.

| Dificultad | Enfermedad | Edad avanzada | Nació así | Otro tipo de accidente | Accidente laboral/ Enfermedad Prof. | Conflicto armado | Violencia NO asociada al conflicto armado | Otra causa | No sabe |
|---------------------------------------|------------|---------------|-----------|------------------------|-------------------------------------|------------------|---|------------|---------|
| Caminar | 51,0% | 21,9% | 6,3% | 10,3% | 6,5% | 0,7% | 0,4% | 2,0% | 1,1% |
| Ver | 43,3% | 32,5% | 7,9% | 3,6% | 3,2% | 0,4% | 0,2% | 3,8% | 5,0% |
| Oír | 30,1% | 36,5% | 14,8% | 4,7% | 5,7% | 1,1% | 0,2% | 2,8% | 4,0% |
| Entender, recordar | 32,6% | 11,7% | 43,8% | 3,8% | 1,5% | 0,8% | 0,4% | 3,4% | 2,1% |
| Agarrar o mover objetos con las manos | 45,4% | 9,1% | 6,0% | 15,2% | 18,2% | 1,0% | 0,8% | 2,4% | 1,9% |
| Hablar | 29,3% | 3,0% | 55,7% | 3,2% | 1,7% | 0,3% | 0,2% | 3,7% | 2,8% |
| Problemas cardiacos o respiratorios | 62,9% | 19,9% | 7,5% | 1,7% | 2,4% | 0,5% | 0,2% | 3,2% | 1,9% |
| Relacionarse | 37,2% | 3,9% | 39,4% | 3,5% | 2,1% | 1,9% | 1,1% | 7,3% | 3,7% |
| Comer, vestirse, bañarse | 41,3% | 17,1% | 18,7% | 5,8% | 2,6% | 0,5% | 0,3% | 10,7% | 3,0% |

Fuente: DANE (2018). Censo de población y vivienda. Resultados preliminares.

Los mayores porcentajes de dificultad son ocasionados por enfermedades, excepto para oír, cuya causa se atribuye a la edad y entender, hablar y relacionarse, que se tienen desde el nacimiento. Cualquiera que sea la causa, esta situación puede traducirse en dependencia y necesidad de cuidado.

En efecto, en la Encuesta SABE Colombia (2016) a las personas mayores se les preguntó: teniendo en cuenta sus condiciones económicas y familiares, si usted no pudiera vivir más de forma independiente y necesitara ayuda permanente de otra persona ¿qué preferiría?, lo cual casi la mitad de las personas respondieron que en casa de un hijo, seguido de 13% que preferiría vivir solo (ver figura 70).

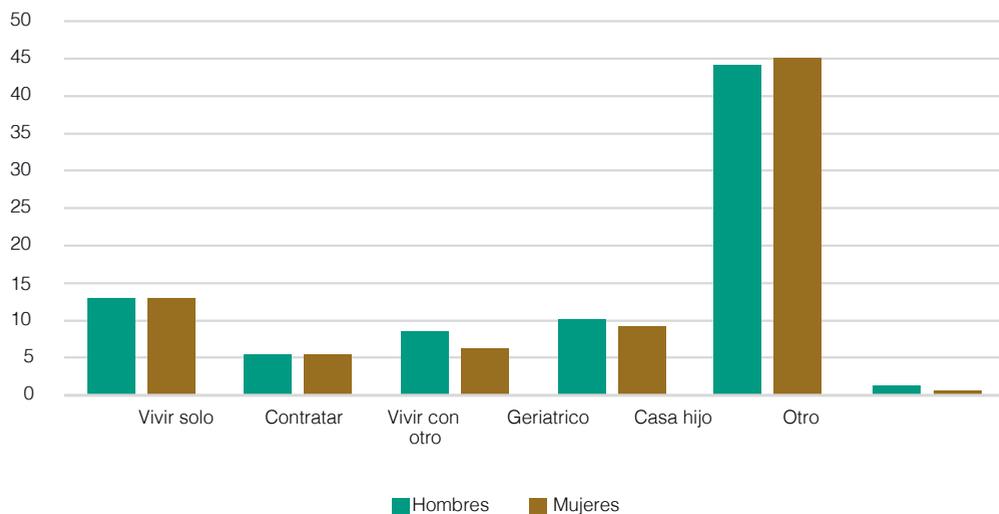


Figura 70. Distribución en porcentaje de las preferencias de cuidado de las personas mayores en Colombia.

Fuente: SABE, 2016.

Una encuesta realizada en centros gerontológicos de Bogotá (Pineda, 2015), arrojó que la principal razón para institucionalizar a las personas mayores, es que sus familias no saben como cuidarlas (44,3%), sin embargo, es representativo que el 22,1% de las decisiones de institucionalización deriven de

conflictos familiares, lo cual suele ocurrir por el manejo del dinero, por los tiempos en que se distribuye el cuidado entre los miembros de la familia o por la negativa a cuidar por parte de los familiares a cargo. Así mismo, 13,6% de las personas institucionalizadas llegan por abandono de sus familiares, y son ellas mismas las que buscan la institucionalización.

5.6. Consideraciones finales

Desde las narrativas de las personas mayores participantes en el departamento de Caldas, puede considerarse que el cuidado y auto cuidado son procesos relacionales y vinculantes construidos durante el curso de vida, especialmente en el espacio familiar. Asimismo, expresan preocupación y atención tanto individual como familiar respecto al desarrollo de hábitos, rutinas y rituales cotidianos con relación a la alimentación, salud, higiene, movilidad y acompañamiento emocional.

Al interpretar los procesos de cuidado y auto cuidado es necesario analizar los equipajes construidos y las condiciones que presentan la independencia y autonomía de las personas mayores. La reciprocidad, solidaridad y retribución inter e intra generacional como requerimientos de atención emocional en la gestión y dinámicas del cuidado y el auto cuidado en la vejez permiten identificar dos tendencias. Por una parte el recibirlo y brindarlo se anuda a la obligación emocional de la pertenencia parental y al sentido de la prolongación del linaje, haciéndose evidente una intersección entre la dinámica progénito filial, filio parental y fraternal. Por otra parte, se señala una ambigüedad resultante de la presión de la pertenencia familiar respecto al cuidado de las personas adultas mayores, generando tensiones y conflictos inter e intra generacionales, en muchas ocasiones asociados a señalamientos morales de abandono y ausencia de responsabilidad.

Los movimientos demográficos con la disminución de la natalidad, el incremento de la esperanza de vida y el proyecto de una vida individualizada, independiente y autónoma, marca un giro estructural profundo en los ámbitos de acogida y cuidado que representaba la familia (Duch y Mèlich, 2009) para las personas mayores. Hay indicadores de desplazamientos hacia otros escenarios, ya sean institucionalizados o en torno a los hogares unipersonales. Una realidad situacional que paradójicamente puede enfrentar no necesariamente la ausencia de vínculos afectivos y sentido de responsabilidad ética del cuidado, sino la desarticulación de los tiempos familiares con los tiempos individuales de los integrantes de la organización familiar y la validación de la capacidad de disponer de un auto cuidado.

Un mandato que direcciona la prescripción de cómo actuar, desde las obligaciones, las responsabilidades y los derechos. No obstante, la expansión de la institucionalización mantiene el señalamiento de un cierto sentido de precarización emocional, de abandono por parte de la familia, de soledad ante la ausencia de redes parentales y, desde aquí, se detona un sentimiento social de vulnerabilidad y asistencialismo por parte del Estado como también de carga fiscal que, a la hora de la verdad, se sostiene desde la contribución de los aportes de los contribuyentes.

Desde algunas de las narrativas descritas, el cuidado y auto cuidado de las personas mayores en el departamento de Caldas indica el mantenimiento de una significativa presencia de la familiarización, aunque se señala la emergencia de una tendencia de des-familiarización del mismo. Lo anterior expresa tanto la con-vivencia en el mismo hogar como la expansión de hogares unipersonales o compartidos especialmente con el cónyuge, la disponibilidad o no de una fuerza vinculante en la dinámica de las relaciones familiares a través de redes de reciprocidad familiar y parental y un recurso institucional y programático restringido.

Por lo tanto, la manera como se hace visible en este tiempo con proyección futura, la situación del cuidado y el auto cuidado en las personas mayores requiere una lectura diferente. La familiarización/des familiarización del cuidado, su lugar político en la agenda pública, las implicaciones para la dirección del desarrollo social y la dignificación de la vida humana en clave de este grupo social, requiere de decisiones que confronten los vacíos y ambigüedades que presenta este panorama en el departamento y el país. Un asunto que se acompaña de la necesidad de superar la mirada del abandono o desprotección familiar, como también de ser señalado como una carga negativa para el Estado.

La consideración del cuidado como una condición humana, el reconocimiento de la interdependencia y de las personas mayores como un capital humano esencial para el desarrollo de la sociedad y la dignificación de la vida, se constituyen en componentes fundamentales de su valoración como la memoria viva de la trayectoria social y el lugar que tienen en los procesos de cambio y transformación.

El trabajo de cuidado sigue siendo asignado principalmente a las mujeres, se considera perfectamente “natural” que sean ellas y no los hombres quienes tengan las habilidades y cualidades necesarias para poder cuidar de una persona mayor. Esta feminización del trabajo de cuidado conlleva los problemas de invisibilización de su labor, doble jornada en su propio hogar por responsabilidad con sus familias, insuficiencia de tiempo libre para descansar y para el cuidado propio, entre otros.

5.7. Recomendaciones

- El Departamento de Caldas debe tener, dentro de su Sistema de Geolocalización Observatorio Social, herramientas que le permitan rastrear y monitorear el cuidado y las necesidades de cuidado de las personas mayores.

- Al ser el segundo departamento más envejecido de Colombia⁴, es urgente materializar las propuestas de líneas de acción propuestas en los Lineamientos de Política Pública de envejecimiento y vejez para el departamento de Caldas aprobado por la Asamblea Departamental en el mes agosto de 2018.
- Generar procesos de movilización colectiva hacia la construcción de imaginarios sociales en torno a la responsabilidad social e individual del cuidado y auto cuidado durante todo el curso de vida.
- Aportar a la expansión cultural y social en torno al reconocimiento del cuidado de las personas adultas mayores como un asunto político y público más allá del señalamiento al abandono familiar.
- Fortalecer los observatorios de envejecimiento y vejez como escenarios de registro de información que le den soporte permanente a la toma de decisiones y definición de programas y cuidado y autocuidado para las personas viejas.
- Validar la construcción y sostenibilidad del Diamante del cuidado para las personas adultas mayores con la inclusión responsable del Estado, el mercado, los grupos familiares, las instituciones, las redes vecinales y sociales.
- La oferta pública de servicios, tanto de salud como sociales que se desprenden del cuidado, debe tener en cuenta tanto las necesidades específicas de las poblaciones a cuidar como las posibilidades de cuidado que estas mismas representan. En ese sentido, se debe reconocer que las comunidades y las mismas personas mayores tienen potencialidades de cuidar y cuidarse a sí mismos con las cuales esta oferta debe articularse.

⁴ Después del Quindío, según los últimos informes emitidos por el DANE en 2018.

- Un reto central, que también se deriva de la oferta pública de servicios de cuidado, radica en cerrar la brecha que hay entre la atención en la ciudad y en el campo, sobre todo en la ruralidad dispersa a través de programas de atención y formación en el tema del cuidado y autocuidado.
- En el caso específico de las mujeres es necesario recoger las recomendaciones de la CEPAL (2009, 2018) dado que es imprescindible avanzar hacia una protección más amplia de sus derechos. Por una parte, hay que superar el imaginario colectivo que asume que los cuidados se prestan de manera gratuita y que forman parte de la red de responsabilidad filial y femenina únicamente. También hay que asegurar la protección en la vejez de las mujeres que brindan cuidados, estableciendo medidas compensatorias para disminuir los efectos de la intermitencia laboral producto de su ocupación en este tipo de servicios. Asimismo, hay que proteger la salud de las mujeres que ofrecen cuidados a través de la provisión de servicios acordes a sus necesidades y tiempo para cuidar de sí mismas.

5.8. Referencias Bibliográficas

- Arango, L. G. y Molinier, P. (2011). *El trabajo y la ética del cuidado*. Medellín, Colombia: La Carreta Editores
- Arias Castilla, C. A. (2006). Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. *Horiz Pedregóg*, 8(1), 9–22.
- Barret, M. y McIntosh, M. (1992). *Familia vs Sociedad*. Bogotá, Colombia: Tercer Mundo Editores.
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires. Argentina: Fondo de Cultura Económica.

- Blofield, M. y Martínez, J. (2014). Work, family and public policy changes in Latin America: Equity, maternalism and co-responsibility. *CEPAL Review*, 114.
- Blofield, M. y Martínez, J. (2015). Are governments catching up? Work-family policy and inequality in Latin America. *Discussion Paper*, 7.
- Calzada, M. T. (2016). *Propuesta de lineamientos que enmarcan la labor del cuidador de persona mayor en instituciones colombianas desde el concepto de Cuidador Formal* (tesis de maestría). Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.
- Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (Eds.). (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid, España: Catarata.
- Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL (2012). *Informe sobre la aplicación de la estrategia regional de implementación para América Latina y El Caribe del Plan De Acción Internacional de Madrid sobre El Envejecimiento y la Declaración de Brasilia en América Latina y El Caribe*. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/21392>
- CEPAL. (2010). *El cuidado y sus fronteras disciplinarias*. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44361/1/S1801102_es.pdf
- CEPAL. (2009). *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, Chile: División de Población de la CEPAL. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/1350>
- Cetré, A. (2015). *Organización social del cuidado de niñas y niños menores de quince años en Bogotá. Distrito capital, Colombia*. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/18529>.
- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J. y Tjadens, F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris: OECD Publishing.

Comas-d'Argemir, D. (2016). Hombres cuidadores: barreras de género y modelos emergentes. *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*, 15(3), 10-22.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Observatorio Demográfico*, 2015. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40124-observatorio-demografico-america-latina-2015-proyecciones-poblacion-demographic>.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). (2013). *Human rights of older persons*. Recuperado de <http://www.ohchr.org/EN/Issues/OlderPersons/>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2016). *La matriz de la desigualdad social en América Latina*. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2018). *Los cuidados en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, Chile: LC/M.2018/4.

Connell, R.W. (2003). *Masculinidades*. Ciudad de Mexico: México: PUEGUNAM.

Dale, M. & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare state. *British Journal of Sociology*, 281-298.

DANE. (2018). *Censo Nacional de población y vivienda. Resultados preliminares*. Recuperado de www.dane.gov.co.

DANE. (2018). *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT)*. Recuperado de www.dane.gov.co.

Díaz, A. (2015). *El cuidado intergeneracional de cara al envejecimiento en Colombia: oportunidades para construir paz*. Recuperado de <https://www.academia>.

edu/26350893/G%C3%A9nero_enfermer%C3%ADa_y_cuidado_
pol%C3%ADticas_educativas_y_el_proceso_de_profesionalizaci%C3%B3n_
de_la_enfermer%C3%ADa_en_Colombia_primera_mitad_del_
siglo_xx._En_Memorias_de_las_mesas_de_trabajo_del_Seminario_
Internacional_G%C3%A9nero_y_Cuidado._P%C3%A1g._329

Duch, L. y Mèlich, J. C. (2009). *Ambigüedades del amor. Antropología de la vida cotidiana* 2/2. Madrid, España: Trotta

Ellingstaeter, A. L. (1999). Dual Breadwinners between State and Market. In R. Crompton. (Ed), *Restructuring gender relations and employment. The Decline of the Male Breadwinner*. Oxford: Oxford University Press.

Escobar, M. P., Franco, Z. R. y Duque, J. A. (2011). El auto cuidado: un compromiso de la formación integral en educación superior. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16 (2),132 - 146.

Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. (2012). Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y Estado. En V. Esquivel., E. Faur. y E. Jelin. (Eds.), *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado* (pp. 11-43). Buenos Aires, Argentina: IDES, UNFPA, UNICEF.

Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Siglo XXI.

Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2015). *Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones*. Bogotá, Colombia: Editorial Fundación Saldarriaga Concha.

Fernández, T., Rodríguez, M. y Stolkiner, A. (2013). Las prácticas de cuidado en la vejez desde la perspectiva relacional: el vínculo entre los cuidadores formales y los adultos mayores. Ponencia llevada a cabo en el V Congreso Internacional de

- Investigación y Práctica profesional en Psicología. XX jornadas de Investigación. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Findling, L. y López, E. (2015). *De cuidados y cuidadoras. Acciones públicas y privadas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.
- Fine, M. & Glendinning, C. (2005). Dependence, independence or inter-dependence? Revisiting the concepts of 'care' and 'dependency'. *Ageing and Society*, 25, 601-621.
- Garavan, R., McGee, H. y Winder, R. (2001). *Health and social services for older people*. (HeSSOP). Recuperado de http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/64_Hessop1.pdf.
- Giddens, A. (1999). *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Madrid, España: España. Editorial Taurus.
- Giddens, A. (2003). *La constitución de la Sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Amorrortu.
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona, España: Ediciones Península.
- Giddens, A. (1996). *Modernidad y auto identidad. En las consecuencias perversas de la modernidad*. Barcelona, España: Editorial Antropus.
- González, L. S. (2014). *Trabajo de cuidado y vejez: condiciones laborales, dinámicas organizacionales y devaluación social*. Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes, Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Desarrollo (Cider), Ediciones Uniandes.
- Held, V. (2006). *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*. Oxford: Oxford University Press.

- Himmelweit, S. y Land, H. (2011). Reducing gender inequalities to create a sustainable care system. *Kurswechsel*, 4, 49–63.
- Hirata, H. y Araujo, N. (Eds.). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. Sao Paulo, Brasil: Atlas.
- Huenchuan, S., Roqué, M. y Arias, C. (2009). *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* Santiago de Chile, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Huenchuan, S. (2013a). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL.
- Huenchuan, S. y Guzmán, J. M. (2006). *Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticas. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12824>
- Huenchuan, S. (2004). *Marco legal y de políticas a favor de las personas mayores en América Latina*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.
- Huenchuan, S. (2009). *Envejecimiento, Sistemas de Cuidados y Protección Social*. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2617/1/LCG2553P_es.pdf
- Huenchuan, S. (2014). “¿Qué más puedo esperar a mi edad?” Cuidado, derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado. En S. Huenchuan. y R. I. Rodríguez. (Eds.), *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas adultas mayores* (pp. 153-168). Santiago de Chile, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- Huenchuan, S. (Ed.) (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Santiago de Chile, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Huenchuan, S. (2013). *Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013*. Santiago de Chile, Chile: Cepal-UNFPA- Documento de Proyecto. Naciones Unidas
- Huenchuan, S. (Ed.). (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas
- Lamaute-Brisson, N. (2010). *Economía del cuidado de la niñez en Haití: proveedores, hogares y parentescoll*, Serie Mujer y Desarrollo No 95 (LC/L.3130-P). Santiago de Chile, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas.
- Leininger, M. M. & McFarland, M. R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. Sudbury: Jones and Bartlett.
- Lewkow, L. (2014). Aspectos sociológicos del concepto de percepción en la teoría de sistemas sociales. *Revista Mad. Revista del Magíster en Análisis Sistemico Aplicado a la Sociedad*, 31, 29-45. <https://doi.org/10.5354/0718-0527.2014.32957>.
- Marco, F. (2007). *El cuidado de la niñez en Bolivia y Ecuador: derecho de algunos, obligación de todas*, Serie Mujer y Desarrollo No 89 (LC/L.2843-P/E). Santiago de Chile, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas.
- Marco, F. y Rico, M. N. (2013). Cuidado y políticas públicas: debates y estado de situación a nivel regional. En L. Pautassi. y C. Zibecchi. (Coord), *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura* (pp. 27-58). Buenos Aires, Argentina: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, Editorial Biblos.

- Marín, A. L. y Palacio, M. C. (2015a). El abuelazgo: enlace intergeneracional en la crianza y el cuidado de la primera infancia. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 7, 11-27.
- Marín, A. L. y Palacio, M. C. (2015b). La experiencia del abuelazgo: entre la compensación vital, las paradojas y dilemas emocionales y los conflictos intergeneracionales. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, 279-304.
- Micolta León, A., Escobar Serrano, M. C. y Maldonado Gómez, M. C. (2013). El cuidado de hijos e hijas de madres y padres migrantes. En Y. Puyana Villamizar., A. Micolta León. y M. C. Palacio. (Eds), *Familias colombianas y migración internacional: entre la distancia y la proximidad* (pp. 283-361). Bogotá D. C., Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas. (2016). *Encuesta SABE Colombia: cuidado y personas cuidadoras familiares*. Bogotá D. C., Colombia: REGRAF IMPRESORES S.A.S.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas. (2016). *Encuesta SABE Colombia: salud, bienestar y envejecimiento*. Bogotá, D. C., Colombia: REGRAF IMPRESORES S.A.S.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad del Valle. (2013). *Caracterización de los cuidadores institucionales en Cali, Bogotá, Medellín y Barranquilla*. [Informe Técnico].
- Montero, R. (2007). *Temblor*. Barcelona, España: Editorial Saxis Barral.
- Morgan, D. (2013). *Rethinking Family*. Basingstoke: Palgrave Macmillam.
- Muñoz, L. y Vásquez, M. L. (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Revista Colmédica*, 38 (4).

Murillo, S. (2006). *El mito de la vida privada de la entrega al tiempo propio*. Madrid, España: Editorial Siglo XXI.

Naciones Unidas. (2018). *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*. Ciudad de México, México: ONU Mujeres.

Naciones Unidas. (2014). *La situación demográfica en el mundo*. Recuperado de <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>

OEA (Organización de los Estados Americanos). (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Recuperado de http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp.

Oltra, S. (2013). El auto cuidado, una responsabilidad ética. *Psiquiatría Universitaria*, 85-90.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>.

Oviedo, G. L. (2004). Antecedentes y contexto histórico del concepto percepción. *Revista de Estudios Sociales*, (18), 89–96.

Pautassi, L. (2007). *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. Serie Mujer y Desarrollo No 87 (LC/L.2800-P/E)*. Santiago de Chile, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas

- Pérez, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, 5, 7-37.
- Pineda, J. A. (2011). La carga del trabajo de cuidado: distribución social y negociación familiar. En L. G. Arango. y P. Molinier. (Eds), *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 35-75). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Pineda, J. A. (2015). Vejez, dependencia y cuidado en Colombia. En J. Rodríguez. y F. Vejarano. (Eds), *Envejecer en Colombia*. Bogotá, Colombia: Universidad Externado de Colombia.
- Ravazi, S. & Staab, S. (2008). The social and political economy of care: contesting gender and class inequalities. *Division for the advancement of Women*, 1-34.
- Razavi, S. (2007). The Political and Social Economy of Care on a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options. *UNRISD Working Paper 3, Programme Gender and Development*.
- Rico, M. N. y Robles, C. (2016). *Políticas de cuidado en América Latina: forjando la igualdad. Serie: Asuntos de género. LC/L.4226*. Santiago de Chile, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas.
- Ricoeur, P. (2008). *Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Trotta.
- Rogero, G. J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales – IMSERSO.
- Salvador, S. (2011). Hacia un sistema nacional de cuidados en Uruguay. En M. N. Rico. (Comps), *El desafío de un sistema nacional de cuidado para el Uruguay*.

Santiago de Chile, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas.

Sánchez, G., López, L. y Palacio, M. (2013). Vida familiar transnacional. Nuevas lógicas para comprender la organización familiar. En Y. Puyana Villamizar., A. Micolta León. y M. C. Palacio. (Eds), *Familias colombianas y migración internacional: entre la distancia y la proximidad*. Bogotá, Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia.

