

Manizales ciudad amigable con las personas mayores. Entre luces y sombras

Eugenio Nieto Murillo
Julialba Castellanos Ruiz
Doris Hincapié Ramírez
José Faber Hernández Ortiz
Paula Andrea Duque



Confa
Contigo, con todo



EDITORIAL



centro editorial

**Manizales ciudad amigable con las
personas mayores
Entre luces y sombras**

Eugenia Nieto Murillo
Julialba Castellanos Ruiz
Doris Hincapié Ramírez
José Faber Hernández Ortiz
Paula Andrea Duque



Catalogación en la fuente

Nieto Murillo, Eugenia

Manizales ciudad amigable con las personas mayores. Entre luces y sombras / Eugenia Nieto Murillo, Julialba Castellanos Ruiz, Doris Hincapié Ramírez, José Faber Hernández Ortiz, Paula Andrea Duque; editado por Laura V. Obando Alzate. - Manizales: UAM, 2025

162 páginas: diagramas, tablas, ilustraciones a color, fotografías a color, (Colección: Investigación. Línea: Desarrollo, Región y Paz. Serie: Libros)

ISBN electrónico: 978-628-7622-33-3

1. Envejecimiento-aspectos sociales. 2. Envejecimiento saludable. 3. Inclusión social. 4. Participación social. 5. Políticas públicas – Manizales (Caldas). 6. Calidad de vida.

I Castellanos Ruiz, Julialba, autora. II. Hincapié Ramírez, Doris, autora. III. Hernández Ortiz, José Faber, autor. IV. Duque, Paula Andrea, autora. V. Rojas Arias, Rafael Ricardo, editor. Obando Alzate, Laura V., editora.

UAM 362.6 N558

Fuente: Biblioteca UAM

CO-MaBABC

© Centro Editorial – Universidad Católica de Manizales

Carrera 23 N°60-63

Correo electrónico: centroeditorial@ucm.edu.co

Teléfono: (57) 606 893 30 50 ext. 3006

Manizales-Colombia

© Editorial UAM – Universidad Autónoma de Manizales

Antigua Estación del Ferrocarril

Correo electrónico: editorial@autonoma.edu.co

Teléfono: (57) 606 872 72 72 ext. 414

Manizales-Colombia

© Caja de Compensación Familiar de Caldas –CONFA-

Carrera 25 Calle 50 Esquina

Correo electrónico: andreseduardo.novoa@confa.co

Teléfono: (57) 606 878 31 11 ext. 1101

Manizales-Colombia

Titulo: Manizales ciudad amigable con las personas mayores.

Entre luces y sombras

Colección: Investigación

Línea: Desarrollo, región y paz

Serie: Libros

Autores: Eugenia Nieto Murillo / Julialba Castellanos Ruiz

Doris Hincapié Ramírez / José Faber Hernández Ortiz

Paula Andrea Duque.

Correos electrónicos: eunietom@gmail.com

jcastellanos@autonoma.edu.co / dhincapie@ucm.edu.co

pla_joseh@confamiliares.com / paduque@ucm.edu.co

Manizales, diciembre de 2025

ISBN electrónico: 978-628-7622-33-3

Coordinación Editorial: Rafael Ricardo Rojas Arias / Laura

V. Obando Alzate

Corrección de estilo: Pedro Felipe Carvajal Ruiz

Diseño y Diagramación: Juliana Parra Muñoz

Fotografías: Universidad Católica de Manizales

Contenido

<i>Abreviaturas y acrónimos</i>	9
<i>Introducción</i>	10
<i>Capítulo 1. Amabilidad con el envejecimiento y la vejez en Manizales</i>	18
<i>Envejecer entre montañas y agua</i>	19
<i>Envejecer en Manizales: más personas mayores menos niños</i>	25
Envejecimiento y vejez	25
<i>Envejecimiento saludable: un marco para las ciudades amigables con la edad</i>	28
Espacios al aire libre y edificios	30
Transporte	31
Vivienda	31
Participación social	32
Respeto e inclusión social	32
Participación cívica y empleo	33
Comunicación e información	33
Servicios de apoyo comunitario y de salud	34
<i>Capítulo 2. Entre los datos y las percepciones: una ruta multimétodo</i>	35
<i>Explorando los datos: componente cuantitativo</i>	37
<i>Técnicas de recolección de la información de naturaleza cuantitativa</i>	39
Población y muestra	40
Trabajo de campo	40
Comprendiendo las percepciones: componente cualitativo	41
Recolección y análisis de datos cualitativos	42
Consideraciones de rigor cualitativos	46
La integración de los datos	47
Limitaciones metodológicas	47
Consideraciones Bioéticas y de integridad científica	48

<i>Capítulo 3. El presente y el futuro de la amigabilidad de Manizales con el envejecimiento y la vejez</i>	50
<i>Fase cuantitativa, investigación exploratoria</i>	51
Características sociodemográficas de los encuestados	51
<i>Un entorno físico adaptado a medias</i>	58
Accesibilidad del entorno físico	58
<i>Un entorno social con respeto y sin participación</i>	62
<i>Personas mayores de Manizales con más felicidad que calidad de vida</i>	70
Percepción de la calidad de vida	70
Percepción de felicidad	71
<i>Emergencia de categorías</i>	73
Vivienda: entre lo ético y lo jurídico	74
Respeto e inclusión social: convivir o sobrevivir	79
Participación social: participar o autoexcluirse	83
Participación cívica y empleo: entre la tolerancia y el respeto activo	88
Comunicación e información: entre la calidez de las palabras y la frialdad de las tecnologías	90
Espacios al aire libre y edificios: adaptarse o estar solo	96
Servicios comunitarios y de salud: un sistema amplio de oportunidades que se rompe en la ruta de atención	105
Transporte y movilidad: factor de exclusión social	112
<i>Categorías transversales</i>	119
Convivencia intergeneracional	119
Información, comunicación y educación para el bienestar	122
<i>Categoría final</i>	128
Manizales ciudad amigable con la persona mayor: entre luces y sombra	128
<i>Conclusiones</i>	136
<i>Recomendaciones</i>	140
Para los tomadores de decisiones	141
Para la academia	142
Para la ciudadanía en general	143
Para las personas mayores	143
<i>Referencias</i>	146
<i>Anexo. Encuesta de amigabilidad</i>	158

Lista de figuras

Figura 1. Etapas del proceso de vinculación del territorio a la red mundial de ciudades amigables.	15
Figura 2. Mapa de la ubicación geográfica del departamento de Caldas.	20
Figura 3. Pirámide de población urbana por edades simples de Manizales, 1985-2035.	21
Figura 4. Rango de edad de los encuestados.	51
Figura 5. Sexo de los encuestados.	52
Figura 6. Lugar de residencia de los encuestados.	53
Figura 7. Estrato socioeconómico de los encuestados.	53
Figura 8. Nivel educativo de los encuestados.	54
Figura 9. Ocupación de los encuestados.	55
Figura 10. Presencia sobre la situación de salud de los encuestados.	55
Figura 11. Percepción sobre la situación de salud de los encuestados.	56
Figura 12. Afiliación al sistema de salud de los encuestados.	57
Figura 13. Con quien viven los encuestados.	57
Figura 14. Facilidad para movilizarse por el barrio.	59
Figura 15. Facilidad acceso a espacios y edificios públicos.	60
Figura 16. Adaptación del transporte público.	61
Figura 17. Accesibilidad a las paradas de transporte público.	62
Figura 18. Accesibilidad del entorno físico.	62
Figura 19. Se siente respetado e integrado en su comunidad.	63
Figura 20. Participación en actividades de voluntariado.	64
Figura 21. Participación en actividades socioculturales.	65

Figura 22. Participación en actividades políticas y sociales.	65
Figura 23. Participación en las últimas elecciones.	66
Figura 24. Comunicación e información: para problemas de salud sabe a quién llamar.	66
Figura 25. Comunicación e información: conoce servicios de salud y otros sociales en la comunidad.	67
Figura 26. Acceso a servicios de salud y otros asistenciales en domicilio o barrio.	67
Figura 27. Carácter integrador del entorno social.	68
Figura 28. Puntaje de amigabilidad por grandes dimensiones, según estrato.	69
Figura 29. Puntaje de amigabilidad por grandes dimensiones, según comuna.	69
Figura 30. Percepción de calidad de vida.	71
Figura 31. Percepción de felicidad.	72
Figura 32. Puntaje de calidad de vida y felicidad, según estrato.	72
Figura 33. Puntaje de calidad de vida y felicidad, según comuna.	73

Lista de tablas

Tabla 1. Síntesis de la estrategia metodológica.	37
Tabla 2. Puntos de recolección de información.	41
Tabla 3. Grupos focales para la recolección de información de naturaleza cualitativa.	43
Tabla 4. Matriz de análisis de datos cualitativos según el método de comparación constante.	45
Tabla 5. Grupos de interés de socialización.	46
Tabla 6. Categorías del estudio.	74
Tabla 7. Recomendaciones relacionadas con las Dimensiones del Marco Ciudades Amigables con las personas Mayores de la OMS.	144

Abreviaturas y acrónimos

- *ACNUDH*: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
- *ASIS*: Análisis de Situación de Salud
- *CONFA*: Caja de Compensación Familiar de Caldas
- *EAPB*: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
- *EPS*: Entidad Promotora de Salud
- *IA*: Inteligencia Artificial
- *IMERSO*: Instituto de Mayores y Servicios Sociales
- *ODS*: Objetivos de Desarrollo Sostenible
- *OMS*: Organización Mundial de la Salud
- *ONU*: Organización de las Naciones Unidas
- *ONU-Hábitat*: Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos
- *OPS*: Organización Panamericana de la Salud
- *SUMA*: Sistema Universitario de Manizales
- *TIC*: Tecnologías de la Información y la Comunicación
- *UAM*: Universidad Autónoma de Manizales
- *UCM*: Universidad Católica de Manizales

Este documento contiene los resultados de una investigación diagnóstica realizada en Manizales, Colombia, con el objetivo de identificar las condiciones de amigabilidad que ofrece la ciudad a las personas mayores, así como el proceso de mejora propuesto para convertir este territorio en un lugar donde envejecer sea un proceso saludable, digno y satisfactorio.

De acuerdo con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hacer de una ciudad un entorno amigable con la edad es un proceso que se realiza en cuatro fases, y esta investigación hace parte de la fase uno.

El proyecto se realizó mediante trabajo colaborativo de investigadores de los grupos de investigación de la Universidad Autónoma de Manizales (UAM), Salud Pública y Cuerpo Movimiento, el Grupo de Investigación en Enfermería (GRIEN), y el grupo Comunicación en Salud de la Universidad Católica de Manizales (UCM) y un investigador vinculado de la Caja de Compensación Familiar de Caldas (CONFA). Además, se contó con la participación en modalidad de asistentes de investigación de los estudiantes Juan Manuel Grisales Orejuela y Ana Lucia Nieto del Programa de Odontología de la UAM; Hugo Alberto Chávez Martínez y Víctor Hugo Pérez Ladín. Sumado a ello, estudiantes de Ciencias de la Actividad Física y Salud, Universidad de Guadalajara, México (Programa Delfín),

todos ellos miembros del semillero de investigación salud pública de la UAM. Asimismo, participaron como auxiliares de trabajo de campo, estudiantes y docentes de los programas de Odontología y Fisioterapia de la UAM, Enfermería y Bacteriología de la UCM, Psicología y Medicina de la Universidad de Manizales (UM) y Psicología de la Universidad Católica Luis amigó (UCLA).

Los grupos participantes en esta investigación han desarrollado competencias en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas, incluida la relacionada con el envejecimiento y vejez en el municipio de Manizales. Por su parte, los investigadores vinculados al equipo de investigación tienen formación avanzada como magísteres y experiencia en investigación.

El equipo de investigación estuvo conformado por cuatro docentes investigadores, un investigador de CONFA y once estudiantes de pregrado del semillero de Salud Pública de la UAM. Como trabajo de investigación de este semillero, se acoge la iniciativa *Ciudades y Comunidades Globales Amigables con las Personas mayores* (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007), que surge como respuesta al acelerado envejecimiento y urbanización de la población mundial, así como a los desafíos que esta dinámica demográfica plantea para una ciudad que como Manizales, que representa un alto índice de envejecimiento y una menor tasa de natalidad en relación con los datos del país, como se verá en el contexto demográfico.

A partir de la creación de la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las personas Mayores (OMS, s.f.), más de 1000 ciudades y comunidades de todo el mundo se han unido para promover el intercambio de experiencias y el aprendizaje conjunto. Este esfuerzo reconoce que las iniciativas para mejorar la adaptación a las necesidades de las personas mayores se llevan a cabo en diferentes contextos culturales y socioeconómicos.

El equipo de investigadores ve en esta red, la motivación para encontrar aliados internacionales que fortalezcan las redes de relaciones locales y nacionales ya existentes en la ciudad y que se han

ocupado decididamente en promover el envejecimiento saludable en Manizales.

Esta iniciativa de la OMS pone el foco en ocho dimensiones que evalúan aspectos favorables y desfavorables en el entorno de las personas mayores, lo que se complementa con la visión de los servicios públicos, privados y de voluntariado (OMS, 2007). Estas dimensiones se consideran para la investigación diagnóstica sobre la amigabilidad hacia los mayores en Manizales, las categorías iniciales de análisis, y a su vez, se encuentran alineadas con los propósitos normativos de mejorar los sistemas de salud territoriales desde la perspectiva de la atención primaria en salud (APS), vigentes en Colombia desde 2011.

La OMS, a partir 2005 en la sesión inaugural del XVIII Congreso Mundial sobre Gerontología en Río de Janeiro, Brasil, acoge el proyecto global Ciudades Amigables con la Edad (Asociación Española de Gerontología y Geriatría, 2004).

Como consecuencia de este proyecto, se elaboró el documento titulado *Ciudades globales amigables con los adultos mayores: una guía* (OMS, 2007). Tal como lo indica su nombre este documento se constituyó en una guía para todos los interesados en conocer las condiciones de amigabilidad con la edad de sus territorios y hacer parte de una red mundial de cooperación para aprender colaborativamente acerca de lo que la OMS considera como envejecimiento saludable, entendido como un asunto que se extiende a lo largo de la vida y es influenciado por diversos factores que, de manera individual y en conjunto, contribuyen a la salud, participación y seguridad de las personas mayores. El propósito de esta guía es lograr que las ciudades se comprometan a ser más amigables con la edad, con el fin de aprovechar el potencial que representan las personas de edad para la humanidad (OMS, 2007). En este sentido, una ciudad que es amigable cuando ajusta sus infraestructuras y servicios para que sean accesibles e integren a las personas mayores con diferentes necesidades y habilidades.

El envejecimiento saludable depende de la interacción entre diversos determinantes, algunos de ellos materiales como los

relacionados con la infraestructura disponible en cada territorio y usada por sus habitantes, otros determinantes, como los relacionados con los comportamientos y sentimientos de la persona. Estos factores del entorno físico y del entorno social se consideraron en este documento para presentar la situación actual de Manizales, en cuanto a la amabilidad con las personas mayores y el proceso de envejecimiento y, a partir de allí, tomar decisiones informadas para adaptar la disponibilidad en la ciudad de estructuras y servicios para que sean accesibles e incluyan a las personas mayores con diversas necesidades y capacidades.

En Manizales se conformó la mesa de trabajo por el envejecimiento saludable del municipio desde el año 2021, que cuenta con diferentes aliados del sector estatal y del sector privado, estos aliados son: la Alcaldía Municipal, la Fundación Luker, la Corporación Alberto Arango Restrepo (CEDER), la Caja de Compensación Familiar de Caldas (CONFA), la Fundación Saldarriaga Concha y el Sistema Universitario de Manizales (SUMA Proyección). Esta alianza se vincula a la iniciativa de CONFA de postular el municipio de Manizales ante la OMS, para ser incluida en la Red mundial de ciudades amigables con los mayores.

Con el esfuerzo colectivo, se logró la postulación ante la OMS el 7 de abril y el reconocimiento de Manizales como miembro de la Red de ciudades amigables con los mayores el 28 de mayo de 2021. En consecuencia, se dio inicio al proyecto ajustado a los lineamientos de la OMS, según la estructura que se aprecia en la figura 1.

Figura 1.
Etapas del proceso de vinculación del territorio a la red mundial de ciudades amigables



Nota. Adaptación de la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las personas mayores (GNAFCC). <https://www.paho.org/es/temas/ciudades-comunidades-amigables-con-personas-mayores>

Si bien la guía de la OMS se desarrolló después de investigaciones realizadas en mega ciudades, es decir, aquellas con gran extensión territorial y una población igual o superior a los 10 millones de habitantes, la realización de esta investigación en Manizales se justificó considerando la utilidad social, ya que los resultados de la investigación son insumos oportunos y confiables para la toma de decisiones y la definición de acciones orientadas a mejorar los recursos de infraestructura, equipamiento y servicios de la ciudad. Todo ello con el objetivo de favorecer la calidad de vida urbana de las personas mayores de 60 años y promover entre la población general el envejecimiento saludable.

También se consideró la pertinencia y la relevancia de los resultados de la investigación dado que, por sus características

demográficas, Manizales será un referente para la población general, en tanto los planes de desarrollo territorial incluyan en su plan de acción el proceso de envejecimiento saludable desde una perspectiva multisectorial y multiprofesional.

Esta investigación se ubica en el área de conocimientos de Salud y Bienestar tipificada por El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MinCiencias), y se desarrolla en tres capítulos.

El primer capítulo presenta el marco contextual y teórico que permite ubicar al lector en la posición geográfica del municipio de Manizales y reconocer las posturas teóricas seleccionadas por los autores para el desarrollo de la investigación diagnóstica. Se destacan aquí las publicaciones relacionadas con la amigabilidad de las ciudades y las comunidades con las personas mayores de la OMS y la OPS, que sirvieron de guía para la realización de esta investigación.

El segundo capítulo presenta la estrategia metodológica seleccionada para realizar el diagnóstico de amigabilidad de la ciudad de Manizales frente al proceso de envejecimiento y vejez. La estrategia metodológica describe dos enfoques seleccionados: la exploración sociodemográfica y la comprensión de la amigabilidad por parte de los residentes habituales de Manizales.

El tercer capítulo presenta los resultados obtenidos en esta investigación y su discusión, siguiendo cada una de las ocho dimensiones propuestas por la OMS y la OPS. Para diagnosticar la amigabilidad de las comunidades y ciudades con las personas mayores, se consideraron los siguientes ámbitos: espacios al aire libre y edificios, transporte, vivienda, participación social, respeto e inclusión social, participación cívica y empleo, comunicación e información, servicios de apoyo comunitarios y de salud. Por último, se encuentran las conclusiones y recomendaciones derivadas de cada uno de los objetivos propuestos en la investigación, relacionados con las características sociodemográficas de los residentes habituales de Manizales –agrupados por rangos de edad entre 18 a 64 años y de

65 años en adelante—, así como con el diagnóstico de accesibilidad al entorno físico y sociocultural de la ciudad.

Las recomendaciones están dirigidas a los actores involucrados en el proceso de hacer de Manizales una ciudad amigable con el envejecimiento y la vejez. Estos actores se separaron por audiencias, considerando su capacidad de realizar intervenciones sociales, por lo que, son ellos los tomadores de decisiones, la academia, la población general y las personas mayores.



CAPÍTULO 1.
AMIGABILIDAD CON EL
ENVEJECIMIENTO Y LA
VEJEZ EN MANIZALES

Envejecer entre montañas y agua

En 2024, según las estimaciones más recientes de la División de Población de Naciones Unidas, el mundo cuenta con 1.185 millones de personas mayores de 60 años, equivalentes al 14,5% de la población mundial (8.162 millones). Esta cifra es 3,1 veces superior a la registrada en 1980 (382 millones) y se proyecta que alcance 2.105 millones para 2050, reflejando la aceleración del envejecimiento en prácticamente todas las regiones del planeta (United Nations, 2022). En Colombia, el proceso de envejecimiento demográfico presenta marcadas diferencias regionales, con mayor intensidad en el centro occidente del país. De acuerdo con las proyecciones oficiales del DANE (2018) basadas en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, los departamentos con mayor proporción de personas de 60 años y más en 2024 son: Quindío: 21,1%, Caldas: 20,9%, Risaralda: 20,1%, Tolima: 19,0%, Valle del Cauca: 17,7%, Boyacá: 17,4%.

El DANE proyecta que, para 2050, los tres departamentos del Eje Cafetero superarán el 30% de población de 60 años y más, mientras que la población menor de 15 años descenderá por debajo del 15%, consolidando esta región como la más envejecida del país.

Los indicadores demográficos también evidencian avances de la transición demográfica. En 2005, por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 38 niños entre 0 y 4 años; esta cifra disminuyó a 34

en 2018 y se proyecta en 26 para 2024. En 2018, la población menor de 15 años representaba el 26% del total nacional (12.892.596 personas), 4,9 puntos porcentuales menos que en 2005. La tendencia indica que este grupo etario descendería al 24% en 2024. Paralelamente, la población de 60 años y más, que en 2018 constituía 12,9%, aumentaría hasta 15,1% en 2024 (DANE, 2018).

Para 2024, las proyecciones del DANE estiman que el departamento de Caldas tendría una población de 1.046.110 habitantes, correspondiente al 1,99% de la población nacional (DANE, 2022). Su dinámica demográfica muestra un descenso sostenido del crecimiento natural, con una baja tasa de natalidad, tasas de mortalidad estables, y una tasa neta de migración cercana a cero. La fecundidad permanece por debajo del promedio nacional y la esperanza de vida continúa en ascenso, coherente con las tendencias nacionales (Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud], 2024).

Manizales, capital del departamento de Caldas, es una ciudad intermedia ubicada a 2.100 metros de altitud en la Ecorregión Cafetera de Colombia. Según las proyecciones del DANE (2022), cuenta con una población estimada de 464.020 habitantes, lo que representa el 44% de la población departamental; 439.707 de sus habitantes residen en el área urbana.



Amigabilidad con el envejecimiento y la vejez en Manizales

*Figura 2.
Mapa de la
ubicación
geográfica del
departamento
de Caldas*

Nota. Imagen del departamento de Caldas tomada de: <https://www.todacolombia.com/departamentos-de-colombia/caldas/index.html>

En cuanto a la pirámide poblacional, se retoma la figura 3, presentada en el documento Demografía de Manizales, dinámica poblacional en el siglo XXI, en la que se aprecian los cambios derivados de la dinámica mencionada en relación con el aumento de la esperanza de vida al nacer, la disminución de la natalidad y las mejores condiciones de vida en el municipio de Manizales (Barrera Escobar & Aristizábal Tamayo, 2022).

*Figura 3.
Pirámide de
población
urbana por
edades simples
de Manizales,
1985-2035*



Nota. Tomada de Barrera Escobar y Aristizábal Tamayo (2022).

Esta figura muestra la evolución de la dinámica poblacional del municipio de Manizales en el área urbana, entre los años 1985 y 2035, de acuerdo con los resultados del censo nacional de población y vivienda del año 2018 y las proyecciones del DANE.

De acuerdo con el análisis de la situación de salud de la población del municipio de Manizales, según el DANE, a partir de los censos poblacionales de 2005 y 2018, Manizales presenta una reducción en su población menor de 29 años y a partir de los 35 años, esta proporción comienza a aumentar en los diferentes quinquenios, excepto entre los 45 y 54 años (MinSalud, 2024).

Según el estudio *Demografía en Manizales*, en el 2024, las comunas con mayor presencia de población envejecida son: Palogrande (31,9%), La Estación (26,6%), Cumanday (26,4%), Atardeceres (24,9%) y Tesorito (23,1%), donde la población mayor de 75 años representa cerca del 6%, sumando para toda la ciudad 27.105 personas en una vejez tardía. Esto evidencia también el aumento de la esperanza de vida para el departamento, que para el año 2022 fue de 81,7 años para las mujeres y 75,2 años para los hombres (Alcaldía de Manizales, 2023). Consecuentemente con esta dinámica poblacional de Manizales y de acuerdo con Duque (2023):

El actual modelo urbano de Manizales, que está pensado para la sociedad industrial de ayer y para el automóvil, además de concentrar la inversión social y productiva, sigue fragmentando espacial y socialmente la ciudad: en él se tiende a privilegiar la infraestructura vial para el transporte individual y las grandes superficies de mercado, en lugar de propender por un hábitat sostenible, más humano e incluyente, que irrigue los beneficios del gasto público con más equipamiento verde, mejores medios para la movilidad autónoma, y más rutas para el transporte colectivo limpio. Es la búsqueda de un hábitat más humano e incluyente, el principio que inspira el modelo de una ciudad amigable con las personas mayores. (p. 8)

De acuerdo con la OMS (2022a), el envejecimiento desde un punto de vista biológico es el resultado de la acumulación de diversos desgastes a lo largo del tiempo, lo que conduce a un declive progresivo de las capacidades físicas y mentales. Este proceso se manifiesta a través de afecciones que son más frecuentes en la vejez, como la pérdida de audición, alteraciones de la visión, dolores de espalda y cuello, osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, enfermedades cardio metabólicas, la depresión y la demencia. Algunas de estas afecciones pueden ser concurrentes y se presentan con la acumulación de años, no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad es relativa, ya que dependen de otros factores interviniéntes relacionados a lo largo de la vida, como la jubilación o la pérdida de familiares, compañeros y amigos.

Al considerar que el envejecimiento es un proceso natural y que sus formas pueden variar, se espera que la mayoría de la población mayor pueda tener la experiencia de un envejecimiento saludable, estimado como el proceso de promover y mantener la capacidad funcional que favorece el bienestar en la vejez (OMS, 2007). La capacidad funcional, a su vez, se refiere a las habilidades físicas y mentales de un individuo, así como a las condiciones del entorno en el que vive y la manera en que se relaciona con él.

A nivel mundial, el número de personas mayores que necesitan atención y apoyo está aumentando. En todos los países, los servicios de atención a largo plazo deben garantizar una atención integrada y continua, que permita a las personas mayores que lo requieran mantener el mejor nivel posible de funcionamiento. Además, estos servicios deben ofrecer la flexibilidad para adaptarse a sus necesidades cambiantes y diversas, ya sea en el hogar, en sus comunidades o, cuando sea necesario, en instituciones. En Manizales, el 14,4% de la población que tiene 65 años o más, y de ellos, el 1,58% (1036 personas) residen en uno de los 43 centros de larga estancia.

El objetivo del envejecimiento saludable es crear oportunidades que permitan a las personas desarrollar y mantener capacidades para

realizar actividades significativas a lo largo de sus vidas. Estar libre de enfermedades o impedimentos no es un requisito del envejecimiento saludable; muchas personas mayores conviven con una o más afecciones de salud que, cuando se atienden en un entorno favorecedor, tienen poca influencia en su bienestar.

Se reconoce que favorecer un envejecimiento saludable es una corresponsabilidad compartida entre el Estado y los ciudadanos, orientada a optimizar las condiciones físicas del entorno y a mejorar y mantener las capacidades y habilidades de las personas mayores para vivir conforme a sus propios patrones de bienestar. Esta corresponsabilidad se hace vivencia a través del logro de 11 de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015), que inciden de manera directa en el envejecimiento saludable. Estos objetivos son: fin de la pobreza, hambre cero, salud y bienestar, educación de calidad, igualdad de género, trabajo decente y crecimiento económico, industria, innovación e infraestructura, reducción de las desigualdades, ciudades y comunidades sostenibles, paz, justicia e instituciones sólidas, alianzas para lograr los objetivos.

Como contribución al logro de estos objetivos, la OMS propuso activar la Década del Envejecimiento Saludable –2021-2030–, diez años de colaboración concertada y sostenida en la que:

Las personas mayores serán el eje central del plan, que aunará los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado en aras de mejorar la vida de estas personas, la de sus familias y comunidades. Para promover un envejecimiento saludable y enriquecer las vidas de las personas mayores, sus familias y sus comunidades, es fundamental realizar modificaciones en la manera de concebir la edad y el proceso de envejecimiento. (OMS, 2020, p. 12)

La llamada Década del Envejecimiento Saludable, propuesta por la OMS (2020), sugiere centrarse en cuatro áreas de acción:

- Transformar la manera de pensar, sentir y actuar en relación con la edad y el envejecimiento.
- Garantizar que las comunidades potencien las habilidades de las personas mayores.
- Brindar una atención integrada y centrada en el individuo, así como servicios de salud primaria que se adapten a las necesidades de este grupo.
- Asegurar el acceso a cuidados a largo plazo para quienes los requieran.

