

El Adulto Mayor de Manizales

Consideraciones para una propuesta de Política Pública sobre Envejecimiento y Vejez

Lorena P. Delgado Enriquez
Diana P. Jaramillo Ortegón
Victoria Salazar Gil
Juan G. Vieira Silva
Andrea del Pilar González Marín
Julialba Castellanos Ruiz
María del Carmen Vergara Quintero

{Investigadores}

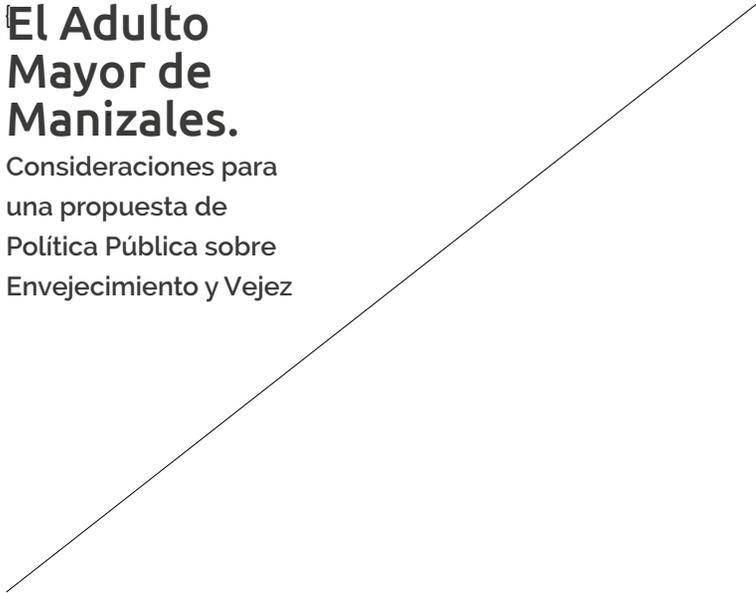
COLECCION

DESARROLLO.
REGION Y
PAZ

{ INVESTIGACIÓN }

El Adulto Mayor de Manizales.

Consideraciones para
una propuesta de
Política Pública sobre
Envejecimiento y Vejez



El Adulto Mayor de Manizales. Consideraciones para una propuesta de Política Pública sobre Envejecimiento y Vejez / Lorena Patricia Delgado Enríquez ... [et al]; editado por Laura V. Obando Alzate — Manizales : UAM, 2017

210 p. : il., gráficas (Colección Desarrollo, Región y Paz)

ISBN: 978-958-8730-89-9

1. Vejez. 2. Envejecimiento. 3. Demografía-Investigaciones. 4. Participación social. 5. Política de salud-Manizales 6. Políticas Públicas

I. Delgado Enríquez, Lorena Patricia. II. Jaramillo Ortegón, Diana Patricia. III. Salazar Gil, Victoria. IV. Vieira Silva, Juan Guillermo. V. González Marín, Andrea del Pilar. VI. Castellanos Ruiz, Julialba. VII. Vergara Quintero, María del Carmen. VIII. Obando Alzate, Laura V., ed.

UAM 305.244 A244

CO-MaBABC

Fuente: Biblioteca Alfonso Borrero Cabal, S.J.

© Editorial Universidad Autónoma de Manizales

Antigua Estación del Ferrocarril

E-mail: editorial@autonoma.edu.co

Teléfono: (56+6) 8727272 Ext. 166

Manizales-Colombia

Miembro de la Asociación de Editoriales Universitarias de Colombia, *ASEUC*

Título: El Adulto Mayor de Manizales. Consideraciones para una propuesta de Política Pública sobre Envejecimiento y Vejez.

Autores: Lorena Patricia Delgado Enríquez
Diana Patricia Jaramillo Ortegón
Victoria Salazar Gil
Juan Guillermo Vieira Silva
Andrea del Pilar González Marín
Julialba Castellanos Ruiz
María del Carmen Vergara Quintero

lpdelgado@autonoma.edu.co
djaramillo@autonoma.edu.co
vsalazar@autonoma.edu.co
jvieira@autonoma.edu.co
andrepqm@autonoma.edu.co
jcastellanos@autonoma.edu.co
mvcvq@autonoma.edu.co

Manizales, diciembre de 2017

ISBN: 978-958-8730-89-9

Editora: Laura V. Obando Alzate

Corrección de estilo: Laura Patricia Bernal Ríos

Diseño y Diagramación: Estratosfera Colectivo de diseño/ estratosfera.com.co

Fotografía en portada: Victoria Salazar Gil | Lorena Patricia Delgado Enríquez

Rector: Gabriel Cadena Gómez *Ph.D*

Comité Editorial:

Iván Escobar Escobar, Vicerrector Académico UAM. María del Carmen Vergara Quintero *PhD*, Coordinadora Unidad de Investigación. Laura V. Obando Alzate, Coordinadora Editorial UAM. Francly Nelly Jiménez García *PhD*, representante de la Facultad de Ingenierías. Mónica Naranjo Ruiz *Mg*, representante de la Facultad de Estudios Sociales y Empresariales. Dora Cardona Rivas *PhD*, representante de la Facultad de Salud. José Rubén Castillo García *PhD*, Editor de la Revista Ánfora. Wbeimar Cano Restrepo *Mg*, Director de la Biblioteca. Luisa Fernanda Buitrago Ramírez *Mg*, Directora Revista La Araña que Teje. Nancy Liliana Mahecha Bedoya, representante de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.

El Adulto Mayor de Manizales.

Consideraciones para una propuesta de Política Pública sobre Envejecimiento y Vejez

Lorena Patricia Delgado Enríquez

/

Diana Patricia Jaramillo Ortegón

/

Victoria Salazar Gil

/

Juan Guillermo Vieira Silva

/

Andrea del Pilar González Marín

/

Julialba Castellanos Ruiz

/

María del Carmen Vergara Quintero

Agradecimientos

La elaboración de Políticas Públicas es un proceso colectivo que involucra múltiples actores en diversos momentos. Intentar agradecer a todos los participantes por sus nombres es imposible en este espacio. Esperamos que todos y todas se sientan incluidos en estas breves palabras, de lo contrario nos disculpamos de antemano si hacemos alguna omisión.

Agradecemos a la Alcaldía de Manizales, representada en este proceso en la Secretaría de Planeación y en la Secretaría de Desarrollo Social. También dentro de la Alcaldía a su Comité Social e instituciones municipales relacionadas con la prestación de servicios a los Adultos Mayores.

Especial mención nos merece el Comité Técnico del Adulto Mayor, por su valioso y sustancial aporte en la consolidación y puesta en marcha de este proyecto. Al igual que los hogares de atención al Adulto Mayor, incluyendo sus directivos, funcionarios y usuarios, sin los cuales no habría sido posible el proceso de recolección de información.

Un reconocimiento especial para todos los Adultos Mayores de Manizales que desde sus casas, voluntariamente, nos recibieron y nos brindaron la información requerida para este proceso.

Por último, agradecer a todas las personas, muchas de ellas anónimas, que participaron en todo el proceso operativo y en los detalles, sin los cuales no podríamos haber realizado la investigación y el presente libro.

No podemos dejar pasar por alto el apoyo de la Universidad de Humboldt de Berlín–Alemania a través del Instituto de Desarrollo Rural –SLEM– por la transferencia a la Universidad Autónoma de Manizales del enfoque de Investigación para la Acción y la toma de Decisiones –IAD–, aplicada en este proyecto.

Este libro surge de la investigación titulada *Formulación de un Documento Base de Política Pública de Adulto Mayor de Manizales*, desarrollada entre agosto de 2014 y marzo de 2015. El estudio surge del interés de la Alcaldía Municipal de Manizales por entender los modos de vida de la población adulta, en ascenso de acuerdo con la pirámide poblacional del municipio. En este sentido, formula e implementa las estrategias y acciones necesarias para la atención de este grupo poblacional. La administración del periodo de gobierno 2012-2015 incluía en su Plan de Desarrollo la formulación y adopción de una Política Pública de Adulto Mayor.

Los primeros esfuerzos en materia de Políticas Públicas de Envejecimiento y Vejez en Manizales se hicieron durante el periodo de gobierno 2003-2005, en el que se intentó adoptar una política que orientara las intervenciones públicas para afrontar el fenómeno del Envejecimiento poblacional en la ciudad; pocos años después la Universidad de Caldas haría dos importantes aportes. El primero en 2006, titulado *Estado del Arte del Adulto Mayor*, y el segundo en 2008, denominado *Una Propuesta de Lineamientos de Política*, todos ellos insumos esenciales como punto de partida para el presente estudio.

El objetivo principal de esta investigación fue proponer las bases conceptuales y metodológicas para la construcción de una Política Pública sobre Envejecimiento y Vejez. Para ello se requirió de: a) elaborar una línea base de la situación del Adulto Mayor en la ciudad

de Manizales como caso de estudio que sustente la definición de una propuesta; b) proponer los principales ejes y líneas para una Política Pública de Envejecimiento y Vejez; c) elaborar las recomendaciones necesarias para la implementación de los ejes y líneas de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez en la ciudad de Manizales.

El estudio se desarrolló a partir de la conformación de un equipo inter-institucional e inter-disciplinar, representado por funcionarios de la Alcaldía, integrantes del Comité Técnico de Adulto Mayor de Manizales y docentes-investigadores de la Universidad Autónoma de Manizales; además se contó con la participación de un número considerable de Adultos Mayores del municipio, quienes aportaron información relevante desde sus realidades. Por tanto, el estudio fue un proceso de construcción colectiva que tuvo en cuenta, en cada una de sus etapas, la participación y aprobación de los actores involucrados, y que en el manejo técnico se apoyó permanentemente en los expertos.

La caracterización de la población sujeto de estudio y de sus realidades se hizo a partir de una búsqueda documental y de una indagación en fuentes primarias a través de una encuesta, que de acuerdo al diseño muestral tuvo en cuenta todas las comunas de la ciudad, incluyendo la zona rural. Aunque al momento de hacer la investigación la ciudad no tenía una Política Pública como tal, sí contaba con estrategias de atención a esta población, por lo que se hizo necesario dentro de la muestra diferenciar a la población que ya recibía algún tipo de ayuda, quienes para el estudio fueron denominados “beneficiarios de programas estatales”.

El modelo metodológico basado en el enfoque IAD permitió, desde el contexto municipal, establecer una base social de actores, y una base demográfica de la población sujeto, para que a partir de sus conocimientos, experiencias y expectativas contribuyeran a la identificación de problemáticas y a la construcción conjunta de alternativas de solución, de esta forma el estudio concluye con el diseño de una propuesta de intervención que pueda ser traducida en Política Pública por el municipio.

Si bien existen diversos estudios que abarcan las problemáticas a las que se enfrenta el Adulto Mayor en la actualidad, los parámetros que se establecieron para esta investigación fueron orientados hacia el fortalecimiento de una respuesta efectiva (eficaz y eficiente) por parte de la administración pública. Lo que se pretendió fue apoyar la definición de una Política Pública que contribuyera desde la gestión pública, 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 una mejor calidad de vida.

En este capítulo se revisa el contexto socio-demográfico del Envejecimiento y la Vejez, a fin de identificar la panorámica general del fenómeno, para luego hacer un énfasis especial en el marco del surgimiento de la preocupación en materia de Políticas Públicas (tema central de este libro). Ambas perspectivas desde una panorámica internacional, nacional y local.

El contexto socio-demográfico del Envejecimiento y la Vejez: de lo global a lo local

Según el informe de la Organización de las Naciones Unidas sobre la situación demográfica del mundo, la población del planeta ha alcanzado los 7.200 millones de personas en el 2014 y se espera que supere los 9.000 para el 2050, de acuerdo a las proyecciones, algunas de las variables que más afectan las dinámicas demográficas son: fertilidad, mortalidad, migración, urbanización, y por supuesto nuestro tema, el Envejecimiento (ONU, 2014).

El Envejecimiento de la población, es entendido como un “fenómeno debido al cual las personas de más edad representan una parte proporcionalmente mayor del total de la población, es inevitable cuando la vida se prolonga y la gente tiene menos hijos” (ONU, 2014).

Ésta es la tendencia demográfica en las diferentes regiones del mundo, con mayor incidencia en las regiones más desarrolladas (gráfico 1).

Se destaca positivamente que la esperanza de vida representa un aumento considerable, sin embargo, el Envejecimiento plantea diversos retos para las sociedades: implicaciones en la estructuración de las familias, en el crecimiento económico (seguridad económica en la Vejez), en la organización de los sistemas de atención en salud, entre otros.

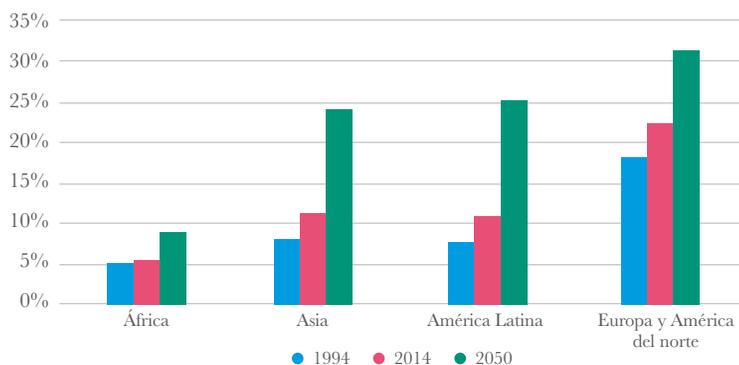


Gráfico 1. Porcentaje de la población mayor de 60 años, por región principal; 1994, 2014 y 2050.

Fuente: ONU (2014).

Complementariamente, el *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud* de la Organización Mundial de la Salud (2015), plantea que el número absoluto de personas mayores está aumentando en todos los países del mundo, y que para la segunda mitad del siglo XXI muchos países en Europa, América del Norte, Chile, China, Federación Rusa, República de Corea, República Islámica de Irán, Tailandia y Vietnam tendrán una proporción mayor al 30% (gráfico 2).

Según éste informe, entre las razones que influyen en el Envejecimiento de la población se destaca el aumento de la esperanza de vida en todo el mundo en los últimos 100 años, lo que se debe “a

la reducción en la mortalidad en las personas más jóvenes y no a que las personas mayores vivan más tiempo”, como podría pensarse (OMS, 2015, p. 47).

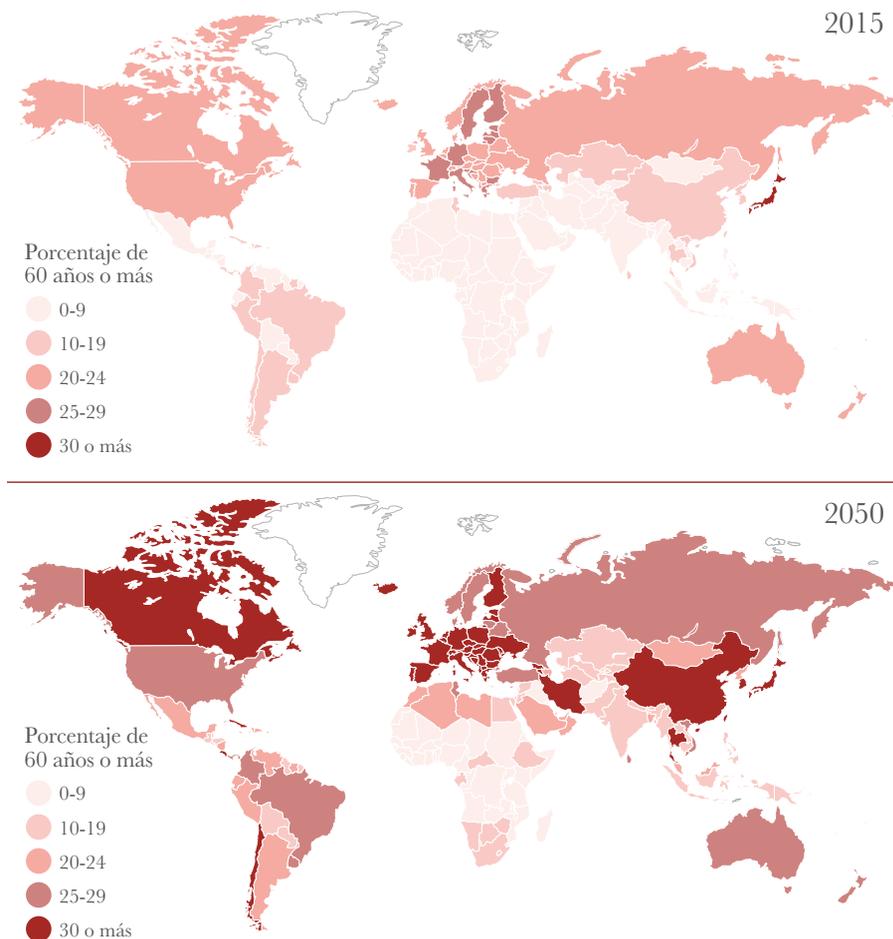


Gráfico 2. Proporción de personas mayores de 60 años o más, por países (2015 y 2050).

Fuente: OMS (2015).

Entre los desafíos que en el informe se plantean frente a la formulación de Políticas Públicas se menciona: 1. La diversidad en la Vejez, es decir la variedad de los estados de salud y estados funcionales de los Adultos Mayores, por lo que las políticas deberían orientarse a “aumentar al máximo el número de personas que tienen trayectorias positivas de Envejecimiento”, es decir, personas de 80 años o más con niveles de capacidad física y mental similar a la de jóvenes de 20 años; 2. El impacto de la inequidad, “las personas que experimentan mayores necesidades de salud en algún momento de la vida también pueden ser las que tengan menos recursos para afrontarlas”; 3. Estereotipos anticuados y nuevas expectativas, relacionado con la discriminación por motivos de edad y por buscar cambiar la trayectoria profesional en cualquier etapa de la vida; 4. El mundo está cambiando, tiene que ver con el movimiento demográfico masivo desde las zonas rurales hacia las urbanas, con el desarrollo socioeconómico, y con los avances en el transporte y las telecomunicaciones.

A nivel nacional, el Índice Global de Envejecimiento muestra que Colombia ocupaba el puesto 52 en el 2014 y el 36 en el 2015, frente a una evaluación de 96 países, y aunque pareciera tener una mejor posición en lo transcurrido de un año, cuando se indaga regionalmente acerca de las variables que allí se miden (gráfico 3), Colombia presenta mayores dificultades frente a los primeros países latinos del ranking en cuanto a seguridad en los ingresos y las competencias para ambos años (gráfico 4). El primero se explica en la expectativa de vida saludable y bienestar psicológico; el segundo se explica por el empleo y el nivel educativo en las personas mayores (HelpAge International, 2014-2015). Variables relevantes para el diseño de políticas en materia de Adulto Mayor.

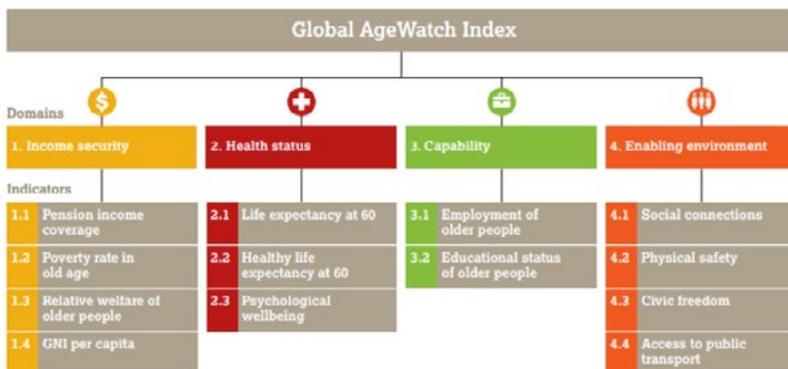


Gráfico 3. Variables del Índice Global de Envejecimiento
Fuente: HelpAge International (2014-2015).



Gráfico 4. Índice General y variables, por países Latinoamericanos (2014 y 2015)
Fuente: HelpAge International (2014-2015).

Las transformaciones demográficas vistas a nivel global se corresponden con las de Colombia. En el país se presenta una disminución en la población menor de 15 años y un considerable aumento de la población que supera los 60 años (gráfico 5). Según estos datos, Colombia es un país de Envejecimiento Demográfico Moderado, es decir, con tasas de fecundidad bajas y un índice de Envejecimiento que oscila entre el 27% y el 37% (CELADE, 2010).

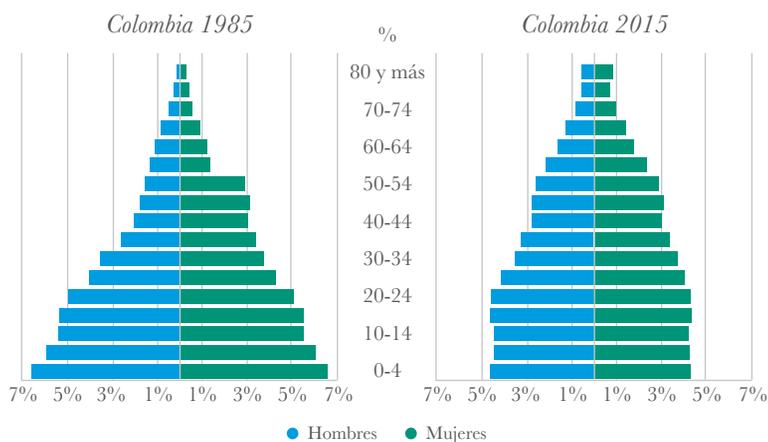


Gráfico 5. Cambios en la estructura de la población (Colombia, 1985 y 2015)

Fuente: Ruiz, Sánchez, & Ferrand (2013).

Es evidente que el diagrama que representa a la población colombiana de 1985 corresponde (aunque no estrictamente) a una figura piramidal. En cambio, para el 2015 la base de la pirámide se muestra más estrecha, precisamente por la tendencia a la disminución de la población más joven, y a la inversa, la parte superior se ha ensanchado, reflejo del incremento de la población de 60 y más años. Otro aspecto a resaltar en el gráfico 5 en el año 2015, es que el ensanchamiento es más pronunciado al lado derecho, lo que señala que es la población femenina

mayor de 60 años la que muestra mayor crecimiento en proporción a la población masculina de la misma edad.

A nivel departamental, se destaca que la población Adulto Mayor en Caldas representa el 12,6% del total, lo que, comparado con los demás departamentos del país, implica que Caldas está por encima de la media nacional (10,8%), cifra que corrobora la necesidad de priorizar medidas y estrategias que aseguren la atención de esta población. En cuanto al índice de Envejecimiento comparado por departamentos entre el sector urbano y el sector rural, Caldas concentra un gran porcentaje de esta población, superando el promedio nacional y el resto de departamentos a nivel urbano (gráfico 6). Pese a que los datos son del 2005, la tendencia se sigue presentando en la actualidad.

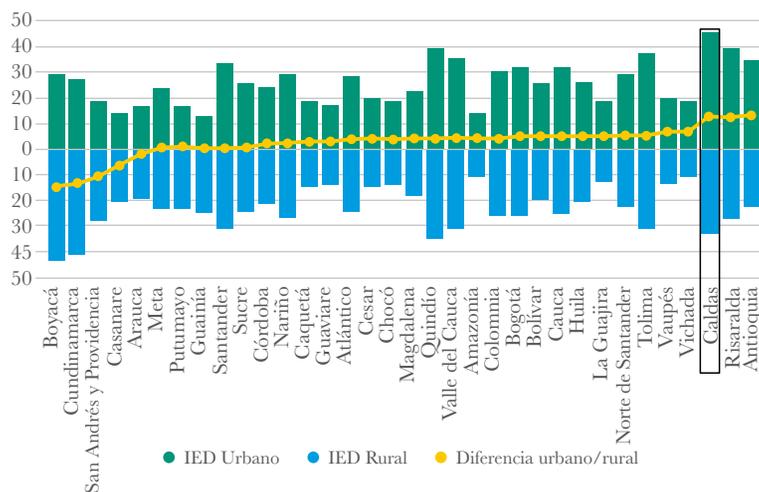


Gráfico 6. Índice de Envejecimiento urbano-rural por departamentos (Colombia, 2005)

Fuente: Ruiz, Sánchez & Ferrand (2013).

Según datos del DANE la proyección de la población del departamento para 2013 es de 984.115 habitantes y en la distribución de la población según rangos de edad (gráfico 7) se demuestra cómo la dinámica demográfica ha deformado la conformación de la sociedad en forma de pirámide, como efecto de la disminución demográfica de la población menor de 15 años (DANE, 2010).

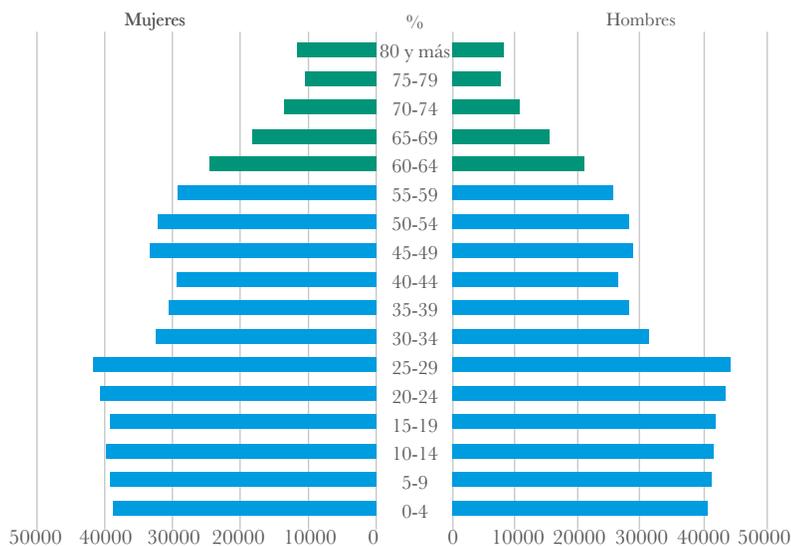


Gráfico 7. Distribución Poblacional de Caldas (2013)

Fuente: elaboración propia, datos tomados de DANE (2014).

En el contexto local, el municipio de Manizales está ubicado en la cordillera central colombiana, hace parte del triángulo del café y cuenta con una posición estratégica a nivel geográfico. Manizales junto con los municipios de Neira, Villamaría, Palestina y Chinchiná, conforman la subregión Centro-Sur de Caldas, en donde se concentra más de la mitad de la población del departamento y cerca del 70 % de su

actividad económica. Administrativamente, la zona urbana se compone de barrios, que se agrupan a su vez en comunas¹, mientras el área rural de Manizales se divide en corregimientos² y veredas (gráfico 8).

La vocación de la ciudad ha variado en los últimos años, pues desde principios del siglo XX se perfiló como una ciudad de orientación comercial que apalancó el crecimiento urbano, lo cual se vio interrumpido por su rugosa geografía (Giraldo, 2013). Luego logró desarrollar un núcleo industrial que hasta la fecha persiste y con tendencias de convertirse en una ciudad de tecnologías de la información y servicios tercerizados. Para la tercerización la apuesta actual son los proyectos BPO (*Business Process Outsourcing*), servicios en procesos de conocimiento KPO (*Knowledge Process Outsourcing*), los cuales incluyen investigación, desarrollo e innovación, ingeniería de procesos, telemedicina y desarrollo de software, además de los ITO (*Information Technology Outsourcing*) los cuales se orientan hacia la oferta de plataformas tecnológicas como educación virtual o *e-learning*. Ejemplo de ello son el centro de bioinformática, el centro de creatividad y la innovación, CityTech en la zona franca y 785 empresas TIC registradas en Manizales, además de toda la oferta educativa universitaria a través de la denominada apuesta “Manizales Ciudad Universitaria” (Revista Semana, 2013).

1. Las comunas que integran a Manizales son once: Atardeceres, Ciudadela del Norte, Cumanday, Ecoturismo Cerro de Oro, Estación, La Fuente, La Macarena, Palogrande, San José, Tesorito, Universitaria.

2. Los Corregimientos son siete: Colombia, Corredor Agroturístico, Cristalina, El Manantial, El remanso, Panorama, Río Blanco.

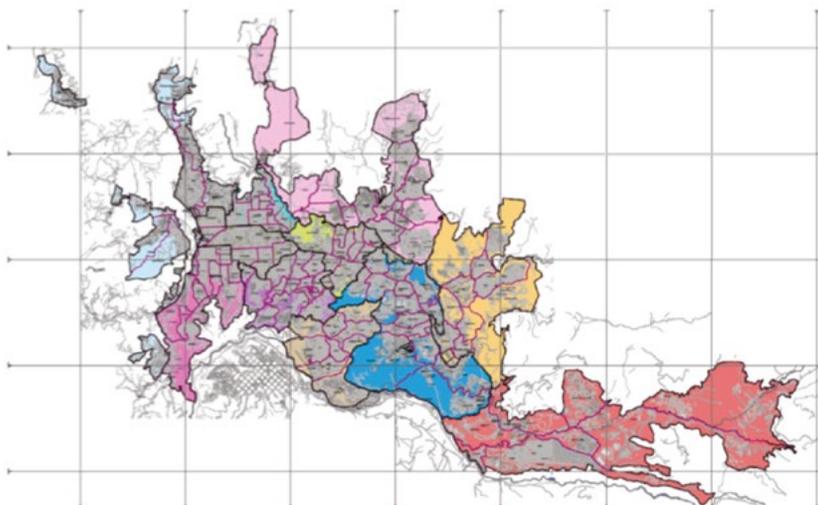


Gráfico 8. División Político Administrativa de Manizales

Fuente: adaptación de Alcaldía de Manizales. Secretaría de Planeación (2014).

Manizales se caracteriza además por ser un centro receptor de migrantes que provienen tanto de la zona rural como también de diferentes regiones del país, quienes llegan atraídos por la oferta de educación superior; sin embargo, un gran número de personas cuyas edades oscilan entre los 29 y los 45 años (edad económicamente activa) salen de la ciudad principalmente en busca de ofertas laborales.

Tal como se evidenció anteriormente, Caldas representa un alto índice de población Adulta Mayor, a su vez Manizales se ha convertido en una de las ciudades que se perfilan como destino predilecto para el retorno de personas que han finalizado su ciclo laboral y que dadas las condiciones de calidad de vida de la ciudad esta población de Adultos Mayores la consideran como el lugar apropiado para continuar con su proyecto de vida. Ya para las proyecciones demográficas de 2015 (gráfico 9) Manizales presenta una disminución considerable de la población más joven y un ensanchamiento en la parte superior.

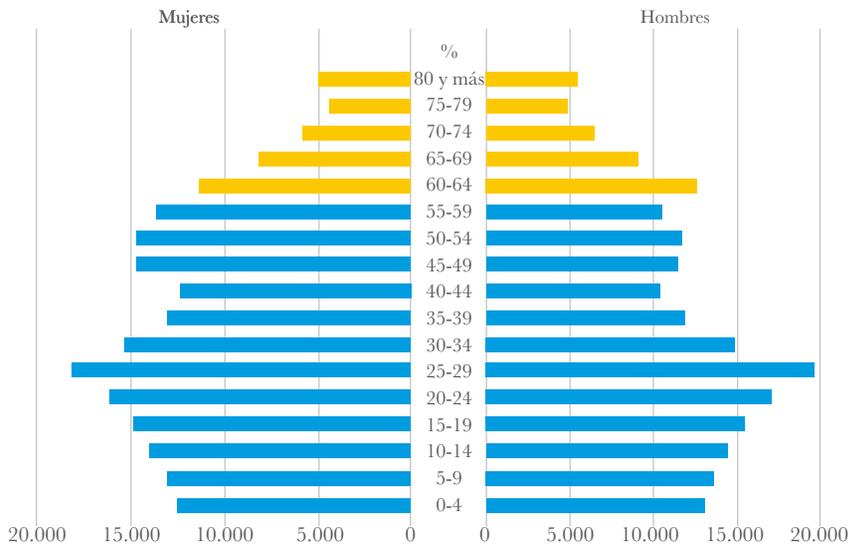


Gráfico 9. Distribución Población Manizales - Proyección 2015

Fuente: proyecciones por grupo de edad 2015, DANE (2010).

En la investigación que sustenta este libro, se identificó a la población mayor de 60 años y su distribución dentro de las 11 comunas de la ciudad y el entorno rural, para la recolección de información primaria (como se presentará en el marco metodológico), puesto que se prevé que cada comuna puede reflejar características particulares y necesidades divergentes. En el gráfico 10, se presenta la distribución por comunas del total de la población que supera los 60 años (53.359 personas). Las comunas que presentan mayor población de Adulto Mayor son aquellas que presentan mayor extensión territorial y mayor densidad de población.

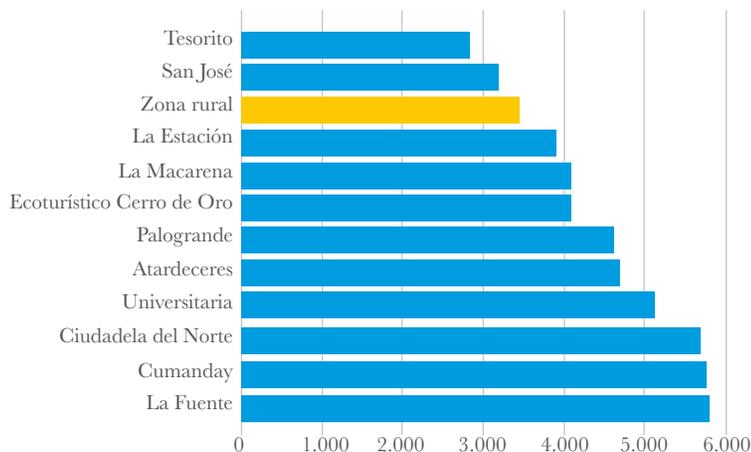


Gráfico 10. Población Adulta Mayor por Comunas (Manizales, 2015)

Fuente: proyecciones por grupo de edad 2015, DANE (2010).

Es así como se observan en Manizales características de una ciudad que envejece en forma progresiva, y que comparada con otras ciudades del país, tiene una tendencia a que en tiempos futuros concentre mayor cantidad de personas Adultas Mayores, situación que se presenta de manera similar en todas las agrupaciones y clasificaciones socio-económicas. Esto implica que *la ciudad debe prepararse positivamente para la atención y oferta de programas que den respuesta a las demandas, intereses y necesidades de este grupo poblacional*, por lo que es indispensable identificar los problemas particulares de este grupo, con el fin de generar acciones más efectivas para favorecer un proceso de Envejecimiento activo, saludable y participativo, en el que *se proporcionen condiciones para el gozo efectivo de derechos y calidad de vida*.

El Envejecimiento y la Vejez en las Políticas Públicas

Si bien la Vejez ha sido representada de diversas formas en la historia de la humanidad, el estudio riguroso y sistemático de la misma inicia en el siglo XX. En 1939, con la reunión de 24 científicos y médicos, se crea el Club para la Investigación en Envejecimiento, luego en 1945 se formaliza *The Gerontological Society of America GSA* y en 1950 *International Association of Gerontology Societies*, hoy conocida como *International Association of Gerontology and Geriatrics IAGG* (The Gerontological Society of America, 2016). Estas iniciativas recogen esfuerzos y desarrollos previos, consolidando de este modo la disciplina de la gerontología, dentro de la cual se van a discutir e investigar los grandes temas del Envejecimiento y la Vejez, muchos de los cuales estarán en la base de las discusiones sobre lo que debería hacer el gobierno ante las crecientes problemáticas relacionadas con el tema.

Aunque es difícil determinar el punto exacto de inicio de las preocupaciones políticas por el tema de la Vejez, se resaltan dos perspectivas explicativas, una relacionada a las condiciones materiales y otra con lo que representan los imaginarios sociales. La primera considera que las políticas en torno a la Vejez surgen por las dificultades económicas que planteaba el sostenimiento de los sistemas de protección social y pensionales, así como por la posibilidad de mayor escasez de fuerza laboral. Para la segunda, las preocupaciones políticas surgen por el “aumento de la consciencia social respecto a las realidades del Envejecimiento y el reconocimiento creciente de que tenemos la responsabilidad de -hacerlo bien- para las futuras generaciones de Adultos Mayores” (Wait, 2011).

En definitiva, las dos perspectivas dan cuenta de realidades que se presentan paralelamente en el ámbito mundial contemporáneo, y que están en el centro de las discusiones sobre cómo enfrentar el Envejecimiento. En cierto sentido, confrontan las perspectivas económicas, basadas en la eficiencia y la disponibilidad de mano de

obra, con aquellas perspectivas sociales basadas en la prevalencia de los derechos de la población adulta.

Las políticas sobre Vejez en Estados Unidos

Skocpol (1992) evidenció que la política social estadounidense tiene antecedentes más antiguos de lo que se pensaba respecto a los países europeos y amplió el horizonte sobre las intervenciones públicas en materia de población Adulta Mayor, retrotrayéndose hasta la Guerra Civil (1861-1865) o, mejor, a las medidas tomadas por el gobierno federal y los estados para proteger a los discapacitados y los ancianos con sus familias, que consistían básicamente en subsidios.

Si bien este antecedente es claro, no tiene en cuenta la continuidad de las medidas que se tomaron durante el gobierno de Roosevelt después de la Gran Depresión, dando inicio al segundo período (1930-1990) de los tres que Torres (1991) propone para entender la evolución de las concepciones y las políticas sobre el problema de la Vejez. El primero, antes de 1930, es caracterizado como un período donde el tema es un asunto individual, familiar, de la iglesia, o cuando más, de incumbencia de la comunidad local. En el segundo, el período moderno, el tema pasa de ser un asunto familiar o de caridad a ser un asunto público de incumbencia estatal permanente, jalonado por el naciente activismo sobre la Vejez durante los años de 1920 e inicios de 1930, que terminaría influyendo en la aún determinante *Social Security Act* de 1935 (Sugar, Riekse, Holstege, & Faber, 2013).

Esta revolución para la sociedad y el gobierno se expresa en tres nuevos factores determinantes del quehacer sobre la Vejez: nuevas demandas generacionales, diversidad dentro de la población Adulto Mayor, y aumento de la longevidad. Este es el marco en el que se mueven los retos actuales de la sociedad y el gobierno respecto a la Vejez.

La preocupación mundial por la Vejez: ONU y las Asambleas Mundiales

Concretamente, los principales antecedentes desde el punto de vista de la inclusión de la problemática de la Vejez en la agenda política global y posteriormente en la agenda gubernamental de muchos países, especialmente los desarrollados, se remonta a la *Resolución 217 A*, en la que se aprueba la Declaración de los Derechos de la Vejez y se promueve la iniciativa de realizar, en agosto de 1982, la *Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento* en la ciudad de Viena (ONU, 1948).