Serrano, S. y Daniel Vázquez, D. (2013). *Los derechos humanos en acción: operacionalización de los estándares internacionales de los derechos humanos*. México D. F., México: FLACSO.

Thomas, C. (2011). Deconstruyendo los conceptos de cuidados. En C. Carrasco., C. Borderías. y T. Torns. (Ed.), *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas*. Madrid, España: Catarata.

Tobío, C., Agulló, M. S., Gómez, M.V. y Martín, M.T. (2011). *El cuidado de las personas: un reto para el siglo XXI*. Barcelona, España: Fundación la Caixa.

Tronto, J. (2006). *Socializing Care: Feminist Ethics and Public Issues*. Lanham: Rowman and Littlefield Publishers.

Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries: a political argument for an ethical of care*. New York: Routledge.

Vargas Melgarejo, L. M. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8), 47-53. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>.

Walker, A., Pratt, C. & Eddy, L. (1995). Informal caregiving to aging family members: A critical review. *Family Relations*, 44 (4), 402-411.

6.

Las personas mayores y la construcción de paz

Carmen
-Lucia
Curcio

José
Hoover
Vanegas

Andrea
González

Carmen
Liliana
Ávila



*El mundo de los viejos, de todos los viejos es,
de forma más o menos intensa,
el mundo de la memoria.
Se dice: al final eres lo que has pensado, amado, realizado.
(Bobbio, 1997 p. 42)*

6.1. Introducción

La violencia prolongada durante más de 50 años en Colombia y su progresiva degradación han generado impactos y daños devastadores para toda la sociedad colombiana. En la coyuntura actual el camino hacia la paz se dibuja arduo pero con esperanza para la población colombiana que, durante más medio siglo, ha hecho frente no solo a la violencia sino a profundas desigualdades sociales y a los altos niveles de pobreza y exclusión. Sin embargo, el fin de esta violencia se adivina más cercano gracias a la firma de los acuerdos de paz con la guerrilla de las FARC, dado que el proceso de paz en Colombia ya está en marcha por lo que se ha ido consolidando el ambiente necesario para construir esa paz aunque ha sido un proceso no exento de dificultades. Por lo tanto, es momento propicio para crear sinergias, propiciar diálogos para identificar un horizonte común, trazar las sendas para alcanzarla y reconocer la necesidad de escuchar a quienes han sido testigos y víctimas durante largo tiempo. Por ello, nadie mejor que los adultos mayores que han vivido los horrores de la guerra y la violencia para defender los valores de la paz y aportar a su construcción.

Esta población afectada por la confrontación armada tiene un mayor grado de vulnerabilidad y si bien hasta el momento no ha sido suficientemente escuchada como víctimas del conflicto armado, se han organizado diferentes iniciativas como la de “Voces Mayores” promovida por el Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH) con el fin de generar una mayor interlocución para entender a cabalidad las necesidades de esta población. De esta iniciativa salió la proclama: “¡Los adultos mayores decimos basta ya!”, que impulsa un ejercicio de análisis de todas las cosas que podrían servir para la atención integral de derechos de las personas mayores en clave de paz. Más allá de los hechos victimizantes, se busca darles a las personas mayores un rol protagónico: ellas le han puesto la cara al conflicto, lo han afrontado, no se quedaron en el lugar de la víctima y también han ejercido algunas acciones contra el mismo.

A pesar de la creciente información sobre paz, violencia, conflicto armado y construcción de paz, tanto en diversas regiones del mundo como en Colombia, la información sobre los adultos mayores y sus experiencias es muy escasa, por ello se quiere contribuir a una mejor comprensión del tema que sirva como base para permitir la generación de estrategias que aporten a transformar las prácticas discursivas que los invisibilizan, así como a favorecer su inclusión y su desarrollo en condiciones de dignidad y calidad y reconocer su aporte a la construcción de paz.

Este capítulo se divide en cuatro secciones. En la primera, el marco de referencia, se abordan conceptos de paz, memoria social y memoria histórica y, de manera muy sucinta y no exhaustiva, se presenta el contexto del conflicto armado en Colombia, para dar paso al contexto caldense de la violencia y el conflicto armado.

La segunda parte da cuenta de las violencias y la construcción de paz desde las voces de los adultos mayores del departamento de Caldas. Tal como se mencionó, ellos son los actores y autores de la historia, son ellos quienes en su momento tomaron decisiones, realizaron acciones, participaron de los acontecimientos; los relatos incluidos en este apartado reconstruyen las memorias

de la violencia como memorias de un sufrimiento que es narrado, representado y sufrido por ellos. Al hacerlo, se movilizan sentidos, se ubican hitos espaciales y temporales y se le da un significado, un propósito y un futuro al acto y al trabajo de la memoria y a la construcción de paz. “Son sus miradas de larga duración y las variaciones temporales del conflicto las que enriquecerán las políticas de la no repetición” (GMH, 2017). El apartado se divide en tres secciones, en un primer momento se habla de las memorias de la violencia en las trayectorias de vida de las personas, a continuación se desarrollan los sentidos y significados que tiene para las personas mayores la construcción de paz; la experiencia acumulada les permite ver obstáculos en esa construcción, aspecto que se desarrolla a continuación para finalizar el apartado con las iniciativas que proponen.

Los dos últimos apartados del capítulo dan cuenta de las consideraciones finales y las recomendaciones de política pública. Tal como lo plantea el Centro Nacional de Memoria Histórica, en este capítulo se pretende “además de recoger las memorias de los mayores como una fórmula contra el olvido, es también cuestionarnos sobre las formas en que queremos seguir envejeciendo en este país” (CNMH, 2017). Memorias en torno a la violencias, pero también propuestas alrededor de la construcción de paz y sus obstáculos.

6.2. Marco de referencia

6.2.1. Construcción de paz

La paz podría entenderse como una condición sostenible que implica el ejercicio cotidiano de la convivencia en solidaridad, tolerancia y respeto de los derechos humanos (Ley 508 de 1999).

La paz equivaldría a formas de interacción humana recíprocas, no impositivas, en las cuales, mediante el acuerdo, se logran fines que pueden beneficiar a

quienes interactúan en el sentido de una interacción “gana-gana” (solidaridad como ganancia para todos los implicados en la interacción) y no “pierde-gana”, a menos que se entienda esto último como perder un beneficio personal en aras del bien colectivo. Paz sería entonces una relación caracterizada por comprender que es posible perder, cuando eso puede beneficiar a otros seres humanos, lo cual significaría ganancia para la sociedad. En otras palabras, se trataría de una relación en la cual la obligatoriedad⁵ de la interacción pacífica se fundamente en la convicción y no en la imposición, ni en la dominación; donde la democracia realmente participativa, el respeto a las diferencias, el reconocimiento valorativo de todas las generaciones y la cooperación, predominan sobre cualquier tipo de consideraciones individualistas o discriminatorias. (Dulcey-Ruiz, 2000, p. 43).

La construcción de paz es un proceso complejo de transformación de valores, principios, intereses y relaciones de poder en las sociedades frágiles en conflicto (Rocha Menocal, 2011). Si bien existen múltiples aproximaciones a la definición de construcción de paz, el grueso de ellas encuentra un punto de partida en la Agenda para la Paz, del Secretario General de las Naciones Unidas Boutros Boutros-Ghali, quien la definió como la acción de identificar y apoyar estructuras que tiendan a fortalecer y solidificar la paz en orden a evitar la recaída en el conflicto (Boutros-Ghali, 1992; Rettberg, 2003; Simonovic, 2003).

La construcción de paz pone un especial énfasis en el riesgo que enfrentan los Estados y las sociedades en transición, de recaer en el conflicto (Rettberg, 2013) que este resurja, se transforme o evolucione en nuevas modalidades de violencia. Dicho proceso puede y debe suceder en múltiples dimensiones y escalas; por supuesto, la dimensión humana y familiar es vital para arraigar la paz en lo local y hacerla sostenible.

⁵ A la cual se refiere el artículo 22 de la Constitución de Colombia (1991) -como deber de obligatorio cumplimiento-.

La literatura sobre construcción de paz es profusa en consideraciones generales, pero desarrolla poco esas actitudes, motivaciones y hábitos necesarios para construir la paz desde lo humano y cotidiano. La revisión de la literatura identificó por lo menos siete hábitos de paz que pueden ser inculcados o infundidos por las personas mayores a las más jóvenes: el diálogo, el pensamiento crítico y reflexivo, la capacidad de creer e imaginar la paz, la tolerancia, la capacidad de negociación, el respeto y la educación en derechos humanos.

Se parte de una perspectiva maximalista de la construcción de paz o paz positiva, es decir, con un enfoque que supera la perspectiva de la cesación de violencia y avanza hacia la generación de condiciones propicias de desarrollo económico, político y social, una connotación que sugiere un compromiso en la búsqueda de estados de paz trabajando en las condiciones previas a ello. (Harto de Vera, 2016; Lefort, 2008).

La construcción de paz, más allá de ser una teoría conceptual, se puede entender como una teoría de acción que se inserta en la agenda de actores nacionales e internacionales en aras de aportar a la construcción o fortalecimiento de espacios que permitan el establecimiento de sociedades más equitativas y con pleno respeto de los derechos humanos, ya sea a través de actividades de investigación, intervenciones privadas y/o de política pública, así lo señala Boutros-Ghali, quien dice que la construcción de paz consiste en “acciones dirigidas a identificar y apoyar estructuras tendientes a fortalecer o solidificar la paz para evitar una recaída al conflicto” (ONU, 1992).

De acuerdo al continuo que pone de manifiesto la construcción de paz, es pertinente considerar algunas delimitaciones conceptuales. En primer lugar la “Paz”, concepto que se puede entender desde múltiples formas (paz positiva, negativa). Uno de los teóricos que más ha trabajado el concepto es el noruego Johan Galtung, quien entiende la paz “como un proceso permanente de creación de posibilidades para una transformación de conflictos libres de violencia, así como el estado estructural de una sociedad libre de violencia en sus múltiples dimensiones” (Galtung, 2003), a partir de este concepto Galtung

deriva otras tipologías: paz positiva y paz negativa, la primera se refiere a aquel estado que se alcanza cuando el sustento de la violencia cultural y estructural está ausente de una sociedad referida, la paz negativa se refiere al estado de bienestar que alcanzan las sociedades cuando en ellas no se expresa la violencia directa.

De acuerdo con Harto de la Vera (2016) entre la paz positiva entendida en su acepción jurídica, la paz negativa como ausencia de guerra y, por último, la guerra como enfrentamiento violento organizado, sistemático y durable, pueden establecerse una serie de relaciones que resultan de utilidad a la hora del análisis. Así, entre guerra y paz positiva existe una relación contradictoria. Ambos términos no agotan la totalidad de las vinculaciones que pueden existir entre dos grupos organizados (sean estos Estados, partidos políticos, clases sociales, etc.). No es una distinción excluyente, sino que ambos términos definen los puntos extremos de una escala. Por tanto existe un área de transición, una zona gris en la que se pueden producir y se producen situaciones intermedias desde la perfecta regulación de la convivencia o el establecimiento de un *status quo* cooperativo hasta el enfrentamiento violento. Este ámbito intermedio no constituye una situación de guerra, pero aún no es la paz. La variedad de escenarios posibles en la zona intermedia incluye situaciones tales como, por ejemplo, el cese de hostilidades, el alto al fuego, la tregua, las negociaciones para poner solución consensual al conflicto, etc. Por otra parte, entre la guerra y la paz en sentido negativo se establece una relación entre términos contrarios. No existe una zona intermedia, sino que ambas posiciones agotan las relaciones posibles entre grupos organizados: si hay guerra no hay paz y viceversa.

La zona gris hecha de situaciones intermedias entre los dos polos extremos, enfrentamiento violento/*status quo* cooperativo y pacífico, corresponde a concepto de «paz imperfecta».

Hacemos uso del concepto de paz imperfecta para definir aquellos espacios e instancias en las que se pueden detectar acciones que crean paz, a pesar de que estén en contextos en los que existen los conflictos y la violencia. De esta manera entendemos la paz imperfecta como una categoría de análisis que reconoce los conflictos en los que las personas y/o grupos humanos han optado por potenciar el desarrollo de las capacidades de los otros, sin que ninguna causa ajena a sus voluntades lo haya impedido. (Muñoz y Molina como se citó en Harto de la Vera, 2016).

Una paz que se concibe como «imperfecta» es siempre inacabada, porque la construcción de la paz es un proceso continuo y permanente como permanente es la presencia del conflicto en la vida humana.

El concepto de paz imperfecta establece la necesidad de integrar el conflicto como un elemento positivo y compatible con la realización de la paz. Si se considera que el conflicto es inherente a la naturaleza humana y la definición de paz depende de la inexistencia de conflictos, se tendría que concluir que la paz es un ideal irrealizable. Pero si se define la paz ligándola a la resolución no violenta (ni directa ni estructural) de los conflictos, entonces si es posible la construcción de la paz.

La construcción de paz, según la Organización de Naciones Unidas (ONU), se ha entendido desde 1992 como el conjunto de herramientas, actividades o esfuerzos que se implementan para lograr una transformación de la guerra a la paz. Eso incluye no solo las acciones que se toman para rehabilitar un país que ha sufrido un conflicto, sino también el abordar las causas que lo generaron. Según el Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (iecah) (2010), La construcción de la paz es un concepto que se refiere al conjunto de acciones (en el corto, medio y largo plazo) que permiten a una sociedad prevenir, gestionar y resolver el conflicto –a través de sus propias capacidades– sin recurrir al uso de la violencia. Se remite a acciones para aliviar las causas estructurales de los conflictos violentos, es decir a aquellos

factores de largo plazo que van creando las condiciones que alimentan un conflicto potencialmente violento por ejemplo, estructuras estatales débiles, desigualdades horizontales entre grupos, exclusión económica.. El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) explica que la paz no es solo el fin de la confrontación armada, sino que también implica la solución de problemas estructurales y territoriales que han generado décadas de violencia en Colombia.

Esta definición pone de manifiesto la premisa de que la paz se asocia fuertemente al concepto de la violencia en una relación inversamente proporcional: entre mayor estado de bienestar existe en un territorio, por mejores prácticas de convivencia, de procesos equitativos de distribución en una sociedad, menor violencia experimentan sus individuos. No obstante, si bien estas precisiones conceptuales generaron nuevos marcos de interpretación, aún se consideraba que su realidad teórica distaba del devenir natural de fenómenos sociales. Por un lado, fue importante en tanto la noción de *conflicto* adquirió un estatus nuevo en la discusión social comprendido como un elemento central generador de cambio, no como raíz fundamental de los hechos violentos.

El término de violencia usualmente ha sido asociado como ausencia de guerra, sin embargo, la definición se ha quedado corta para explicar los fenómenos sociales que la sustentan en las últimas décadas. En Colombia el contexto sociopolítico cargado de hechos violentos ha llevado a múltiples investigaciones que pretenden explicarla. No es gratuito que los primeros estudios sobre la paz hayan pretendido explicar la violencia, las dinámicas sociales y la configuración del poder, asociados más como estudios desde la violentología que desde el concepto de la paz estrictamente.

Galtung (2003) ha caracterizado a la violencia desde tres nuevas perspectivas: la violencia directa, estructural y la cultural, perspectiva conceptual que analiza la guerra entre Estados, sus causas y sus consecuencias. La violencia directa referida a situaciones sociales en las cuales sí se da una afectación real en un individuo o grupos sociales (acontecimientos intencionados como golpes,

asesinatos, amenazas e intimidaciones); a la estructural pertenecen todas las estructuras de un sistema social que no permite a grupos o individuos satisfacer sus necesidades básicas (no acceso a educación, empleo o salud, segregación (como el apartheid), negación de libertades y derechos). Finalmente, la cultural como la serie de representaciones sociales, imaginarios y valores que reproducen un tipo particular de comportamiento que segrega o promueve la opresión de un grupo social en particular (los símbolos, la religión, el lenguaje o el quehacer de los medios de comunicación). Esta tipología violencia directa-estructural-cultural permitió enlazar la discusión de la violencia más allá de la referida al conflicto armado o guerra civiles en el mundo, a mostrar la relación entre la falta de bienestar, la pobreza, la injusticia como causantes de la violencia en términos macrosociales (no solo referida al individuo).

A partir de estos conceptos es posible afirmar que la violencia aparece de diferentes formas y niveles en una sociedad y que sus causas son múltiples e interrelacionadas. Por lo tanto, las estrategias para prevenir la violencia tienen que considerar varios elementos como las características del individuo involucrado en actos violentos, las formas y contenidos de las relaciones interpersonales en espacios de violencia, las condiciones sociales y culturales, entre otros.

6.2.2. Memoria social y memoria histórica

Actualmente se reconoce que la memoria, más allá de la psicología y de los procesos cognitivos y neurofisiológicos, es una construcción social, un mecanismo de reconstrucción y resignificación de elementos vivos que están ya presentes o requieren ser incorporados al imaginario social (Rodríguez, 2001). De tal forma, más que ser una función mental/individual, la memoria es un proceso de construcción generado en y por los marcos sociales en los que se encuentran las personas. En este sentido, si los marcos sociales son los que posibilitan tanto lo que se recuerda como lo que no se recuerda (el olvido), la dicotomía tradicional recuerdo/olvido comienza a desvanecerse: tanto el olvido como el recuerdo se consideran como construcciones sociales,

continuamente elaboradas y reformuladas (Lechner y Güell, 1998). De ahí que ambos términos se entiendan como partes inherentes de la memoria, y no como términos contrapuestos que se deben estudiar por separado. El olvido ya no es una función externa o ajena, sino, más bien, un recuerdo que ni se piensa, ni se comunica a los demás (Mendoza-García, 2007).

Con esto en mente, se entiende que la memoria es un proceso intersubjetivo de diferenciación y vinculación del pasado en función al presente y al futuro, y por tanto, esta ya no se refiere a la cronología de los hechos que han quedado fijos, sino más bien al pasado como un significado que se construye en relación a las interpretaciones y significaciones actuales (Lechner y Güell, 1998). Ahora memorizar es un constante juego colectivo de construcción y deconstrucción de significados. En todo recuerdo, tanto el presente, el pasado y el futuro son el resultado de un proceso continuo e indefinido de resignificación. Como lo menciona Vázquez (2001), “cuando recordamos, la construcción del pasado es susceptible a adquirir numerosos significados, donde se integran hechos del pasado, del presente y del futuro, donde diversas interpretaciones pasan a conformar versiones de la memoria” (p. 149).

Para Lira y Castillo (1993) la memoria social se define como el significado dado a los sucesos traumáticos del pasado y sus efectos sobre las relaciones sociales. Problemas del recuerdo y olvido de hechos traumáticos se asocian con el deseo de evitar el conflicto. Para estos autores, la memoria histórica o memoria social no hace referencia a los hechos en sí, sino al significado que ellos han tenido en las relaciones sociales produciendo efectos que inciden sobre el presente, sobre el quehacer político y sobre el curso de la vida social. Los hechos no volverán a repetirse pues el tiempo no regresa ni se repite. No son los acontecimientos los que conforman la memoria social sino el sentido que ellos tuvieron en su tiempo y para el futuro. Cuando se habla de memoria social entonces, se alude a esta posibilidad de recordar y descubrir las estructuras permanentes de las relaciones sociales de un pueblo que se reconoce, a pesar de sus grandes contradicciones, en una identidad común.

Hay un dilema de la coexistencia de la memoria y del olvido en una doble tensión: el olvido subordinado a la memoria o la memoria subordinada al olvido (Bertrand, 1977). Así bajo la epidermis de una sociedad que afronta el futuro están las huellas de lo que aún no ha cicatrizado, de lo que no es posible cerrar si no se logra hablar de ello colectivamente. Pero recordar lo traumático parece ser que ha sido experimentado como «vivirlo otra vez», anotan Lira y Castillo (1993). El recuerdo doloroso de las rupturas, de la presencia de la muerte y el miedo en las relaciones colectivas es aún amenazante. Hay un sinnúmero de muertos y desaparecidos que no descansan en paz y está el deseo de olvidar y dar vuelta a la página de unos y otros para seguir viviendo. Este dilema no es abstracto. Se da en las vidas concretas de las personas. (Lira y Castillo 1993).

En el 2007 en Colombia se creó la Comisión de Memoria Histórica (más tarde GMH) con la misión de “contribuir a la realización de la reparación integral y el derecho a la verdad del que son titulares las víctimas y la sociedad en su conjunto, así como al deber de memoria del Estado con ocasión de las violaciones ocurridas en el marco del conflicto armado colombiano, en un horizonte de construcción de paz, democratización y reconciliación”. La finalidad es construir una memoria integradora que reconozca las diferencias y que permita su enunciación y su tramitación hacia el futuro; una memoria integradora de las voces no solo de todos los actores armados sino también de todas las víctimas como fundamento de comprensión y transformación del conflicto pero, sobre todo, y en relación con las víctimas, como una elemental formal de justicia retrospectiva y restaurativa, que pasa tanto por el reconocimiento o apropiación colectiva de los hechos de la violencia, como por la imputación de las responsabilidades ejemplarizantes. Una memoria integradora que busca pasar de las memorias en conflicto a las memorias en diálogo (GMH, 2007). El trabajo de este grupo busca reconocer, visibilizar, dignificar y humanizar a las víctimas con compromisos inherentes al derecho a la verdad y a la reparación, y al deber de memoria del Estado frente a ellas (GMH 2013). Una memoria integradora que no deja en silencio a las personas suprimidas, ignoradas o estigmatizadas durante la guerra (GMH, 2018).

El GMH luego se convirtió en el Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH), establecimiento público del orden nacional creado por la Ley 1448 de 2011 (Ley de Víctimas y Restitución de Tierras) que tiene como objeto la recepción, recuperación, conservación, compilación y análisis de todo el material documental, testimonios orales y por cualquier otro medio, relativo a las violaciones ocurridas con ocasión del conflicto armado interno colombiano, a través de la realización de investigaciones, actividades museísticas, archivísticas, pedagógicas y otras relacionadas que contribuyan a establecer y esclarecer las causas de tales fenómenos, conocer la verdad y contribuir a evitar en el futuro la repetición de los hechos. Además, tiene entre otras funciones las siguientes: a) la construcción de Memoria Histórica de las víctimas con ocasión a los hechos ocurridos en el Conflicto Armado de Colombia; b) diseñar, crear y administrar el Programa de Derechos Humanos y Memoria Histórica que menciona el artículo 144 de la Ley 1448 de 2011; c) recolectar, clasificar, sistematizar, analizar y preservar la información que surja de los Acuerdos de Contribución a la Verdad Histórica y la Reparación que trata la Ley 1424 de 2010.

De este modo, la reconstrucción de la memoria histórica se puede asumir como un principio de organización cultural y política, además de estar ligada entrañablemente a la preservación y constitución de la identidad. Actualmente el ejercicio de la memoria adquirió valor como garantía de la no repetición de males. Este discurso ha sido agradablemente acogido en el debate sobre la justicia no solo por académicos sino por diversas naciones. La memoria se ha introducido en el terreno de la construcción de paz como una vía dentro de la legalidad para lograr restablecer los derechos de quienes fueron víctimas de la violencia, manifestándose no únicamente en leyes de memoria sino también en acciones jurídicas y políticas o en intervenciones cargadas de contenido simbólico (Todorov, 2009, p.10).