Lo anteriormente descrito da lugar a la pregunta de estudio ¿cuáles son las condiciones de amabilidad con las personas mayores en infraestructura y servicios de la ciudad de Manizales?

Envejecer en Manizales: más personas mayores y menos niños

Envejecimiento y vejez

El enfoque del envejecimiento como una categoría significativa está respaldado por marcos jurídicos y normativos a nivel internacional. Entre ellos se incluyen las normas internacionales de derechos humanos, el documento de la OMS (2002a), titulado *Envejecimiento saludable: un marco político*, y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y la Política, que fue adoptado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002). En este contexto, se resaltó un tema de gran relevancia global: *construir una sociedad para todas las edades*. Los tópicos relacionados con los derechos humanos de las personas mayores se abordaron en 1991, en

los Principios de las Naciones Unidas que se dirigen a resaltar aspectos como la independencia, la participación, los cuidados, la realización personal y la dignidad.

Un referente importante para tener en cuenta es el Plan de Acción de Madrid, que se centra en tres áreas: las personas y su desarrollo, la promoción de la salud y el bienestar en la vejez, y la creación de un entorno adecuado y favorable. Estos aspectos son fundamentales para el diseño de políticas públicas que busquen cambiar la percepción sobre las personas mayores, mejorar las relaciones y los tipos de atención que reciben. Por primera vez, los gobiernos aceptaron conectar los temas del envejecimiento con otros marcos relacionados con el desarrollo social, económico y los derechos humanos, especialmente los acuerdos alcanzados en las conferencias y cumbres de las Naciones Unidas (2002) de la década anterior.

El informe mundial sobre el envejecimiento y la salud de la OMS (2015a) señala que una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave son los cambios demográficos que se están presentando, dado que el número absoluto de personas mayores está aumentando de manera significativa en las poblaciones de todo el mundo. En este sentido, se afirma:

[...] solo Japón tuvo una proporción superior al 30 %. Sin embargo, en la segunda mitad del siglo, muchos países tendrán una proporción similar. Se trata de países de Europa y América del Norte, pero también de Chile, China, la Federación de Rusia, la República de Corea, la República Islámica de Irán, Tailandia y Vietnam. El envejecimiento de la población parece menos importante en África Subsahariana. Sin embargo, aunque la estructura de la población en esa región permanecerá joven en términos relativos, ya cuenta con el doble de adultos mayores que el norte de Europa, y se calcula que esta cifra aumentará más rápido que en cualquier otro lugar, ya que pasará de 46 millones en 2015 a 157 millones en 2050. Además, la esperanza

de vida a los 60 años en África Subsahariana es 16 años para las mujeres y 14 años para los hombres, lo que indica que, para quienes sobreviven a los primeros peligros de la vida, vivir hasta la edad avanzada ya es una realidad. Las personas mayores en África Subsahariana también cumplen varias funciones fundamentales que contribuyen al desarrollo socioeconómico sostenido. El ritmo de envejecimiento de la población en muchos países también es mucho mayor que en el pasado. (OMS, 2015a, p. 45)

El aumento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de fecundidad son dos factores que han influido en el envejecimiento de la población, según la OMS (2015b).

El primero se debe al mayor índice de supervivencia de personas en edad avanzada y en edades menores; además, el desarrollo económico en las últimas cinco décadas ha modificado los patrones de mortalidad. En países de ingresos bajos, la muerte es más frecuente en la infancia, mientras que en los de ingresos altos aumenta la supervivencia en la vejez. El segundo es la caída en las tasas de fecundidad, lo que, tiene varios factores coadyuvantes, de un lado el acceso a los anticonceptivos y de otro, los cambios en las normas de género.

Esto indica cómo las actuales tendencias deben conducir a pensar el diseño de las políticas públicas, en tanto las profundas desigualdades en el mundo no permiten presumir que el aumento en los años de vida vaya aparejado con la calidad de esos años adicionales.

La transición demográfica actual prevé que para mediados de siglo XXI los porcentajes de la población mundial correspondientes a viejos y jóvenes serán iguales; el porcentaje de las personas de 60 y

más años en todo el mundo se duplicará entre el año 2000 y el 2050 y pasará del 10% al 21%. En cambio, el porcentaje que corresponde a los niños se reducirá en un tercio y pasará del 30% al 21%.

En algunos países desarrollados, el número de personas mayores será más del doble que el de los niños para el año 2050, en tanto que en los países en desarrollo la población envejecerá rápidamente en la primera mitad del siglo XXI. Se calcula que para 2050 el porcentaje de personas de edad aumentará del 8% al 19%, mientras que el de niños descenderá del 33% al 22%. Otra diferencia demográfica por considerar es la que indica que para el año 2025, el 82% de la población de los países desarrollados vivirá en zonas urbanas, mientras que menos de la mitad de la población de los países en desarrollo vivirá en ellas. Estos cambios demográficos plantean problemas importantes en materia de recursos, el desempleo y los sistemas de pensiones se ven afectados (OMS, 2002b).

Envejecimiento saludable: un marco para las ciudades amigables con la edad

La idea de la ciudad amigable con los mayores presentada en la guía propuesta por la OMS se basa en el marco para envejecimiento saludable como proceso de [...] optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen [...]” (OMS, 2015a, p. 5).

Como ya se ha señalado, el envejecimiento lo constituyen una serie de cambios no solo en el plano biológico, asociado con daños moleculares y celulares que aumentan el riesgo de enfermedades y la disminución de capacidades, sino que también, las modificaciones en sus relaciones sociales y cambios en los roles desempeñados en etapas anteriores, así como cambios en sus metas, motivaciones e intereses. La salud pública deberá pensarse en términos de estrategias que contrarresten las pérdidas asociadas con la vejez, pero además que

refuercen la adaptación, recuperación y el crecimiento psicosocial de esta población.

Las patologías más frecuentes en la edad avanzada son la pérdida de audición, visión y movilidad; las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia, se constituyen en grandes cargas de discapacidad y muerte. Estos problemas no están vinculados solo a países con ingresos altos, sino también a los de bajos y medianos.

La evaluación para el diseño de las políticas públicas deberá tener en cuenta tanto las enfermedades concretas como los cambios en el funcionamiento de quienes las padecen, lo que puede predecir y mejorar la supervivencia y el grado de comorbilidad. La funcionalidad incluye, además de las capacidades físicas y mentales, las interacciones con los entornos en los que se habita. Estas tienen influencia sobre la salud e incluyen entre otros aspectos, políticas generales, la situación económica, las actitudes o normas de la comunidad, las características físicas de los entornos naturales y construidos, las redes sociales a las que se puede recurrir u otros dispositivos de apoyo a los que se puede acceder. Estos factores contextuales ayudan en la definición de estrategias encaminadas a promover la salud en las edades avanzadas (OMS, 2015b).

En el texto *Envejecimiento saludable: un marco político*, se describe el envejecimiento saludable como “[...] el proceso de maximizar las oportunidades de salud, involucramiento y seguridad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (OMS, 2002a, p. 5). Esto resalta la importancia de intervenir en varios sectores para garantizar que las personas mayores continúen siendo un aporte valioso para sus familias, comunidades y economías.

Posteriormente, en 2015 el informe mundial sobre el envejecimiento de la OMS se apoyó en la plataforma proporcionada por la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de

Madrid sobre y los principios y normas internacionales de derechos humanos.

En este informe, se aborda el envejecimiento saludable de manera integral, fundamentado en el concepto de ciclo de vida y en enfoques funcionales. Se define como el proceso de promover y preservar la capacidad funcional, que permite a las personas ser y realizar aquellas actividades que son fundamentales para su bienestar en la edad avanzada. Esta capacidad funcional se compone de: la capacidad intrínseca, que abarca todas las habilidades físicas y mentales de un individuo; las características del entorno, que incluyen los factores externos que configuran el contexto de vida; y las interacciones entre la persona y esas características (OMS, 2015a).

Es así como la OMS define ocho dimensiones que deben ser tenidas en cuenta cuando se busca la preparación de las ciudades para garantizar el envejecimiento saludable de sus pobladores y convertirse en una ciudad amigable con la edad, estas se presentan a continuación:

Espacios al aire libre y edificios

El entorno exterior y los edificios públicos tienen un impacto importante sobre la movilidad, la independencia y la calidad de vida de las personas mayores, y afectan su capacidad para *envejecer en casa* (OMS, 2005). Entre las características del paisaje urbano y el entorno que contribuyen a la amigabilidad con los mayores se consideran: el entorno, los espacios verdes y caminos peatonales, las aceras amigables con la edad, los cruces peatonales seguros, la accesibilidad, el entorno seguro, el tránsito, los caminos y bici sendas, los edificios amigables con la edad, los baños públicos adecuados, la seguridad, la atención preferencial para los clientes mayores, la disponibilidad de asientos al aire libre, las aceras y calles seguras.

Transporte

Según la OMS (2007):

El transporte público accesible en términos físicos y económicos es un factor clave para el envejecimiento saludable. Este tema está relacionado en particular con otras áreas, la habilidad de trasladarse por la ciudad determina la participación social y cívica y el acceso a servicios comunitarios y de salud. (p. 24)

Asimismo, aspectos de la infraestructura, el equipamiento y los servicios relativos a todos los medios de transporte urbanos, entre los que se cuentan: la disponibilidad, la accesibilidad en cuanto a costos, la confiabilidad y la frecuencia, los destinos de viaje, los vehículos amigables con los mayores, los servicios especializados para personas mayores, asientos preferenciales y la cortesía mostrada por otros pasajeros, los conductores de los medios de transporte con su actitud y calificación para su oficio, la seguridad y la comodidad de los vehículos, las paradas y estaciones de transporte, el transporte comunitario, la disponibilidad de información oportuna y confiable, y la cortesía hacia conductores mayores.

Vivienda

La vivienda es fundamental para la seguridad y el bienestar, y está vinculada al diseño, la ubicación y la selección del hogar. Hay una conexión entre tener una vivienda adecuada y el acceso a servicios comunitarios y sociales, lo que impacta en la independencia y la calidad de vida de los adultos mayores. Se reconoce de manera general la importancia de la vivienda y el respaldo que facilita que las personas mayores envejezcan de manera cómoda y segura en la comunidad donde viven (OMS, 2007). Entre los aspectos que se tienen en cuenta están: la accesibilidad a los precios, el diseño, las

modificaciones o adaptaciones a los requerimientos de las personas mayores, el mantenimiento, la posibilidad de envejecer en el lugar propio, la integración comunitaria, la oferta de opciones de vivienda y el entorno habitacional.

Participación social

La participación en actividades sociales y el apoyo que se recibe están profundamente relacionados con la salud y el bienestar a lo largo de la vida. Al participar en actividades comunitarias de recreación, así como en eventos sociales, culturales y espirituales, y en dinámicas familiares, las personas mayores pueden continuar sintiéndose competentes, recibir respeto y aprecio, y mantener o crear relaciones de apoyo y cuidado. Esto promueve la integración social, también es esencial para mantenerse actualizado e informado (OMS, 2007). La capacidad para participar en la vida social formal e informal no solo depende de la oferta de actividades, sino además del acceso adecuado a transporte, a los medios económicos y sobre todo del acceso a información sobre: accesibilidad a eventos y actividades, accesibilidad en cuanto al costo, conocimiento de la oferta de eventos y actividades, la infraestructura de instalaciones y entornos, la promoción y conocimiento de las actividades, las estrategias para reducir el aislamiento y el fomento de la integración comunitaria.

Respeto e inclusión social

Es común que las personas mayores enfrenten actitudes y comportamientos conflictivos hacia ellas, que pueden surgir de cambios en las normas sociales, la falta de interacción entre generaciones y el desconocimiento general sobre el envejecimiento y las personas mayores. Fomentar la inclusión social y el respeto hacia este grupo requiere más que un simple cambio en la sociedad. Factores como la cultura, el género, la salud y la situación económica son cruciales

(2005). Además, el nivel de participación de las personas mayores en la vida social, cívica y económica de su comunidad está íntimamente ligado a su percepción de inclusión, lo que implica la necesidad de tener en cuenta aspectos relevantes tales como: la conducta respetuosa e irrespetuosa hacia los mayores, la discriminación por edad, las interacciones intergeneracionales, su lugar dentro de la comunidad, la capacidad de servicio de la comunidad, el lugar de los mayores en la familia, y la exclusión económica.

Participación cívica y empleo

Las personas mayores continúan aportando a sus comunidades, incluso después de jubilarse de la actividad laboral. Muchas de ellas se dedican a realizar trabajo voluntario sin compensación para sus familias y comunidades. En ciertos lugares, las condiciones económicas obligan a las personas mayores a conservar un empleo remunerado mucho más allá de la edad de jubilación (OMS, 2007). Una comunidad que respeta a las personas mayores ofrece alternativas para que sigan participando, ya sea mediante trabajos pagos o voluntarios, según lo prefieran, y también se involucran en asuntos políticos a través de actividades como: voluntariado para personas mayores, opciones de empleo, flexibilidad para acomodar a los trabajadores de mayor edad, fomento de la participación cívica, capacitación y valoración de las contribuciones de las personas mayores.

Comunicación e información

Para lograr un envejecimiento saludable, es fundamental mantener conexiones con personas y eventos, así como recibir información útil y pertinente sobre cómo gestionar la vida y satisfacer las necesidades personales. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), que están en constante desarrollo, pueden ser herramientas que faciliten la inclusión o, por el contrario, la exclusión

social, especialmente para los adultos mayores con diferentes capacidades y recursos (OMS, 2007).

Se debe tener en cuenta la distribución y acceso a los recursos tecnológicos, la oportunidad de acceder a información en el momento oportuno, a formatos y diseños amigables con los mayores, la responsabilidad personal y colectiva en la actualización permanente a los usuarios y la alfabetización digital, además contemplar la atención presencial a quienes la demanden.

Servicios de apoyo comunitario y de salud

Los servicios de salud y de apoyo son vitales para mantener la salud y la independencia en la comunidad, estos deben ser de buena calidad, apropiados y accesibles. El cuidado de la salud debe tener un costo accesible y adaptarse a los requerimientos de las personas mayores, además se debe considerar: una oferta amplia del servicio de salud, servicios orientados a favorecer el envejecimiento saludable, servicios de cuidado domiciliario, instalaciones residenciales para personas que lo requieran, una red de servicios comunitarios, apoyo voluntario, planificación y cuidado para emergencias.



CAPÍTULO 2. ENTRÉ LOS DATOS Y LAS PERCEPCIONES. UNA RUTA MULTIMÉTODO

El presente estudio se desarrolló a través de un diseño mixto de carácter exploratorio secuencial, siguiendo los lineamientos de Creswell y Plano Clark (2018). Este diseño articuló dos fases complementarias:

- a. Una fase cuantitativa exploratoria, orientada a diagnosticar el grado de amigabilidad de Manizales mediante indicadores derivados de la guía KOBE de la OMS (2015b).
- b. Una fase cualitativa comprensiva, cuyo propósito fue interpretar los significados que las personas residentes atribuyen a las condiciones que hacen de la ciudad un entorno amigable con el envejecimiento y la vejez.

La integración entre ambas fases se realizó mediante triangulación interpretativa para fortalecer la validez interna de los hallazgos y generar una comprensión holística del fenómeno. La fase cuantitativa se llevó a cabo en 2021, mientras que la fase cualitativa se desarrolló en 2022, lo que permitió un análisis secuencial en dos tiempos, coherente con el enfoque mixto adoptado (ver tabla 1).

**Tabla 1. Síntesis
de la estrategia
metodológica**

Estudio mixto en dos fases	
Investigación exploratoria	Investigación comprensiva
Población: Personas mayores de 18 años, residentes en el área urbana de Manizales	Unidad de análisis: Características de amigabilidad de las ciudades con las personas mayores
Muestra: 852 personas. De ellas 509 fueron personas mayores de 65 años (60%), y 343 con edades entre los 18 y 64 años, 40%.	Unidad de trabajo: Percepciones de las personas residentes habituales de Manizales con edades entre los 18 y los 65 años y mayores de 65 años, acerca de las condiciones de territorialidad, infraestructura y servicios que hacen de Manizales una ciudad amigable con esta población.
Muestreo: No probabilístico, por cuotas	Muestreo: Por conveniencia
Criterios de inclusión: Personas con edades entre los 18 y los 65 años, y mayores de 65 años, residentes habituales del área urbana de Manizales, funcionales, quienes aceptaron voluntariamente participar en el estudio y dieron su consentimiento.	Conformación de la Unidad de trabajo: Testimonios de personas con edades entre los 18 y los 65 años, y mayores de 65 años, residentes habituales del área urbana de Manizales, funcionales, quienes aceptaron voluntariamente participar en el estudio y dieron su consentimiento. Secretarios de despacho de la administración municipal. Proveedores de servicios y cuidadores de personas mayores de 65 años en los sectores público y privado.

Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Explorando los datos: componente cuantitativo

La primera fase correspondió a un estudio exploratorio cuantitativo orientado a medir la amigabilidad urbana con las personas mayores. El muestreo fue no probabilístico por cuotas, considerando la distribución sociodemográfica de la población mayor y adulta en

Manizales. La medición se construyó a partir de la Guía KOBE de indicadores de la OMS (2015b), que define una ciudad amigable como un entorno comunitario integrador y accesible que optimiza las oportunidades de salud, participación y seguridad para promover la calidad de vida de las personas mayores.

Con base en esta guía, se operacionalizaron diez indicadores de resultado y dos de impacto, abarcando las ocho dimensiones de amigabilidad establecidas por la OMS.

Los indicadores de resultado hacen la aproximación de qué tan adaptados están los entornos, físico y social, a las personas mayores. Esto se hace a través de la medición de ocho dimensiones: (1) espacios al aire libre y edificios, (2) transporte, (3) vivienda, (4) participación social, (5) respeto e inclusión social, (6) participación ciudadana y empleo, (7) comunicación e información, y (8) servicios comunitarios y de salud.

Por su parte, los indicadores de impacto se acercan a conocer la calidad de vida y la felicidad de las personas mayores. Para la construcción de los indicadores de resultado y de impacto se contemplaron dos opciones que recomendaba la guía de indicadores KOBE. La primera opción fue acudir a información secundaria que tuvieran las instituciones públicas y privadas sobre las diferentes temáticas, tales como: espacios y edificios públicos nuevos y existentes accesibles con silla de ruedas; vehículos de transporte público con asientos reservados para personas mayores; registros locales de voluntarios; personas mayores entre los visitantes registrados en centros y actividades culturales locales.

La segunda alternativa consistió en indagar directamente con los habitantes de la ciudad sobre los distintos tópicos de los que versan las ocho dimensiones y tomar la información de los datos autorreferidos por las personas para construir los indicadores. Esta segunda opción fue la seleccionada.

Considerando que un conjunto limitado de indicadores bien elaborados tiene ventajas sobre uno amplio, dado que son más

eficientes para hacerles seguimiento y que permiten centrar el foco de los análisis y propuestas, se decidió diseñar diez indicadores de resultado y dos de impacto.

Los indicadores de resultado corresponden a (1) Accesibilidad del Entorno Físico con las variables: facilidad para movilizarse por el barrio, facilidad acceso a espacios y edificios públicos, adaptación del transporte público y accesibilidad a las paradas de transporte público. (2) Carácter Integrador del Entorno Social con las variables: se siente respetado e integrado en su comunidad, participación en actividades de voluntariado, participación en actividades socioculturales, participación en actividades políticas y sociales, participación en las últimas elecciones, comunicación e Información y acceso a servicios de salud y otros asistenciales en domicilio o barrio. Los indicadores de impacto se relacionan con (1) Percepción de la calidad de vida y (2) Percepción de felicidad.

Técnicas de recolección de la información de naturaleza cuantitativa

Para obtener la información con la que se construyeron los indicadores, se diseñó una encuesta con preguntas que permitieran conocer algunas características sociodemográficas y pudieran dar cuenta de la medición de los indicadores. Algunas de estas preguntas tenían la opción de respuesta graduada en una escala de 5 puntos; otras preguntas fueron de respuesta binaria, sí o no. Este tipo de preguntas y respuestas permitieron generar las calificaciones numéricas que dan cuenta de los indicadores de resultado y de impacto.

Las preguntas se basaron en las recomendaciones del documento de la OMS y el formulario fue diseñado para ser aplicado de forma presencial mediante dispositivos móviles.

Población y muestra

La población del estudio estuvo conformada por los habitantes de la ciudad mayores de 18 años, quienes viven a diario la ciudad y tienen una opinión informada sobre las temáticas que se abordan en el estudio. Es de interés estudiar dos segmentos de esta población, las personas mayores, de 65 años y más, y las que tienen entre 18 y 64 años. De acuerdo con las proyecciones de población del DANE (2018), a julio de 2021, en Manizales la población de 18 años y más ascendía a 358.435 personas, de ellas 62.511 eran personas mayores de 65 años y más, y las restantes 295.924 estaban entre los 18 y 64 años.

Se trabajó con un diseño muestral no probabilístico, por cuotas. Para ello, se seleccionaron los sectores de la ciudad con mayor concentración de personas mayores, ya fuera por residencia u otro aspecto y, de acuerdo con esa concentración de la población en esos sitios, se asignó la cuota muestral. Finalmente, la muestra estuvo constituida por 852 personas, de ellas 509 fueron personas mayores de 65 años y 343 con edades entre los 18 y los 64 años.

Trabajo de campo

En la realización de las 852 encuestas a los habitantes de Manizales, participaron 96 estudiantes de práctica de salud pública y salud comunitaria de la UCM. Estos estudiantes fueron capacitados en lo referente a la iniciativa de ciudades amigables, en los conceptos básicos de los indicadores, en el manejo de las preguntas y en las herramientas utilizadas para recolectar la información.

La recolección se realizó en un solo día. Los 96 estudiantes fueron distribuidos en 34 diferentes puntos de la ciudad, seleccionados por ser de alta concurrencia de la población objeto y para dar representatividad de todas las comunas de la ciudad (ver tabla 2).

<i>Tabla 2. Puntos de recolección de información</i>	1. Parque de la Mujer	18. Sector Cable de Manizales
	2. Parque Ernesto Gutiérrez	19. Plaza de Mercado Manizales
	3. Parque Caldas	20. Sector Hospital SES
	4. Parque Simón Bolívar	21. Clínica San Marcel
	5. Parque San José	22. Clínica Avidanti
	6. Parque Alfonso López	23. Clínica Santa Sofía
	7. Parque Cristo Rey	24. Clínica la Presentación
	8. Parque Fundadores-Cable Aéreo	25. Clínica Versalles
	9. Parque CAI – Enea	26. Puesto de Salud San Cayetano
	10. Parque CAI – El Campín	27. ASSBASALUD El Bosque
	11. Centro Comercial Cable Plaza	28. Control de busetas - Enea
	12. Centro Comercial Fundadores	29. Control de busetas - San Sebastián
	13. Centro Comercial Parque Caldas	30. Avenida Chipre
	14. Centro Comercial Mall Plaza	31. CAI El Carmen
	15. Centro Comercial Sancancio	32. Cancha CAI Aranjuez
	16. Alcaldía de Manizales	33. Terminal de Transporte Terrestre
	17. Auditorio CONFA de la 50	34. Carrera 23 - Palacio de Justicia

Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Comprendiendo las percepciones: componente cualitativo

La segunda fase correspondió a una investigación comprensiva de corte cualitativo, orientada a profundizar en los significados atribuidos por personas mayores, adultos residentes, cuidadores, proveedores de servicios, funcionarios públicos y actores comunitarios, respecto a las condiciones que favorecen o limitan la amigabilidad en Manizales.

El muestreo fue por conveniencia, considerando la necesidad de incluir diversidad de perspectivas vinculadas con las ocho dimensiones de la guía OMS. La unidad de análisis estuvo compuesta por las

percepciones sobre amigabilidad urbana, mientras que la unidad de trabajo estuvo conformada por los testimonios de los participantes.

Se realizaron 42 grupos focales, con entre 6 y 10 participantes, guiados por un protocolo diseñado a partir de las categorías iniciales del estudio y las dimensiones de amigabilidad de la OMS. La composición de estos grupos incluye una amplia representación de sectores comunitarios, culturales, institucionales, políticos y sanitarios (ver tabla 3).

Recolección y análisis de datos cualitativos

El análisis cualitativo se desarrolló mediante el método de comparación constante de Glaser y Strauss (1967). Los datos transcritos fueron organizados y codificados en una matriz de Excel diseñada para tal fin (ver tabla 4). El proceso fue llevado a cabo en tres rondas analíticas sucesivas, con validación cruzada entre investigadores para fortalecer la credibilidad y consistencia interna. La codificación se desarrolló en cuatro momentos:

- Codificación abierta: identificación de palabras, frases y segmentos con significado relevante para las categorías de análisis.
- Codificación axial: agrupación de códigos por semejanza y diferencia para identificar tendencias.
- Emergencia de categorías sustantivas: formuladas de manera inductiva por el equipo investigador.
- Codificación selectiva: articulación de las categorías sustantivas en una red conceptual que diera paso a interpretaciones integradas.

Los hallazgos preliminares fueron socializados con grupos de interés (ver tabla 5), lo que permitió contrastar, matizar y fortalecer la interpretación emergente.

Población que participó en el grupo focal	
<i>Grupos focales</i>	Transportadores de servicio público de la zona urbana de la ciudad de Manizales
<i>para la recolección de información de naturaleza cualitativa</i>	Personas mayores con discapacidad de Manizales, los que asisten al comedor comunitario en barrio San Sebastián, los que asisten a la oferta cultural del Banco de la República, los que asisten al programa de actividad física de CONFA, usuarios de medicina prepagada, pertenecientes a grupos de voluntariado, los reconocidos en la comunidad académica de Manizales como expertos, que asisten al programa de riesgo vascular assbasalud, los considerados como expertas en planificación del territorio, ingenieros y arquitectos, comunidad manizaleña
	Personas mayores que asisten al centro de rehabilitación de la EPS SURA
	Personas mayores vinculadas a la Asociación de usuarios de la EPS SURA
	Pensionados afiliados a fondos privados y Colpensiones
	Personas mayores Centro de Bienestar San Francisco de ASIS
	Personas mayores Centro DIA San Jorge
	Personas mayores Centro DIA Villa Hermosa
	Personas mayores Centro VIDA Galán
	Personas mayores Centro VIDA La Isla
	Personas vinculadas al Programa de Riesgo Cardiovascular del programa de SES Hospital de Caldas
	Asociación de Usuarios EPS Sanitas
	Empresarios de la Ciudad de Manizales
	Concejales de Manizales
	Artistas de la ciudad de Manizales, con representación de pintores, bailarines, cantantes, escritores y escultores
	Deportistas de la ciudad de Manizales, representantes de los siguientes deportes: ciclismo, atletismo, futbol, baloncesto, tenis y natación
	Cuidadores de las IPS: Rita Arango, SURA, San Isidro, SES Hospital de Caldas, Vivesalud y tu cuidado
	Administradores de Centros de Personas Mayores de carácter Privado
	Secretarios de despacho de la alcaldía de Manizales

Mujeres pensionadas que asisten al Centro de Cuidado de Ravasco
Centro de Cuidado Privado Luisa Marillac
Plaza de mercado Manizales
Gestores de Centros Día y Centros Vida
Personas Cuidadoras del centro Vida del Barrio Galán
Formadores de Talento Humano en salud
Pensionados de la asociación de pensionados de la Universidad de Caldas
Usuarios del Programa de enfermedades crónicas de Avidanti
Estudiantes de medicina, derecho, psicología y comunicación social de la Universidad de Manizales
Estudiantes de enfermería de la Universidad de Caldas y Universidad Católica de Manizales; de los programas de geriatría, fisioterapia, odontología, y gestión cultural de las universidades de agrupadas, en SUMA Proyección
Junta de Acción Comunal Villa Luz
Gerentes, administradores, médicos y especialistas de algunas IPS y EPS que prestan servicios de salud en la ciudad de Manizales
Organizaciones que agrupan a personas mayores (Asoviejos, Grupos pensionados, Colpensiones, Comité de adulto mayor de Manizales, Fenalco, CONFA, Andi, Ciudad compasiva)
Secretarios de despacho de la alcaldía de Manizales
Líderes del sector cultural de la ciudad

Nota: Elaborada por el equipo de investigación.