La Asamblea giró alrededor del interés de generar estrategias de reacción ante las consecuencias socioeconómicas del Envejecimiento de las poblaciones y las necesidades especiales de las personas mayores. Para ese entonces ya se evidenciaba un importante cambio demográfico y poblacional, la prevalencia en algunas regiones del mundo y sobre todo las tendencias que ya eran evidentes tanto para países desarrollados como en vía de desarrollo. Adicionalmente, surgen recomendaciones en términos de Política Pública para la atención en materia de salud, nutrición, protección, vivienda, medio ambiente, familia, bienestar social, ingresos, educación y empleo, y se adopta el *Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento*, el cual se convertiría en el motor y la inspiración de la primera oleada de Políticas Públicas sobre la Vejez.

Este plan incluyó recomendaciones para la acción y para la ejecución sobre siete esferas de preocupación en materia de Adulto Mayor, temas aún relevantes en el diseño de Políticas Públicas: salud y nutrición, protección de los consumidores ancianos, vivienda y medio ambiente, familia, bienestar social, seguridad de ingreso y empleo, y educación.

Posteriormente, en 1991, antes de cumplir los 10 años del plan mencionado, la ONU sacaría su resolución de principios para las personas mayores, basada en el Plan de 1982 y se dictaminan los

Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad: independencia, participación, cuidados, dignidad, autorrealización, lo que dio paso en 1999 a la celebración del *Año Internacional de las Personas de Edad*, con el lema “una sociedad para todas las edades”. La idea era crear conciencia mundial sobre el tema e impulsar la transversalidad de los temas definidos en el plan de 1982 en otras políticas nacionales como las de educación, rurales, de pobreza, género, entre otras, además de hacer un llamado a los gobiernos para que los principios se incorporen en sus programas nacionales.

El momento cumbre impulsor del tema de la Vejez en las agendas gubernamentales de la mayoría de los países del mundo fue la *Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento*, llevada a cabo en Madrid, España, en 2002. De allí saldría el famoso MIPPA, siglas en inglés del *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento*, cuyas recomendaciones se agrupan en tres grandes direcciones prioritarias: a) Vejez y desarrollo, b) fomento de la salud y el bienestar en la Vejez y c) creación de un entorno propicio y favorable para los Adultos Mayores. Para Wait (2011) este “fue el primer acuerdo internacional en subrayar el rol de los Adultos Mayores como aportantes positivos a la sociedad”.

Para los fines de este recuento es importante mencionar que de esta segunda Asamblea salió una declaración política, en la cual los 160 Estados asistentes se comprometieron a adoptar medidas en los tres ámbitos priorizados. Un ejemplo relevante de los compromisos adquiridos en la Declaración (ONU, 2003):

Nos comprometemos a llevar a cabo la tarea de incorporar eficazmente el Envejecimiento en las estrategias, políticas y acciones socioeconómicas, teniendo presente que las políticas concretas variarán en función de las condiciones de cada país. Reconocemos que la perspectiva de género debe incorporarse en todas las políticas y programas para que se tengan en cuenta las necesidades y experiencias tanto de las mujeres como de los hombres de edad. (Art. 8).

Las medidas y recomendaciones de Política Pública han ido incorporando una gran variedad de objetivos, que por temas de espacio aquí no se mencionan, pero que son la base de la mayoría de Políticas Públicas sobre Envejecimiento y Vejez en el mundo. Colombia no es la excepción, siguiendo la estrategia regional para Latinoamérica del MIPPA se introduce con mayor fuerza el tema en el país.

En Latinoamérica, desde el 2002, se ha venido profundizado el proceso de formulación de políticas sobre Envejecimiento y Vejez, en el mismo sentido se han aumentado los mecanismos de seguimiento y confirmación de los avances del MIPPA en la región. Dos eventos regionales importantes: en el 2003 la *Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Hacia una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y El Caribe*, en la que participó la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), la Organización Panamericana de la Salud –OPS–, el Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA–, el Programa de Envejecimiento de las Naciones Unidas, el Banco Interamericano de Desarrollo –BID–, la Organización Internacional del Trabajo –OIT–, y el Banco Mundial.

La Conferencia tomó como punto de partida el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento, y estuvo dirigida a garantizar la protección de los derechos humanos de las personas mayores, así como la promoción de condiciones de seguridad económica y participación social y de educación, como garantes de la satisfacción de las necesidades básicas de los Adultos Mayores y su inclusión en la sociedad.

Luego en el 2007 se lleva a cabo la *Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe*, de la cual salió la Declaración de Brasilia, en la que se reconoce que los países de la región presentan un Envejecimiento heterogéneo, como respuesta a las estrategias de los Estados y a sus cambios demográficos. Además, refuerza la necesidad de no decaer en la tarea de promover y proteger los derechos humanos y las libertades de los ancianos, erradicando la discriminación y la violencia, y creando redes de protección efectivas en materia de derechos. Ese mismo año en Colombia se formuló y promulgó

la *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez en Colombia* de acuerdo a la ley 1151 “por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010”.

En el año 2009 se reúne de nuevo la CEPAL, y plantea cómo desde la década de los 90 se percibe un cambio de paradigma para abordar el Envejecimiento y la situación del Adulto Mayor, enfocándolo desde la perspectiva de los derechos humanos, la cual retoma aspectos éticos y normativos por considerar a éste grupo poblacional como población vulnerable. En el año 2011 se publica el informe de seguimiento a la declaración de Brasilia con avance en cuatro áreas: 1. Visibilidad de derechos de los Adultos Mayores, a nivel regional, nacional e internacional; 2. Inclusión y fortalecimiento de servicios sociales como parte de la agenda pública; 3. Desarrollo de institucionalidad pública en el ámbito sociodemográfico; y 4. Contribución regional para la evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento.

La Tercera *Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y El Caribe* se realizó en el año 2012 en San José de Costa Rica, con el fin de identificar las acciones claves relacionadas con la protección social de los derechos humanos (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales), para garantizar las condiciones de calidad de vida y dignidad de los Adultos Mayores. De este modo, se visualiza cómo se ha ido avanzando mundial y regionalmente en la formulación de estrategias, objetivos y principios en favor de los Adultos Mayores, cuyos propósitos develan la necesidad de continuar estudiando e incorporando el tema en las agendas públicas y/o en los espacios de decisión gubernamental.

La perspectiva Colombiana

Colombia estuvo entre los firmantes de la *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Madrid*, y casi que terminada la Asamblea se embarcó desde 2003 en el proceso de formulación de

una política nacional, construida participativamente para dar cuenta del Envejecimiento y la Vejez, proceso que culminó en 2007 con su promulgación y puesta en marcha.

El país ya había tenido algunos antecedentes sobre el tema, incluso antes de la Constitución de 1991, por ejemplo, la Ley 29 de 1975 que creó un fondo nacional para la ancianidad desprotegida (60 años) y la creación de la Consejería Presidencial para la tercera edad por Belisario Betancur y la formulación por el Ministerio de Salud de “el Plan Nacional de atención integral a la tercera edad en Colombia, 1986-1990”, dirigido a la población mayor de 55 años. Dicho plan promulgaba el hecho que envejecer fuera un proceso donde se subrayara la interdependencia y asegurara la participación de las personas mayores en la sociedad, con el mejor y mayor alcance posible, considerando al anciano como ser humano, y por tanto, merecedor de dignidad y respeto (ICBF, 2015). En 1991 en la nueva Constitución se incluyó el artículo 46 que estableció que:

El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia (Registraduría Nacional del Estado Civil, 2014, p. 8).

En general, en la Constitución se da interpretación especial al Adulto Mayor respecto a los derechos fundamentales, tal como se presenta en: Artículo 11. *Derecho a la vida*, rescata la facultad de conservación y disfrute del restante período vital, el cual debe tener prioridad en su ejercicio y mayor seguridad y defensa en su existencia; Artículos 24, 26, 28, 38: *Derecho a la libertad*, reconoce que aunque sea necesaria la ayuda y apoyo de otras personas, esto no elimina su autonomía e independencia; Artículo 49: Derecho a la salud; Artículo 13, *Derecho a la igualdad*, esclarece que las personas mayores gozan de la igualdad general, aunque la ley pueda consagrarles distinciones

(discriminaciones positivas); Artículos 25 y 53, *Derecho al trabajo*, es un derecho que se adecúa a condiciones personales porque exonera al mayor de 45 años de la imposición de trabajos forzosos; entre otros. (Registraduría Nacional del Estado Civil, 2014).

Para 1995 se elabora el *CONPES 2793 sobre Envejecimiento y Vejez* (DNP, 2014), en el que se presentan los lineamientos para la atención de los ancianos y se dan los parámetros para la formulación de la ya mencionada política nacional: “A pesar de que este documento se constituyó en un gran avance, no logró articular a los distintos actores sociales en un plan de acción que pusiera en práctica los lineamientos propuestos y adecuara normativa e institucionalmente al país” (MinSalud, 2014, p. 6). No obstante, hay que resaltar que gracias al CONPES, el tema entró en muchos planes de desarrollo a nivel departamental y municipal.

En 2006 la Universidad Javeriana elaboró el documento *Envejecer en Colombia: aportes para una Política en Vejez y Envejecimiento*, en el que se identificaron algunos escenarios de Políticas Públicas. El mismo año, por solicitud del Ministerio de Protección Social, se vincula al proceso de formulación de la política la Fundación Saldarriaga Concha, en el cual hace una actualización del diagnóstico sobre los viejos en Colombia. Allí se establece el marco nacional, las diferencias regionales sobre la situación de las personas mayores en Colombia y plantea los aspectos estructurales que debería contener la política (Fundación Saldarriaga Concha, 2014).

Para el 2015, esta misma fundación y Fedesarrollo (Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo) elaboran el informe denominado *Misión Colombia Envejece*, en el cual se presentan cifras, retos y recomendaciones alrededor del Envejecimiento y la Vejez en el país. Sobresale en el informe, un análisis especial en relación a los adultos víctimas de conflicto armado en Colombia (680.000 actuales y próximos a la tercera edad 2.1 millones), lo que impone un reto aún mayor en materia no solo de Política Pública, sino de reparación integral y construcción de paz.

Es así como se puede evidenciar que existen diversos documentos base sobre los cuales subyace cualquier intención de Política Pública sobre Envejecimiento y Vejez; es por esto que, se debe hacer una especial mención a las políticas nacionales propiamente dichas, no sin antes revisar el Plan Decenal de Salud Pública que será el marco de actuación de cualquier política relacionada con la población humana.

Plan decenal de Salud Pública 2012-2021

Dentro de la perspectiva colombiana es importante revisar el plan decenal de Salud, teniendo en cuenta, como se ha venido planteando, que el marco de una apuesta de Política Pública para un grupo poblacional deberá ser la Salud. Éste plan decenal presenta un enfoque centrado en orientaciones como los derechos humanos, diferencial, el ciclo de vida, el género, étnico y poblacional, cuyo modelo se enmarca en las determinantes sociales de la salud (MinSalud, 2013). Desde los derechos se hace un énfasis en el derecho a la salud y plantea entre el involucramiento de la ética de la función pública, la ética del autocuidado y la equidad.

Desde el enfoque diferencial se hace énfasis en distinguir las diversidades propias de los sujetos y colectivos, que generan desigualdades injustas. Desde el enfoque del ciclo de vida, parte por el reconocimiento de las experiencias acumulativas a lo largo de la vida, por lo que sugiere intervenciones en períodos vitales. Desde el enfoque de género no solo se refiere a las relaciones y desigualdades entre hombres y mujeres, sino también a las desigualdades intra-género. En el enfoque étnico se busca la promoción de los derechos colectivos de las etnias, y en el enfoque poblacional propone enfatizar en las dinámicas socioeconómicas, educativas y ambientales.

Desde el modelo de las determinantes sociales de la salud, el plan indica que son “todas aquellas situaciones, condiciones o circunstancias

sociales que hacen parte del bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas” (MinSalud, 2013, p. 21).

Los objetivos estratégicos planteados son: 1. Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, 2. Mejorar las condiciones de vida u salud de los habitantes y 3. Mantener cero tolerancias con la mortalidad y la discapacidad evitables. Para ello el abordaje del plan presenta dos dimensiones transversales: gestión diferencial de población vulnerable y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud. Además, presenta ocho dimensiones prioritarias: salud ambiental; sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; seguridad alimentaria y nutricional; convivencia social y salud mental; vida saludable y enfermedades transmisibles; vida saludable y condiciones no transmisibles; salud pública en emergencias y desastres; salud en el entorno laboral.

De este modo, se puede decir que, desde el Plan Decenal de Salud, Colombia tiene un amplio espectro de actuación que favorece la atención a grupos vulnerables, el cual debe abordarse dentro de las Políticas Públicas de éste tipo; en relación al abordaje directo para el Envejecimiento y la Vejez, será crucial el entendimiento del ciclo o curso de vida, la gestión diferencial de población vulnerable y las tres líneas operativas en el plan definidas: promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública.

La política colombiana de Envejecimiento y Vejez 2007-2019

Como se evidenció en los párrafos anteriores, tres elementos contribuyeron a que hoy Colombia tenga su política de Envejecimiento y Vejez. Por una parte, las dinámicas internacionales sobre el tema retomadas por la ONU, en segundo lugar, la participación del gobierno colombiano en esos escenarios internacionales y su coherencia con los compromisos adquiridos, y por último la participación de la academia y expertos en las discusiones de la política para el país.

El marco de la política es la Atención Primaria en Salud –APS–, la cual es una estrategia nacional que propende por fomentar entornos saludables y garantizar mejor atención en salud desde todos los niveles, incluyendo además la importancia de garantizar la formación del capital humano (MinSalud, 2014). En esta política nacional se recogieron las preocupaciones internacionales sobre Envejecimiento y Vejez y se contextualizaron a la realidad colombiana. Conceptualmente se sustentó en cuatro pilares: 1- El Envejecimiento individual en relación con el Envejecimiento demográfico; 2- los derechos humanos; 3- el Envejecimiento activo; y 4- la protección social integral. Sobre esta base se estructuraron los ejes, líneas estratégicas, líneas de acción y metas. La política, si bien se dirigió a toda la población, aclaró que tiene un énfasis en la población vulnerable.

Los cuatro ejes de la política fueron: 1- Promoción y Garantía de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2- Protección Social Integral, 3- Envejecimiento Activo, y 4- Formación del Talento Humano e Investigación, que recogen muchos de los temas y medidas del MIPPA, con cierto énfasis en los Derechos Humanos y la formación e investigación. Siendo justos, la política es mucho más amplia que el documento denominado por el Ministerio como tal, puesto que hay un amplio marco normativo que toca las problemáticas del Envejecimiento y la Vejez, y regula el quehacer público dentro de las mismas. Por mencionar algunos ejemplos, después de la Constitución de 1991, y antes de la política del 2007, es posible mencionar la Ley 100 de 1993 que tiene que ver con el sistema de seguridad social, la Ley 271 de 1996 o la Ley 1091 de 2006, que crea la tarjeta Colombiano de Oro y establece el 24 de noviembre como el día del Colombiano de Oro.

Después de 2007 ha venido en aumento la legislación sobre el tema, donde destacan normas como la Ley 1251 de Noviembre de 2008, que dicta normas tendientes a procurar la protección, la promoción y defensa de los Adultos Mayores, la Ley 1276 de enero de 2009 que modifica la Ley 687 de 15 de agosto de 2001 y establece nuevos criterios de atención integral del Adulto Mayor en los centros vida; la Ley 1315

de 2009 que establece condiciones mínimas para dignificar la estadia de los Adultos Mayores en los centros de protección, centros día e instituciones de atención.

De igual forma, en materia de agenda nacional, es importante mencionar el Plan de Desarrollo del primer mandato del Presidente Juan Manuel Santos (2010-2014), que hace transversal el tema del Envejecimiento y declara que es necesario:

Desarrollar una política para lograr un Envejecimiento sano y una Vejez activa, que deberá considerar los cambios y retos demográficos de la sociedad y estrategias que permitan articular y coordinar acciones intersectoriales, con apropiación de la misma en los ámbitos sociales, económicos y culturales (DNP, 2010, p. 380)

La política colombiana de Envejecimiento humano y Vejez 2014-2024

En el año 2015 se elabora una propuesta de actualización de la política colombiana de Envejecimiento y Vejez, para lo cual se adopta el término humano. A la fecha el documento se encuentra en un segundo borrador y plantea los mismos cuatro ejes, aumentando el énfasis no solo sobre Envejecimiento activo, sino satisfactorio y saludable, además de precisar las líneas de acción y redefinir las metas. Se menciona allí que la principal problemática en el país alrededor de los Adultos Mayores, se debe a las desigualdades sociales, en términos de ingresos económicos, seguridad social en pensiones, educación y género (MEN, 2016) y plantea dos objetivos centrales:

Propiciar que las personas adultas mayores de hoy y del futuro alcancen una Vejez autónoma, digna e integrada, dentro del marco de la promoción, realización y restitución de los derechos humanos con base en la incidencia activa, a nivel intersectorial y territorial,

público y privado, sobre las condiciones de desarrollo social, político, económico y cultural de los individuos, las familias y la sociedad (...) Crear condiciones para el Envejecimiento humano, entendido como el derecho de las y los colombianos, en condiciones de igualdad, a una vida autónoma, digna, larga y saludable, consistente con el principio de corresponsabilidad individual, familiar y social. (p. 3).

Adicionalmente, el documento hace mención de la apuesta nacional de la formulación de una Política Integral de Derechos Humanos 2014-2034 y en la negociación de una convención interamericana de derechos humanos de las personas adultas mayores bajo el liderazgo de la Organización de Estados Americanos.

Para el Ministerio de Salud, “la actualización de la política se plantea desde argumentos éticos, normativos y políticos” (MEN, 2016, p. 1), los cuales sintetizan en: *1. las transformaciones de los colectivos humanos*: el índice de Envejecimiento colombiano ascendió al 41,47% en el 2015; *2. cambios en el contexto político y administrativo*: la dirección general de Promoción Social se transforma en Oficina del Despacho del Ministro de Salud y Protección Social, con otros temas como discapacidad, familia y habitantes de la calle; *3. avances en el sistema de conocimiento*: referencias conceptuales acerca de desigualdades en la Vejez, la vinculación de la perspectiva de Derechos Humanos y Curso de Vida Humano, distinción entre dependencia funcional y discapacidad y la organización social del cuidado; *4. clarificación de relación entre formulación e implementación*: entre el 2008 y el 2013 solo 14 entidades adoptaron la política; *5. optimización de alcances temporales de metas de la política*: sincronización de alcances temporales a corto, mediano y largo plazo, con un horizonte de 10 años; *6. definición de un catálogo de indicadores para el monitoreo y evaluación de la política*: catálogo básico de variables e indicadores comparables internacionalmente a través de un Observatorio Colombiano de Envejecimiento Humano y Vejez.

Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 ***“Todos por un nuevo país”***

Para el segundo mandado el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país: paz, equidad y educación”, se plantea nuevamente la necesidad de atender integralmente en salud al Adulto Mayor y promover el Envejecimiento activo y mentalmente saludable, además de la creación del Sistema Integral de Protección a la Vejez y el fomento a la cultura del ahorro para la Vejez (DNP, 2016). Puntualmente, la revisión de este documento permitió identificar seis objetivos relacionados con el Adulto Mayor:

1. *Promover el uso de los beneficios económicos periódicos BEPS:* a través del ministerio de trabajo en coordinación con Colpensiones para fomentar la cultura del ahorro.
2. *Aumentar la cobertura y el portafolio de servicios de atención al Adulto Mayor desprotegido:* A través del programa Colombia Mayor y otros servicios de alimentación y cuidado.
3. *Generar hábitos de vida saludable y mitigar la pérdida de años de vida saludable por condiciones no transmisibles:* La intervención poblacional a través de la modificación de contextos y generación de espacios, bienes y servicios para generar una cultura que protege la salud. Sobresale en este objetivo la apuesta por la identificación de condiciones de riesgo para planear las intervenciones y garantizar la atención integral con enfoque de curso de vida y Envejecimiento activo.
4. *Atender integralmente en salud al Adulto Mayor y promover el Envejecimiento activo y mentalmente saludable:* atención integral en materia de salud física, mental, psicosocial y espiritual de los Adultos Mayores.
5. *Promover la protección a los ingresos en la Vejez.* Desarrollar una estrategia para reducir los tiempos y para resolver con calidad los reconocimientos de pensiones, en particular en el régimen de prima media.

6. *Fortalecer la capacidad institucional para el diseño y seguimiento de la política pensional y promover ajustes en el régimen.* Sustentar un sistema integral de protección a la Vejez en Colombia, entre el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Esta revisión permite develar las valiosas intenciones que pretende el gobierno nacional en relación al Adulto Mayor y aunque se siguen observando medidas un tanto asistencialistas (como el aumento de los subsidios), también hay una clara intención en incidir sobre la cultura del Envejecimiento activo y las condiciones institucionales que soportan los procesos (sistema pensional y sistema de salud).

Políticas locales de Envejecimiento en Colombia

Políticas Públicas a nivel local sobre Envejecimiento y Vejez se vienen formulando principalmente después de la promulgación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007 – 2019 (Minsalud, 2007), el mayor número se ha elaborado en el período de gobiernos locales que comprende 2012-2015. Si bien la política nacional asigna importantes responsabilidades a los entes territoriales, fue posteriormente que estos se vieron obligados a formular sus propias políticas que, en lo posible, se enmarquen en la nacional.

Para este documento se revisaron políticas de diferentes ciudades capitales y de municipios, entre ellas la de Bogotá, que se formuló a través de un amplio proceso participativo; la de Medellín, que hace cierto énfasis en la cultura del Envejecimiento y propone como áreas la salud y nutrición, educación y formación, empleabilidad, infraestructura y transporte, atención y acompañamiento, recreación, cultura y deporte; la de Popayán, que mantiene los mismos cuatro ejes de la política nacional; y la de Duitama (Boyacá), que se formuló teniendo en cuenta el concepto de corresponsabilidad en la familia, la comunidad y el Estado.

En resumen, las políticas revisadas presentan un panorama de alineación a la política nacional, como se supone debe ser, presentando

algunas diferencias de acuerdo a la visión local o las necesidades específicas de la población y solo en la de Bogotá se logró acceder al estudio de base que sustenta la definición de la política.

La perspectiva Departamental y Municipal

A nivel departamental, se ha iniciado un proceso de adopción de la Política Nacional de Vejez y Envejecimiento. Caldas elaboró y presentó una propuesta denominada *“Promoción e implementación de la Política Pública para la atención integral a personas mayores en el Departamento de Caldas”*, un producto derivado fue la elaboración en 2012 de un documento llamado *“Diagnóstico institucional, de bienes y servicios para la Atención a las personas mayores en el departamento de Caldas”*, que:

Permite conocer la situación actual de los programas, instituciones, bienes y servicios existentes para la atención a los Adultos Mayores en nuestra región, el cual, a su vez, se convierte en línea base para posteriormente hacer seguimiento y evidenciar los avances que se logren mediante la implementación de la Política de Envejecimiento y Vejez (DTSC, 2012, p. 3).

El municipio de Manizales, contempla dentro del Plan de Desarrollo Municipal “Gobierno en la Calle 2012 – 2015” que:

Manizales ha reducido su crecimiento poblacional y se viene aumentando la población de la tercera edad, lo que aumenta el índice de dependencia económica. Mientras que en los años cincuenta y principios de los sesenta la población creció al 4%, en la actualidad crece por debajo del 1%, lo que merece especial atención es que mientras la población total crece al 0.4%, los adultos (45 y 59 años) lo hacen al 1% y los Adultos Mayores al 3.3% (Alcaldía de Manizales, 2012, p.14).

Razón por la cual el municipio propone desarrollar las acciones pertinentes para formular con base en políticas nacionales: Política Pública de Infancia y Adolescencia, Política Pública de Discapacidad, Política Ambiental, Política de Seguridad y Convivencia Ciudadana, dentro de las cuales se destaca la Política Pública del Adulto Mayor.

El municipio, a través de la Secretaría de Desarrollo Social de la Alcaldía de Manizales, desarrolla el subprograma de Participación e Integración Social de la Población Mayor para un ejercicio efectivo del Municipio, éste involucra tres proyectos: 1. Formación en aspectos lúdico recreativos para Adultos Mayores (Centro Día); 2. Atención integral al Adulto Mayor; y 3. Implementación programa centro vida. Además, se vincula a la población de Adultos Mayores a programas como:

- a. **Programa Colombia Mayor (Subsidio en dinero por valor de \$75.000³)**. El programa es financiado por el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Trabajo y Hacienda, con los recursos de la subcuenta de subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, administrados por el Consorcio Colombia Mayor. El objetivo es proteger al Adulto Mayor que se encuentra en estado de indigencia o de extrema pobreza, que vive solo o que no está en condiciones socio-económicas suficientes para subsidiar su sostenimiento y evitar así la exclusión social de la que es objeto.
- b. **Programa Centros Día**. Es una estrategia que se caracteriza por brindar Asistencia Integral Diurna y Gerontológica. El Centro Día se estructura sobre procesos que incentivan la creatividad, actitudes que fortalecen su imagen y procesos de integración con los grupos de pares, familiares y/o comunitarios, donde el objetivo es mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores, a través de procesos educativos, preventivos y formativos en áreas

3. *Este valor corresponde aproximadamente al 10% de un Salario Mínimo Mensual Legal Vigente- SMMLV*

humanas, sociales, artísticas, culturales, ambientales, recreativas, de participación comunitaria y de salud ocupacional.

- c. **Atención Integral al Adulto Mayor.** Busca brindar asistencia integral gerontológica a los Adultos Mayores, en vivienda, alimentación, vestido, recreación y servicio funerario.
- d. **Implementación del Programa Centro Vida.** El programa inició a partir del 4 de julio de 2013, en el cual se contribuye a disminuir factores de riesgo, mediante servicios de alimentación, orientación psicosocial, actividades físicas, recreativas, culturales y manuales. El Programa contempla los siguientes componentes: 1. Nutrición; 2. Física – recreativa y cultural; 3. Orientación psicosocial; 4. Actividades de crecimiento personal; 5. Relaciones sociales; 6. Asesorías familiares; 7. Promoción de la salud; y 8. Promoción de redes interinstitucionales: que propendan por el apoyo permanente de los Adultos Mayores.

Consideraciones del contexto

Las diferentes proyecciones realizadas a nivel mundial, plantean como entre los años 1950 y 2025, la población anciana del mundo habrá aumentado de 200 millones a 1200 millones, es decir, del 8 al 14% del total de la población mundial (ONU, 2014). Los cambios demográficos de las poblaciones, así como sus tendencias de crecimiento hacia los próximos años, evidencian la necesidad de implementar políticas, planes y programas de intervención para la población Adulta Mayor de 60 años, y es en éste sentido que resulta trascendente garantizar que el proceso de Envejecimiento de la población se genere en condiciones en las que, por un lado, sea el mismo anciano el responsable de su propio proceso, pero también que se tenga una directriz clara por parte del Estado y los gobiernos sobre este importante tema. Lo anterior se sustenta a nivel mundial desde el marco de la Declaración Internacional de Derechos Humanos, y las diferentes Asambleas Mundiales realizadas, para

garantizar que los pueblos trabajen de manera ardua y comprometida alrededor de las problemáticas y características de la población Adulta Mayor.

Por su parte, el índice de Envejecimiento presenta como retos para Colombia mejorar la seguridad en los ingresos y las competencias de este grupo poblacional. En la Política de Envejecimiento Humano y Vejez 2014-2024 (antes Política Pública de Vejez y Envejecimiento 2007-2019), se establecen lineamientos claros para que los municipios y departamentos definan su propia ruta de trabajo por medio de acciones intersectoriales; para ello, será necesario que se tenga en cuenta la participación de diferentes actores, de manera que se pueda construir bajo una perspectiva particular, considerando las heterogeneidades culturales y económicas. La política a su vez resulta alineada con el modelo de determinantes sociales propuesto desde el plan decenal de salud 2012-2021, que plantea varios retos y enfoques para garantizar la salud de la población desde una visión holística.

En concordancia con lo anterior, se hace necesario articular al proceso de construcción colectiva (tratándose de Políticas Públicas), acciones e investigaciones soportadas y respaldadas por la academia, de manera que se fortalezca y se oriente la toma de decisiones. Es importante responder a las características de la comunidad, entender sus puntos de vista, sus necesidades, pero sobre todo generar alianzas y estrategias para construir y hacer seguimiento de manera articulada, a las iniciativas y decisiones en materia de Política Pública.

En este capítulo se abordan los aspectos teóricos de la investigación, tanto lo relativo a Envejecimiento y Vejez, como lo que tiene que ver con la formulación de Políticas Públicas. Inicialmente se tratan algunos conceptos y definiciones en torno al Envejecimiento y la Vejez, luego se hace un repaso de su evolución histórica, y de algunas perspectivas teóricas para su análisis. A continuación, se hace una aproximación a la gerontología, desde la perspectiva de su evolución y tendencias recientes. Y finalmente, se consideran algunos aspectos de la fundamentación teórica de las Políticas Públicas y cómo el Envejecimiento individual y demográfico, conforme al capítulo anterior, resulta siendo un problema público, objeto de análisis y de formulación de Política Pública.

Envejecimiento y Vejez

En este apartado se analiza el concepto de Vejez, el cual usualmente está asociado al concepto de Envejecimiento; para ello se hará primero un acercamiento a las raíces etimológicas de los términos, para luego entrar a analizar algunos de los paradigmas del fenómeno en la historia y sus principales perspectivas y definiciones para su estudio.

Entendiendo la evolución histórica de los conceptos

El concepto de Envejecimiento está asociado directamente al concepto de Vejez; según Corominas (1987), la palabra viejo empieza a ser registrada en textos a partir del año 1068 y proviene del latín *vetulus* que significa “de cierta edad”, “algo viejo”, “viejecito”, el cual sustituyó el *vetus* – viejo del latín vulgar en términos diminutivos. En el siglo XIV se empieza a registrar el término Vejez, en términos de *Vejote* y *Avejentar*, el cual fue migrando a términos como *vejarrón*, *vejarrón*, *vejenzuelo* y en el siglo XV al término *envejecer*, *envejecido* y *Envejecimiento*. La palabra *senilidad* se convierte en el término que describe las enfermedades de la Vejez a partir de lecturas médicas del Envejecimiento; del latín *senilis* o *senil*, que significa propio de la Vejez, y cuyos conceptos se asocian al Senado romano donde aquellos que tenían 60 años o más calificaban para ser parte de esta institución con un agregado altamente político.

De acuerdo a Iacub & Sabatini (2007), la palabra anciano proviene del antiguo proverbio romance *anzi* o antes, data de la primera mitad del siglo XIII y destaca la relación del sujeto con el tiempo. Por su parte la palabra Señor, proviene del latín *senior-oris* que significa “más viejo” y que análogamente con la palabra Vejez fue utilizado para hacer referencia a los viejos más respetables. Los términos de “tercera edad”, “Adulto Mayor”, “jubilado”, se empiezan a desarrollar por asociación con las políticas sociales del siglo XX, luego de la instauración de la jubilación universal en Francia, concretamente en la Universidad de la Tercera Edad- Toulouse en el año 1972 (Iacub & Sabatini, 2007). Esta política, traería entre otras consideraciones, el entendimiento sobre la utilización del tiempo libre en los adultos, quienes serían considerados personas “pasivas”, en relación a la vida laboral y la carencia de roles especiales específicos.

Esta evolución del lenguaje permite no solo entrever las definiciones que se generan frente a determinados fenómenos sociales, sino que además ofrece un panorama de asociación de términos, cuyas características propias de la época moldean la construcción de

significados y paradigmas. Para Polo & Martínez (2001), la Vejez, como fenómeno complejo, debe ser analizado desde diferentes perspectivas y de acuerdo a factores no solo cronológicos sino biológicos, económicos, sociales, culturales, psicológicos y antropológicos.

Es por esto, que para aclarar algunos de los conceptos centrales de esta investigación, sin entrar a discusiones históricas profundas, se hará un sondeo general (tabla 1), alrededor de las principales consideraciones que se han tenido en las diferentes épocas frente al Envejecimiento y la Vejez. Sobre el fenómeno existen diversos mitos y realidades (Gómez & Curcio, 2014), que son necesarios explicitar, de forma tal que se refleje que el tema es y seguirá siendo motivo de continuas reflexiones y debates frente al entendimiento de la naturaleza misma de la humanidad.

<i>Época histórica</i>	<i>Consideraciones</i>	<i>Concepción frente a la Vejez</i>
Sociedades prehistóricas	<ul style="list-style-type: none"> • Restos óseos de adultos que no superan los 30 años de vida. • Quienes superaban la edad eran chamanes, curanderos y dominaban los rituales. • Si el individuo es improductivo presenta una carga para el grupo (Gerontocidio activo y pasivo). 	<p>La Vejez como sinónimo de experiencia y de transmisión oral.</p> <p>Intercesores y protectores frente a las fuerzas sobrenaturales.</p>
Sociedades antiguas Egipto y Oriente Medio	<ul style="list-style-type: none"> • El corazón como fuente de la vida, origen del Envejecimiento. • La Vejez se asocia al mundo de lo sagrado. 	<p>La superioridad de un pueblo por la longevidad alcanzada y no por la riqueza o el poder militar.</p>
Mundo Hebreo	<ul style="list-style-type: none"> • En la época de los reyes (935 a.c) se hacen las <u>alusiones a los límites físicos y debilidades de la Vejez.</u> 	<p>La longevidad como la suprema recompensa de la virtud y la bendición divina.</p> <p>La consolidación de las instituciones y la importancia creciente de la escritura hace que los ancianos pierden el papel de guías.</p>

Tabla 1. Consideraciones históricas frente al Envejecimiento y la Vejez

<i>Época histórica</i>	<i>Consideraciones</i>	<i>Concepción frente a la Vejez</i>
Lejano Oriente	<ul style="list-style-type: none"> • China: conceptos Taoístas, explicado en desequilibrio natural (Yin y Yan) 	Aproximación filosófica al concepto de Envejecimiento. Se debía obediencia a la persona más anciana.
	<ul style="list-style-type: none"> • India: la salud se debe a la armonía de las sustancias elementales del cuerpo. <p>Después de los 70 los hombres renunciaban a sus cargos oficiales, conservando su autoridad moral.</p>	Romper la armonía aparecen las enfermedades y el Envejecimiento es una de ellas.
Griegos	<ul style="list-style-type: none"> • Grecia antigua, sociedad rural de aprecio por jóvenes y viejos. 	La Vejez como sabiduría y los héroes convertidos en venerables ancianos.
	<ul style="list-style-type: none"> • Con el paso del tiempo, los griegos se conocen por perseguir la perfección humana y la belleza. 	La decrepitud hace perder las cualidades de los héroes. Maldición divina.
	<ul style="list-style-type: none"> • Esparta diferente a las otras ciudades por el lugar que ocupaban los ancianos. 	“Gerusia” compuesta por 28 ciudadanos de más de sesenta años elegidos vitaliciamente y eran el juzgado supremo.
Griegos (desde la filosofía)	<ul style="list-style-type: none"> • Platón defensor de la Vejez. Partidario de la gerontocracia (los ancianos deben gobernar y legislar). 	Para un hombre de vida virtuosa, la Vejez es la culminación de su vida; liberado de las pasiones juveniles podrá disfrutar de los placeres del espíritu.
	<ul style="list-style-type: none"> • Aristóteles la Vejez no es garantía de sabiduría, ni de capacidad política. 	La decrepitud física conlleva la espiritual.
Romanos	<ul style="list-style-type: none"> • El desarrollo del Derecho, dio impulso a estudios sobre la edad y las características demográficas. 	Autoridad al anciano en la figura de “Pater Familias” o jefe absoluto.
	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la República se empezaron los conflictos generacionales y en el Imperio se denuncia abusos del “Pater Familias”. 	Se pierde la potestad jurídica ilimitada del padre y por tanto del anciano se pierde. Visión pesimista de la Vejez.

Fuente: elaboración propia con base en Polo & Martínez (2001).

Conforme a lo anterior, podría pensarse que el Envejecimiento es un proceso multicausal que ha estado asociado generalmente a condiciones de orden biológico, donde el paso del tiempo y los cambios fisiológicos limitan las condiciones del individuo y por tanto cambian su rol social. En aquellas culturas donde existía tradición oral, el anciano es sinónimo de sabiduría inherente a su experiencia, pero en aquellas donde prima la belleza, la fuerza física o el reconocimiento social, la ancianidad es despreciada y por tanto sinónimo de deterioro y cercanía a la muerte.

No es extraño que el fenómeno del Envejecimiento sea y deba ser analizado a través de diversas perspectivas, pues la forma como se han configurado las sociedades, sus tradiciones, sus costumbres, sus pensamientos, sus tecnologías e incluso sus propias creencias, hacen que las diferentes etapas de la vida del ser humano susciten cuestionamientos frente a los cambios, tanto para el sujeto mismo, como para el grupo social del que hace parte. Al respecto, Arango & Ruiz (2005) definen el Envejecimiento como:

El conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen desde el mismo momento del nacimiento, se incrementa con el paso del tiempo e involucra a todos los seres vivos. Es un proceso biológico, social y psicológico, como resultado de la interacción de la herencia, el ambiente y la conducta y va delineando la última etapa de la vida: la Vejez. Esta se refiere a un estado relativamente largo, ya que puede corresponder a casi la tercera parte de la existencia y además es el último escalón del ciclo vital (p.1).

Esta definición, si bien permite tener solo un acercamiento inicial al concepto de Envejecimiento, también permite referir la existencia de otras condiciones como la herencia y la conducta, que instauran la necesidad de tener una visión compleja sobre lo que supone conceptualizar en este tema; no existe un paradigma único acerca del Envejecimiento y la Vejez, los dos conceptos aluden a una

realidad multifacética donde no solo interviene el paso del calendario, sino también aspectos fisiológicos, sociales y culturales (Huenchuan & Piñero, 2010).

Para Lozano (2011) existen diversas causas por las cuales se ha hecho evidente la irrupción de la ancianidad en el siglo XX como resultado de las transformaciones y reorganizaciones políticas, económicas, sociales y culturales, que se sustentan en varios aspectos como:

1. El desarrollo industrial y la concentración urbana, que han generado nuevos estilos de vida, en donde los ancianos quedan marginados y las necesidades económicas de la población, junto a nuevas formas de producción, obligan a realizar actividades laborales fuera del hogar, sin que haya quien cuide a los ancianos de la familia.
2. Los sistemas económicos que han reducido la importancia de la gerencia patrimonial, en comparación con las sociedades tradicionales.
3. La pérdida del poder económico que los ancianos ejercían como descendientes.
4. El conocimiento ya no como un producto de la herencia tradicional, sino que está relacionado con el nivel de información que puede adquirir una persona; éste ya no depende de la trasmisión oral que ofrecían los miembros mayores del grupo.
5. La estructura sociocultural y funcional por edades, que ha llevado a que los hijos se independicen de los padres y se rompa la cadena que permitía la sucesión familiar regular.