Así, el acceso a la historia es lo que daría sentido al llamamiento de no repetición de los males y es además una forma de trascender la evaluación de los ideales de los partidos o de los actores en disputa en cualquier conflicto político o de intereses. No puede olvidarse que la gran mayoría de los crímenes

colectivos fueron cometidos en nombre del bien, la justicia o la felicidad para todos; no obstante, las causas nobles no pueden nunca ser la justificación de actos innobles (Muñoz J. , 2016, p. 16).

Asimismo, la memoria histórica dentro de un proceso de construcción de paz se constituye en una medida preventiva de no retornar a la violencia. Este llamado también involucra un acercamiento y comprensión del enemigo y una salida necesaria de la lógica de víctimas y victimarios. Al mismo tiempo, esta es la forma más acertada en la que puede darse un panorama más complejo y exacto del pasado en común, produciendo un juicio más reflexivo acerca del pasado al entregarle esta autonomía a la sociedad civil y no únicamente a quienes representaron en algún momento los intereses de las partes en conflicto o a quienes posean evidentes intereses políticos.

“Ha llegado la hora de la memoria. La memoria se abre y le abre camino a una sociedad para todos. Invita a ver, descubrir y apreciar a una Colombia no tan conocida, que va mucho más allá del cliché, el estereotipo y el horror” concluye el informe “La memoria nos abre camino. Balance metodológico del CNMH para el esclarecimiento histórico” (CNMH, 2018, p. 164).

Para en CNMH, en el marco del conflicto armado en Colombia volver la mirada respecto a las experiencias de las personas mayores implica reconocer que:

- a. Las experiencias y consecuencias en el marco del conflicto armado son distintas en relación a si eran o no personas mayores (60 años o más) al momento del accionar de los grupos armados.
- b. Son/fueron víctimas de grupos armados por ser personas mayores y por los roles sociales que desempeñaban en sus comunidades y sus familias.
- c. Las distintas formas de violencia vinculan consecuencias específicas para las personas mayores víctimas del conflicto armado.

- d. La exclusión y la discriminación, así como los prejuicios y estereotipos vinculados con la vejez y el envejecimiento, ubican a las personas mayores víctimas del conflicto en mayores condiciones de vulnerabilidad y desigualdad social.
- e. El acumulado de sus experiencias de vida en relación a la larga duración del conflicto armado en Colombia les otorga un lugar prioritario al interior de los procesos de reconstrucción de memoria histórica.
- f. Sus capacidades diferenciales a nivel físico y psicosocial invitan a disponer de recursos específicos para la reconstrucción de memoria histórica y los medios dispuestos para la difusión de las memorias.

En este marco, entre los años 2014 y 2015 se desarrollaron dos procesos clave. Con el ánimo de caracterizar el papel de las personas mayores en el marco del conflicto armado en Colombia se desarrolló el proceso Voces de Mayores. Con un total de siete (7) encuentros desarrollados en Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín las personas mayores víctimas y/o representantes de distintas organizaciones sociales compartieron sus ideas y experiencias personales alrededor de temáticas como la reconstrucción del tejido social, el diálogo intergeneracional y los aportes para la paz. En la proclama: “¡Las Personas Mayores Decimos Basta Ya!”, consolidada a lo largo de este proceso, las personas mayores participantes nos invitan a una reflexión para reconocer los retos y perspectivas de la vejez y el envejecimiento en Colombia. Actualmente se trabaja en un instrumento pedagógico que recoge los insumos de este proceso. El segundo proceso, en asocio con la Corporación Asuntos Mayores (COASUMA), reconstruyó 15 historias de vida de personas mayores víctimas del conflicto armado en Colombia. Estas historias de vida se integran en el libro “Ojalá Nos Alcance la Vida” (CNMH 2017). Adicionalmente, y en el marco de las Iniciativas de Memoria Histórica apoyadas por el CNMH, se avanza actualmente en la producción de ocho radio historias inspiradas en los relatos incluidos en el libro “Ojalá Nos Alcance la Vida” (CNMH, 2019).

6.2.3. Conflicto armado en Colombia

En Colombia se vive desde 1948, de una manera casi ininterrumpida, una prolongada guerra interna cuyo desarrollo reciente combina simultáneamente conflicto y posconflicto (GMH 2009). El GMH identifica cuatro periodos en su evolución. El primer periodo (1958-1982) marca la transición de la violencia bipartidista a la subversiva, caracterizada por la proliferación de las guerrillas que contrasta con el auge de la movilización social y la marginalidad del conflicto armado. El segundo periodo (1982-1996) se distingue por la proyección política, expansión territorial y crecimiento militar de las guerrillas, el surgimiento de los grupos paramilitares, la crisis y el colapso parcial del Estado, la irrupción y propagación del narcotráfico, el auge y declive de la Guerra Fría junto con el posicionamiento del narcotráfico en la agenda global, la nueva Constitución Política de 1991, y los procesos de paz y las reformas democráticas con resultados parciales y ambiguos. El tercer periodo (1996-2005) marca el umbral de recrudescimiento del conflicto armado. Se distingue por las expansiones simultáneas de las guerrillas y de los grupos paramilitares, la crisis y la recomposición del Estado en medio del conflicto armado y la radicalización política de la opinión pública hacia una solución militar del conflicto armado. La lucha contra el narcotráfico y su imbricación con la lucha contra el terrorismo renuevan las presiones internacionales que alimentan el conflicto armado, aunado a la expansión del narcotráfico y los cambios en su organización. El cuarto periodo (2005-2012) marca el reacomodo del conflicto armado (GMH, 2013).

Así, durante más de medio siglo, Colombia ha vivido un conflicto armado expresado en una guerra de combates y masacres, acompañado de otras modalidades de violencia extrema que incluyen la tortura, la desaparición forzada, los asaltos sexuales, los secuestros y los desplazamientos forzados. Ahora se abre paso a la posibilidad, frágil pero real, de la paz (Centro Nacional de Memoria Histórica –CNMH–, 2018). “El daño ha sido masivo y afecta a toda la sociedad. Cerca de 300 mil colombianos perdieron la vida o desaparecieron de manera forzada en el marco del conflicto armado, sin que muchas de las familias

conozcan aún su paradero. La geografía humana del campo y de las ciudades ha experimentado transformaciones debido a los seis millones de colombianos desarraigados de sus hogares y de sus tierras que, a pesar del dolor y del despojo violento, se han visto obligados a reconstruir sus vidas en contextos ajenos. La afectación psicosocial ha sido excepcional y es duradera. En muchas regiones el miedo persiste, las heridas siguen abiertas, y subsisten las estigmatizaciones, así como la polarización y la fragmentación. Por eso es necesario constatar que el pasado doloroso no se ha cerrado” (CNMH, 2018, p. 11).

El conflicto armado colombiano es el resultado de problemas de fondo en la configuración social y económica del país, no se trata de una simple manifestación de la criminalidad. La apropiación, el uso y la tenencia de la tierra han sido motores del origen y la perduración del conflicto armado (GMH, 2013). Es preciso reconocer que la violencia que ha padecido Colombia durante muchas décadas no es simplemente una suma de hechos, víctimas o actores armados. La violencia es producto de acciones intencionales que se inscriben mayoritariamente en estrategias políticas y militares, y se asientan sobre complejas alianzas y dinámicas sociales. Desde esta forma de comprender el conflicto se pueden identificar diferentes responsabilidades políticas y sociales frente a lo que ha pasado (GMH, 2013).

Este conflicto armado en Colombia no tiene una modalidad de violencia distintiva. Los actores armados enfrentados han usado y conjugado todas las modalidades de violencia. Todos han desplegado diversas modalidades y cometido crímenes de guerra y de lesa humanidad, haciendo a la población civil la principal víctima del conflicto. Pero no todos los grupos y organizaciones armadas practicaron con la misma intensidad y con igual grado de sevicia las modalidades de violencia, aunque todos fundaron en ella sus estrategias (GMH, 2013).

Pocos dudan hoy que el conflicto armado interno en Colombia desbordó en su dinámica el enfrentamiento entre los actores armados. Así lo pone de presente la altísima proporción de civiles afectados y, en general, el ostensible

envilecimiento de las modalidades bélicas. De hecho, de manera progresiva, especialmente desde mediados de la década de los noventa, la población inermes fue predominantemente vinculada a los proyectos armados no por la vía del consentimiento o la adhesión social, sino por la de la coerción o la victimización, a tal punto que algunos analistas han definido esta dinámica como guerra contra la sociedad o guerra por población interpuesta (GMH, 2013).

La violencia contra la población civil en el conflicto armado interno se ha distinguido por la sucesión cotidiana de eventos de pequeña escala (asesinatos selectivos, desapariciones forzadas, masacres con menos de seis víctimas, secuestros, violencia sexual, minas antipersonal) dentro de una estrategia de guerra que deliberadamente apuesta por asegurar el control a nivel local, pero reduciendo la visibilidad de su accionar en el ámbito nacional. En efecto, los actores armados se valieron tanto de la dosificación de la violencia como de la dosificación de la sevicia, esta última en particular en el caso de los paramilitares como recurso para aterrorizar y someter a las poblaciones. Esta dinámica, que constituyó el grueso de la violencia vivida en las regiones, fue escasamente visible en el plano nacional, lo que muestra la eficacia del cálculo inicial de los perpetradores de eludir la responsabilidad de sus fechorías frente a la opinión pública y frente a la acción judicial. Desentrañar las lógicas de la violencia contra la población civil es desentrañar también lógicas más amplias de la guerra: el control de territorios y el despojo de tierras, el dominio político electoral de una zona, la apropiación de recursos legales o ilegales. La victimización de las comunidades ha sido un objetivo en sí mismo, pero también ha sido parte de designios criminales más amplios de los actores de la guerra (GMH, 2013).

Se estima que para el 2017 el 8% del total de víctimas del conflicto armado en Colombia eran mayores de 60 años; de acuerdo con el CMH en Colombia hay 701.659 personas mayores víctimas del conflicto; por hechos victimizantes, las personas mayores han sido afectadas en especial por el desplazamiento forzado, las amenazas, la pérdida de bienes muebles o inmuebles y la desaparición forzada. Por departamentos, los cinco en que las personas mayores

han sufrido más hechos victimizantes son, en su orden: Antioquia, Valle del Cauca, Bolívar, Magdalena y Cesar.

Según Correa-Montoya et al. (2015) la población actual de Colombia ha envejecido en medio del conflicto armado, de violencia indiscriminada, de víctimas y victimarios y también de intentos de reparación, perdón y reconstrucción.

6.2.4. Violencia y conflicto armado en Caldas

A primera vista, el departamento de Caldas no sobresale en el conjunto nacional por presentar elevados niveles de violencia en el marco del conflicto armado. Esto resulta relativamente cierto para el caso de la guerrilla que, a pesar de tener una presencia significativa en el oriente del departamento, no se destaca en las otras regiones. No obstante, es un territorio que registra altas tasas de homicidio, explicable por la presencia del narcotráfico, de bandas criminales, así como el desarrollo de grupos de autodefensa. Según Palacio y Cifuentes (2005)

Caldas hasta los años 80 parecía ofrecer ciertas restricciones frente a las estrategias de inserción de los actores armados quienes solo la usaban como corredor de paso. La expansión, la agudización y la transformación del conflicto en el departamento coincidió con la crisis del sector agrícola, especialmente con el derrumbe de la economía cafetera que golpeó duramente la región y generó un notorio descenso en los estándares de calidad de vida. (p. 102).

Además, el conflicto armado fue atizado por los recursos derivados de la siembra de la coca, actividad a la que se dedicaron la mayoría de los campesinos agobiados por la crisis cafetera; y la producción cocalera se vio “favorecida” por la protección de los miembros de la policía y el ejército nacionales instalados en la región. Todos los actores armados se lucraron de los cultivos ilícitos, y la gran afluencia de dinero exacerbó el conflicto armado, cambió la economía regional, trastocó el sentido del trabajo honrado y digno por el

dinero fácil y el afán de consumo; en fin, se modificó el orden local establecido, alteró la vida cotidiana, las relaciones de vecindad fueron impregnadas de pugnacidad y cargadas de estigmatización territorial entre los pobladores del valle y los de la montaña (Narváez, 2017).

Se ha afirmado con frecuencia que la violencia en Caldas aumentó de manera importante con la ruptura del acuerdo mundial cafetero a finales de la década de los 80. Esto es parcialmente cierto, sin embargo, se debe tener en cuenta que su dinámica responde a estrategias de los actores armados, especialmente de las FARC, que aprovecharon estas circunstancias para expandirse y más tarde para impulsar el desarrollo de cultivos de coca en el departamento. Posteriormente, se fortalecieron las autodefensas, dinamizadas también por el narcotráfico, por lo que se intensificaron las disputas entre las dos agrupaciones ilegales y se incrementaron las acciones tendientes a controlar el poder local, proceso en el que sectores emergentes desplazaron a los representantes de las élites tradicionales.

Ya desde el 2001 la defensoría del pueblo mencionaba:

Por su ubicación geográfica, la región del Eje Cafetero, y en especial el departamento de Caldas, se ha constituido desde principios del 2001 en un corredor estratégico que comunica al oriente del país con el Magdalena Medio y el andén pacífico. Los hechos de violencia ocurridos durante ese año en Riosucio, Supía, Salamina, Samaná y Pensilvania en Caldas, La Palma, Caparrapí y Yacopí en Cundinamarca, y Tadó en el Chocó, señalan el interés de los actores armados por controlar el corredor que va del centro del país hacia la costa pacífica, el corredor hacia el Magdalena Medio y una de las rutas de acceso a Bogotá. De esta manera, las autodefensas del Magdalena Medio pretenden bloquear los corredores de la guerrilla y algunos de sus principales centros de operación en las cordilleras occidental y central. (Informe de Defensoría sobre Desplazados, 2001, pp. 24-25).

Según Palacio y Cifuentes (2005)

[...] de una parte, se identifica la acción militar de las FARC que con una trayectoria de cooptación de campesinos pobres, aprovecha las condiciones derivadas del empobrecimiento provocado por la crisis cafetera para desplegar estrategias de expansión, y por otra, las autodefensas, asentadas en la zona ganadera del oriente del Departamento desarrollaron acciones dirigidas a contrarrestar la expansión guerrillera y a “limpiar” los territorios supuestamente vinculados con la organización insurgente. En este marco, se perfiló una redefinición del control territorial: mientras el occidente fue zona de guerrilla y avance de las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), el oriente es zona de las AUC y avance de la guerrilla. (p. 104).

La consolidación de las FARC en el Departamento a finales de los 90 y la incursión de las autodefensas en los años 2000 generaron un incremento en la intensidad de la confrontación armada. Aunque estas circunstancias afectaron a todo el Departamento, las dinámicas y las expresiones de la violencia difieren en las distintas regiones, principalmente por la marcada desarticulación del Departamento y porque su dinámica está más vinculada con los departamentos vecinos que con su mismo territorio, principalmente Antioquia, Risaralda, Chocó, Tolima y Valle del Cauca. De acuerdo con el Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos (2006), la intensidad de la confrontación armada no fue muy significativa en la década de los 90, sin embargo crece a principios de los años 2000 por la expansión de las FARC en el oriente por la ruptura de la zona de distensión en 2002 y el incremento de los combates planteados por la Fuerza Pública, principalmente a raíz del desarrollo de la Política de Defensa y Seguridad Democrática. Lo anterior se expresó con mayor intensidad en el Oriente particularmente en Samaná y Pensilvania y, en menor medida, en el Occidente, en el municipio de Riosucio.

Según el mismo informe, las acciones que la guerrilla desplegó con mayor intensidad fueron ataques a bienes civiles, entre los cuales se destacan los atentados contra la infraestructura, paros armados y uso de minas antipersonal, especialmente en la región oriental. En esta región, conformada por los municipios de La Dorada, Victoria, Norcasia, Samaná, Marquetalia, Manzanares, Pensilvania y Marulanda, los ataques fueron una táctica adoptada por la guerrilla en reacción a la mayor presencia de la Fuerza Pública, al incremento de los combates y para la protección de sus campamentos. Igualmente fue utilizada para proteger los cultivos ilícitos y dificultar su erradicación.

De otro lado, las tasas de homicidio en el Departamento tradicionalmente han sido muy elevadas, situación que se dinamizó por el narcotráfico en el Occidente, en el Norte y en parte del Centro sur (Chinchiná y Belalcázar). En los años 2000, cuando las Autodefensas del Magdalena Medio decidieron expandirse en la vertiente oriental de la Cordillera Central, los homicidios aumentaron en municipios como Samaná y Pensilvania. Igualmente en el mismo periodo, el frente Cacique Pipintá, muy influenciado por el narcotráfico, tuvo gran participación en el aumento de las tasas en la región Norte, y en el Occidente en el municipio de Riosucio, donde viven comunidades indígenas organizadas en varios resguardos.

Caldas no es uno de los departamentos más afectados por el fenómeno del desplazamiento, no obstante, dado su tamaño, es importante mencionar que un número importante de personas ha salido de manera forzada. Se destaca la zona oriental, especialmente Samaná, donde los desplazamientos están asociados principalmente a disputas entre autodefensas y guerrilla y a tácticas utilizadas para evitar las fumigaciones. Se destaca la crítica situación que vivieron las comunidades indígenas de los Resguardos San Lorenzo, Cañamomo Lomapieta, Escopetera Pirza y Nuestra Señora Candelaria de La Montaña en los municipios de Riosucio y, en menor medida, en Supía. Los homicidios se incrementaron entre 2000 y 2003 y afectaron a sus autoridades tradicionales. Esto respondió a disputas entre guerrilla y autodefensas, asimismo involucró luchas por el poder local y, en particular, para neutralizar el

movimiento indígena que se unificó y se enfrentó a los partidos tradicionales (Presidencia de la República, 2005).

Otro de los efectos del conflicto armado fue la afectación de los espacios productivos. De acuerdo con Narváez (2018) con la llegada de los grupos armados, el espacio productivo se deprimió debido al abandono de miles de campesinos de sus tierras y la mayoría de los grandes comerciantes dejaron sus negocios, quienes se encargaban de proveer los insumos para las labores agropecuarias. Unos fueron secuestrados, otros “boleteados”⁶ y todos extorsionados. Las dos razones anteriores condujeron, de una parte, al aumento en la concentración de la tierra debido a que muchos terratenientes aprovecharon la situación para adquirir tierras a muy bajos costos, convirtiéndose en una de las grandes transformaciones territoriales generadas por el conflicto armado, especialmente en La Dorada y Samaná, como lo demuestra el índice de Gini que fluctúa entre 0,819 y 0,958 (Instituto Geográfico Agustín Codazzi- IGAC, 2012, p. 204), el rango más alto de concentración de la propiedad de la tierra en el país; y de la otra, el cambio en el uso de la tierra de miles de hectáreas que eran destinadas a cultivos de café y de “pan coger” por potreros para la ganadería (Narváez, 2018).

6.2.5. Violencias y paz en las voces de las personas mayores: narrativa interpretativa

En este estudio se indagó por la paz y su construcción, sin embargo es inevitable la aparición de la violencia. Los relatos incluidos en este capítulo reconstruyen las memorias de la violencia como memorias de un sufrimiento que es

⁶ El boleteo era una práctica que consistía en enviarle un papel o boleta a una persona para que abandone el pueblo, muchas veces, en la misma boleta se le ofrecía un irrisorio precio por la compra de sus propiedades. Fue una práctica que apareció en la llamada Violencia Política (entre liberales y conservadores) de los años cuarenta y cincuenta del siglo pasado, cuya inadecuada resolución condujo al encadenamiento con el conflicto armado actual (Narváez, 2018).

narrado, representado y sufrido por las personas mayores del departamento de Caldas. Al hacerlo, se movilizan sentidos, se ubican hitos espaciales y temporales y se le da un significado, un propósito y un futuro al acto y al trabajo de la memoria y a la construcción de paz.

En consonancia con el Grupo de Memoria Histórica, las memorias son producto de la combinación de tiempos y espacios.

Combinación de tiempos en el sentido en que de cara al pasado, a la catástrofe de la historia y al sufrimiento, son un ejercicio creativo de resistencia aquí y ahora que se proyecta al futuro, que tiene un destino. Las memorias son, pues, al mismo tiempo, pasado, presente y futuro; un sufrimiento que resiste y se transforma cargado de futuro. Son una combinación de espacios en la medida en que ponen materialmente en relación al espacio devastado con el espacio en que de nuevo es posible la comunidad en su cotidianidad, es decir, es posible de nuevo cierta “forma de vida”. En las memorias se combinan casi hasta confundirse los espacios devastados por la violencia y los espacios en que se refunda la cotidianidad. (GMH, 2009 p 21).

En este sentido, las personas mayores de Caldas, específicamente de Samaná, Viterbo, La Dorada, Riosucio, Marquetalia, Marmato y Manizales, han sido testigos y víctimas de la violencia y el conflicto armado que ha marcado la historia del país. Para muchas personas, por su edad y su trayectoria de vida, la guerra no es un evento histórico sino un modo de vivir, han desarrollado su vida en medio de la violencia. Los mayores, como testigos del pasado, son depositarios de una historia viva que, más allá de los dramas y pérdidas personales, se constituyen en la memoria histórica de la sociedad en la cual han vivido, viven y vivirán.

A partir de los relatos de las personas mayores se hace evidente su mirada sobre la larga duración y las variaciones temporales del conflicto. Es una violencia que atestiguan y que ha llegado a ser una marca de su vejez, hay una

percepción de los violentos hecha de muerte, de dolor y de miedo y en la que el olvido no tiene cabida. Es, pues, una vejez que dejó atrás sus signos de serenidad y tiene que asumir, como ambiente propio, el sufrimiento, la inseguridad e incertidumbre constantes, el miedo o la frustración, la pérdida de la esperanza (figura 71). Su historia es la historia del país.

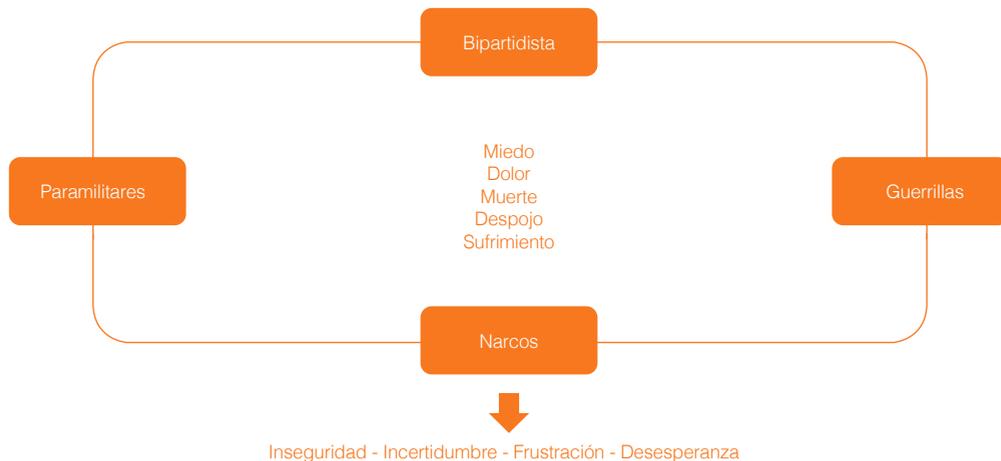


Figura 71. Experiencias de violencias de las personas adultas mayores de Caldas.
Fuente: elaboración propia.

6.2.6. Las memorias de las violencias en la trayectoria de vida de los mayores de Caldas

La memoria no es un espacio único, por lo cual resulta más adecuado hablar de memorias. La reconstrucción de la memoria se ha constituido en uno de los objetivos más importantes para la construcción de paz, no solo para elaborar un inventario de lo sucedido sino para rememorar constantemente el pasado desde el presente con el objetivo de fijar un “No Más, un Nunca Más” que permanezca (CNRR, 2009).