Tabla 4.
Matriz de
análisis de datos
cualitativos
según el método
de comparación
constante

Código informante clave	Categorías iniciales	Codificación abierta. Códigos in vivo	Semejanzas y diferencias	Codificación axial. Tendencias	Códigos sustantivos, retóricas	Referencias Categorías emergentes	Codificación selectiva. Red de relaciones	Categoría final	Argumentos interpretativos
		IC1 IC2 IC3							

Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

El análisis cualitativo se desarrolló mediante el método de comparación constante, entendido como un proceso progresivo en el que los datos fueron organizados, contrastados e interpretados hasta derivar en categorías emergentes. Este procedimiento, ejecutado de manera directa y reflexiva por el equipo investigador, avanzó desde la identificación de elementos simples hasta la construcción de explicaciones analíticas más complejas. El proceso atravesó los siguientes momentos:

- Recolección y aproximación inicial a los datos: durante la fase de campo, la información se recopiló y se inició una primera aproximación analítica, integrando los relatos verbales de los participantes. Este ejercicio permitió captar matices relevantes para la comprensión del fenómeno estudiado.
- Inmersión y codificación abierta: una vez completada la recolección, el equipo se sumergió sistemáticamente en los testimonios, identificando palabras, expresiones y segmentos significativos que aportaban a la pregunta de estudio. Esta etapa, de carácter inductivo, generó códigos iniciales derivados directamente del lenguaje de los participantes.
- Codificación axial: posteriormente, los códigos fueron contrastados y relacionados, agrupándolos según semejanzas, tensiones y diferencias. Este proceso permitió reconocer

conexiones conceptuales y delinear los primeros patrones interpretativos.

- d. Emergencia de categorías sustantivas: a partir del análisis comparativo y de las discusiones internas, se nombraron de manera creativa y reflexiva las categorías sustantivas iniciales. Dichas categorías representaron interpretaciones preliminares consolidadas tras varias rondas de revisión y ajuste.
- e. Codificación selectiva: finalmente, se integraron y depuraron las categorías para precisar los temas centrales y organizarlos en configuraciones analíticas más amplias. Esta etapa orientó la formulación de explicaciones sustantivas sustentadas en la evidencia empírica recopilada.

Los hallazgos preliminares resultantes de este proceso fueron socializados con diferentes grupos de interés. Tal como se presenta en la tabla 5, en estos espacios participaron personas que habían contribuido previamente en los grupos focales.

*Tabla 5.
Grupos de
interés de
socialización*

Grupos de socialización	
1.	Directivos de las organizaciones que hacen parte de la mesa de ciudades amigables
2.	Precandidatos a la alcaldía de Manizales
3.	Gremios de la ciudad de Manizales: Fenalco, Cámara de comercio de Manizales, SENA, Mapa, Andi, Camacol y Acopi
4.	Secretarios de despacho de la Alcaldía de Manizales
5.	Comunidad en general que participó en los grupos focales

Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Consideraciones de rigor cualitativo

Para asegurar el rigor metodológico, el equipo investigador incorporó diversas estrategias propias del enfoque cualitativo:

- *Credibilidad*: se fortaleció mediante la triangulación de datos, la validación cruzada entre los investigadores y la socialización de los hallazgos preliminares con actores clave, lo que permitió contrastar interpretaciones y afinar la comprensión del fenómeno.
- *Dependibilidad*: se garantizó a través del registro sistemático de cada etapa del proceso analítico y la realización de tres rondas sucesivas de codificación, lo que dejó trazabilidad clara de las decisiones metodológicas.
- *Confirmabilidad*: las interpretaciones se sustentaron en datos textuales, empleando códigos *in vivo*, y fueron revisadas internamente para evitar sesgos individuales y asegurar que las conclusiones emergieran de la evidencia.
- *Transferibilidad*: se favoreció mediante la descripción detallada de las características de los participantes, los escenarios y los procedimientos, posibilitando que otros investigadores evalúen la pertinencia de aplicar los hallazgos en contextos similares.

La integración de los datos

La fase final del estudio consistió en integrar los hallazgos cuantitativos y cualitativos mediante triangulación interpretativa, lo que permitió contrastar percepciones subjetivas con indicadores objetivos de amigabilidad, reconocer convergencias y divergencias entre población de 18 a 64 años y las personas mayores de 65 años, e identificar relaciones entre condiciones estructurales de la ciudad y experiencias cotidianas. Este proceso permitió construir una visión amplia y situada de la amigabilidad urbana en Manizales.

Limitaciones metodológicas

Durante el estudio se presentaron varias limitaciones metodológicas. En primer lugar, aunque el diseño mixto de carácter

exploratorio secuencial permitió una integración progresiva de los hallazgos, la naturaleza descriptiva del enfoque limitó la posibilidad de establecer relaciones causales entre las variables estudiadas. En segundo lugar, el análisis cualitativo se realizó exclusivamente en Microsoft Excel, que, si bien facilitó la gestión de datos y la aplicación de comparación constante, pudo restringir la sofisticación de los procesos analíticos disponibles en un software especializado.

No obstante, este riesgo se mitigó mediante tres rondas de revisión analítica y validación cruzada entre los investigadores. Asimismo, la participación de los grupos focales en 2022 pudo estar influenciada por cambios institucionales o contextuales ocurridos después de la encuesta realizada en 2021, lo que introduce una posible variabilidad temporal en la interpretación de los datos. Finalmente, debido a la estrategia de muestreo y al carácter contextual del estudio, los resultados no son generalizables a otras instituciones, aunque sí ofrecen información valiosa para comprender fenómenos similares en entornos comparables.

Consideraciones bioéticas y de integridad científica

El estudio cumplió con los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki y las normativas nacionales para investigación con seres humanos. La encuesta de 2021 y los grupos focales desarrollados en 2022 fueron aprobados por un comité de ética de la Universidad Autónoma de Manizales (UAM), garantizando la pertinencia metodológica y la protección de los participantes. Todos los participantes recibieron información completa sobre los objetivos del estudio, la voluntariedad de su participación y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin repercusiones. Se obtuvo consentimiento informado previo a la recolección de datos, tanto en la fase cuantitativa como en la cualitativa. La confidencialidad se resguardó mediante la anonimización de las respuestas y el almacenamiento seguro de los archivos, asegurando que ninguna información individual pudiera ser

identificada. No se registraron riesgos adicionales para los participantes y se garantizó que los hallazgos fueran utilizados exclusivamente con fines académicos y de mejora institucional.



CAPÍTULO 3.
EL PRESENTE Y
EL FUTURO DE LA
AMIGABILIDAD DE
MANIZALES CON EL
ENVEJECIMIENTO Y LA
VEJEZ

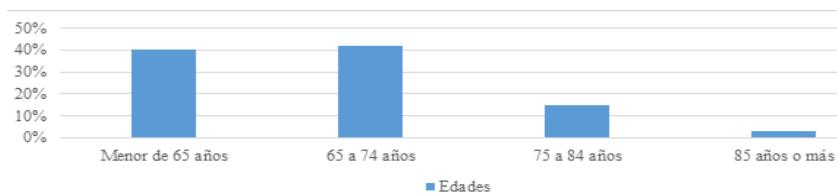
Fase cuantitativa, investigación exploratoria

Características sociodemográficas de los encuestados

Los datos sociodemográficos que se tomaron en la encuesta permiten conocer quienes fueron las personas que aportaron la información para la medición de los indicadores. También son importantes para realizar ejercicios de segmentación de los indicadores y encontrar las diferencias entre los grupos poblacionales.

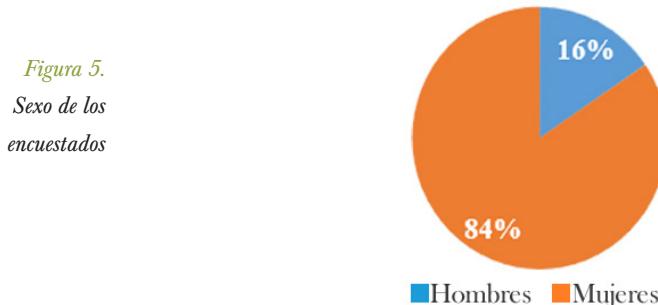
La muestra seleccionada dio mayor importancia a la voz de las personas mayores, de allí que 6 de cada 10 encuestados fueron personas de 65 años y más. Lo más frecuente fue que la encuesta la respondieran personas entre los 65 y 74 años. El promedio de edad estuvo en los 62 años.

Figura 4.
Rango de edad de los encuestados



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Otra característica importante, el sexo, permite observar que, de entre quienes dieron su opinión, el número de hombres fue ligeramente mayor: 59% hombres y 41% mujeres. Esto puede obedecer a la hora de realización de las encuestas, que coincide con las labores domésticas realizadas mayoritariamente en horas de la mañana por las mujeres, mientras que los hombres están en la calle.



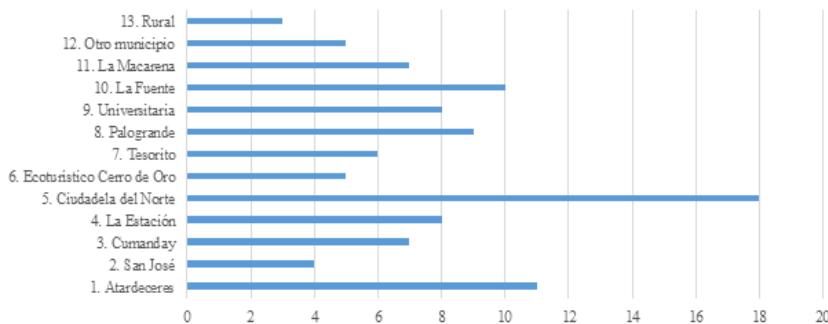
Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Respecto al lugar de residencia, la distribución muestra que uno de cada cinco encuestados residían en la comuna Ciudadela del Norte¹ –la comuna más populosa de la ciudad–, donde se concentra la mayor parte de los habitantes, así que es normal que allí también residan la mayor cantidad de encuestados.

Otras comunas importantes en número de encuestados fueron: Atardeceres, La Fuente, Palogrande; esta última comuna alberga la mayor proporción de adultos mayores en la ciudad, y además presenta una de las de mejor condición socioeconómica.

¹ Esta comuna actualmente se encuentra dividida en dos, una conserva su nombre Ciudadela del Norte y la nueva, conformada con algunos barrios de la anterior denominada Nuevo Porvenir. Para el estudio se analiza cómo se encontraba anteriormente, con todos los barrios.

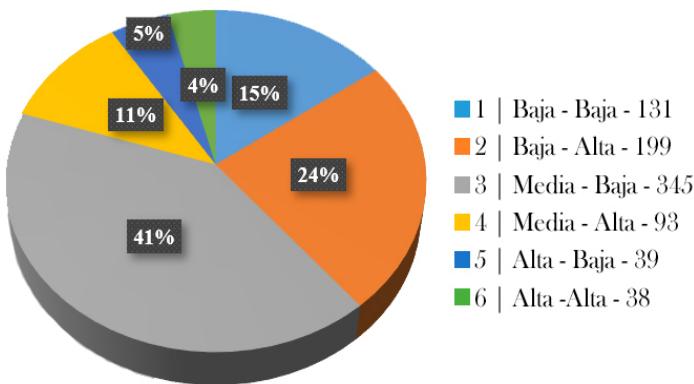
Figura 6.
Lugar de
residencia de los
encuestados



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Una característica que resume en cierta medida las condiciones socioeconómicas de los encuestados es el estrato. Esta característica revela que la mitad de los que respondieron vivían en estrato medio, la mayor parte de ellos en estrato medio bajo y estrato tres. El estrato bajo también recoge una cantidad significativa de personas; 39 de cada 100 encuestados. Por su parte el estrato alto es el que menos personas tiene representada en la encuesta, nueve de cada 100 personas, algo similar a como se distribuyen las personas de estrato alto en la ciudad.

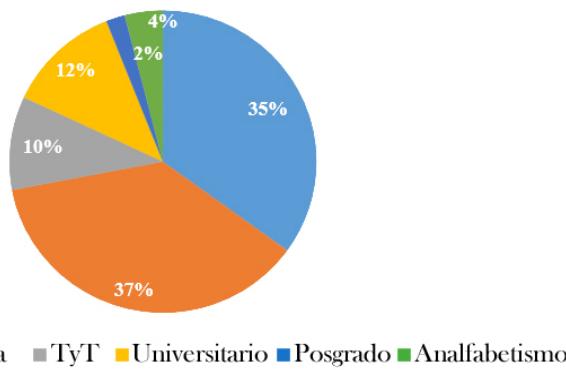
Figura 7.
Estrato
socioeconómico
de los
encuestados



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

La consulta por el nivel educativo de los encuestados expuso que una alta cantidad de ellos apenas había alcanzado el nivel de primaria y secundaria, y solo unos pocos alcanzaron niveles de educación superior. Estos datos son razonables considerando la edad de las personas que participaron en el estudio, quienes estaban en un rango de más de 60 años.

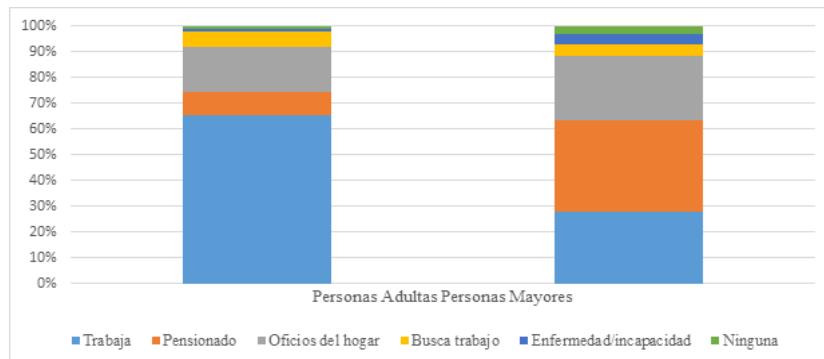
Figura 8.
*Nivel educativo
de los
encuestados*



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Para las siguientes características se ha considerado que la edad juega un papel importante, por eso se realizó una clasificación de los encuestados en dos grupos de acuerdo con su edad: personas mayores de 65 años y más, y las personas adultas menores de 65 años. La ocupación es la primera característica que se revisa con esta clasificación, en ella se aprecia que la principal actividad difiere de acuerdo con el grupo que se trate; para las personas mayores, la principal actividad es estar pensionado, en tanto que, para los menores de 65 años es trabajar. Es positivo encontrar una cifra de pensionados que resulta ser superior al promedio del país, que se sitúa entre el 25 y 30%. Igualmente, se resalta la cantidad de personas mayores que deben trabajar o depender económicamente de otros para subsistir. Además de los pensionados, también se observa una clara tendencia en la que una mayor proporción de personas mayores está ocupada en oficios del hogar y se encuentran enferma o incapacitada.

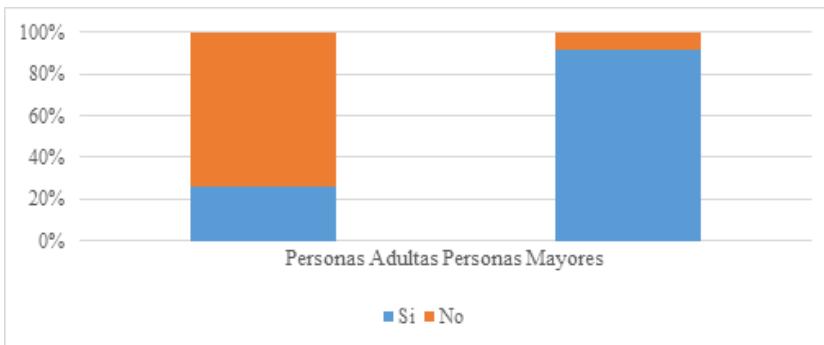
Figura 9.
Ocupación de
los encuestados



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

En cuanto a la presencia de enfermedades crónicas en los encuestados, también es notoria la diferencia entre las personas adultas y las personas mayores. La mitad de las personas mayores manifestaron que padecían de estas enfermedades, el doble de lo que sucede en los menores de 65 años, en donde la proporción baja hasta el 25%. Es claro que la enfermedad después de los 60 años se vuelve más presente y de ahí las diferencias en esta característica.

Figura 10.
Presencia de
enfermedades
crónicas en los
encuestados

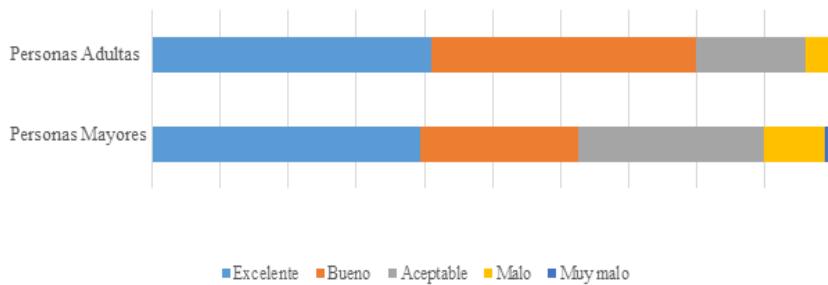


Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

A pesar de la alta presencia de enfermedades crónicas en los encuestados, la percepción sobre su situación de salud no resulta estar

tan afectada por ellas. De allí que solo el 10% de las personas mayores y 4% de las menores de 65 años, perciban como mala o muy mala su situación de salud. Muchas de las personas que manifestaron la presencia de enfermedades crónicas no consideran que lleven a un mal estado de su salud, aunque sí lo llegan a percibir como aceptable, esto puede estar indicando que son personas que han aprendido a sobrellevar el día a día con la enfermedad de manera relativamente normal.

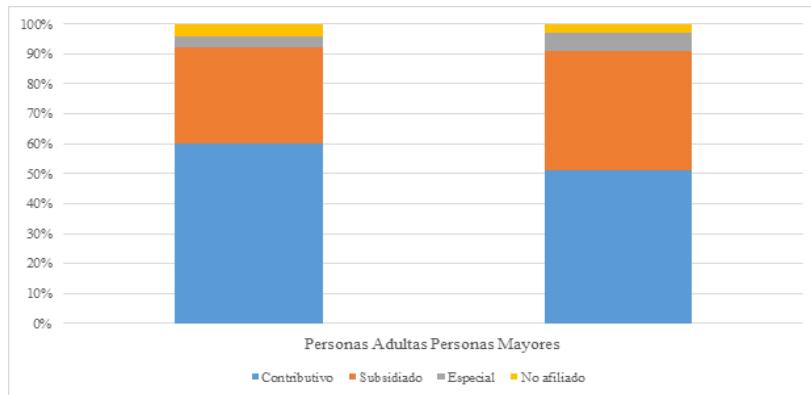
Figura 11.
Percepción sobre
la situación
de salud de los
encuestados



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Algo que resulta positivo son las altas coberturas de afiliación que el sistema de salud alcanza para todas las personas, independientemente de su edad. Lo que varía es el régimen de afiliación, como se demuestra, un grupo importante de personas de 65 años y más no están trabajando formalmente y tampoco se han pensionado, lo que disminuye la afiliación en el régimen contributivo al que deben aportar, y como consecuencia aumenta en el régimen subsidiado.

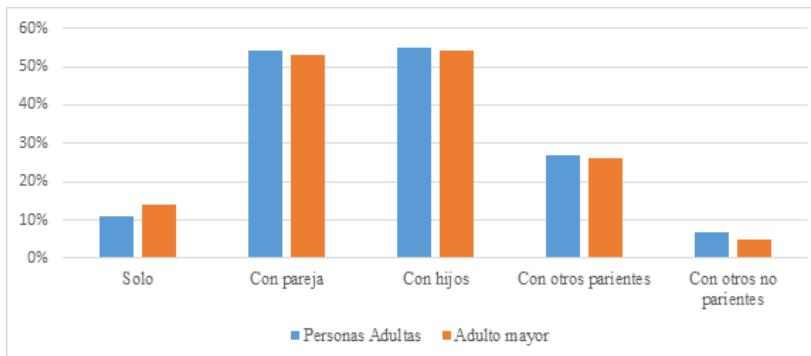
Figura 12.
Afiliación al sistema de salud de los encuestados



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Para finalizar esta descripción acerca de quiénes fueron los encuestados, que a su vez muestra una buena aproximación de quiénes son los habitantes de Manizales, se indagó con quién vivían las personas. La mayoría, independiente del grupo de edad en el que estén, viven acompañados, con la pareja y/o con hijos, muy pocos viven solos.

Figura 13.
Con quién viven los encuestados



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Un entorno físico adaptado a medias

Los indicadores de resultado hacen referencia a las condiciones del entorno físico y social que actúan como determinantes del bienestar de las personas mayores. En la medida en que estas personas accedan a unos buenos entornos físicos y sociales donde se sientan integrados, se garantizan unas condiciones en las que obtienen un mejor bienestar y más felicidad, por ello, la exposición de estos indicadores se realiza en cada uno de estos dos entornos. Asimismo, se conserva la clasificación de personas mayores y no mayores de la sección anterior y se introducen otras comparaciones, aprovechando la información sociodemográfica que se recogió.

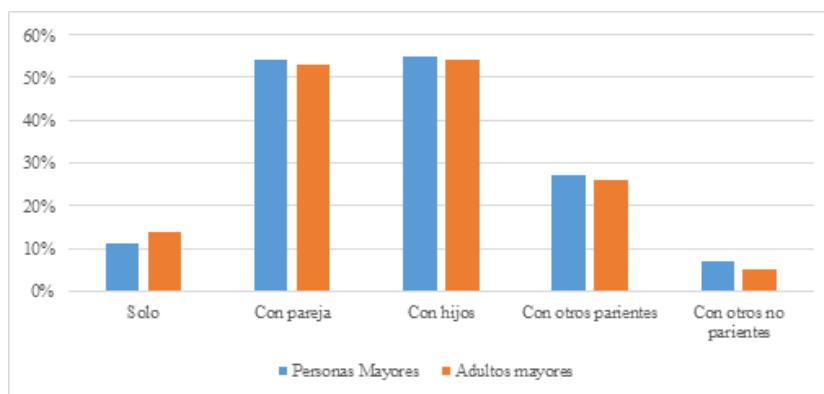
Accesibilidad del entorno físico

Para la medición de este entorno se construyeron cuatro indicadores, ellos dan cuenta de las posibilidades de movilidad de las personas mayores en los espacios del barrio y de la ciudad, hace hincapié en la accesibilidad y adaptación de los espacios públicos y del transporte público.

El primer indicador es el promedio de la calificación que dan los encuestados a la pregunta sobre la facilidad con la que las personas mayores pueden movilizarse por el barrio, esta calificación varía en una escala de 1 a 5, donde 1 representa *muy difícil movilizarse*, y 5 *muy fácil movilizarse*. Una calificación muy buena habría de calles con andenes en buen estado, con espacio suficiente para que alguien en silla de ruedas pueda ir sin problemas, igualmente con rampas, buena señalización, con pasamanos en los casos que haya escaleras, entre otros. La calificación de este indicador apenas alcanza a ser regular, las personas mayores lo califican ligeramente mejor, con un promedio de 3.6, en comparación con las personas no mayores, cuyo promedio es de 3.2.

Aquí se encuentra una primera diferencia entre los dos grupos de población, las personas menores de 65 años parecen ser más exigentes respecto a lo que consideran adecuado en términos de movilidad para las personas mayores dentro del barrio. Esta posición refleja una preocupación para las condiciones de accesibilidad que desearían para sus familiares, allegados o incluso para sí mismos en un futuro. En contraste, las personas mayores son, si se quiere, un poco más indulgentes, o quizás más realistas, frente a esas condiciones y su calificación está más cerca de ser buena.

Figura 14.
*Facilidad para
movilizarse por
el barrio*

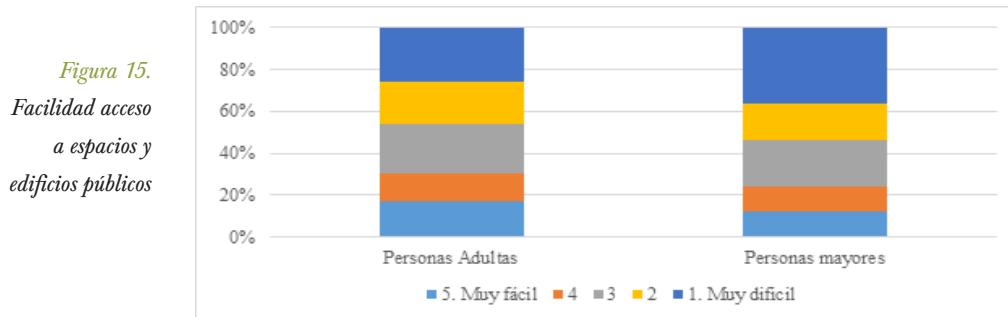


Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

El segundo indicador hace referencia a la facilidad de acceso y uso de los espacios y edificios públicos por parte de personas mayores. La calificación también va entre 1 y 5, donde 5 representa una situación óptima, en la que toda la infraestructura pública, tanto al aire libre, como parques, o edificios tienen las adaptaciones necesarias para el acceso y uso de las personas de 65 años y más. Entre dichas adaptaciones se incluyen rampas, pisos antideslizantes, baños adecuados, ascensores amplios, buena señalización, entre otros.

La calificación de este indicador es muy similar al anterior, un poco inferior, calificaciones de 3.5, en personas mayores, y 3.3 en

menores de 65 años. En este caso la diferencia entre ambos grupos es muy pequeña, para los dos grupos el acceso a los espacios y edificios públicos es regular, no todos tienen las adecuaciones suficientes para que las personas mayores puedan acceder con facilidad y usar esos bienes públicos, de alguna manera se está restringiendo ese derecho por no contar con las instalaciones adecuadas.

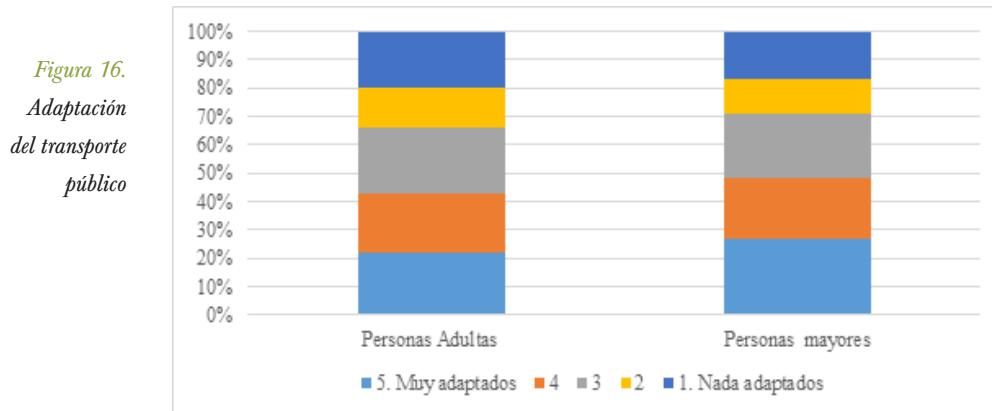


Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Los dos indicadores siguientes se refieren al transporte público, entendiendo que este es el principal medio usado por las personas mayores cuando se movilizan fuera del barrio o sector de residencia.

Uno de estos indicadores evalúa el nivel de adaptación del transporte público a las necesidades de las personas mayores. Este aspecto incluye elementos como la facilidad para abordar vehículos, la disponibilidad de asientos exclusivos, la claridad y visibilidad de la señalización, entre otros. La calificación de este indicador se establece en una escala de 1 a 5, donde 1 representa *nada adaptados* y 5 indica *muy adaptados*. El resultado de este indicador resulta ser levemente inferior a los dos anteriores, aunque sigue estando en un nivel regular en ambos grupos de edad: 3.3 en el grupo de 65 años y más, y 3.1 en el grupo de menores de 65 años. De acuerdo con las respuestas de los consultados, habría una parte de los vehículos de transporte público

que estarían adaptados, otra parte lo estaría parcialmente y muchos no lo estarían.