De este modo se muestra como el Envejecimiento es un fenómeno que se puede explicar a partir de varias teorías que es necesario revisar; no sin antes esclarecer las concepciones investigativas sobre los estudios del Envejecimiento y la Vejez: geriatría y la gerontología.

Un acercamiento a la gerontología

Es difícil establecer con exactitud el génesis de algunas concepciones sobre el Envejecimiento, sin embargo, existen varias premisas que permiten identificar que el tema de Vejez y Envejecimiento, necesariamente debe abordarse desde una visión sistémica por su acepción multifactorial, que involucre la mirada de diversas disciplinas, pues en este fenómeno se precisa lidiar con el paso del tiempo y las transformaciones físicas, sociales y culturales que ello implica. La gerontología para Hidalgo (2001) es “una especialidad de la ciencia que estudia el proceso de Envejecimiento” (p.27); el término fue propuesto por Elie Metchnikoff y su raíz etimológica proviene del griego *gerontos* (hombre viejo) y *logos* (palabra, estudio). Por su parte la geriatría es “la rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales en los Adultos Mayores” (Ávila, 2010).

La historia de la gerontología, según Carbajo (2008), refiere las diferentes perspectivas filosóficas y teológicas frente al tema, desde el Antiguo Testamento, pasando por Platón, Aristóteles, Cicerón, San Agustín, Santo Tomás de Aquino, hasta Bacon en el siglo XVII quien en su obra *History of Life and Death*, menciona que la clave para prolongar la vida humana es mejorar las condiciones higiénicas y médicas. La Geriatría por su parte es introducida por el Médico Austriaco Ignaz Nascher en 1909 en una publicación denominada Longevidad y rejuvenecencia en *The New York Medical Journal* (Ávila, 2010).

Las investigaciones sobre Envejecimiento se alimentan de autores como Quetelet, Galton, Warren y Paulov en cuyas bases teóricas se empezó a generar el debate sobre la importancia de establecer los principios en que el ser humano nace, crece y muere; en este sentido la necesidad de la rigurosidad científica en las investigaciones destacan la relación directa entre las influencias biológicas y sociales. Pero fue en el año de 1939 cuando se publica el libro *Problems of Aging de Cowdry*, que se destaca la historia reciente de la gerontología científica. El libro fue concebido primordialmente en un sentido médico, pero luego se

amplió a aspectos sociales, psicológicos y psiquiátricos, abordando así el fenómeno de forma más sistemática (Carbajo, 2008).

Luego de la segunda guerra mundial emergen los diferentes grupos científicos en materia de gerontología, en Estados Unidos se organiza la *Gerontological Society*, con un primer congreso en Detroit en 1947; en Alemania se fundó la primera revista dedicada al estudio de la Vejez y en 1967 se logró crear la Sociedad Alemana de Gerontología con una sección de psicología y sociología. España por su lado experimenta la expansión de las investigaciones sobre el fenómeno a partir de 1948 con la creación de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (Carbajo, 2008).

Desde otras miradas, se empieza hablar también de la psicogerontología como parte de la gerontología con autores como Hall que en 1922 escribió *Senescence the last half of life* (Carbajo, 2008), el cual es considerado el primer estudio psicológico sobre el Envejecimiento en Estados Unidos, y plantea la necesidad de entender que la juventud y la Vejez poseen su propia naturaleza sin que una sea el declive de la otra y por tanto requieren ser visualizadas con una propia manera de sentir, pensar y querer.

En Alemania en 1938 el psiquiatra Gruhle, publica el Envejecimiento Psíquico (Carbajo, 2008), donde se reúnen algunas consideraciones en la Vejez como las dificultades de adaptación, de asimilación de nuevos contenidos de pensamiento, la facilidad de olvido de eventos y la actitud de terquedad o irritabilidad. Junto con este autor se destaca a Bühler quien intentó dar una visión de conjunto de la evolución de la vida desde la primera infancia hasta el final. Autores como Iacob (2001), proponen hablar de una post-gerontología dentro de la gerontología crítica, en donde se deben plantear estudios políticos, culturales y éticos en el Envejecimiento humano. Menciona el autor: “la Vejez se encuentra ordenada desde una política de edades, que le asignará una significación particular en un contexto determinado” (p.438).

En Colombia la gerontología se inicia en 1955 formalmente a partir del nombramiento del Dr. Guillermo Marroquín como Jefe de Departamento del Anciano de la Secretaría Nacional de Asistencia Social de la Presidencia de la República, tras haber asistido un año antes al primer curso de postgrado en Gerontología en Madrid; en 1973 se funda en Bogotá la Sociedad Colombiana de Geriatria y Gerontología (Gómez & Curcio, 2014).

El Envejecimiento ha sido una preocupación a lo largo de la historia, no solo por los cambios que suscita a nivel del individuo sino por las transformaciones que supone para la sociedad, en otras palabras, como sujeto social; y es precisamente sobre la concepción de la gerontología, que se prevé deberá tener fuerza una Política Pública, pues dentro de dicha visión compleja, sistémica y relacional se deberán tomar decisiones para la mayoría de una población actual y venidera. El Envejecimiento debe ser entendido de forma multidimensional, desde análisis históricos, como producto del paso del tiempo y desde una visión prospectiva, por las transformaciones de las realidades de los que, hoy siendo niños, jóvenes o adultos, serán la población Adulta Mayor del futuro.

Principales perspectivas teóricas sobre la Vejez y el Envejecimiento

Para Bengtson, Gans, Putney & Silverstein (2009), las teorías sobre el Envejecimiento se pueden explicar a partir de los atributos epistemológicos propuestos por Baars y que son los tres conductos centrales en gerontología: *Age* (edad), *Aged* (Vejez) y *Aging* (Envejecimiento); el primero se refiere a los estudios de la edad propiamente dicha; el segundo a lo relacionado con la población de ancianos y la esperanza de vida, y en el tercero a los procesos ocurridos en el organismo con el paso del tiempo.

Para estos autores la tendencia teórica más llamativa desde la publicación de la última edición del manual de teorías del Envejecimiento ha sido el desarrollo de las teorías interdisciplinarias del Envejecimiento, lo que explica una condición multifactorial. Al respecto, Rodríguez (2011, p.15) citando a Zetina sugiere que existen diferentes perspectivas para describir el Envejecimiento, así:

Perspectiva Biológica

En la cual el Envejecimiento es un proceso asociado a la disminución del funcionamiento orgánico, específicamente las funciones fisiológicas; este enfoque se clasifica en un Envejecimiento primario y uno secundario. El primero se enfoca en la herencia y el segundo se refiere a la pérdida de capacidades ocasionado por traumas, caídas o enfermedades. Para Gómez & Curcio (2014):

El Envejecimiento biológico tiene unas características definidas como el hecho de ser universal pues es común a todos los seres vivos; es progresivo puesto que a medida que transcurre la vida se van produciendo efectos sobre el organismo; es individual, dado que existen diferencias y heterogeneidades en los individuos que envejecen; es deletéreo, es decir que produce daños a nivel molecular, celular, orgánico y sistémico; es intrínseco, dado que los dos sistemas que más envejecen son el pulmonar y el renal; es irreversible, pues no existen medicamentos o sustancias que lo disminuyan y es genéticamente programado, puesto que la naturaleza de los organismos es genéticamente para sobrevivir. (p.34)

Complementariamente, para entender las teorías del Envejecimiento como teorías propiamente dichas, se revisan a través de Millán (2011) quien plantea que “en la actualidad hay más de 300 teorías para explicar el fenómeno del Envejecimiento” (p.8) y menciona que las teorías de Envejecimiento más aceptadas son:

1. *Teorías históricas*: destaca el autor que, aunque al parecer no tienen base científica, han tratado de explicar el fenómeno; las teorías: del desequilibrio de los humores internos de Hipócrates, la pérdida del calor interno de Aristóteles, la del engrosamiento de los vasos y la dificultad de nutrir los diferentes tejidos de Leonardo Davinci y la de la autointoxicación debida a la fermentación intestinal de los nutrientes de Metchnikoff.
2. *Teorías fisiológicas*: las cuales tratan de explicar el fenómeno desde la involución de los órganos y sistemas; destaca el autor las teorías de: autoinmunidad de Walford en 1969 y de Burnet en 1970, de los radicales libres de Harman en 1956 y Gerschman en 1962, de acumulación de productos de desecho de Sheldrake en 1974.
3. *Teorías de los radicales libres*: propuesta en 1980 por Miquel & Cols, pero desarrollada como la teoría mitocondrial de Fleming & Cols. El concepto central de este grupo de teorías se explica en el gráfico 11.
4. *Teorías genéticas*: para el autor en mención, estas son las más desarrolladas en la actualidad, puesto que los fenómenos biológicos se asocian directamente con el sistema genético. Se destaca en este grupo, las teorías propuestas por Orgel 1963 y por Strehler en 1986 (del error catastrófico y afectación del equilibrio celular); en este grupo se destaca la teoría de la telomerasa propuesta en 1992 por Harley & Cols, en la cual los telómeros (extremos de los cromosomas) se van acortando hasta que se produce la muerte celular.

En Gómez & Curcio (2014) se pueden identificar diferentes tipos de teorías: las moleculares o estocásticas, las celulares, las evolutivas y las sistémicas. En el gráfico 11, se resumen las principales características de éstas teorías.

Teorías biológicas	Teorías Moleculares	Teoría de la mutación genética	Deterioro en la capacidad de reparación del ADN, mutaciones que al acumularse en el tiempo afectan los genes y conducen a la producción de proteínas alteradas
		Teoría de la mutación somática	Existen déficits en los mecanismos de reparación, es decir en la transferencia de información del ADN al ARN mensajero en la síntesis de proteínas, lo que produce daños genéticos.
		Teoría del error catastrófico	El Envejecimiento resulta de errores en los mecanismos de síntesis de proteínas, causando proteínas anormales, cuyo proceso causa una pérdida de la homeostasis celular conduciendo a la muerte celular.
	Teorías Celulares	Teoría de radicales libres y estrés oxidativo	La respiración celular produce radicales libres de oxígeno que se acumulan de manera progresiva, en otras palabras las células en diversas reacciones celulares producen toxinas que producen tóxicos que no pueden ser impedidos por los antioxidantes naturales
		Teoría de senescencia celular y acortamiento de telómeros	La capacidad de replicación celular es fija y cada vez que se divide se acortan los telómeros o las secuencias del ADN en las puntas de los cromosomas, lo que predispone las enfermedades y los cánceres.
		Teoría de células madres y células tronco	Agotamiento de las células madres y troncales para regenerar y reponer células dañadas o eliminadas
		Teoría de desgaste por uso	Después del uso repetido, algunas partes del organismo se desgastan y finalmente fallan
	Teorías Evolutivas	Teoría de acumulación de mutaciones	Las consecuencias deleténeas a través del tiempo se acumulan en el genoma
		Teoría de antagonismo pleiotrópico	La evolución favorece genes que son útiles a edades más jóvenes, en particular para la reproducción
		Teoría del soma desechable	Existen solamente una cantidad restringida de recursos disponibles en un organismo, que pueden ser invertidos en reproducción o en longevidad
	Teorías Sistémicas	Teoría de autoinmunidad	El sistema inmune reduce sus defensas contra los antígenos y produce anticuerpos que resultan en un aumento de las infecciones y de las enfermedades autoinmunes
		Teoría neuroendocrina	Alteraciones en el número o en la sensibilidad de varios receptores neuroendocrinos dan origen a las alteraciones fisiológicas características del Envejecimiento

Gráfico 11. Principales teorías desde la perspectiva biológica

Fuente: Gómez & Curcio (2014).

Perspectiva Demográfica

En este enfoque se tiene en cuenta que la distribución geográfica y la composición de la población, da como resultado cambios en las pirámides poblacionales producto de la disminución de la fecundidad, de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida. Este tipo de fenómenos trae consigo condiciones como la transición demográfica, en donde la disminución de la natalidad y la mortalidad, lleva al surgimiento de enfermedades crónicas y no transmisibles, que se agudizan con las recesiones económicas y el aumento de la inequidad, sobre todo en los países en vías de desarrollo, en donde existe una infraestructura institucional insuficiente y la prevalencia de grupos familiares incapaces de prestar atención y cuidado al Adulto Mayor (Gómez & Curcio, 2014). Para estos autores, existen consecuencias a considerar, producto de los cambios demográficos:

1. El desequilibrio entre los Adultos Mayores mujeres y hombres, pues existe un mayor número de mujeres ancianas y viudas.
2. La migración, especialmente de la zona rural a la urbana, causada principalmente por problemas de salud.
3. La estructura familiar, donde hay una reconfiguración de las familias en sentido nuclear con menor cantidad de hijos.
4. En el medio ambiente, referida a las limitaciones en el espacio público y la accesibilidad.
5. Las condiciones sociales, puesto que las dinámicas actuales reducen los lazos o contactos sociales del Adulto Mayor o se limitan a convivientes de hogares o vecinos.
6. Las condiciones económicas, dado que existe una relación directa entre el grupo poblacional económicamente activo y el grupo poblacional económicamente dependiente.
7. Las condiciones de salud o los recursos de atención en salud, dado que el Adulto Mayor requiere de servicios de atención en salud generalmente más costosos.

8. Los estilos de vida, puesto que la existencia de hitos sobre el Envejecimiento y la baja preparación para la Vejez, disminuyen la promoción de buenas prácticas de alimentación, ejercicio, ocio y recreación.

Frente a este último aspecto, según MaxNeef, Elizalde & Hopenhayn (2010), los estilos de vida no se basan en lo que la persona produce, sino en lo que usa o consume; por lo tanto, los estilos de vida no se basan en la relación con los medios de producción sino con los de consumo, de tal forma que los grupos sociales adoptan ciertos modos de vida para expresar y mantener su identidad en el mundo social. Los comportamientos habituales saludables (caminar, relajarse, ejercicio o cualquier otro tipo de actividad física, entre otros) y los poco saludables (fumar, beber, comer en exceso, dejar actividades pendientes para última hora, entre otros) hacen parte del estilo de vida individual.

Perspectiva sociocultural

Obedece a la organización jerárquica de cada sociedad, puesto que cada grupo tiene diferencias según la cultura. Para Lozano (2011) la Vejez es una construcción social e histórica que le otorga el modelo cultural vigente, en relación a la economía, la política y las tendencias o ritmos impuestos por cada sociedad. Según la autora, los estudios que han abordado la Vejez desde una perspectiva social, ahondan en aspectos relacionados con los patrones culturales, las formas de organización social, las actitudes, las dinámicas de poder y los valores de la sociedad, en otras palabras, desde ésta perspectiva se le otorga a la Vejez y al Envejecimiento un significado social propio de las fuerzas político-económicas vigentes.

Al respecto, se podría pensar que desde esta perspectiva se tienen diferentes teorías desde una condición social propiamente dicha, Gómez & Curcio (2014) citando a Hendricks (1992) mencionan la existencia de diversas teorías sociales las cuales se clasifican en: de primera

generación, cuya característica principal es la adaptación del sujeto al Envejecimiento, en la segunda generación, en donde se plantea el entendimiento pasando de aspectos micro a aspectos macro y la tercera generación, en donde subyacen las teorías postmodernas. En la tabla 2 se mencionan dichas teorías y sus principales características.

<i>Generación</i>	<i>Teoría</i>	<i>Característica principal</i>
Primera generación	Teoría del Desarraigo o desapego (Cumming y Henry, 1961)	Con el avance de la edad las personas abandonan o disminuyen sus roles sociales, sus actividades e interacciones, producto por un lado de una perspectiva individual ante la declinación física y psíquica, y por el otro, por la sobrevaloración de la juventud.
	Teoría de la actividad (Havigurst y Albrecht, 1953)	Postula que cuanto más activo se mantenga el Adulto Mayor, su Envejecimiento será más satisfactorio. La actividad es la base del Envejecimiento saludable.
	Teoría de la subcultura (Rose, 1964)	Las normas sociales son revalidadas por medio de la interacción social; se postula que los Adultos Mayores desarrollan una subcultura propia debido a la exclusión de las generaciones más jóvenes, aumento de la interacción entre los mismos Adultos Mayores y desarrollo de intereses y creencias comunes.
	Teoría de la pérdida de competencia y el fracaso social (Kuypers y Bengtson, 1973)	Explica el desarrollo normal y problemático durante el Envejecimiento; postula que la pérdida de las aptitudes de interacción satisfactoria con su entorno social tiene como efecto negativo el resquebrajamiento social.
Segunda generación	Teoría de la continuidad (Atchley, 1989)	Estipula que se envejece como se ha vivido; la continuidad se presenta desde el plano interno producto de la personalidad y la autoestima, y en el plano externo producto de la interacción con el medio ambiente.
	Teoría del Intercambio social (Down, 1975)	La interacción como principio de reciprocidad entre las personas, a través de ésta se genera un intercambio entre los individuos, lo que genera pérdidas o ganancias, tanto materiales como inmateriales.

*Tabla 2.
Principales teorías desde la perspectiva social*

<i>Generación</i>	<i>Teoría</i>	<i>Característica principal</i>
Segunda generación	Teoría de la estratificación por edades (Riley, 1971)	La edad cronológica determina el comportamiento de los individuos, tanto desde el desarrollo físico como desde el desarrollo psicológico; todo dado por la adjudicación de privilegios, derechos y obligaciones a lo largo del rol que juega la edad en cada sociedad.
	Teoría de la modernización (Cowgill, 1974)	La pérdida de roles sociales en el Envejecimiento está ligado a la modernización de la sociedad y aspectos como la urbanización, la industrialización, la burocratización, el aumento del tiempo libre, el incremento de la esperanza de vida y la familia nuclear.
	Teoría de la economía política (Estes, 1984)	Sustentada en la teoría marxista, en la cual las fuerzas económicas y políticas determinan la manera como se distribuyen los recursos y se estructuran las condiciones sociales. Los efectos de desigualdad desencadenan las etiquetas, percepciones y tratamientos hacia el Adulto Mayor.
	Teoría del Ciclo de la Vida o Curso de la Vida (Elder, 1985)	Enlaza la biografía individual con la sociedad, lo que sugiere que el Envejecimiento es un fenómeno dinámico que requiere una visión interdisciplinaria. Se propone diferenciar entre ciclo de vida (secuencia de eventos que ocurren en el individuo desde que nace), duración de la vida (cambios biológicos y conductuales relacionados con la edad) y curso de vida (cambios o transiciones a lo largo de la vida producto de las decisiones).
Tercera generación	Teoría Feminista	El género es un principio fundamental y estructurador de la organización de la sociedad que opera sobre el curso de la vida de los individuos.
	Teoría Crítica (Moody, 1988)	Se centra sobre las nociones de verdad, de significación y de experiencia de la Vejez, es decir en teorizar sobre las dimensiones interpretativas y subjetivas del Envejecimiento, enfocándose en la praxis de la Vejez.
	Teoría postmoderna (Teoría del cuerpo)	Busca una perspectiva amplia del Envejecimiento, donde existen diferentes verdades y realidades que se confrontan en la comprensión y explicación del Envejecimiento; hay un énfasis en el estudio del cuerpo y su relación con la cultura; comprender el Envejecimiento desde la experiencia vivida.
	Teoría Foucauldiana	El Envejecimiento individual y de cohorte son examinados como una trayectoria de la vida, tomando en cuenta factores históricos, sociales, económicos y medioambientales.

Fuente: Gómez & Curcio (2014).

Perspectiva psicológica

Desde ésta óptica, el Envejecimiento se amplía hacia comprender el contexto donde una persona se desarrolla, con sus problemáticas y necesidades tanto individuales como sociales, además de los intereses y proyectos de vida. Sin embargo, muchas de las teorías que responden a ésta perspectiva psicológica, según Iacub & Sabatini (2007), tienen una base biológica, en tanto se supone que el deterioro físico repercute a nivel psicológico, al individuo asociar la Vejez con un período improductivo, tanto a nivel reproductivo como económico.

De este modo, los autores sugieren que desde ésta perspectiva se han tenido ciertos presupuestos que han condicionado el entendimiento del sujeto psicológico en la Vejez. Dichos presupuestos o estereotipos son:

1. Los Adultos Mayores son rígidos y deprimidos; las actitudes y estilos de personalidad suelen variar, en cuyo caso se debe suponer son conductas flexibles durante la vida adulta con diferentes recursos de afrontamiento.
2. Los Adultos Mayores están aislados, abandonados o poseen algún tipo de beneficio estatal; en Iacub & Sabatini (2007) citando a Carstensen & Charles (2006) han identificado que la disminución de las relaciones sociales en la Vejez se ha basado más en ideas y estereotipos, que en hallazgos de investigación.
3. Las personas mayores son cognitivamente y psicológicamente disminuidas; Iacub & Sabatini (2007) citando a Sneed y Kraus Whitbourne (2005) consideran que existen concepciones prejuiciosas y estereotipadas de los Adultos Mayores, al hacerles equivalencias como sujetos añejados, con exageradas limitaciones a nivel cognitivo, generalizando demencias ante cualquier limitación o problema intelectual.

De acuerdo con lo anterior, conviene ahora revisar algunas de las teorías desde la perspectiva psicológica, pues independiente de que sean estereotipos o no, los presupuestos mencionados por los autores parecen no alejarse de la realidad de los Adultos Mayores, en cuyo caso podrían develar muchas otras consideraciones unidas con las perspectivas anteriores de orden económico, cultural y social. En la tabla 3, se mencionan las principales teorías desde la perspectiva psicológica:

*Tabla 3.
Principales
teorías desde
la perspectiva
psicológica*

<i>Teoría</i>	<i>Característica principal</i>
Teoría de selectividad socioemocional (SSE) (Cartersen, 1993,1995)	Postula que los cambios en la composición de la red social o son una pérdida, sino que son el resultado de un cambio motivacional en las metas sociales. De este modo, aunque algunas capacidades se pierden con la edad, se debe también reajustar las metas, de manera que se seleccionen actividades pertinentes y desafíos correspondientes con las nuevas capacidades; el sentimiento de eficacia personal se debe mantener para disminuir la angustia psicológica.
Teoría de la auto-determinación (Deci y Ryan, 2000,2003)	Postula la existencia de una motivación intrínseca para la satisfacción de las necesidades psicológicas fundamentales (autonomía, competencia y relación con otros), la cual está influenciada por factores interpersonales y medioambientales, lo que genera sensación de bienestar y desarrollo.
Teoría de la integración dinámica (Lavouvie-Vief y Márquez, 2004)	Sugiere que las relaciones entre emoción y cognición son dinámicas, es decir, las emociones se regulan como respuesta a los desafíos que enfrenta el individuo, las cuales pueden variar dependiendo de las circunstancias y la respuesta cognitiva a ellas. En la Vejez aumenta la autoprotección y los individuos con bajos recursos cognitivos evitan situaciones complejas.
Teorías Neuro-psicológicas	El funcionamiento del cerebro se refleja en el comportamiento. Existen dos grupos: las teorías de cambios normales y las teorías de cambios neurodegenerativos. En las primeras se asocia el Envejecimiento a cambios en la morfología, fisiología y bioquímica del cerebro, con dos cambios importantes a nivel cognoscitivo en la corteza frontal y en la memoria declarativa. En las segundas se plantean cambios neuropatológicos que producen déficits degenerativos (Parkinson, Alzheimer, entre otras).

<i>Teoría</i>	<i>Característica principal</i>
Teorías Cognoscitivas	Postulan que durante el Envejecimiento hay una reducción de la inteligencia fluida (eficiencia en la ejecución de tareas de aprendizaje, memoria, razonamiento y habilidades espaciales) y la inteligencia cristalizada (cambios en los hábitos o costumbres que disminuyen habilidades cognitivas). En la primera existen determinantes genéticos y biológicos, mientras que en la segunda se dan influencias socioculturales.
Teorías de la personalidad	Se centran en la extensión y naturaleza de la estabilidad y cambio de la personalidad con el Envejecimiento. Van desde la explicación del desarrollo psicológico en el ciclo de la vida hasta la adaptación de la conducta frente a las condiciones biológicas y sociales.

Fuente: Gómez & Curcio (2014).

Perspectiva familiar

Para el Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia -The Family Watch, es innegable el papel positivo de las redes familiares en el bienestar general y la salud de los Adultos Mayores, puesto que el “sentirse necesario” es uno de los predictores de la longevidad (The Family Watch, 2013). Para Ruiz, Sánchez & Ferrand (2013) en un estudio para PROFAMILIA, mencionan que la familia es el microsistema fundamental primario de los seres humanos, en el cual se presentan bien sea posibilidades de desarrollo y crecimiento personal y social, o también, de estancamiento, limitación o frustración.

De este modo, la realidad puede sugerir que, aun entendiendo su importancia, la composición familiar ha ido cambiando y así mismo el papel del Adulto Mayor en su interior. Para Gómez & Curcio (2014), unas de las principales tendencias en la estructura familiar son:

1. Disminución progresiva en el tamaño de los hogares y Envejecimiento de los jefes de hogar.
2. Aumento de la proporción de hogares con jefe mujer.
3. Incremento de la unión libre.
4. Disminución de casados y solteros.

5. Incremento de los hogares unipersonales, disminución de los compuestos.
6. Aumento de la proporción de familias nucleares.
7. Disminución de la proporción de mujeres jefes, dedicadas a los oficios del hogar.

Para Arriagada (2007) en un documento para La Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), manifiesta que en el siglo XX se tuvieron grandes cambios en materia de sexualidad, género y relaciones familiares, los cuales se pueden describir como:

1. *Geografía del poder*: pese a que se tiene un post patriarcado, aún hay regiones en las cuales existiendo una alta influencia del padre sobre el matrimonio.
2. *Economía de la desigualdad*: autonomía de los adultos en relación con los padres e igualdad de derechos familiares entre hombres y mujeres.
3. *Desigual revolución sexual*: la revolución sexual solo se ha dado en algunas partes y aunque ha habido cambios en el comportamiento en general del papel de la mujer, han sido solo variaciones menores de un determinado régimen sexual.
4. *Progresiva informalidad de la pareja*: el auge del matrimonio occidental terminó alrededor de 1970; lo que incrementó la postergación del matrimonio, la cohabitación informal y las relaciones sexuales sin convivencia.
5. *Envejecimiento y fecundidad inferiores al nivel de reproducción*: el no desear hijos tiende a derivarse de una secuencia de prioridades como educarse, conseguir trabajo y establecerse profesionalmente.

Este panorama corrobora que muchos de los cambios a nivel familiar traen consecuencias en el Envejecimiento y la atención a los ancianos, que se manifiesta en la carga pensional, la distribución de las responsabilidades familiares, y la baja fecundidad.

Tipos de Envejecimiento

En este apartado, se presenta una aproximada distinción de los conceptos de Envejecimiento, tratando de enmarcar un concepto central que guíe el desarrollo investigativo, al tiempo que permita focalizar la intencionalidad de una Política Pública de esta naturaleza. Dentro de los tipos de Envejecimiento encontrados en la literatura se tienen:

Envejecimiento Exitoso

Se entiende como aquel en el cual se logra una integración efectiva entre lo deseado, lo planificado y lo realizado. Para Rowe & Khan (1998) citados Gómez & Curcio (2014), el Envejecimiento exitoso se logra en la medida que se tiene una reducida probabilidad de desarrollar enfermedades y discapacidades asociadas, se mantiene un alto nivel de funcionamiento cognoscitivo y fisiológico y se participa en actividades sociales y constructivas. Para Brigeiro (2005) el Envejecimiento exitoso más que un concepto es una aspiración humana, puesto que el deseo de cualquier individuo es envejecer bien, sin dolor o con el mínimo de sufrimiento, y tratando siempre de revelar bienestar, realización personal, vivacidad y vigor; en este sentido, envejecer exitosamente dependerá de acciones en prevención y promoción de la salud.

De forma similar para Cobo (2009), el Envejecimiento exitoso se basa en el concepto de “bienestar subjetivo”, el cual se entiende como el grado de satisfacción que experimentan las personas cuando hacen un juicio de valor sobre sus propias vidas y lo recorrido en ellas. Una de las principales críticas de ésta tipología de Envejecimiento es el hecho de estigmatizar a quienes no alcanzan ese ideal, en otras palabras, no será responsabilidad absoluta del individuo no alcanzar tal ideal, pues como ya se ha visto, existen más variables en la ecuación para lograr el resultado esperado.

Envejecimiento Saludable

Concepto propuesto por la OMS (2002), como un proceso biopsicosocial, en el cual se deben interrelacionar cinco aspectos: 1. promoción de la salud en donde los factores psicosociales positivos mejoran la regulación biológica; 2. resiliencia, en donde se logra protección contra efectos nocivos externos, 3. recuperación y reparación, para mantener capacidades funcionales y biológicas; 4. compensación, donde las fortalezas biológicas o psicológicas equiparan las debilidades dadas en el tiempo; 5. expresión genética, factores psicosociales que mitigan la carga genética.

Para Otero, *et al* (2006), el Envejecimiento saludable es en sentido estricto Envejecimiento en buena salud, aunque a veces se relacione con el Envejecimiento exitoso. Este concepto es multidimensional y comprende la preparación preventiva de una buena capacidad funcional, física y cognitiva. De esta forma, solo se tendrá un Envejecimiento saludable, según los autores, en la medida que se contemplan los factores de riesgo, los cuales están en varios niveles: el macrosocial en donde se generan las desigualdades sociales y materiales asociadas a la posición económica, el género y la edad; un nivel intermedio donde influyen los servicios sanitarios, sociales y las redes de apoyo y un nivel micro, en donde están las características individuales, que van desde lo genético hasta los hábitos.

Envejecimiento Productivo

Para el Instituto de Mayores y Servicios Sociales – IMSERSO- (2008) y el equipo de investigación encabezado por Carmen Triadó, la primera alusión al concepto se debe a los profesores Robert Butler y Malvin Schechter, quienes proponían unas mejores atenciones y recursos para las personas mayores en América, y definen el Envejecimiento productivo como la capacidad de un individuo para servir en la fuerza de trabajo remunerada en actividades de voluntariado, ayudar en la familia

y mantenerse tan independiente como sea posible; en otras palabras, este tipo de Envejecimiento alude a la capacidad del Adulto Mayor de mantenerse produciendo bienes y servicios de forma remunerada o no. Para la autora, éste tipo de Envejecimiento a diferencia de los anteriores, es que hace énfasis en el impacto de las actividades sobre las condiciones sociales y económicas del Adulto Mayor, centrando el interés en la contribución de éstos en un bienestar colectivo.

Envejecimiento Activo

Según la OMS (2002) el Envejecimiento activo es definido como “el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la Vejez” (p.2), y encuentra como pilares, la salud, la participación y la seguridad, de manera que éste proceso se convierte en un logro social, en el que es posible contrarrestar las representaciones e imaginarios negativos de esta etapa del ciclo vital. Para esta misma organización, a través del grupo orgánico de enfermedades crónicas no transmisibles los determinantes del Envejecimiento activo, se definen como transversales (la cultura y el género), relacionados (servicios sanitarios y servicios sociales), conductuales, personales, del entorno físico, del entorno social y económicos.

El International Longevity Centre Brazil (2015), retomando la publicación de *The World Health Organization* en el 2002 y las palabras del Dr. Alexander Kalache, menciona que el Envejecimiento activo es “un proceso de optimización de oportunidades para la salud, el aprendizaje permanente, la participación y la seguridad”¹ (p. 8). Lo activo, de acuerdo a este informe, va más allá de lo físico o de la fuerza laboral; se trata de una participación significativa en lo social, cultural, espiritual y familiar; incluyendo actividades de voluntariado. Sea cual sea la composición en

1. Traducción propia.

el término de Envejecimiento, se destaca que entre todos los conceptos existe un interés por explicar que el ser humano tiene una constante en cuanto sus funciones biológicas cambian en el tiempo con incidencia de otras condiciones sociales, culturales y económicas; sin embargo, el hecho de que sea una constante, no implica que no se puedan elaborar estrategias para manejar las variables, tanto del medio como del individuo.

En otras palabras, pensar en un Envejecimiento implica pensar también en la niñez y la juventud; la Vejez es un estado (bueno o malo) y el Envejecimiento un proceso que conlleva muchos aspectos y condiciones. Al respecto, IMSERSO (2008), propone que las diferentes denominaciones del Envejecimiento tienen relación entre sí, algunos parecieran sinónimos, pero realmente la importancia radica en el objetivo central y en el beneficiario (tabla 4).

Tabla 4. Tipos de Envejecimiento

<i>Denominación</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Beneficiario</i>	<i>Autor</i>
Envejecimiento Saludable	Salud		OMS (1990)
Envejecimiento Activo	Implicación activa en el proceso de Envejecimiento: bienestar físico, psicológico e intelectual.	El propio sujeto	OMS (2002)
Envejecimiento Exitoso			Baltes & Baltes (1990)
Envejecimiento Competente			Klein & Bloom (1997)
Envejecimiento Satisfactorio			Rowe & Kahn (1998)
Envejecimiento Óptimo	Participación Social	El sujeto y la comunidad	Caro & Sánchez (2005)
Envejecimiento Productivo	Contribución Social		Bass, Caro y Chen (1993)

Fuente: IMSERSO (2008).

Desde el punto de vista de la Vejez, la clasificación que propone el estudio realizado por la Universidad del Rosario (Daza, 2011), responde exclusivamente a la edad cronológica (tabla 5), es decir, la edad que dictamina el calendario.

<i>Autor</i>	<i>Término</i>	<i>Grupo de edad (años)</i>
Stieglitz (1964)	Madurez avanzada	40-60
	Senectud	61-75
	Senil	76 y más
Brocklehursts (1974)	Senil	60-74
	Ancianidad	75-89
	Longevidad	90 y más
De Nicola (1979)	Presenil	45-50
	Senectud gradual	51-72
	Vejez declarada	73-89
	Grandes viejos	90 y más
Guillermo Marroquín (1980)	Vejez Activa	49 - 63
	Vejez Hábil	63 - 70
	Vejez Pasiva	70-77
	Senectud Probable	77-84
	Senectud posible	84-91
	Senectud excepcional	91-105
Sociedad de Geriatria y Gerontología de México	PreVejez	45-59
	Senectud	60-79
	Ancianidad	80 y más
Zacarés & Terra (1998)	Adulto Joven (Intimidad vs Aislamiento)	20-40
	Edad Adulta Media (Generatividad vs Estancamiento)	40-60
	Vejez (Integridad del yo vs desesperación)	Más de 65

*Tabla 5.
Denominación
de la Vejez*

Fuente: adaptación de Daza (2011); Pons (2013); Marroquín (1980).

Respecto a las edades, Gómez & Curcio (2014), proponen la distinción en cinco tipos de edad, relacionadas también con las perspectivas anteriormente descritas, así:

- *Edad biológica*: la que se entiende directamente con los cambios físicos y biológicos.
- *Edad cronológica*: es la edad calendario, asociado al número de años que la persona vive.
- *Edad psicológica*: se asocia a las capacidades conductuales de adaptación a las condiciones del medio.
- *Edad social*: se refiere a los roles y hábitos sociales de un individuo en la sociedad.
- *Edad funcional*: se refiere a la capacidad de mantener los roles personales y la integración del individuo a la comunidad.

Envejecimiento y Política Pública

El concepto de Política Pública

El concepto Políticas Públicas (PP) ha ganado popularidad en las últimas dos décadas. Son comunes expresiones como “hacer mejores Políticas Públicas”, a que tal problema “se arregla con una Política Pública”, o a que tal situación negativa “existe por falta de Políticas Públicas”, entre muchas otras. Lo cierto es que la expresión está en boca de todos, aunque no se tenga claridad sobre su contenido e implicaciones. Los ciudadanos y las personas del común, los políticos y administradores públicos, y los académicos, la usan con muchas connotaciones.

Para empezar a clarificar es necesario hablar de al menos tres ámbitos interrelacionados a los que puede referirse la expresión Políticas Públicas: como campo de estudio, como concepto y como práctica. El primero remite a un campo de estudio o sub-campo de disciplinas

académicas establecidas como la Ciencia Política, la Economía o la Sociología, entre otras. Cada vez más este sub-campo se consolida en doctorados y maestrías en Políticas Públicas, tiene revistas especializadas y cuenta con una amplia literatura, además de asociaciones académicas y eventos internacionales que congregan a los estudiosos de las Políticas Públicas (Smith & Larimer, 2009).

El segundo remite a un concepto o herramienta analítica para comprender un tipo o tipos de fenómenos políticos relacionados con el gobernar. Aunque el uso de la expresión “Políticas Públicas” es común, no hay completo acuerdo sobre su conceptualización y cuáles son los elementos centrales de la definición, lo que termina generando bastante confusión en los escenarios ciudadanos y los espacios gubernamentales. La definición de Políticas Públicas se trata en un subtítulo aparte.

Por último, la expresión “Políticas Públicas” remite a una práctica, un hacer, que se concreta y legitima en las decisiones públicas que ponen en marcha los aparatos estatales en pro de solucionar, aminorar o transformar las problemáticas sociales, orientar los grupos humanos hacia futuros deseables o prevenir posibles condiciones consideradas con efectos negativos en la vida socio-pública. Si bien no existe una definición aceptada de Políticas Públicas, al analizar muchas de las existentes se encuentran algunos elementos comunes que pueden resaltarse como elementos demarcadores de lo que son las Políticas Públicas conceptualmente hablando.

Cuatro definiciones pueden ser suficientes para hacer esta comparación, una definición sucinta, una intermedia, otra más descriptiva y amplia, y por último una que enfatiza en el proceso social participativo de las Políticas Públicas. La primera afirma que las Políticas Públicas son: “todo aquello que el gobierno decide hacer o no hacer” (Dye, 2013). Esta definición se destaca por tres cosas, 1. Introduce el actor originador de las políticas: el gobierno, elemento que va a ser común a la mayoría de definiciones; 2. Subraya la acción intencional (lo que el gobierno decide hacer); y 3. Incluye las no decisiones (lo que el gobierno decide no hacer).

La segunda definición afirma que es:

Un conjunto de decisiones interrelacionadas tomadas por un actor político, o un grupo de actores, relacionadas con la selección de objetivos y de medios para alcanzar esos objetivos dentro una situación específica donde esas decisiones deben, en principio, estar dentro del poder de los actores para ser materializadas (Howlett & Ramesh, 1995, p. 2).

Esta definición destaca que las Políticas Públicas son conjuntos de decisiones interrelacionadas, no aisladas, contrario a la definición anterior. Resalta también la selección colectiva de medios y fines, en situaciones específicas, en las que la autoridad de ciertos actores puede materializarlas (implementarlas). En una tercera definición encontramos que:

Una concatenación de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y ocasionalmente privados –cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían– a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo. Este conjunto de decisiones y acciones da lugar a actos formales, con un grado de obligatoriedad variable, tendientes a modificar el comportamiento de grupos sociales que, se supone, originan el problema colectivo a resolver (grupos-objetivo), en el interés de grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema en cuestión (beneficiarios finales) (Knoepfel, Larrue, Varone & Hinojosa, 2007, p.12).