Tal como se mencionó, en Colombia el conflicto armado no tiene una modalidad de violencia única, los actores armados han desplegado diversas modalidades y cometido crímenes de guerra y de lesa humanidad, haciendo a la población civil la principal víctima del conflicto. Pero no todos practicaron con la misma intensidad y con igual grado de sevicia las modalidades de violencia, aunque todos fundaron en ella sus estrategias.

Aunque en su origen el conflicto armado contemporáneo en Colombia está imbricado con la llamada violencia bipartidista y el Frente Nacional, también está relacionado con las inequidades que se derivaron de este último. Los intentos fallidos de reforma a la estructura de la tenencia de la tierra, de una parte, y la limitada capacidad de incidencia de los actores disidentes que cuestionaban el acuerdo bipartidista, son, tal vez, los fenómenos políticos más notables asociados a esta época (GMH, 2013). Según el mismo informe, durante el siglo XIX y buena parte del siglo XX, los partidos políticos tradicionales recurrieron a la violencia para dirimir las disputas por el poder y, en particular, para lograr el dominio del aparato estatal, a tal punto que este accionar puede considerarse como una constante histórica de varias décadas. En efecto, la pugnacidad política y las acciones violentas entre los partidos tradicionales, Liberal y Conservador, alcanzaron su nivel más crítico en el periodo conocido como La Violencia, que comprende desde 1946 hasta 1958. Aunque la violencia liberal conservadora fue promovida por la dirigencia de ambos partidos, el enfrentamiento político se vio especialmente atizado por el sectarismo manifiesto del dirigente conservador Laureano Gómez, presidente de la República entre 1950 y 1953. A partir de entonces, el conflicto político se tradujo en una abierta confrontación armada. Como sello distintivo de la década de 1950, la violencia se libró entre los ciudadanos adscritos a ambas colectividades políticas mediante el ataque a los militantes del partido contrario o a sus territorios de influencia (GMH, 2013).

Hay narraciones que muestran cómo se vivió esta violencia en Caldas:

Viterbo vivió una guerra muy cruenta que fue esa guerra entre liberales y conservadores, cuando se dio el fenómeno de conservatizar el occidente de Colombia, entonces tenían que sacar los liberales, Viterbo fue un fortín conservador, aquí uno de los gobiernos construyó una fortaleza que aún existe y ahí ocurrieron las cosas que ocurren en una guerra. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

Una guerra que se particulariza en el recuerdo de quienes la vivieron y aún no le encuentran sentido:

Yo tenía 14 y tengo 78, eso era horrible, sacaban a la gente para matarla, las mataban y les mochaban la cabeza, las bajaban en mula de río para abajo, todo eso me tocó a mí de 14 años, después de eso mataban mucho porque sí, porque no, porque estaban robando o porque eran enemigos, por ser mujeres, porque les debían plata, no le perdonaban a nadie. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

La ideología, la inclinación por partidos y los colores determinaban la vida de una persona: “De muchas maneras, primero la política, así fuera buena persona, por ser de este color: Pun!” (Viterbo, comunicación personal, 2017).

La persecución generaba miedo, el miedo a desaparecer, el miedo a ser asesinados; esto también se narra en Riosucio: “A mi papá lo persiguieron toda la vida en la violencia, lo seguían por ser liberal. Claro ese era el enfrentamiento entre liberales y conservadores en este país... y finalmente lo mataron y estábamos nosotros muy jovencitos” (Riosucio, comunicación personal, día, mes, año). El conservadurismo era la inclinación más fuerte en Caldas, por tanto, ser liberal en esta región era un desafío, claro, ser conservador también, pero eran los liberales los que más peligro corrían:

Y con las raíces de uno, yo tuve un padre ejemplar, él era liberal y en este pueblo era pecado ser liberal, eso era aterrador y él se fue de aquí, se fue de miedo por eso y lo cogieron los conservadores porque les daba miedo que le hagan algo, pierde todas sus cosas y no lo dejaron ir por buena persona, era un liberal buena persona. (Viterbo, comunicación personal, año 2017).

Sin haberse resuelto completamente la situación de violencia bipartidista, después de los sesenta aparece un nuevo fenómeno, los grupos armados al margen de la ley, producto también del sistema político y los niveles de pobreza y, por tanto, de la inequidad, de la injusticia social y económica, entre otros factores. Los actores armados han usado y conjugado todas las modalidades de violencia, entre ellas el secuestro, el despojo económico y el desplazamiento, son las más recurrentes en Caldas.

Usted llegar y tener un capital para entregárselo a un sinvergüenza, la vida es distinta y ver por ejemplo cuando mi hermano con lo del secuestro, toda la familia en sí, con un hijo, los que manejábamos ese secuestro y nos dieron toda la confianza para hacerlo, pero nos reclamaban y nosotros no podíamos decir nada, entonces fuimos y les entregamos la platica y lo trajimos y ahí lo tenemos, ahí está, mi mamá feliz, mis hermanos y todos felices [...] Eso fue en el 2005 y el otro fue en el 2007, un trabajador, ese sí me tocó muy duro, ahí perdí otra plata. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

También hay evidencia del despojo de los campesinos:

Si claro, una estación de servicio y nos sacaron plata y combustible. Los que teníamos ganado, teníamos que dar 2.000 pesos por cada res y había que regalar dos reses de más de 300 kilos. Eso fue lo más vil, lo que pasa es que ahora esta cantidad de gente del congreso como nunca han sentido la violencia en carne propia [...] En Samaná fue el desplazamiento más grande del país. (Manizales, comunicación personal, 2017).

Yo tenía una finca lo más de hermosa, en madera y todo y allá estuvo la guerrilla más de un año, estuvo Karina que fue la que mandó a matar a mi hermano, mi hermano era personero, entonces le decía a la gente en las calles: “Mucho cuidado con comprar ganado robado que resultan más tarde enredados”, entonces por eso le dieron. La gente salía de la feria de allá de la esquina y miembros de la guerrilla “muestre a ver cuánta plata tiene que usted acaba de vender una res”, la gente dueños de ganado veían su ganado en la feria, que había vendido la guerrilla y callados viendo vender su ganado. (Manizales, comunicación personal, 2017).

El asesinato selectivo también está presente en la memoria:

Me la paso es llorando, la falta de mi esposo me hace dar muchos nervios y la de ese hijo que me encontré en ese caño que lo mató la guerrilla, [...] quedamos muy pobres con la dejada de la finquita y todo, ahí no tengo sino esa casita y eso está en riesgo, está que se va por esa quebrada y por eso no lo dejan a uno, es un peligro uno ahí. (Samaná, comunicación personal, 2017).

Samaná fue un pueblo, el más golpeado por la violencia en el año 2013, la guerrilla me mató un hermano y yo lo vi caer y todo en la estación de servicio, a mí, ahí, al tiempo me empezó el problema de una enfermedad que se llama depresión, pero he estado muy controlada muchos años y eso es lo más duro, ahora que hago el duelo personal, tengo los sicarios aquí en la mente. (Manizales, comunicación personal, 2017).

Muy dura porque a mí me ha tocado duro, cuando me mataron mi hijo sentí que la vida se me acabó, sentí que todo no era lo mismo, que no, de ahí para acá me fui deteriorando, yo era una mujerzota, mi pelo me caía debajo de los pies, pero no, de ahí para acá todo me cambió todo. Perdí dos, la hija de 14 y el niño de 21 años y yo de ahí para acá como que no me gusta nada. (La Dorada, comunicación personal, 2017).

Las guerrillas han recurrido primordialmente a los secuestros, los asesinatos selectivos y los atentados terroristas, además del reclutamiento forzado y el ataque a bienes civiles. Las personas que son víctimas de estos hechos experimentan la pérdida de elementos fundamentales como sujetos sociales, se ven obligadas a reelaborar cada vez su identidad y reafirmar lo que son en lo profundo de sí mismas, con su memoria y sus ilusiones, más allá de la supervivencia inmediata. Todo el legado histórico y socio-cultural que le ha permitido realizarse como sujeto de acción simbólica queda sometido a la voluntad de otros: ve cómo se arrancan las raíces de su memoria histórica, territorial, comunitaria y personal, todas estas vivencias constituyentes de su identidad. Encontrar un rumbo, una orientación al futuro, un proyecto de vida, depende de los recursos con que cuentan los sujetos y las comunidades en el presente para hacer frente al despojo de los bienes materiales y simbólicos que permitían la realización de sus vidas (Ocampo et al., 2014).

Tal como se mencionó, otros actores importantes en este panorama de violencia son los paramilitares, ambos violentan, pero los pobladores los reconocen como diferentes:

Yo he estado en regiones paramilitares, cuando los secuestros, conocí la guerrilla a fondo y yo voy donde los guerrilleros y me he comunicado con ellos, con los paramilitares es muy distinto, es una cultura muy distinta, es un ambiente muy distinto. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

Aunque tienen finalidades diferentes, sus acciones son similares:

Llamamos la fiscalía y todo, llegó la fiscalía con los paramilitares sacando cadáveres de allá de los potreros. La gente la mataban, en mi pueblo chantajearon a todo el comercio, cada mes un tipo con una valera recogiendo las cuotas y el que no, aténgase a las consecuencias. (Manizales, comunicación personal, 2017).

En términos de repertorios de violencia, los paramilitares ejecutaron en mayor medida masacres, asesinatos selectivos y desapariciones forzadas e hicieron de la sevicia una práctica recurrente con el objeto de incrementar su potencial de intimidación.

Unos que los llaman “los turbeños” y yo me vi agarrada, pero gracias, gloria Dios que me excluyó, me guardó. Una señora pasando, yo así pasando la carretera y me dijo: Teresita ¿por qué llorás? Uy amiga, ya me van a matar, me robaron lo que tenía y me van a matar- Llorando se lo dije –Yo no sé qué hago ya- y sabía que nos habían amenazado a los dos, al esposo y a mí. (Marmato, comunicación personal, 2017).

Aquí lo más duro fue los paramilitares, más que las FARC hubo uno años muy duros con los paramilitares, muchos muertos, estremecedor. (Aguadas, comunicación personal, 2017).

Las amenazas cumplidas sobre la integridad de la vida, sobre los bienes, el sufrimiento de los pobladores se manifiesta con impotencia, pero también se transforma en valentía como lo narra una voz en la Dorada:

Yo veía los paracos y yo me les tiraba y les escupía la cara y yo les decía: Asesinos, si son tan guapos mátenme a mí, yo me les enfrentaba, entonces un capataz de ellos me llamó y me dijo: Mire Maruja, haga lo siguiente, váyase que no quiero que la maten, y es que son cobardes ¿cómo me van a matar? (La Dorada, comunicación personal, 2017).

Pero el dolor, la inseguridad, la soledad que queda después del despojo permanece en el tiempo:

Al esposo mío lo mató la guerrilla y al hijo los paramilitares no me entregaron el cuerpo, yo tuve una audiencia con los paramilitares abajo en La Dorada,

que el cuerpo me lo iban a entregar y nada, ahí estoy esperando y nada. (Samaná, comunicación personal, 2017).

También se encuentran otras reacciones impredecibles a modo de acontecimientos fantásticos o que no son parte de la vida cotidiana, y que aparecen como una percepción subjetiva aparentemente inventada por las víctimas, quienes, además del sufrimiento padecido, parecen haber perdido el juicio de realidad. Lo vivido había existido de otra manera, como lo enuncia la señora adulta mayor en La Dorada:

Sí, eso es así, eso es así porque si todos nosotros comprendiéramos lo que es la vida, que la vida no es para vivirla como de cualquier manera, sino saberla vivir, yo he sufrido, yo he luchado, yo he estado en medio de los que matan, yo he estado viendo como los matan. Yo me ponía a pensar: ¿Qué se hace Dios mío? Hasta que una vez en el pueblo en el que yo vivía en la Sierra, yo vi que iba un muchacho, yo tenía un restaurante, yo vi que el muchacho iba, cuando saliendo dos muchachos con revolver a matarlo, yo me paré y yo dije: A él no lo van a matar, ponga cuidado que no, él muchacho que mataba llegó y se arrodilló y él mataba arrodillado, entonces yo me paré y levanté mis manos hacia arriba, hice una oración y el muchacho que tenía el arma cayó, el revolver se le cayó y rodaba así, ¿si sabe que la palabra del señor ahí donde está con la espada en sus manos? El cogió la espada y con esas espada mató la cabeza la culebra y yo vi, esta es la culebra y no lo va a matar, el muchacho salió corriendo y salió para donde mí, el matón apenas me vio me dijo ¿usted qué es? Y le dije yo: ¿Por qué?, porque la veo envuelta en una nube, la veo en una nube, y salió corriendo y no pudo matar al pelado y dije yo: Ahí es donde tengo yo el poder de Dios, ahí fue donde me lo dio, ahí dije: Tengo una energía que el señor me dio y la estoy aprovechando y ahora sí, voy a ser de que esta energía haga la paz en este pueblo y no hayan más muertos y yo me quedé aterrada porque día por día ya se iba acabando la matazón y eso fue un don de que yo lo tengo y es que lo tengo yo ya no [...] de aquí no me muevo, yo casi no salgo para por allá, pero cuando veo así violencia entonces yo me paro y

me salgo a mirar y todos salen y se van y digo yo: Vea que bonito. (La Dorada, comunicación personal, 2017).

Además de la guerrilla y los paramilitares, el conflicto en Colombia se incrementó con el narcotráfico, un tercer elemento apareció en el escenario de Caldas, la violencia por el control del tráfico de drogas que para las personas mayores de Caldas es aún más cruel, despiadada y sin sentido:

Una guerra con la violencia que hubo de 1980 para acá con el narcotráfico, que esa sí fue violencia, la guerra no es violencia, es una guerra, son ideas, entonces los liberales tenían que defenderse de los conservadores, los liberales bregando a defenderse, pero hay una idea, cuando el narcotráfico empezó una violencia diferente y más cruenta mataban a la gente por matarla, por un poquito de polvo. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

El conflicto armado fue atizado por los recursos derivados de la siembra de la coca, actividad a la que se dedicaron la mayoría de los campesinos agobiados por la crisis cafetera, por lo que la producción cocalera se vio “favorecida” por la protección de los miembros de la policía y el ejército nacional instalados en la región. Todos los actores armados se lucraron de los cultivos ilícitos, y la gran afluencia de dinero exacerbó el conflicto armado, cambió la economía regional, trastocó el sentido del trabajo honrado y digno por el dinero fácil y el afán de consumo; en fin, se trastocó el orden local establecido, alteró la vida cotidiana, las relaciones de vecindad fueron impregnadas de pugnacidad y cargadas de estigmatización territorial (Narváez, 2018), como lo ilustra muy bien el siguiente testimonio:

Aquí todos los días mataban, como ellos tenían un problema de cartel, de los Rodríguez Orejuela de Mariquita, de Cali y el cartel de Medellín que era Pablo Escobar, eso fue una época tremenda, aquí una época donde dijeron: Todos

los meses se va a poner una bomba y todos los meses la pusieron, la ponían en la heladería, en todos lados. (La Dorada, comunicación personal, 2017).

La oleada de narcotráfico en Caldas no solo dejó muchos muertos y mucho sufrimiento, también marcó la historia de algunos municipios, sino de todos, ya sea como productores o consumidores:

Por ejemplo aquí en el cielo de música mataron dos, eso fue en 1993 a raíz de que un muchachito de esos metidos en el narco se quiso despedir del papá, se estaba despidiendo del papá en la plaza, cuando el pelado vio, [...] el papá una gran persona, le dolió a todo el mundo esa muerte, cuando vinieron, los contactaron aquí, vieron que estaban en tal parte, fueron organizaron el plan, mandó un sicario y los mató a los dos, dolió mucho la muerte del papá sobre todo. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

Tanto la guerrilla como los paramilitares y narcotraficantes generaron un panorama violento muy fuerte en Viterbo, Samaná y La Dorada, con repercusiones muy fuertes en Marmato, Riosucio y Manizales. Uno de los grandes impactos de este conflicto armado fue el desplazamiento forzado: “A mí me tocó irme del pueblo 6 meses por culpa de la guerrilla y con chantaje nos sacaron plata, a mí me sacaron más de 50 millones de pesos” (Manizales, comunicación personal, 2017). El código era “o se va o lo matamos”, y no era una simple amenaza: “Y el que no se iba lo mataban. Por ahí en la esquina donde estuviera con cualquier amigo lo mataban delante de uno y eso era como nada” (Samaná, comunicación personal, 2017).

Aunque en la actualidad se intenta reparar los daños de la guerra, dicen los adultos mayores, hay cosas que no se pueden recuperar:

Pero eso fue horrible y lo que se perdió fue mucho, que a uno le dan, por ejemplo en estos días recibí lo de la indemnización por desplazamiento y uno le da gracias al gobierno que repartió esa plata, pero uno perdió todo, una finca muy buena, como 60 reses, 2 yeguas y eso no lo alcanza a recuperar uno, por mucho que uno trabaje ya no alcanza a recuperar eso. (Samaná, comunicación personal, 2017).

A partir de los relatos de las personas mayores se hace evidente su mirada sobre la larga duración y las variaciones temporales del conflicto. Su historia es la historia del país. Sin embargo, la resiliencia y la persistencia aún están presentes en sus vidas, como se muestra en el siguiente apartado.

6.3. Entre el significado y el sentido de la paz

Entre los significados más representativos que expresan las personas mayores sobre la construcción de paz están la igualdad, la tolerancia, la solidaridad, el diálogo, el respeto y la confianza, como se muestra en la siguiente figura y se desarrollan a continuación.

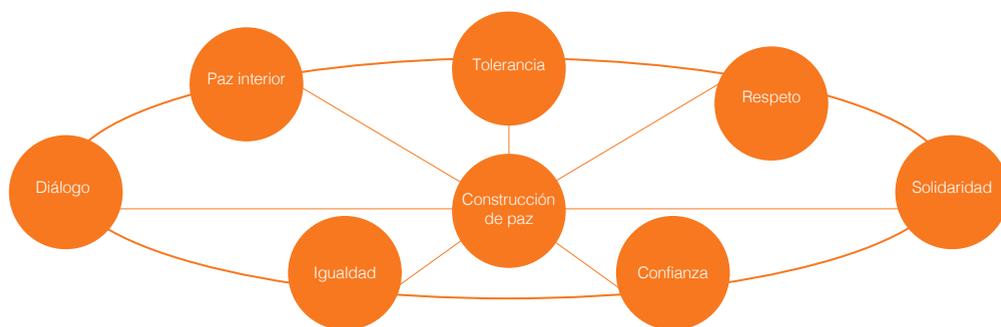


Figura 72. Significados de la construcción de paz.

Fuente: elaboración propia.

La percepción sobre la paz en las voces de las personas mayores se sustenta en sus trayectorias de vida, sus recuerdos convertidos en experiencias, materia prima de la sabiduría, los llevan a mirarse a sí mismos con una mirada más trascendente. Por ello, uno de los sentidos que tiene mucha fuerza es la paz como sinónimo de felicidad, pues estar en paz y convivir en armonía nutre la felicidad, le da sentido a la vida: “Hombre, la paz con uno mismo y con los demás con el entorno, vivir uno feliz, si uno tiene problemas con el entorno nunca va a vivir bien, ni va a estar feliz, ni contento, yo creo que eso es lo feliz, lo más bueno” (Samaná, comunicación personal, 2017). No puede haber paz con el mundo, con los otros, si no hay paz consigo mismo.

Cuando alguien es sometido a la injusticia e impunidad propias de un conflicto armado prolongado debido a que en el territorio se comprometen intereses económico-políticos en tensión, la necesidad de auto conservación lo lleva a construir espacios o pequeños lugares que reavivan momentos íntimos y le permiten perseverar en su noción de buen vivir. Esta noción tiene lugar en las razones más sutiles y, sin embargo, las más radicales: familia, esperanza de una vida mejor, exigencia de justicia para con los suyos, posibilidad de seguir confiando en que vale la pena vivir y vivir en la creencia de que no se perdido todo aunque en apariencia todo esté perdido. En este contexto la paz interior se vuelve más nítida con los años y nutre de la convivencia familiar, como lo afirma un adulto mayor en Riosucio:

De convivencia familiar sí, puede ser en la misma casa y uno se tiene que acostumbrar a eso, si es en la casa con los hijos tiene que hacer las paces, si es con la señora la misma historia, para que nos vamos a meter mentiras, que todos los días amanece uno de buen genio, algunos de tanto choca, eso es natural. (Riosucio, comunicación personal, 2017).

En la familia se forma la paz, el estar con los otros, primigeniamente con los hermanos, los hijos, los padres, son las formas más comunes de entender e incorporar la sociabilidad a la memoria:

A mí me hace feliz que los demás sean convivientes, aprendan a convivir, eso me hace muy feliz, eso sí me gusta a mí, compartir la felicidad, yo vengo contenta, yo cuento lo que me pasa porque yo allá siento felicidad alrededor. (La Dorada, comunicación personal, 2017).

En este nivel, la paz se percibe como convivencia armónica, estar con los otros sin hacerse daño, persiguiendo los mismos fines, solucionar los obstáculos con los familiares y vecinos armónicamente:

Convivir bien con mi esposa y mis hijos y todo y los ciudadanos, ir a mi pueblo a ver a mis amigos, tengo la mente limpia, no me deben un peso, ni le debo un peso a nadie, entonces no pueden decir que ahí viene ese viejo que tumbó a todo el mundo. Cuando yo me vine de la finca dicen que la gente añora que gente más colaboradora y humanitaria que nosotros no ha llegado por allá. (Manizales, comunicación personal, 2017).

La paz interior se exterioriza en la convivencia con los otros,

Pues a mí, la felicidad más grande para mí es estar yo con amigos o relacionarme con amigos, con personas que yo sepa que son buenas amistades, yo soy feliz con ellos, a mí no me incomoda ninguna amistad, eso me hace feliz a mí, y me hace feliz también la tranquilidad, yo soy muy tranquilo para todo, me hace feliz que yo en este momento no tengo problemas, que estoy viejo, que puedo caminar y que no tengo que trabajar. (Manizales, comunicación personal, 2017).

En las voces de las personas mayores del departamento de Caldas se encuentran algunas categorías que mencionan como elementos fundamentales en la construcción de la paz. Entre ellos la igualdad, término abstracto que se hace práctico en el momento de dimensionar las oportunidades que cada persona tiene en la sociedad. La igualdad cumple un triple papel en el ordenamiento

constitucional colombiano por tratarse simultáneamente de un valor, de un principio y de un derecho fundamental. Un aspecto de la igualdad que se debe señalar es que en la jurisprudencia colombiana carece de contenido material específico, es decir, a diferencia de otros principios constitucionales o derechos fundamentales, no protege ningún *ámbito concreto de la esfera de la actividad humana sino que puede ser alegado ante cualquier trato diferenciado injustificado*. Así, de la ausencia de un contenido material específico se desprende la característica más importante de la igualdad: su carácter relacional. Esta igualdad, según las voces de las personas mayores, es fundamental en la construcción de la paz: “Pues hay un factor principal global y voy a decirle: que haya igualdad entre la población, en todo el país” (Manizales). La realidad de los adultos mayores reclama las mismas oportunidades tanto sociales como estatales, la igualdad entendida no como los mismos derechos y deberes para todos los ciudadanos sino las mismas formas de aplicación en el mundo de la vida, frente a ello, reconocen los adultos mayores que no todos son iguales: “Todos no somos iguales, otros tienen una temperatura diferente a la de uno y aquí en la Sultana ya no son la mayoría de vecinos que fundaron el barrio, pasa que llega gente nueva y para mí es igual” (Manizales).