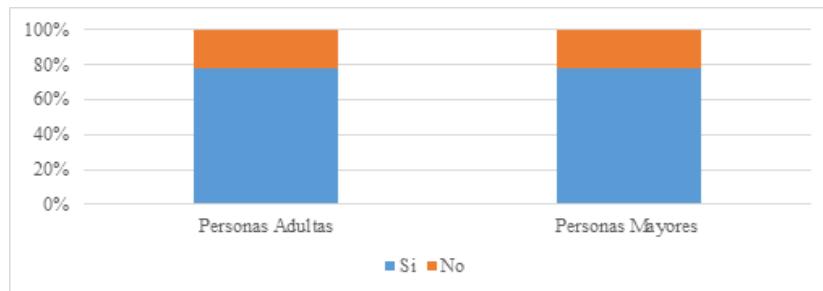


Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

El último indicador que hace parte del entorno físico es la accesibilidad a las paradas del transporte público. Este se refiere a la distancia desde los hogares de las personas hasta las paradas de transporte público se considera accesible hasta una distancia de 500 metros. También se tiene en cuenta la seguridad y la calidad del camino hasta la parada de transporte.

Este es el aspecto mejor valorado del entorno físico en ambos grupos de edad. Aunque para gran parte de los encuestados, los paraderos del transporte público son accesibles y seguros, menos de la cuarta parte considera que no es así. En este sentido, las personas mayores que requieren usar el transporte público cuentan con buena accesibilidad, pero no se garantiza la facilidad del acceso a los vehículos ni la comodidad el trayecto.

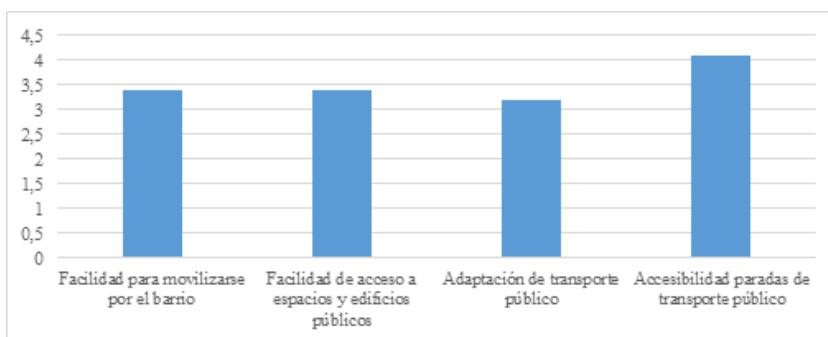
Figura 17.
Accesibilidad
a las paradas
de transporte
público



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

La calificación del entorno físico, promediando los cuatro indicadores es de 3.5, siendo la accesibilidad a las paradas de transporte público lo mejor valorado, mientras la adaptación del transporte público tiene la menor valoración.

Figura 18.
Accesibilidad
del entorno
físico



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

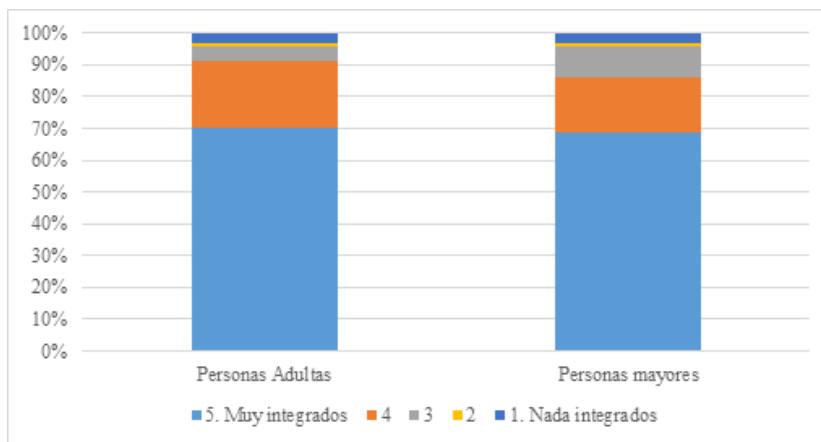
Un entorno social con respeto y sin participación

El carácter integrador del entorno social está constituido por seis indicadores. Con ellos se trata de dar cuenta de si en los entornos sociales en los que se desenvuelven las personas mayores, estos son respetados y cuentan con oportunidades de participación en

organizaciones y actividades de la comunidad, así como con acceso a información y servicios de salud, incluidos aquellos prestados en el domicilio. Se esperaría que en un entorno social integrador la persona mayor se sienta respetada, participe activamente en las actividades de su comunidad y acceda a la información y a los servicios de salud en su domicilio.

El primer indicador analizado en este grupo mide la actitud social positiva hacia las personas mayores. La percepción que tienen las personas mayores es que en general son respetadas y están integradas en su comunidad, la calificación promedio es de 4.5, en una escala de 1 a 5, donde 1 es *nada respetado y nada integrado* y 5 *muy respetados e integrados*. En este aspecto no se encuentra diferencia con los menores de 65 años, quienes tienen una calificación igual de 4.5.

Figura 19.
Se siente
respetado e
integrado en su
comunidad

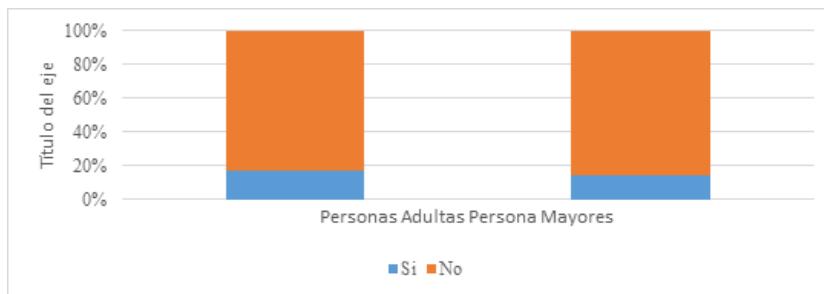


Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Los siguientes tres indicadores indagan sobre la participación de los encuestados en diferentes ámbitos. Las respuestas son, en este caso, de sí o no. El primer ámbito en que se examina la participación es en los voluntariados, esta es una señal positiva de participación y contribución social. No obstante, a pesar de ser una práctica deseable,

esta participación es relativamente baja entre las personas mayores, alcanzando solo un 14%, esta cifra es ligeramente inferior a la registrada entre las personas menores de 65 años, cuya participación llega al 17%. La baja participación puede atribuirse a diferentes situaciones: falta de actividades de voluntariado en las comunidades, la ausencia de organizaciones públicas, privadas o comunitarias que las trabajen, o también puede obedecer a que las personas no están informadas o motivadas para participar de estas actividades. Además, algunas personas mayores de más de 80 años pueden no participar como voluntarias debido a limitaciones sensoriales o físicas, pero sí pueden ser usuarias de voluntarios, particularmente en el rol de cuidadores informales.

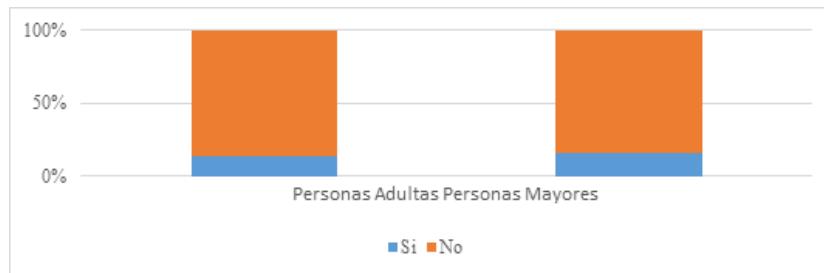
Figura 20.
Participación en
actividades de
voluntariado



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

En el siguiente indicador también se aprecia una baja participación de las personas mayores, en esta ocasión en las actividades de tipo sociocultural, solo 16% de ellos participan en este tipo de actividades que generalmente incluyen conciertos, exposiciones, obras de teatro, entre otras. Esta baja participación es generalizada, pues en los menores de 65 años apenas alcanza el 14%. Manizales es reconocida por tener una variada oferta cultural, por ello, resulta necesario desarrollar estrategias que acerquen las actividades socioculturales a las personas mayores.

Figura 21.
Participación en actividades socioculturales

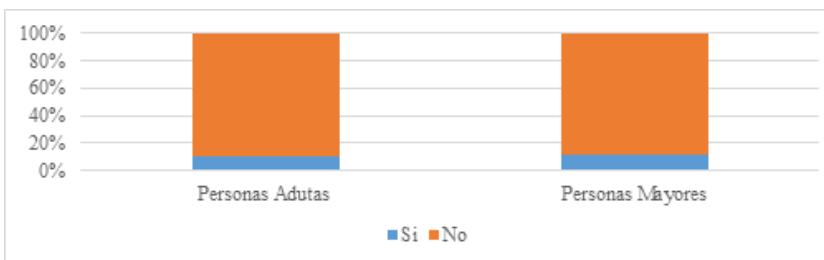


Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

La participación en actividades políticas y sociales es el otro indicador que se revisa para completar la mirada sobre la implicación de las personas mayores con su comunidad y ciudad. En este caso, el indicador se compone de dos partes: la primera indaga por la participación en procesos donde se discuten y deciden cuestiones políticas, económicas y sociales importantes para la comunidad. La segunda indaga por la participación política en las últimas elecciones, entendida exclusivamente como la acción de acudir a votar.

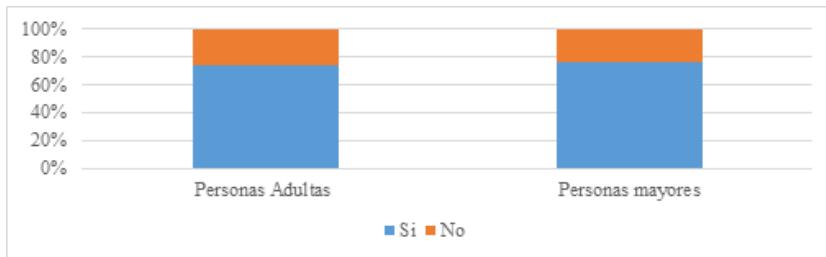
El primer componente del indicador —la participación en actividades políticas y sociales— sigue siendo bajo, apenas llega al 11% en mayores y 10% en menores de 65 años. No obstante, otro componente, la votación en elecciones es alta en ambos grupos de edad, llega al 76% en personas mayores y 74% en menores de 65 años.

Figura 22.
Participación en actividades políticas y sociales



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Figura 23.
*Participación
en las últimas
elecciones*

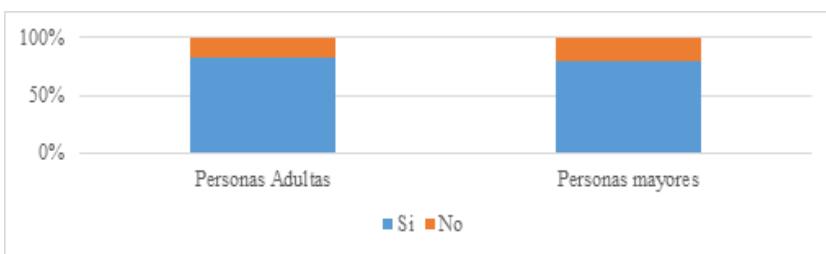


Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Los dos últimos indicadores, referidos tanto a los resultados como al entorno social, aluden a la posibilidad de acceso a información, servicios de salud, y a otros servicios sociales en el domicilio o en la comunidad. Asimismo, la información es vital para que se puedan tomar medidas en torno a la salud, la vida en comunidad, y buscar los servicios que se necesitan; del mismo modo, se espera que las personas mayores puedan acceder, si su condición lo requiere, a los servicios de salud en su casa.

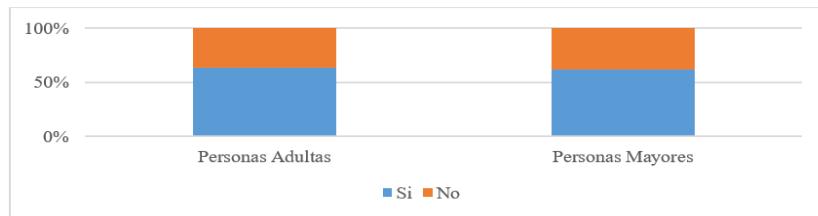
Los indicadores anteriormente mencionados fueron bien percibidos por los encuestados de ambos grupos, especialmente el referente a la información; el 80% de las personas mayores y el 85% de los menores de 65 años afirmaron conocer a quién acudir o contactar en caso de presentar problemas de salud

Figura 24.
*Comunicación
e información:
para problemas
de salud sabe a
quién llamar*



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

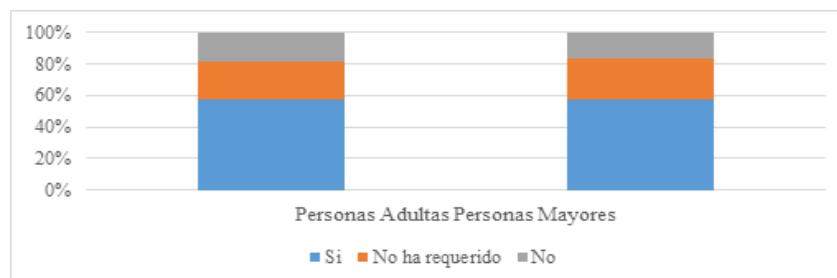
Figura 25.
Comunicación
e información:
conoce servicios
de salud y otros
sociales en la
comunidad



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Por su parte, la mayoría de las personas que requirieron un servicio de salud u otro asistencial en casa o cerca de esta, pudieron acceder a ese servicio. Aspecto positivo que viene a sumar a las altas coberturas del sistema de salud, generalizable para toda la población, pero que cobra mayor relevancia en los mayores.

Figura 26.
Acceso a
servicios de
salud y otros
asistenciales
en domicilio o
barrio

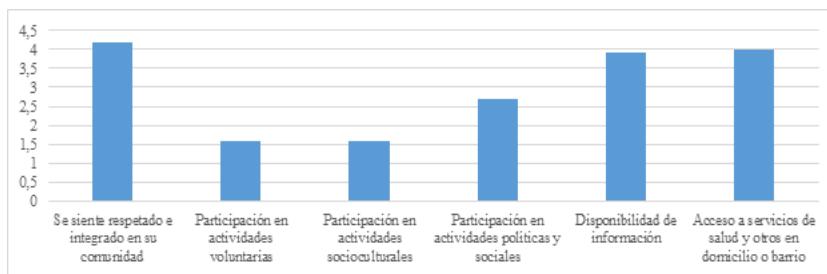


Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Sintetizando, el entorno social muestra un doble matiz. Por un lado, se observa que hay un contexto que respeta y hace que la persona mayor se sienta incluida en su comunidad, y no parece existir el edadismo —entendido como la discriminación por motivos de edad—. Este contexto contribuye a que las personas sientan que están informadas sobre los servicios de salud y servicios sociales de la comunidad, así como la posibilidad de acceder a ellos en sus domicilios de ser necesarios. Por otro lado, se manifiesta una baja participación

de las personas mayores en actividades políticas, culturales y sociales, pero esto no es exclusivo de los mayores, ya que también se presenta esta baja participación en los menores de 65 años, lo que sugiere una conducta socialmente aprendida que tiende a mantenerse a lo largo del tiempo.

Figura 27.
Carácter
integrador del
entorno social

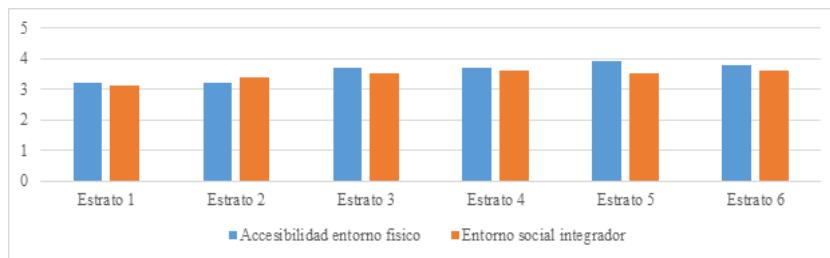


Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Como parte del análisis de los indicadores de resultado, se realizó una segmentación de las calificaciones de los entornos físico y social por estrato socioeconómico y comuna de residencia, para identificar la existencia de diferencias y brechas de equidad por condición socioeconómica o por lugar de residencia.

En primer lugar, se examinaron las calificaciones según la condición socioeconómica, vista a través del estrato de la vivienda. Son evidentes las diferencias entre los estratos altos y los bajos. Las peores calificaciones se encuentran en los estratos bajos y las mejores en los altos. Es claro que la accesibilidad de los espacios públicos, andenes, calles, parques, entre otros; es claramente mejor en los barrios de estrato alto, pero también se encuentran diferencias a favor de los estratos altos en el carácter integrador del entorno social. Es posible que las mejores condiciones socioeconómicas lleven a que las personas de estos estratos se empoderen frente a su participación en los diferentes procesos políticos, sociales y económicos.

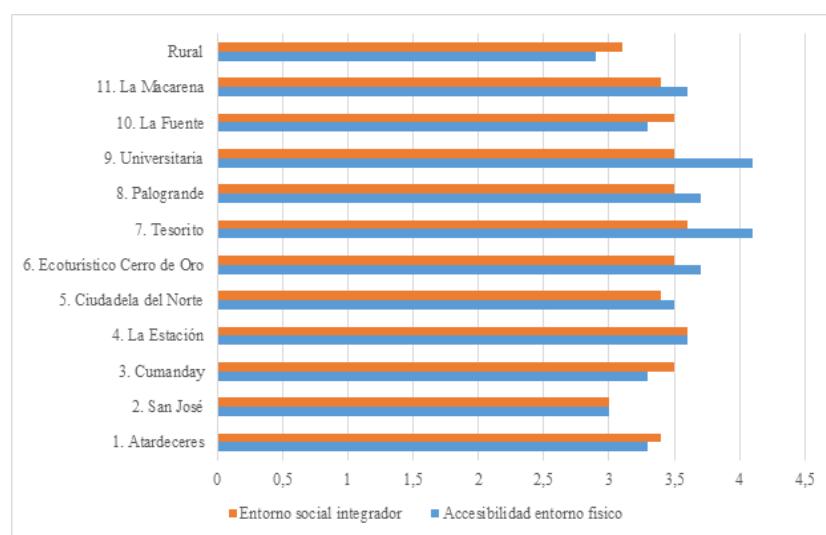
Figura 28.
Puntajes de amigabilidad por grandes dimensiones según estrato



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Los resultados por comuna permiten observar que hay dos sectores de la ciudad donde las personas tienen las peores condiciones en los entornos físico y social, a saber: la comuna San José —una de las de peores condiciones socioeconómicas de la ciudad—, y la zona rural de Manizales. Son sectores donde hay pocos espacios y edificios públicos y los existentes no se encuentran adaptados; adicionalmente, existe limitaciones en el acceso a la movilidad a través del transporte público. También se muestra que es poca la participación y complicado el acceso a servicios de salud en el domicilio o en la comunidad, especialmente en zonas rurales.

Figura 29.
Puntajes de amigabilidad por grandes dimensiones, según comuna



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

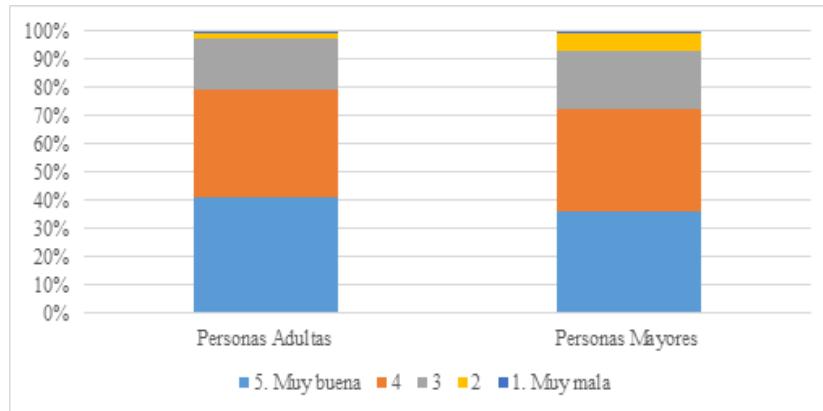
Personas mayores de Manizales con más felicidad que calidad de vida

Los indicadores de impacto dan cuenta del punto de llegada de las estrategias en los diferentes entornos. En la medida que los habitantes de la ciudad, en especial las personas mayores, accedan a entornos físicos que les facilite su movilidad y hagan agradable su estancia en ellos; y que el entorno social sea respetuoso y brinde las oportunidades de participación y acceso a los servicios de salud y sociales, se puede afirmar que se tienen las condiciones para que las personas mayores tengan una mejor calidad de vida y sean más felices. Son, por tanto, estos dos últimos aspectos los que se miden en los indicadores de impacto, la percepción de calidad de vida y de felicidad de los encuestados.

Percepción de la calidad de vida

La calidad de vida se entiende como las condiciones materiales que permiten a las personas tener una vida digna (Valenzuela et al., 2021). De acuerdo con lo que reportan las personas mayores, en una escala de 1 a 5, siendo la 1 *muy mala* y la 5 *muy buena*; la calidad de vida resulta estar en un nivel bueno, con una calificación de 4.0, ligeramente inferior a la reportada por las personas menores de 65 años, con una calificación de 4.2. Las personas perciben que, a pesar de algunas dificultades relacionadas con la accesibilidad en el entorno físico y de algunos temas de participación en el entorno social, los demás aspectos se encuentran relativamente bien, lo que contribuye a una percepción positiva de su calidad de vida. No obstante, todavía existe un margen importante para trabajar en este sentido, y cuando se realicen acciones conducentes a mejorar los entornos físico y social, sin duda la calidad de vida también mejorará.

Figura 30.
Percepción de calidad de vida

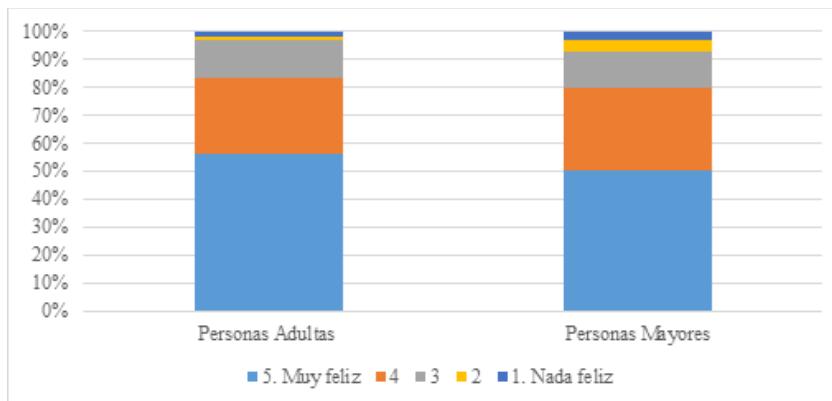


Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Percepción de felicidad

El otro indicador de impacto es el nivel de felicidad percibido por las personas mayores. La felicidad es definida como bienestar subjetivo, como satisfacción con la vida y con lo que las personas son (Kushlev et al., 2020). Lo que se encuentra es que la percepción de felicidad en las personas mayores es mejor que su percepción de calidad de vida, esto es igualmente cierto para el grupo de menores de 65 años. A pesar de que los encuestados reconocen la existencia de ciertas carencias materiales y de salud, estas no les impiden disfrutar y ser felices con su vida.

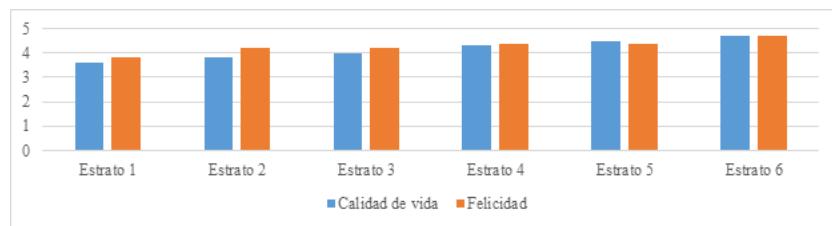
Figura 31.
Percepción de felicidad



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

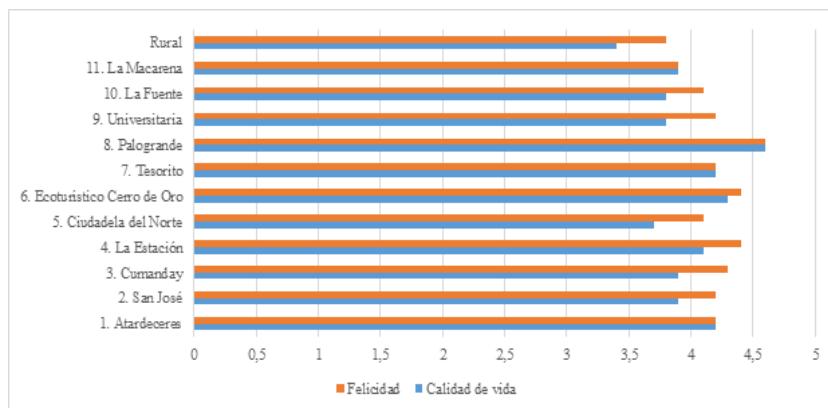
Para completar el análisis de los indicadores de impacto, y al igual que se hizo con los indicadores de resultado, se realiza una segmentación de los indicadores de impacto por estrato y comuna de residencia. Al analizar los resultados según el estrato socioeconómico, se encuentra que la calidad de vida mejora conforme sube el estrato. Las personas con mayores ingresos presentan mejores niveles de calidad de vida, ya que cuentan con más posibilidades de adquirir bienes y servicios que les proporcionan mejores condiciones. En cuanto al nivel de felicidad, este es significativamente menor en el estrato uno; sin embargo, para los demás estratos la tendencia ya no es tan clara, lo que indica que, después de cierto nivel de ingresos, este no marca mucho la diferencia para alcanzar la felicidad.

Figura 32.
Puntajes de calidad de vida y felicidad, según estrato



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Figura 33.
Puntajes de
calidad de vida
y felicidad,
según comuna



Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Emergencia de categorías

En la investigación realizada en Manizales el proceso de categorización dio lugar a la emergencia de nuevas categorías como se aprecia en el siguiente cuadro:

Tabla 6.

Categorías del estudio

Categorías iniciales de análisis	Categorías emergentes	Categorías emergentes transversales	Categoría final
1. Vivienda	Entre lo ético y lo jurídico		
2. Respeto e inclusión social	Convivir o sobrevivir		
3. Participación social	Participar o autoexcluirse		Convivencia intergeneracional
4. Participación cívica y empleo	Entre la tolerancia y el respeto activo		
5. Comunicación e información	Entre la calidez de las palabras y la frialdad de la tecnología		
6. Espacios al aire libre y edificios	Adaptarse o estar solo		
7. Servicios comunitarios y de salud	Un sistema amplio de oportunidades que se rompe en la ruta de atención	Información, comunicación y educación para el bienestar	Manizales ciudad amigable con las personas mayores: entre luces y sombras
8. Transporte y movilidad	factor de exclusión social		

Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Vivienda: entre lo ético y lo jurídico

La vivienda en las personas mayores adquiere un papel fundamental para su bienestar personal. Los relatos que se escuchan sobre la relación entre vivienda y personas mayores son los siguientes: *las personas mayores van sobreviviendo en sus residencias*; de este modo, se resalta la importancia del entorno para realizar las actividades y relacionarse con sus familiares. La vivienda en el caso de las personas mayores, adquieren un carácter aún más especial, a través de ella pueden vivir de forma independiente, autónoma e integrada, se vuelve

determinante para que puedan tener un envejecimiento saludable. La OMS (2015a) al respecto considera que los entornos favorables para las personas mayores —ya sea en el hogar, en la comunidad o a nivel de ciudad— son aquellos que promueven un envejecimiento saludable, pues contribuyen a preservar la capacidad intrínseca durante todo el curso de vida y a potenciar la habilidad funcional acorde con el nivel de capacidad de cada individuo.

Para que la persona mayor tenga un envejecimiento saludable y feliz, es vital que la vivienda sea un entorno amigable; de modo que, las viviendas deben ser diseñadas y adaptadas con espacios que fomenten su independencia, seguridad y participación social.

Al respecto, en las notas del secretario general de la ONU, se hace énfasis en las personas de edad y el derecho a una vivienda adecuada. En este documento se deja claro que la vivienda es un derecho humano que forma parte del derecho a tener un nivel de vida adecuado (Organización de las Naciones Unidas-Hábitat [ONU-Hábitat], 2019). Por tanto, todas las personas tienen derecho a una vivienda adecuada y el estado debe garantizarlo sin discriminación. El derecho a una vivienda adecuada se concibe como “[...] el derecho a vivir en un lugar con seguridad, paz y dignidad [...]” (p. 4).