Entre otros aspectos de esta definición se puede resaltar el hecho de que diversifica los actores que toman las decisiones, las orienta hacia problemas definidos políticamente, y resalta objetivos importantes de las políticas, cambiar comportamientos, y beneficiar grupos sociales.

Con estos elementos es posible intentar construir una definición que oriente la construcción de Políticas Públicas en los gobiernos locales, y que, por tanto, dé línea a la elaboración y consolidación de las Políticas Públicas de Envejecimiento y Vejez. Dado que uno de los intereses de las diferentes alcaldías está en el enfoque participativo, una definición en este sentido complementa perfectamente las anteriores. Desde esta perspectiva se definen las políticas como “cursos de acción tendentes a la solución de problemas públicos, acotados, definidos a partir de un proceso de discusión entre actores sociales diversos y con mecanismos de participación de la sociedad” (Canto & Castro, 2002).

Recogiendo algunos de los elementos hasta ahora destacados se tiene que una Política Pública es un conjunto de decisiones, tomadas o refrendadas por actores principalmente gubernamentales (con múltiples influencias), que buscan solucionar o transformar problemáticas sociales. Si bien esta definición es una buena guía de lo que son las políticas, queda la sensación de que estas son solo reactivas, respuestas a problemas que van surgiendo, lo que no necesariamente tiene que ser así, ya que también pueden ser preventivas, o también orientadoras de futuro, caminos escogidos por la sociedad y sus líderes.

Por último, es necesario subrayar que la dimensión participativa toma mucho sentido cuando la pregunta se traslada al ¿cómo hacer mejores decisiones, más legítimas, y que aumenten las posibilidades de éxito de las políticas?, la respuesta es actuando con el público de las políticas, invitando a las personas a participar no solo en la definición de los problemas públicos, o en la planeación inicial de las políticas, sino también en la implementación, el seguimiento y la evaluación.

El Envejecimiento y la Vejez como Política Pública

Según refiere Wait (2011) el contenido de las Políticas Públicas orientadas al Envejecimiento se ha enfocado en las siguientes áreas: “salud y asistencia social, pensiones, ingresos y finanzas, derechos

humanos, inclusión social, regeneración y desarrollo comunitario, vivienda, transporte, educación y aprendizaje permanente o para toda la vida”. Sin embargo, esta perspectiva que agrupa en grandes temas las problemáticas relacionadas con los fenómenos del Envejecimiento y la Vejez, se queda corta, puesto que el problema desborda todas esas áreas, el tema implica la misma supervivencia de la especie humana, abarcando temporalmente el curso de vida completo de todos los seres humanos, y el ser humano en todas sus dimensiones, desde la biológica hasta la espiritual, por lo que la orientación más acertada de las políticas de Envejecimiento, es aquella que asume perspectivas que se adelantan a la Vejez y que van más allá de la salud física, el problema pensional y los sistemas de protección social para incluir medidas más integrales y de más largo plazo que incorporen ideas e impactos para todas las generaciones.

Como lo han dicho en Naciones Unidas, el problema, que tal vez no es solo demográfico, tiene profundas consecuencias en las diferentes dimensiones de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional, y como tal debe ser tratado en las Políticas Públicas. En general este problema ha sido tratado desde la economía, por lo que implica la disminución de la mano de obra para la producción en general, y por el potencial desbordamiento de los sistemas de protección social, no planeados para una sociedad que envejece a los niveles en que ahora lo hace, teniendo en cuenta que se espera que en 2050 poco más del 20% de la población mundial sobrepasará los 60 años, con mayor incidencia sobre los países desarrollados que ya están cercanos a esa tasa.

Como se evidenció en el marco contextual y si se sigue con la perspectiva de Torres-Gil (1991), la última etapa de esa evolución da un salto hacia la comprensión del problema como algo multidimensional, que incluso desborda al mismo Estado, para desde una perspectiva de gobernanza, llamar la atención sobre la necesidad de que todos los actores de la sociedad, por diversos procesos de coordinación, hagan parte de la construcción de soluciones de fondo para semejante problema.

Enfoques de Políticas Públicas para el Envejecimiento y Vejez

En función de lograr reunir aspectos que permitan una formulación de Política Pública, se analizarán en este apartado los principales enfoques de políticas ya formuladas.

Derechos Humanos

Como se mencionó en el capítulo contextual, los derechos humanos han sido un factor clave en la conceptualización del Envejecimiento. Para la CEPAL (2009), la elaboración de leyes, políticas, programas y proyectos, no deben partir de las necesidades de las personas, sino que deben entenderse las personas como sujetos con derechos que obligan al Estado y la sociedad a planificar mejor la toma de decisión:

El principio de la titularidad de derechos debe guiar las Políticas Públicas. Se trata de orientar el desarrollo conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales plasmados en acuerdos vinculantes tanto nacionales como internacionales (p.23).

Este mismo órgano, a través de un documento de Huenchuan & Piñero (2010), plantea que una aproximación a una convención internacional sobre el tema de Envejecimiento desde la perspectiva de derechos humanos debe poseer unas obligaciones generales, pero debe, sobre todo, garantizar los siguientes derechos:

1. *A la igualdad y a la no discriminación:* una adaptación a las necesidades particulares, mediante medidas de acción afirmativa y medidas especiales.

2. *Sensibilización*: en asociación con instituciones educativas, medios de comunicación y otras entidades de la sociedad civil, aumentar la conciencia sobre los derechos de las personas mayores; a través del reconocimiento de la autoridad, la sabiduría, la productividad; promoción de un trato digno y respetuoso y la promoción de una imagen positiva y realista del Envejecimiento, eliminando gradualmente los estereotipos.
3. *A la vida y a una muerte digna*: a través de limitar las condiciones de imposición de la pena de muerte o cadena perpetua a las personas mayores, el derecho a acceder a tratamientos paliativos para asegurar a los pacientes terminales una muerte digna y sin dolor y la prohibición de abandonar tratamientos o practica eutanasia activa por motivos económicos.
4. *A la integridad física, psíquica y emocional y a un trato digno*: considerando medidas para prevenir, eliminar o castigar a los responsables, frente a los malos tratos físicos, psíquicos, emocionales o económicos, la explotación y el abandono; sancionar y evitar experimentos médicos o científicos sin el consentimiento libre, previo e informado de la persona mayor; en este sentido, se deben brindar la garantía de la dignidad de quienes residen en centros asistenciales, tanto públicos como privados, con inclusión de visitas periódicas a centros médicos y psiquiátricos.
5. *A un trato preferencial en los establecimientos penitenciarios*: deben tener supervisión de un juez independiente e imparcial u otra autoridad competente.
6. *A la libre personalidad y con capacidad jurídica*: reconocer su capacidad para ejercer los derechos o para otorgar a otras personas las autorizaciones necesarias para actuar en su nombre.
7. *A participar en la vida social, cultural y política de la comunidad*: participar activamente en la formulación y aplicación de las medidas legislativas y Políticas Públicas; en actividades de voluntariado e intergeneracionales; desarrollo de programas y actividades

- sociales, culturales o de esparcimiento diseñadas específicamente para Adultos Mayores.
8. *A un nivel de vida adecuado y a los servicios sociales:* perspectiva etaria en los servicios sociales; facilitación al acceso físico y el transporte para dichos servicios.
 9. *A la salud física y psíquica:* sin discriminación y con pleno respeto a la dignidad y la autonomía; acceso preferencial; promoción del apoyo económico y técnico a la asistencia en el hogar.
 10. *A la educación y a la cultura:* políticas activas de lucha contra el analfabetismo, en particular entre las mujeres; participación activa en actividades culturales y programas de educación que permitan a las personas de edad transmitir sus conocimientos, cultura y valores espirituales.
 11. *A la vivienda y a un entorno saludable:* disfrutar de una vivienda adecuada y tener la prioridad en la asignación de viviendas o tierras.
 12. *Al trabajo:* tener acceso a actividades que generen ingresos; igualdad en el trato de oportunidades en materia de remuneración, condiciones de trabajo, orientación y capacitación profesional, reincorporación al mercado laboral, medidas de reducción gradual de la jornada laboral, empleos a tiempo parcial y horarios flexibles.
 13. *A la seguridad social:* igualdad en las condiciones de jubilación entre hombres y mujeres; prohibición de reducción de condiciones de jubilación; responder eficientemente a las denuncias jurídicas para el otorgamiento de beneficios por edad avanzada o viudez.
 14. *Atención particular a la situación y necesidades de las mujeres:* reconocimiento del papel de la mujer en el desarrollo político, social, económico y cultural; garantía del acceso a seguridad social, sobre todo producto de ocupaciones no estructuradas formalmente.
 15. *De los pueblos indígenas:* protección a los sistemas familiares sobre la base de igualdad de género y generacional.

Desarrollo Humano

Frente a este enfoque, Daza (2011) propone que entendiendo las conceptualizaciones de Amartya Sen, Max Neef, las Naciones Unidas y Mahbub ul Haq, el desarrollo humano en el marco de una política implica concebir al ser humano desde lo individual (persona), lo colectivo (la persona en su entorno) y lo social (la sociedad en la persona), lo cual está influenciado por la política, la economía, el entorno social, la tecnología, la naturaleza y la educación. Para la autora, el enfoque de desarrollo humano implica relaciones transversales, se relaciona con el incremento de la calidad y la satisfacción de las necesidades; en otras palabras, tiene relación directa con el ciclo de vida, pues el desarrollo de una etapa y su satisfacción, tendrá relación con la siguiente y así sucesivamente hasta la Vejez.

En el Informe de Desarrollo Humano (PNUD, 2014) se presenta las principales capacidades y vulnerabilidades asociadas con el ciclo de vida. La formación de capacidades presenta dos características: 1. Las inversiones (materiales e inmateriales) dependen de la trayectoria seguida, tienen incidencia directa en las etapas posteriores y se relacionan con el entorno inmediato, la comunidad y la sociedad. 2. Las perturbaciones a corto plazo suelen tener consecuencias en el largo plazo. Según el informe, cuando las inversiones en las capacidades vitales se producen en los primeros años, las perspectivas futuras son mejores; pero si sucede lo contrario, la falta de inversiones oportunas y continuas puede comprometer la capacidad de la persona para alcanzar un potencial de desarrollo humano pleno (gráfico 12); las inversiones posteriores pueden aportar, pero por lo general son parciales.

Cuando se realizan las inversiones en capacidades vitales en una etapa más temprana, las perspectivas futuras son mejores

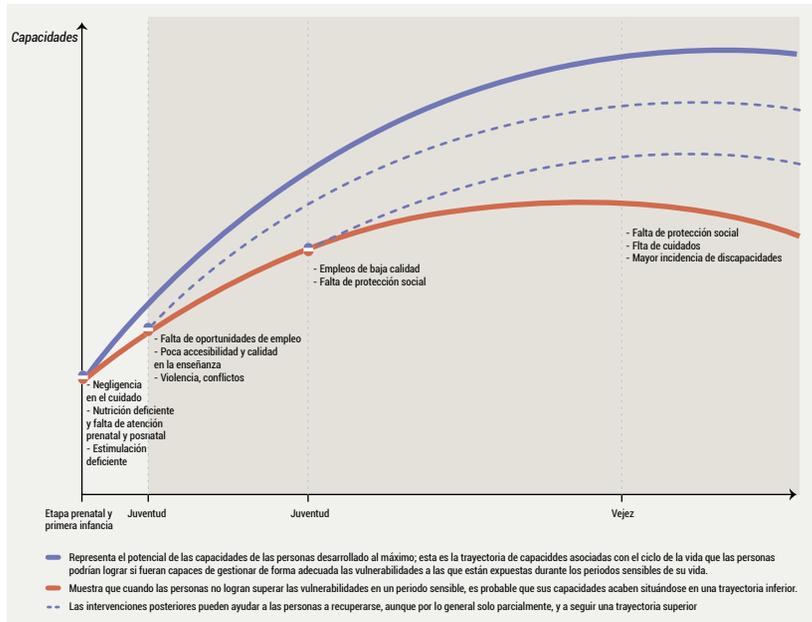


Gráfico 12. Relación entre capacidades y etapas del ciclo de la vida conforme a las inversiones en capacidades vitales

Fuente: PNUD (2014).

En otras palabras, según el informe existen multiplicidad de factores que generan vulnerabilidad a lo largo de la vida del ser humano y cuando éstas son estructurales, tendrán consecuencias en la adultez o el edad avanzada; situación que responde a factores no solo de género, etnia y desigualdad intergrupar, sino que “el acaparamiento de los sistemas políticos limita el debate público y reduce las oportunidades de examinar de forma crítica los valores y prioridades de la sociedad” (PNUD, 2014, p. 7).

Elementos conceptuales para la formulación de una Política Pública sobre Envejecimiento y Vejez

Conforme todo el contenido del capítulo contextual y el capítulo teórico, podría decirse que en primer lugar el término para referirse a los viejos o quienes están en edad avanzada o después de los 60 es Adulto Mayor, pues muchas otras expresiones tienen una historia del lenguaje sobre el que subyacen aspectos peyorativos o discriminatorios, fomentando aún más los paradigmas y estereotipos frente al tema. Un enfoque importante a considerar frente a las Políticas Públicas sobre Vejez y Envejecimiento, es el de derechos humanos, dado que plantea directamente la responsabilidad del Estado sobre la garantía de la dignidad de las personas.

Dicho enfoque ha ido avanzado paulatinamente hacia una comprensión más integral, que es precisamente la que plantea el enfoque de desarrollo humano, en la cual converge directamente el entendimiento del ciclo de vida y las condiciones en cada una de sus etapas. Las capacidades o vulnerabilidades de las primeras etapas de la vida impactan directamente las capacidades o vulnerabilidades en las etapas futuras; situación que es coherente por un lado con el enfoque multicausal y multidisciplinar que se plantea en el entendimiento del Envejecimiento y la Vejez y segundo, con las diferentes perspectivas teóricas que han develado, la preocupación histórica frente al tema.

Sin embargo, en este apartado se propone un enfoque complementario e integrador para el entendimiento del Envejecimiento y la Vejez con miras a propuestas de Políticas Públicas. Primero, en la esencia del enfoque del desarrollo humano, se encuentra un enfoque de la dignidad humana, de la comprensión del ser vivo como eje central de cualquier discusión sobre determinado fenómeno y anclado a este concepto se encuentra la ética como ciencia que reflexiona la moral de la sociedad.

En otras palabras, se propone un enfoque integrador de la **Ética del Cuidado**, de la cual Velásquez (2006) citado por Toro (2013) propone hacer hincapié sobre dos exigencias morales: 1. Todas las personas existen

dentro de una trama de relaciones específicas que se deben preservar y nutrir y 2. Se debe tener cuidado especial con aquellos con quienes se tienen relaciones, aquellos que son vulnerables y aquellos que dependen de nuestro cuidado.

La corriente de la ética del cuidado ha sido generalmente relacionada con la ética feminista, sin embargo, la ética del cuidado, como lo menciona la autora: “busca reivindicar el papel de las emociones y sentimientos en la vida moral, adquiriendo una visión particular, centrada en los sujetos”. De este modo, se asume que la ética del cuidado, presenta un constructo de principios y valores, que aunque en sus inicios se relacionaron esencialmente con la conducta de la mujer, ha sido ampliada desde diferentes enfoques y debe ser entendida según Toro (2013) como:

Una forma de aplicar principios y valores universalmente construidos y adaptados en función también de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, lo que conlleva a la práctica del amor, la cooperación, la solidaridad y el respeto en un marco común (p.56).

La ética como reflexión sobre la conducta humana, se plantea como un foco inherente de discusión frente a los fenómenos relacionados con la vida y su desarrollo; la ética del cuidado se propone como enfoque, cuya corriente ha estado en el marco de la Salud y cuyos postulados implican, asumir una sensibilidad frente a la dignidad humana. Para Iacub (2001), la post-gerontología implica la ética como elemento esencial, si se tiene en cuenta la Vejez como parte de una política de edades. La perspectiva ética implica que “en la construcción social del Envejecimiento, se especifiquen cuáles son las representaciones de Vejez en el contexto, cuál es el sujeto producido y por último, como autoreflexión del propio gerontólogo, desde qué tipo de representación disciplinaria está actuando”. Relacionado con el enfoque, se propone un modelo conceptual (gráfico 13), el cual está basado en dos esquemas:

1. Propuesto por Zetina en Daza (2011), en el curso de la vida transita de acuerdo a una secuencia y posee influencias biológicas, demográficas, socioeconómicas, socioculturales y psicológicas, con un enfoque transversal en el desarrollo humano.

2. Propuesto por Bass en Bengtson, *et al.* (2009), en el cual se propone una teoría integradora de la gerontología social, en donde existe una torre o esquema vertical que semeja la vida de cualquier ser humano de acuerdo a su experiencia acumulada; en ésta existen cuatro grandes elementos estructurales: la economía, el Estado, la cultura y la sociedad; cada uno de esos componentes interactúan y tienen varias interacciones en el tiempo. El modelo plantea como componentes:

- a. La familia, la religión, las tradiciones culturales y las expectativas.
- b. Circunstancias micro y macro económicas y bienes individuales.
- c. Política Pública, servicios de salud, sistemas de soporte social y programas gubernamentales.
- d. Construcciones sociales (estatus, poder y estratificación social).
- e. Contextos históricos residuales.
- f. Condiciones psicológicas, fisiológicas y genéticas.



*Gráfico 13. Modelo conceptual para Política Pública de Envejecimiento y Vejez
Fuente: Elaboración propia a partir de Daza (2011) y Bars en Bengtson (2009).*

El modelo teórico propuesto para una Política Pública sobre Envejecimiento y Vejez, se plantea en espiral, es decir, en el curso de vida del ser humano, se tendrán influencias directas de diversos contextos y en esta influirán directamente las condiciones económicas, educativas, culturales y de salud. Estas condiciones se plantean en relación directa, por lo que deberán ser investigadas y monitoreadas de forma independiente, pues como se analizó en el marco contextual, dos de las principales dificultades que enfrenta el Envejecimiento en Colombia son los ingresos seguros (relación directa con las condiciones económicas y socio-demográficas) y las capacidades (relación directa con la educación, la cultura y la salud).

En este capítulo se presentan las consideraciones teóricas respecto a los ejes temáticos de la investigación y la propuesta para Política Pública sobre Envejecimiento y Vejez; se inicia con las aproximaciones conceptuales frente a la metodología y luego se describen cada una de las fases necesarias para el desarrollo de la investigación.

Consideraciones metodológicas

Objetivo

Caracterizar la situación actual del Adulto Mayor en la Ciudad de Manizales, con el fin de establecer la línea base para la formulación de la Política Pública. La investigación se orientó bajo un enfoque mixto, combinando características de orden cualitativo y cuantitativo, tanto desde el planteamiento de las variables e instrumentos, como en las herramientas para el análisis e interpretación de los datos (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

La propuesta metodológica de esta investigación fue descriptiva con recolección de información de tipo transversal. Vale la pena mencionar que ésta investigación estuvo orientada por el enfoque

investigación para la acción y la toma de decisiones-IAD, propuesta por el Instituto de Desarrollo Rural -SLE- de la Universidad Humboldt de Berlín, que ha sido transferida a la Universidad Autónoma de Manizales. Dicho enfoque plantea una simbiosis entre procesos de consultoría y procesos investigativos, es decir, lograr investigaciones de corta duración (concentración de recurso humano) que posibiliten una mejor toma de decisiones para los gestores públicos y privados.

Por esta razón, se adoptó dicha metodología para el desarrollo de la investigación, de tal manera que mediante los resultados e información de la línea base, se posibilitará el establecimiento de los lineamientos de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez en la ciudad de Manizales, en un período de corta duración y que cumpliera con el debido rigor investigativo.

Para el despliegue del proceso metodológico se tuvo en cuenta algunos aspectos como: 1. análisis de los principales actores que intervienen en la problemática de estudio (Adultos Mayores, representantes de instituciones y representantes de entidades oficiales y privadas); 2. análisis de los principales indicadores que orientan la toma de decisiones y, a partir de estos, 3. definición de los aspectos que requerían ser ampliados mediante información primaria (encuesta, grupo focal), que permitiera reflejar la situación actual de la población sujeto de estudio; 4. análisis sistemático de la información, que permitiera la definición de los componentes de las dimensiones examinadas, a partir de las cuales, se sustentaran las estrategias derivadas de la investigación; y 5. la socialización constante, tanto de las decisiones inherentes durante el proceso investigativo, así como de los resultados, permitiendo una retroalimentación desde la perspectiva de los involucrados.

Población y muestra

La captura de la información de la población de Adultos Mayores de Manizales, se realizó mediante una muestra representativa, que

permitiera identificar sus características más importantes. Los criterios para la recolección de información, fueron:

Personas mayores de 60 años, consideradas Adultos Mayores según clasificación de la Organización Mundial de la Salud OMS para países en vía de desarrollo. De acuerdo con la proyección del DANE para el año 2012, en Manizales existían 53.359 Adultos Mayores de 60 años. Dato con el cual se realiza el muestreo, puesto que es para ese año, que se tienen datos exactos por parte de la Alcaldía de la población beneficiaria de apoyo estatal.

Diseño muestral

Para la selección de los encuestados, se consideró la comuna como un indicador de estrato socioeconómico y la vinculación o no a programas y beneficios estatales (tabla 6), es decir, la población en general de Adulto Mayor de Manizales (sin beneficio estatal) y aquella con algún tipo de beneficio estatal por comunas para el año 2012, tal como está descrito en apartados posteriores.

<i>Comuna</i>	<i>Nombre</i>	<i>Población general</i>	<i>Beneficio Estatal*</i>		
			<i>CPSAM**</i>	<i>Centros Día</i>	<i>Centros Vida</i>
Comuna 1	Atardeceres	4.708	158	75	0
Comuna 2	San José	3.201	0	38	105
Comuna 3	Cumanday	5.764	0	33	0
Comuna 4	La Estación	3.921	0	90	0
Comuna 5	Ciudadela del Norte	5.693	65	372	0
Comuna 6	Ecoturístico Cerro de Oro	4.105	20	221	0
Comuna 7	Tesorito	2.857	0	80	0

Tabla 6. Total de población de Adulto Mayor en Manizales para el año 2012

<i>Comuna</i>	<i>Nombre</i>	<i>Población general</i>	<i>Beneficio Estatal*</i>		
			<i>CPSAM**</i>	<i>Centros Día</i>	<i>Centros Vida</i>
Comuna 8	Palogrande	4.644	0	0	0
Comuna 9	Universitaria	5.131	0	232	0
Comuna 10	La Fuente	5.794	35	195	100
Comuna 11	La Macarena	4.096	0	191	0
	Rural	3.445	0	109	0
	Totales	53.359	278	1636	205

**Algún beneficio estatal **CPSAM Centros de Protección Social al Adulto Mayor*

Fuente: elaboración propia con cifras DANE y Alcaldía de Manizales.

Parámetros y estimadores

Una vez construido el instrumento, se realizó la prueba piloto (30 encuestas: 5 por estrato), la cual permitió definir parámetros, como: el acceso a vivienda propia; saber leer y escribir; poder recurrir a la familia en busca de ayuda; acceso al servicio de salud, calificación que se le da al servicio de salud que recibe, autopercepción de salud y discapacidad. En cuanto a los estimadores, éstos se definieron por el nivel de ocurrencia positiva (proporciones) de las preguntas definidas según los parámetros.

Tamaño de muestra

Una vez recolectados los datos suministrados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE–, con la proyección de la población mayor de 60 años para cada una de las comunas (teniendo en cuenta a la comuna no como indicador de estrato socioeconómico, sino como estratificación de la ciudad, de modo tal que se garantice completa aleatoriedad), para obtener una representación adecuada de la población manizaleña de la ciudad de Manizales y la zona rural, y los datos suministrados por la Alcaldía, se calculó el tamaño de la muestra,

la cual se hizo a través de la técnica de *Muestreo Aleatorio Estratificado con Afijación Proporcional*, en la cual se asumió un error relativo del 2% y un nivel de confianza del 95%, lo que permitió definir una total de 1252 Adultos Mayores, así:

$$n = \frac{\sum W_n S_n^2}{me^2/z^2 + \sum W_n S_n^2/n}$$

W_n: Peso de cada estrato sobre el total de la muestra

S_n: Varianza del estrato

me: error relativo

z: intervalo o nivel de confianza

Distribución proporcional

Una vez definido el tamaño de la muestra, se realizó una distribución proporcional de acuerdo al tamaño de la población Adulto Mayor por comuna, así como para quienes reciben algún tipo de beneficio estatal de acuerdo a la ubicación de los Centros de Protección al Adulto Mayor, Centros Día y Centros Vida. Para la zona rural se tuvo en cuenta la proporción de población por corregimiento, eligiendo los dos con mayor población. La tabla 7 describe los tamaños muestrales específicos por comuna y la zona rural.

<i>Comuna</i>	<i>Muestra con beneficio estatal</i>	<i>Muestra sin beneficio estatal</i>	<i>Total</i>
Atardeceres	28	82	110
San José	18	58	76
Cumanday	4	131	135
La Estación	19	73	92
Ciudadela del Norte	46	88	134

*Tabla 7.
Tamaño muestral por comuna y zona rural de Manizales*

<i>Comuna</i>	<i>Muestra con beneficio estatal</i>	<i>Muestra sin beneficio estatal</i>	<i>Total</i>
Eco turístico Cerro de Oro	29	67	96
Tesorito	10	57	67
Palogrande	0	109	109
Universitaria	29	92	121
La Fuente	40	95	135
La Macarena	24	73	97
Rural	13	67	80
Total	261	991	1252

Fuente: elaboración propia.

Fases del proceso

Para la puesta en marcha de la investigación, se definieron cuatro etapas, las cuales tuvieron un carácter iterativo, puesto que el desarrollo de una demandaba visualizar los aportes de la otra y viceversa, tratando siempre de mantener el principio de participación requerido en las investigaciones relacionadas con Políticas Públicas. En el gráfico 14 se presentan las fases metodológicas, que posteriormente serán ampliadas de acuerdo al desarrollo de cada una.

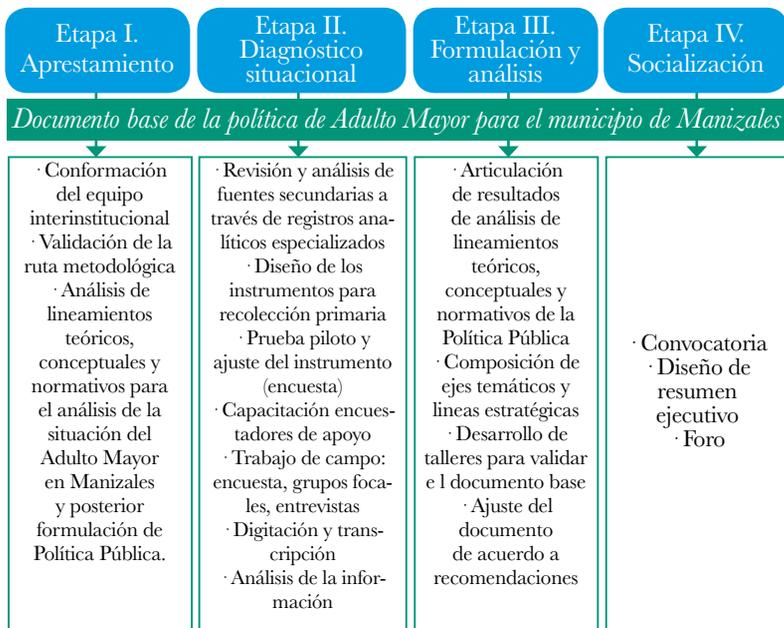


Gráfico 14. Fases del proceso metodológico

Fuente: elaboración propia.

Fase I. Aprestamiento

Correspondió a la conformación del equipo interinstitucional responsable del estudio, el cual se conformó con investigadores principales, co-investigadores, auxiliares de investigación, asesores y los profesionales universitarios de la Alcaldía Municipal.

Esta fase, se hizo bajo un enfoque participativo, es decir requirió indagar, presentar y validar constantemente los avances de la investigación; por esta razón se convocó y activó el Comité Técnico de Adulto Mayor, integrado por representantes de las entidades responsables del cuidado de la población Adulto Mayor de la Ciudad y quienes desde su experiencia, conocían las dinámicas y estaban en capacidad de orientar las decisiones que se derivaran de la investigación.

Fase II. Diagnóstico Situacional

Es en esta fase, se definieron las principales condiciones de análisis para el estudio, tanto desde el punto de vista primario (información directa de los sujetos y/o beneficiarios del estudio) como desde el punto de vista secundario (informes, documentos, estudios, etc.). Ambas fuentes permitieron un acercamiento a la problemática, de cara a racionalizar sobre los ejes temáticos y estadísticos del estudio. Para ello, se definieron las técnicas de recolección de información primaria y se construyeron los instrumentos utilizados para éste propósito.

Técnicas e Instrumentos de recolección: teniendo como precedente la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, el documento base de la Universidad Nacional de Colombia que la sustenta y otras políticas, al igual que el marco teórico de la investigación, se definieron algunas de las principales dimensiones para este tipo de población en materia de Política Pública, así: Demográfica, Económica, Social, Salud y Participación, utilizadas como marco para el diseño de varios instrumentos.

a. Registros analíticos especializados-RAES: utilizados para la recolección de información secundaria, los cuales tuvieron como objetivo identificar los principales conceptos, teorías y cifras oficiales de la población sujeto de estudio, los cuales fueron analizados en matrices de lectura en excel.

b. Encuesta: para recolectar información primaria de la población sujeto de estudio. Se elaboró un cuestionario (anexo 1), en el cual se realizó una indagación de las diferentes dimensiones del desarrollo humano de los Adultos Mayores, teniendo en cuenta aspectos culturales, sociales, educativos, económicos, en salud y de participación y además de indago por una nueva dimensión denominada “propositiva”, en la que se definieron las expectativas e intereses de los Adultos Mayores para ser tenidas en la formulación de la política. La encuesta para Rodríguez (2007), citado por Salazar (2014), es ante todo una estrategia de aprendizaje, pues la encuesta debe primero estar en la mente, luego

en el papel y finalmente en la experiencia; se entiende que el método de la encuesta no es solo un medio para recabar información, sino para avanzar sobre el conocimiento de la experiencia de los involucrados; en este caso de los Adultos Mayores de la ciudad de Manizales.

Una vez definidas las dimensiones y preguntas que permitían responder a las características de los Adultos Mayores, se realizó un proceso de validación de expertos con las secretarías de despacho de Desarrollo Social, Planeación Municipal y el Comité Técnico del Adulto Mayor de la Ciudad de Manizales. Posteriormente se desarrolló la prueba piloto que permitió realizar ajustes al instrumento con base en las sugerencias producto del trabajo de campo. Finalmente se logró retroalimentar, validar y aprobar un instrumento por parte de representantes de la academia, del sector público y de la población sujeto de estudio, el cual fue aplicado con técnicas probabilísticas, a 1259 Adultos Mayores del área urbana y rural del Municipio.

c. Grupos focales: Un grupo focal se define como una entrevista grupal, es decir reuniones de grupos pequeños o medianos (3 a 10 personas) en los cuales las personas conversan en torno a un tema bajo la dirección de un experto, en este caso el investigador (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Los Grupos Focales se usaron para identificar otras perspectivas de análisis desde las personas que atienden a dicha población (representantes de las instituciones que prestan servicios a la población Adulta Mayor y representantes de entidades que dirigen programas y proyectos a este grupo poblacional; no se incluyó al Adulto Mayor, puesto que este sería encuestado y se contaba con la validación constante del comité de Adulto Mayor.

Los realizados en la investigación fueron insumo en la triangulación de la información para cada una de las dimensiones; los participantes fueron representantes de entidades de carácter público y privado, un segundo grupo conformado por líderes comunitarios y el tercero por representantes de la academia.

Trabajo de campo: Para la aplicación de la encuesta, se contó con una coordinadora de trabajo de campo y 16 encuestadores, con quienes se recolectó la información en un período de 15 días; éstos fueron capacitados y entrenados para la aplicación del instrumento y tuvieron una guía orientadora del proceso en campo.

La recolección de información se realizó en cada comuna, basado en el registro de las fichas catastrales de la ciudad de Manizales, las cuales fueron elegidas mediante un sistema de números aleatorios en la aplicación de procesamiento de datos Excel, los cuales fueron ingresados posteriormente al sistema de Geo-referenciación municipal para permitir la ubicación de las viviendas. Cada ficha catastral fue impresa, resaltando el predio donde se debía realizar la encuesta, las cuales eran entregadas de acuerdo a barrios y comunas.

Una vez el encuestador ubicaba la vivienda, debía identificar la presencia de un Adulto Mayor en el predio seleccionado. En caso de no habitar un Adulto Mayor, se debía elegir como segunda opción la casa del lado derecho y como tercera opción la casa del lado izquierdo y así sucesivamente.

Sistematización de la información: Los datos obtenidos en las encuestas fueron registrados en una base de datos creada en el software de análisis estadístico SPSS Versión 19 (Statistics Package for the Social Science). Lo concerniente a la información cualitativa derivada de los grupos focales, fue transcrita en su totalidad y organizado en matrices de excel, al igual que la información secundaria obtenida de diferentes fuentes documentales, las cuales fueron analizadas a partir de Registros Analíticos Especializados.

Plan de análisis: Se realizó un análisis univariado de los elementos definidos en las dimensiones de trabajo y posteriormente se hizo un análisis comparativo por rangos de edad y género. Seguidamente se hicieron diversos análisis bivariados de acuerdo a los aspectos a profundizar definidos por los grupos focales, de manera que se pudiera

efectuar una triangulación con la información derivada de la revisión documental.

Para el caso de los análisis bivariados, además de los elementos descriptivos se aplicó la prueba de Chi cuadrado χ^2 , en la cual se consideró la asociación de las variables cuando la significación de la prueba fue inferior al 5%. Es decir, cuando se aplica la prueba Chi cuadrado se considera que las variables son dependientes, entonces si el valor de la significación es menor o igual a 5%, la hipótesis se valida y las variables tienen relación. Así mismo, se evaluó el coeficiente de asociación entre dichas variables teniendo como criterio de evaluación un nivel bajo para los valores inferiores a 0,3, un nivel moderado para los valores entre 0,3 e inferiores a 0,7 y un nivel alto para aquellos valores superiores a 0,7.

Fase III. Análisis y Formulación de lineamientos para la Política Pública

Con base en el diagnóstico situacional de los Adultos Mayores, el equipo de trabajo estructuró una propuesta para la formulación de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez del municipio de Manizales, teniendo como insumos: la política nacional de Envejecimiento y Vejez, los resultados propios de esta investigación, la oferta de programas y/o proyectos existentes según informe de la Dirección Territorial de Salud de Caldas DTSC y la información primaria de la Alcaldía de Manizales. Es así como se estructuró el documento propuesta de Política Pública de Envejecimiento y Vejez de la ciudad de Manizales teniendo en cuenta:

- Definición de los principios que guiaran el desarrollo de la política.
- Definición de Objetivo General y Objetivos Específicos.
- Definición de ejes, líneas, programas y estrategias que puedan guiar el plan de acción la Política Pública de Envejecimiento y Vejez.

Fase IV. Socialización

Como ya se mencionó en las consideraciones teórico - reflexivas, en parte, involucrar la metodología de investigación para la acción y la toma de decisiones IAD, es lograr una socialización oportuna y permanente de los resultados obtenidos, no solo con el ámbito académico (como es costumbre), sino con la misma población sujeto de estudio, como principal beneficiario, y las instituciones responsables operativas, con quienes se deben validar las estrategias definidas a fin de lograr coherencia entre lo planteado y su viabilidad. Para ello se desarrollaron:

- Dos talleres de socialización (Adultos Mayores, Entidades, Secretarías de despacho).
- Un foro ampliado (Juntas de acción comunal, Adultos Mayores, alcaldía, secretarías de planeación y desarrollo social, otras secretarías y comunidad en general).
- Material impreso (Cartilla y este libro).

En este capítulo se presenta la línea base de los principales resultados obtenidos del estudio para cada una de las categorías de indagación. Del mismo modo, una vez presentados los datos, éstos serán analizados en un aparte de discusión, del cual se desprenden las consideraciones para la propuesta de Política Pública del capítulo 5.

Línea base sobre la situación del Adulto Mayor en Manizales

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de la recolección de información de los Adultos Mayores de la ciudad de Manizales, de acuerdo al diseño muestral del área urbana (once comunas) y área rural (dos corregimientos de mayor población). Complementada con los hallazgos obtenidos a través de tres grupos focales con actores relevantes: con la institucionalidad, representantes de la academia y con líderes comunitarios.

Características Sociodemográficas del Adulto Mayor de Manizales

En un primer análisis sobre la edad, se observa que tres de cada cuatro Adultos Mayores de Manizales son menores de 75 años (gráfico 15), lo que se refleja en un promedio de edad de 70 años, con una edad mínima de 60 años y máxima de 94 años. Al comparar las edades por el género se encuentra que existe homogeneidad en ambos grupos, no obstante, la distribución en la zona rural muestra la presencia de más hombres que mujeres.

Al contrastar estos datos con información de la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC, 2012) en el que la Ciudad de Manizales tenía 49.724 Adultos Mayores, lo que equivalía al 12,8% del total del Departamento, se observó que la presencia de hombres (58%) era mayor que el de las mujeres (42%); no obstante, el diseño muestral, como ya se mencionó en el apartado anterior, se hizo con 53359 la población Adulto Mayor al 2012. Situación que es contraria desde los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2010 (Profamilia, 2010), en donde para Caldas existió una mayor proporción de Adultos Mayores mujeres (54%) respecto a los hombres (45,9%) y una concentración de Adultos Mayores de 30,2% en la zona rural.

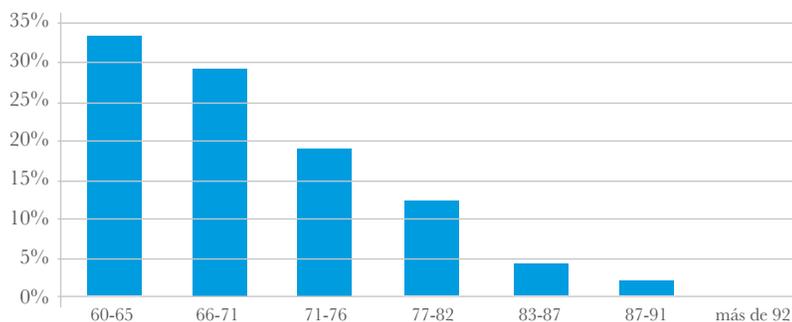


Gráfico 15. Distribución porcentual por grupos de edad del Adulto Mayor en Manizales

Fuente: elaboración propia.