La tolerancia es otro valor que aparece con mucha fuerza en la construcción de paz. Tolerar, en tanto comprender los motivos y los fines de los otros, y por tanto de los problemas que aparecen en las relaciones interpersonales:

Pues se requiere de mucha tolerancia, de entender los problemas que tiene la comunidad y más que entenderlos, saber cuáles son los problemas que aquejan para tratar de dar solución a esos problemas, cuando se es conocedor de un problema de la comunidad de los miembros de una comunidad, pues entonces se buscan alternativas de solución para ayudar a esas personas. (Marmato, comunicación personal, 2017).

Asimismo, la tolerancia como insumo fundamental para la paz implica, según lo refieren, entender, saber con conciencia los obstáculos que obstruyen

las relaciones de las personas pero, además, el reconocimiento del otro como sujeto humano vulnerable. Tolerar significa reconocer al otro con sus debilidades y a la vez es un auto-reconocimiento, puesto que en el problema mismo no solo aparecen actores y víctimas, sino testigos que de alguna manera también hacen parte del problema. De esta manera, tolerar no significa compartir las mismas ideas y las acciones de los demás, sino entender esas situaciones y sus consecuencias para provocar soluciones y no para atacar a los responsables. En la tolerancia está la base de la convivencia y por ello de la paz:

Uno tiene que convivir con los vecinos, tiene que ser tolerante y si no todos resultan de enemigos de uno y eso no puede ser así ¿Pues cómo? Uno tiene que tolerar al vecino, si al vecino le gusta echar sátiras, no le pone cuidado. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

La tolerancia consiste en el respeto, la aceptación y el aprecio de la rica diversidad de las culturas de nuestro mundo, de nuestras formas de expresión y medios de ser humanos. La fomentan el conocimiento, la actitud de apertura, la comunicación y la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. La tolerancia consiste en la armonía de la diferencia. No solo es un deber moral sino además una exigencia política y jurídica. La tolerancia, la virtud que hace posible la paz, contribuye a sustituir la cultura de guerra por la cultura de paz (Artículo 1.1 de la Declaración de la UNESCO sobre la Tolerancia, 16 de noviembre de 1995).

La tolerancia no es una categoría teórica sino práctica que se legitima en las relaciones de las personas, en la familia, en la vecindad y en la comunidad. Asimismo, una manera de hacerse práctica es por medio de la solidaridad, otro valor que aparece con mucha fuerza en la construcción de paz según la percepción de los adultos mayores. La solidaridad no solo es la comprensión de los motivos y fines de los problemas, sino la unificación de esfuerzos para llegar a un fin colectivo. Así lo describe uno de los entrevistados de la localidad de Riosucio:

Este pueblo es muy solidario, esto es una maravilla, la solidaridad, vea es que imagínese nosotros con esa fundación, llegamos y decimos: vea es que no tengo mercado, y nos mandan una arroba de arroz, la gente es muy generosa. Que sí, problemas como en todos los pueblos... por ejemplo tenemos un canal comunitario (de televisión) en el que estamos diciendo no tenemos esto, no tenemos lo otro, que seguramente muchas cosas no se dan por muchos problemas, pero aquí se puede vivir. (Riosucio, comunicación personal, 2017)

La solidaridad implica conciencia colectiva, ponerse en los zapatos de los otros, asumir responsabilidades individuales de una manera comunitaria; implica que todas las personas involucradas directa o indirectamente, lo mismo que los testigos de los problemas que obstaculizan la paz, asuman un rol para la solución del mismo, como lo muestra la voz de una persona entrevistada:

Marmato es un pueblo Sui generis, aquí vivimos en medio de discordia, pero en un momento donde requiera la unión de la comunidad, ahí estamos todos. Yo no conozco un pueblo en el que haya más solidaridad como Marmato, en un entierro, por pobre que sea la persona, por humilde que sea ¿qué hay que hacer? Los entierros son muy parecidos a todos, no es que vayan 4 o 5 personas porque era pobre. Otra cosa es cuando un minero se accidenta, acuden todos los mineros de las otras minas; por ejemplo se tapa, entonces todos están destapando y hay mucha solidaridad en eso. A pesar de que en otras cosas, por motivos diversos, se vea que no concuerda, pero en momento cuando se requiere la unión ahí estamos todos. (Marmato, comunicación personal, 2017).

La solidaridad como la justicia entre los hombres es un valor que está presente en todas las sociedades, que toca a todos los individuos en su diario acontecer, no solamente para garantizar la convivencia entre las personas, sino para solventar las carencias que son propias de cada individuo en particular y cuyas necesidades muchas veces no pueden satisfacerse con los recursos que dispone cada uno de manera particular y aislada. El sentimiento de la solidaridad como valor humano puede darse a nivel individual, por razones

altruistas, políticas, gremiales, de convivencia, regionales, de comunidad de oficio o creencias, o aparecer también ante situaciones de emergencia o de infortunio individual o colectivo, de necesidad individual, de la búsqueda de ayuda o colaboración o también derivarse del impacto que causan situaciones de infortunio en las personas, los grupos, las sociedades, las regiones, los países, las comunidades o los continentes, que provocan ese sentimiento de ayuda mutua, como ocurre en los terremotos, las inundaciones, las sequías, los accidentes o cualquier otro tipo de acontecimientos desafortunados (Cañón, 2017). La solidaridad une a la comunidad, pone a los individuos en sintonía unos con otros, abre canales de conversación activa, acciones cooperativas, genera amistades y complicidades; la solidaridad, como lo anuncian los mayores, es una de las representaciones más fuertes de la paz:

Uno aprende muchas cosas, el ser solidario con los vecinos, con toda la gente, no ponerse uno a odiar a nadie, supuestamente la ley del señor es esa: amar a Dios sobre todas las cosas. Y cuando uno aprende a amar, pues que todos aprendiéramos a amar se acabaría la guerra, porque la guerra viene es de ahí, ese pensamiento intoxicado, la guerra viene de adentro. (Marmato, comunicación personal, 2017).

Al lado de la solidaridad debe estar el diálogo, otro de los valores que enuncian las personas mayores y que constituye la estrategia de los acuerdos. El diálogo es la manera como los seres humanos exponen y se exponen a lo público, sus conocimientos, sentimientos, valores y creencias; el dialogo es la manera como unas personas saben de las otras y las otras de ellas:

Dialogando, el diálogo es lo más lindo que hay, nunca la violencia, tuve un tiempo sí que yo era violento y tomaba trago, ya reconoce uno que no se puede" (Aguadas). Los diálogos permiten conocer los dolores y las tristezas de los otros, pero más que ello permite el entendimiento entre las personas, la comprensión de los otros, poner en claro los problemas interpersonales: "Con el diálogo, por ejemplo yo con la vecina que si el niño de allá... Fulana esto

y esto pasa, y no con el dialogo, pues hasta ahora nosotros no hemos tenido problema aquí. (Riosucio, comunicación personal, 2017).

Para llegar a ciertos acuerdos debe haber unas mínimas normas y entre ellas el respeto, otra de las nociones que enuncian las personas mayores. Respetar a todo el mundo aunque no se compartan las ideas o las acciones de los otros. El respeto como la honestidad y la responsabilidad son valores fundamentales para hacer posibles las relaciones de convivencia y comunicación eficaz entre las personas ya que son condición indispensable para el surgimiento de la confianza en las comunidades. El respeto incluye consideración y deferencia, un valor que permite que el hombre pueda reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos. Es decir, el respeto es el reconocimiento del valor propio y de los derechos de los individuos y de la sociedad. La interacción exige que se respete al otro sea una de las bases de la convivencia: “Pues lo más importante es tratar a la gente con decencia, a los adultos, niños a todos hay que respetarlos por parejo. Yo soy uno que respeto a todo niño a todo el mundo hay que respetarlo mucho, saberla tratar” (Manizales, comunicación personal, 2017).

Reconciliarnos con las personas que no queremos, aceptarlas tal como son y no ser una persona rencorosa y respetarnos mucho, mientras no haya respeto no hay nada, mientras uno no tenga disciplina de sus cosas, respetarse a sí mismo para respetar a los demás porque si uno no se respeta, no respeta a los demás. (Manizales, comunicación personal, 2017).

Precisamente, afirman algunos entrevistados, esta es una de las rupturas de las nuevas generaciones y por ello aparecen controversias entre los seres humanos.

Que se ha perdido mucho el respeto porque no lo enseñan ya ni en los colegios ni en las escuelas, yo recuerdo que a nosotros nos enseñaban la urbanidad, cómo había que comportarse en los sitios público, en la iglesia, pero hay que respetar los mayores en edad. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

El último de los valores de la paz que más sobresale en las voces de los adultos mayores es la confianza. Confiar en los demás, depositar en los demás algo propio y saber que los otros lo conservan bien ya sea una palabra, un bien económico, moral o emocional. La confianza es una categoría que nombra una manera de actuar sobre el mundo de y entre los seres humanos y se traduce en acciones o actos individuales que se entrelazan con los otros. Supone una manera de contener o mitigar la incertidumbre respecto a las actuaciones de las demás personas, por lo que su presencia indica seguridad, es decir, un coraje de ser y de creer. La confianza se estima en el centro de la fundamentación del orden y la convivencia social, un soporte de la acción colectiva y componente central para la calidad de vida de las personas. Lo anterior se traduce en un reconocimiento de garantías para la vida cotidiana como valor social y sentimiento individual (Palacio, Curcio y Vanegas, 2016).

Así lo deja ver una voz de Viterbo cuando relaciona la confianza con la vejez:

Es que para mí la vejez es más moral y espiritual que material, el que no tenga sentimiento, el tipo que no tenga creencias, el tipo que esté desahuciado ¿qué es? Un tipo que no tenga principios morales, que no sea honrado, que no sea sincero ¿qué es?, dígame usted ¿para qué una cantidad de (&*) títulos y pergaminos si no tiene confianza? Téngame confianza, tiene que demostrar la confianza. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

La paz se edifica con confianza, si no existe la creencia en los otros difícilmente se puede convivir en armonía o construir la paz: “La confianza ¿no? La confianza que hay entre una persona y otra ¿cierto? Sí la confianza, yo creo más la confianza” (Viterbo, comunicación personal, 2017).

6.4. Obstáculos para la paz

La trayectoria de vida de las personas mayores de esta generación ha estado atravesada por la violencia y el conflicto armado; han sido testigos y actores, directos o indirectos, pasivos o activos, no solo de las violencias sino de los intentos de paz. La experiencia acumulada les permite ver obstáculos en esa construcción, por eso, según ellas, la paz es un ideal que no se ha logrado concretar. Uno de estos obstáculos son las diferencias generacionales. Los viejos tienen la experiencia, los jóvenes el asombro: “Una persona adulta por la experiencia puede aportar cosas que los jóvenes de pronto no alcanzan a entender, [...] y como estamos en la época moderna la experiencia no vale, y resulta que vale mucho” (Marmato, comunicación personal, 2017).

Sin embargo, los principales obstáculos que mencionan son la dificultad de perdonar, la intolerancia, el silencio y el olvido, el miedo, la indiferencia, el escepticismo y la injusticia y la exclusión de las personas mayores de los procesos de paz, los cuales se exponen a continuación:



Figura 73. Obstáculos para la paz.

Fuente: elaboración propia.

6.4.1. Perdón

“Claro, toca, toca perdonar, qué más se hace” (Samaná, comunicación personal, 2017). Surge en las narraciones la necesidad de perdón, las personas mayores de Caldas admiten su importancia pero también admiten la dificultad de ponerlo en práctica:

No, ese es el gran problema que tiene, la gente dice que perdonó, lo expresa, pero en el fondo no ha perdonado, paradójicamente los que perdonaron son las víctimas, pero el victimario que tiene que perdonar no perdona, entonces uno ve, los sentimientos de la gente: ¿Este tipo por qué no me quiere? Yo pienso y averiguo: es que usted hizo tal cosa en tal época que lo perjudicó y bueno uno pregunta ¿por qué hizo esto con uno? Hasta allá no he llegado, sí he llegado a pedir perdón, donde tengo que pedir perdón. (La Dorada, comunicación personal, 2017).

Perdón que se anuda al recuerdo: “Es importante el perdón, el olvido [...] Esas cosas no se olvidan, eso permanece ahí, pero el perdón está dentro de la parte fundamental de la convivencia. La cuestión del perdón conlleva a estar en paz con todo el mundo” (Samaná, comunicación personal, 2017).

6.4.2. Intolerancia

La tolerancia, como se explicó anteriormente, es una actitud de la persona que respeta las opiniones, ideas o actitudes de las demás aunque no coincidan con las propias. La tolerancia conlleva una actitud caracterizada por el esfuerzo para reconocer las diferencias y comprender al otro, es decir, reconocer su derecho a ser distinto. Bobbio (1991) presenta el concepto de tolerancia también desde dos puntos de vista según se atienda a su significado histórico, que hace referencia a los problemas de convivencia entre distintas creencias, religiosas y políticas. Para Bobbio no es lo mismo el problema de la tolerancia de creencias u opiniones distintas, que implica la argumentación sobre la verdad

y la compatibilidad teórica o práctica de verdades contrapuestas y, el otro, el problema de la tolerancia hacia los otros por razones físicas o sociales, que sitúa en primer plano el perjuicio y la consiguiente discriminación.

En este contexto, la intolerancia hace imposible la paz, afirman las personas mayores, especialmente en Aguadas, porque impide una convivencia armónica:

En el mundo entonces la paz es una farsa en todos los sentidos. Jamás el hombre vivirá en paz, porque siempre quiere tener los que otros tienen y no lo pueden tener, es el primer principio de la envidia, mientras el hombre sienta envidia por el hombre jamás habrá paz. O sea que esta es una farsa pasajera, esto se firma con esto y después vienen otros, el mundo nunca tendrá paz porque el hombre no estará satisfecho nunca. (Aguadas, comunicación personal, 2017).

La ausencia de reconocimiento del otro, de sus diferencias, se encuentra en los comentarios de las personas alrededor de la integridad de las otras personas, lo que implica no solo perjuicio sino también discriminación:

Para haber paz, dejar de hablar de los otros. Aquí no ven la manera de hablar del otro. Si lo ven a uno haciendo una acción buena lo critican y si lo ven haciendo una acción mala, peor. (Aguadas, comunicación personal, 2017).

6.4.3. Silencio y olvido

El silencio, callar frente a los acontecimientos violentos, es una de las maneras de reaccionar de los adultos mayores, ser indiferente es alejarse psicológicamente pero callar ahonda más las heridas, pues solo calla quien tiene algo para decir, cuando las palabras y los gritos se quedan suspendidos en la oscuridad del miedo: “Eso, la ley del silencio, porque nadie quiere meterse en problemas y uno ve muchas cosas...” (Viterbo, comunicación personal, 2017); “Si uno se ponía a hablar obvio que lo pelaban, pero uno sabiendo vivir nadie le dice nada, se encontraba uno con esa gente y “caballero ¿cómo está?, ¿cómo

le va?" (Samaná, comunicación personal, 2017).

El anudamiento traumático entre silencio, olvido y memoria no puede ser resuelto mientras no pueda ser reconocida la magnitud de lo perdido y de lo destruido y que pueda diferenciarse lo que ha muerto y lo que sigue viviendo en cada uno. Al decir de Lira y Castillo (1993) "a nivel individual esta problemática transita a través de las estructuras psíquicas de los sujetos y sus circunstancias particulares (p. 112). Canetti (1981) decía:

Solo recuerdan los que saben, los que conocen o dicho de otra forma, se conoce el muerto que se llora [...] El dolor se acrecienta cuanto mayor es la intimidad con él. Los que mejor lo conocían se lamentan con mayor vehemencia [...] No se lleva luto por los forasteros. (p. 111).

Para quién ha amado al que ha muerto, el olvido es imposible. La pena por su ausencia puede mitigarse con el tiempo asumiendo la separación definitiva como una realidad irreparable. Sin embargo, decir su nombre lo convoca a la condición de ser viviente en la memoria y en el corazón de quien lo recuerda. Dicho en estos términos, quienes se relacionan con los muertos y los sobrevivientes desde afuera, como forasteros les parece natural, sano y conveniente olvidar, cerrar la página. Esta invitación solo logra que el deudo se apodere del duelo como la única posibilidad de escapar a su propia muerte en vida por la amenaza que le significa el olvido. Sin embargo, el ambiente se hace tóxico si las víctimas se transforman en los portavoces de los muertos colectivos que la sociedad quisiera enterrar y olvidar. Los "muertos colectivos" fueron individuos concretos, pero también los proyectos que esos individuos encarnaron y por los que dieron la vida".

Silencio no es olvido, las pérdidas individuales no se olvidan, pero colectivamente no se mencionan, como lo admiten algunas voces:

Eso está olvidado, ya casi nadie comenta eso ya casi nadie se acuerda de la

situación o sí, si nos acordamos, pero no comentamos nada, mejor dejarlo atrás, eso toca así, dejarlo atrás y ya que estamos viviendo algo bueno, porque si nos ponemos a comentar y comentar esa situación ya de las venganzas ya no conlleva a ninguna cosa buena y olvidarnos de lo malo. (Samaná, comunicación personal, 2017).

No se me olvida, siempre está en el recuerdo. Pero uno espera ya que de esto no se vuelva a hacer repetición jamás...Pues sí, quedan dudas. En ese tema somos de poquitas palabras, se ven muchas cosas por televisión, que si esto y aquello. (Samaná, comunicación personal, 2017).

El recuerdo doloroso de las rupturas, de la presencia de la muerte y el miedo en las relaciones colectivas es aún amenazante, el silencio también se acompaña de miedo: “Ahora el gobierno, usted denuncia y lo sacan de allá, si usted denuncia pues, pero si usted se queda callado [...] Eso, la ley del silencio, porque nadie quiere meterse en problemas y uno ve muchas cosas” (Viterbo, comunicación personal, 2017).

La sociedad ha sido víctima pero también ha sido partícipe en la confrontación mediante el silencio y la indiferencia, dice el informe ¡Basta ya! del Grupo De Memoria Histórica (GMH, 2013).

6.4.4. Miedo

El miedo como ordenador de las sociedades y del mundo actual, como dice Ulrich Beck, teje parámetros de comportamiento cotidiano, usos del espacio y prácticas políticas en torno a la consigna ¡tengo miedo!

Era tanto tan horrible que se caía una tapa al suelo y uno creía que se había entrado la guerrilla, yo me acuerdo que uno salía a la calle y tiraban las rejas duro y la gente ya estaba corriendo y la gente corría porque la otra gente corría, del susto, del terror que había en este pueblo, no podía caer una reja duro

porque todo el mundo salía a correr, era horrible, tanto muerto, tanto matar gente en los campos y tanta cosa maluca, tanta gente desaparecida. (Samaná, comunicación personal, 2017).

Las formas de la violencia, desapariciones, secuestros, ataques, asesinatos, capturas de rehenes, trastorno a la infraestructura, masacres, violencia sexual, minas antipersonal, entre otros, llevaron a la población a vivir diversas formas de miedo que aún persisten. El miedo como la angustia son respuestas específicas ante una amenaza interna o externa percibida por el individuo, pero con la violencia se puede hablar de miedo crónico, lo cual implica que este deja de ser una reacción específica a situaciones concretas y se transforma prácticamente en un estado permanente en la vida cotidiana, no solo para los afectados directos de la violencia sino para los amenazados. Por otra parte, el estado de amenaza implica la existencia de un tipo de violencia invisible muy difícil de eludir o evitar, ya que son las propias estructuras psíquicas de los sujetos las que los hacen vulnerables. La amenaza y el miedo constituyen un solo proceso que articula diferentes niveles de relación de la realidad externa con la realidad interna de un sujeto. Al ocurrir simultáneamente en miles de personas, se constituye en un proceso que afecta la vida cotidiana de personas y de la sociedad en la que ocurre (Lira y Castillo, 1993).

La paz la logramos entre nosotros, porque si usted cree que va a ir a apoyar a un guerrillero, pongámosle así, usted no le puede decir a él nos vamos a la paz porque ellos nunca perdonan ni dan la paz, uno ha vivido entre ellos y lo que hice yo en esos años lo van a hacer ahorita, pero paz no hay, yo no sé, el gobierno si se convence y convenció a mucha gente de que si va a haber la paz, pero entre nosotros, porque sí aquí hacemos la paz, hay, pero no, anda uno con los mismos temores, en la televisión también salió que nosotros no podemos acercarnos a la policía o al CAI de la policía, tenemos que salir siempre como huyendo, porque policía que vean por ahí le van a dar. (La Dorada, comunicación personal, 2017).

Este miedo, como se mencionó, está ligado al silencio, el miedo no permitía que las mayorías se expresaran: “En todo caso mataban, a uno le daba miedo ir a asomarse y a quedarse callado”; “porque en ese tiempo estaba el narcotráfico, la guerrilla por una parte, los paramilitares por otra, entonces era un miedo tremendo” (La Dorada, comunicación personal, 2017); “Yo ni me asomo a la ventana, me da mucho miedo” (Viterbo, comunicación personal, 2017). El miedo como sensación de amenaza permanente:

Eso fue tremendo, usted no podía estar tranquilo, acá yo era uno de los que salía para toda parte, salía para el campo, tenía una finca por allá abajo por el Castillo, por allá se me perdió, casi que no la puedo vender ya acabada, por la cuestión de la violencia me daba miedo bajar, ya no le podía hacer mantenimiento, ya no resultaba con quién. (Samaná, comunicación personal, año).

El miedo que atravesó a toda la sociedad está allí latente y se activa cuando estos temas se tocan: “Lo que pasa es que ya no tengo modo con qué ir, además me da miedo porque allá fue donde me amenazaron” (Marmato, comunicación personal, 2017). Sus efectos siguen latentes:

Pues la vida ha sido dura para uno vivirla, pero en el pueblo es diferente, ya descansó de la violencia, podemos salir tranquilos, ya uno no está con ese miedo, que si sale quién sabe que le harán, en ese pedazo está uno tranquilo, pero que uno deje de sufrir, no. (Samaná, comunicación personal, 2017).

6.4.5. Indiferencia

De acuerdo con el GMH (2018) se empieza por el olvido y se termina en la indiferencia. La indiferencia es contraria a la responsabilidad social, al indiferente la responsabilidad ante la humanidad del otro no lo perturba. La indiferencia cala de manera que no hay reconocimiento, no del semejante, sino de la responsabilidad que se tiene con él. Entonces mientras no haya reconocimiento

de la responsabilidad con el semejante, se borran los ideales colectivos, y se actúa bajo el egoísmo y la inhumanidad. Otro de los obstáculos en la construcción de paz es la indiferencia, la experiencia de los adultos mayores les ha mostrado que una de las maneras de soportar y adaptarse, hacer como si las cosas no fueran con ellos, mostrarse indiferentes:

Yo, digamos la [...] los problemas de ellos ahí, son problemas de ellos, los vemos de afuera, yo no me meto con nadie, ni con la familia, si se quieren matar que se maten, ellos verán que hacen, eso no es problema mío, que por la calle, que ellos están, que se maten los tipos. Cada uno que se defienda como pueda, yo no me meto con nadie, que nadie se meta conmigo. (Manizales, comunicación personal, 2017).

El problema es de los otros, así sean habitantes del mismo municipio, así el problema sea de todos, pero en la medida en que no toquen con lo individual, en la medida en que no toquen con la carne, con sangre, con el cuerpo propio, el problema será de los otros: “Sí, porque hay gente que ve una cosa por ahí y que vamos a pelear que este [...] Cada uno verá cómo se defiende. ¿Cierto? El que corta el palo tendrá que echárselo al hombro” (Manizales, comunicación personal, 2017). La indiferencia frente a los conflictos o la violencia es una forma de negación de la solidaridad, es la negación del otro, del dolor, de los sufrimientos, de los padecimientos de los otros.