También, la Corte Constitucional de Colombia (2017) se ha manifestado acerca del derecho a la vivienda digna y menciona que, además de hacer parte del derecho a una vida en condiciones dignas, se encuentra fuertemente ligado con el derecho a la salud. Para que se pueda decir que se ha hecho efectivo el derecho a una vivienda adecuada o digna, desde la ONU se ha propuesto siete criterios que deben ser cumplidos: (1) la seguridad jurídica de la tenencia, (2) la disponibilidad de servicios, materiales, instalaciones e infraestructura, (3) la asequibilidad, (4) la habitabilidad, (5) la accesibilidad, (6) la ubicación, (7) la adaptación a las necesidades culturales (ONU-Hábitat, 2019).

Interesan especialmente los criterios de habitabilidad y accesibilidad, dos temas presentes en la conversación de los grupos

focales. El criterio de habitabilidad se refiere a la suficiencia del espacio, a la seguridad para los habitantes, a la protección frente a las condiciones ambientales y los peligros estructurales. En cuanto a la accesibilidad, se menciona que la vivienda debe ser accesible, así como los recursos para mejorar la accesibilidad de grupos con necesidades especiales, como las personas mayores.

Estas condiciones especiales que tienen los adultos mayores deben considerarse en las diferentes políticas, entre ellas las de vivienda, de modo que sus derechos puedan ser efectivos. En el citado documento de la Organización de las Naciones Unidas (2018), se menciona que las personas de edad estaban desproporcionadamente representadas entre aquellos cuyo derecho a una vivienda adecuada se había violado. Un primer aspecto mencionado son las barreras arquitectónicas que muchas veces impiden salir de sus residencias a las personas mayores cuando, por ejemplo, no existen ascensores o estos no son operativos en los edificios. Respecto a esto una de las participantes de los grupos focales lo expone así:

[...] me parece estupendo y muy bueno que se den cuenta de que hay gente que está viviendo en unas casas donde no se puede mover porque el ascensor no va hasta donde ellos están [...] las escalas pues, uno se asfixia. (Persona mayor usuario de medicina prepagada)

Del mismo modo, otros grupos focales manifestaron: “[...] los ascensores son demasiado pequeños y si tienen algún accidente hay que sacarlos en camilla o en silla de ruedas, pero el ascensor no se presta, pues como el tamaño no es apto [...]” (Estudiante SUMA Proyección); “[...] entonces toca cargarlos para bajarlos de un piso a otro porque son escalas, colocaron un ascensor, pero el ascensor no funcionó, llegó un momento en que no quiso funcionar y ya no fue posible arreglarlo [...]” (Integrante Junta de Acción Comunal).

Las políticas de vivienda suelen enfocarse en la población joven, debido a la suposición de que las personas de edad ya poseen una. Buena parte de las viviendas existentes, nuevas y usadas, no son

idóneas para las necesidades de las personas de edad, especialmente de quienes presentan movilidad reducida. Esto queda en evidencia en los grupos focales en donde se manifiesta: “[...] las viviendas que están construyendo me parecen una falta de respeto, porque son demasiado pequeñas, y un adulto mayor que siempre tiene un bastón o un caminador es muy difícil de movilizarlos [...]” (Coordinador centro privado de cuidado); “[...] cuando van a construir no piensan en el adulto mayor los pisos son lisos, los baños estrechos. Las escaleras son muy inclinadas. Los baños no tienen barandas para sostenerse [...]” (Líder comunitario); “[...] los baños muy estrechos, entonces para uno pasarlos a la ducha es muy difícil [...] no hay rampas para poderlos movilizar en las sillas de ruedas” (Estudiante SUMA Proyección).

Una de las manifestaciones de la vivienda y la vejez, es el deseo de las personas mayores de permanecer de forma independiente en la vivienda y el entorno conocido, fenómeno conocido como *aging in place* (Lebrusán, 2022). La OMS ha señalado que la posibilidad de continuar en la misma vivienda tendría beneficios importantes en la salud de los mayores, envejecer en un entorno familiar conocido con sus pertenencias y seres queridos, manteniendo la identidad espacial y los niveles de confianza y autonomía.

Para que los mayores puedan permanecer en sus residencias es necesario realizar adaptaciones para que las casas sean seguras y faciliten su movilidad. Además, la vivienda de las personas mayores no debe entenderse únicamente como un espacio habitacional, sino como un entorno que integre de manera centralizada servicios sanitarios y sociales esenciales. (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [ACNUDH], s.f.). Y es que como lo mencionan los entrevistados, la vivienda se compra joven y se padece viejo: “[...] yo pienso que no se pensó en el adulto mayor ni en uno mismo, ya que uno compra la vivienda joven y no se piensa que va a envejecer [...]” (Pensionado afiliado a Colpensiones). “[...] nos enseñamos a vivir el hoy, sin pensar en los cambios con la edad, en mi casa mi mamá ya solo usa el primer piso porque no es capaz de subir

las escaleras [...]” (Persona mayor grupo voluntariado). “[...] yo vivo en una casa que la compré usada de 35 o 40 años y obviamente no tenía ni un acondicionamiento me ha tocado poco a poco hacer mejoras, como las instalaciones de barandas, pasamanos de las escalas [...]” (Usuario programa enfermedades crónicas de Avidanti).

Lastimosamente, muchos mayores no pueden hacer frente a los costos de estas adaptaciones, además que muchos no poseen recursos para acometerlos, por su edad también se ven restringidos para obtener créditos financieros.

Se ha evidenciado que el diseño físico de los apartamentos, así como el de los espacios exteriores donde se permitiera una proximidad fluida entre los diferentes residentes, es fundamental para fomentar relaciones positivas entre los vecinos y mejorar su calidad de vida. Sin embargo, en esto también ha fallado, no hay un diseño inclusivo para los adultos mayores: “[...] en cuestión de la vivienda, yo diría que lo que están construyendo ahora, que pesar de los adultos mayores, se encierran en un circulito que no les entra el sol, no tienen por donde caminar [...]” (Cuidador de IPS).

[...] las que viven en barrios son afortunadas, porque el vivir en conjunto al lado de otros conjuntos la relación es diferente, por lo menos donde nosotros vivimos han construido cualquier cantidad de torres de personas, nadie nos conocemos, nadie nos hablamos, todo el mundo se le ve aburrido y fuera de eso, encerrado en el apartamento y uno no sabe quién es el vecino. (Persona mayor del programa CONFA Mayor)

Es claro que el derecho a la vivienda digna de los adultos mayores en Manizales no se está garantizando. La ONU-Hábitat (2019) hace un llamado a los Estados para que aseguren que las nuevas construcciones residenciales públicas y privadas estén sujetas al requisito de diseño universal, lo cumplan y puedan ser fácilmente reformadas para incluir

adaptaciones que, satisfaga las necesidades de las personas mayores y otras con necesidades especiales.

Respeto e inclusión social: convivir o sobrevivir

El respeto y la inclusión social se pueden definir como las actitudes, comportamientos y señales o mensajes que son emitidos por otras personas, por las comunidades y sociedades en general según sus contextos, idiosincrasia y cultura hacia las personas mayores (Fernández & Velas, 2014). En este sentido, algunos testimonios de personas mayores mencionan: no hay inclusión social en muchas actividades, solo nos incluyen en las reuniones políticas. Testimonios que muestran a personas mayores que se perciben a sí mismos como individuos que son utilizados en algunos momentos de su vida por intereses particulares de algunos grupos políticos, que una vez obtiene el objetivo propuesto no los incluyen en las tomas de decisiones de ciudad o de sus comunidades.

Lo anterior revela que, en nuestra ciudad se deben llevar a cabo actividades de sensibilización y educación a los diferentes sectores de la sociedad para que, en términos de la UNESCO, la inclusión social se vivencie asegurando que todos los individuos sin ningún tipo de discriminación puedan ejercer sus derechos, explorar sus habilidades, destrezas y obtener beneficios de las oportunidades disponibles en su comunidad (Cisternas Reyes, 2018). Sumado a ello, la persona mayor tiene el potencial para influir y participar en la toma de decisiones a nivel individual y colectivo; y se debe trabajar de forma mancomunada por trascender los modelos de autoridad unidireccional, lo que promueve el estímulo de la inclusión, la legitimidad y la autonomía de las personas mayores para la participación en los diferentes espacios de decisión de su grupo social como sujetos políticos y el goce de ser activos en la sociedad (Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA, & DANE, 2023).

Además, se recomienda que los profesionales del sector público, sector privado y/o de diferentes entes relacionados con la vejez, establezcan interacciones comunicativas con la población mayor de forma igualitaria y dialógica, para que esta pueda asumir o aprender a desempeñar un rol activo en la toma de decisiones dentro del ámbito que corresponda. De este modo, los conocimientos y competencias de los profesionales estarán orientados a potenciar la participación ciudadana. (Fernández & Velas, 2014).

Teniendo en cuenta lo anterior, *simplemente no quedarse*, como lo afirman algunos testimonios: “[...] cuando vienen los doctores o los que han estudiado hago lo que ellos dicen, pues son los que saben, aunque no me gusten algunas actividades que nos hacen [...]” (Persona mayor centro de bienestar). Lo anterior refleja una actitud pasiva y no propositiva frente a sus necesidades, intereses e incluso las demandas del entorno. Por otra parte, testimonios como:

[...] en los sistemas de salud no me siento incluido. Qué deshumanización para conseguir servicios de salud para nosotros. Tenemos que subir a un sistema las órdenes y se siente como si nos hablaran en chino, no sabemos usar esa tecnología. (Integrante asociación de usuarios EPS Sanitas)

Acá se denotan la barrera en el uso de las TIC o tecnologías de la información por personas de diferentes grupos de edad; que como lo mencionan algunos autores; esa brecha generacional va más allá del acceso, pues también ponen en consideración las habilidades. Las actitudes frente a la tecnología cada vez son más cambiantes, supone un reto a la persona mayor para enfrentar sus realidades y dar respuesta no solo a sus necesidades en salud sino también a las demandas del contexto (Hargittai, 2002).

Los aspectos anteriormente expuestos pueden llevar a este grupo poblacional a sentirse excluidos de su comunidad por la falta de familiaridad con la tecnología, —que es ajena a su realidad—,

subvalorando las bondades y aportes que puede proporcionar la tecnología para asumir un rol más activo en la sociedad. Las TIC no se han convertido en facilitadores para obtener una atención más oportuna y eficiente en lo relacionado con la salud, por el contrario, su uso se ha tornado en una barrera que ha implicado la búsqueda de terceros para gestionar estos servicios, ralentizando el acceso a los mismos y a propiciar una mayor dependencia hacia otras personas para solucionar o suplir este tipo de deficiencias; por lo que se requiere establecer estrategias que promuevan la alfabetización digital que contribuya, a su vez, a aprovechar las bondades de la tecnología en otros aspectos del desarrollo humano y social.

Por otro lado, el respeto y la inclusión social se pueden visualizar en la forma como las comunidades, las ciudades y los países implementan la accesibilidad de los edificios, espacios y transporte público en la equiparación de oportunidades para la participación en actividades de índole social y recreativo. En este sentido, testimonios como:

[...] la inclusión social la vivimos más cuando tenemos que cumplir la reglamentación en bancos, en compañías, pues usted ve que en cualquier edificio todo está marcado, el ascensor privilegiado solo para embarazadas y adultos mayores, y así podemos tener un trato preferencial. (Pensionado Universidad de Manizales)

Esto pone en evidencia, que en la actualidad ya se están tomando medidas para fomentar la inclusión social de las personas mayores en actividades cotidianas y que el tipo de simbología es reconocida y respetada por la comunidad en general, además está siendo comprendida y utilizada por las personas mayores, lo que ha facilitado el acceso y uso de algunos espacios y el fomento de la autonomía de los usuarios.

Sin embargo, aún se requieren más estrategias y trabajo colaborativo entre los diferentes actores que hacen parte de la ciudad, en tanto, testimonios como: “[...] yo pienso que el respeto se ha perdido absolutamente. Pues digamos cuando cojo transporte público, que uno ve el adulto mayor entrando al bus y uno sabe que se tiene que parar, pero no lo hacen los jóvenes [...]” (Cuidador de IPS).

Opiniones como esta evidencian la necesidad de crear estrategias que realmente impacten la sociedad civil y promuevan un trato más humanizado y empático frente al proceso de envejecimiento y la vejez, que más tarde o temprano, cada individuo estará en circunstancias similares y, que de forma conjunta se trabaje por una ciudad más amigable e incluyente.

Asimismo, testimonios como: “[...] desde el respeto, depende mucho del ejemplo familiar, cómo se valora ese rol del adulto mayor y pienso que falta mucha educación a estas nuevas generaciones a este respecto [...]” (Empresario de la ciudad). Se identifican dificultades intergeneracionales en la familia, hay discusión entre los abuelos y los nietos, también entre los abuelos con los hijos, que pueden afectar la dinámica familiar, la forma de relacionarse entre sí, llegando a comprometer el bienestar de la persona mayor. Por lo tanto, se hace necesario orientar acciones hacia el fortalecimiento de esta red de apoyo primaria, tanto desde lo axiológico como desde la humanización y potenciación de sus actividades cotidianas.

A su vez, en términos de igualdad en distintos contextos culturales, las personas mayores, las mujeres y las personas con discapacidad se han visto discriminadas frente al estereotipo de lo que la sociedad asume como parámetro de normalidad. Esta situación ha generado una amplia brecha en cuanto a la tolerancia, el respeto por la diversidad y la inclusión de las personas como sujetos de derecho. Situaciones que también se ven reflejadas en testimonios como: “[...] está inclusión tan importante que es la experiencia, pero ser viejo ya es una persona que no siente y que hay que desechar o se siente desechar [...]” (Persona mayor Centro DIA San Jorge); “[...] la

infantilización del adulto, la persona mayor mientras está trabajando cognitivamente, intelectualmente está vivo y digamos que el entorno tiende a infantilizar, pues eso se nota en el lenguaje diminutivo [...]” (Experto Universidad Autónoma de Manizales).

Esto devela los efectos del edadismo, entendido como los estereotipos, los prejuicios y la discriminación contra otras personas o autoinfligido por razones de edad; que puede afectar las relaciones de tipo intergeneracional tanto en el ámbito familiar, entre padres e hijos o hacia los nietos y en sentido contrario; a nivel institucional o incluso autoinfligido o contra sí mismo. Lo anterior, puede generar como consecuencia, riesgo al aislamiento, soledad, exacerbar condiciones de salud y en algunos casos conducir a situaciones de maltrato hacia las personas mayores.

Por tanto, es prioritario llevar a cabo estrategias para evitar la aparición del edadismo, entre ellas se han propuesto la generación de políticas y leyes acerca de la discriminación y desigualdad y el ejercicio respetuosos de los derechos humanos, así como estrategias educativas orientadas a los individuos en los diferentes niveles de formación, básica primaria, secundaria, universitaria y a nivel formal e informal, que pueden contribuir a la reducción de prejuicios y discriminación; en este caso, de las personas mayores. Cabe destacar la importancia de proponer acciones orientadas al contacto intergeneracional, con el fin de promover la interacción entre individuos de diferentes generaciones. Según la literatura, esta se constituye en una de las intervenciones más eficaces para cambiar la forma en que se piensa, se siente y se actúa en relación con la edad, como hacia las personas mayores como hacia los jóvenes, y de este modo, fomentar el respeto e inclusión en una ciudad que desea ser amigable con la población mayor.

Participación social: participar o autoexcluirse

La participación social puede ser vista como un encuentro entre los diferentes actores sociales que suman su potencial para obtener

un bien colectivo; también puede ser entendida como las relaciones o interacciones que se establecen, en este caso, entre las personas mayores con las actividades sociales realizadas durante su vida cotidiana, que abarca desde la participación en el entorno laboral, familiar, los centros comunitarios e incluso el rol asumido en la toma de decisiones frente al ejercicio de sus derechos.

En coherencia con lo anterior, algunos participantes manifestaron “[...] he visto espacios de participación en actividades religiosas, tanto, católicos como cristianos, he visto que se movilizan muchos adultos mayores en las iglesias, y he visto algunos grupos, poquitos, de actividad física [...]” (Pensionado, Universidad de Manizales).

Expresiones que muestran el tipo de actividades que con más frecuencia participan en su comuna. Sin embargo, se observa que la disponibilidad de posibilidades de encuentro con otras personas mayores en diferentes actividades es muy reducida, enunciado en testimonios como:

[...] pues realmente no, en mi comunidad no he visto la participación del adulto mayor, y tampoco escucho de actividades donde se puedan involucrar, pues literalmente lo único que uno escucha es que participan en actividades religiosas porque creen que las personas mayores para lo único que sirven es para ir a misa (Integrante Asociación de Usuarios SES Hospital de Caldas).

Las personas mayores de 65 años tienden a incrementar la asistencia a ritos religiosos, explicado en parte por la teoría de desarrollo psicosocial de Erickson (como se citó en Carrey, 2010), quien considera que la vejez es una etapa de integración del estilo de vida y de defensa contra la amenaza física y económica y la autoaceptación de lo vivido, y la esperanza de que su vida valió la pena, y ello simbólicamente se representa en la fe. Sin embargo, como es expresado por el autor, esta

no es la única opción que buscan las personas mayores, ya que también aspiran a complementarla con la participación y la interacción social. Estas formas de participación dependen del ámbito social en el que se desenvuelven, el nivel económico, la condición de salud, la educación, entre otros factores; aspecto que se presentan de manera común en diferentes contextos. Esta situación invita a replantear el concepto de participación social y a diseñar estrategias y acciones que incluyan a las personas mayores de acuerdo con la cultura e idiosincrasia de los países y las regiones. Dado que, el proceso de envejecimiento es individual, con un gran abanico de posibilidades para vivirlo en función del contexto social en el que se resida su situación personal y su mundo subjetivo.

Del mismo modo, el inicio de la vejez suele estar asociada al momento de la jubilación, que dependiendo de la estabilidad y monto económico, influirá en la forma en que la persona mayor podrá satisfacer sus necesidades básicas, de autorrealización y cuidado de su salud como elementos que pueden promover el envejecimiento saludable y que, sumado a las acciones desarrolladas a partir de las políticas públicas de una nación, pueden fortalecer la independencia y autonomía de este grupo poblacional o coartar sus potenciales. En el primer caso, una persona mayor da como testimonio “[...] después de la jubilación he seguido trabajando parte del tiempo y disfrutando de actividades que antes no tenía tiempo y eso me hace sentir bien [...]” (Pensionado afiliado a Colpensiones). Como en este testimonio, la jubilación implica cambios significativos en los nuevos roles asumidos por las personas mayores, que puede implicar disminución o no de los ingresos, ajustes en el proyecto de vida y expectativas, así como nuevas posibilidades de ocupación del tiempo libre, incremento en las relaciones sociales, en las relaciones de familia, entre otros.

En el presente estudio se encontró que, a nivel ocupacional el 36% accedieron a su pensión, el 28% a un trabajo y el 25% se dedica a oficios del hogar, mientras que las demás personas mayores permanecen más

en casa por presencia de una discapacidad, una condición de salud o como algunos lo manifiestan, ‘no hacen nada’.

En el segundo caso relacionado con la limitación de acceso a actividades en la comunidad, orientadas al bienestar de la persona mayor y, por tanto, a la coartación de sus potencialidades, se encuentran testimonios como este: “[...] pensionarme ha sido muy bueno para mí, pero no encuentro en mi barrio o en la comunidad en que vivo opciones de actividades que me gusten [...]” (Pensionado de la asociación de pensionados de la universidad de Caldas).

La actitud hacia la vejez y hacia el periodo pensional puede estar influida tanto por las actitudes y perspectivas individuales, como por los estereotipos sociales que pueden actuar como barrera para el goce de esta etapa de la vida. Por lo tanto, esto implica resignificar su propósito de vida y actuar desde una posición activa frente a sus necesidades y las del colectivo, sin esperar de forma continua que sean otros, quienes generen las oportunidades que se requieren para su desarrollo humano y social.

En este sentido, las actividades de ocio ocupan un espacio fundamental para el mantenimiento de la independencia funcional, cognitiva y emocional en esta etapa, marcando una tendencia positiva hacia el envejecimiento saludable y satisfactorio. Asimismo, otros autores indican que la participación en actividades sociales se constituye en un predictor de bienestar y de promoción de la salud en las personas mayores.

Los tomadores de decisiones deben considerar al momento de concretar los lineamientos de las políticas en torno al envejecimiento y la vejez, en los planes de acción locales, regionales y nacionales que propicien espacios de participación ciudadana con la comunidad mayor como protagonista de la generación de estas acciones, su implementación, divulgación y seguimiento en las comunidades.

Por este motivo se hace necesario, al momento de definir acciones orientadas a la participación social en una ciudad o en los diferentes sectores de esta, cinco aspectos propuestos por la OMS, (2002b):

informar, consultar, incorporar, trabajar en conjunto y empoderar a la población. Estos aspectos esenciales llevan a que la persona mayor y sus respectivas familias asuman un rol más activo frente a sus necesidades e intereses y no un papel pasivo o mostrarse reacios a la vinculación en las actividades disponibles, como se encuentra en este comentario:

[...] lo que pasa con los adultos mayores es que son reacios a participar en actividades del barrio, o sea no tienen esa cultura de que vamos a meternos a este grupo o necesito esto por mi salud o por mi bienestar. (Gestor de Centro Vida)

Además, se encontró en el presente estudio que el 84% de las personas encuestadas no participan en actividades socioculturales.

En consecuencia, se hace imperativo invitar a la persona mayor como parte del equipo interprofesional, para la generación de las acciones a desarrollar específicamente para su grupo etario y su comunidad, que estén realmente adecuadas a las necesidades de su colectivo y que respondan a las demandas globales de la transición demográfica del envejecimiento y la vejez. Solo así se podrá contar con un verdadero empoderamiento y construcción colectiva de la participación social, expresado también:

[...] pues como la idiosincrasia del adulto mayor o por lo menos aquí en Colombia, tiende a ser como más reacios, pero es más como de crearle la conciencia al adulto mayor que es necesario para él y que lo necesita. (Integrante de Junta de acción comunal Villa Luz)

De igual manera, promover la participación continua de la población mayor en actividades sociales, económicas, culturales, cívicas y espirituales propician oportunidades para que las personas mayores permanezcan activas, aumente la esperanza y calidad de vida.

Por lo tanto, se debe fomentar la autonomía y la toma de decisiones en las personas mayores, romper con los estereotipos negativos sobre la vejez y el envejecimiento, y promover la confianza en capacidades colectivas.

Asimismo, se hace imprescindible establecer diferentes canales de comunicación con las personas mayores para informarlos de los eventos que se están desarrollando o para convocarlos a espacios de encuentro, haciendo énfasis en los aspectos sugeridos por la OMS, desde lo informativo, el trabajo en equipo y el empoderamiento.

Además, la participación de las personas mayores en diferentes escenarios como instituciones, asociaciones, redes informales, grupos de ocio y ocupación del tiempo libre, entre otros, se ha relacionado positivamente con el envejecimiento exitoso, puesto que la salud física, la salud mental, la satisfacción vital, la autovaloración y la calidad de vida son elementos claves para la vinculación a comunidades específicas. En consideración, hacer parte de estas agrupaciones le otorga a la persona apoyo emocional, instrumental, informativo, y actúa como recurso protector de estrés y promoción para el envejecimiento exitoso.

Participación cívica y empleo: entre la tolerancia y el respeto activo

En Manizales, de acuerdo con los resultados de esta investigación diagnóstica, las personas mayores consideran que son respetadas e incluidas. Sin embargo, también se aprecia que es una modalidad de respeto más cercana a la tolerancia, entendida como dejar que el otro haga, siempre y cuando no moleste, tal como lo plantea Cortina (2009).

Ser amigables con la vejez y el envejecimiento conlleva repensar los modos de relación entre los ciudadanos que habitan un territorio, tal como lo propone la iniciativa de la OMS (2020).

El aumento en la esperanza de vida es un reto que la sociedad y las autoridades deben asumir de manera prioritaria, preparando las

condiciones de infraestructura y servicios sociales y de salud para que las personas mayores logren mantener sus capacidades y habilidades para realizar las actividades que les son importantes tales como estar saludable, participante, incluido y respetado en el devenir de sus familias y comunidades. Dentro de estos atributos de un envejecimiento saludable, el respeto es el pilar sobre el que se construyen las relaciones sociales para conseguir la cohesión social en tiempos de incertidumbre, como lo dice Cortina (1997), quien también considera que las bases para la cohesión social son: el respeto por los derechos de primera y segunda generación, derecho a la vida, a la libertad de expresión, a la formación de la conciencia, al desplazamiento por un territorio, a la libre asociación, a ser defendido en un juicio o a participar en la vida cultural; y el compartir de un conjunto mínimo de valores éticos. Conforme a Cortina (1997) esa es la forma de cohesión social que debemos promover y resguardar, pues no toda expresión de cohesión es legítima ni moralmente aceptable.

Siguiendo los planteamientos de Cortina (1997), la tolerancia es mejor si se entiende como respeto activo, como un valor básico para el entendimiento entre los interlocutores en una acción comunicativa, interesados en el respeto por las ideas y los modos de ser del otro diferente, que permite reconocerlo como un ser humano sujeto de dignidad y con autonomía de decisión sobre sus proyectos de vida. Es este reconocimiento del otro mayor como un igual a sus interlocutores lo que se espera como condición de amigabilidad con el envejecimiento y la vejez.

El libro denominado ciudadanos del mundo (Cortina,1997) es una invitación a recuperar los valores morales necesarios para la convivencia, en especial el de la tolerancia. Esta se entiende como el acto de permitir al otro ‘hacer’, bien sea por impotencia o por desinterés, y es esta interpretación de la tolerancia la que da lugar a un valor positivo denominado respeto activo, que consiste en el interés genuino y positivo en los proyectos e intereses del otro, aunque sean diferentes y no se compartan, pero que al intentar comprenderlos, se ayuda a alcanzarlos, siempre que representen una posición moral respetable.

La práctica del respeto activo en la cotidianidad se logra afrontando el reconocimiento de la dignidad humana que es transversal a todas las cualidades.

Siguiendo la propuesta de Cortina (2011), para los profesionales en trabajo social sobre sus intervenciones sociales, se considera aquí que dichas intervenciones pueden transformarse en acciones que una sociedad organizada realiza para garantizar el bien común. Este proceso transita desde la necesaria asistencia a quienes, por su condición de edad o capacidad lo requieran, hasta el imprescindible empoderamiento de los ciudadanos que viven activamente sus territorios.

En consideración a lo anterior, se propone reorientar las intervenciones sociales hacia las personas sin distinción de edad, sexo, cultura y economía; sin desatender los problemas, lo que garantiza el respeto a la dignidad de las personas y prepara los territorios para un envejecimiento y una vejez saludable.

Comunicación e información: entre la calidez de las palabras y la frialdad de las tecnologías

Entre los resultados del diagnóstico de amigabilidad, realizado mediante encuestas y grupos focales en la ciudad de Manizales, en el área temática ‘información y comunicación’, propuesta por la OMS, se encontraron apuestas favorables, como la disposición que tienen las personas mayores para mantener una comunicación eficaz y el interés por la independencia para gestionar la información. Sin embargo, se encontraron barreras significativas para que dicha información sea clara y cumpla el propósito final de comunicar de manera satisfactoria a las personas mayores, por tal razón este tema se nombró, *entre la calidez de las palabras y la frialdad de la tecnología*. En la encuesta de amigabilidad realizada, en el ítem disponibilidad de información, se obtuvo un puntaje de 3.9, esto revela que la información está disponible, pero existe una fractura en la forma como se comunica y la dificultad en el

manejo de los medios digitales actuales, que se presentan de manera descriptiva.

El aumento de las expectativas sobre la calidad de vida ha impulsado el interés de las personas mayores por participar de sus procesos de salud. Consideran que tienen la capacidad de mantener la independencia para gestionar su propia salud. Sin embargo, es común que se encuentren con barreras del entorno que no permiten hacer ejecuciones favorables, ya sea por falta de información acorde a los sistemas de creencias de las personas mayores o por los sistemas tecnológicos que muestran un panorama desalentador para este grupo poblacional. A pesar de la motivación que tengan los mayores de mantener su independencia, con frecuencia se ven obligados a buscar ayuda por las alteraciones que se van presentando con la edad, como el deterioro cognitivo, los trastornos de visión y audición y la brecha generacional, hacen que se presenten estados de estrés.