En un análisis por comunas (gráfico 16), se identificó que existe un mayor porcentaje de Adultos Mayores de 75 años (11,4%) en la comuna Atardeceres entre 70 y 74 años (13,8%), en la comuna La Fuente, entre 65 y 69 años (11,1%) en la comuna Ecoturística Cerro de Oro y entre 60 y 64 años (13,3%) en la comuna Ciudadela del Norte. En la zona rural sobresale una mayor proporción en la población entre 60 y 64 años, seguida de la población mayor de 75 años.

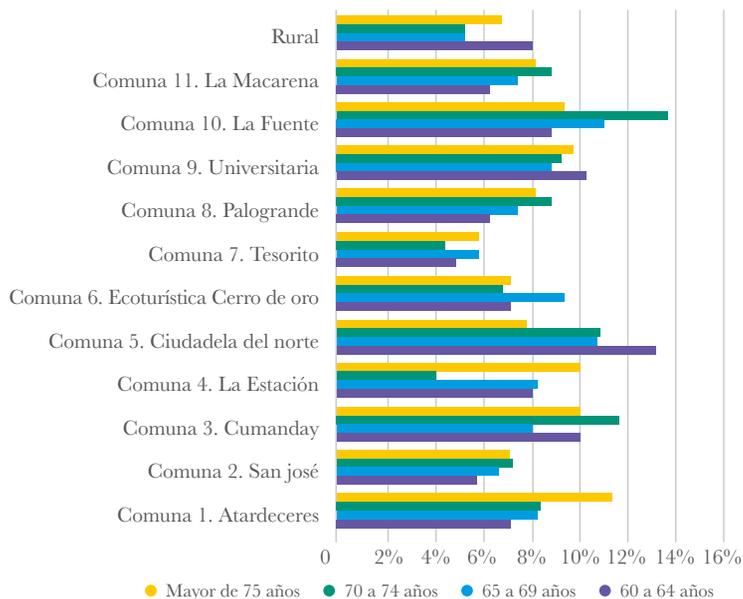


Gráfico 16. Distribución porcentual por grupos de edad del Adulto Mayor en las comunas de Manizales

Fuente: elaboración propia.

Respecto al estado civil (gráfico 17), se encontró que el 14% de la población Adulto Mayor es soltera, el 45% en unión marital o de hecho, el 13% son separados o divorciados, el 25% viudo y un 3% no suministra información; situación que es similar a la tendencia del país según PROFAMILIA (PROFAMILIA, 2010, p. 508) donde la mayoría de esta población esta principalmente casada (50,3% Hombres y 27,7% Mujeres) y viuda (11% Hombres y 38,2% Mujeres).

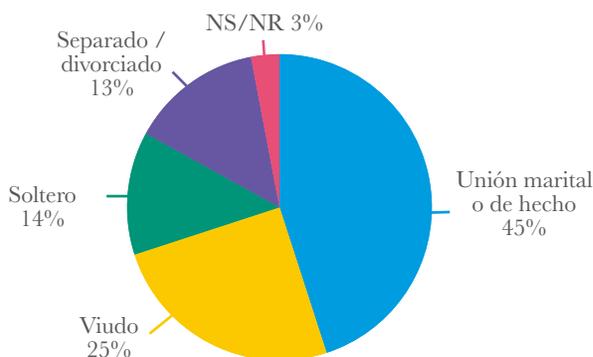


Gráfico 17. Distribución porcentual del estado civil del Adulto Mayor en Manizales

Fuente: elaboración propia.

Con respecto al estado civil del Adulto Mayor, se encuentra que el 45% de ellos, se encuentra en unión marital o de hecho; viudos, el 25%, 14% solteros, seguido de un 13% separados o divorciados (gráfico 18).

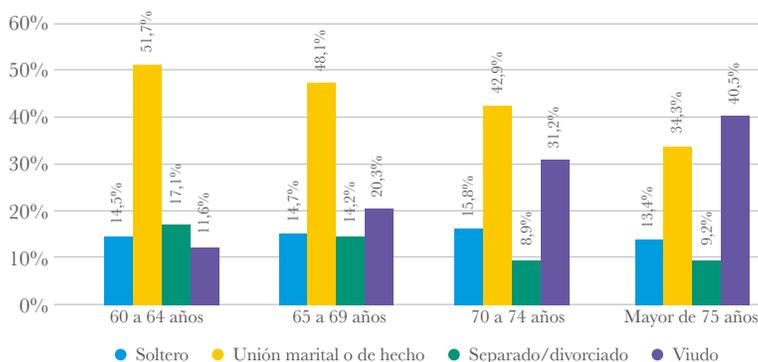


Gráfico 18. Estado civil por grupos de edad del Adulto Mayor en Manizales

Fuente: elaboración propia.

Características Económicas del Adulto Mayor en Manizales

En cuanto a la situación económica, ésta fue analizada a partir de la relación entre el monto de ingresos y gastos. Los ingresos del Adulto Mayor de Manizales provienen principalmente del apoyo de terceros (35%), seguido de la pensión propia (33,4%) y de algún tipo de beneficio Estatal (22,5%). En otras palabras, el 57,5% de los Adultos Mayores manifiesta que sus ingresos dependen de condiciones externas (gráfico 19); tendencia que es igual para la población de la zona rural. Se debe tener en cuenta que los ingresos pueden provenir de diferentes fuentes, por lo que se tuvo respuesta múltiple. Quienes manifestaron que la procedencia de su ingreso es de beneficio Estatal, en su mayoría (22,5%) proviene del programa de subsidios Colombia Mayor y de otras formas en especie como los Centros Día.

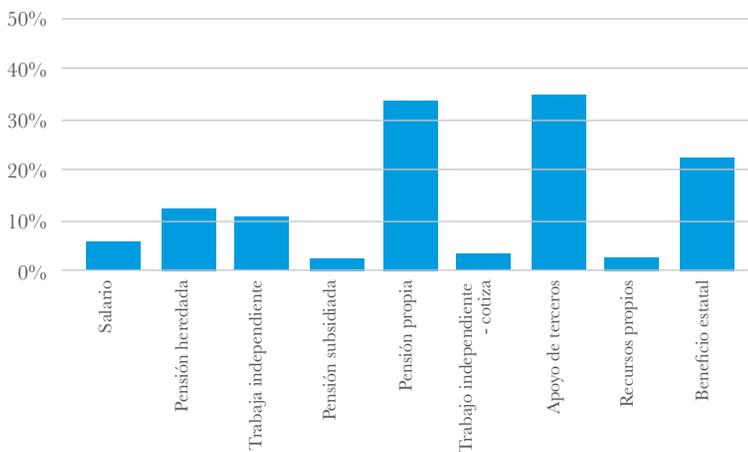


Gráfico 19. Distribución porcentual de la procedencia de los ingresos del Adulto Mayor en Manizales

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al monto de ingresos mensuales que recibe la población Adulta Mayor, el 45,1% recibe menos de 1 SMMLV (Salario Mínimo Mensual Legal Vigente), lo que es acorde con los montos actuales de los beneficios Estatales (\$ 95.000) y de quienes manifestaron recibir apoyo de terceros, en donde el 59,2% recibe menos de 1 SMMLV. El 43,4% recibe entre 1 y 2 SMMLV, tan solo un 3,4% de los Adultos Mayores reciben entre 3 y 4 SMMLV y en el extremo inferior un 0,5 % manifiestan recibir más de 6 salarios mínimos (gráfico 20).

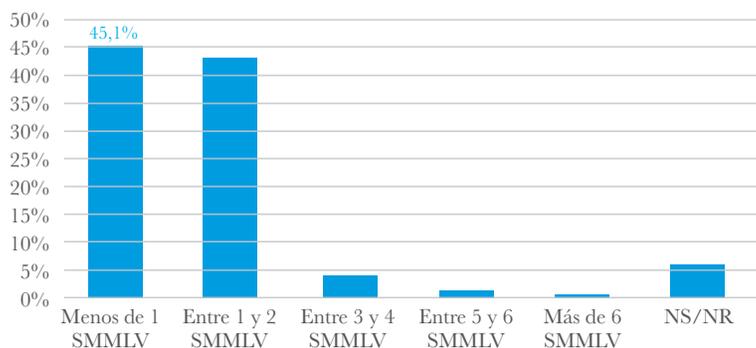


Gráfico 20. Distribución porcentual del monto de los ingresos del Adulto Mayor en Manizales
Fuente: elaboración propia.

El uso principal que hacen las personas mayores de sus ingresos está centrado en alimentación (55,6%) y en vivienda (29,6%) es decir cubrir necesidades de primer nivel. Llama la atención que el 4,4% de los Adultos Mayores utilizan sus ingresos para el apoyo a terceros, siendo menor el porcentaje utilizado para las otras categorías importantes para ésta población como vestido, recreación y ahorro (gráfico 21). Tendencia que permanece igual en el análisis bivariado entre monto de los ingresos y destinación de los mismos.

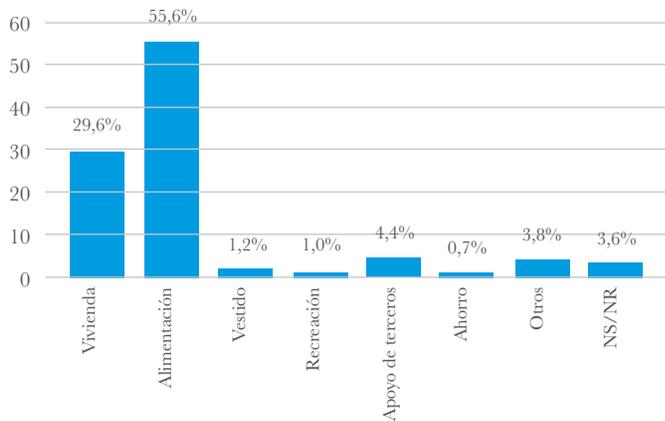


Gráfico 21. Distribución porcentual de la destinación de los ingresos del Adulto Mayor en Manizales

Fuente: elaboración propia.

Características Sociales del Adulto Mayor en Manizales

El tipo de vivienda que predominó en las personas encuestadas fue el de casa o apartamento para un total del 90,7%, de los cuales el 59,2% eran propietarios de las mismas; cifra que se corrobora con la tendencia marcada según tipo de vivienda en los datos del DANE Censo: 2005.

Pese a que, en la encuesta, la opción de casa y apartamento se muestran independientes, éstas son las dos opciones con mayor frecuencia de respuesta y en conjunto representan el 95% (Gráfica 22). La segunda tendencia en orden descendente con un 26,6% fue para quienes viven en arrendamiento y el 2% en Centros de Bienestar para el Adulto Mayor (gráficos 23 y 24).

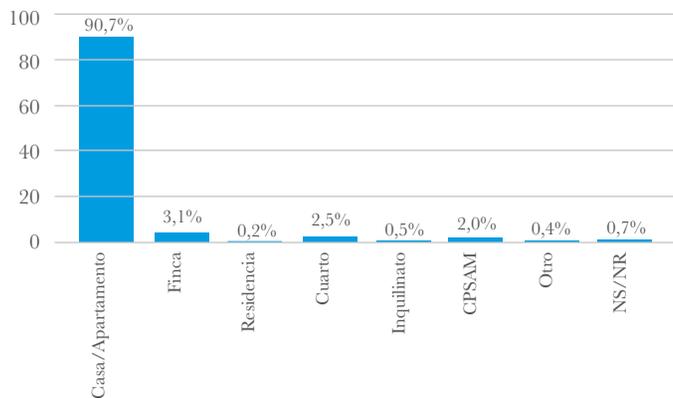


Gráfico 22. Distribución porcentual del tipo de vivienda de los Adultos Mayores en Manizales

Fuente: elaboración propia.

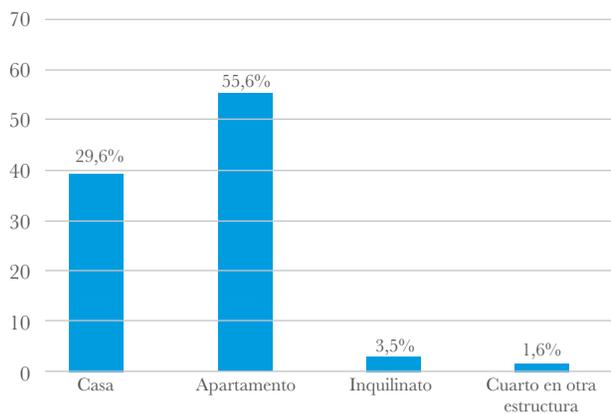


Gráfico 23. Distribución porcentual del tipo de vivienda de la población de Manizales, según Censo 2005

Fuente: Elaboración propia con datos de DANE (2005).

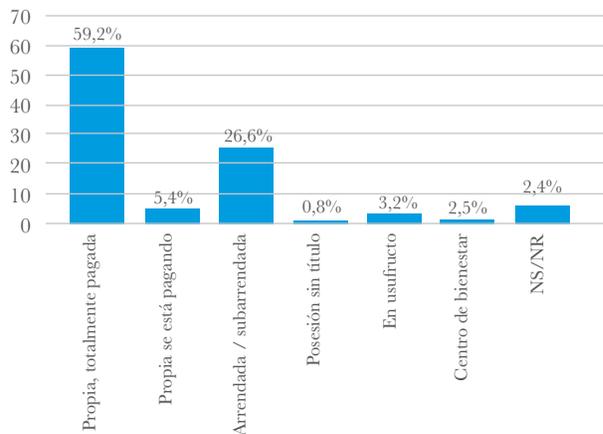


Gráfico 24. Distribución porcentual de tenencia de vivienda de los Adultos Mayores en Manizales

Fuente: elaboración propia.

Cabe resaltar que, pese a que más de la mitad de la población Adulto Mayor cuenta con vivienda propia, sigue siendo significativo el porcentaje de Adultos Mayores que no cuentan con un bien inmueble, sea porque durante su vida no pudieron acceder a uno o porque en el trayecto de su vida lo hayan perdido.

Respecto a la percepción que tienen sobre las condiciones de sus viviendas, el 54% afirmó que son buenas, el 19% excelente y solo el 1% la calificaron como malas o pésimas (gráfico 25). En este punto cabe advertir que el estudio en ningún momento pretendió verificar que dichas condiciones en efecto cumplieran con condiciones de calidad, de ahí que los datos reflejen únicamente la percepción de quienes habitan las viviendas.

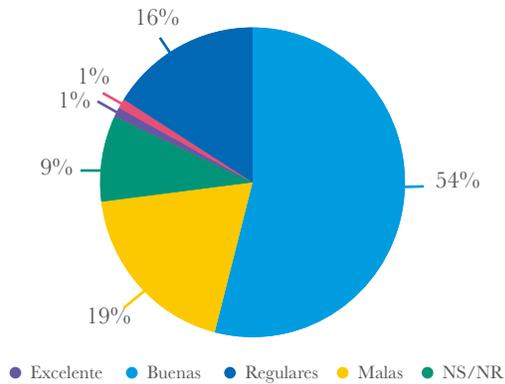


Gráfico 25. Distribución porcentual de la percepción de las condiciones de vivienda de los Adultos Mayores en Manizales

Fuente: elaboración propia.

La segunda variable que se indagó en el apartado social, fue educación. Como primer hallazgo se encontró que el 91,4% de los encuestados sabe leer y escribir y solo el 7,5% es analfabeta. Al indagar sobre el máximo nivel educativo alcanzado, se encontró que la mayoría alcanzó la educación básica primaria, con un porcentaje de 48,1%, un 29,7% con básica secundaria, el 6,0% accedió a estudios universitarios, y tan solo el 6,0% afirmó no haber tenido ningún tipo de estudio. Respecto a los estudios de más alto nivel solo el 0,6% cuenta con estudios de postgrado (grafico 26).

Un análisis de correspondencia por comunas y el máximo nivel educativo, evidenció que el nivel Universitario y Postgrado se encuentra principalmente en la comuna Palogrande; el nivel técnico en la comuna Tesorito; nivel tecnológico en la comuna Ecoturístico Cerro de Oro; las demás comunas con los niveles de preescolar, básica primaria y secundaria (gráfico 27).

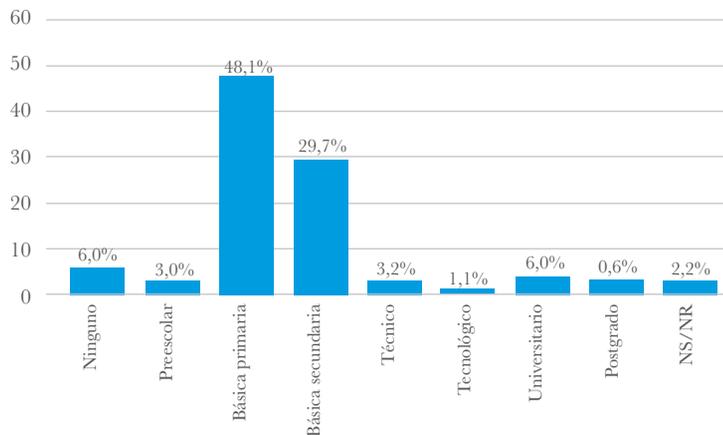


Gráfico 26. Distribución porcentual del máximo nivel educativo alcanzado por los Adultos Mayores en Manizales
Fuente: elaboración propia.

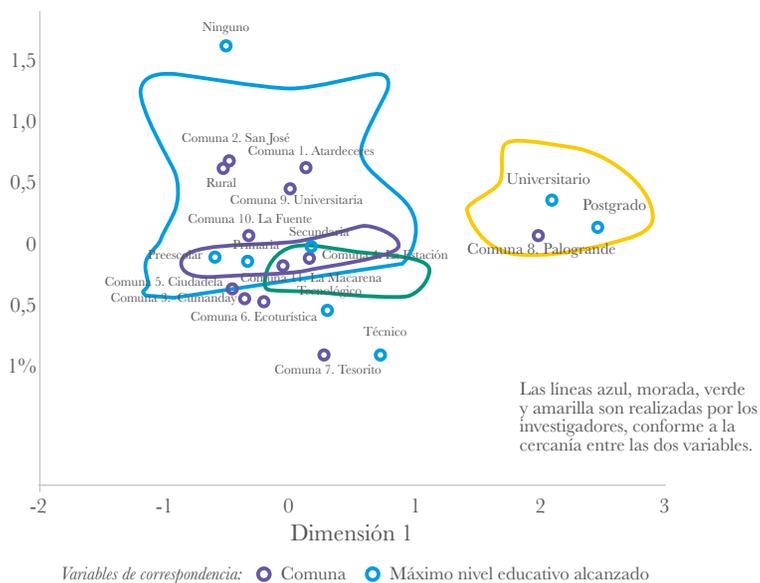


Gráfico 27. Mapa perceptual de correspondencia entre las comunas y el máximo nivel educativo alcanzado por el Adulto Mayor en Manizales
Fuente: Elaboración propia.

En la encuesta nacional de Salud, la situación de escolaridad en este tipo de población muestra que un 6% no ha aprobado ningún año de educación, el 58% ha cursado primaria, el 17% tiene secundaria y solo el 5% tiene educación superior” (Profamilia, 2010, p. 506). En el estudio, analizando el nivel educativo alcanzado con respecto a la edad por quinquenios, se logró evidenciar que hay una leve tendencia a ostentar un nivel más alto en los quinquenios de menor edad, como se muestra en la tabla 8.

Años		Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado									Total
		Ninguno	Preescolar	Básica primaria	Básica secundaria	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Posgrado	NS/NR	
Edad del encuestado	60 a 64	13	9	154	115	9	10	27	2	7	346
		3,8%	2,6%	44,5%	33,2%	2,6%	2,9%	7,8%	6%	2,0%	100%
	65 a 69	19	7	166	115	14	2	23	5	9	360
		5,3%	1,9%	48,1%	31,9%	3,9%	0,6%	6,4%	14%	2,5%	100%
	70 a 74	9	9	121	73	10	'	'5	1	8	247
		3,6%	3,6%	49%	29,6%	4,0%	0,4%	6,1%	4%	3,2%	100%
> 75	34	13	165	71	7	'	'1	0	4	306	
	11.1%	4,2%	53,9%	23,2%	2,3%	0,3%	3,8%	0,0%	1,3%	100%	
Total		75	38	606	374	40	14	76	8	28	1259
		6,0%	3,0%	48,1%	29,7%	3,2%	1.1%	6,0%	6%	2,2%	100%

Tabla 8.
Edad del Adulto Mayor por quinquenios y máximo nivel educativo alcanzado

Fuente: elaboración propia.

Avanzando con el aspecto Social, con respecto al componente de Familia, los Adultos Mayores en Manizales de acuerdo al estudio realizado y como se puede ver en el gráfico 28, viven en un alto porcentaje (51%) en compañía de sus hijos, en su orden un 43,4% con el cónyuge, y un 18,3% en compañía de otros parientes o familiares, finalmente la opción de vivir solo representa un 12,8% de la muestra.

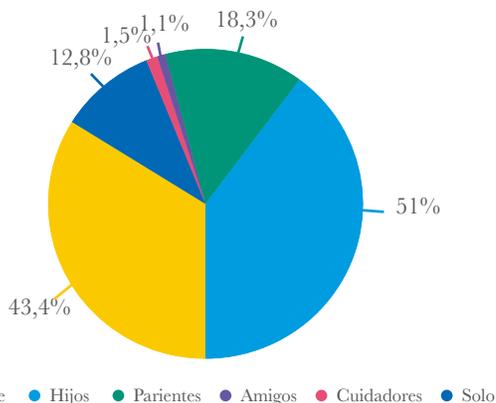


Gráfico 28. Distribución porcentual con quienes viven los Adultos Mayores en Manizales
Fuente: elaboración propia.

El 51% de los Adultos Mayores viven con los hijos, seguido de un 43.4% que viven con el cónyuge, 18.3% con otros parientes, 12.8% solos y el valor restante con cuidadores y amigos. Estas cifras permiten determinar que las tipologías familiares que en esta población se destacan son la nuclear, la extensa y unipersonal. Entendiéndose que unipersonal se refiere a la familia que está constituida por una sola persona, la nuclear se conforma por la pareja ya sea con hijos o sin hijos, y la extensa se compone de pareja con hijos y otros parientes.

Según datos de la ENDS (2010), respecto a “el grado de satisfacción del Adulto Mayor con su vínculo familiar, el 34% de los Adultos Mayores reportó estar muy satisfecho con las personas de su familia. Un 20% calificó de “conforme” y un 10% de los Adultos Mayores se encuentra “insatisfechos”.

Cifras que encuentran puntos de coincidencia con las percepciones de esta población en el Departamento de Caldas, ya que, según esta misma encuesta, el 34,7% de los Adultos Mayores reportaron estar muy satisfechos con las personas de su familia, un 20,6% lo calificó de

“conforme” el grado de satisfacción y un 11,6% de Adultos Mayores se encuentran “insatisfechos”. El componente Familiar (gráfico 29) se analiza también a través del subcomponente de convivencia mediante el test APGAR¹ Familiar, el cual permite percibir por parte de los miembros de la familia el nivel de funcionalidad de la unidad familiar de forma global, teniendo en cuenta parámetros como: la adaptación, la participación, el crecimiento, el afecto y la resolución de conflictos.

Dicho instrumento se analiza a través de tres categorías, donde se les pidió a los Adultos Mayores calificar: 2 = Casi siempre, 1 = Algunas Veces y 0 = Casi Nunca, lo que permitía contrastarse con las clasificaciones del APGAR frente a las categoría de “muy funcional”, “moderadamente disfuncional” y “grave disfunción”, frente a cinco cuestionamientos: la ayuda que le brinda la familia cuando algo le preocupa, la satisfacción frente al modo como la familia habla las cosas y como comparten los problemas, el agrado frente a como la familia acepta y apoya los deseos de llevar nuevas actividades, la satisfacción frente al modo de la familia de expresarle el afecto y respuesta a emociones como cólera, tristeza y amor, y la satisfacción frente a la forma en que pasan el tiempo juntos (gráfico 30).

Logrando medir el grado de satisfacción con su familia, entendiendo por esta categoría “familia” a las personas con que permanentemente vive el Adulto Mayor, y para los que viven solos con las personas que reconocen emocionalmente más cercanas. El gráfico 30 muestra las puntuaciones valoradas en cada pregunta. Para el Adulto Mayor en Manizales la puntuación obtenida es entre 4 y 6 la cual sugiere una familia moderadamente disfuncional².

1. Sigla inglesa para denominar: *Adaptability* (Adaptabilidad), *Parnertship* (Cooperación), *Grown* (Desarrollo), *Affection* (Afectividad), *Resolve* (Capacidad Resolutiva).

2. Según el instrumento tenido en cuenta “APGAR FAMILIAR”, se identifica que la puntuación de 7 a 10 responde a la Familia que es muy funcional, de 4 a 6 responde a la Familia que es moderadamente disfuncional y de 1 a 4 responde a la Familia que presenta una grave disfunción.

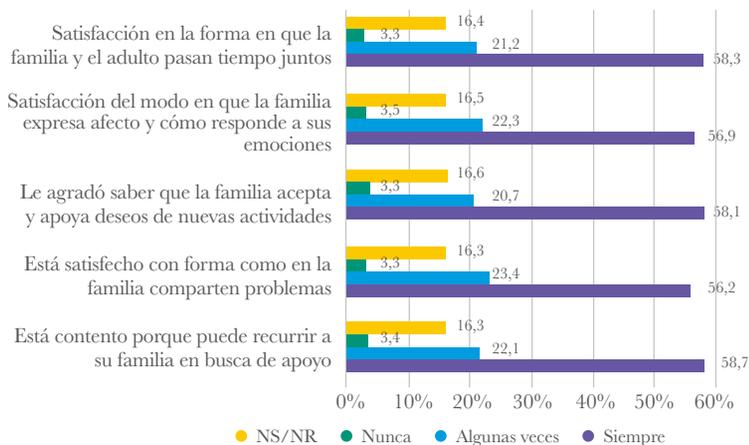


Gráfico 29. Distribución porcentual de valoración por pregunta en APGAR Familiar del Adulto Mayor en Manizales

Fuente: elaboración propia.

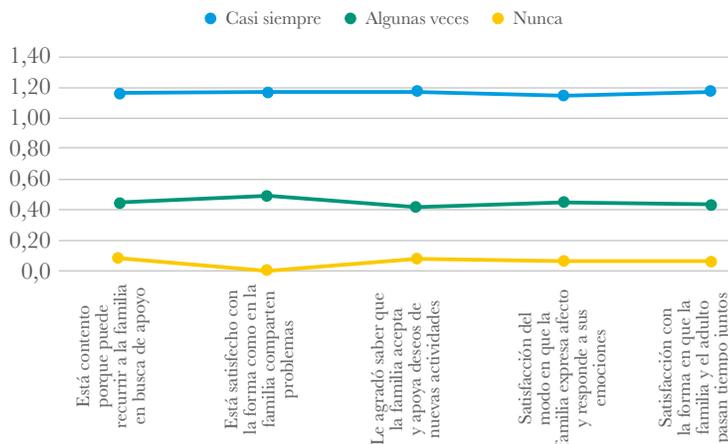


Gráfico 30. Diagrama de valoración por pregunta en APGAR Familiar del Adulto Mayor en Manizales

Fuente: Elaboración propia con base en APGAR Familiar diseñado por Smilkstein en Clavelina & Rosas (2010)

En cuanto a la variable de autopercepción de Vejez (gráfico 31), los Adultos Mayores de Manizales se consideran personas de mucha experiencia (42,3%), seguido de considerarse una persona que necesita del apoyo de su familia (26,4%), y en tercer lugar se perciben como jefe de familia (15,3%).

En el análisis de correspondencia por género y autopercepción de Vejez en el Adulto Mayor en Manizales se identificó que en el género masculino prima la percepción de ser personas de mucha experiencia con un 44,9% y en el género femenino en esta misma categoría representa un 40,6%. Por otra parte, el género masculino considera en un 21,7% ser jefes del hogar, en contraste con el género femenino que lo resalta tan solo en un 11%; y frente a ser personas que necesitan del apoyo de su familia el género masculino está en un 19,9%, en contraste con el género femenino en un 30,6%.

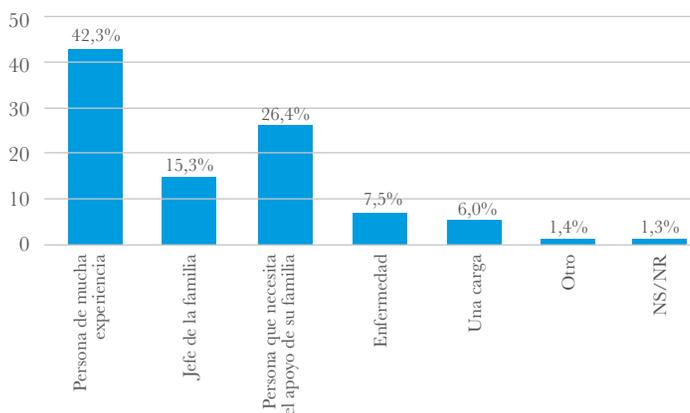


Gráfico 31. Distribución porcentual de la autopercepción de Vejez en el Adulto Mayor en Manizales

Fuente: elaboración propia.

En el análisis de correspondencia por comunas y autopercepción de Vejez, se identificaron dos tendencias sobresalientes en el Adulto Mayor en Manizales, los cuales se perciben como personas de mucha experiencia en las comunas Eco turística Cerro de Oro y Palogrande principalmente sobrepasando un porcentaje del 50%, seguido de las comunas La Estación y Cumanday con en un porcentaje entre 40 y 48%, la categoría que continúa corresponde a persona que necesita el apoyo de su familia en las comunas la Macarena, Universitaria, Ciudadela del Norte, San José, y la Fuente estando entre un 30 y 34,4% y como jefe de familia en las comunas Tesorito y Cumanday con un rango entre el 22 y 23,9%. En la Zona Rural se identifica que sobresale con un 38,3% persona de mucha experiencia, seguido de un 30,9% persona que necesita el apoyo de su familia y con un 23,5% como jefe de familia (gráfico 32).

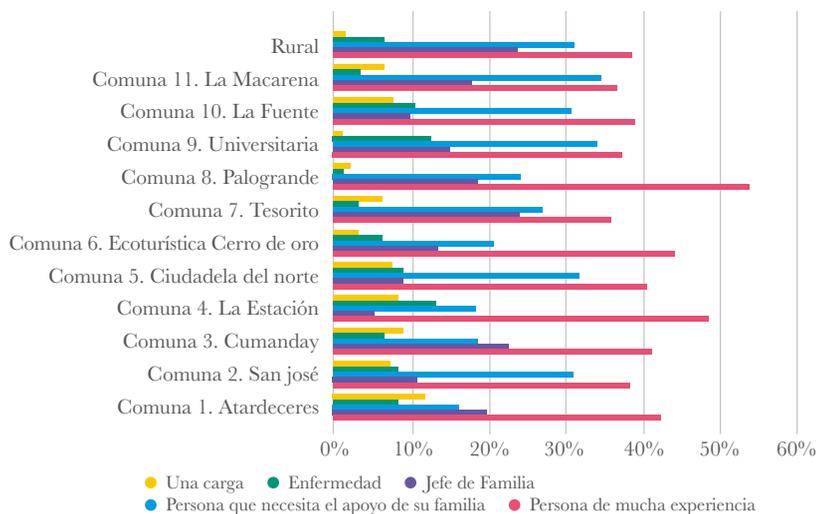


Gráfico 32. Distribución porcentual de la autopercepción de Vejez por comuna del Adulto Mayor en Manizales

Fuente: elaboración propia.

Otra correspondencia de análisis relevante responde a la autopercepción de Vejez y la edad, en este punto se evidenció que la categoría que más predomina entre las edades de 60 a más de 75 años es la que consideran que ser anciano es ser una persona de mucha experiencia, y la que menos predomina es la categoría de percepción de la Vejez como carga (gráfico 33).

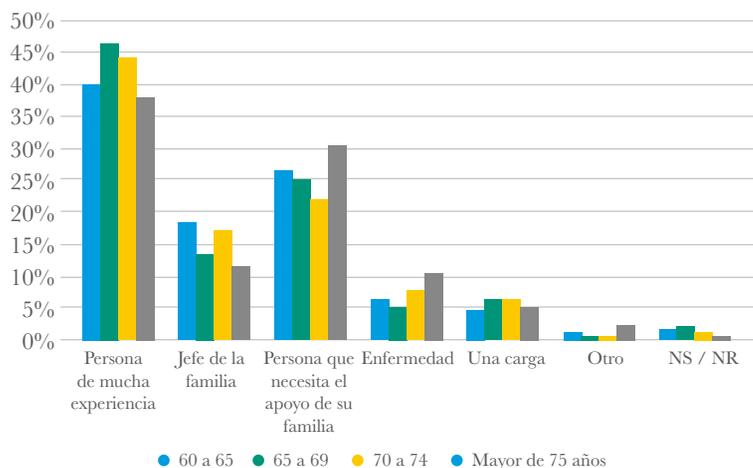


Gráfico 33. Distribución porcentual de la autopercepción de Vejez por Edad del Adulto Mayor en Manizales
Fuente: elaboración propia.

Características de la Salud del Adulto Mayor en Manizales

Para la variable acceso a Sistema General de Seguridad Social y de Salud SGSS, de la población encuestada, el 55,1% pertenecen al régimen contributivo, 38% al régimen subsidiado, el 2,6% pertenecen al régimen especial y finalmente el 2,7% se encuentran sin vinculación al SGSS (gráfico 34). Complementariamente, para la DTSC (2009),

respecto a Manizales, para el año 2010, el 74% pertenecían al régimen contributivo; el 24% al régimen subsidiado y el 2.34% pertenecían a la condición de pobre no afiliado.

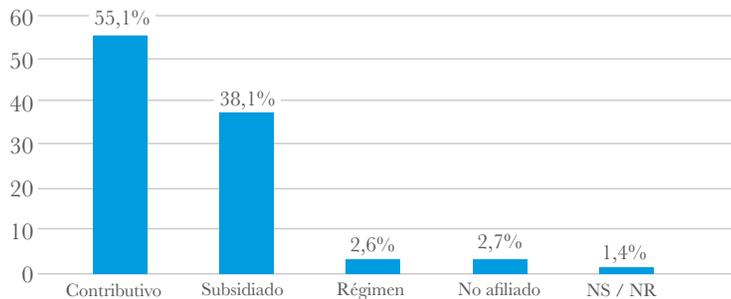


Gráfico 34. Distribución en el acceso al Sistema General de Seguridad Social y Salud del Adulto Mayor en Manizales

Fuente: elaboración propia.

Es interesante ver, como según la ENDS 2010, los que presentan menos discapacidad pertenecen a los regímenes contributivo y especial, por el contrario, los que más padecen discapacidad, pertenecen a los regímenes: subsidiado y pobre no afiliado.

Con respecto a esta característica, para el 54,6% la calidad de la atención recibida en salud es buena, seguida de una calificación de regular para el 20,3%, Excelente para el 13,7%, pésima para el 3,7% y finalmente con una determinación de mala para el 2,8% (gráfico 35). Con respecto a las razones de no afiliación, se encontró que el

1,9% de los no afiliados se debe por falta de recursos, un 0,2% falta de interés, trámites administrativos y finalizando con un 0,1% por falta de conocimiento.

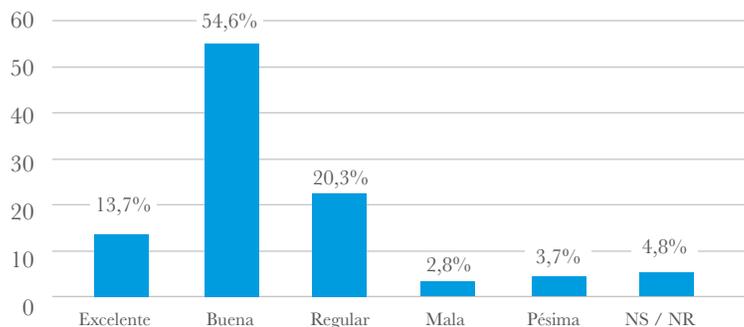


Gráfico 35. Distribución porcentual de la percepción de la calidad de la atención en salud para el Adulto Mayor en Manizales

Fuente: elaboración propia.

Para la variable condición de salud, el 57,1% de los encuestados refirió presentar alguna enfermedad. Es así como el 34,9% reportó sufrir enfermedades cardiovasculares, un 14,8% alteraciones musculoesqueléticas, seguidas estrechamente por el 14,5% con enfermedades metabólicas, el 6% para las pulmonares, seguido del 1% con enfermedad cerebrovascular y un restante 0,3% con enfermedades infecciosas.

En éste orden de ideas, la ENDS (2010) reporta como el 45% de los adultos sufren de hipertensión arterial, seguidas de alergias para el 17% y para artritis y enfermedad cardíaca para el 16%, diabetes para el 11%, finalizando con enfermedades pulmonares para el 10%, 7% para enfermedades respiratorias crónicas y problemas cerebrales, finalmente los porcentajes más bajos son para enfermedad renal crónica, cáncer y Alzheimer con un 1%. Con respecto a la valoración de la autopercepción de salud, el 57,7% de los Adultos Mayores encuestados

su salud es buena, para el 26.9% es regular, seguida de excelente para el 12.2% y finalmente mala y pésima para el 0.8 y 0.4% respectivamente (gráfico 36).

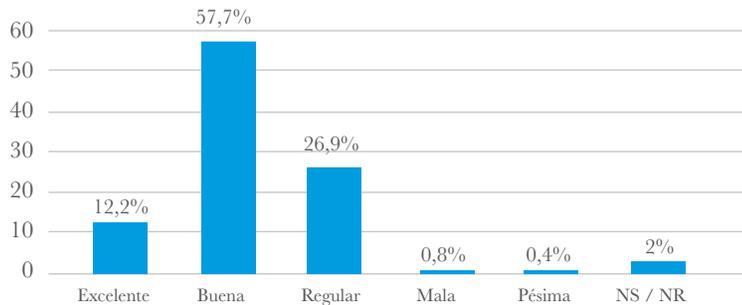


Gráfico 36. Distribución porcentual de la auto percepción de salud de los Adultos Mayores

Fuente: elaboración propia.

Específicamente para las comunas, se analiza de acuerdo a un mapa perceptual de correspondencia (gráfico 37), en el cual sobresale que las comunas Universitaria, San José, La Fuente, Cumanday, La Estación y la zona rural, la auto percepción de salud que los Adultos Mayores tienen es que ésta es regular; por el contrario, las comunas de Ciudadela del Norte y Tesorito manifiestan tener una salud buena; seguidamente para las comunas Atardeceres, Ecoturística Cerro de Oro, La Macarena y Palogrande, califican su salud como Excelente.