Si no tiene nada que ver conmigo, yo no me meto, ni estoy a favor de uno, ni esto a favor del otro, porque no sé, no tengo ¿cómo es que dice el cuento?, no tengo velas en ese entierro, entonces yo no me meto así como (sonido de negación). Claro que si es el caso, de uno tener que defender a una persona lo hace, pero nunca me ha tocado ¿si me entiende? A mí nunca me ha tocado, pero no [...] no me gusta. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

Esta indiferencia no es propia de las personas mayores o de los caldenses, de hecho se ha documentado que el Acuerdo de Paz del 2016 fue recibido con indiferencia por gran parte de la población colombiana y que la indiferencia tiene que ver con fracturas estructurales en la sociedad. Feola (2018) explica la indiferencia como un mecanismo de autoprotección, las personas no parecen estar preparadas para invertir emocionalmente, mucho menos políticamente, en la paz. Esta indiferencia se podría explicar desde la ignorancia y desde la división de la sociedad. Desde la ignorancia se podría argumentar que dada la persistencia de guerras y conflictos en el país, y que sus causas y efectos no solo no han sido reconocidos ni atendidos en la identidad nacional (el conflicto armado con las Farc-Ep no fue reconocido como una guerra por el gobierno colombiano durante mucho tiempo), ni en el imaginario social y mucho menos reivindicados por la mayoría de los colombianos, a pesar de algunas iniciativas en este sentido; por ejemplo, para muchos, la guerra contra la guerrilla fue simplemente una lucha contra grupos delincuentes y narcotraficantes y se ignoran las motivaciones originales de las FARC. La ignorancia hace más fácil poner distancia entre uno mismo y el conflicto, deliberadamente o no, y así reproduce la brecha de conocimiento sobre el conflicto. La ignorancia también obstaculiza la construcción de una memoria colectiva y minimiza la importancia de abordar algunas de las causas profundas del conflicto a través de la reforma rural y política incluida en el acuerdo de paz. Estas ausencias en los acuerdos de paz contribuyen, en un círculo vicioso, a ahondar la ignorancia, la indiferencia y el escepticismo. Este último aspecto se abordará más adelante.

6.4.6. Entre el escepticismo y la injusticia

El escepticismo o la falta de confianza en las instituciones se deriva tanto de las experiencias vividas como del miedo crónico y el clima de polarización política del país que estimula la construcción de relaciones sociales atravesadas por la desconfianza, el escepticismo y la falta de credibilidad:

Eso hace mucho tiempo han estado en ese proceso de paz, cuando dijeron que se iban a entregar como 7 mil hombres del frente de las FARC. ¿Cómo así

que 7 mil si según estudios del ejército son 160 mil hombres o algo así en las filas de las FARC? ¿Cómo se van a entregar 7 mil? Una vez hablando con un paciente que trabaja en la Gobernación de Cundinamarca decía que es que no, que es que eso es para iniciar la paz, pero todos los frentes guerrilleros se van a entregar y yo no creo en eso, empezando que el ejército de liberación nacional es un grupo demasiado rebelde y esos no se entregan, que hacen la paparrucha de las conversaciones, de tratar de dialogar, hacen otras actividades ilícitas, destruyendo oleoductos, haciendo cosas que no van con esa política. Lo mismo las FARC, 7 mil hombres se entregan y con eso ya Santos está contento porque supuestamente hizo un acuerdo por la paz ¿Y los otros dónde quedan? Hay muchos comandantes de frentes guerrilleros que dijeron en la radio una vez que ellos no estaban en la paz, porque a ellos nunca los llamaron los comandantes en la Habana para hacer un diálogo, acá en Caldas hay tres frentes que están dirigidos por un tal Gadafi y por un tal Salomón, eso dicen que con ellos no hay paz, que con ellos no hay arreglo, o sea, eso es un desacuerdo, si a todos los comandantes los hubieran llamado a la Habana a una conversación de pronto se hubiera organizado algo. (Samaná, comunicación personal, 2017).

Aislados del debate público, para las personas mayores las promesas de una vida mejor suenan muy lejanas.

Ah yo fui y declaré allá como desplazada y no nos han colaborado y eso son cosas injustas porque uno ve que hay gente que tiene buena plata aquí y les han colaborado mucho, entonces digo yo que es una injusticia de la vida. (Samaná, comunicación personal, 2017).

Yo veo que a mucha gente le han dado casa o le han dado una parcela para que vivan y nosotros cuando estuvimos allá nos dieron 3 mercados y no más. (Samaná, comunicación personal, 2017).

Sí, ahora es que están volviendo a esas tierras, dicen que van las van a devolver, pero el ganado [...] Devolverán la estructura ya caída, ya uno con qué valor va a volver a empezar de cero, el ganado no lo devuelven. (Marmato, comunicación personal, 2017).

Aunado a esto, también hay una cierta sensación de injusticia: “Eso se ven muchas cosas, la cuestión de los desplazados y la ayuda de la gente para la tierra y yo no sé qué, y hay gente que no tiene nada que ver con eso y tiene sus parcelas y sus cosas” (Viterbo, comunicación personal, 2017).

A mí esa muerte me dio muy duro (el hermano), a mi me tocó irme del pueblo seis meses por culpa de la guerrilla y con chantaje nos sacaron plata, a mí me sacaron más de 50 millones de pesos y a mi me aterra como este señor Santos le da a la guerrilla todas las prebendas, les da sueldo a una manada de asesinos, eso no tiene justificación, que van para el Congreso, que tienen un partido, que van para la presidencia, me parece la bajeza más grande de este país. Cuando un pobre campesino le da un golpe a otro, la justicia es inclemente y los condena a 7 o 10 años y a estos asesinos que mataron a miles de niños, hay muchas viudas. En mi finca tenía un potrero que era un cementerio más en el pueblo, culpa de los paras. (Manizales, comunicación personal, 2017).

Esto también ha llevado a que haya personas que no crean en el proceso de construcción de paz: “[...] pero la paz, la paz que está diciendo tanto el gobierno de Santos con esas cabecilla de las FARC vea como están haciendo daño, ellos no buscan sino meterse al Congreso, a la Cámara a manejar el país” (Samaná, comunicación personal, 2017).

La institucionalidad y la confianza en el Gobierno se han perdido:

Pero eso tiene que ir es en el Gobierno, porque usted se pone a mirar las noticias de la corrupción de cuello blanco, de millones que se roban y pal pobre

no resulta ni trabajo, ni una ayuda, entonces todo eso va quedando, entonces. (La Dorada, comunicación personal, 2017).

Además de la corrupción, hay otros obstáculos que las personas mayores ponen de manifiesto cuando piensan en la paz tales como la educación y el empleo:

¿Con la niñez qué pasa? No les dan trabajo y llega la gente que en realidad sí es mala y les van pagando, entonces ¿cuál es la vida fácil? Entonces si el gobierno no ayuda con estudio, con programas agrícolas industriales para las juventudes, entonces nunca va a haber paz. (La Dorada, comunicación personal, 2017).

6.4.7. La exclusión

Además de lo anterior se quejan de la falta de interés por las personas mayores y se sienten excluidos:

Para mí no hermano, porque es que la paz es estar uno bien, si está bien tiene paz, pero si no está bien, sin pensión, enfermo ¿Qué paz va a haber? No es la paz, es que hoy en día los malos son los que echan bien, los malos pensionan, las FARC es mala toda y mire, dizque un millón ochocientos. Primero los ancianos, no las FARC. (Aguadas, comunicación personal, 2017).

Si el gobierno decidiera convocar a una unidad de adultos mayores a ir a unas conversaciones, pero no creo que nos vayan a incluir, porque nos dicen que qué vamos a ir a hacer a estorbar por allá, eso no le conviene a él, digo yo en mi concepto. (Samaná, comunicación personal, 2017).

6.5. Iniciativas de paz

A pesar de los obstáculos mencionados y de la percepción de las personas mayores sobre la fragilidad del Estado para poner en marcha el proceso de paz, se encuentran algunas iniciativas puntuales que se han llevado a cabo para la construcción de paz, por ejemplo, en Riosucio una profesora de la Normal implementó un programa sobre “Construcción de la mesa de paz” en la cual enseñaba a los niños y niñas a resolver conflictos. Así lo narran:

A ver, en primer lugar llevar una vida tranquila, si uno no pone problema eso es un aporte. ¿Qué hago? Digamos que cuando trabajé en la Normal hicimos un ejercicio que se llama “la construcción de la mesa escolar por la paz”. Y les enseñábamos a los niños a resolver conflictos al interior de la institución, por ejemplo niños de preescolar y de primero y de segundo de primaria, que por ejemplo hay un problema entre dos niños y ellos se sentaban: ¿Dígame que fue lo que le pasó a usted? Ese proyecto lo llevamos a Manizales y de Manizales nos mandaron a Bogotá con el proceso, cuando eso todavía no estábamos en esto de la paz de Santos, era la mesa escolar por la paz, era muy bonito y el símbolo era la guacamaya, no podía ser la paloma, porque la paloma es silenciosa y la guacamaya es bullosa, entonces nosotros decíamos que la paz hay que construirla es conversando, pues hablando, el proyecto es muy bonito y teníamos un aula para resolver conflictos, “Camine siéntese acá”, no era en el salón, sino allá en el lugar que había para resolver los conflictos y los niños entendían desde chiquitos a hacer eso, eso fue un proyecto muy bonito que lo llevamos hasta Bogotá, allá se presentó, cuando estábamos en la normal, ahora allí en el hogar si usted se asoma, las niñas se quieren como hermanas, no pelean ¿por qué? Porque les hemos dicho que uno no le puede negar la palabra a nadie. (Riosucio, comunicación personal, 2017).

La formación, la educación para la paz se constituye en un factor fundamental con el cual se aporta a la convivencia, dice la misma participante. En La Dorada también se insiste en la necesidad de la formación: “Pues los que tienen

niños pequeñitos educándolos, preparándolos, no con el negativismo, ‘no esto no tiene arreglo, no va a resultar nada, no!’” (La Dorada, comunicación personal, 2017).

También hay aportes desde el arte, un ejemplo se narra en Viterbo. Camelog es una casa museo con piezas arqueológicas, orgullo de un adulto mayor para quien la casa museo es una obra que contribuye a la convivencia, así lo expresa:

La memoria, cuando nació Camelog Viterbo era un pueblo muy violento y en medio de esa violencia nació una cultura que fue Camelog, silenciosamente fue una lucha, después cuando comencé a grabar la historia, muchas personas de afuera de Viterbo de me decían: “Vea usted está haciendo una lucha silenciosa”, porque el sitio comenzó a traer muchas personas, porque se estaba escribiendo una historia a cincel y martillo. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

La cultura es un insumo fundamental para la reconciliación y por ende para la construcción de paz. El arte sensibiliza pero además atrae a las personas y le da una imagen diferente al Municipio, le da una identidad:

Entonces empezó a venir mucha gente nueva al pueblo porque el que venía a Camelog a escuchar música nunca lo molestaban, por respeto al sitio, entonces son formas de contribuir a una paz, después ya vinieron y mataron a esos señores y ahí se acabó la violencia del todo. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

En el mismo Municipio otra persona narra su forma de participar en la memoria histórica de Viterbo, decoró el exterior de su casa con la historia del municipio haciéndole un homenaje a un compositor del pueblo, así lo narra:

Los proyectos que he hecho, por ejemplo uno es grabar la historia de Viterbo a cincel y martillo en los exteriores de mi casa, que no hay sino en Viterbo, Caldas, Colombia y yo fui el creador a raíz de rendirle un homenaje a un músico muy

humilde, pero por naturaleza compositor y es tan humilde que él no estudió, no creo que haya hecho primero o segundo de primaria, pero él se sienta y le hace una canción, o sea, por naturaleza. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

Crear arte, crear obras que perduren sobre el cemento, sobre las paredes, son símbolos de paz, el arte siempre tiende hacia el humanismo, en cualquiera de sus manifestaciones como coleccionar música, además de plasmar la historia viva de Viterbo, así lo hace ver el mismo actor de la entrevista:

El otro proyecto, me he dedicado a recopilar mi colección musical que en este momento cuenta con unos 6.000 L.P y están clasificados en una forma como yo creo que en otra parte del mundo no la tiene y el otro proyecto que es el último que es la historia viva de Viterbo, que es el proyecto que digo que es el proyecto más grande que hay sobre la historia de un pueblo, porque nadie se pone a hacer las cosas sin que le paguen y yo las estoy haciendo así porque me toca. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

Otras formas más particulares y menos generalizadas se encuentran por ejemplo en Marmato, en torno a la junta de acción comunal:

Yo contribuyo a la convivencia aportando mis conocimientos en pro de lo que lleve bienestar para la convivencia. En San Juan también fui uno de los promotores de una fundación allá. He participado en juntas de acción comunal, de rutas de deporte, me gusta mucho el deporte, de todas esas cosas que son del sano vivir, he estado muy presente. (Marmato, comunicación personal, 2017).

También mediante el dialogo con personas más jóvenes:

Para participar en la construcción de paz les pongo como de presente ¿Qué es la vida? A veces les hago como una especie de test ¿Usted qué quiere ser?

Ah! y ¿Cómo quiere llegar allá? Y ¿cómo cree que va a llegar allá? ¿Qué tiene que hacer para llegar allá? Cosas como esas, entonces eso es lo que uno puede aportar, ese ha sido como mi estilo de trabajo toda la vida. (Viterbo, comunicación personal, 2017).

6.6. Consideraciones finales

Las personas mayores son testigos directos y actores de la historia del país, dada su edad, han vivido y envejecido inmersos en un escenario de violencia y conflicto armado, de violencia indiscriminada, de víctimas y victimarios y también de intentos de reparación, perdón y reconstrucción. Aunque el estudio indagó por la paz y su construcción, la violencia surge en medio de los relatos. Las memorias de la violencia como memorias de sufrimiento narrado, representado y sufrido por las personas mayores del departamento de Caldas. Para muchas personas, por su edad y su trayectoria de vida, la guerra no es un evento histórico sino un modo de vivir, han desarrollado su vida en medio de la violencia. Tal como se mencionó, los mayores, como testigos del pasado, son depositarios de una historia viva, que mas allá de los dramas y pérdidas personales, se constituyen en la memoria histórica de la sociedad en la cual han vivido, viven y vivirán. Es una violencia que atestiguan y que ha llegado a ser una marca de su vejez, hay una percepción de los violentos hecha de muerte, de dolor y de miedo y en la que el olvido no tiene cabida. Es una vejez que dejó atrás sus signos de serenidad y tiene que asumir, como ambiente propio, el sufrimiento, la inseguridad e incertidumbre constantes, el miedo o la frustración, la pérdida de la esperanza. Su historia, es la historia del país.

Así, estos adultos mayores pueden considerarse doblemente vulnerables: a su condición de adulto mayor se suma, en algunos caso la de victimas y en otros de testigos del conflicto armado. Sus voces son las que más calladas o invisibilizadas han estado, y eso en el marco del conflicto y de la construcción

de paz cobra una mayor importancia. Han estado invisibilizadas y en silencio por muchas razones: quizás por las pocas oportunidades de articularse con los programas políticos o sistemas para la denuncia pues no son asequibles por sus condiciones particulares de marginalidad, porque tampoco cuentan con los recursos suficientes y porque la mayoría están en territorios rurales, por lo que no pueden acceder de la manera más efectiva y adecuada a esa ayuda que se les presta. La importancia reparadora hacia ellos va más allá de atender la vulnerabilidad en la que se encuentran, pues las personas mayores son receptoras valiosas de la memoria y su experiencia puede ayudar a construir la cronología del conflicto armado. Si se tiene en cuenta que la memoria es la que desnuda al violento, esta población es un recurso enriquecedor para las políticas de no repetición.

Si bien es cierto que en Caldas la violencia ha sido menor que en otras regiones, también es cierto que esta región ha tenido conflictos de todo tipo, especialmente asociados a la presencia del narcotráfico, de bandas criminales, así como el desarrollo de grupos de autodefensa, sobre todo en Viterbo, Samaná y Dorada.

Entre los significados más representativos que expresan las personas mayores sobre la construcción de paz, están la igualdad, la tolerancia, la solidaridad, el diálogo, el respeto y la confianza. Para ellos la paz puede ser sinónimo de felicidad, pues estar en paz, convivir en armonía, nutre la felicidad y le da sentido a la vida. La construcción de paz tiene lugar en las razones más sutiles y sin embargo las más radicales: la familia, la esperanza de una vida mejor, la exigencia de justicia para con los suyos, la posibilidad de seguir confiando en que vale la pena vivir y vivir en la creencia de que no se ha perdido todo aunque en apariencia todo lo que era esté perdido. En este contexto la paz interior se vuelve más nítida con los años, se nutre de la convivencia familiar y de acuerdo con sus vivencias y experiencias, se construye inicialmente en la familia.

Como elementos fundamentales para la construcción de paz en el país, señalan:

1. La igualdad: reclaman las mismas oportunidades tanto sociales, como estatales, la igualdad entendida no como los mismos derechos y deberes para todos los ciudadanos sino las mismas formas de aplicación en el mundo de la vida.
2. La tolerancia, que permite comprender los motivos y los fines de los otros, y por tanto los problemas que aparecen en las relaciones interpersonales, el reconocimiento del otro como sujeto humano vulnerable; de esta manera tolerar no significa compartir las mismas ideas y las acciones de los demás, sino entender esas situaciones y sus consecuencias, para provocar soluciones y no para atacar a los responsables.
3. La solidaridad que implica conciencia colectiva, ponerse en los zapatos de los otros, asumir responsabilidades individuales de una manera comunitaria; que todas las personas involucradas directa o indirectamente, lo mismo que los testigos de los problemas que obstaculizan la paz, asuman un rol para la eliminación de los obstáculos
4. Al lado de la solidaridad debe estar el diálogo, otro de los valores que enuncian las personas mayores y que constituye la estrategia de los acuerdos. El diálogo es la manera como los seres humanos exponen y se exponen a lo público, sus conocimientos, sentimientos, valores y creencias; el dialogo es la manera como unas personas saben de las otras y las otros de ellas, se reconocen y respetan como seres humanos y como personas.
5. El respeto como la honestidad y la responsabilidad, son valores fundamentales para hacer posibles las relaciones de convivencia y comunicación eficaz entre las personas ya que son condición indispensables para el surgimiento de la confianza en las comunidades. El respeto incluye consideración y deferencia, un valor que permite que el hombre pueda reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos. Es decir, el respeto es el reconocimiento del valor propio y de los derechos de los individuos y de la sociedad.

6. El último de los valores de la paz que más sobresale en las voces de los adultos mayores es la confianza. Confiar en los demás, depositar en los demás algo propio y saber que los otros lo conservan bien ya sea una palabra, un bien económico, moral o emocional. La confianza es una categoría que nombra una manera de actuar sobre el mundo de y entre los seres humanos y se traduce en acciones o actos individuales que se entrelazan con los otros. Supone una manera de contener o mitigar la incertidumbre respecto a las actuaciones de las demás personas, por lo que su presencia indica seguridad, es decir, un coraje de ser y de creer.

Los principales obstáculos para alcanzar la paz son la dificultad de perdonar, la intolerancia, el silencio, el olvido, el miedo, la indiferencia, el escepticismo, la injusticia y la exclusión de las personas mayores de los procesos de paz.

La voz de los adultos mayores es la voz de la experiencia, es la voz de seres humanos que llevan transitando por la vida y en terminos espaciales por el departamento de Caldas, muchos mas años que los que se le reconcen a conflicto armado y a la violencia del país. Es necesario darles a las personas mayores un rol protagónico, ellas le han puesto la cara al conflicto, lo han afrontado, no se quedaron en el lugar de la víctima, han ejercido algunas acciones contra el conflicto y han hecho porpuestas para construir la paz. Este reconocimiento de las personas mayores se puede hacer a través de su inclusión en los programas y proyectos impulsados a nivel local y regional, orientadas a la realización plena de los derechos a la verdad, la justicia, la reparación y las garantías de no repetición, bases ineludibles para la superación del conflicto y la construcción de los cimientos propios de una sociedad democrática, tal como lo estipula el GMH (2017).

Involucrar a todos los grupos de edad, de tal manera que se fortalezcan los valores definidos por las personas mayores como claves para construir la paz, a través de relaciones intergeneracionales de reconocimiento, igualdad, tolerancia, solidaridad dialogo, confianza y respeto.

Continuar con el proceso de investigación para ahondar en la iniciativas de contrucción de paz que ya estan en curso, a fin de fortalecerlas y multiplicarlas en los municipios más afectados por la violencia y el conflicto armado. Cabe resaltar que Caldas cuenta con un Consejo de Paz, espacio que servirá de instrumento pedagógico, de memoria histórica y para convocar a la sociedad civil a avanzar en discusiones que permitan mantener los acuerdos que consoliden una paz estable y duradera. Esto implica hacer pedagogía en los territorios durante los 15 años planteados para consolidar el posconflicto en términos de justicia, reincorporación y reparación de las víctimas.

6.7. Referencias bibliográficas

Aguilera Torrado, A. (2013). Componentes epistemológicos y metodológicos de la atención psicosocial a víctimas de guerra y violencia política en Colombia. *Redalyc* , 8 (1), 68-79.

Anderson, M. (2009). *Acción sin Daño. Cómo la ayuda humanitaria puede apoyar la paz o la guerra*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Atanasio, O., Espinoza, M., Gueron, S., Navarro, H., Padilla, P. y Perellano, L. (2011). *Evaluación de impacto de los programas de paz y desarrollo y laboratorios de paz*. Recuperado de <https://www.prosperidadsocial.gov.co/ent/gen/prg/Documents/2011-EVALUACION%20DE%20IMPACTO%20DE%20LOS%20PROGRAMAS%20DE%20PAZ%20Y%20DESARROLLO%20Y%20LABORATORIOS%20DE%20PAZ%20-%20SEGUIMIENTO.pdf>

Banco Mundial. (2011). *Informe sobre el desarrollo mundial. Conflicto, seguridad y desarrollo. Synopsis*. Recuperado de http://siteresources.worldbank.org/INTWDRS/Resources/WDR_Overview_Spanish.pdf.

- Betrand, P. (1977). *El Olvido Revolución o muerte de la Historia*. México D. F., México: Siglo XXI Editores.
- Bobbio, N. (1991). *El tiempo de los derechos*. Madrid, España: Ediciones Fundación Sistema.
- Boutros-Ghali, B. (1992). *An Agenda for Peace. Preventive diplomacy, peacemaking and peace-keeping*. New York: United Nations.
- Canetti, E. (2003). *Masa y poder*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Cañón, L. (2017). La solidaridad como fundamento del Estado social de derecho, de la seguridad social y la protección social en Colombia. *Páginas de Seguridad Social*. 1(1), 5-29.
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2018). *La memoria nos abre camino. Balance metodológico del CNMH para el esclarecimiento histórico*. Bogotá, Colombia: CNMH.
- Centro Nacional de Memoria Histórica y COASUMA. (2017). *Ojalá nos alcance la vida. Historias de vida de personas mayores víctimas del conflicto armado colombiano*. Recuperado de <http://centrodememoriahistorica.gov.co/ojala-nos-alcance-la-vida/>.
- Ciro, L. S., Naranjo, C. G., Hurtado, D., Delgado, L. y Montens, K. (2014). *Resultado de la investigación: hacia una visión renovada de la estrategia "Paz y Competitividad" de acuerdo con las exigencias regionales en materia de paz y competitividad y con la perspectiva de los autores*. Manizales, Colombia: Universidad Autónoma de Manizales.
- Collier, P. (2000). Doing well out of war: an economic perspective. In M. Berdal. & D. Malone. (Eds), *Economic Agendas in Civil Wars* (pp. 91-111). Boulder, CO: Greed and Grievance -Lynne Rienner.