Lo expresado en el apartado anterior, fue lo encontrado en la dimensión correspondiente a información y comunicación, como el siguiente relato expuesto:

[...] la comunicación se ha vuelto muy complicada, hay mucha intolerancia con el adulto mayor, aun dentro de las mismas familias, uno le pide a una persona y la respuesta es 'no, usted no entiende', hay unos que tienen paciencia y hay otros que no tienen paciencia. Eso es desesperanzador y causa impotencia. (Cuidador de persona mayor)

Al respecto, estudios realizados expresan las dificultades que deben afrontar las sociedades en procesos de envejecimiento, que consisten primordialmente en la necesidad de una información y comunicación óptima, dado el incremento de la demanda para los servicios y cuidados de salud, asociados con el crecimiento de una población con predominio de limitaciones funcionales para las que la sociedad, la comunidad y la familia no están suficientemente

preparadas (Sander et al., 2015). De acuerdo con Jin et al. (2015), el envejecimiento poblacional está produciendo un fuerte impacto a nivel familiar y social, y es cada vez más evidente que en el territorio no existen las condiciones que den respuestas a las demandas y necesidades de la persona mayor.

Hay varios aspectos que han de tenerse en cuenta a la hora de establecer información y comunicación con una persona mayor, tales como la actitud, la paciencia y la dedicación. Asimismo, se deben tener en cuenta las barreras comunicativas, por ejemplo, si la persona tiene una enfermedad o alteración en el lenguaje, pérdida de algún sentido, pérdida de audición —que requiera ayuda de un audífono— o pérdida de la memoria. En cualquier caso, la información se ha estandarizado para una comunidad en general, sin una clara medida de inclusión social a las diferencias propias del envejecimiento.

Con relación a la información y comunicación, es importante tener en cuenta el entorno de atención de la persona mayor. Este debe propiciar que la comunicación se haga de forma fluida, con control del ruido. Los ambientes estresantes o desconocidos hacen que disminuya la capacidad de los mayores para concentrarse y entender las necesidades de comunicación. En los entornos familiares es común encontrar diferentes aparatos electrónicos durante la comunicación con la persona mayor, lo que causa distracciones. Cabe señalar también la situación en las organizaciones que prestan servicios de salud, donde hay demasiado ruido, el ambiente es hostil, largas filas para la atención, y un personal sobrecargado dificultan la prestación de una atención de calidad, que debería incluir, al menos, una mirada atenta durante la atención. Es evidente que hay mucha información, pero poca comunicación, así lo expresó un participante de un grupo focal:

[...] yo asisto a reclamar medicamentos y hacer autorizaciones, tengo que llegar muy temprano, hacer fila para reclamar turno y luego esperar hasta 3 horas, para que me digan que no hay el

medicamento y otro que está en la fórmula, lo debo reclamar en el centro, otros pasajes. (Persona mayor grupo de voluntariado)

Otros participantes del grupo focal consideran: “[...] quien me atendió no tiene el tiempo para explicarme donde es el sitio específico para ir a reclamar o cuando puedo volver por el que no hay [...]” (Persona mayor Centro DIA San Jorge); “[...] lo que me dice no lo entiendo porque con tanta gente y tanto ruido no alcanzo a escuchar [...]” (Persona mayor centro DIA Villahermosa); “[...] así que, me devuelvo sin la vuelta que necesitaba y lo más preocupante, sin los medicamentos y sin la información clara [...]” (Persona mayor comedor comunitario Betania).

La comunicación con los mayores ha de ser con frases simples y concretas, hay que mirar a los ojos, tener certeza de que la persona está entendiendo. La audición es un sentido que con los años se va perdiendo, por eso es importante el contacto visual. La comunicación no verbal es indispensable para transmitir información de manera adecuada, dado que evita las interpretaciones erróneas y transmite los estados de ánimo.

A pesar de la receptividad y las motivaciones que tengan los mayores para mantener la independencia funcional, no es tarea fácil con el sistema de salud actual, procurarles la información y comunicación de tal forma que puedan ser autosuficientes. Según Sharkiya (2023), las personas mayores pueden presentar condiciones patológicas, deterioro cognitivo y dificultades de visión y audición, a lo que se suman recursos financieros y sociales limitados. Todo ello las coloca en desventaja para comprender las indicaciones complejas del mundo contemporáneo, no solo en el ámbito de la salud.

Esta situación incrementa la probabilidad de que las personas mayores requieran el acompañamiento de algún familiar o alguien que pueda brindar apoyo. Lo expuesto resalta la importancia de facilitar el desplazamiento para acceder a la información, ya sea en un algún lugar o a través de una persona. De igual manera, otro escenario relevante

está relacionado con el uso de las TIC. En la actualidad existen estrategias que son oportunidades para informar y comunicar de manera eficaz. Si las personas mayores logran entrar en las dinámicas de las TIC, se puede mejorar la calidad de vida por el buen manejo del tiempo y la consecución rápida de bienes y servicios.

Con relación a la dependencia y la necesidad de acompañamiento de los familiares para la consecución de información y establecer una comunicación específica, el asunto puede ser positivo, sin embargo, los diferentes cambios socioculturales de la actualidad han dejado a la persona mayor en desventaja, porque las formas de comunicarse han aumentado las distancias generacionales. A esto, Araníbar et al. (2001) considera que la dependencia constituye un concepto clave para analizar el bienestar social de las personas mayores, quienes suelen encontrarse subordinadas a generaciones más jóvenes, en particular a sus hijos adultos. Lo expresado a continuación por un participante de un grupo focal reúne la complejidad que viven con relación a las vivencias cotidianas con la información, la comunicación, la familia y la sociedad contemporánea.

[...] como persona mayor tengo que decir que me genera frustración no entender la tecnología de ahora, tengo teléfono, pero solo para llamadas, siento que es complejo, mis hijas y nietas me ayudan, pero no me tienen paciencia, o finalmente me canso de poner atención y no entender lo que están haciendo [...] Ah y me da desconfianza por ejemplo hacer compras por internet. (Persona mayor centro de cuidado)

Según lo anterior, para una vejez activa que permita marcar la diferencia se requiere de programas de inclusión enfocados a una formación en manejo de las TIC, que disminuya las brechas generacionales, la desigualdad y la dependencia, a la vez que equipare las oportunidades y promueva el aprovechamiento satisfactorio del tiempo. Para responder a inquietudes como las relatadas, se presentan

los siguientes testimonios: “[...] que se gana el adulto mayor con tener internet y no sabe manejar un computador y mucho menos tiene correo electrónico y redes sociales [...]” (Persona mayor club de la salud); “[...] yo pienso que como ciudad necesitamos enfocar también como ese tema en el proceso de formación del adulto mayor [...]” (Empresario); “[...] existen muchos programas y aplicativos, pero, para que toda esa información si ni sabemos manejar aplicativos [...]” (Pensionado).

‘Atropello tecnológico’, fue la expresión de una persona mayor, a lo que otras personas se pusieron de acuerdo en decir que existen medios de comunicación muy usados por las personas mayores entre ellos la prensa, la radio y la televisión, que los actualizan y los informan. Estos son considerados amigables, pero en la actualidad todo está en páginas por internet de fácil acceso para población joven, no para personas mayores. La expresión puede interpretarse como la necesidad existente de una información, comunicación y educación hacia el bienestar, desde una perspectiva multidimensional que cubra los canales de comunicación tradicionales y actuales, pensado para todos los ciudadanos, independiente de las capacidades tecnológicas.

Un aspecto emergente que resulta pertinente considerar, en consonancia con las transformaciones tecnológicas actuales, es el papel de las herramientas basadas en Inteligencia Artificial (IA), especialmente los chatbots utilizados por varias Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) para brindar información y orientar trámites. Aunque estas plataformas se presentan como mecanismos para agilizar procesos, no siempre contemplan las barreras tecnológicas propias de las personas mayores ni las brechas de alfabetización digital que caracterizan a esta población. En muchos casos, la interacción con estos sistemas automatizados incrementa la sensación de frustración y dependencia descrita por los participantes, pues requieren habilidades cognitivas, tecnológicas y de comprensión lectora que no siempre están presentes. Además, la ausencia de explicaciones claras sobre el manejo de datos personales limita la

posibilidad de otorgar un consentimiento informado real, mientras que la migración acelerada hacia canales digitales incrementa riesgos asociados a la seguridad física y financiera, como suplantaciones o estafas. Este panorama refuerza la necesidad de promover tecnologías accesibles, con interfaces inclusivas y acompañamiento humano, especialmente en contextos donde la información y la comunicación constituyen un eje central para la autonomía y el bienestar de las personas mayores.

Espacios al aire libre y edificios: adaptarse o estar solo

En la dimensión ‘espacios al aire libre y edificios’ propuesta por la OMS (2007), los resultados del diagnóstico de amigabilidad mostraron aspectos muy favorables, como el ambiente que se vive en la ciudad y la amabilidad de las personas y, sobre todo, el legado que se ha cultivado por las personas mayores hacia el diálogo en sitios específicos de la ciudad y la disponibilidad para mantener viva la intención de visitar parques y espacios al aire libre. También se encontraron aspectos por mejorar, como el uso que se les está dando a los espacios públicos y las barreras para permanecer en ellos, relacionadas tanto con los accesos como con las personas que los frecuentan, estas dificultades pueden desmotivar y hacer que las personas mayores o se adapten o estén solas. En la encuesta de amigabilidad en el ítem *facilidad y acceso a espacios* públicos y edificios obtuvo un puntaje de 3.4. lo encontrado en los grupos focales se presenta con mayor precisión a continuación.

Los espacios al aire y edificios para las personas mayores han de estar organizados en las áreas urbanas con una atmósfera acogedora y amigable, donde se priorice la participación comunitaria y las conexiones sociales mediante la participación en eventos sociales, iniciativas de voluntariado y actividades de desarrollo comunitario. Asimismo, la ciudad ha de ser de fácil acceso en el transporte público e infraestructura.

Los espacios recreativos y al aire libre se consideran componentes integrales de la infraestructura accesible en el contexto de las ciudades. Al respecto, la planificación urbana destaca el desarrollo de espacios que atiendan el bienestar y la recreación de las personas mayores. Entre ellos el diseño de parques, preferiblemente como espacios verdes, para el encuentro comunitario y el esparcimiento seguro y confortable. Los relatos de personas abordadas en los grupos focales evidenciaron aspectos positivos y por mejorar, sintetizados a continuación:

[...] en la ciudad existen canchas, parques, espacios al aire libre para tiempos recreativos. Parques con máquinas para hacer ejercicio, lugares naturales que la comunidad ha adoptado por sí misma para caminatas como Monteleón, y Rioblanco, espacios importantes como el Bosque popular, Parque del agua, Faneón, el parque Ernesto Gutiérrez, el parque de la Mujer, para encuentros entre personas mayores y sus familias. (Grupo de riesgo cardiovascular)

Se destaca el esfuerzo considerable y organizado desde las entidades públicas, “[...] también hay programas donde pueden participar las personas mayores, para realizar caminatas, gimnasia en diferentes lugares de la ciudad, la ciclovía es un espacio de encuentro y de esparcimiento se realiza por toda la carrera 23 [...]” (Experto SUMA Proyección).

Entre lo descrito, algunos parques tienen buen acceso, pero la mayoría son limitados por escaleras o están en lugares con pendientes, donde no pueden llegar las personas mayores. Esta situación se agrava en casos de limitación física, ya que no existen rampas ni barandas adecuadas que faciliten el desplazamiento de los adultos mayores.

Algunos parques están siendo más aprovechados por personas que consumen sustancias psicoactivas, lo que se convierte en condiciones de vulnerabilidad frente a robos. A esto se suma el estado de la infraestructura de las canchas, que en algunos lugares

se presentan adoquines y andenes en mal estado, representando un riesgo de caídas.

De manera particular, en los siguientes relatos se afirmó lo siguiente: “[...] la infraestructura que tienen los parques está enfocada equivocadamente, están haciendo canchas para personas adultas y las personas adultas necesitan otro tipo de recreación u otro tipo de deporte diferente y lo digo por experiencia [...]” (Estudiante SUMA Proyección); “[...] yo no tengo espacios al aire libre, pero a veces me da temor a caerme porque me la paso esquivando adoquines, porque he visto gente que pisa el adoquín y se cae [...]” (Persona mayor centro de cuidado); “[...] la alcaldía ha implementado una especie como de renovación en las canchas, de espacios para los niños, pero solo es para eso porque ellos van a jugar con pelotas y las personas mayores no podemos acercarnos [...]” (Asociación personas mayores).

[...] en otros sitios hay parques con máquinas para hacer ejercicio, pero no son seguros para transitar en el lugar, ya que roban mucho, mantienen jóvenes consumiendo drogas y también es un lugar para llevar las mascotas a hacer sus necesidades y muchas personas no recogen. (Organización de voluntariado)

Estos testimonios evidencian las dificultades que enfrentan las personas mayores para permanecer en parques y espacios públicos; sin embargo, muestran un mayor interés por los ecoparques y sitios naturales, donde están más tranquilos. Manizales tienen en varios sectores de la ciudad sitios que pueden ser aprovechados, así lo expresó un participante en los grupos focales: “[...] tenemos una red de ecoparques como el ecoparque Los Yarumos, Los Alcázares, el Bosque Popular el Prado, Monteleón, entre otros que, se integran con la red de parques naturales como lo es el Parque Nacional Natural Los Nevados [...]” (Líder Social).

En la ciudad existen algunos lugares que, a lo largo de los años, las personas mayores han adoptado como sitios de encuentro debido a su cercanía con espacios religiosos, cafés y parques, como lo son: el parque Caldas, parque Bolívar, parque Faneón y parque Cristo Rey. Sin embargo, el acceso y uso de estos espacios se ha vuelto complejo debido a la presencia de un gran número de vendedores informales, así lo relataron algunos participantes en los grupos de discusión:

[...] en el centro hay básicamente dos espacios el Parque Bolívar y el Parque Caldas, el Parque Bolívar no es un espacio agradable para un adulto mayor, ya que no hay mucho que hacer ellos tienden a ir más recurrentemente al Parque Caldas donde pueden conversar, tomarse un café, entrar a la iglesia o jugar ajedrez. No utilizan el espacio grande del Ernesto Gutiérrez, ya que no hay sillas, no hay máquinas, no es motivante para ellos, además el parque tiene mal olor, ya que lo utilizan como baño público o utilizan este espacio con fin de prostitución. (Coordinador de centro de cuidado privado)

[...] hay un sitio muy especial, es el parque de Cristo Rey, les gusta mucho porque está cerca del cementerio, de la iglesia de Cristo Rey, es un sitio de venta de flores alrededor, además hay cafeterías cercanas, las personas mayores dicen que allí hay lugares para sentarse y van otras personas para conversar. (Cuidador de un Centro Día)

En los hallazgos obtenidos a partir de los grupos focales, especialmente al abordar a las personas mayores, se encontró la reiterada importancia que le encuentran a los parques y sitios de encuentro. Las personas mayores, como todos los seres humanos, son sociales y necesitan del otro para darle significado a la vida y lograr envejecer de manera activa. “Envejecer adecuadamente permite gozar del entorno dentro de las capacidades y a pesar de las limitaciones

del anciano [...]” (Giai, 2015 p. 69). La interacción del adulto mayor con el medio, y el mantenimiento de los vínculos mejoran su calidad de vida, y las actividades recreativas como los juegos de mesa, los diálogos comunes y el compartir un café, los aleja de los temores y preocupaciones por envejecer.

Concluyen afirmando que la distribución de los parques en la ciudad es inadecuada, ya que no se considera el grupo poblacional que las habita. Se están construyendo canchas en sectores donde predomina las personas adultas, quienes, en realidad, requieren otro tipo de espacio de recreación o actividades deportivas más acordes a sus necesidades.

La vejez es una trayectoria de descanso y contemplación, es común que las personas mayores tengan emociones como la tristeza, ansiedad y soledad, que pueden conducir al aislamiento social y a la apatía. Por ello, resulta fundamental contar con parques y sitios donde puedan pasar tiempo libre en actividades que aporten positivamente en sus vidas y para la consecución de nuevos amigos. Lo más resaltado en el estudio, con relación a espacios al aire libre y edificios, fue la existencia de parques y áreas recreativas durante las tardes y noches, seguido del espacio público inclusivo que promueva el bienestar.

En palabras de un participante: “[...] la ciudad se debe adaptar a la persona mayor, no la persona a la ciudad [...]” (Cuidador Centro Día). El espacio público amigable incluye características específicas como, diseño de zona urbana pavimentada con superficies lisas, instalación de rampas, e instalaciones accesibles para acomodar a personas con discapacidades para el uso de caminadores y sillas de ruedas. El espacio público ha de tener asientos aptos para personas mayores, con respaldo y apoyabrazos, para satisfacer las necesidades de comodidad. El espacio público también debe estar provisto de sistemas de orientación con señalización clara para la promoción de la independencia, reduciendo el riesgo de perderse con sensores de iluminación, para la seguridad y el bienestar de las personas mayores

en espacios al aire libre. Los relatos de todos los actores se sintetizaron así:

[...] en Manizales las personas son amigables y el ambiente es agradable, sin embargo, caminar en el espacio público es difícil, hay calles que no tienen los andenes adecuados y las personas mayores se exponen a accidentes por ciclistas o en general por accidentes de tránsito. (Estudiante SUMA Proyección)

Continuando con:

[...] por lo general están haciendo arreglos en diferentes sitios de la ciudad y no hay por donde transitar, sobre todo cuando va a haber cambio de administración municipal. (Comerciante plaza de mercado); En el centro de la ciudad hay invasión del espacio público, lo que hace que los espacios para el desplazamiento sean limitados. (Pensionado, Universidad de Manizales)

De manera puntual así lo relato un experto:

[...] Manizales ya no es un buen vividero en el sentido que se ha deteriorado mucho la ciudad, en otras cosas más que en las señalizaciones, las tapas de las alcantarillas se las roban y queda el hueco, me parece que el tema del centro es crítico, el problema es que hay muchos carros y motos que van rápido, entonces para ir a la ruta de la buseta es complicado, aunque van en un solo sentido. A veces voy por mi casa para ir a la panadería y me pregunto como hace un adulto mayor para caminar por aquí. (Profesor universitario pensionado)

Por otro lado, en los siguientes relatos se resaltaron espacios que pueden ser aprovechados para el deporte, la socialización y demuestran estrategias de inclusión en la ciudad para las personas

mayores: “[...] utilizamos la ciclovía también los domingos, la que está por la avenida Santander, pues yo no sé si todo el mundo la usa, pero por mi casa muchas personas vamos a la ciclovía porque es genial [...]” (Persona mayor asociación de usuarios EPS).

[...] también en las juntas de Acción Comunal funciona el programa de la Alcaldía, son cupos limitados, pero funciona para mayores que se reúnen semanalmente, ahí es donde yo lo utilizo, otro sitio que es muy frecuentado es la cancha auxiliar del estadio, se hacen actividades muy recreativas. (Persona mayor pensionada)

Debido al crecimiento poblacional y a los cambios en las dinámicas sociales, los ambientes urbanos se han transformado. Anteriormente, las personas mayores podían sentarse largas horas compartiendo, disfrutando de la naturaleza y de la presencia de animales en los andenes de sus casas, en parques o en sitios de reunión comunes. En la actualidad esto no es posible, lo que convierte a la persona mayor en un sujeto vulnerable a los problemas de exclusión social, discapacidad y dependencia, por la incapacidad de adaptarse. En América Latina los gobiernos locales tienen poca capacidad de respuesta para enfrentar el desafío de adaptar los ambientes urbanos problemáticos a una población que envejece en situación de vulnerabilidad social (Bello, 2013). Según García et al. (2019) existe, además, una comprensión restringida de la interacción que debe tener los mayores con los espacios libres para estimular la recreación y la participación hacia un envejecimiento saludable, de acuerdo con las demandas individuales y socioculturales.

Incorporar las características que reclaman las personas mayores, puede hacer que los espacios públicos sean más inclusivos y agradables, promoviendo estilos de vida activos y saludables. La participación comunitaria en los diferentes espacios sociales, como juntas de acción comunal y otros, puede ayudar a adaptar estos

espacios con el objetivo de satisfacer sus necesidades y preferencias específicas, además de permitir que los espacios sean aprovechados por las personas en cada etapa de la vida.

Ahora bien, en cuanto a los edificios, es evidente que en la ciudad los espacios en los apartamentos y en las áreas sociales son cada vez más reducidos, lo que no resulta favorable para la calidad de vida. Además, hay que subir y bajar escalas en caso de que el edificio tenga cinco pisos o menos, aunque la normativa exige destinar al menos un apartamento para personas con movilidad reducida y disponer de ascensor en edificaciones de más de cinco pisos, esta regulación aún no se cumple en todos los casos.

La construcción de los edificios han de ser accesibles para personas de todas las edades, esto incluye entradas sin escalones, puertas anchas, altas y ajustables. Adecuados sistemas de iluminación con sensores de movimiento y niveles de brillo ajustables pueden mejorar la visibilidad y la seguridad dentro del edificio, en el día y en la noche, barras de apoyo en baños y lugares de entrada y salida, pisos antideslizantes y manijas de puertas tipo palanca para mejorar la seguridad y la accesibilidad. Además de ascensores y rampas accesibles, con señalización para deambular por estructuras con facilidad.

El diseño de áreas comunes dentro de los edificios, han de equiparse con asientos cómodos, espacios sociales e instalaciones recreativas, de tal forma que promueva la interacción social entre los residentes. En la ciudad aún falta incorporar una perspectiva de población envejecida en la planificación y construcción de edificios y espacios, así se evidencia en los siguientes relatos: “[...] en Manizales se está construyendo para ganar espacio, están haciendo unos edificios con apartamentos y unos espacios superpequeños, entonces en ese sentido me parece que es muy incómodo para un adulto mayor caminar y movilizarse [...]” (Cuidador Centro de cuidado Privado). [...] además, las salidas con escaleras y los andenes son muy irregulares tienen subidas, bajadas, a las personas mayores con dificultades en la movilidad y con dificultades visuales les queda difícil [...] (Cuidador

particular). [...] cuando un enfermo necesita salir es un problema, hay edificios que tienen ascensor, pero una camilla para traslado no cabe, entonces es una lucha con una silla [...] (Cuidadora voluntariado Cruz Roja).

Para conseguir que la construcción se proyecte a la solución de edificaciones pensando en la persona mayor es necesario tener presente las siguientes preguntas desde la planeación territorial: ¿Cuáles son las necesidades de las personas mayores y cómo deben ser los espacios para que sean confortables y adaptados a sus limitaciones? ¿Cómo deberían ser los espacios que usan y qué herramientas de soporte se requieren? ¿Qué influye en el bienestar de la persona mayor dentro de este espacio de vida? Todo lo anterior exige pensarnos como mayores desde una valoración integral y desde la perspectiva de envejecimiento, además de la arquitectónica. La infraestructura del territorio influye en la calidad de vida de la persona mayor y en consecuencia, en su funcionalidad, morbilidad y bienestar (Arcos et al., 2022).

Así pues, el estado de bienestar, la necesidad de una vida y vivienda digna para el conjunto de nuestra sociedad se verá influido no solo por el contenedor que alberga una actividad, sino también por la percepción de su arquitectura, los objetos, el ambiente cromático, el espacio y las reacciones que se generan ante estos.

Integrar ciertas características en la construcción de edificios, permitirá, entornos de independencia, seguridad y bienestar de las personas mayores. Es importante involucrar a las personas mayores en el diseño de espacios y edificios porque ellos son sensibles a las necesidades, sus aportes pueden contribuir a soluciones más efectivas y pueden fortalecer la manera de construir mediante el uso de dispositivos específicos, como barandas en los baños o pasamanos en áreas sociales, rampas, y otros elementos de accesibilidad.

Servicios comunitarios y de salud: un sistema amplio de oportunidades que se rompe en la ruta de atención

En el área temática servicios comunitarios y de salud, propuesta por la OMS, se evidenciaron aspectos positivos y por mejorar. En cuanto a la encuesta, los resultados arrojados mostraron que existe facilidad para moverse en el barrio con un puntaje de 3.4, hay adaptación de transporte público con 3.2 y accesibilidad al mismo con un puntaje de 4.1, evidenciando la posibilidad para asistir a los servicios de salud mediante un transporte adecuado. Las personas mayores tienen acceso a servicios de salud y otros en domicilio y barrio con un puntaje de 4.0. Lo que demuestra importantes facilidades en el acceso a los servicios comunitarios y de salud, sin embargo, hay una fractura y está relacionada con el proceso de comunicación, desde el sistema de salud y los diferentes niveles de atención, para establecer tratamientos adecuados y formas de atención efectivas, por eso se denominó el área temática ‘un sistema amplio de oportunidades que se rompe en la ruta de atención’. Lo relacionado fue lo encontrado en los grupos focales y se presentan con detalle a continuación.

Los servicios comunitarios en Colombia están ampliamente reconocidos y promulgados en el sistema de salud, y desde allí se ofrece amplia cobertura a los ciudadanos en general a través de un Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), el cual se ha establecido con un potencial para mantener y mejorar la salud de la población colombiana, reducir los costos y las inequidades. Pero la implementación de este modelo enfrenta retos de carácter tanto técnico como político.

Por ende, establece que, la prestación del servicio se realice mediante rutas integrales de atención en salud (RIAS), que direccionen la atención a través de entidades prestadoras encargadas de coordinar la atención integrada a las personas por grupos etarios, en diferentes niveles de atención. En tal sentido, el sistema establece la ruta de atención para las personas mayores de 60 años que, según

la pirámide de población colombiana viene en crecimiento, siendo el departamento de Caldas y el municipio de Manizales una ciudad con importante población envejecida.

Esto requiere una postura crítica para la implementación efectiva y solidaria de la ruta, a la luz de la Política Pública Nacional de Envejecimiento, establecida mediante el Decreto 681 de 2022 (MinSalud, 2022), con el fin de garantizar las condiciones necesarias para el envejecimiento saludable y saludable y de una vejez digna, autónoma e independiente en condiciones de igualdad, equidad y no discriminación. En el marco de la protección de los derechos humanos y bajo el principio de corresponsabilidad individual, familiar, social y estatal.

La política tiene el propósito de prevenir, mitigar y superar las condiciones sociales que afectan negativamente la calidad de vida de la población adulta mayor y crear condiciones para un envejecimiento saludable. Para ello, establece líneas de acción orientadas a fomentar la educación y el aprendizaje en la vejez, así como el acceso y uso de tecnologías de la información, la comunicación y la alfabetización digital. No obstante, estas acciones no se restringen únicamente a las personas mayores: también incluyen a las familias y, de manera particular, a los cuidadores formales e informales, quienes requieren competencias específicas para acompañar los procesos de salud, ejercer una comunicación efectiva y apoyar la toma de decisiones. La política impulsa la formación y el aprendizaje continuo para fortalecer sus conocimientos sobre vejez, derechos humanos y prácticas de cuidado, reconociendo que la alfabetización –en sus dimensiones tecnológica, sanitaria y social– es un requisito compartido entre todos los actores vinculados al cuidado. De igual manera, promueve el desarrollo de habilidades técnicas y especializadas, y alienta la investigación en el ámbito de la vejez y el envejecimiento (MinSalud, 2022).

Un aspecto positivo está relacionado con que el envejecimiento ha estado en la agenda pública en las últimas décadas y es evidente la preocupación por garantizar políticas para proveer las medidas a

una vejez asistida y cuidada, mediante proyectos sociales acordes a los desafíos que impone el aumento de la población mayor. Para ello, una de las apuestas de los modelos asistenciales combinada con la Atención Primaria de Salud, está orientada desde una visión integral de la persona mayor (Saravia & Salmazo, 2022).

Este enfoque resulta especialmente pertinente cuando se consideran las transiciones que experimentan las personas mayores, tal como plantea la *Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis*. (Meleis 2010). Las personas con enfermedad crónica o pluripatología atraviesan ciclos continuos de cambios crisis de salud, hospitalizaciones, retornos al hogar y movilidad entre servicios de cuidado públicos o privado que pueden generar vulnerabilidad, ruptura en la continuidad del cuidado y sobrecarga para las familias. En este sentido, los sistemas de salud deben reconocer estas experiencias transicionales para garantizar acompañamiento, orientación y comunicación efectiva durante cada paso del proceso, evitando que los adultos mayores enfrenten solos la complejidad del sistema.