Por parte de los resultados de la ENDS 2010, uno de cada diez Adultos Mayores considera su salud como excelente o muy buena, el 40% buena, 44% regular y el 6% malo. Sin embargo, es interesante ver como las mujeres, las personas mayores de 69 años y quienes tienen régimen subsidiado o no están afiliadas, son quienes consideran tener peor su salud.

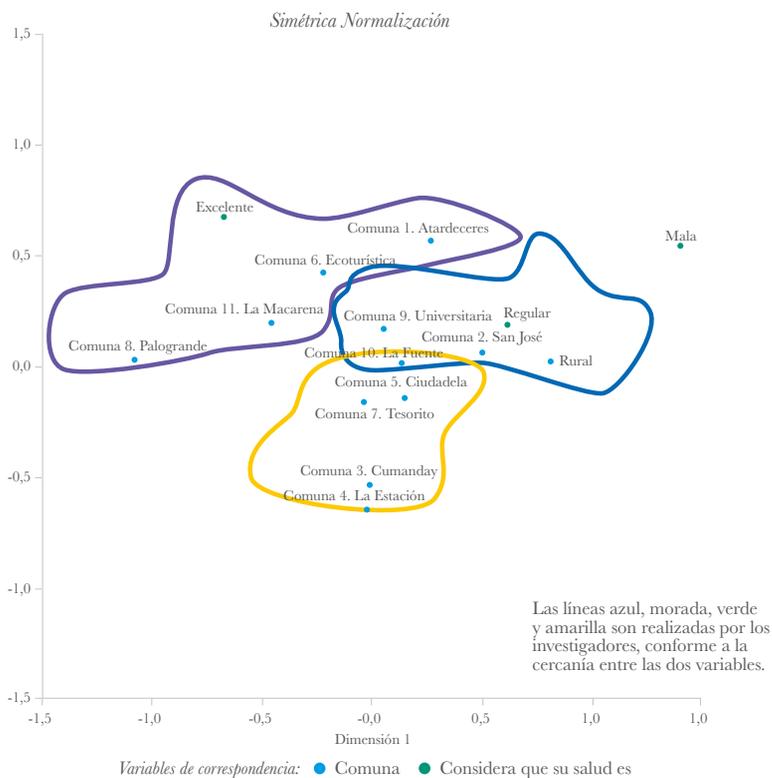


Gráfico 37. Mapa perceptual de correspondencia sobre la auto percepción de Salud del Adulto Mayor en Manizales, por comunas
Fuente: elaboración propia.

En cuanto al tema de discapacidad, se diferencia como el 11.9% de la muestra presentó algún tipo de discapacidad, de los cuales el 6.2% tiene discapacidad física, y un 2.3 y 2.2% para discapacidad auditiva y visual respectivamente. Comparando éstos resultados con la ENDS 2010, se pudo observar cómo las mayores dificultades de tipo permanentes para los Adultos Mayores son para moverse o caminar (13%); desplazarse en cortas distancias por problemas cardiorrespiratorios y problemas visuales (7%); 4% para usar brazos o manos y oír aún con

aditamentos especiales; el 3% presentan dificultades permanentes para el autocuidado y el restante 2% para entender, aprender y relacionarse con los demás.

De igual manera se evidenció una tendencia de mayores porcentajes para las mujeres en cualquier categoría, especialmente después de los 70 años, y para personas viudas o que viven solas, padres o suegros del jefe del hogar y para quienes viven en familias extensas.

Con respecto al origen de la discapacidad, en el presente estudio según esta misma encuesta, se ve como las discapacidades permanentes son producidas principalmente por enfermedad, seguidas de accidentes y congénitas, muy pocas por problemas de violencia. Con respecto al género, se ve como las mujeres padecen discapacidad por causa de enfermedad, en cambio para los hombres por accidente.

La percepción que tienen los Adultos Mayores encuestados sobre el ambiente físico a su alrededor, corresponde a saludable para el 68.1%; medianamente saludable para el 21.1%; seguido de poco saludable para el 4.9% (gráfico 38). Con respecto a la valoración que los Adultos Mayores, le dan a la nutrición que llevan, el 82.3% consideran que es suficiente, por el contrario, el 14.9% la encuentran insuficiente.

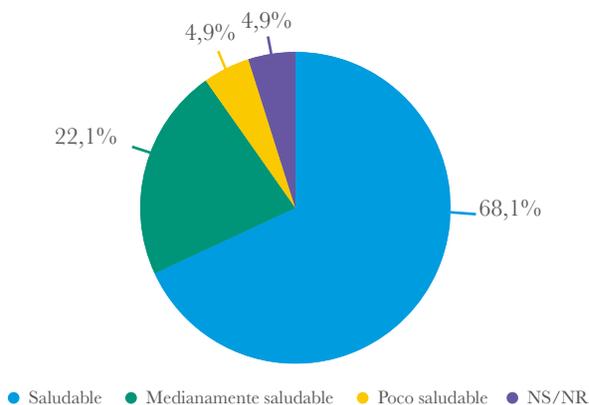


Gráfico 38. Distribución porcentual sobre la percepción de ambiente físico del Adulto Mayor

Fuente: elaboración propia.

Dentro de las razones de insuficiencia, el 10,7% considera que es por falta de dinero, seguida de un 2,5 que se encuentra insatisfecho con la dieta sugerida, por falta de apetito para el 1,7% el 0,5% por falta de alguien que cocine para ellos pues el anciano se encuentra incapacitado para hacerlo, un 0,4% que no tienen en dónde cocinar, finalizando con un 0,2% que consideran que en la institución donde vive no se le da una nutrición especial (gráfico 39).

Complementariamente en relación con los estilos de vida de los adultos encuestados, se encontró que el 27,1% consume cigarrillo, seguido del 8,3% que consume bebidas alcohólicas, finalizando con un 0,3% que consume otro tipo de sustancias psicoactivas. Es de rescatar que el 57,1% no realizan consumo de ninguna de estas u otro tipo de sustancias (gráfico 40).

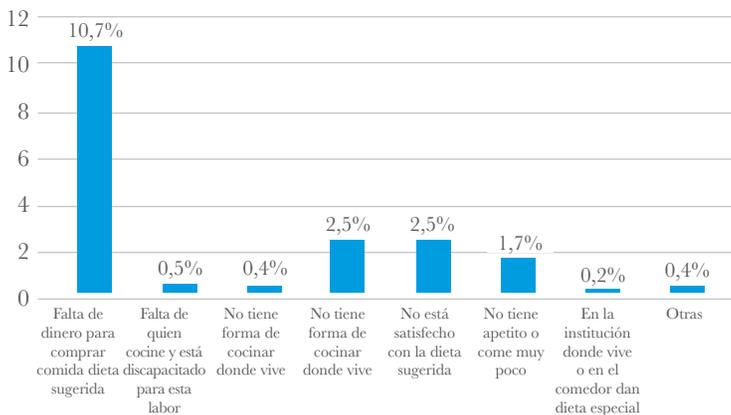


Gráfico 39. Distribución porcentual sobre razones de insuficiencia en la alimentación del Adulto Mayor en Manizales.

Fuente: elaboración propia.

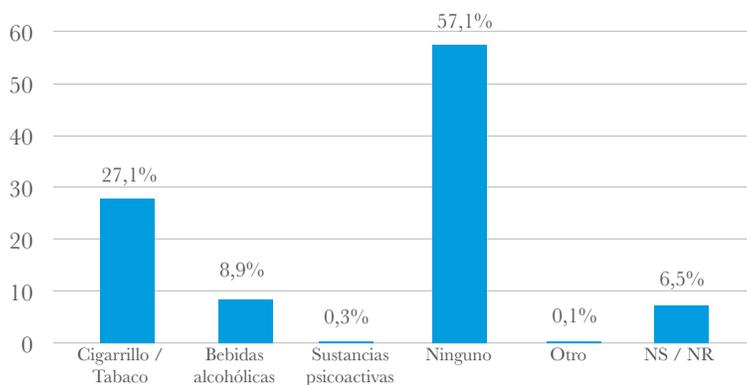


Gráfico 40. Distribución porcentual de los estilos de vida no saludables de los Adultos Mayores en Manizales
Fuente: elaboración propia.

De igual manera para estilos de vida saludable con respecto a la realización de actividad física, el 54% de la población encuestada refirió realizar actividad física, realizada por el 18% por más de dos horas a la semana, seguida del 13,4% realizada de 30 a 60 minutos, y un 8.8% y 7.1% para de cero a 30 minutos y de una hora a hora y media respectivamente.

Finalmente, para la dimensión de salud, se encontró que con respecto al disfrute que tiene el Adulto Mayor con la vida, el 45.7% de los encuestados refiere ser normal y tan solo un 23 y un 22.2% para plenamente y mucho, respectivamente (gráfico 41). En la dimensión de salud, también se hace mención a la condición de salud y su relación con la autopercepción de la misma, en donde se encontró que de las 719 personas que padecen una enfermedad, el 56.4% auto perciben su salud entre excelente y buena; y de las 526 personas que no presentan una condición de salud alterada, 89,3% reportan que su salud, se encuentra entre iguales rangos, mostrando un alto nivel de asociación entre las variables (gráfico 42).

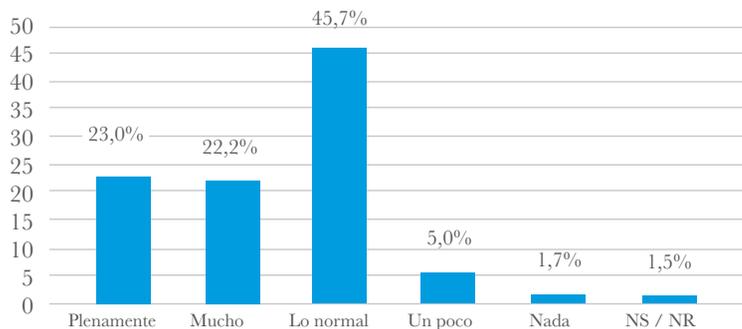


Gráfico 41. Distribución porcentual del disfrute de la vida del Adulto Mayor en Manizales

Fuente: elaboración propia.

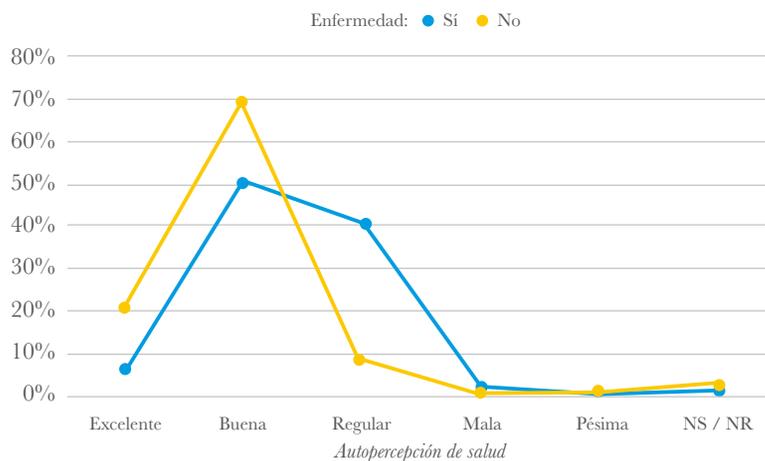


Gráfico 42. Distribución porcentual de la autopercepción de salud en relación al padecimiento de alguna enfermedad

Fuente: elaboración propia.

Se evidencia que los encuestados aun manifestando que padecen de alguna enfermedad, se auto perciben con un estado salud entre buena y regular (ambas 90,6%), ello debido posiblemente a que dichos cambios lo asocian más a un proceso normal del Envejecimiento y no a una condición de salud alterada (gráfico 42).

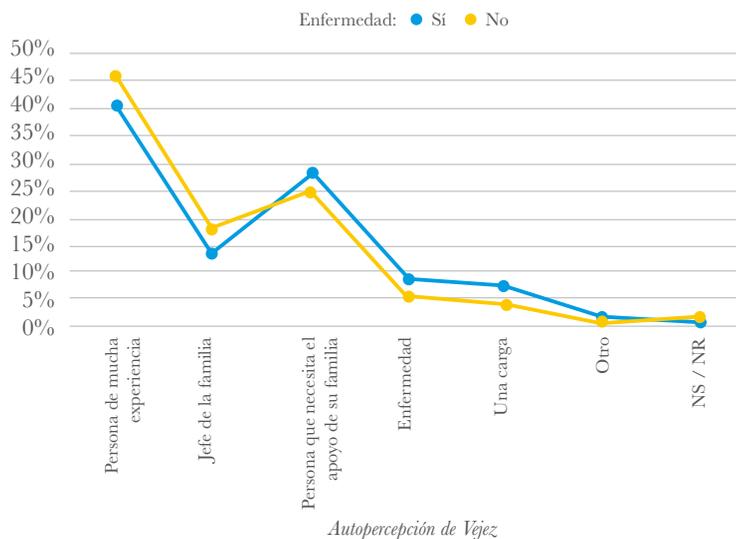


Gráfico 43. Distribución porcentual de la auto percepción de Vejez en relación al padecimiento de alguna enfermedad

Fuente: elaboración propia.

En esta dimensión, al apreciar la relación existente entre los estilos de vida en materia de adicciones y la ejecución de actividad física (gráfico 44) se observa en la gráfica que de las personas que practican actividad física el 45% consumen cigarrillo, 45,5% bebidas alcohólicas y el 25% sustancias psicoactivas, 58% no consume ninguno de los anteriores. Un Adulto Mayor podría tener uno o varios de éstos estilos de vida no saludable, lo que sugirió respuesta múltiple (gráfico 44).

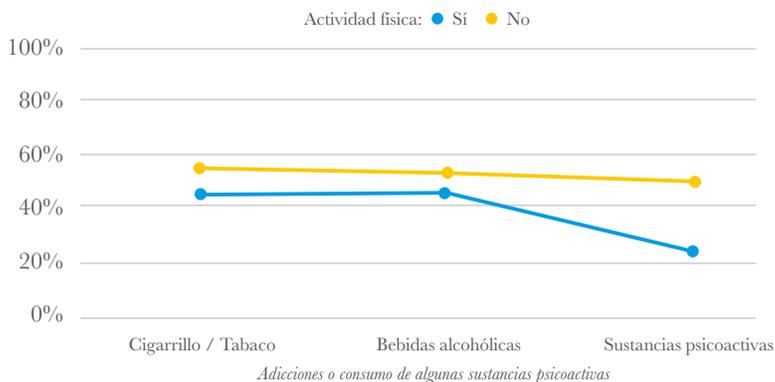


Gráfico 44. Distribución porcentual de las adicciones en relación a la actividad física
Fuente: elaboración propia.

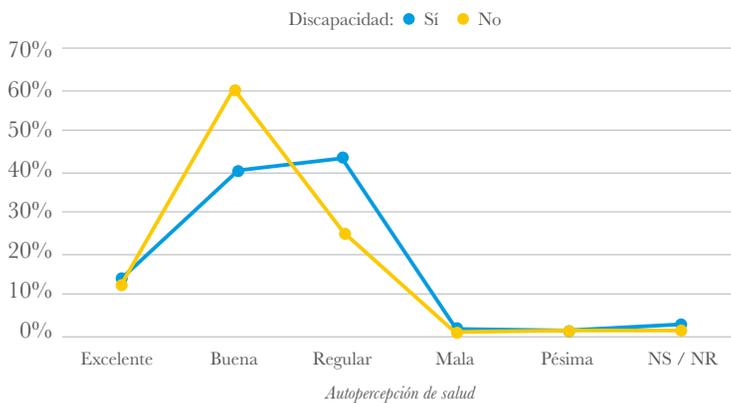


Gráfico 45. Distribución porcentual de la autopercepción de salud en relación con la discapacidad
Fuente: elaboración propia.

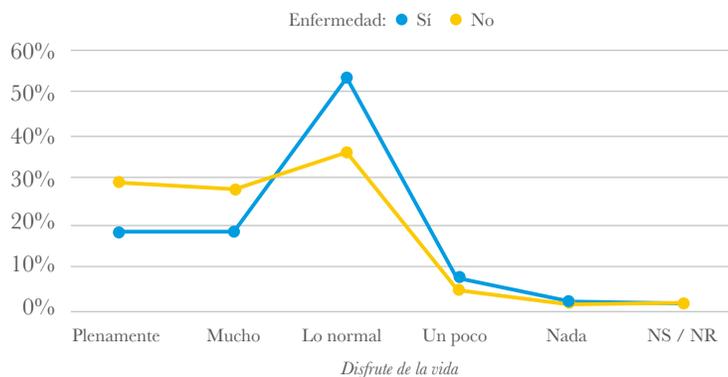


Gráfico 46. Distribución porcentual de la condición de salud en relación al disfrute del Adulto Mayor en Manizales

Fuente: elaboración propia.

Características de Participación del Adulto Mayor en Manizales

Las características de participación se refieren a los principales espacios que frecuenta y de los cuales se hace partícipe el Adulto Mayor en Manizales. Al respecto, los encuestados manifiestan que participan en escenarios familiares (63,7%), seguido de escenarios religiosos (52,4%); por otra parte, señalan la participación en grupos de Adulto Mayor (19,8%); en contraste la participación más baja es en eventos artísticos siendo solo de (3,4%) (gráfico 47).

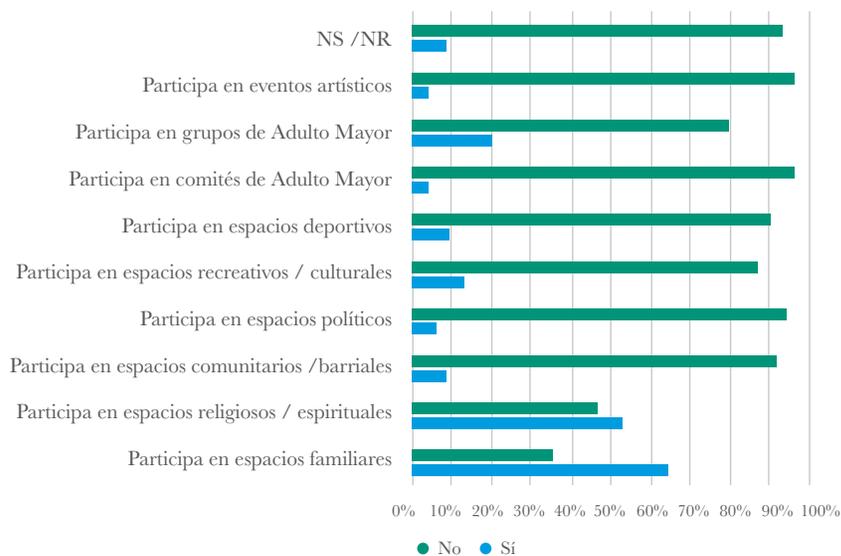


Gráfico 47. Distribución porcentual de los espacios de participación del Adulto Mayor de Manizales
Fuente: elaboración propia.

En la destinación del tiempo libre se identificó que el 61,3% de los Adultos Mayores lo ocupan para ver televisión, seguido de un 59% en asistir a los actos religiosos, un 37% en dormir, el 36% asisten a paseos, el 35% visitando a familiares y amigos, el 33% leyendo, en contraste con un 3,4% de Adultos Mayores que manifiestan no hacer nada en su tiempo libre (gráfico 48).

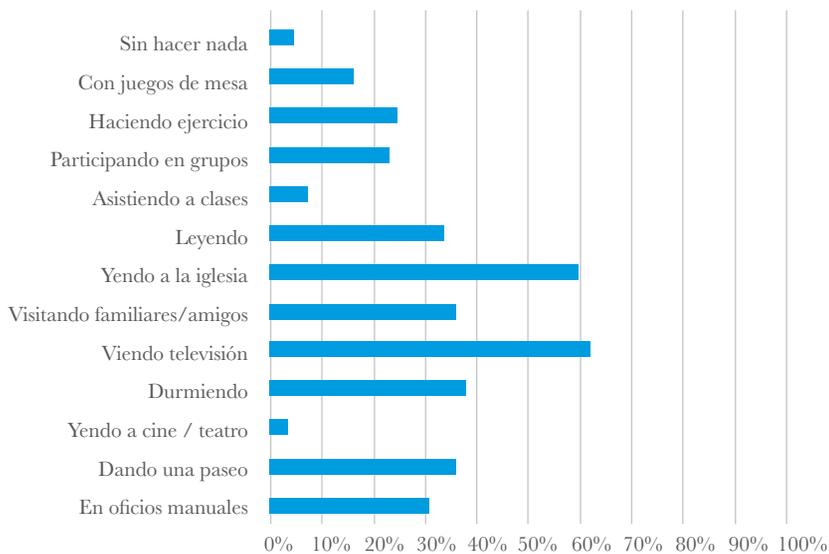


Gráfico 48. Distribución porcentual de la ocupación del tiempo de ocio del Adulto Mayor en Manizales

Fuente: elaboración propia.

Análisis de la población con algún tipo de beneficio estatal

Con respecto a la satisfacción de los ancianos con algún tipo de beneficio estatal al recurrir en búsqueda de apoyo con la familia, se encuentra que el 36,8% considera que casi siempre lo hace, mientras un 42,1% acude algunas veces. Consideración que puede estar relacionada con la conformación familiar del Adulto Mayor con algún tipo de beneficio estatal, donde posiblemente los hijos trabajan y prefieren tener al abuelo (a) con pares en estas instituciones. Según los resultados reportados a través del trabajo con los grupos focales, de coordinadores de los centros, se encuentran muchos Adultos Mayores que no tienen familia y que no gozan de los beneficios otorgados por el Estado, por lo que viven de la caridad y acogimiento de éstos.

Los resultados relacionados con la satisfacción de los Adultos Mayores que tienen algún beneficio estatal, con relación a la familia, muestra que prevalece la opción de “algunas veces”, donde el 52,6% consideran se sienten satisfechos con la forma como en familia comparten los problemas. Para el agrado al saber que la familia acepta y apoya los deseos de nuevas actividades por parte de los ancianos con beneficio estatal el 36,8% considera que algunas veces, el 36,8% casi siempre y 15,8% considera que nunca (gráfico 49).

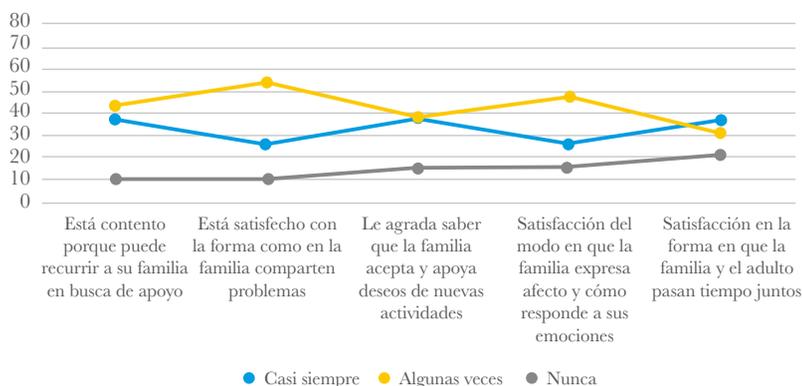


Gráfico 49. Distribución porcentual del APGAR Familiar para el Adulto Mayor con beneficio Estatal en Manizales
Fuente: elaboración propia.

El 58.1% de Adultos Mayores enuncian como razón fundamental para vivir en los CPSAM (gráfico 50), la ausencia de familia que lo apoye, seguido de un 12.9%, con igual porcentaje por la falta de dinero para mantenerse en forma independiente o que la familia decidió que debía vivir en un albergue y, por último, que el 9.7% presentan discapacidad que demanda cuidado permanente.

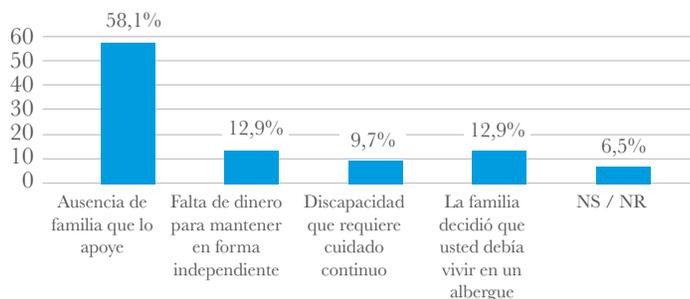


Gráfico 50. Distribución porcentual sobre la razón fundamental del Adulto Mayor con beneficio Estatal en Manizales para vivir en los CPSAM
Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la satisfacción con el trato recibido en los Centros de Protección Social, el 48,4% de la población con beneficio estatal encuestada, considera que es bueno, el 32,3% excelente y un restante 3,2% considera que es malo. En referencia con la satisfacción con la alimentación en los Centros, el 48.4% considera que es buena, el 25,8% excelente y el 9,7% considera que es regular (gráfico 51).

Al hablar de la higiene del Centro, el 48,4% de los encuestados considera que las condiciones son buenas, el 29% excelentes y regulares y malas para el 3,2%. Con respecto a la satisfacción con las instalaciones físicas de los Centros el 41,9% consideran que son buenas, el 32,3% que son excelentes y el restante 3,2% malas. Al indagar sobre la satisfacción con las actividades realizadas en los Centros el 29% consideran que son buenas y excelentes, y el restante 9,7% considera que son regulares.

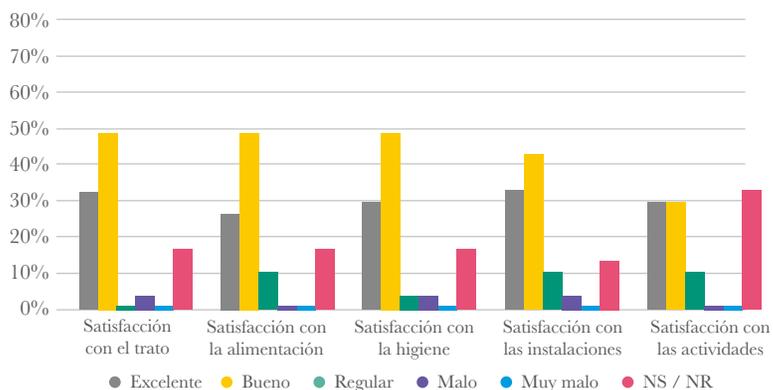


Gráfico 51. Satisfacción del Adulto Mayor con condiciones de los CPSAM

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la auto-percepción de Vejez que tienen los adultos con algún tipo de beneficio estatal, se observó que para el 38,7% representa ser una persona de mucha experiencia, para el 29% una

carga, para el 16,1% una persona que necesita del apoyo de su familia, para el 12,9% es sinónimo de enfermedad (gráfico 52).

En la revisión de la literatura, se establecen diferentes teorías sobre la percepción de Vejez que van haciendo las personas a medida de que se envejece, de ésta forma se han establecido teoría centradas en la ganancia o en las perdidas como resultado de imaginarios y mitos colectivos de la Vejez, las cuales son el resultado del marco de vida individual, pero influenciado por factores sociales y comunitarios en los cuales se ha desenvuelto la persona, por lo tanto hacen referencia y se basa en la capacidad de adaptación al cambio de los Adultos Mayores (Maraver, 2011).

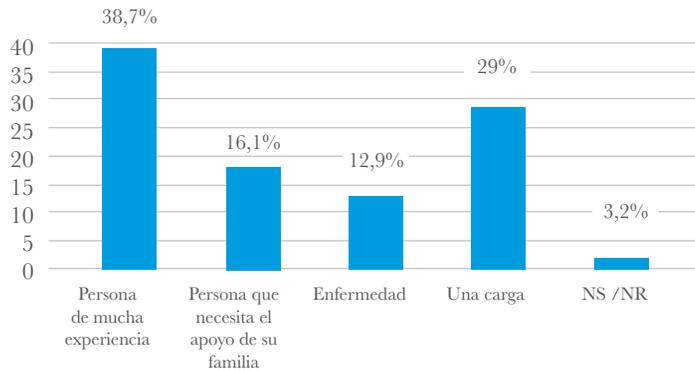


Gráfico 52. Distribución porcentual sobre la autopercepción de Vejez del Adulto Mayor con beneficio Estatal en Manizales

Fuente: elaboración propia.

En éste sentido es posible comparar relaciones entre la auto-percepción de la Vejez con la auto-percepción de salud, las cuales, contrastadas con los Adultos Mayores con beneficio estatal, muestran una buena percepción de su propia condición de salud (gráfico 53).

Como se observa, para el 48,4% de la población encuestada, su percepción de salud es buena, seguida de excelente para el 38,7% y un restante 3,2% para mala y pésima respectivamente.

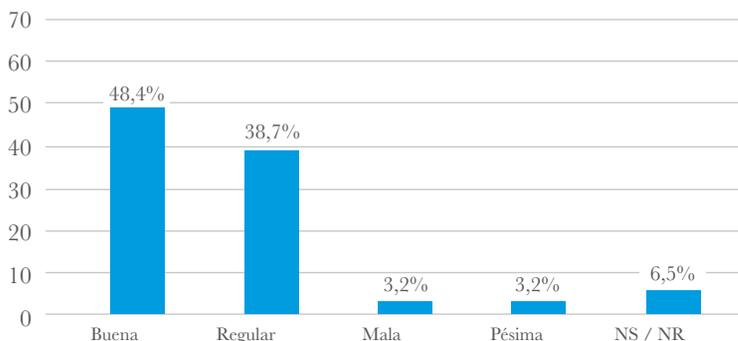


Gráfico 53. Distribución porcentual sobre la autopercepción de salud del Adulto Mayor con beneficio Estatal en Manizales
Fuente: elaboración propia.

La ocupación del tiempo libre del Adulto Mayor en un 51.6% se orienta a ver la televisión, un 48,4% ir a la iglesia, seguido de un 38.7% en lectura, un 25.8% participando en actividades de grupo y el porcentaje restante en visitar familiares y amigos, oficios manuales y salir de paseo (gráfico 54).

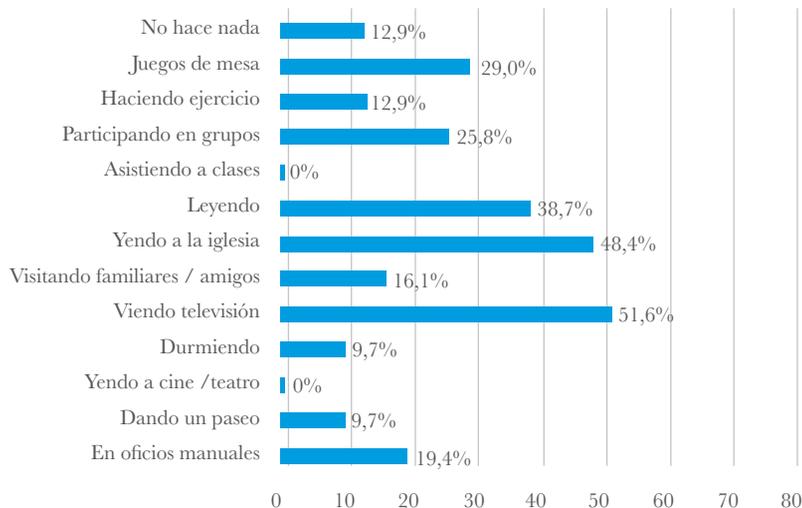


Gráfico 54. Distribución porcentual sobre la destinación del tiempo de ocio del Adulto Mayor con beneficio Estatal en Manizales

Fuente: elaboración propia.

Características de orden propositivo

Con la finalidad de identificar las características que el Adulto Mayor visualiza se deben profundizar en la Política Pública, se realiza un mapa perceptual de correspondencia entre las comunas y las dimensiones (gráfico 55), en el cual se observa que las comunas Estación, Macarena y la zona rural, identifican una necesidad de profundizar en aspectos económicos; por su parte las comunas Universitaria, Tesorito, Atardeceres y San José se corresponden mejor con los aspectos de salud y participación. En cuanto a las características de orden social hay mayor correspondencia con la comuna Palogrande, mientras que en lo cultural se identifica mayor solicitud en la comuna Ciudadela del Norte.

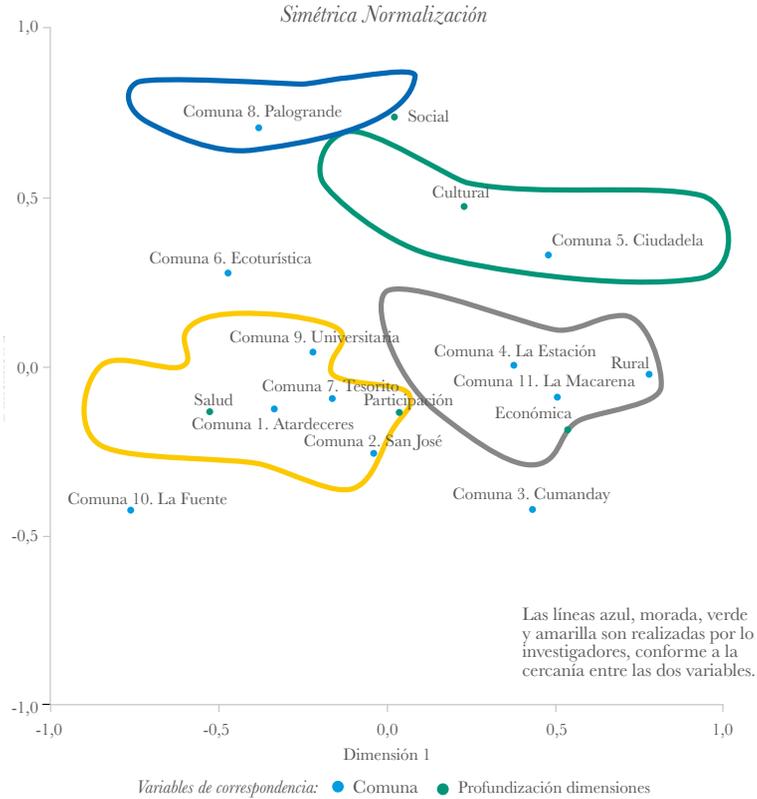


Gráfico 55. Mapa perceptual de correspondencia entre las comunas y la dimensión de profundización en la Política Pública
Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los programas o proyectos que los Adultos Mayores consideran deben ser abordados en la Política Pública de forma específica, éstos se muestran por cada dimensión teniendo en cuenta que su evaluación fue de respuesta múltiple. Para dimensión económica (gráfico 56) los resultados muestran una tendencia mayoritariamente

hacia los subsidios (69,2%), seguido de programas que fomenten el empleo para el Adulto Mayor (45,8%).

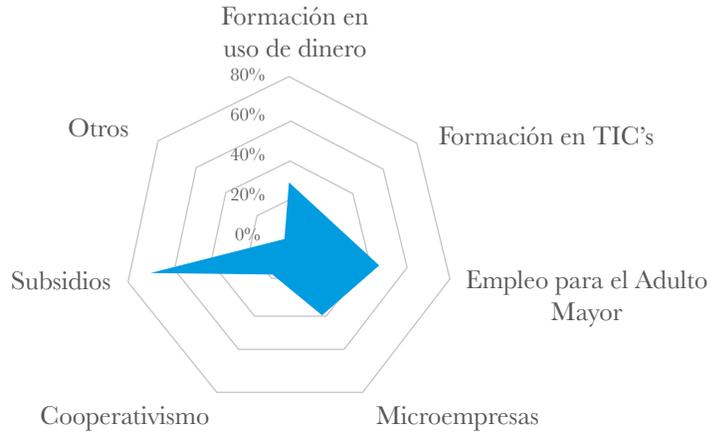


Gráfico 56. Distribución porcentual de programas/proyectos para profundización en la Política Pública según los Adultos Mayores en Manizales- Dimensión Económica

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los otros programas o proyectos que visualizan los encuestados deben ser tenidos en cuenta, los Adultos Mayores refieren características previas al Envejecimiento, es decir, programas de apoyo y estudio a los jóvenes, auxilios a mujeres y cultura ciudadana.

En la dimensión social (gráfico 57), sobresalen los programas orientados al aprendizaje en el trato al Adulto Mayor (50,7%), relacionado con el aprovechamiento de los saberes de esta población (42,4%) y lo relacionado a la cultura del Envejecimiento (44,5%).

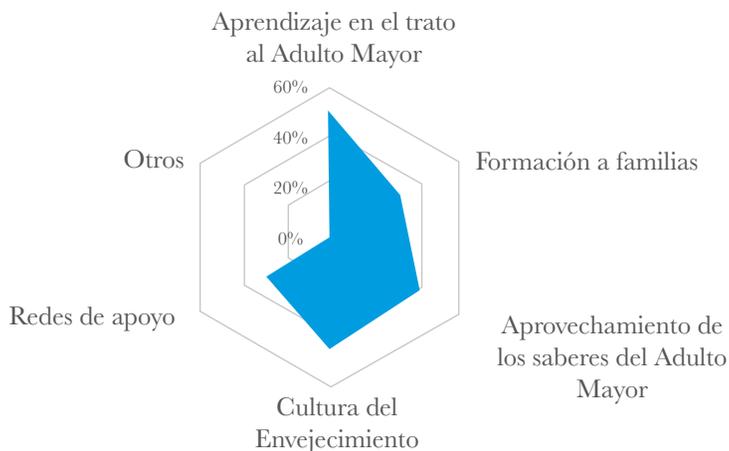


Gráfico 57. Distribución porcentual de programas/proyectos para profundización en la Política Pública según los Adultos Mayores en Manizales- Dimensión Social

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los otros programas o proyectos, los Adultos Mayores refieren preferencia hacia la enseñanza al Adulto Mayor para la adaptación (gestión del cambio), mejoramiento del entorno, y fortalecimiento del respeto hacia el Adulto Mayor.

Para la dimensión de Salud (gráfico 58), la tendencia en las respuestas se inclina hacia programas que apoyen jornadas saludables para el monitoreo de condiciones de salud (56,9%), atención preferencial (65,5%), ejercicio físico (41,2%) y alimentación/nutrición (47,7%). Complementariamente con la atención preferencial, los Adultos Mayores, reclaman la agilidad en la asignación de citas médicas, especialistas y/o atención médica domiciliaria.

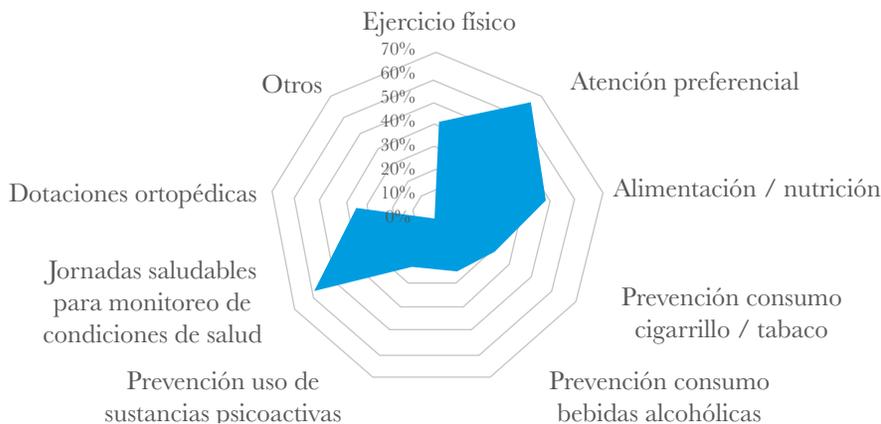


Gráfico 58. Distribución porcentual de programas/proyectos para profundización en la Política Pública según los Adultos Mayores en Manizales- Dimensión Salud

Fuente: elaboración propia.