Departamento del Interior, Relaciones Internacionales y Participación. Oficina de Promoción de la Paz y los Derechos Humanos. (2010). *Cuadernos de Construcción de Paz. El Proceso de Paz en Colombia*. Cataluña, España: Departamento del Interior.

Departamento Nacional de Planeación. (Sin Fecha). Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Todos por un Nuevo País. [Documento inédito].

Dulcey- Ruiz, E. (2000). *Ciclo vital, envejecimiento y paz*. [Documento inédito].

Feola, G. (2018). Contra la indiferencia: un llamado para la participación civil en el posconflicto en Colombia. *Revista Ciudad Paz-ando*, 11(1), 51-61. doi: <https://doi.org/10.14483/2422278X.12622>.

Galtung, J. (2003). *Paz por medios pacíficos. Paz y conflicto, desarrollo y civilización*. Bilbao, España: Barkeaz.

Goetz, J. & LeCompte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.

Grasa, R. (2010). *Cincuenta años de evolución de la investigación para la paz: tendencias y propuestas para observar, investigar y actuar*. Barcelona, España: Generalitat de Cataluña ed.

Grupo de Memoria Histórica. (2013). ¡BASTA YA! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-colombia-memorias-de-guerra-y-dignidad-2016.pdf>

Grupo de Memoria Histórica. (2009). *Memorias en tiempos de guerra. Repertorio de iniciativas*. Bogotá, Colombia: Punto Aparte Editores.

Harto de Vera, F. (2017). *La construcción del concepto de paz: paz negativa, paz positiva, y paz imperfecta*. Recuperado de http://www.uma.es/foroparalapazenelmediterraneo/wp-content/uploads/2017/02/170217-CE_183.pdf

- Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria. (2010). *Construcción de paz*. Recuperado de <https://www.iecah.org/index.php/investigacioncp>
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. IFCR. (2009). *Manual de Intervenciones Psicosociales*. Copenhage. Dinamarca: Paramedia.
- International Rehabilitation Council for Torture Victims. (2014). *In pursuit of justice: the importance of psychosocial support for torture victims participating in legal proceedings*. Recuperado de https://irct.org/assets/uploads/pdf_20161120142728.pdf
- Jong, K. D. (2011). *Psychosocial and mental health interventions in areas of mass violence*. Recuperado de https://bibop.ocg.msf.org/docs/27/L027PSYM02E_P_MSF%20OCA%20140411MentalHealthguidelines.pdf
- Lechner, N. y Güell, P. (1998). *Construcción social de las memorias en la transición chilena*. Recuperado de https://www.archivochile.com/Ceme/recup_memoria/cemememo0024.pdf.
- Lefort, I. (2008). Propuestas para la construcción de la paz. *Tiempo De Paz*, (89), 113- 116.
- Ley 387 de 1997. (18 de julio), Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia.
- Ley 1448 de 2011. (10 de junio), por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto interno y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial No. 48096*.
- Lira, E. y Castillo, M. I. (1993). Trauma político y memoria social. *Psicología Política*, 6, 95-116.

Correa-Montoya, L., Martínez-Restrepo, S., Enríquez, E., Pertuz-Soraya, M. C. y Acevedo, M. I. (2015). *Las personas mayores víctimas del conflicto armado*. Recuperado de <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/2736>

María, E. Á., Ripoll, K. y Rodríguez, D. (2010). Intervención psicosocial con fines de reparación con víctimas y sus familias afectadas por el conflicto armado interno en Colombia: equipos psicosociales en contextos jurídicos. *Redalyc*, (36), 103-112.

May, T. (2001). *Social Research: Issues, methods and process*. Philadelphia: University Press.

Mendoza-García, J. (2007). *Pensamiento, lenguaje y memoria*. Oaxaca. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.

Moreno-Martín, F. (2016). *Seminario: intervenciones psicosociológicas en periodos posbélicos*. Manizales, Colombia: FUNLAM.

Muñoz, F. (2004). *Manual de paz y conflictos*. Granada, España: Universidad de Granada.

Narváez, D. A. (2018). El conflicto armado como factor de transformación territorial del Oriente de Caldas, Colombia. *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*, 18 (35), 13-24.

Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH. (2006). *Dinámica reciente de la confrontación armada en Caldas*. Recuperado de <https://reliefweb.int/report/colombia/colombia-dinamica-reciente-de-la-confrontacion-armada-en-caldas>

Ocampo, M., Chenut, P., Férguson, M., Martínez, M. y Zuluaga, S. (2014). *Desplazamiento forzado y territorio, reflexiones en torno a la construcción de nuevas territorialidades: nuevos pobres, ciudadanía inconclusa y la búsqueda de una nueva vida digna*. Bogotá, Colombia: Universidad Externado de Colombia.

- ONU. (1992). An Agenda for Peace: Preventive Diplomacy, Peacemaking and Peacekeeping, Report of the secretary-General. Recuperado de www.un.org/Docs/SG/agpeace.html
- Palacio, M. C. y Cifuentes, R. (2005). El departamento de Caldas: su configuración como territorio de conflicto armado y desplazamiento forzado. *Revista del Departamento de Trabajo Social*, 7, 99-110.
- Rettberg, A. (2003). Diseñar el futuro: una revisión de los dilemas de la construcción de paz para el postconflicto. *Revista de Estudios Sociales*, 15, 15-28.
- Rettberg, A. (2013). La construcción de paz bajo la lupa: una revisión de la actividad y de la literatura académica internacional. *Estudios Políticos*, 42, 13-36.
- Rocha-Menocal, A. (2018). "State-building for peace". a new paradigm for international engagement in post-conflict fragile states? *Third World Quarterly. Taylos & Francis journal*, 32(10), 1715-1736. Recuperado de <https://ideas.repec.org/s/taf/ctwqxx.html>
- Rodríguez, E. (2001). Reseña de la memoria como acción social: relaciones, significado e imaginario. *Atheneadigital: revista de pensamiento e investigación social*. Recuperado de <https://atheneadigital.net/article/view/n0-rodriguez-2/9-html-es>
- Rubio, G. (2016). Memoria hegemónica y memoria social. Tensiones y desafíos pedagógicos en torno al pasado reciente en Chile. *Revista Colombiana de Educación*, (71), 109-135.
- Simonovic, I. (2003). Post-conflict peace building: *The new trends. Int'l J. Legal Info*, 31, 251-263.
- Todorov, T. (1997). *Los abusos de la memoria. Memoria y ciudad*. Medellín, Colombia: Corporación Región.

UNESCO. (1995). *Declaración de principios sobre la tolerancia: aprobada por la Conferencia General de la UNESCO*. Recuperado de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000151830_spa

Unidad de Víctimas. (2016). *Red Nacional de Información*. Recuperado de <http://rni.unidadvictimas.gov.co/RUV>

Unidad para las Víctimas. (2016). *Unidad para las víctimas*. Recuperado de www.unidadvictimas.gov.co

7.

Estrategia
metodológica



El estudio integró un análisis estadístico de datos de diferentes fuentes de información (componente cuantitativo) con la profundidad de un estudio cualitativo sobre algunos aspectos del envejecimiento y la vejez en el departamento de Caldas. Para ello se definieron las siguientes dimensiones: aspectos demográficos del envejecimiento en Caldas, percepción de envejecimiento y vejez, salud, seguridad económica, cuidado y construcción de paz.

7.1. Metodología cuantitativa

El diseño del componente cuantitativo corresponde a un análisis secundario, longitudinal y descriptivo en el cual se tomaron datos de diversas fuentes. Este análisis secundario facilita el análisis comparativo y el de tendencias principalmente desde las dimensiones de salud, demografía, pensiones y condiciones económicas a partir de los datos disponibles entre 1985 y 2016. Se realizó el levantamiento de información secundaria que consistió en la búsqueda, revisión, sistematización y consolidación de bases de datos y encuestas ya existentes acorde con listas de chequeo iniciales de variables e indicadores. El análisis secundario facilitó el análisis comparativo y el de tendencias, principalmente desde

dimensiones como demografía, salud, pensiones y condiciones económicas y aspectos relacionados con el cuidado. Se tomaron datos de las siguientes encuestas de carácter nacional:

- Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV), 2016.
- Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT), 2015.
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud, (ENDS) 2015.
- Registro Único de Víctimas (RUV), 2015.

La construcción del contexto demográfico del departamento de Caldas se realizó mediante el levantamiento de información secundaria que consistió en la búsqueda, sistematización y consolidación de bases de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE–, que contenían estadísticas vitales, de estimaciones y proyecciones de población. Para el análisis se utilizaron microdatos y los documentos técnicos sobre proyecciones realizadas por el DANE a partir de los resultados ajustados de población del Censo 2005 y la conciliación censal 1985 – 2005, así como los análisis sobre el comportamiento de las variables determinantes de la evolución demográfica (DANE, 2017).

Con base en lo anterior, se decidieron los componentes según los ámbitos de estudio para el cálculo año a año de los indicadores y el volumen de la población desde el año 1985 al 2020, según las proyecciones y estimaciones y en la Encuesta de Estadísticas Vitales desde 1998 al 2015. Los elementos constitutivos del apartado demográfico se encuentran en el glosario y se recomienda ver la Tabla 17 para conocer las fórmulas con las que se realizaron los cálculos de cada uno de los indicadores.

El análisis a la población se realizó a partir de la dimensión y composición de las poblaciones humanas, y principalmente de sus mecanismos de evolución.

De la demografía se tomaron cuatro aspectos centrales: el tamaño que hace referencia al número de personas que viven en un lugar y en un momento determinado; la distribución alude a la forma en que la población se dispersa en diferentes lugares del espacio geográfico en un momento determinado; la composición es el número de personas por sexo, edad, lugar de nacimiento y otras categorías demográficas adscritas de las personas; la dinámica incluye los nacimientos y las muertes (División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, 2014).

El capítulo de seguridad económica utilizó información secundaria procedente de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) del año 2016 que realiza el DANE. De las encuestas que realiza esta institución, la GEIH es la única encuesta con información de mercado laboral e ingresos que tiene representatividad departamental, por tanto es la idónea para trabajar los temas de seguridad económica a nivel departamental, asimismo se utilizó la información disponible al momento de elaborar este documento.

El objetivo de esta encuesta es suministrar información sobre la fuerza de trabajo del país, así como de las características sociodemográficas de la población. De modo que el universo para la GEIH se conforma por la población civil no institucional residente en hogares particulares.

La GEIH tiene un diseño muestral probabilístico, multietápico, estratificado, de conglomerados desiguales y autoponderado. Además de la representatividad nacional, la encuesta tiene representatividad para el conjunto de las 13 grandes ciudades capitales y sus áreas metropolitanas, el grupo de las 11 ciudades capitales intermedias para el total nacional por zona (cabecera, centros poblados y rural disperso), por grandes regiones (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá) y por departamentos, esta última con una periodicidad anual.

La cobertura de la GEIH alcanza las cabeceras y centros poblados y rural disperso de más de 443 municipios del país. La muestra a la que llegó la encuesta en todo el año 2016 cubrió 229.283 hogares y a 676.970 personas, de ellas 101.268 tenían 60 años o más. En Caldas la muestra cubrió a 10.136 hogares y 30.756 personas, de las cuales 5.435 tenían 60 años más.

Para el capítulo de salud, las fuentes información utilizadas fueron los Registros Individuales de Prestación de Servicios –RIPS y las bases de datos de notificación obligatoria y estadísticas vitales dispuestos en los cubos SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social. Además, la base de datos de International Mobility in Aging study (IMIAS) que Corresponde a un estudio longitudinal llevado a cabo en la ciudad de Manizales por parte del grupo de investigaciones en gerontología y geriatría de la Universidad de Caldas y la información del estudio “Factores de riesgo y factores protectores para enfermedades crónicas discapacitantes en adultos mayores del Departamento de Caldas” (ECD-Caldas) realizado por la Dirección Territorial de Salud y la Universidad de Caldas.

Con la información de las diversas fuentes, se realizaron análisis de tipo descriptivo, con desagregaciones dadas especialmente por grupo de edad y departamento.

7.2. Metodología cualitativa

El componente cualitativo del estudio Misión Caldas Envejece, en correspondencia con los objetivos y el alcance planteado, se propuso desde un enfoque hermenéutico. Las realidades construidas y vividas por las personas adultas mayores se enuncian desde sus propias voces, individuales y colectivas, en las experiencias de interacción en entrevistas a profundidad y grupos focales con el equipo de investigación.

La confluencia de las diversas voces nutre la interacción y su correspondiente interpretación, como lo afirma Martínez (2004): “Toda comprensión humana sería hermenéutica, en parte determinada por la cultura, la historia y nuestra condición histórica peculiar y personal, y en parte sería original, nueva, creadora trascendería la cultura y la tradición” (p 112). Desde este marco, el camino metodológico propuesto parte del principio hermenéutico de que todas las acciones humanas son susceptibles de interpretación: “Toda acción humana puede poseer varias “dimensiones” que es necesario explorar e interpretar en su verdadero significado, si queremos descubrir su real naturaleza en el contexto concreto en que se da” (Martínez, 2004, p. 114).

7.2.1. Participantes

En este estudio se llevaron a cabo varios tipos de muestreo. Muestreo geográfico intencional por conveniencia. Se seleccionaron siete municipios de todas las regiones del departamento de Caldas: Aguadas, Marmato, La Dorada, Samaná, Riosucio, Viterbo y Manizales. Estos municipios se escogieron teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Oferta institucional - implementación de políticas y programas al adulto mayor
- Aislamiento geográfico – índice de ruralidad
- Pobreza - índice de pobreza multidimensional
- Afectación por conflicto armado

Dado que no se pretendió la generalización sino la transferabilidad (Strauss y Corbin, 2002), para las entrevistas se usó un muestreo de casos de variación máxima, “aquellos casos tipo reconocidos como usuales en el contexto investigado” (Quintana, 2006). Para la selección de los participantes se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Tener 60 años o más
- Aceptar la participación mediante firma de consentimiento informado
- No estar institucionalizados (hospitalizados o en hogares de cuidado, asilos o ancianatos).
- Sin deterioro cognoscitivo. Se aplicó el Minimental Test Abreviado, para ser incluido se consideró un puntaje igual o mayor a trece puntos
- Que no tuviera una enfermedad aguda que obstaculizara el desarrollo de la entrevista (diarrea, fiebre, tos).
- Que no tuviera trastornos de la comunicación (audición y lenguaje).

Para la conformación de grupos focales se definió un tamaño mínimo de cinco personas y máximo de 12. Esta cifra máxima permite crear una situación intersubjetiva y el control de grupo y evita la disgregación en subgrupos o en conversaciones entre ellos, la cifra mínima se establece teniendo en cuenta que con tres personas se da una situación muy íntima o parejas cruzadas cuando hay cuatro (Galeano, 2004).

Se realizaron seis entrevistas en cada uno de municipios seleccionados, excepto en Marmato que se hicieron siete, para un total de 47 –24 mujeres y 23 hombres–; asimismo se llevaron a cabo dos grupos focales en cada municipio para un total de 14 grupos focales integrados por mujeres y hombres. A fin de profundizar algunos aspectos relacionados con la seguridad económica, se llevaron a cabo seis entrevistas con actores claves de la ciudad de Manizales.

7.2.2. Registro de información

Para el registro de la información se utilizó la entrevista semiestructurada y el grupo focal. Todos los datos recopilados a través de las entrevistas y grupos

focales fueron grabados y transcritos textualmente. Cada entrevista siguió una guía previamente establecida para garantizar la obtención de información sobre los mismos temas y de la misma densidad entre los participantes (Boutin, 2006) (ver anexo 1). Para la discusión en los grupos focales se definieron ejes temáticos de conversación (ver anexo 2). La elaboración de las guías de entrevista y de los grupos focales se hizo a partir de la matriz de categorías que se muestra a continuación.

Tabla 17. Matriz de categorías.

| Objetivo | Categorías | Componentes | Preguntas analíticas |
|---|--------------------------------------|---|--|
| Identificar la percepción de vejez y envejecimiento en personas de 60 años y más en el departamento de Caldas | Percepción de vejez y envejecimiento | Conocimiento | ¿Qué conocimientos se tiene sobre la vejez? |
| | | Valores | ¿Cuáles son las valoraciones que se tiene sobre la vejez? ¿Sobre su propia situación de vejez? ¿Sobre la vejez de los demás? |
| | | Sentimientos | ¿Cómo se sienten las personas en su condición de vejez? |
| | | Creencias | ¿Qué se piensa sobre la condición de vejez? |
| Describir los procesos de cuidado de personas adultas mayores en el departamento de Caldas | Cuidado | Procesos Recursos Vías: dar y recibir | ¿Las personas adultas mayores reciben o brindan cuidado? ¿Cuáles son los recursos económicos, físicos y emocionales en el proceso de cuidado? ¿Cómo es el proceso de cuidado de las personas adultas mayores? |
| | | Individualidades Subjetivas | ¿Cuáles son las necesidades de cuidado que tienen las personas adultas mayores? ¿De quienes y a quienes? ¿Cuáles son las razones, los motivos y las intenciones que circulan en los procesos de cuidado de las personas adultas mayores? |
| | | Entorno Interacciones | ¿Disponen de redes de cuidado para las personas adultas mayores? ¿Cuáles son esas redes? |

| Objetivo | Categorías | Componentes | Preguntas analíticas |
|--|--------------------------|---------------------------------------|---|
| Conocer el papel de las personas adultas mayores en la construcción de paz | Paz | Experiencia Conflictos Convivencia | Como han vivido los procesos de violencia y conflicto armado? ¿Cómo se ha resuelto las situaciones de violencia en el municipio? ¿Usted cómo ha participado en estos procesos? ¿Cómo se construye la convivencia en el municipio? ¿Cómo participa usted en la construcción de la convivencia en su municipio? ¿Qué acciones se han emprendido para la construcción de paz? |
| Conocer la percepción frente a la salud y el sistema de salud de las personas adultas mayores en el Departamento de Caldas | Salud y Sistema de Salud | Salud Subjetiva | ¿Qué entiende por salud? ¿Qué ha hecho por su salud en su proceso de envejecimiento? |
| | | Salud Acceso - Servicios | ¿Cuáles son las valoraciones frente al sistema de salud? ¿Cuáles son las acciones que le brinda el sistema de salud para la persona mayor? |
| Revelar la preparación económica y los apoyos económicos (ahorro convencional y no convencional, inversiones, trabajo y pensiones) para la vejez | Ahorro y Pensión | Ahorro | ¿Cómo se ha preparado el individuo y la familia para la vejez en términos económicos, teniendo en cuenta cualquier tipo de inversiones e ingresos (casas, lotes, vehículos, maquinarias productivas, y otros activos que generen ingresos etc., así como la pensión)? |

También se registró información sociodemográfica de los participantes que incluye nivel de edad, municipio, nivel educativo y el Minimental Test Abreviado (anexo 3) y el consentimiento informado que brindó el soporte ético (anexo 4). Las entrevistas se realizaron entre febrero y agosto del 2017. Los entrevistadores, todos profesionales en ciencias sociales, se capacitaron previamente. Los datos fueron anonimizados y se utilizaron códigos de identificación para asegurar la confidencialidad.

7.2.3. Análisis de los datos

Se hizo un proceso de condensación de categorías analíticas centrales, de soporte y emergentes. La tarea de codificación de la información se hizo en el software de análisis cualitativo Atlas.ti. Los pasos a seguir en el proceso de análisis fueron:

1. Identificación de la información primaria.
2. Clasificación de la información
3. Identificación de categorías iniciales teóricas
4. Codificación de categorías en Atlas.ti
5. Identificación de las categorías emergentes
6. Interpretación de las categorías a la luz de las teorías científicas
7. Narración descriptiva de cada una las categorías
8. Integración de la narración descriptiva con la interpretación de los datos
9. Elaboración del informe

Los resultados se presentan como una narrativa descriptiva puesto que facilitan generar, organizar y analizar la evidencia empírica sobre los eventos singulares y considerar el contexto para darles sentido en un escenario particular en el cual interactúan el equipo de investigación y las experiencias narradas por los participantes (Coffey, Atkinson, 2005) y permite rescatar los valores de la subjetividad (Denzin y Lincoln, 2011; García-Huidobro, 2016). Las narrativas permiten comprender lo que las personas piensan, creen y sienten sobre realidades como la vejez, la salud, el cuidado y la construcción de paz y la

manera en que están percibiendo los cambios y situaciones a afrontar en su vida cotidiana.

7.3. Referencias bibliográficas

Coffey, A. y Atkinson P. (2005). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Alicante, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alicante.

Denzin, N. y Lincoln Y. (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. California: Sage.

García-Huidobro, R. (2016). La narrativa como método desencadenante y producción teórica en la investigación cualitativa. *Empiria*, 34, 155-178. Doi: 10.5944/empiria.34.2016.16526.

Martínez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. Ciudad de México, México: Trillas.

Anexos

1. Guía entrevistas a profundidad

Orientación metodológica

Los procedimientos que se describen son una guía, pues las técnicas de investigación son de carácter narrativo, lo que implica la elaboración de una conversación fluida entre el entrevistador y el entrevistado. Así pues, el foco del relato está en la enunciación de la voz del entrevistado.

Ejes temáticos de la conversación

1. Percepción de envejecimiento y vejez
2. Cuidado
3. Paz

Preguntas orientadoras

Percepción de envejecimiento y vejez

1. ¿Cuándo está frente al espejo qué ve?
2. ¿Cómo se siente con lo que ve?
3. ¿Qué piensa de lo que ve?
4. ¿Qué le gusta?
5. 2. ¿Qué no le gusta?

Cuidado

1. ¿Qué entiende por cuidado?
2. ¿Cuáles son las necesidades de cuidado que tiene diariamente?
3. ¿Las hace usted mismo o las recibe de otra persona? ¿De quiénes la recibe?
¿A qué horas? ¿Dónde?
4. ¿Usted brinda cuidado? ¿A quiénes? ¿Dónde? ¿A qué horas?

Paz

1. ¿Cómo ha sido la vida en este pueblo?
2. ¿Usted cómo ha vivido en este pueblo?
3. ¿Cómo son las relaciones entre los vecinos? (Conflictos, violencias, acuerdos, distancias, acercamientos, cordialidades.)
4. ¿Cómo se han resuelto las situaciones de violencia en el municipio? ¿Usted cómo ha participado en estos procesos?
5. ¿Cómo se construye la convivencia en el municipio? ¿Cómo participa usted en la construcción de la convivencia en su municipio?

Nota: tener en cuenta que entre las personas entrevistadas o participantes de los grupos focales hay quienes han vivido en el municipio toda su vida y otras que migraron o son desplazados. Esto cambia el enfoque de las preguntas de las guías y los procedimientos analíticos.

2. Guía discusión Grupo focal

Orientación metodológica

Conversación grupal dirigida en torno a unos ejes o temas dependiendo del municipio. Duración máxima: 2:00 horas. Número máximo de participantes: 8 personas.

Ejes temáticos de la conversación

1. Percepción de envejecimiento y vejez
2. Cuidado
3. Paz
4. Seguridad, pensión y ahorro

Equipo

Coordinación: orientador del tema. Está pendiente de que no se disperse la temática. Organiza, focaliza y enlaza la conversación.