Lo descrito, se relaciona con la percepción de los ciudadanos en Manizales, quienes identifican los servicios en salud de manera favorable mientras las personas mayores conserven su autonomía e independencia, lo que impacta en el seguimiento y tratamiento de la salud. Sin embargo, aunque el servicio está bien estructurado se pierde la continuidad de la atención por la dificultad de consecución de citas para especialidades médicas e imágenes diagnósticas y medicamentos, a lo que se suma comunicación fragmentada por falta de tiempo de los funcionarios sanitarios para la atención centrada en la persona. El siguiente relato así lo manifestó:

[...] Manizales tiene buena infraestructura para los servicios de salud, la atención médica es buena. Sin embargo, se deteriora al momento de la entrega de medicamentos, eso sí está muy complicado, asimismo las citas con especialistas o para

exámenes son lejanas en la asignación y se pierde la continuidad en la atención. (Asociación de Personas Mayores)

Otro aspecto considerado fue la cantidad de información que puede existir en relación con los servicios de salud y el poco esfuerzo por comunicar por parte de los actores clave: “[...] el modelo de atención actual ha evolucionado, falta enlazar la atención entre los actores, de ahí lo que uno puede ver es que, hay que voltear el modelo al riesgo de cada persona [...]” (Empresario, sector comercial). Otro relato afirma que:

[...] aunque se brinda un servicio muy bueno, tenemos muy buenos detalles, buenos médicos, el mismo sistema es excelente, el problema es la dificultad para que la atención sea continua. Se hospitaliza, se formula con órdenes para medicamentos y medios diagnósticos y la atención se rompe allí, no sabemos que más hacer. (Empresario, sector transporte)

Al respecto, un estudio realizado por Roter (2001) expresa que el aumento de las expectativas sobre la calidad de vida ha incentivado el interés de las personas mayores por el autocuidado, considerando la capacidad de mantener la independencia en cuanto a la asistencia médica. Las personas mayores se sienten satisfechas con las consultas de salud, sus cuidados, el apoyo emocional ofrecido y la ayuda prestada, sin embargo expresan insatisfacción por la cantidad de información recibida y la incapacidad del personal de salud de brindar una dirección efectiva que permita la culminación de lo prescrito.

Manizales tiene buena infraestructura en servicios de salud, se atiende dos regímenes de salud, que funcionan de manera igualitaria, subsidiado y contributivo, además los usuarios pueden acceder a medicina prepagada. Existen hospitales, clínicas y centros de salud alrededor de la ciudad y la atención es buena, hay farmacias en los barrios que ofrecen servicios específicos como aplicación de inyecciones.

La dificultad reiterada está en las autorizaciones por internet, cuando la persona mayor cuenta con un familiar que maneja adecuadamente el sistema, puede acceder a los servicios; de lo contrario queda en la incertidumbre y se vuelve un ciclo repetitivo, vuelven a enfermar, se les atiende la urgencia y nuevamente se presenta la falla en la atención. Esta problemática se agrava en las comunidades rurales, quienes tienen que desplazarse a realizar autorizaciones, o a reclamar medicamentos; tienen que reclamar en varios sitios la formulación o simplemente les dicen que no se ha autorizado.

Es evidente que el modelo de atención, las rutas y la política de envejecimiento son inclusivos, sin embargo, las dinámicas actuales relacionadas con la era digital generan un obstáculo para las personas mayores. Ante esta situación, surge la pregunta: ¿qué ocurre con los grupos de personas vulnerables, marginales o socialmente desfavorecidos? De acuerdo ello, las personas perciben esta realidad como una situación inequitativa, especialmente debido al uso de las TIC en los trámites de salud y, en particular, en las transacciones públicas. La transformación de las redes sociales, su cobertura y el lenguaje digital, se ha convertido en un atropello para la persona mayor, aunque esta explícito en las líneas de la política del envejecimiento como un proceso de formación que no ha podido cumplirse de manera objetiva. Así lo afirma:

[...] en las instituciones de la salud en cuanto al adulto mayor es vulnerado en la tardanza en todo, porque como son los que tienen más enfermedades crónicas de alto costo y las que necesitan un tratamiento más grande, entonces es el mismo cuento de siempre, es el uso de las tutelas de la Supersalud para que les generen todo el proceso. (Experto SUMA Proyección)

“[...] entonces cobertura muy buena pero absolutamente maltratador, y qué les pasa a las personas mayores que no tienen quien

les ayude en sus vueltas, la tecnología debe ser un medio para evitar maltrato y filas innecesarias [...]” (Pensionado, Universidad de Caldas); “[...] la relación oferta-demanda es buena, pues en general para toda la población [...]” (Secretario de Despacho Alcaldía de Manizales).

La comunicación alude a la interacción entre información y educación como proceso orientador, e información como difusión de conocimientos, lo que requiere la construcción participativa, en la cual se contrasten concepciones y creencias personales y populares fáciles de asimilar, apropiación de saberes con responsabilidad social y divulgación para lograr la coherencia de las acciones.

Lo mencionado es la cadena del eslabón que se rompe, aunque existe la connotación de la atención preferencial a la persona mayor, lo cual dista de la realidad. La atención preferencial debería comprender redes de apoyo para acompañamiento en lo concerniente a trámites de salud, estrategias educativas para facilitar la solicitud de medicamentos, autorizaciones y citas con especialidades médicas. Para ello se requiere que los prestadores de servicios de salud cuenten con personal capacitado y seleccionado para el acompañamiento de las personas mayores en los procesos digitales.

Entre lo más recomendado para mantener a las personas mayores mejor informadas, es retomar medios de comunicación tradicionales, como la radio, la prensa y los canales regionales, con estrategias específicas, como un día a la semana para informar, o un espacio en la prensa y un canal regional de atención directa para trámites, soportado por las administradoras de planes de beneficios en salud.

En los encuentros con las personas mayores, se evidenció en sus relatos, la existencia de una estrategia en la ruta de atención que opera de manera positiva para las personas que tienen régimen contributivo y medicina prepagada. Se trata de la atención en el domicilio con un equipo interdisciplinario que procura el autocuidado mediante el acompañamiento familiar. El plan domiciliario se realiza con la visita mensual de medicina general, quien ordena un plan de cuidado para

ser ejecutado, el plan está direccionado por una Institución prestadora de servicios quien realiza la auditoria para que todo se realice adecuadamente.

Existen, además, planes de beneficios que se pagan de manera particular para el servicio de ambulancia y revisión de pacientes en el domicilio como es el caso de EMI y AMI. Igualmente, hay otras organizaciones que prestan servicios como red de apoyo: las juntas de acción comunal y la línea 123 para urgencias. Es importante decir que Manizales presta un buen servicio de transporte para asistir a las consultas externas o de urgencias. Sin embargo, el acceso a ciertos lugares en la ciudad en ocasiones es complejo por la topografía y por las rutas de transporte. Así lo considera:

[...] en mi comunidad hay hospital y yo diría que la mayoría tiene un servicio de salud, y al servicio le daría una calificación de 4,50 porque el servicio, aunque es demorado en las urgencias, lo atienden a uno y le solucionan ese momento complicado de salud. (Integrante Voluntariado Ravasco)

En esta misma línea, así lo considera: “[...] en mi comunidad está muy cerca el centro de salud, a mí me parece muy bueno el servicio y la atención, también queda muy cerca el hospital y cuando necesito el transporte llega rápido [...]” (Persona mayor club de la salud). La comunicación es una necesidad básica de las personas, se requiere un buen proceso comunicativo para establecer una correcta relación terapéutica, para resultados favorables en la salud y la enfermedad. La atención en salud no es únicamente la transferencia de información entre paciente y personal sanitario, es necesario establecer la escucha activa, la comunicación asertiva, mediada por la reciprocidad y una correcta coordinación de los actores. La persona mayor espera algo más que el tratamiento de su enfermedad, procurar un ambiente de comunicación que le permita desarrollar autonomía, obtener soluciones y generar responsabilidad hacia resultados de salud directos.

La habilidad de las personas para obtener, procesar y entender la cantidad de información que entregan los profesionales sanitarios se transforma en una barrera importante para la gestión del autocuidado. Así pues, Condeza et al. (2016) expresa que el empleo de los sistemas de comunicación con las personas mayores para procesar, la información obtenida y tramitarla de manera efectiva no es adecuado.

Un asunto que resulta importante conocer para mejorar las condiciones de comunicación, es que las personas mayores puede ser veedores en las EPS donde están afiliados. Se requiere divulgar esta oportunidad para que puedan ser partícipes activos en torno al mejoramiento de la atención de las personas. Las comunidades abordadas propusieron mejorar los servicios comunitarios desde los planes de beneficios, dotarse de los soportes informáticos y el conocimiento de las limitaciones de la persona mayor, además difundir las actividades asociativas, mediante un trabajo colaborativo con esfuerzos visibles a la formación en el sistema digital para trámites administrativos.

Procurar un contacto directo para el envío de autorizaciones de acuerdo con los planes de beneficios de las personas mayores, y no dejarlo a la inexperiencia o la dependencia de estos. De este modo, articular los medios de comunicación amigables a las personas mayores, para la educación y formación en el uso de las técnicas de información, comunicación y maneras de acceder al sistema.

Transporte y movilidad: factor de exclusión social

La iniciativa de la OMS (2007), que propuso imaginar cómo serían las ciudades amigables con las personas mayores, constituye el punto de partida de esta investigación. En ella se consideraron las ocho dimensiones que deben revisarse para que las ciudades se preparen adecuadamente y favorezcan un envejecimiento saludable, así como una vejez digna y satisfactoria para todos sus ciudadanos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2022a), la

población mundial envejece por la intervención de dos factores: (1) el aumento de la esperanza de vida , que implica, por un lado, que las personas, en promedio, viven más años, y por otro, que ha incrementado la supervivencia en edades avanzadas, fenómeno conocido como *envejecimiento dentro del envejecimiento*; y (2) La caída de las tasas de fecundidad, debido, entre otras causas, al mayor acceso a la anticoncepción y a los cambios en las normas de género ingreso de la mujer al mercado laboral, a los estudios universitarios, entre otros.

Si bien la OMS al referirse a las ocho categorías o dimensiones a tener en cuenta cuando se piensa en las ciudades amigables con las personas mayores menciona la de transporte, entendido como un medio que garantiza la independencia y la autonomía de las personas que quieren y pueden vivir su ciudad o su entorno habitual. En esta investigación, realizada en Manizales, se plantea mejorar el transporte y la movilidad con relación, no solo la infraestructura física y el parque automotor, sino también los espacios destinados para la movilización de las personas mayores como peatones y a las condiciones de dichos espacios.

De acuerdo con Gómez González et al. (2010), el medio de transporte está directamente relacionado con el grupo de edad al que pertenece la persona mayor y a su vez, depende de una serie de factores, algunos de ellos consecuencia directa de la edad, que son los que realmente condicionan y hacen que una persona mayor se decante por una forma de desplazarse u otra.

Entre los factores que determinan esta elección se consideran la situación de salud, el nivel económico, la zona de residencia, la topografía, la accesibilidad a los diferentes medios de transporte cerca al domicilio, el estado de las vías y los espacios peatonales entre otros, factores que incluso pueden obligar a las personas mayores a disminuir o abandonar el desplazamiento para realizar actividades que realizaba habitualmente.

Algunos de estos factores fueron considerados en la encuesta de amigabilidad en Manizales y en sus resultados se aprecia que las condiciones de accesibilidad del entorno físico recibieron una valoración baja.

Esta valoración coincide con los hallazgos cualitativos relacionados con la percepción que los ciudadanos tienen de la movilidad y el transporte en la ciudad de Manizales, a su vez esto concuerda con los cambios físicos, cognitivos y sensoriales propios del proceso de envejecimiento, que hacen que las personas que antes conducían su propio vehículo ahora no lo hagan y recurran al transporte público a pesar de las dificultades que ello conlleva, lo que se puede apreciar en testimonios tales como: “[...] en mi sector hay muy buen transporte. Sí, eso sí es innegable. Yo veo dificultad en el transporte como tal porque, o sea, está la plataforma, pero esa plataforma está en unas busetas altísimas como cinco o seis escaleras [...]” (Experto SUMA Proyección).

[...] en ciudadela del norte, socobuses tiene busetas nuevas, pero pasa lo mismo de pronto tienen los espacios de accesibilidad, pero para nosotros es muy complejo, mi mamá tiene 66 años y es muy funcional y, sin embargo, le cuesta trabajo la bajada del cosmobus, pues entonces no me imagino un adulto mayor que tenga menos funcionalidad. (Experto SUMA Proyección)

De acuerdo con un informe del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMERSO, 2008), dos tipos de factores que limitan el uso del transporte público por las personas mayores son: por un lado, las barreras ambientales, referidas a los obstáculos físicos del entorno y del propio medio de transporte, y por otro, las barreras interactivas, relacionadas con la atención recibida por parte del personal del servicio y la información suministrada.

Dadas las características topográficas y el nivel de inclinación de las pendientes de Manizales, ciudad construida sobre las laderas de la cordillera central, el tránsito en sentido oriente-occidente es más plano y rápido que en sentido norte-sur, por esta razón las avenidas más importantes se encuentran dispuestas longitudinalmente en la mayor parte de su recorrido. Esta disposición de las principales vías afecta la movilidad de las personas mayores tanto si lo hacen dentro de un vehículo como si lo hacen caminando, como se aprecia en los siguientes testimonios: “[...] en Manizales la única vía plana es la avenida Santander, de resto usted casi ni puede caminar, menos si necesita bastón o silla de ruedas [...]” (Usuario Centro de Bienestar San Francisco de Asis); “[...] los adultos dejan incluso de caminar mucho cuando ven que su sitio por donde viven en su barrio es desgradable, está lleno de basuras, de grietas, es un factor que se relaciona con la disminución de la movilidad [...]” (Estudiante Universidad de Manizales).

Sin embargo, quienes dejan de caminar por los factores mencionados no siempre pueden optar por el uso de transporte público colectivo como lo afirma: “[...] por mi casa hay buen transporte, pero no para la persona mayor, si esta quiere transportarse tiene que pedir taxi o algo así [...]” (Estudiante Universidad de Caldas).

Lo que predomina es que deben recurrir al transporte público individual como el taxi, quienes lo usan manifiestan que: “[...] en Manizales por ser una ciudad pequeña al menos se puede utilizar el taxi. Se aprecia que la mayoría de los conductores tienen paciencia para esperar que el adulto mayor suba y baje, y hasta los ayudan [...]” (Cuidador Centro de Cuidado Ravasco); “[...] aquí casi todas nos transportamos en taxi, o con la familia, o llaman a una persona que las lleva y las trae, los conductores muy atentos, muy queridos se demoran el tiempo que necesitemos para bajar para subir [...]” (Pensionado Universidad de Caldas); “[...] yo monto en taxi muy poquito, pero son muy atentos lo llevan a uno al sitio que es, sin ningún problema;

sí, sí, el servicio del taxi es muy bueno [...]” (Coordinador Centro de Cuidado Privado).

Estos testimonios coinciden con los expresados por personas mayores de otros territorios en los cuales también se adelanta el proceso de hacer de sus localidades lugares amigables con las personas mayores, tal es el caso de Valparaíso en Chile –ciudad con una topografía similar a la de Manizales–, la localidad de Chapinero, en Bogotá, Colombia; y el municipio de Las Heras, en Mendoza, Argentina, entre otros. En estos territorios se presentan las mismas carencias en cuanto a la adaptación de los vehículos de transporte público para las personas con movilidad reducida, entre ellas las personas mayores. Mal estado de las paradas de los buses y en ocasiones poca colaboración de los conductores que prestan el servicio.

Los hallazgos relacionados con la categoría transporten y movilidad de las personas mayores en Manizales muestran que hay más debilidades que fortalezas. Entre las debilidades se encontró que hay poca adaptación de la infraestructura para la movilidad, calles que no tienen los andenes adecuados, escalas públicas sin pasamanos, hay invasión del espacio público, vehículos de servicio público no adaptados.

Otra barrera identificada para el uso del transporte público por las personas mayores está relacionada con la cultura ciudadana y la actitud de los conductores de transporte masivo, como lo afirma un testimonio:

[...] yo creo que a veces no utilizan las rampas de las busetas porque se demora mucho. El conductor tiene que bajar, subir a la persona, que suba la rampa, acomodarlo y otra vez subirse, entonces es un proceso lento. (Persona mayor Centro de Cuidado, Luisa de Marillac)

“[...] los conductores de las busetas rojas no tienen paciencia, yo ahí no me monto, eso es horrible [...]” (Pensionado, Universidad

de Caldas). Es evidente la falta de señalética e identificación de rutas en transporte público, de rutas circulares y complementarias, además la red de paraderos es inadecuada y las adaptaciones como rampas y bahías, sumado a la falta de respeto y solidaridad en temas de movilidad. La presencia de estas debilidades muestra cómo el transporte y la movilidad en la ciudad se convierten en un factor de exclusión social, incluso para las personas sin restricciones en su movilidad. Estos hallazgos en Manizales, relacionados con la categoría movilidad y transporte, coinciden con lo planteado por Jirón y Imlán (2019), quienes afirman que las formas en que las personas se mueven se encuentran estrechamente relacionadas con las formas en que las ciudades son vividas; por ello, la movilidad cotidiana juega un rol central en la organización de la vida urbana contemporánea.

Lo que se espera de una comunidad o ciudad amigable con las personas mayores es que reconozca y atienda con recursos, infraestructura y talento humano calificado, las demandas que tiene este grupo de población a través de la realización de cambios innovadores para la población en proceso de envejecimiento y para las personas mayores.

Los aspectos que la OMS considera para que una ciudad sea amigable con los mayores en la dimensión movilidad y transporte tienen que ver con: la oferta disponible, las tarifas diferenciales que favorezcan el acceso, la confiabilidad y la frecuencia de las rutas, la adaptación de los vehículos que los haga amigables, los asientos preferenciales, la actitud y solidaridad de los conductores, el estado de las paradas de los vehículos, la información clara precisa y de fácil acceso para los mayores, y la existencia de transporte comunitario destinado exclusivamente para las personas mayores en ocasiones especiales.

Estos aspectos dan información a los tomadores de decisiones acerca de cómo satisfacer las necesidades de movilidad y transporte de las personas mayores. La planeación del desarrollo de las ciudades atendiendo a las nuevas dinámicas demográficas, precisa

identificar los determinantes físicos y sociales del envejecimiento saludable; anticipar y responder de manera ágil y con flexibilidad a las necesidades vinculadas al envejecimiento; respetar las decisiones, los gustos y las preferencias relacionadas con los estilos de vida de las personas mayores; orientar sus acciones a la identificación y mitigación de las inequidades; proteger a los más vulnerables, integrar a la población general en el proceso del envejecimiento saludable; favorecer la comunicación intergeneracional y promover la inclusión en la sociedad de las personas mayores.

Entender la vejez como una construcción social implica reconocer que la edad es una dimensión fundamental de la organización social; sin embargo, no se establece una relación con los derechos y las responsabilidades que emanan de su construcción social durante cada uno de los períodos del ciclo vital (Lacub, 2001). Como lo plantea Cisternas Reyes (2018), es evidente que se confunde vejez con edadismo, cayendo así en una forma de discriminación y exclusión que limita la autonomía y el goce de los derechos de las personas mayores.

De acuerdo con esto, en Manizales hay una tensión entre los factores positivos y los factores negativos que da lugar a una interpretación que muestra que la cotidianidad de la ciudad oscila entre luces y sombras, que reconoce las fortalezas, pero llama la atención sobre las debilidades que deben priorizarse en los planes de desarrollo municipal y sectoriales, para lograr su transformación, favorecer el envejecimiento saludable y aumentar la amigabilidad de la ciudad con las personas mayores.

El proceso de categorización siguiendo el método de comparación constante también mostró la emergencia de dos categorías que se consideran transversales a todo el proceso de hacer una ciudad amigable con los mayores. Por su pertinencia y capacidad transformadora de modos de comportamiento y actitudes frente al envejecimiento y la vejez, son ellas la convivencia intergeneracional y la información, la comunicación y la educación para el bienestar.

Ambas categorías transversales priorizan el proceso de envejecimiento saludable sobre el resultado, la vejez, al mostrar que las intervenciones deben realizarse con toda la población y no solo con los mayores, como se verá a continuación.

Categorías transversales

Convivencia intergeneracional

Uno de los hallazgos clave en esta investigación es el de la incapacidad de las personas tanto jóvenes como mayores para mantener unas relaciones sanas entre ellas. A pesar del aumento creciente de la población mayor de 65 años, cada vez se aprecia menor contacto cotidiano entre los miembros de la familia, y de la sociedad en general con los mayores. Se ha ampliado la grieta que separa a las generaciones, se bloquea la comunicación espontánea y asertiva entre jóvenes y mayores y se prioriza la comunicación mediada por tecnologías a través de las redes sociales, generando la exclusión de los mayores.

Este hallazgo no es exclusivo de los pobladores de Manizales, las brechas intergeneracionales han existido siempre, sin embargo, se han acentuado ahora por la presencia masiva de dispositivos electrónicos que ocupan el lugar de la charla, aumentando la soledad de los mayores aún en presencia de otras personas. A esto se suma la creciente discriminación por la edad, especialmente de las personas mayores, conocida como edadismo (Celdrán, 2023).

El edadismo disminuye la calidad de vida, afecta negativamente la situación de salud, favorece el aislamiento social, además incrementa los costos de la prestación de servicios de salud, todos estos factores han movilizado a los organismos internacionales a actuar de manera oportuna y eficaz para profundizar el conocimiento acerca de este

problema de salud y proponer intervenciones de solución, de este modo hacerlo visible como lo que es una sigilosa pero devastadora desgracia para la sociedad.

Entre las barreras que menciona la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en su informe se encuentran la infantilización, la despersonalización y la deshumanización.

La infantilización: se refiere a un tipo de trato que hace que una persona más joven asuma una posición de superioridad al interactuar con alguien mayor, con una forma de comunicación exagerada, un lenguaje que usa de diminutivos como ancianito, abuelito, viejito entre otros, o usa calificativos posesivos como mis viejos, mis ancianos. La despersonalización: se refiere a no pensar en la singularidad de los mayores, sus necesidades y anhelos, lo que hace que se atiendan de manera uniforme, al referirse a ellos como los viejos, los ancianos, los pensionados. La deshumanización: se produce cuando se pierde la empatía en el trato con las personas mayores, no potenciando su autonomía, no respetando su privacidad, no permitiendo su participación en la toma de decisiones. Por lo tanto, el edadismo se produce cuando la edad se utiliza para categorizar y dividir a las personas, provocando daños, desventajas e injusticias. Puede adoptar muchas formas, como prejuicios, discriminación y políticas y prácticas institucionales que perpetúan creencias estereotipadas (OMS, 2021).

En esta investigación emerge como una categoría transversal que permea todas las relaciones sociales la de convivencia intergeneracional, entendida aquí como el establecimiento de una relación positiva que involucra a los diferentes miembros de la familia, la comunidad y la sociedad, de todos los grupos etarios, en un proceso de buen negocio, en el que los jóvenes ganan al aprender de la sabiduría y experiencia de los mayores, y los mayores ganan al sentirse valorados por los miembros más jóvenes de su entorno y participantes activos del devenir de la vida social.

La convivencia intergeneracional requiere de un proceso sistemático y permanente de educación, que implica la oportunidad

de compartir espacios y momentos cotidianos entre personas mayores, niños y jóvenes; este no es un proceso espontáneo y requiere de enseñanza y aprendizajes en todas las edades y en los diferentes escenarios de la vida diaria, la casa, la escuela, el barrio, y también demanda cambios de actitud y de lenguaje como lo propone la década del envejecimiento saludable, con sus cuatro ámbitos de actuación como lo plantea OMS (2020), transformar la manera en que entendemos la edad y el envejecimiento —incluyendo nuestras emociones y conductas frente a ellos—; asegurar que las comunidades potencien las capacidades de las personas mayores; brindar una atención integral y centrada en la persona, junto con servicios de salud primaria ajustados a sus necesidades; y garantizar el acceso a cuidados de largo plazo para quienes los necesiten.

En palabras de Michelle Bachelet, Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, el *edadismo perjudica a todos, personas mayores y jóvenes*. El problema es que a menudo está tan generalizado y aceptado —en nuestras actitudes y en políticas, leyes e instituciones— que ni siquiera nos damos cuenta de su efecto perjudicial para nuestra dignidad y nuestros derechos. Tenemos que luchar abiertamente contra el edadismo y entenderlo como una violación de los derechos humanos profundamente arraigada. Según los resultados de esta investigación parte relevante de la lucha contra el edadismo es hacerlo visible y diseñar políticas, planes, programas y proyectos de educación para la convivencia intergeneracional que se implementen en la cotidianidad, atendiendo a las recomendaciones del informe mundial sobre edadismo.

El informe mundial sobre edadismo de la OMS (2021), presenta tres estrategias eficaces para reducir el edadismo: las políticas y la legislación, las actividades educativas y las intervenciones de contacto intergeneracional.

Las políticas y la legislación pueden ser útiles para reducir el edadismo contra cualquier grupo de edad cuando aborden la discriminación y la desigualdad por motivos de la edad, y la legislación

relativa a los derechos humanos. “Las actividades educativas para reducir el edadismo desde la escuela primaria hasta la universidad, y en contextos educativos formales y no formales. Las intervenciones de contacto intergeneracional que tengan por objeto fomentar la interacción entre personas de distintas generaciones [...]” (OMS, 2022b, p. 10).

En este punto de la presentación de los resultados de esta investigación diagnóstica en Manizales sobre la amigabilidad con el envejecimiento y la vejez, se encuentra coincidencia entre la propuesta de los organismos internacionales como la OMS, con las categorías transversales que emergieron en el proceso de categorización; la Convivencia intergeneracional y la educación para favorecer dicha convivencia.

Información, comunicación y educación para el bienestar

Al indagar en los grupos focales, se logró evidenciar la importancia de la información adecuada y la comunicación hacia la educación para lograr procesos cognitivos que conduzcan al bienestar de la persona mayor.

A partir de lo encontrado, fue fácil concluir que existe una infodemia en diversos lugares, tanto en anuncios publicitarios físicos como en publicaciones virtuales. Sin embargo, la comunicación es pobre, no existe la cultura de conectar con el otro para cerciorarse que se logró entregar el mensaje adecuadamente mediante una buena comunicación, persiste un modelo de comunicación unidireccional que no se interesa por la reciprocidad.

El sistema de salud está bien equipado en términos de procesos concebidos para atender la enfermedad y prevenirla, tiene el engranaje desde un modelo de atención ajustado a la población colombiana con rutas de atención discriminadas para las patologías y de acuerdo con

el curso de la vida de las personas. La falla radica en los procesos de comunicación y educación para lograr cambios positivos en la población y migrar de una atención biomédica centrada en la enfermedad, a una atención centrada en la persona que incida en mejorar las condiciones de vida y el bienestar de las personas.

La atención en salud ha de estar mediada por la comunicación, transformando la información de tal forma que sea una atención educativa, centrada en una práctica de diálogo constante. Al respecto Freire (1998), refiere que la relación entre educación y comunicación se manifiestan con una creciente tendencia democratizadora que mejora las condiciones de vida de la sociedad.