En relación a la participación, la tendencia muestra que los programas deben ser orientados hacia el involucramiento del Adulto Mayor en la toma de decisiones (44,8%), integración social y participación ciudadana (30,8%) y concursos-eventos (31,2%). Las otras iniciativas mencionan aspectos relacionados con la inclusión (gráfico 59).

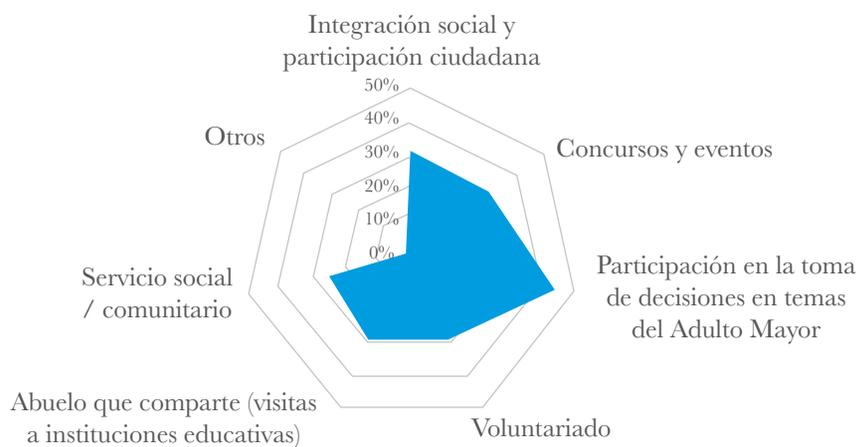


Gráfico 59. Distribución porcentual de programas/proyectos para profundización en la Política Pública según los Adultos Mayores en Manizales- Dimensión Participación

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los aspectos culturales (gráfico 60) relacionados con la dimensión de participación y lo social, en los resultados se identifican que un alto porcentaje de encuestados, propone intercambios culturales (34,5%), además de talleres lúdico recreativos (30,3%), talleres artísticos (27,5%) y visitas a exposiciones (26,1%).

De forma complementaria los Adultos Mayores proponen entre otras actividades de baile, gimnasios especiales, manejo de computadores, recreación en familia y parques especiales para el Adulto Mayor.

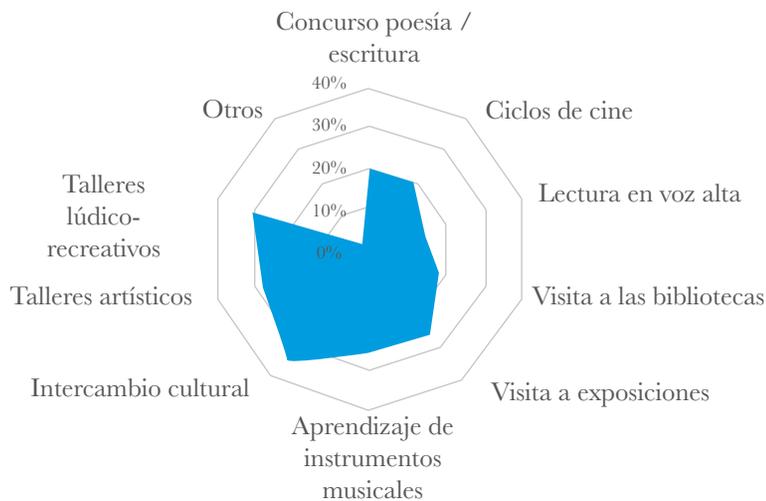


Gráfico 60. Distribución porcentual de programas/proyectos para profundización en aspectos culturales según los Adultos Mayores en Manizales

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, en cuanto a educación (gráfico 61), los Adultos Mayores encuestados refieren su preferencia hacia los artes y los oficios (30,7%), estudios universitarios (10,4%) y alfabetización (10,45). Las otras propuestas se orientan hacia formación en sistemas, capacitación para creación de empresa, música y terminar la secundaria.

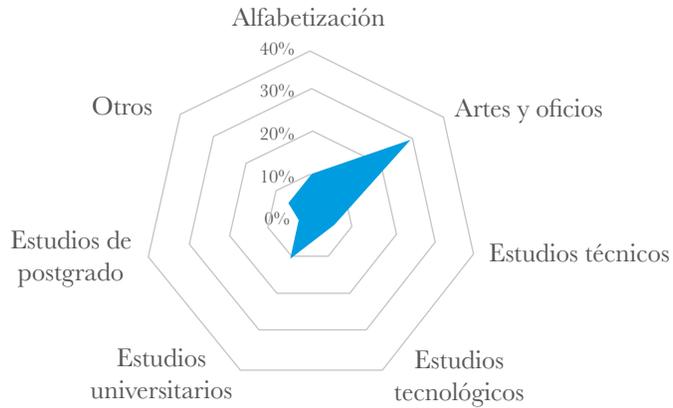


Gráfico 61. Distribución porcentual de programas/proyectos para profundización en aspectos educativos según los Adultos Mayores en Manizales
Fuente: elaboración propia.

Discusión y análisis

Con base en los hallazgos de la investigación titulada “Formulación de un Documento Base de Política Pública de Adulto Mayor de Manizales” se encuentran elementos claves para su análisis. En este sentido, el estado civil, entre los grupos de edad, refleja que a medida que se avanza en la edad, disminuye el porcentaje de personas en unión marital o de hecho, pero aumenta el número de viudos (as); condiciones tal vez naturales de acuerdo al ciclo vital; sin embargo, la condición de soltero (a) permanece homogénea entre las edades (gráfico 15).

En relación con la situación económica del Adulto Mayor, a partir de la relación entre el monto de ingresos y gastos, en un estudio realizado en Quito (Ecuador), se encontró que la procedencia de los

ingresos de los Adultos Mayores correspondía a una de las condiciones sociales más críticas, con una tendencia al agravamiento con el paso de los años; fue así como se encontró que la primera fuente de ingreso económico es la pensión propia, seguida de quienes no reciben ningún tipo de ingreso, el apoyo familiar, la ocupación remunerada y los bonos y apoyos del Estado por discapacidad, siendo más representativo en la población de género femenino.

Así mismo, la destinación de los ingresos por parte de los Adultos Mayores, si bien puede estar influenciada por el monto de los ingresos, también se debe a otro tipo de condiciones como desarraigo, mantenimiento de características sociales y culturales en las que con el avance de la edad las personas abandonan o disminuyen sus roles sociales, sus actividades e interacciones, centrándose solo en cubrir sus necesidades básicas, tal como lo describen las teorías de primer nivel Cumming & Henry (1961) en Gómez & Curcio (2014) y en oposición a las de tercer nivel en donde por ejemplo se debe pensar en un Envejecimiento productivo, para que esta población pueda tener acceso a actividades que le permitan sentirse activa, autónoma e independiente (Butler y Schechter 2001) en Gómez & Curcio (2014). Las características Sociales del Adulto Mayor en Manizales son analizadas desde las variables de vivienda, educación, familia y autopercepción de Vejez; las cuales se contrastaron con algunos resultados presentados por el DANE en el Censo de 2005, y con las estadísticas que arrojó la ENDS hecha por Profamilia (2010).

En lo que corresponde al factor vivienda, el presente estudio indagó algunos elementos que permiten caracterizar tanto el tipo como la percepción en condiciones de vivienda de los Adultos Mayores. Se debe tener en cuenta que las condiciones de vivienda generalmente se asocian a condiciones económicas y éstas a su vez se entienden como determinantes de las condiciones de salud. El tipo de vivienda que predominó en las personas encuestadas fue el de casa o apartamento, cifra que se corrobora con la tendencia marcada según tipo de vivienda en los datos del Censo 2005 del DANE.

En cuanto al nivel educativo, en el estudio predominó la básica primaria y la básica secundaria, lo cual se contrapone con el Censo General 2005, que destaca un alfabetismo superior al 80% en el Departamentos Caldas. Sin embargo, los Adultos Mayores que se encuentran entre los rangos de 60 a 69 años de edad, representan un nivel incremental en los estudios de básica secundaria y universitarios. Situación que puede explicarse a raíz de los avances a nivel nacional en cuanto a alfabetización y profesionalización, pero también por las transformaciones socio-culturales que han permitido que el papel femenino cada vez gane más presencia en los espacios académicos y profesionales.

Las características y calidad en materia de salud en los Adultos Mayores, se ve evidenciado en la capacidad de mantener un adecuado nivel de funcionalidad, independencia y autonomía, por lo tanto, el deterioro funcional, puede llevar a discapacidad y mayor dependencia para la prestación de servicios de salud. Por lo anterior, en éste apartado se relacionan aspectos relacionados directamente con el acceso y percepción de la calidad de los servicios de salud, pero también en aspectos trazadores importantes como la discapacidad.

Con base en los resultados anteriores y la literatura revisada se observó que existe tendencia en los Adultos Mayores a subvalorar las dificultades resultantes de su condición de salud y considerar que la sintomatología existente es resultado del proceso normal de Envejecimiento (Gómez & Curcio Borrero, 2014). En la gráfica 41 se evidencia que el 90,6% de los encuestados aun manifestando que padecen de alguna enfermedad, se auto perciben con un estado salud entre buena y regular, ello debido posiblemente a que dichos cambios lo asocian más a un proceso normal del Envejecimiento y no a una condición de salud alterada. Respecto a esto:

El concepto de salud que tenga el Adulto Mayor se relacionará de manera determinante con una valoración subjetiva; es decir, que además de los cambios físicos visibles, este percibe su salud de acuerdo

con sus habilidades funcionales, el bienestar psicológico y el soporte social con el que cuente (Uribe, Valderrama, & Molina, 2007).

Así mismo, la autopercepción de salud se constituye en la base del funcionamiento integral del ser humano, mediado a su vez por factores biopsicosociales que afectan el estilo de vida desde el contexto, la familia, los factores económicos, los cambios culturales y políticos (Cerquera, Flórez, & Linares, 2010). De otro lado, la presencia de una mala auto percepción de salud en el adulto estuvo asociada con deterioro en el ABC instrumental y no con el ABC físico. Lo anterior se explica debido a que el ABC físico valora actividades de supervivencia, las cuales, al estar comprometidas, reflejan un peor estado de salud, a diferencia del ABC instrumental que evalúa actividades de interacción del individuo con su medio (Gómez & Curcio, 2002, p. 226).

Por otra parte, en los países de Latinoamérica y el Caribe la APES estuvo fuertemente asociada con la evaluación de la propia memoria, seguida del padecimiento de enfermedades crónicas, lo que permite concluir que una mala autopercepción de salud puede asociarse con problemas de salud y síndromes geriátricos (Zapata, 2015). En la dimensión de salud, también se midió la relación existente entre la condición de salud y autopercepción de Vejez, encontrando que el significado de ser anciano está centrado en tres categorías, que en su orden son: persona de mucha experiencia, persona que necesita el apoyo de su familia y personas jefe de familia. Comportamiento que es similar, tanto para las personas que presentan una condición de salud alterada y no alterada con un nivel de significancia alto (gráfico 41). De otra parte, la autopercepción de la Vejez corresponde a un proceso psicológico individual para cada persona, en el que envejece de acuerdo a cómo ha vivido durante toda su vida y conserva en la Vejez lo esencial de las características psicológicas de la vida adulta (Gómez & Curcio, 2014).

Según Gómez & Curcio (2014), para comprender los cambios psicológicos y las percepciones de la Vejez es necesario enmarcar al anciano en el contexto de su vida previa, pues los rasgos de personalidad

se mantienen a lo largo de toda la vida, y esto se ve reflejado por el contexto sociocultural tradicional que tiene la región caldense, cuya economía se ha movido principalmente alrededor de los jefes de hogar, desempeñando estos un rol importante en la composición familiar. De aquí que el grafico permite inferir que los Adultos Mayores se auto perciben como personas de mucha experiencia, jefes de familia y como personas que necesitan apoyo de los integrantes de su familia, se tenga o no una alteración en la condición de salud.

Con respecto a los estilos de vida, es de anotar que, aunque los Adultos Mayores que realizan actividad física consumen menos cigarrillo, tabaco, alcohol y otras sustancias, la situación evidencia que prevalecen prácticas inadecuadas o hábitos de vida en esta población, pese al ejercicio físico. Existe una relación dialéctica entre las opciones de vida y las oportunidades de vida fundamentado en elementos estructurales como las circunstancias de clase, las colectividades, la edad, el género, la etnia y las condiciones de vida, generando las oportunidades de vida y la agencia, relacionada con las oportunidades de vida y a su vez condicionada por la socialización y la experiencia de los individuos.

De este modo, los estilos de vida de las personas tienen un impacto directo en su calidad de vida, en las demás personas y el entorno en el cual se desenvuelven; lo que indica que los entes gubernamentales deben fomentar programas, enfocados hacia la promoción de estilos de vida saludable, ya que estos generan un impacto positivo en la calidad de vida, como en este caso, los Adultos Mayores con un mejor estilo de vida, que lleven a un Envejecimiento exitoso, y por lo tanto, una mejor calidad de vida.

Desde la perspectiva de la actividad física, se encontró en España, un estudio comparativo acerca de los efectos de un programa de actividad física sobre la condición física funcional de personas mayores de 60 años, en el cual se concluyó que la actividad física dirigida dos días a la semana, complementada con un circuito de caminata de 2700 metros, a una intensidad suave, inciden positivamente en la condición

física funcional del Adulto Mayor y contribuye a la ejecución de actividades funcionales y a fomentar estilos de vida saludables (Rojas, 2008).

Lo anterior, coincide con otros estudios realizados con un grupo de Adultos Mayores que participaron en un programa de actividad física, a quienes se les realizó valoración de la condición física, con el fin de mejorar la condición física y fomentar el ocio y la recreación, encontrando que aquellos que no practican actividad física regular, las capacidades físicas se encuentran disminuidas. Por consiguiente, se recomienda en este grupo poblacional, la práctica regular de ejercicio, puesto que repercute directamente en la capacidad funcional del anciano y por lo tanto sobre su calidad de vida (Garatachea, Val, & Fancello, 2006).

En coherencia con lo anterior, a nivel nacional, en la ciudad de Barranquilla, se llevó a cabo un estudio acerca de los efectos del ejercicio físico en la condición física funcional y el riesgo de caídas en un grupo de Adultos Mayores, encontrando que con la práctica regular de programas de ejercicio físico, se puede modificar positivamente la capacidad funcional de los Adultos Mayores, ayudando al mejoramiento de la capacidad funcional, bienestar, autonomía e independencia de este grupo etario (Vidarte, Quintero, & Beltrán, 2012).

Al observar los resultados obtenidos en la encuesta sobre la autopercepción de salud en relación con la discapacidad, se encuentra que 1006 personas mayores no presentan discapacidad, 150 si la presentan; y en ambos grupos consideran que su salud se encuentra entre excelente y buena (53.3%) (gráfico 43); sin embargo es interesante encontrar porcentajes similares, 85.5% para las personas que no tiene discapacidad y 82.7% para las personas que si la tienen en donde consideran que su salud es entre buena y regular.

Para comprender dicha relación, es importante definir algunos términos como son la discapacidad y actividad. En relación al primer concepto la OMS (2002) la define como “el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de la persona y sus factores

personales y los factores externos que representan las circunstancias en que viven esas personas”, como toda restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Y la actividad como la naturaleza y nivel de rendimiento funcional de una persona. Las actividades pueden verse limitadas en naturaleza, duración y calidad. La limitación de la actividad (antes discapacidad) es la dificultad que tiene la persona para realizar lograr o termina una actividad.

Desde esta perspectiva, es claramente comprensible el gráfico 43, que devela que la discapacidad no se encuentra en relación directa con la condición de salud, sino que depende de la capacidad de realizar sus actividades con cierto nivel de independencia y autonomía, lo que a su vez confirma que los factores personales, sociales y medioambientales son aún más relevantes que la condición alterada de la salud; por ello no hay diferencia significativa entre las personas que presentan discapacidad y las que no; para ambos grupos, en donde la autopercepción de salud se encuentra entre buena y regular.

En este sentido, se encuentra a nivel internacional y nacional, diversos estudios que relacionan las mediciones de la discapacidad, con la capacidad funcional de los Adultos Mayores. Tal es el caso del estudio en Costa Rica, en el que determinan los factores asociados a la discapacidad en los Adultos Mayores del Valle Central Rural de Costa Rica, comparándose con Ciudad de México y Santiago de Chile (Ocampo, 2004) encontrando dentro de los factores de riesgo más importantes las enfermedades crónicas, la edad avanzada, el deterioro cognitivo, menor nivel educativo y condición socioeconómica baja, y resaltando la fuerza de nuevas teorías de discapacidad que postulan que la discapacidad no es una característica propia de las personas, sino que ésta responde a las circunstancias generadas de los contextos y entornos sociales.

De igual forma Cuba, se encontró que la discapacidad en población Adulta Mayor, oscila entre 13,9% y 36,6%, incrementándose con la edad desde 4,5% para las personas entre 60 y 69 años, hasta

83% en personas de 80 años y más (Bayarre et al, 2008). De esta forma se ve la necesidad de preparación de los servicios de salud, para por un lado atender las necesidades de éste grupo poblacional, así como la de fomentar estrategias que impacten estas tendencias poblacionales.

En Arango & Ruiz (2005) en su estudio “Diagnóstico de los Adultos Mayores en Colombia”, según el Censo 2005, la tasa de prevalencia de discapacidad para la población total es de 6.3%, siendo mayor en hombres (6,6%:6,1%), además los datos arrojaron que los departamentos de Huila, Boyacá, Quindío, Tolima, Nariño, Cauca y Caldas, con respecto al Adulto Mayor, el 12,52% posee limitaciones para moverse o caminar, el 3.35% tiene limitaciones para su autocuidado y el 2.53% para hablar.

Similar o en contraste con el presente estudio, con respecto al género, éste mismo estudio encuentra que hay mayor riesgo para adquirir una discapacidad en las mujeres, lo cual puede explicarse al relacionarse con la edad y con el aumento en la expectativa de vida del género femenino con respecto al masculino, pues ya ha sido ampliamente documentado, como a mayor edad se aumentan de igual forma las condiciones y posibilidades de adquirir una discapacidad, pues hay enfermedades denominadas “dependientes de la edad” como el Alzheimer, la fractura de cadera, osteoartrosis, osteoporosis, etc. Las cuales son más representativas en las mujeres, estableciendo nuevos retos para la formulación de Políticas Públicas que reflejen las condiciones en que las personas envejecen tanto a nivel individual, como familiar y social, pues lo importante ahora, tal como lo refiere Bodálo (2004) citando a Abellán (2009), no es como vivir más años, sino como vivir mejor esos años ganados.

La causa de la discapacidad en los Adultos Mayores fue en un 80% adquiridas, seguido por un 9.3% cuyo origen fue de nacimiento, con un alto nivel de asociación, que denotan el impacto que presentan la instauración de entidades agudas o crónicas sobre la condición de la salud de la persona y la limitación en la ejecución de las actividades de la vida diaria.

Por otro lado, no hay significancia estadística entre vivir con alguien y autopercepción de salud, encontrando que para el Adulto Mayor la autopercepción de salud no depende de vivir con alguien. Ello en coherencia con la literatura, como lo describe Cerquera, Flórez & Linares (2010), la autopercepción de salud depende de la percepción de sí mismo desde lo físico, así como del sistema de atributos físicos que caracterizan al individuo de manera relativamente estable e incluye la evaluación de lo percibido en forma de aceptación o rechazo de la representación física, en este caso del Adulto Mayor.

Por otro lado, entre las personas que no padecen alguna enfermedad se encontró que el 57% disfrutaban entre plenamente y mucho de la vida, mientras que las personas que no sufren alguna enfermedad la disfrutaban en un 36.4%. En este orden de ideas, el presentar una enfermedad puede afectar las emociones, el interés en la participación de actividades de orden familiar y social generando en la persona un menor disfrute de su vida, lo que en ocasiones puede conducir a una menor adaptación e interacción de la persona con su entorno.

Finalmente, como se pudo apreciar en el apartado económico, la destinación de los gastos se encuentra concentrada en el pago de vivienda y alimentación en primer lugar, seguido del vestido y en menor proporción dedicados al apoyo a terceros, recreación y al ahorro, lo que indica que el disfrute de la vida no es la prioridad para este grupo de población ya que el uso del dinero se debe utilizar en sustento de necesidades básicas.

Aunque existe una relación entre el ingreso y la salud (OMS, 2004), esa relación puede ser o no muy importante, dependiendo de otros factores, como el tener la posibilidad no solo de vivir, sino en la posibilidad de vivir y de disfrutar de una buena vida a lo largo de la existencia, la utilidad de los ingresos radica en las cosas que permite hacer al Adulto Mayor y las libertades sustantivas que les ayuda a conseguir, incluida la libertad de vivir bien.

Además, es interesante observar cómo en la literatura se ha descrito el importante papel que tiene la familia con respecto a las

posibilidades de satisfacción personal que pueden tener los Adultos Mayores, encontrando que ésta, representa la primera posibilidad de apoyo de los ancianos. Sin embargo, estudios recientes hacen referencia al reto que actualmente tienen los Adultos Mayores que hacen parte de países en desarrollo al enfrentar la necesidad de cómo satisfacer sus necesidades de apoyo familiar, en las actuales condiciones culturales que hacen que las dinámicas familiares sean cambiantes y complejas.

Colombia no es ajena a esta realidad, a lo largo de las últimas décadas ha pasado de tener una sociedad tradicional agrícola, donde se consideraban importantes el saber y el poder de las personas mayores (lo cual les garantizaba autoridad y respeto), a ser una sociedad en transición hacia lo moderno-urbano, en la cual se da más valor social al trabajo, a la productividad y al desarrollo tecnológico, lo cual garantiza el poder, la autoridad y es respeto a los adultos jóvenes; por lo que es fácil suponer que los lazos familiares entre generaciones se han debilitado en las sociedades actuales por los cambios experimentados, por lo que la familia atiende y cuida de otra manera, teniendo el agravante de que en los países en desarrollo las históricas condiciones económicas no han permitido instaurar suficientes medidas para cubrir las necesidades de la población (Gómez & Curcio, 2014).

En éste sentido, se describe cómo los Adultos Mayores refieren requerir apoyo social y cuidado, el cual es recibido en su orden por del cónyuge, hijos y otros familiares. Los amigos y vecinos suelen proporcionar apoyo afectivo y compañía. Los hijos son los que proporcionan mayor apoyo instrumental, como los cuidados y atención personal y doméstica, realizando esas tareas por más tiempo. De igual manera, en estudios realizados por la CEPAL, se ha documentado cómo para ellos, la familia es el apoyo principal para su cuidado, máxime cuando se tienen condiciones de carencia de ingresos y deficiente acceso al apoyo institucional y comunitaria para el cuidado.

Así, tanto la literatura como la experiencia con el Adulto Mayor, ha podido establecer, cómo cuidar un Adulto Mayor con una enfermedad crónica significa una gran carga y responsabilidad emocional para

toda la familia, lo que de igual manera implica grandes cambios en el funcionamiento de la familia, verse en la necesidad de modificar patrones de funcionamiento, manejo del tiempo y roles familiares, lo que favorecen el riesgo de institucionalización.

Por ésta razón se ven obligados a ser trasladados a un Centro de Protección Social, en donde se busca satisfacer y responder a las demandas y necesidades de los ancianos, tal como se muestra en el gráfico 49. De allí, como lo expresan los Adultos Mayores en un estudio realizado en la ciudad de Manizales, debido al cambio de circunstancias, el concepto de familia tradicional cambia a un modelo de familia social, ya que, en el ambiente institucional, están unidos por el lazo del interés y del propósito común, donde el Adulto Mayor considera como personas significativas a nivel afectivo a sus compañeros y cuidadores, de tal manera, que los centros de promoción y protección al Adulto Mayor, se constituye en un sistema abierto, en el cual , los Adultos Mayores se interrelacionan entre sí, por las reglas y normas de la institución y por los roles que cada uno desempeña al interior de ese sistema (Castellanos, 2010).

Sumado a lo anterior, se encuentra la autopercepción de la Vejez que tiene el Adulto Mayor con beneficio estatal, en este sentido, en un estudio realizado en Chile con respecto a la percepción de los Adultos Mayores con beneficio estatal, se encontró que en general lo Adultos Mayores tienen una percepción positiva de sí mismos, puesto que a pesar de que en la Vejez suceden cambios físicos y biológicos propios del proceso de Envejecimiento, éstos no interfieren del todo para la realización de las actividades grupales o recreativas.

De otra parte, en un estudio de tipo cualitativo realizado en la ciudad de Manizales, los Adultos Mayores que tiene algún tipo de beneficio estatal consideran la salud como un camino hacia la libertad, en tanto, les sirve de cimiento para ser y hacer lo que deseen dentro del ambiente institucional, es decir, les brinda una oportunidad para ser libres y la capacidad para desarrollar o mantener la autonomía,

para poder ejecutar los roles o acciones que desea en un contexto determinado (Castellanos, 2010).

Otro elemento a tener en cuenta, corresponde al tiempo de ocio Adulto Mayor institucionalizado. A este respecto, Castellanos (2010) reporta en un estudio realizado con Adultos Mayores que vivían en un centro de promoción y protección al Adulto Mayor que, para ellos, la recreación y ocupación del tiempo libre lo visualizan como una forma de reencuentro consigo mismo, pues les ayuda a estar más tranquilos, les permite disfrutar la vida y compartir con sus compañeros y cuidadores. Además consideran la asistencia a los eventos religiosos, como una actividad fundamental en sus vidas, puesto que, ven la espiritualidad como la búsqueda de la trascendencia, la creencia en un ser superior que le proporciona seguridad, confianza y esperanza de un mundo mejor después de la muerte.

En España las preferencias de los Adultos Mayores cuando se trata de ocupar el tiempo libre y realizar actividades de ocio se centran en, pasear (67,8%), leer o escribir (23,9%), ver a la familia (18%) y viajar (15,6%). Además, un 14 % práctica algún deporte –gimnasia o natación– y otros ven la TV o asisten al cine. Además, la evolución de las relaciones hombre-mujer en la práctica varía, haciendo que los hombres colaboren en las tareas del hogar y en la convivencia como pareja, ya que el hombre valora más el trabajo femenino en la casa. Se observa que uno de los principales deseos de las personas jubiladas es mantenerse ocupados durante el tiempo libre que poseen, y sobretodo es el caso de los hombres. Se observa que existen diferencias entre el entorno urbano y el rural. El ámbito urbano implica una concepción de tiempo libre diferente al ámbito rural, donde hay una vivencia más directa de la comunidad y no hay tanto tiempo para actividades de ocio organizado. Los ingresos económicos también pueden marcar la diferencia entre la elección de las actividades de ocio (Arcolea, Martori, Sánchez, & Ródriguez, 2005).

En este capítulo se presentan los lineamientos y directrices para la construcción de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez de Manizales, desarrollados a partir de la línea de base y la discusión planteadas anteriormente. Para ello, se formulan los principios que guían el desarrollo de la política tratando de mantener coherencia con la política nacional, luego se describen los objetivos generales y específicos, para finalmente formular los ejes, líneas estratégicas, líneas de acción y programas. No obstante, entendiendo las dinámicas posteriores a éste documento, se propone una ruta de actuación prospectiva así:

- Fase I. Planteamiento del despliegue estratégico y elaboración del decreto oficial de la Política Pública (año 2015).
- Fase II. Socialización, retroalimentación y ajuste de acuerdo a recomendaciones de los involucrados bajo el principio de participación (año 2015).
- Fase III. Incorporación al Plan de Desarrollo 2016-2019.
- Fase IV. Definición del plan de acción mediante el establecimiento de las actividades, metas e indicadores que sustentarán la puesta en marcha de la política (año 2016- I Semestre).
- Fase V. Puesta en marcha del plan de acción (año 2016-II semestre).
- Fase VI. Evaluación de programas y proyectos mediante el monitoreo de los indicadores, apoyado en el Observatorio de Políticas Públicas o los sistemas de seguimiento, monitoreo y

evaluación propuestos durante la formulación del plan de acción (2017 hasta 2025).

Principios de la Política

Los principios de la política, en términos éticos, corresponde a las condiciones inherentes al comportamiento humano que le permiten distinguir y filtrar sus acciones en función de un obrar bien, un obrar dentro de una moral establecida. Es por esto que una política no debe ser ajena al establecimiento de unos principios rectores que permitan direccionar y enmarcar las decisiones derivadas de la gestión pública. Por tanto, la Política Pública de Envejecimiento y Vejez de la Ciudad de Manizales, propenderá por lograr:

- **Universalidad:** la política se dirige a toda la población de la Ciudad de Manizales.
- **Equidad¹:** la política se entrega a toda la población sin distinción alguna de sexo, grupo étnico o condición social.
- **Dignidad²:** es el respeto al que se hace acreedor todo ser humano. La población es digna en sí misma, no por su utilidad, ni por su capacidad, ni por su productividad, ni por la percepción de los demás.

1. *El término equidad proviene de la palabra en latín “aéquitas”, el que se deriva de “aequus” que se traduce al español como igual. “El concepto de equidad se relaciona con aquello que llamamos justo y por lo tanto su significado depende de los valores o enfoques de la sociedad, justicia social, que adopten los individuos, grupos o gobiernos” (Barr, 1993). La inequidad hace referencia “a las diferencias que se pueden evitar, que no son necesarias y que son consideradas injustas”.*

2. *Es el respeto al que se hace acreedor todo ser humano. La población es digna en sí misma, no por su utilidad, ni por su capacidad, ni por su productividad, ni por la percepción de los demás.*

- Solidaridad intergeneracional³: se orienta hacia las interrelaciones entre personas mayores, jóvenes, niños, favoreciendo un trato digno, respetuoso, y una imagen positiva de la Vejez.
- Justicia Social Distributiva: Hace referencia a los máximos beneficios al mayor número de personas, beneficiando a los que tienen menos ventajas.
- Participación social⁴: Direccionar las decisiones desde el punto de vista de la participación de los involucrados en la misma política, fortaleciendo los espacios de participación a nivel social y comunitario.
- Corresponsabilidad social⁵: Soportar una responsabilidad compartida como una nueva forma de entender la relación de los diferentes actores de la política lo cual obedece a hacerse cargo de las decisiones y anticiparse a ellas de manera recíproca y colaborativa.

3. Hace referencia al apoyo que se da entre las generaciones con el propósito de protegerse entre sí, grupos de la población. Se mueve en el espacio de la justicia social y exige reciprocidad. Es la determinación firme y perseverante de empeñarse por el bien de todos y de cada uno, para que todos seamos responsables de todos.

4. Es un derecho humano universal, “Se entiende la participación social como una forma de influir sobre las decisiones que se toman y de mejorar la calidad de las mismas” son también las acciones individuales y colectivas que pretenden promover y lograr transformaciones sociales, realizadas por las personas mayores a nivel individual y colectivo. Estas acciones en diferentes campos de interés.

5. Se refiere a las responsabilidades diferentes, bajo el criterio de concurrencia y complementariedad.

Objetivos propuestos para la Política Pública de Envejecimiento y Vejez en la ciudad de Manizales

General

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 una mejor calidad de vida.

Específicos

1. Afianzar el goce efectivo de derechos a través de la garantía de la salud integral desde la atención primaria social, condiciones económicas dignas y atención y acompañamiento institucional.
2. Promover una cultura para la Vejez y el Envejecimiento, a través de la triada “aprender a envejecer, aprender mientras se envejece y aprender de los que envejecen” (Gómez & Curcio, 2014, p. 58).
3. Fortalecer el desarrollo social y familiar mediante las redes de apoyo primarias y secundarias.
4. Garantizar la accesibilidad y la participación ciudadana mediante el fortalecimiento de entornos sociales y físicos y la movilización social para la construcción de ciudadanía.

Ejes, líneas estratégicas y líneas de acción

En consonancia con los principios, los objetivos y todo el desarrollo analítico-descriptivo de la investigación que sustenta esta propuesta de política, a continuación, se presentan los ejes, sus líneas estratégicas, líneas de acción y algunos programas sugeridos. Tal y como se mencionó

anteriormente, el alcance sobre las metas, indicadores y responsables será una tarea posterior, propia del plan de acción a definir.

Los ejes de la política

Afianzamiento del Goce efectivo de derechos

Los derechos son las facultades, libertades e instituciones que le pertenecen a cada persona por el solo hecho de serlo. El “goce efectivo” enfatiza la necesidad de experimentar en la práctica lo que es considerado un derecho. Por tanto, “goce efectivo de derechos” significa que aquello que le pertenece a cada persona sea experimentado de una manera completa y evidente (2013, GIZ-UAM).

Afianzamiento en este caso implica consolidar o afirmar el disfrute y el ejercicio pleno de los derechos de las personas Adultos Mayores.

<i>EJE 1. Afianzamiento del goce efectivo de derechos</i>	
<i>Líneas estratégicas</i>	<i>Líneas de acción</i>
1.1 Salud integral desde la política de Atención Primaria Social Atardeceres	1.1.1 Garantizar el acceso al SGSS
	1.1.2 Garantizar la atención en salud
	1.1.3 Garantizar el cumplimiento de políticas de discapacidad e inclusión social.
1.2 Condiciones económicas dignas	1.2.1 Promover el incremento y/o sostenimiento de los ingresos del Adulto Mayor.
1.3 Atención y acompañamiento institucional.	1.3.1 Fortalecimiento de los CP-SAM (Centros de Protección Social al Adulto Mayor), Centros vida y Centros día.

Fuente: elaboración propia.

*Tabla 9.
Eje 1:
Afianzamiento
del goce efectivo
de derechos*

Eje 2: Cultura de la Vejez y el Envejecimiento

Este eje tiene como horizonte el cambio del “software” colectivo, respecto a cómo se procesa el Envejecimiento, y cómo se observa a los Adultos Mayores. Es necesario un cambio cultural de fondo para que la sociedad colombiana vea de otra forma a los Adultos Mayores, para que sean dignificados y reconocidos en su condición humana, y como parte fundamental del desarrollo integral de cualquier comunidad y base misma de la civilización. Este eje incluye el concepto de Envejecimiento activo, entendido desde una perspectiva dinámica, de ciclo vital, incluyendo todo aquello que hacen los diferentes grupos etáreos (niños, jóvenes, adultos y los mismos viejos) para generar condiciones que los lleven a un Envejecimiento sano y responsable, y para disfrutar de una Vejez lo más digna posible. En términos generales este eje implica un proceso intensivo de reeducación social.

Este eje se deriva de una reconsideración del fenómeno de la Vejez, por su magnitud y por su trascendencia como tema de interés público fundamental, hoy, y más en el futuro debido tanto a que gran parte de la población mundial llegará a dicha etapa; y a que es el único grupo poblacional que seguirá creciendo en los próximos años, con impactos considerables sobre los sistemas productivos, los sistemas de protección social y por tanto sobre las demás dimensiones de la vida en sociedad.

*Tabla 10.
Eje: Cultura
para la
Vejez y el
Envejecimiento*

<i>EJE 2. Cultura para la Vejez y el Envejecimiento</i>	
<i>Líneas estratégicas</i>	<i>Líneas de acción</i>
2.1 “Aprender a envejecer”	2.1.1 Niñez y Juventud
2.1 “Aprender mientras se envejece”	2.2.2 Adulto Joven y Adulto Mayor.
2.2 “Aprender de los que envejecen”	2.2.3 Formación y capacitación con y para el Adulto Mayor.

Nota: el texto entre comillas fue tomado de Gómez y Cursio (2014)

Fuente: elaboración propia.

Eje 3: Desarrollo Social y Familiar

El tipo y la calidad de las relaciones que se entretienen entre las personas y los grupos sociales, dependen principalmente de los niveles de civismo, la confianza, solidaridad, cooperación y relaciones que puede alcanzar una comunidad, así como la efectividad de las redes y las normas sociales, las cuales se aprenden a través de la experiencia vivida en la propia familia y en las relaciones que esta establece con su entorno social.

Aquí se hace referencia al desarrollo de los individuos Adultos Mayores en función de sus relaciones sociales, en las cuales se considera que la familia juega un rol fundamental, pero también las redes de amigos, vecinos, colegas, entre otros a nivel primario. Mientras en un segundo nivel se refiere a la participación de los Adultos Mayores en espacios más abiertos de interacción, grupos de tercera edad, Juntas de Acción Comunal JAL, entre otros, que contribuyen a la sociabilidad de los seres humanos, los ayudan a sentirse útiles, contribuyen a mantenerlos activos física, emocional y mentalmente, y se constituyen en un referente de sostenimiento de la identidad, y de utilidad social. Aquí la noción de desarrollo se comprende como una interacción recíproca sociedad e individuo.

<i>EJE 3. Desarrollo Social y Familiar</i>	
<i>Líneas estratégicas</i>	<i>Líneas de acción</i>
3.1 Redes de apoyo primario	3.1.1 Protección e integración familiar
3.2 Redes de apoyo secundario	3.2.1 Espacios de participación social y comunitario

*Tabla 11.
Eje 3:
Desarrollo
Social y
Familiar*

Fuente: elaboración propia.

Eje 4: Accesibilidad y Participación Ciudadana

Se parte de un concepto amplio de accesibilidad, que además de facilitar los accesos a espacios físicos y servicios concretos, remite a los accesos cognitivos a la realidad, que puedan usar sus sentidos, y seguir interactuando con ella. Sin estas condiciones el segundo aspecto, el de la participación ciudadana, se limita. La idea de participación ciudadana parte del reconocimiento del papel que pueden seguir jugando los Adultos Mayores en la sociedad como sujetos activos política, económica y socialmente.

En este sentido, son los mismos grupos sociales participantes, los que legitimizan y forjan las bases y las reglas de las relaciones que se establecen, como medio para construir y transformar la sociedad; es así, como resulta importante resaltar como dichas transformaciones no se dan de manera espontánea, sino que son originadas por las condiciones de desigualdad, discriminación e injusticia existentes, y a través de los cuestionamientos de las personas que de una u otra manera se ven involucradas, generando nuevos espacios, canales y mecanismos de participación y protección de los derechos.