Observador: hace seguimiento a las dinámicas interaccionales entre los participantes. Esto debe ser anotado.

Relator: registra el desarrollo de los temas, la estructura del proceso.

Preguntas orientadoras

Percepción de envejecimiento y vejez

1. ¿Cuándo las personas adultas mayores se ven ante el espejo qué ven?
2. ¿Cómo se sienten con lo que ven?
3. ¿Qué piensan de lo que ven?
4. ¿Qué les gusta?
5. ¿Qué no les gusta?

Cuidado

1. ¿Qué entienden por cuidado?
2. ¿Cuáles son las necesidades de cuidado que tienen diariamente?
3. ¿Las hacen usted mismo o las reciben de otra persona? ¿De quiénes la reciben? ¿A qué horas? ¿Dónde?
4. ¿Ustedes brindan cuidado? ¿A quiénes? ¿Dónde? ¿A qué horas?

Paz

1. ¿Cómo ha sido la vida en este pueblo?
2. ¿Ustedes cómo han vivido en este pueblo?
3. ¿Cómo son las relaciones entre los vecinos? (Conflictos, violencias, acuerdos, distancias, acercamientos, cordialidades)
4. ¿Qué hechos violentos recuerdan en su municipio? (Vivencias directas o indirectas)
5. Frente a las situaciones de violencias ¿Cómo está el municipio actualmente?
6. ¿Cómo se han resuelto las situaciones de violencia en el municipio? ¿Ustedes cómo han participado en estos procesos?
7. ¿Cómo se construye la convivencia en el municipio? ¿Cómo participan ustedes en la construcción de la convivencia en su municipio?

Nota: se debe contar con un tiempo previo a la realización del grupo focal para diligenciar la ficha de identificación y aplicar el Minimental test.

3. Ficha de identificación participantes

Numero entrevista _____
 Nombre completo _____ Sexo _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ CC. _____
 Dirección _____ Teléfono _____
 Barrio _____ Estrato _____ Municipio _____

NIVEL EDUCATIVO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------|----|---------------------|----|-------------------|----|-----------------------|----|---------------------|----|----------------------------------|----|----------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|----------------------|----|----------------------|----|-------------|----|---------|----|
| <p>Cuántos años de educación completa tuvo Ud.?, Sin importar si ha repetido cualquier año.</p> <p>(E; Registre años completos, terminados de educación, ejemplo: 3 años 6 meses, aproxime al menor valor = 3 años)</p> | <p>Años _____</p> <p>No responde 98 No sabe 99</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por usted?</p> <p>(E: NO LEA. SONDEE) (Espere respuesta)</p> | <table border="0"> <tr><td>Ninguno</td><td>01</td></tr> <tr><td>Primaria incompleta</td><td>02</td></tr> <tr><td>Primaria completa</td><td>03</td></tr> <tr><td>Secundaria incompleta</td><td>04</td></tr> <tr><td>Secundaria completa</td><td>05</td></tr> <tr><td>Técnico o tecnológico sin título</td><td>06</td></tr> <tr><td>Técnico o tecnológico con título</td><td>07</td></tr> <tr><td>Universitario sin título</td><td>08</td></tr> <tr><td>Universitario con título</td><td>09</td></tr> <tr><td>Postgrado sin título</td><td>10</td></tr> <tr><td>Postgrado con título</td><td>11</td></tr> <tr><td>No responde</td><td>98</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>99</td></tr> </table> | Ninguno | 01 | Primaria incompleta | 02 | Primaria completa | 03 | Secundaria incompleta | 04 | Secundaria completa | 05 | Técnico o tecnológico sin título | 06 | Técnico o tecnológico con título | 07 | Universitario sin título | 08 | Universitario con título | 09 | Postgrado sin título | 10 | Postgrado con título | 11 | No responde | 98 | No sabe | 99 |
| Ninguno | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primaria incompleta | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primaria completa | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Secundaria incompleta | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Secundaria completa | 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Técnico o tecnológico sin título | 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Técnico o tecnológico con título | 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Universitario sin título | 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Universitario con título | 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Postgrado sin título | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Postgrado con título | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No responde | 98 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No sabe | 99 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|----|
| <p>En su trabajo, el que desempeño por más tiempo, ¿usted era.....?</p> <p>(E: NO LEA)</p> | Obrero o empleado empresa particular | 01 |
| | Obrero o empleado del gobierno | 02 |
| | Jornalero rural o peón de campo | 03 |
| | Patrón, empleador o propietario de un negocio | 04 |
| | Trabajador por cuenta propia/independiente | 05 |
| | Trabajador sin remuneración | 06 |
| | Profesional independiente | 07 |
| | Trabajador a destajo | 08 |
| | Empleado doméstico | 09 |
| | Otro, ¿cuál? _____ | 10 |
| | No responde | 98 |
| No sabe | 99 | |
| <p>¿A qué edad dejó de trabajar?</p> | Aún trabaja- todavía trabaja | 01 |
| | Años _____ | |
| | No responde | 98 |
| | No sabe | 99 |

AFILIACIÓN REGIMEN DE SALUD

| | | |
|--|-------------------------|----|
| <p>¿Se encuentra cotizando en un fondo de pensiones?</p> <p>(E: LEA)</p> <p>(marque solo una opción)</p> | Sí, Publico | 01 |
| | Sí, Privado | 02 |
| | No | 03 |
| | No responde | 98 |
| | No sabe | 99 |
| <p>¿A cuál REGIMEN de salud está afiliado?</p> <p>(E: LEA. RU)</p> <p>(marque solo una opción)</p> | Contributivo | 01 |
| | Subsidiado | 02 |
| | De Especial / excepción | 03 |
| | No afiliado | 04 |
| | No responde | 98 |
| | No sabe | 99 |

EMPLEO TRABAJO

| | |
|---|--|
| Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de su empleo o trabajo actual. | |
| ¿Usted actualmente trabaja? | Sí 01 |
| | No 02 |
| | No responde 98 |
| | No sabe 99 |
| En este trabajo (actual) principalmente ¿usted es? (E: NO LEA) | Obrero o empleado empresa particular 01 |
| | Obrero o empleado del gobierno 02 |
| | Jornalero rural o peón de campo 03 |
| | Patrón, empleador o propietario de un negocio 04 |
| | Trabajador por cuenta propia/Independiente 05 |
| | Trabajador sin remuneración 06 |
| | Profesional independiente 07 |
| | Trabajador a destajo 08 |
| | Empleado doméstico 09 |
| | Otro, ¿cuál? _____ 10 |
| | No responde 98 |
| No sabe 99 | |

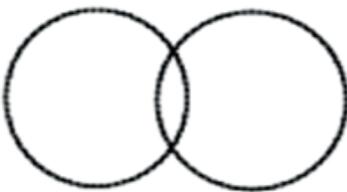
MINIMENTAL TEST ABREVIADO (AMMSE)

(Exclusivamente para la persona de 60 años o más)

E: Las preguntas del test se realizarán siguiendo el orden establecido y leyendo los enunciados tal cual están en el cuestionario.

| | | | |
|---|--|--|--|
| “Por favor dígame la fecha de hoy” | | Sondee mes, día del mes, año y día de la semana | |
| Mes | | Anote un punto por cada respuesta correcta y “0” por cada respuesta incorrecta y sume el total | |
| Día del mes | | | |
| Año | | | |
| Día de la semana | | | |
| | | TOTAL | |

“Le voy a nombrar tres palabras. Después de que se las diga le voy a pedir que las repita en voz alta en cualquier orden. Recuerde cuáles son, porque se las voy a volver a preguntar más adelante”. Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea, lea las palabras despacio y a ritmo constante al informante una cada dos segundos. Se anota “1” por cada palabra recordada y “0” para las no recordadas y sume el total.

| | | | | | | |
|--|---------|---|---------------------------------------|---|--------------|-----|
| Califique la primera repetición | | Si anotó "0" para alguna de las palabras, repítalas todas, hasta cinco repeticiones hasta que la persona se los aprenda. Anote el número de repeticiones que tuvo que hacer | | | | |
| Árbol | Mesa | Perro | | | | |
| Número de repeticiones | | TOTAL | | | | |
| "Le voy a decir unos números y quiero que me los repita al revés" | | 1 | 3 | 5 | 7 | 9 |
| Anote la respuesta en el espacio correspondiente. Solo anote los cinco primeros números | | | | | | |
| Numero de dígitos en el orden correcto | | | TOTAL | | | |
| "Le voy a dar un papel y cuando se lo entregue, tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y póngaselo sobre las piernas" . Entregue el papel y anote un punto por cada acción correcta y sume el total | | | | | | |
| Toma el papel con la mano derecha | | | Lo dobla por la mitad con ambas manos | | | |
| Pone sobre las piernas | | | TOTAL | | | |
| "Hace un momento le nombré tres palabras y usted repitió las que recordó. Por favor dígame cuales recuerda ahora" . Anote un punto por cada respuesta correcta y sume el total | | | | | | |
| 1 Árbol | 2 3Mesa | 3 Perro | | | TOTAL | |
| Por favor copie este dibujo" . Entregue al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta solo si los círculos se cruzan. Anote "1" si el dibujo esta correcto y "0" si es incorrecto | | | | | | |
|  | | | | | Correcto | 1/1 |
| | | | | | Incorrecto | |
| | | Sume las respuestas correctas de las preguntas anteriores y anote el total. | | | | |
| | | (El puntaje máximo obtenible es 19). | | | | |
| | | TOTAL | | | | |

Si el puntaje es igual o mayor a 13 (Trece) la persona mayor cumple requisitos para participar, EMPIECE LA ENTREVISTA O EL GRUPO FOCAL.

Si el puntaje es igual o menor a 12 (Doce) AGRADEZCA Y TERMINE

4. Ficha de identificación Agentes Institucionales

FICHA DE IDENTIFICACIÓN AGENTES INSTITUCIONALES

Numero _____
Nombre completo _____ Sexo _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ CC. _____
Dirección _____ Teléfono _____
Formación académica (profesión) _____
Institución _____
Cargo _____
Tiempo en el cargo _____
Funciones que realiza en el cargo _____

5. Declaración para el consentimiento informado.

Entrevista individual y grupo focal

ENTREVISTA INDIVIDUAL Y GRUPO FOCAL

BIENVENIDO AL ESTUDIO MISIÓN CALDAS ENVEJECE

Usted ha sido seleccionado para participar en un estudio que llevan a cabo la Universidad de Caldas, la Universidad Autónoma de Manizales, la Caja de Compensación Familiar - Confa y la Fundación Saldarriaga Concha.

El estudio MISIÓN CALDAS ENVEJECE se lleva a cabo en varios municipios del departamento de Caldas. Los resultados obtenidos se constituirán en información esencial para la formulación de políticas públicas que permitan mantener o mejorar las condiciones de vida de las personas mayores del Departamento. Este documento describe el estudio y proporciona información acerca de su participación. Lo invitamos a leerlo cuidadosamente y a llamarnos si necesita más información.

¿Cuál es el propósito del estudio?

Los principales objetivos del estudio son:

1. Identificar la percepción de vejez y envejecimiento en personas de 60 años y más en el departamento de Caldas
2. Describir los procesos de cuidado de personas adultas mayores en el departamento de Caldas
3. Conocer el papel de las personas adultas mayores en la construcción de paz

¿Quién hace el estudio?

El estudio lo hacen Universidad de Caldas, la Universidad Autónoma de Manizales, la Caja de Compensación Familiar- Confa y la Fundación Saldarriaga Concha. Este estudio se realiza en algunos municipios del Departamento y está a cargo de profesores de las dos universidades, y profesionales de Confa y de la Fundación Saldarriaga Concha, todos con amplia experiencia en el tema.

¿En qué consiste su participación?

Si acepta participar le haremos una entrevista individual o grupal a partir de una guía de preguntas que se llevara a cabo en una sola sesión de aproximadamente 1 hora y 30 minutos. La información de la entrevista será grabada (en una grabadora) y se tomarán algunas fotos. Será utilizada solamente por los profesores responsables del estudio. Su participación será voluntaria y usted podrá terminar la entrevista en cualquier momento, solicitar el retiro de sus datos o abstenerse de contestar alguna pregunta sin dar explicación alguna, sin que esto genere algún tipo de inconvenientes para usted. La información que se obtenga se guardará bajo estricta confidencialidad y anonimato, asegurando que no se incluya su nombre, o cualquier indicativo que revele su identidad. Se espera que participen al menos 100 personas mayores de 60 años de diversos municipios del departamento de Caldas.

¿Cuáles son los beneficios de participar en el estudio?

Participar en este estudio no tiene costo alguno ni representará para usted beneficios económicos. Su participación es muy importante para el avance del conocimiento en este campo y para atraer la atención del público en general y de los entes gubernamentales sobre la importancia de la vejez y el envejecimiento, la importancia del cuidado y el papel de las personas mayores en la construcción de paz.

¿Cuáles son los riesgos de participar en este estudio?

No existen riesgos para realizar una entrevista individual o grupal. Además recuerde que **puede interrumpir** su participación cuando quiera, sin que esto tenga consecuencias para usted. Si alguna de las preguntas genera sensibilidad, el entrevistador estará capacitado para atender su malestar.

¿Cómo hacer para participar en el estudio?

La selección de los participantes se hace al azar, buscándolos en su barrio y en su casa. Para participar usted debe estar atento a la invitación del entrevistador, quien después de identificarse lo invitará a participar y le pedirá que firme el consentimiento.

Usted puede confirmar los datos del entrevistador antes de dejarlo entrar a su casa llamando a los teléfonos 8783061 8783064 8783066 ext. 31153, de la Universidad de Caldas

¿Qué hacer en caso de necesitar más información?

En caso de tener preguntas adicionales sobre el estudio puede contactar al coordinador general del proyecto (CARMEN LUCÍA CURCIO Teléfonos: 8783061 8783064 8783066 ext. 31153 en Manizales).

6. Declaración para el consentimiento informado

Entrevista individual y grupo focal

ENTREVISTA INDIVIDUAL Y GRUPO FOCAL

Con su firma usted certifica que ha leído junto con el entrevistador el presente formato de consentimiento informado; le han sido resueltas todas sus preguntas satisfactoriamente; reconoce que se le ha explicado el proyecto a entera satisfacción y ha tenido tiempo para tomar la decisión; acepta participar voluntariamente en el presente estudio; y acepta que esta entrevista sea grabada en audio y registrada con una cámara de video. Al firmar Ud. recibirá una copia de este documento.

Acepta usted participar en el estudio: Si No

Acepta que se le tomen fotografías: Si No

Firma del participante: _____

Cédula: _____

Nombre: _____

Firma del testigo 1: _____

Cédula: _____

Nombre: _____

Firmado en la Ciudad de _____, el día ____ del mes de _____
de 2017

Nombre del entrevistador (a): _____

Firma del entrevistador (a): _____

Firma del Coordinador del proyecto: _____

AUTORES

Juan Pablo Alzate. Líder de generación de ingresos de la Fundación Saldarriaga Concha. Economista, especialista en Responsabilidad Social y Desarrollo, y magíster en Administración de Negocios. Amplia experiencia profesional en organizaciones del sector público y privado en los ámbitos nacional e internacional. Ha liderado la implementación de proyectos de innovación social en las áreas de empleabilidad, emprendimiento y fortalecimiento empresarial con poblaciones vulnerables, particularmente con personas con discapacidad y personas mayores. De igual forma, es investigador y conferencista en los campos de envejecimiento, economía plateada y protección económica para la vejez. Participó como autor de varios capítulos en la Misión Colombia Envejece y en la Misión República Dominicana Envejece.

Carmen Liliana Ávila Rendón. Fisioterapeuta, especialista en Intervención Fisioterapéutica en Ortopedia y Traumatología, y magíster en Discapacidad. Docente asociada al departamento de Movimiento Humano de la Universidad Autónoma de Manizales (UAM), forma parte del equipo del proyecto de formación integral en la gestión de la línea de inclusión y diversidad para la permanencia institucional. Coordina la maestría en Discapacidad de la UAM y es investigadora del grupo Cuerpo - Movimiento en la línea de Funcionamiento y Discapacidad en la Perspectiva de la Salud. Representa a la Academia en el Comité Departamental de Discapacidad de Caldas, espacio donde participó en la construcción de la Política Pública de Discapacidad “Caldas Pa’ todos 2016-2024”. Cofundadora de la Mesa Interuniversitaria Caldense de Educación Inclusiva -MICEI- y representante de la UAM en la Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior para la Discapacidad -Red CIESD-, donde lideró el Nodo Eje Cafetero durante el periodo 2018-2020.

Carmen Lucía Curcio Borrero. Terapeuta ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia, magíster en Gerontología Social de la Universidad de Barcelona y Doctora en Gerontología de la Université de Sherbooke (Canadá). Actualmente es docente titular de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas y directora de la maestría en Gerontología, Envejecimiento y Vejez de la misma entidad. Allí mismo coordina la línea de énfasis en gerontología del doctorado en Ciencias de la Salud. Es miembro fundador del grupo de investigaciones en gerontología y geriatría (categoría A1) y reconocida como investigadora senior. Autora de numerosas publicaciones científicas en artículos, libros y capítulos de libros relacionados con el envejecimiento y la vejez. Ha desarrollado diversos proyectos de investigación y ha brindado asesoría a instituciones académicas y organismos nacionales e internacionales sobre esta temática. Gracias a sus investigaciones y aportes a la gerontología ha recibido numerosos premios y reconocimientos en los ámbitos nacional e internacional.

Andrea Del Pilar González Marín. Fisioterapeuta, especialista y magíster en Neurorrehabilitación. Docente asociada y coordinadora del departamento de Movimiento Humano de la Universidad Autónoma de Manizales (UAM), forma parte del equipo de formación integral, en donde gestiona actividades en la línea de inclusión y diversidad para la institución. Trabaja con el grupo de evaluación docente de la Universidad y pertenece al Comité de Bioética. Desarrolla actividades de investigación en la comunidad Cuerpo - Movimiento y actualmente hace parte del proyecto “Me cuido Activo”.

Lina María González Ballesteros. Líder del área de Salud y Bienestar de la Fundación Saldarriaga Concha. Médico y Cirujano, especialista en Psiquiatría, con maestría en Epidemiología Clínica, especialista en Gestión Aplicada a los Servicios de Salud y especialista en Terapia Cognitivo Comportamental. Profesora de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Experiencia gerencial y de gestión clínica; montaje y seguimiento de modelos de atención, desarrollo y manejo de servicios clínicos. Integró el equipo técnico de la Ley 1616 (Ley de Salud Mental), y trabajó como subdirectora

científica de los componentes de servicio y acceso de la Encuesta Nacional de Salud Mental. Desde la Fundación Saldarriaga Concha lideró la investigación Misión Colombia Envejece. Ha realizado investigaciones en las líneas de salud mental, gestión de servicios, persona mayor, y resiliencia, entre otros. Es autora de capítulos de libros de psiquiatría y gestión en servicios de salud.

José Faber Hernández Ortiz. Economista, con una trayectoria de más de 20 años como investigador. Ha sido docente en diferentes universidades, consultor del PNUD y asesor del Ministerio de Educación. Ha colaborado con varias publicaciones y artículos en temas de desarrollo social y económico. Actualmente se desempeña como investigador de la Caja de Compensación Familiar de Caldas.

Santiago López Zuluaga. Analista del área de Salud y Bienestar de la Fundación Saldarriaga Concha. Sociólogo, especialista en Gestión Cultural con énfasis en Planeación y Políticas Públicas, y especialista en Economía Social. Estudiante de maestría en Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia.

Ana María Ortiz Hoyos. Coordinadora de Salud y Bienestar de la Fundación Saldarriaga Concha. Profesional en Psicología, candidata a magíster en Salud Pública de la Universidad de los Andes.

David Osorio Garcia. Antropólogo, magíster en Ciencias Sociales de la Universidad de Caldas y master Sciences Humaines Et Sociales de la Université Paris 12. Cuenta con experiencia en el diseño, registro, sistematización y análisis de instrumentos estructurados y no estructurados para la investigación cualitativa y cuantitativa. Actualmente, se desempeña como docente en el área de investigación y metodología en el departamento de Antropología y Sociología de la Universidad de Caldas y es miembro del grupo de investigación de Comunicación, Cultura y Sociedad (categoría A) de la misma Universidad. Participó en la construcción de la Política Pública Social para el Envejecimiento y Vejez en el departamento de Caldas 2018-2028 “Envejeciendo activamente en Caldas con autonomía, inclusión y participación”.

María Cristina Palacio Valencia. Socióloga, con maestría en Ciencias Políticas. Docente investigadora jubilada del departamento de Estudios de Familia de la Universidad de Caldas. Miembro del colectivo de Estudios de Familia (categoría A) de la misma Universidad. Tiene una amplia trayectoria en investigación y docencia en estudios de familia.

Luisa Fernanda Panesso Cardona. Socióloga. Cuenta con experiencia en procesos de registro, sistematización y análisis de información en investigaciones de enfoque cualitativo y cuantitativo. En la actualidad se desempeña como docente del área de investigación y metodología del departamento de Antropología y Sociología de la Universidad de Caldas.

Claudia Marcela Sepúlveda Tabares. Licenciada en Educación Especial de la Universidad de Manizales, con estudios de maestría en Familia y Desarrollo en la Universidad de Caldas. Por más de 20 años se ha desempeñado en el campo social; ha sido coordinadora de programas de atención a la primera infancia, familia y adolescencia en instituciones de Colombia (Alcaldía de Pijao, Quindío, y Caja de Compensación Familiar de Caldas) y en España (Instituto Zabaloetxe, Loiu - Vizcaya). Además, ha diseñado y gestionado estrategias para el trabajo con población vulnerable.

José Hoover Vanegas García. Doctor en Filosofía. Profesor titular e investigador del departamento de Ciencias Humanas de la Universidad Autónoma de Manizales (UAM). Miembro de los grupos de investigación Cuerpo - Movimiento, y Ética y Política. Coordinador de la línea de Desarrollo de la Conciencia en el Doctorado de Ciencias Cognitivas de la UAM. Algunas de sus últimas publicaciones son: *El rumor del mal, escenarios de paz, narraciones de maestros y maestras rurales* (2020), y *Vejez y desplazamiento forzado en Colombia* (2019). Actualmente se encuentra en edición el libro *Conciencia, perspectiva filosófica y neurobiológica*, en la editorial de la UAM.

Este trabajo realizado por la Universidad de Caldas, la Universidad Autónoma de Manizales, la Caja de Compensación Familiar de Caldas –Confa y la Fundación Saldarriaga Concha en compañía de profesionales de diversas disciplinas permite afirmar que la interdisciplinariedad no es un recurso opcional, sino una necesidad epistemológica y metodológica esencial. Pensar interdisciplinariamente no implica simplemente una reunión entre diversos técnicos y especialistas, sino un reposicionamiento de las cuestiones cruciales que atañen al envejecimiento y la vejez, tanto en las configuraciones culturales y sociales como en la construcción de la subjetividad y en el eje de articulación de las políticas sociales. Por lo cual, un resultado de este trabajo es la necesidad de articular esfuerzos para aportar diferentes respuestas, así como diseñar estrategias que den solución a necesidades concretas que propicien trabajar con y para las personas adultas mayores, los profesionales y quienes toman las decisiones.



Editorial
UNIVERSIDAD DE CALDAS

Confa
Contigo, con todo



**Acreditación Institucional
DE ALTA CALIDAD**
Resolución 009527 Mineducación Sep. 6 de 2019