Tabla 12. Eje 4: Accesibilidad, movilidad y participación ciudadana

<i>EJE 3. Desarrollo Social y Familiar</i>	
<i>Líneas estratégicas</i>	<i>Líneas de acción</i>
4.1 Accesibilidad y movilidad.	4.1.1 Entornos físicos y garantía de la movilidad
4.2 Movilización social y construcción ciudadana.	4.2.1 Participación política, control social y veeduría ciudadana

Fuente: elaboración propia.

- En coherencia con otros estudios, el Adulto Mayor es una población que crece exponencialmente, transformando las pirámides poblacionales y por tanto las realidades sociales que de ello se desprende. Al ser Caldas, y en especial Manizales como capital, la región que muestra el índice de Envejecimiento más alto del país, se genera responsabilidad social para la reflexión y toma de decisiones en torno a la generación e implementación de estrategias encaminadas a mejorar la calidad de vida de este grupo etario a nivel regional e incluso constituirse en modelo de referencia a nivel nacional.
- En términos generales, el estudio evidencia que en las variables sociales estudiadas existe una tendencia a marcar condiciones de vulnerabilidad en la población Adulta Mayor, con un porcentaje cercano al 40%.
- Respecto a la percepción en salud, llama la atención que la población de estudio tiene un concepto favorable frente al tema, sin embargo, se puede inferir que esta percepción está fuertemente relacionada con los determinantes sociales, de ahí que no se restrinja el tema de salud a la ausencia de enfermedad sino a la percepción que los Adultos Mayores tienen del acceso, uso y calidad del régimen de seguridad social, vivienda, su rol dentro de la sociedad, entre otros.
- Debido al cambio de circunstancias, el concepto de familia tradicional cambia a un modelo de familia social, ya que, en el ambiente institucional, están unidos por el lazo del interés y del

propósito común, donde el Adulto Mayor considera como personas significativas a nivel afectivo a sus compañeros y cuidadores, de tal manera que los centros de promoción y protección al Adulto Mayor se constituyen en un sistema abierto, en el cual los Adultos Mayores se interrelacionan entre sí por medio de las reglas y normas de la institución y por los roles que cada uno desempeña al interior de ese sistema.

- El proceso de Envejecimiento genera cambios de índole estructural y funcional que influyen en los niveles de funcionamiento corporal, individual y social del Adulto Mayor, situaciones que denotan adaptaciones en sus actividades de la vida diaria y en su salud. De allí que la salud juega un papel importante al actuar como facilitador o como barrera en el desempeño de los diferentes roles de los Adultos Mayores en los escenarios en que este interactúe y se desenvuelva. Razón por la cual, se propone la línea de salud integral enfocada en Atención Primaria Social o en Salud, donde se deberán generar o fortalecer las redes propuestas desde la Ley 1438 del 2011, para garantizar la atención integral a los grupos vulnerables (entre ellos el Adulto Mayor), mediante la implementación o fortalecimiento de las Células o Centros de Atención Solidaria o Social, que garanticen la atención especializada y promuevan la atención prioritaria domiciliaria.
- Los hallazgos reportados en este libro permitieron establecer los ejes, líneas estratégicas, líneas de acción y programas, no solo a la luz de la condición del Adulto Mayor de hoy, sino también a través de una mirada prospectiva al infante, joven o adulto del presente, que llegará a ser Adulto Mayor o una persona longeva en un futuro próximo, como parte del ciclo vital. Incluso se postula que no se debe pensar en Vejez sino en “vejeces”, pues cada grupo de edad tiene diferencias importantes que considerar como parte de su diversidad.

- Alcaldía de Manizales. (2012). Plan de Desarrollo- Gobierno en la Calle. Manizales, Caldas.
- Arango, V. E., & Ruiz, I. C. (2005). *Diagnóstico de los Adultos Mayores en Colombia*. Bogotá: Secretaría Distrital de Planeación.
- Arcolea, I., Martori, E., Sánchez, C., & Rodríguez, N. (2005). Análisis del tiempo en personas mayores: organizaciones y actividades en Cataluña. *Parc Científic*.
- Arriagada, I. (2007). *Familias y Políticas Públicas en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Ávila, F. F. (2010). Definición y objetivos de la geriatría. *El Residente*, 5(2), 49-54.
- Bayarre, V. H., Perez, P. J., Menéndez, J. J., Tamargo, B. T., Morejón, C. A., Garrido, D. D., & González, d. P. (2008). Prevalencia de la discapacidad física en Adultos Mayores de provincias seleccionadas Cuba 2000-2004. *Centro de Investigaciones sobre longevidad, Envejecimiento y salud*.

- Bengtson, V., Gans, D., Putney, N., & Silverstein, M. (2009). *Handbook of theories of aging*. New York: Pringer Publishing Company.
- Bodálo, L. E. (2004). Envejecimiento y discapacidad. *Universidad de Murcia*, 139-151.
- Brigeiro, M. (2005). Envejecimiento exitoso y tercera edad: problemas y retos para la promoción de la salud. *Educación*, 23(1), 102-109.
- Canto, C. M., & Castro, S. O. (2002). *Introducción a las Políticas Públicas (In Participación Ciudadana y Políticas Públicas en el Municipio)*. México D.F: Movimiento Ciudadano por la Democracia.
- Carbajo, M. d. (2008). La historia de la Vejez. *Ensayos*, 237-254.
- Castellanos, J. (2010). Concepto de calidad de vida para el Adulto Mayor institucionalizado en el Hospital Geriátrico San Isidro de Manizales. *Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátria*, 24(4), 1441-1451.
- CELADE. (2010). *EL Envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe*. Obtenido de http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/3/39343/Separata_Indicadores_Envejecimiento.pdf
- CEPAL. (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y Políticas Públicas*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Cerquera, A., Flórez, L., & Linares, M. (2010). Autopercepción de Salud en el Adulto Mayor. *Virtual Universitaria Católica del Norte*, 407-428.

- Clavelina, F., & Rosas, E. (2010). Una propuesta para la interpretación de Family APGAR. *UNAM*, 102-106.
- Cobo, C. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: su papel en las teorías del Envejecimiento. *Gerokomos*, 172-174.
- Congreso de la República de Colombia. (Noviembre de 2014). Ley 100 de 1993, Ley 271 de 1996 y Ley 1091 de 2006. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (Noviembre de 2014). Ley 1251 de 2008, Ley 1276 de 2009, Ley 1315 de 2009. Bogotá.
- Corominas, J. (1987). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Gredos.
- DANE. (2010). *Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020*. Bogotá: Centro Andino de Altos Estudios CANDANE.
- Daza Rodríguez, K. D. (2011). *Vejez y Envejecimiento*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- DNP. (Agosto de 2014). Departamento Nacional de Planeación. *Envejecimiento y Vejez- CONPES 2793*. Bogotá, Colombia. Obtenido de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/2793.pdf>
- DNP. (Agosto de 2014). *Departamento Nacional de Planeación*. Obtenido de Envejecimiento y Vejez- CONPES 2793: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/2793.pdf>
- DNP. (Junio de 2016). *Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018*. Bogotá.

- DTSC. (2012). *Diagnóstico Institucional de bienes y servicios para la atención a las personas mayores del Departamento de Caldas*. Manizales: Dirección Departamental de Salud de Caldas.
- Dye, T. (2013). *Understanding public policy*. Pearson Education.
- Fundación Saldarriaga Concha. (Noviembre de 2014). *Diagnóstico de los Adultos Mayores en Colombia*. Bogotá.
- Garatachea, V. N., Val, F. R., & Fancello, I. (2006). Evolución de la condición física funcional de un grupo de personas mayores que realizan un programa de actividad física durante 9 meses.
- Giraldo, L. F. (Septiembre de 2013). *Ciudad de Geografía Vertical*. Bogotá: SEMANA S.A.
- Gómez, J. F., & Curcio, B. C. (2014). *Salud del anciano: valoración*. Manizales: Blanecolor.
- Gómez, J. F., & Curcio, C. L. (2002). *Valoración Integral de la Salud del Anciano*. Manizales: Tizan.
- HelpAge International. (2014-2015). *Índice Global de Envejecimiento*. Global Age Watch.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México D.F: McGraw Hill.
- Hidalgo González, J. (2001). *El Envejecimiento: aspectos sociales*. San José: Universidad de Costa Rica.
- Howlett, M., & Ramesh, M. (1995). *Studying Public Policy: policy cycles and policy subsystems*. Ontario: Oxford University Press.

- Huenchuan, S., & Piñero, L. (2010). *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. CEPAL.
- Iacob, R. (2001). La post-gerontología: hacia un renovado estudio de la gerontología. *IV Congreso Chileno de Antropología* (págs. 438-444). Chile: Colegio de Antropólogos de Chile.
- Iacob, R., & Sabatini, B. (2007). Psicología de la mediana edad y Vejez. *Especialización en gerontología comunitaria e institucional*. Facultad de psicología- Universidad Nacional de Mar del Plata. Obtenido de <http://seminarioEnvejecimiento.unam.mx/>
- ICBF. (22 de 5 de 2015). *ICBF*. Obtenido de http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0029_1975.htm
- IMSERSO. (2008). *Envejecimiento productivo: la provisión de cuidados de los abuelos a nietos, implicaciones para su salud y bienestar*. Barcelona: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- International Longevity Centre Brazil. (2015). *Active Ageing: a policy framework in response to the longevity revolution*. Rio de Janeiro: ILC Brasil.
- Knoepfel, P., Larrue, C., Varone, F., & Hinojosa, M. (2007). Hacia un modelo de análisis de Políticas Públicas operativo. Un enfoque basado en los actores, sus recursos y las instituciones. *Ciencia Política*, 6-29.
- Lozano Poveda, D. (2011). Concepción de Vejez: entre la biología y la cultura. *Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo*, 89-100.
- Maraver, M. (2011). Representaciones y significados de la Vejez. *Curso 2011-2012*. Humanidades.

- Marroquín, G. (1980). Aspectos estadísticos y demográficos de la Vejez en Colombia. Bogotá.
- Maxneef, M., Elizalde, A., & Hopenhayn, M. (2010). *Desarrollo a escala humana*. Montevideo: Nordan Comunidad.
- MEN. (Mayo de 2016). Actualización de la política colombiana de Envejecimiento humano y Vejez 2015-2025. Bogotá.
- Millán Calenti, J. C. (2011). *Gerontología y Geriatría: valoración e intervención*. Madrid: Médica Panamericana S.A.
- MinSalud. (15 de Marzo de 2013). Plan Decenal de Salud Pública. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- MinSalud. (Octubre de 2014). Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019. Bogotá.
- Naciones Unidas. (21 de Octubre de 2014). Los derechos de las personas mayores: materiales de estudio y divulgación. *Hacia un cambio de paradigma sobre Envejecimiento y Vejez*. CEPAL.
- Ocampo, C. R. (2004). Vejez y Discapacidad: visión compartida de la población Adulta Mayor rural. Valle Central de Costa Rica. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- OMS. (2002). *Envejecimiento activo: un marco normativo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (Mayo de 2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y La Salud 2015. Estados Unidos de América.

- ONU. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Nueva York: Organización de la Naciones Unidas.
- ONU. (2003). *Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.
- ONU. (2014). *La situación demográfica en el mundo. Informe Conciso*. Nueva York: Organización de las naciones unidas.
- Otero, A., Zunzunegui, M. V., Béland, F., Rodríguez, Á., & García, M. J. (2006). *Relaciones Sociales y Envejecimiento Saludable*. Bilbao: Fundación BBVA.
- PNUD. (2014). *Informe sobre desarrollo humano: sostener el progreso humano, reducir vulnerabilidades y construir resiliencia*. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas.
- Polo Luque, M., & Martínez Ortega, M. (2001). Visión Histórica del concepto de Vejez en las sociedades antiguas. *Cultura de los cuidados*, 15-20.
- Pons, E. S. (2013). *Bienestar Psicológico en la Vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital*. España: Universidad de Valencia.
- Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía*. Bogotá.: Ministerio de Salud y la Protección Social.
- Registraduría Nacional del Estado Civil. (15 de Octubre de 2014). Obtenido de <http://www.registraduria.gov.co/IMG/pdf/constitucion-politica-colombia-1991.pdf>

- Revista Semana. (Septiembre de 2013). Manizales Sostenible. Bogotá: Semana S.A.
- Ruiz, E., Sánchez, A. D., & Ferrand Sanabria, P. (2013). *Envejecimiento y Vejez en Colombia*. Cali: Universidad Javeriana.
- Salazar, G. V. (2014). El voluntariado universitario: propuesta para la gestión del entorno ético de las Universidades. Manizales: Universidad Nacional de Colombia.
- Skocpol, T. (1992). *Protecting Soldiers and Mothers: The Political Origins of Social Policy in the United States*. Boston: Harvard University Press.
- Smith, K., & Larimer, C. (2009). *The public policy primer*. Philadelphia: Westview Press.
- Sugar, J., Riekse, R., Holstege, H., & Faber, M. (2013). *Introduction of Aging: a positive, interdisciplinary approach*. Hawai: Springer Publishing Company.
- The Family Watch. (2013). *El papel de la familia en el Envejecimiento activo*. Madrid: Instituto Internacional de estudios sobre la familia.
- The Gerontological Society of America. (03 de 15 de 2016). Obtenido de <https://www.geron.org/>
- Toro, A. J. (2013). Gobierno ético: una visión feminista de su conceptualización e implementación en las organizaciones. Manizales: Universidad Nacional de Colombia.
- Torres, G. F. (1991). *The new aging: politics and change in America*. Praeger.

- Uribe, R. A., Valderrama, O. L., & Molina, L. J. (2007). Salud objetiva y salud psíquica en Adultos Mayores Colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 75-81.
- Vidarte, J., Quintero, M., & Beltrán, Y. (2012). Efectos del ejercicio físico en la condición física funcional y la estabilidad en Adultos Mayores. *Hacia la Promoción de la Salud*, 79-90.
- Wait, S. (2011). *Policies on ageing (An Introduction to Gerontology- Stuart-Hamilton)*. Cambridge University Press.
- Zapata, H. O. (2015). Autopercepción de salud en Adultos Mayores y desenlaces en salud física mental y síndromes geriátricos. *Salud Pública*, 589-602.

Formulación de un documento base de Política Pública de Adulto Mayor para Manizales

Encuesta

Con el fin de apoyar la formulación de la Política Pública de Adulto Mayor (conocida a nivel nacional como Política de Envejecimiento y Vejez), la Universidad Autónoma de Manizales a través de un grupo interdisciplinario de investigación, viene apoyando la elaboración del documento base de dicha política, para lo cual se encuentra realizando la recolección de información primaria contenida en éste instrumento, como soporte y/o complemento de otros estudios ya existentes sobre el tema en la ciudad.

¡Agradecemos su valiosa participación!

1. N° ENCUESTA		HORA DE INICIO		HORA DE CIERRE		2. BARRIO		COMUNA	
3. NOMBRE Y APELLIDOS ENCUESTADOR					4. FECHA REALIZACIÓN ENCUESTA		DÍA	MES	AÑO
A. IDENTIFICACIÓN									
5. SEXO		<input type="checkbox"/> (1) FEMENINO		<input type="checkbox"/> (2) MASCULINO		6. EDAD			
7. ESTADO CIVIL		<input type="checkbox"/> (1) SOLTERO(A)		<input type="checkbox"/> (2) CASADO(A)		<input type="checkbox"/> (3) SEPARADO(A)			
		<input type="checkbox"/> (4) DIVORCIADO(A)		<input type="checkbox"/> (5) VIUDO(A)		<input type="checkbox"/> (6) UNIÓN LIBRE			
		<input type="checkbox"/> (7) NS/NR							
B. INFORMACIÓN ECONÓMICA									
8. PROCEDENCIA DE INGRESOS		¿Cuál es la procedencia de los ingresos para su subsistencia? (Es posible respuesta múltiple)							
		<input type="checkbox"/> (1) SALARIO		<input type="checkbox"/> (2) PENSIÓN (HEREDADA)		<input type="checkbox"/> (3) TRABAJO INDEPENDIENTE (NO COTIZA)			
		<input type="checkbox"/> (4) PENSIÓN SUBSIDIADA (PESAP)		<input type="checkbox"/> (5) PENSIÓN (PROPIA)		<input type="checkbox"/> (6) TRABAJO INDEPENDIENTE (COTIZA)			
		<input type="checkbox"/> (7) APOYO TERCERO (PASE 8.1)		<input type="checkbox"/> (8) RECURSOS PROPIOS		<input type="checkbox"/> (9) BENEFICIO ESTATAL (PASE 8.2)			
		<input type="checkbox"/> (10) OTRO, ¿CUÁL? _____						<input type="checkbox"/> (11) NS/NR	
8.1. APOYO DE TERCERO		<input type="checkbox"/> (1) FUNDACIÓN /ONG		<input type="checkbox"/> (2) FAMILIAR (ES)		<input type="checkbox"/> (3) VECINOS			
		<input type="checkbox"/> (4) OTRO, ¿CUÁL? _____				<input type="checkbox"/> (5) NS/NR			
8.2. BENEFICIO ESTATAL		<input type="checkbox"/> (1) ATENCIÓN INTEGRAL AL Adulto Mayor INSTITUCIONALIZADO				<input type="checkbox"/> (2) CENTRO DÍA			
		<input type="checkbox"/> (3) PROGRAMA COLOMBIA MAYOR (AUXILIO)				<input type="checkbox"/> (4) CENTRO VIDA			
		<input type="checkbox"/> (5) NS/NR							
9. MONTO DE INGRESOS		¿A cuanto ascienden los ingresos mensuales para su subsistencia ?							
		<input type="checkbox"/> (1) MENOS DE 1 SMMLV		<input type="checkbox"/> (2) ENTRE 1 Y 2 SMMLV		<input type="checkbox"/> (3) ENTRE 3 Y 4 SMMLV			
		<input type="checkbox"/> (4) ENTRE 5 Y 6 SMMLV		<input type="checkbox"/> (5) MÁS DE 6 SMMLV		<input type="checkbox"/> (6) NS/NR			
10. GASTOS		¿En qué invierte PRINCIPALMENTE sus ingresos?							
		<input type="checkbox"/> (1) VIVIENDA		<input type="checkbox"/> (2) ALIMENTACIÓN		<input type="checkbox"/> (3) VESTIDO			
		<input type="checkbox"/> (4) RECREACIÓN		<input type="checkbox"/> (5) APOYO TERCEROS		<input type="checkbox"/> (6) AHORRO			
<input type="checkbox"/> (7) OTRO, CUÁL? _____						<input type="checkbox"/> (8) NS/NR			

C. INFORMACIÓN SOCIAL			
11. VIVIENDA	¿Cuál es el tipo de vivienda que usted habita?		
	<input type="checkbox"/> (1) CASA/APTO	<input type="checkbox"/> (2) FINCA	<input type="checkbox"/> (3) RESIDENCIA
	<input type="checkbox"/> (4) CUARTO	<input type="checkbox"/> (5) INQUILINATO	<input type="checkbox"/> (6) CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL Adulto Mayor CPSAM (PASE 11.2)
	<input type="checkbox"/> (7) OTRO, ¿CUÁL? _____		<input type="checkbox"/> (8) NS/NR
11.1 ACCESO VIVIENDA	¿La vivienda que Usted habita es? (Diligencie y PASE A 11.3)		
	<input type="checkbox"/> (1) PROPIA(O) (TOTALMENTE PAGADA)	<input type="checkbox"/> (2) PROPIA (O) (SE ESTA PAGANDO)	<input type="checkbox"/> (3) ARRENDADA/SUBARRENDADA
	<input type="checkbox"/> (4) POSESIÓN SIN TÍTULO	<input type="checkbox"/> (5) EN USUFRUCTO	<input type="checkbox"/> (6) CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL
	<input type="checkbox"/> (7) NS/NR		
11.2 CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL Adulto Mayor	<input type="checkbox"/> ¿Cuál es la razón FUNDAMENTAL para optar por vivir en el centro de protección social para el Adulto Mayor?		
	<input type="checkbox"/> (1) AUSENCIA DE FAMILIA QUE LO APOYE		
	<input type="checkbox"/> (2) FALTA DE DINERO PARA MANTENERSE EN FORMA INDEPENDIENTE		
	<input type="checkbox"/> (3) DISCAPACIDAD QUE REQUIERE CUIDADO CONTINUO		
	<input type="checkbox"/> (4) SE SENTÍA MUY SOLO VIVIENDO INDEPENDIENTE		
	<input type="checkbox"/> (5) HA PADECIDO MALES COMO ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN U OTRO QUE LE IMPIDIÓ LLEVAR UNA VIDA AUTÓNOMA		
	<input type="checkbox"/> (6) INDIGENCIA		
	<input type="checkbox"/> (7) DESPLAZAMIENTO FORZADO		
	<input type="checkbox"/> (8) MALTRATO FÍSICO Y PSICOLÓGICO POR PARTE DE LA FAMILIA		
	<input type="checkbox"/> (10) OTRO, CUÁL? _____		<input type="checkbox"/> (11) NS/NR
11.2.1 GRADO DE SATISFACCIÓN EN CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL Adulto Mayor	¿Cómo considera Usted las condiciones de los Centros de Protección Social para el Adulto Mayor de acuerdo a los siguientes aspectos? Siendo: 5 EXCELENTE 4 BUENO 3 REGULAR 2 MALO 1 MUY MALO		
	<input type="checkbox"/> (1) TRATO	<input type="checkbox"/> (2) ALIMENTACIÓN	<input type="checkbox"/> (3) HIGIENE
	<input type="checkbox"/> (4) REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES	<input type="checkbox"/> (5) INSTALACIONES	<input type="checkbox"/> (6) NS/NR
11.2.2 RETORNO AL HOGAR	De tener las condiciones ¿Desearía vivir independientemente?		
	<input type="checkbox"/> (1) SI	<input type="checkbox"/> (2) NO	<input type="checkbox"/> (3) NS/NR

11.3 CONDICIONES DE LA VIVIENDA	¿Cómo considera usted que son las condiciones de su vivienda?		
	<input type="checkbox"/> (1) EXCELENTES	<input type="checkbox"/> (2) BUENAS	<input type="checkbox"/> (3) REGULARES
	<input type="checkbox"/> (4) MALAS	<input type="checkbox"/> (5) PÉSIMAS	<input type="checkbox"/> (6) NS/NR
12. EDUCACIÓN	¿Sabe leer y escribir?		
	<input type="checkbox"/> (1) SI	<input type="checkbox"/> (2)NO	<input type="checkbox"/> (3) NS/NR
12.1 NIVEL EDUCATIVO	¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por Usted?		
	<input type="checkbox"/> (1) NINGUNO	<input type="checkbox"/> (2) PREESCOLAR	<input type="checkbox"/> (3) BÁSICA PRIMARIA
	<input type="checkbox"/> (4) BÁSICA SECUNDARIA	<input type="checkbox"/> (5) TÉCNICO	<input type="checkbox"/> (6) TECNÓLOGO
	<input type="checkbox"/> (7) UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/> (8) POSTGRADO	<input type="checkbox"/> (9) NS/NR
12.2 ESTUDIOS ACTUALES	¿Cursa estudios actualmente?		
	<input type="checkbox"/> (1) SI	<input type="checkbox"/> (2)NO (PASE 14)	<input type="checkbox"/> (3) NS/NR
	¿Cuáles son los estudios que cursa en la actualidad?		
	<input type="checkbox"/> (1) ALFABETIZACIÓN	<input type="checkbox"/> (2) ARTES Y OFICIOS	<input type="checkbox"/> (3) ESTUDIOS TÉCNICOS
	<input type="checkbox"/> (4) ESTUDIOS TECNOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> (5) ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	<input type="checkbox"/> (6) NS/NR
	<input type="checkbox"/> (7) OTROS, ¿CUÁLES? _____		
13. FAMILIA	¿Con quién vive? (Respuesta Múltiple)		
	<input type="checkbox"/> (1) CONYUGE	<input type="checkbox"/> (2) HIJOS	<input type="checkbox"/> (3) CON OTROS PARIEN- TES
	<input type="checkbox"/> (4) AMIGOS	<input type="checkbox"/> (5) CUIDADORES	<input type="checkbox"/> (6) SOLO (PASE 13.2)
	<input type="checkbox"/> (7) OTROS, ¿CUÁLES? _____	<input type="checkbox"/> (8) NS/NR	
13.1 CONVIVENCIA	Estoy contento porque puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.		
	<input type="checkbox"/> (1) CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> (2) ALGUNAS VECES	<input type="checkbox"/> (3) NUNCA
	Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.		
	<input type="checkbox"/> (1) CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> (2) ALGUNAS VECES	<input type="checkbox"/> (3) NUNCA
	Me agrada saber que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades		
	<input type="checkbox"/> (1) CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> (2) ALGUNAS VECES	<input type="checkbox"/> (3) NUNCA
	Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.		
	<input type="checkbox"/> (1) CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> (2) ALGUNAS VECES	<input type="checkbox"/> (3) NUNCA
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos			
<input type="checkbox"/> (1) CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> (2) ALGUNAS VECES	<input type="checkbox"/> (3) NUNCA	

13.2 AUTOPERCEPCIÓN Vejez	¿Qué significa para Usted ser anciano?		
	(1) PERSONA DE MUCHA EXPERIENCIA	(2) JEFE (A) DE FAMILIA	
	(3) PERSONA QUE NECESITA EL APOYO DE SU FAMILIA		(4) ENFERMEDAD
	(5) UNA CARGA	(6) OTRO, ¿CUÁL? _____	(7) NS/NR
D. INFORMACIÓN SALUD			
14. ACCESO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	¿A qué régimen de seguridad social pertenece?		
	(1) CONTRIBUTIVO	(2) SUBSIDIADO	
	(3) REGIMEN ESPECIAL	(4) NO AFILIADO (PASE 14.2)	(5) NS/NR (PASE 15)
14.1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN	¿Cómo califica la calidad en la atención que Usted ha recibido?		
	(1) EXCELENTE	(2) BUENA	(3) REGULAR
	(4) MALA	(5) PÉSIMA	(6) NS/NR
14.2. RAZONES DE NO AFILIACIÓN	¿A qué se debe que NO este afiliado?		
	(1) FALTA DE INTERÉS	(2) TRÁMITES ADMINISTRATIVOS	(3) FALTA DE CONOCIMIENTO
	(4) FALTA DE RECURSOS	(5) OTRA, ¿CUÁL? _____	(6) NS/NR
15. CONDICIÓN DE SALUD	¿Padece Usted de alguna enfermedad (es)?		
	(1) SI	(2) NO (PASE 16)	(3) NS/NR (PASE 16)
15.1. PRINCIPALES PATOLOGÍAS	De acuerdo a su condición de salud actual, indique qué enfermedad(es) presenta: (Respuesta múltiple)		
	(1) CARDIOVASCULAR (Hipertensión etc)	(2) PULMONARES	(3) CEREBROVASCULAR (Aneurisma-Derrame, etc)
	(4) METABÓLICAS (Diabétes etc)	(5) MÚSCULO-ESQUELÉTICAS	(6) INFECCIOSAS (VIH, etc)
	(7) OTRAS, ¿CUÁLES? _____		(8) NS/NR
16. AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD	¿En general Usted diría que su salud es?		
	(1) EXCELENTE	(2) BUENA	(3) REGULAR
	(4) MALA	(5) PÉSIMA	(6) NS/NR
17. DISCAPACIDAD	¿Presenta Usted algún tipo de discapacidad?		
	(1) SI	(2) NO (PASE 19)	(3) NS/NR (PASE 18)
17.1 TIPO DE DISCAPACIDAD	¿Qué tipo de discapacidad presenta Usted?		
	(1) AUDITIVA	(2) VISUAL	(3) COGNITIVA
	(4) MENTAL	(5) FÍSICA	(6) MÚLTIPLE

17.2 CAUSA DE DISCAPACIDAD	¿Cuál es la causa de su discapacidad?		
	<input type="checkbox"/> (1) FUE ADQUIRIDA	<input type="checkbox"/> (2) ES DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> (3) NS/NR
18. AMBIENTE FÍSICO	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?		
	<input type="checkbox"/> (1) SALUDABLE	<input type="checkbox"/> (2) MEDIANAMENTE SALUDABLE	<input type="checkbox"/> (3) POCO SALUDABLE
19. NUTRICIÓN	¿Cree que la alimentación que Usted lleva es?		
	<input type="checkbox"/> (1) SUFICIENTE (PASE 21)	<input type="checkbox"/> (2) INSUFICIENTE (PASE 20.1)	<input type="checkbox"/> (3) NS/NR (PASE 21)
19.1 RAZONES DE INSUFICIENCIA	¿Cuáles son las razones de la insuficiencia en su alimentación? (Respuesta Múltiple)		
	<input type="checkbox"/> (1) FALTA DE DINERO PARA COMPRAR ALIMENTOS/DIETA SUGERIDA		
	<input type="checkbox"/> (2) NO TIENE QUIEN LE COCINE Y USTED ESTA DISCAPACITADO PARA REALIZAR ÉSTA LABOR		
	<input type="checkbox"/> (3) NO TIENE MANERA DE COCINAR EN EL SITIO DONDE VIVE		
	<input type="checkbox"/> (4) NO ESTA SATISFECHO CON LA DIETA SUGERIDA		
	<input type="checkbox"/> (5) NO TIENE APETITO O COME MUY POCO		
	<input type="checkbox"/> (6) EN LA INSTITUCIÓN DONDE VIVE O EN EL COMEDOR NO DAN DIETA ESPECIAL		
	<input type="checkbox"/> (7) OTRA, CUÁL? _____		
<input type="checkbox"/> (8) NS/NR			
20. ESTILOS DE VIDA	Señale si Usted ha tenido o tiene alguno de los siguientes hábitos:		
	<input type="checkbox"/> (1) CIGARRILLO/TABACO	<input type="checkbox"/> (2) BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/> (3) SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
	<input type="checkbox"/> (4) NINGÚNO	<input type="checkbox"/> (5) OTRO, ¿CUÁL?	<input type="checkbox"/> (6) NS/NR
21. ACTIVIDAD FÍSICA	¿Realiza Usted actualmente actividad física?		
	<input type="checkbox"/> (1) SI	<input type="checkbox"/> (2) NO (PASE 22)	<input type="checkbox"/> (3) NS/NR (PASE 22)
21.1 FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA	¿Cuánto tiempo destina a la actividad física semanalmente?		
	<input type="checkbox"/> (1) DE 0 A 30 MINUTOS	<input type="checkbox"/> (2) DE 30 A 60 MINUTOS	<input type="checkbox"/> (3) DE 1 HORA A 1 HORA Y MEDIA
	<input type="checkbox"/> (4) DE HORA Y MEDIA A DOS HORAS	<input type="checkbox"/> (5) MÁS DE DOS HORAS	<input type="checkbox"/> (6) NS/NR

22. SALUD MENTAL	¿Cuánto disfruta de la Vida?		
	<input type="checkbox"/> (1) PLENAMENTE	<input type="checkbox"/> (2) MUCHO	<input type="checkbox"/> (3) LO NORMAL
	<input type="checkbox"/> (4) UN POCO	<input type="checkbox"/> (5) NADA	<input type="checkbox"/> (6) NS/NR
E. INFORMACIÓN PARTICIPACIÓN			
23. ESCENARIOS/ESPACIOS	¿En qué espacios o escenarios participa en la actualidad? (Respuesta múltiple)		
	<input type="checkbox"/> (1) FAMILIARES	<input type="checkbox"/> (2) RELIGIOSO/ESPIRITUAL	<input type="checkbox"/> (3) COMUNITARIO/ BARRIAL
	<input type="checkbox"/> (4) POLÍTICO	<input type="checkbox"/> (5) RECREATIVO/CULTU- RAL	<input type="checkbox"/> (6) DEPORTIVO
	<input type="checkbox"/> (7) REUNIONES SOCIALES DE AMIGOS O VECINOS		<input type="checkbox"/> (8) COMITÉS DE Adulto Mayor
	<input type="checkbox"/> (9) GRUPOS Adulto Mayor	<input type="checkbox"/> (10) ARTÍSTICOS	<input type="checkbox"/> (11) NS/NR
24. OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE	¿En qué emplea su tiempo libre? (Respuesta múltiple)		
	<input type="checkbox"/> (1) OFICIOS MANUALES	<input type="checkbox"/> (2) DAR UN PASEO	<input type="checkbox"/> (3) VA A CINE/OBRAS DE TEATRO
	<input type="checkbox"/> (4) DUERME	<input type="checkbox"/> (5) VE TELEVISIÓN	<input type="checkbox"/> (6) VISITA AMIGO(S)/ FAMILIAR (ES)
	<input type="checkbox"/> (7) VA A LA IGLESIA	<input type="checkbox"/> (8) LEE	<input type="checkbox"/> (9) ASISTE A CLASES
	<input type="checkbox"/> (10) PARTICIPA EN GRUPOS	<input type="checkbox"/> (11) HACE EJERCICIO	<input type="checkbox"/> (12) JUEGOS DE MESA
	<input type="checkbox"/> (13) NO HACE NADA	<input type="checkbox"/> (14) OTRO ,CUÁL? _____	<input type="checkbox"/> (15) NS/NR
F. INFORMACIÓN PROPOSITIVA			
25. DIMENSIONES DE PROFUNDIZACIÓN	Teniendo en cuenta lo que se le ha preguntado, ¿sobre qué aspecto piensa debería profundizar una Política Pública para el Adulto Mayor en Manizales?		
	<input type="checkbox"/> (1) ECONÓMICA	<input type="checkbox"/> (2) SOCIAL	<input type="checkbox"/> (3) SALUD
	<input type="checkbox"/> (4) PARTICIPACIÓN	<input type="checkbox"/> (5) CULTURAL	<input type="checkbox"/> (6) NS/NR
25.1 ECONÓMICA	¿Qué programas y/o proyectos le gustaría que se incluyeran en una política de Adulto Mayor, de acuerdo a las dimensiones abordadas?(Respuesta múltiple)		
	<input type="checkbox"/> (1) FORMACIÓN EN USO DEL DINERO	<input type="checkbox"/> (2) FORMACIÓN EN TIC's	<input type="checkbox"/> (3) DE EMPLEO PARA EL Adulto Mayor
	<input type="checkbox"/> (4) MICROEMPRESAS	<input type="checkbox"/> (5) COOPERATIVISMO	<input type="checkbox"/> (6) SUBSIDIOS
	<input type="checkbox"/> (7) OTRO ,¿CUÁL? _____		<input type="checkbox"/> (8) NS/NR
25.2 SOCIAL	<input type="checkbox"/> (1) APRENDIZAJE EN EL TRATO AL Adulto Mayor		<input type="checkbox"/> (2) FORMACIÓN A FAMILIAS
	<input type="checkbox"/> (3) APROVECHAMIENTO DE LOS SABERES DEL Adulto Mayor		<input type="checkbox"/> (4) CULTURA DEL Envejeci- miento
	<input type="checkbox"/> (6) REDES DE APOYO	<input type="checkbox"/> (7) OTRO ¿CUÁL? _____	<input type="checkbox"/> (8) NS/NR

25.3 SALUD	<input type="checkbox"/> (1) EJERCICIO FÍSICO	<input type="checkbox"/> (2) ATENCIÓN PREFERENCIAL	<input type="checkbox"/> (3) ALIMENTACIÓN/NUTRICIÓN
	<input type="checkbox"/> (4) PREV.CONSUMO CIGARRILLO/TABACO	<input type="checkbox"/> (5) PREV.CONSUMO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/> (6) PREVENCIÓN USO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
	<input type="checkbox"/> (7) JORNADAS SALUDABLES PARA MONITOREO DE CONDICIONES DE SALUD		<input type="checkbox"/> (8) DOTACIONES ORTOPÉDICAS
	<input type="checkbox"/> (9) OTRO, ¿CUÁL? _____		<input type="checkbox"/> (10) NS/NR
25.4 PARTICIPACIÓN	<input type="checkbox"/> (1) INTEGRACIÓN SOCIAL Y FORMACIÓN CIUDADANA		<input type="checkbox"/> (2) CONCURSOS Y EVENTOS
	<input type="checkbox"/> (3) PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES EN TEMAS DEL Adulto Mayor		<input type="checkbox"/> (4) VOLUNTARIADO
	<input type="checkbox"/> (5) ABUELOS SABIOS (VISITA A COLEGIOS, ESCUELAS, UNIVERSIDADES)		<input type="checkbox"/> (6) SERVICIO SOCIAL/COMUNITARIO
	<input type="checkbox"/> (7) OTRO, ¿CUÁL? _____		<input type="checkbox"/> (8) NS/NR
25.5 CULTURAL	<input type="checkbox"/> (1) CONCURSO DE POESÍA/ESCRITURA	<input type="checkbox"/> (2) CICLOS DE CINE Adulto Mayor	<input type="checkbox"/> (3) LECTURA EN VOZ ALTA
	<input type="checkbox"/> (4) VISITA A BIBLIOTECAS	<input type="checkbox"/> (5) EXPOSICI. Y EVENTOS DE CIUDAD	<input type="checkbox"/> (6) APRENDER INSTRUMENTOS MUSICALES
	<input type="checkbox"/> (7) INTERCAMBIOS CULTURALES	<input type="checkbox"/> (8) TALLERES ARTÍSTICOS	<input type="checkbox"/> (9) TALLERES LÚDICO-RECREATIVOS
	<input type="checkbox"/> (10) OTRO, ¿CUÁL? _____		<input type="checkbox"/> (11) NS/NR
25.6 EDUCACIÓN	Si tuviera la oportunidad de estudiar, ¿qué formación sería de su interés?		
	<input type="checkbox"/> (1) ALFABETIZACIÓN	<input type="checkbox"/> (2) ARTES Y OFICIOS	<input type="checkbox"/> (3) ESTUDIOS TÉCNICOS
	<input type="checkbox"/> (4) ESTUDIOS TECNOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> (5) ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	<input type="checkbox"/> (6) ESTUDIOS DE POSTGRADO
	<input type="checkbox"/> (7) OTRO, ¿CUÁL? _____		<input type="checkbox"/> (8) NS/NR
G. OBSERVACIONES			
Muchas gracias por la Información!! Le recordamos que el manejo de ésta será completamente confidencial y se rige bajo lo estipulado en el Decreto 08430 de 1993			

*Este libro se terminó de imprimir en Fusión
Comunicación Gráfica S.A.S., en el mes de
diciembre de 2017*

Manizales, Colombia

Si bien existen diversos estudios sobre las problemáticas a las que se enfrenta el Adulto Mayor en la actualidad, la investigación aquí presentada se orienta hacia el fortalecimiento de una respuesta efectiva (eficaz y eficiente) por parte de la administración pública respecto a dichas problemáticas, mediante el apoyo a la definición de una política pública que contribuya 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 una mejor calidad de vida.



Foto en portada:
Victoria Salazar Gil
Lorena P. Delgado Enríquez



ISBN: 978-958-8730-89-9