Los siguientes relatos reflejan el punto de vista de algunos informantes, como se muestran a continuación:

[...] Manizales es una ciudad donde las personas son amigables, en caso de requerir información, esta puede obtenerse con facilidad, el asunto es que en los servicios públicos las personas que atienden están muy atareadas o no saben dar la información que se requiere, por ejemplo lo que se necesita es reclamar un medicamento, las personas no saben explicar donde se autoriza y como es el proceso virtual para ese trámite, simplemente dicen que es por internet, pero no se dedican a explicar con paciencia el proceso de tal manera que pueda ser entendido. (Líder Asociación de usuarios)

[...] yo pienso que se requiere educar primero a los funcionarios públicos sobre la atención al cliente y después que ellos puedan educar a los usuarios para lograr una alfabetización en los medios virtuales, así la comunicación sería más entendible. (Líder comunitario)

El momento de la historia que vivimos es contradictorio, todo es rápido y las tecnologías han evolucionado para que la vida sea mejor

para todos, en términos de aprovechar el tiempo y agilizar los trámites. Sin embargo, hay tanta prisa que se ha llegado a la desinformación; la comunicación es volátil, los niveles de estrés son cada vez mayores en las personas, así que, no es coherente con los procesos actuales. Los funcionarios públicos no tienen el suficiente tiempo para la atención por la demanda de usuarios. La tendencia mundial es a la virtualidad, pero no hay quien comunique con una mirada educativa a las poblaciones mayores, asimismo hay una obsesión en todos por aprovechar el tiempo, y este mismo se pierde desmedidamente sin que se logre enfocar en lo verdaderamente importante. A continuación, una persona mayor expuso sus vivencias respecto a la comunicación actual:

[...] ahora todo es por internet, y qué se gana la persona mayor con tener internet si no sabe manejar un computador, no sabe meterse en sus redes sociales, no sabe abrir un correo electrónico, entonces yo pienso que como ciudad necesitamos enfocar ese tema en el proceso de formación del adulto mayor. (Experto SUMA Proyección Universidad de Manizales)

[...] existen muchas cosas, programas y aplicativos para la salud, pero no existe la preparación para hacer uso de estas herramientas. Es más, yo considero que existe una alta vulnerabilidad del adulto mayor frente al uso de estos medios, porque falta mucha educación y mucha tolerancia dentro de las mismas familias, uno le pide a una persona y la respuesta es: *no, usted no entiende*, hay unos que tienen paciencia y hay otros que no tienen paciencia, y le tienen que repetir a uno, entonces es muy complicado. (Experto SUMA Proyección Universidad Autónoma de Manizales)

“[...] en algunos restaurantes que hay que escanear un código, y al ver eso que desconsuelo el que da [...]” (Experto SUMA Proyección

Universidad Católica de Manizales). Lo relacionado con esto evidencia que formamos parte de una sociedad que necesita comprender que estamos envejeciendo. Las políticas de envejecimiento saludable no son solo para las personas mayores, sino para todos los ciudadanos, ya que, a menos que ocurra un evento fortuito, todos llegaremos a ser mayores. Por ello, es fundamental contar con las mejores condiciones posibles de vida. Huenchuan (2018), en el informe de *envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, muestra que son cuatro los pilares del envejecimiento: salud, seguridad, participación, y aprendizaje a lo largo de la vida. Para que sean sostenibles, estos pilares deben ir acompañados de la intergeneracionalidad, de manera que todas las personas seamos partícipes del envejecimiento de una forma activa.

Para que se pueda cumplir la agenda, propone crear equipos de comunicación en los colectivos de mayores con personas líderes. Asimismo, propone implementar asociaciones de soportes informáticos para difundir información y comunicar en los entornos sociales y procurar así una comunicación responsable en los medios de comunicación que usan las personas mayores como son los noticieros regionales por la televisión, los anuncios en las prensas locales y los carteles informativos hasta lograr migrar a las nuevas tecnologías de la comunicación.

Esta iniciativa parece muy racional y si alcanzara su propósito lograría disminuir la brecha y mejorar las oportunidades en la población ya envejecida y en la que está envejeciendo, y se lograría una atención más inclusiva e igualitaria. Sin embargo, aún no son visibles los avances, así lo dijeron las personas mayores en los siguientes relatos:

[...] ya llegó la transformación de los medios de comunicación por medio digital, es una oportunidad para los jóvenes, pero para nosotros los mayores es un problema, la radio empezó a caer en desuso, la televisión, los noticieros también a hacerse obsoletos y solo a presentar tragedias y allí empieza a ver uno la

brecha entre la información que tienen las personas que saben manejar los medios digitales. (Formador de talento humano en salud)

[...] yo quisiera que me comunicaran por la televisión o por la emisora asuntos de interés social, cómo pedir una cita a la EPS, cómo se gestionan las pensiones, cómo hacer autorizaciones de medicamentos o que mostraran sitios para visitar, promociones de parques de recreación, formas de acceder a paseos como a La rochela, antes nos mandaban hasta las razones por emisora, pero ya no, defiéndase cada uno como pueda. (Persona mayor Club de la Salud)

[...] en el barrio Villa luz nunca ha existido herramientas de comunicación en las cuales se puedan apoyar para difundir información y se comunique actividades que se realicen en el barrio, la comunidad desconoce muchas de las situaciones que se presentan por falta de información, quedamos incomunicados y eso agrava un asunto de soledad en nosotros los viejos. (Artista plástico)

El salto que ha dado la comunicación es enorme, pero no se ha logrado impactar adecuadamente hacia lo importante, se ha dado mucha importancia a las redes sociales y se puede identificar que no se ha pensado en la persona mayor. Se sigue asociando la vejez con dependencia y se asume que debe tener alguien que le ayude que le acompañe, y no hay la cultura de la comunicación y mucho menos educación para que comprendan y sean partícipes de los derechos colectivos.

Huenchan (2018) expone que, si bien el uso de internet por parte de las personas mayores de 60 años ha aumentado en todos los países de América Latina, sus niveles siguen siendo muy bajos si se comparan con los grupos etarios de 15 a 29 años y de 30 a 59 años.

Las estadísticas relacionadas con las TIC disponibles para América Latina, muestran que el grupo etario de personas mayores es el más aislado de las tecnologías digitales, lo que da cuenta de una profunda brecha de la era digital.

En Colombia, la Gran Encuesta TIC de 2017 arrojó que el 43% de las personas mayores de 55 años no usa internet porque no sabe cómo, y el 63% se atrevería a hacerlo si le enseñaran. (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones [MinTic], 2017). Por su parte, el informe global digital de 2022 demostró que quienes más usan redes sociales como Instagram, Facebook y Facebook Messenger son personas que están en un rango de edad entre los 25 a los 34 años, que representan un 31,2 % de la audiencia total; mientras que las personas de 55 a 64 años constituyen el 5.8 % y los mayores de 65 solo el 3,3 % porque no logran conectar con estas herramientas de comunicación (We Are Social & Hootsuite, 2022).

Entre las barreras que menciona Huenchan (2018), en su informe se encuentran la falta de motivación generada a menudo por el desconocimiento sobre la manera en que estas herramientas pueden satisfacer sus necesidades cotidianas. Dificultades en el acceso a los medios digitales: que está determinado por la disponibilidad de infraestructura y variables económicas, sociales y demográficas. Además de la tecnofobia o temor al uso de la tecnología, las personas mayores también pueden enfrentar dificultades físicas y mentales a la hora de interactuar con los medios digitales, como la disminución de la capacidad visual, pérdida de memoria de corto plazo o enfermedades como la artritis que les impiden maniobrar correctamente los dispositivos (Huenchan, 2018). Vinculado a lo anterior, unos participantes expresaron lo siguiente:

[...] tengo una hija que siempre es la que me hace las diligencias en salud, o si voy a viajar ella hace las compras por internet, pero debo confesar que es una gran barrera para mí, me siento

excluida y hasta me da dolor de cabeza no entender y saber la rapidez que se requiere para hacer las cosas, porque existen unos tiempos determinados en línea. Me siento torpe e inútil. (Integrante Asociación Personas Mayores)

[...] mi hija me ha enseñado a escanear documentos con el celular tengo WhatsApp y me sé comunicar por allí, estoy tratando de hacer pagos de facturas por internet, me gusta porque tengo independencia en las acciones, pero no todos tienen una hija con tanta paciencia y amor para enseñar. (Persona mayor usuaria programa CONFA Mayor)

Lo encontrado en esta categoría pone en evidencia que las barreras de acceso a las TIC para los mayores demandan un mayor esfuerzo y dedicación de recursos humanos, y financieros de las instituciones que prestan servicios tanto desde el sector público como el privado, para fortalecer y mantener la atención presencial y con ello contribuir a disminuir el atropello tecnológico al que se exponen las personas mayores.

Categoría final

Manizales ciudad amigable con la persona mayor: entre luces y sombras

La permanente tensión entre las fortalezas y debilidades presentes en Manizales frente al proceso de envejecimiento y la vejez y su preparación para ser amigable es el principal hallazgo de esta investigación. Es el reconocimiento de las potencialidades que tiene la ciudad, de sus avances en infraestructura y servicios de fácil acceso para todos los ciudadanos, pero es también una oportunidad para minimizar los obstáculos identificados y proyectar los cambios

necesarios para hacer de Manizales una ciudad amigable con el envejecimiento y la vejez, que no es otra cosa que convertirse en un lugar mejor para todos sus habitantes.

De acuerdo con Ignacio Apella, economista experto en protección social del Banco Mundial (2021), el envejecimiento de la población no es algo malo, sino todo lo contrario. La gente vive más y las familias están teniendo una mejor planificación familiar. El problema es que las instituciones actuales no están diseñadas para este contexto demográfico. Esta postura coincide con los resultados de esa investigación en Manizales, donde a pesar de las bondades que tienen el entorno físico y el entorno social para el proceso de envejecimiento y la vejez, es evidente que aún falta preparación para atender las nuevas demandas generadas por la población mayor de 65 años. Esta falta de preparación se evidencia en todas las dimensiones consideradas por la OMS como características de una ciudad amigable con los mayores, que se sintetizan en los sistemas de salud, el sistema de pensiones, el mercado laboral y el sistema educativo y con mayor relevancia los sistemas de cuidado que prácticamente son inexistentes en la región, según lo plantea Apella.

Acerca del cuidado el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en informe de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2015), muestra que el rápido envejecimiento de la población, unido al aumento de enfermedades crónicas, va a incrementar el número de adultos mayores con dependencia funcional. Para 2050, se espera que un 25% de la población de la región tenga más de 60 años, y la población dependiente de cuidados se triplique, pasando de los 8 millones actuales, a unos 27 millones. Aparece aquí el primer contraste que pone la amabilidad de Manizales con los mayores entre luces y sombras, si bien es muy bueno el incremento en la esperanza de vida y lo que esto conlleva, se ensombrece el panorama ante la pregunta por el cuidado de los mayores dependientes que cada vez serán más, ¿cómo, y dónde se cuidará de estas personas? y ¿quién será el responsable del cuidado? Además, como lo plantea el BID, la respuesta en América

Latina es la misma que en Colombia y particularmente en Manizales, las responsabilidades de cuidado suelen estar principalmente en manos de las mujeres, sin importar su nivel de ingresos o educación.

Una manera de comprender el contraste permanente entre las luces y las sombras de la amigabilidad se sustenta en la teoría de la Paz Imperfecta, definida como:

Aquellas situaciones en las que conseguimos el máximo de paz posible de acuerdo con las condiciones sociales y personales de partida. En este sentido podríamos agrupar bajo esta denominación todas estas experiencias y espacios familia, escuela, trabajo, relaciones sociales, cultura, economía, entre otras, en los que los conflictos se regulan pacíficamente, es decir en los que las personas y/o grupos humanos optan por facilitar la satisfacción de las necesidades de los otros. La llamamos imperfecta porque, a pesar de gestionarse pacíficamente las controversias, convive con los conflictos y algunas formas de violencia. (Enciclopedia de Paz y Conflictos, 2004 citado en Telleschi, 2017, p. 47)

Es en esta coexistencia entre el conflicto y la paz, como expresiones propias de la humanidad que también se entiende la tensión entre lo que hay y lo que falta para garantizar la amigabilidad de la ciudad con el envejecimiento y la vejez. La paz como elemento constitutivo de las realidades sociales es inmanente a la humanidad, así solo se haya convertido en objeto de estudio en la segunda posguerra, y de acuerdo con Muñoz y López (2000), parece que el concepto de paz ha surgido en estrecha relación con el de guerra, dado que ambos aparecen casi simultáneamente; en términos conceptuales, cuando no hay guerra, tampoco puede hablarse propiamente de paz.

En esta propuesta de la teoría de la paz imperfecta, llama la atención la coexistencia de dos conceptos y realidades tan opuestos como interdependientes, es lo que emergió como categoría final en

la investigación realizada en Manizales. La coexistencia de la luz, representada por las múltiples cosas que favorecen la amigabilidad de la ciudad con el envejecimiento y la vejez, ligadas a las también a la sombra, representada en las múltiples cosas que entorpecen ese proceso de ser amigable, tanto desde los factores objetivos de la infraestructura de la ciudad, según su topografía, como desde los aspectos subjetivos relacionados con los servicios ofrecidos para las personas mayores y la ciudadanía en general, y la forma como son percibidos por los habitantes de la ciudad.

Se identifican así otros contrastes, luces y sombras, vinculadas a las diferentes dimensiones que la OMS determina como condiciones de amigabilidad.

En cuanto a la participación social, durante la vejez se constituye en un medio que potencia el bienestar mental, propicia la satisfacción consigo mismo y fortalece la autoestima, y desde el componente físico promueve una mayor independencia para la ejecución de las actividades de la vida diaria, disminuyendo el riesgo de dependencia para estas tareas; y si bien en nuestro contexto se promueven actividades que implican la participación de la población mayor, aún no son suficientes, pues se hace necesario generar un abanico más amplio de alternativas. Para ello, es imperativo incentivar a la persona mayor al desarrollo de su libertad de agencia que le permita involucrarse en la exploración de esas posibilidades de interacción social que deben emerger de sus expectativas, intereses, creencias, basándose en la libre agencia, es decir, en la convicción de que ocupa un lugar protagónico en la sociedad y que, es llamado a asumir un papel activo en beneficio propio, del grupo etario y entretejer nuevas formas de ser, de ver y de vivenciar la participación como camino hacia su empoderamiento y desarrollo de sí mismos y el fortalecimiento de su desarrollo.

En general, en las diferentes sociedades y culturas el respeto hacia la persona mayor y su inclusión en la vida cotidiana han sido una tendencia que ha llevado a resaltar su experiencia, su sabiduría y fuente de conocimientos; no obstante, esta valoración no ha sido la

constante en todos los grupos sociales, llevando incluso en algunos casos a invisibilizarlo como sujeto de derechos y de posibilidades, de interacción y de aprendizajes compartidos que pueden construir una sociedad digna, que favorezca la vinculación de todos sin importar su rango de edad en la toma de decisiones a nivel familiar, social y político, que conduzca a que la persona mayor pueda vivir en su comunidad y no solo sobrevivir (Czaja & Sharia, 2012).

El respeto y la inclusión social se pueden definir como las actitudes, comportamientos y las señales o mensajes que son emitidos por otras personas, por las comunidades y sociedades en general según sus contextos, idiosincrasia y cultura hacia las personas mayores.

Como se ha mencionado, una ciudad amigable con las personas mayores es aquella donde las condiciones están dadas para que ellas tengan una buena calidad de vida y bienestar. Siguiendo a Sen (2000), el bienestar, sería un conjunto de realizaciones y logros, que los individuos obtienen y valoran. Las realizaciones dependen de las capacidades, innatas o adquiridas, que las personas tengan, y de las oportunidades que el contexto le brinda para que esas capacidades se puedan desarrollar. De modo que para hablar de bienestar se requiere hablar de por lo menos tres elementos, las capacidades, las oportunidades y las realizaciones.

En el plano de la participación cívica y el empleo en los mayores, estos tres elementos evidencian una dualidad entre las capacidades y las oportunidades, que conduce irremediablemente a que las realizaciones y el bienestar de un grupo importante de esta población no alcancen su potencial. Es positivo el reconocimiento que se tiene por parte de la sociedad de las capacidades con las que cuentan los mayores, su experiencia los ha llevado a acumular conocimientos y destrezas que pocos discuten; no obstante, la parte negativa, es que son pocas las oportunidades que el mercado laboral les brinda. No solo no pueden desarrollar sus capacidades, sino que sufren de inseguridad económica al no poder conseguir los recursos suficientes para vivir

dignamente. Se encuentra en Manizales que las personas mayores tienen capacidades, pero sin oportunidades.

El fenómeno del edadismo en el ámbito laboral ha sido identificado como el responsable de esta situación. El informe mundial sobre edadismo identifica seis estereotipos frecuentes, que han llevado a que se cierren las puertas del empleo para los mayores: las personas mayores son poco competentes e improductivas, están desmotivadas, son reacias al cambio, son más difíciles de capacitar e incapaces de aprender, son poco flexibles e incompetentes tecnológicamente (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2022).

Estos estereotipos están muy presentes en la ciudad de Manizales, como se hizo evidente en los testimonios que se documentaron en las categorías emergentes. Es allí donde se debe trabajar si se quiere ser una ciudad inclusiva y de oportunidades para las personas mayores, una ciudad donde puedan desarrollar todas sus capacidades es una ciudad donde podrán tener un mayor bienestar.

La dimensión vivienda para las personas mayores no escapa a la dualidad entre luces y sombras, que no es más que la tensión entre lo ético y lo jurídico. Es claro que el derecho a la vivienda digna de los adultos mayores en Manizales no está garantizado.

[...] que todas las nuevas construcciones residenciales públicas y privadas estén sujetas al requisito de diseño universal y lo cumplan, y que puedan ser fácilmente reformadas para incluir cualquier adaptación que satisfaga las necesidades de las personas de edad y otras personas con necesidades especiales.
(Vicente Echevarría, 2024, p. 13)

Estos llamados de los organismos multilaterales para que los Estados garanticen el derecho a una vivienda digna para las personas mayores suelen chocar con los intereses e incentivos económicos de los actores que participan en el mercado inmobiliario. La gran mayoría de vivienda nueva es edificada por empresas constructoras privadas

que están buscando la mayor ganancia posible, cuando estudian la población a quienes les venderá las viviendas se encuentran que en su mayoría son personas jóvenes que recién han formado sus hogares y tienen hijos de corta edad o no tienen, por lo que los espacios requeridos son de menores dimensiones; a esto se suma que cuando este segmento compra la vivienda piensa en sus necesidades presentes no en las del futuro cuando lleguen a una edad mayor. Para esta población joven se construye la vivienda nueva, no se está considerando a la población mayor, pues se considera que ya tienen vivienda y quienes no la tienen carecen de los recursos financieros para acceder a ellos, por tanto, no son las personas mayores el segmento al que se dirigen los constructores, no es allí donde están las ganancias.

Si bien la tensión entre luces y sombras es permanente, es en la dimensión relacionada con la comunicación donde es más evidente y relevante para hacer de la ciudad un entorno amigable con la edad. Los cambios de las personas mayores en relación con la comunicación y el acceso a servicios sociales y de salud prestados tanto por el sector público como por el sector privado, son un buen ejemplo; los trámites en salud no logran adaptarse a las necesidades de este grupo poblacional, lo que resulta en una atención desarticulada. No existe un punto de contacto entre los servicios, la mayoría de los cuales se gestionan de manera digital, mientras que la demanda de estos servicios por parte de las personas mayores sigue siendo, en su mayoría, física y presencial. Esto genera un conflicto constante, cuyos efectos son el detrimento del bienestar de este grupo.

Más allá de informar y comunicar, las formas actuales de participación ciudadana requieren educar enfatizando en la necesidad de alcanzar la empatía suficiente para la comprensión de las personas mayores, con el lenguaje adecuado, porque es evidente la ruptura entre el emisor, el mensaje y el receptor. La comunicación que fomenta la amabilidad ha de ser aquella que reconozca en la persona el eslabón más importante en la cadena de la comunicación y en la reciprocidad la base de una comunicación efectiva que supere la sensación de

desesperanza y frustración actual en cuanto el acceso y uso de los sistemas de salud y los servicios comunitarios; sin embargo, la persona mayor valora positivamente la atención en salud a pesar de las barreras en la comunicación.

CONCLUSIONES



Manizales es la ciudad con el índice de envejecimiento más alto del país, dado el comportamiento de las variables natalidad y esperanza de vida y la recepción de migrantes internos y externos que eligen la ciudad como el lugar para pasar los últimos años de su vida, porque es una ciudad agradable y las personas son amigables. Sin embargo, en términos de urbanización las construcciones no se hacen pensando en el envejecimiento y la vejez, se prefieren ambientes pequeños sin las condiciones de bioseguridad y accesibilidad tanto en espacios públicos como privados.

Sociodemográficamente los residentes habituales de Manizales han alcanzado el nivel de escolaridad primaria y secundaria, pocos alcanzan la educación superior. En las generaciones actuales es más frecuente encontrar niveles de educación superior. La principal actividad económica de las personas mayores es la de pensionado, en tanto que para los menores de 65 años es trabajar. No obstante, hay una alta proporción de personas mayores que deben trabajar para subsistir, y la mayoría lo hacen en la informalidad. Resulta positivo para el bienestar de la población el alto nivel de cobertura en la afiliación al sistema de salud, independientemente de la edad. No obstante, el régimen de afiliación varía: en las personas de 65 años y más, se incrementa la cobertura en el régimen subsidiado. Esta afiliación contribuye a la resolución de problemas de salud, especialmente de enfermedades crónicas, ya que las personas mayores reportan el doble

de casos en comparación con quienes tienen menos de 65 años. Pese a la alta presencia de enfermedades crónicas, la percepción sobre el estado de salud muestra que solo una de cada diez personas de 65 años y más perciben como malo o muy malo su estado de salud.

Los espacios al aire libre como parques no son espacios adaptados para las personas mayores, están siendo usados por jóvenes y niños y para pasear mascotas sin que los responsables de ellas tengan prácticas de cuidado que no interfieran con el bienestar de todos los usuarios de estos espacios.

El entorno físico de la ciudad presenta carencias que son percibidas como barreras para el envejecimiento saludable y la amigabilidad con las personas mayores relacionadas con la topografía, el estado de las vías peatonales y vehiculares, el acceso a edificios y espacios públicos sin adaptaciones locativas que garanticen una movilidad segura, las características de los vehículos de transporte público no adaptado, la frecuencia de las rutas y el estado de las paradas de estos vehículos. Pareciera existir una adaptación a medias, se cuenta con algunos avances hechos a raíz del trabajo con personas con movilidad restringida, pero las acciones no se han extendido lo suficiente como para cubrir las necesidades de los mayores.

La capacidad autónoma de las personas mayores para participar en actividades sociales, comunitarias y voluntariados se ve restringida, debido tanto a la escasa oferta de escenarios y eventos como a la falta de difusión masiva de lo existente.

La percepción de los residentes habituales de Manizales acerca de la amigabilidad del entorno físico relacionada con el acceso a servicios públicos y sociales mediados por tecnologías de la información y la comunicación se constituye en barreras difíciles de superar para las personas mayores.

El entorno social muestra que hay un contexto que respeta y hace que la persona mayor se sienta incluida en su comunidad, no parece existir el edadismo, este contexto contribuye a que las personas sientan que están informadas sobre los servicios de salud y sociales de

la comunidad y pueden recibirlas en su domicilio de ser necesarios. Sin embargo, las personas mayores participan poco en las diferentes actividades políticas, culturales y sociales, pero esto no es exclusivo de los mayores, también se presenta esta baja participación en los menores de 65 años, pareciera una conducta aprendida que se extiende con los años.

Se perciben serias dificultades por parte de la sociedad para informar y comunicar adecuadamente a las personas mayores, sobre todo en el área de la salud, acerca de los procesos y procedimientos pertinentes, instaurando un miedo colectivo, que puede llevar hasta la soledad y el aislamiento. El personal de salud no está capacitado para brindar un acompañamiento continuo a las personas mayores, de tal forma que facilite los procesos de información, comunicación y educación en la atención en salud y el uso de plataformas digitales.

Para la población de residentes habituales de Manizales, la amigabilidad de la ciudad con el envejecimiento y la vejez se comprende como una permanente tensión entre los logros y las carencias que ofrece la ciudad. En cada una de las dimensiones de amigabilidad destacan los avances que iluminan el desarrollo de la ciudad y favorecen el bienestar de sus ciudadanos, pero estos contrastan con las sombras derivadas de las carencias que demandan intervención social, de infraestructura y de educación.

Las sombras identificadas en el diagnóstico de amigabilidad de Manizales con el envejecimiento y la vejez se constituyen en oportunidades de desarrollo para el bienestar de la población general, recordando que una ciudad amigable con los mayores es un mejor lugar para todos.

RECOMENDACIONES



Para los tomadores de decisiones

- a. Incluir el proceso de hacer de Manizales una ciudad amigable con el envejecimiento y la vejez en los planes de desarrollo tanto sectoriales como municipales, en el mediano plazo.
- b. Buscar alternativas de trabajo colaborativo intersectorial con la población mayor y con su comunidad, por medio de diferentes canales de información y comunicación que permitan a los ciudadanos conocer, participar e involucrarse en el desarrollo personal y social de su comunidad, y su ciudad.
- c. Establecer estrategias como el diseño e implementación de actividades que fomenten la participación de las personas mayores según sus preferencias, capacidades, habilidades e intereses.
- d. Conformar redes de apoyo para que la población mayor cuente con acompañamiento especial en lo concerniente a trámites de salud para mejorar la accesibilidad física y a la información.
- e. Divulgar de forma amplia y clara la oferta cultural que la ciudad tiene para todos los ciudadanos y en especial para las personas mayores.
- f. Institucionalizar con los medios de comunicación de mayor cobertura, espacios exclusivos para informar y formar, con el liderazgo de personas e instituciones de la mesa de trabajo de ciudad, por el envejecimiento saludable y una vejez digna y satisfactoria.

- g. Planear estrategias para favorecer la economía plateada con el apoyo de las instituciones de los sectores estatal y privado, expertas en el tema.
- h. Conocer y adaptar las políticas de digitalización de acuerdo con el conocimiento de las necesidades y demandas reales de las personas mayores, en las circunstancias de la vida cotidiana y promover la alfabetización digital, con la finalidad de garantizar el uso eficiente de las TIC por parte de las personas que desarrollen las competencias necesarias.
- i. Ofrecer atención cara a cara a las personas mayores que, a pesar de los procesos de información, comunicación y alfabetización digital, no logren desarrollar las competencias necesarias para el uso de las TIC, o prefieran el contacto con personas de los servicios comunitarios y de salud.
- j. Garantizar la atención por personal con capacidad técnico-científica especializada a las personas mayores que requieren acceder a los servicios públicos y comunitarios.
- k. Diseñar los planes de ordenamiento territorial desde la premisa que cada día se envejece, por lo tanto, se requiere educación a los diseñadores y tomadores de decisiones sobre estos planes y la adaptación del entorno físico a las demandas del envejecimiento saludable.

Para la academia

- a. Generar procesos permanentes de educación formal y no formal en envejecimiento saludable en todos los niveles y en todos los escenarios de la vida cotidiana dirigidos a la ciudadanía en general.
- b. Incorporar en los planes de prácticas formativas de todos los estudiantes de pregrado del sistema universitario de Manizales, SUMA, el componente de envejecimiento saludable.

- c. Convertir el proceso de envejecimiento y vejez y la minimización de los factores de exclusión por la edad, en objeto de estudio de los grupos de investigación del sistema universitario de Manizales, SUMA.

Para la ciudadanía en general

- a. Generar procesos de veeduría ciudadana acerca de la preparación para el retiro de la vida laboral en el sector formal de la economía.
- b. Establecer diálogos entre el estado, la sociedad civil, la población mayor y las nuevas generaciones relacionadas con las estrategias, acciones y actividades que contribuyan de forma colaborativa al respeto y la inclusión social de la población mayor.

Para las personas mayores

- a. Hacer seguimiento a la implementación de la política de envejecimiento y vejez en todos los escenarios de la vida cotidiana para todos los ciudadanos en todas las edades.
- b. Convertirse en agentes de su bienestar mediante la participación en actividades, sociales, culturales y políticas en su entorno comunitario.
- c. Solicitar información oportuna y pertinente acerca de economía plateada para usar su capital en la satisfacción de sus gustos y preferencias y realizar inversiones que respondan a sus intereses y necesidades.

Con el fin de fortalecer la claridad conceptual y la aplicabilidad de las recomendaciones, se realizó una articulación explícita entre cada una de ellas y las dimensiones del Marco de Ciudades Amigables con las Personas Mayores de la OMS. Esta síntesis permite visualizar cómo las acciones propuestas contribuyen al avance de la ciudad en aspectos

como participación social, inclusión, comunicación, movilidad, servicios comunitarios y adaptación del entorno físico. Asimismo, facilita a los tomadores de decisiones identificar las áreas estratégicas que requieren priorización para promover un envejecimiento saludable y entornos más equitativos para todas las edades. Ver tabla 7 comparativa de recomendaciones

Recomendación	Dimensión relacionada
Divulgación clara de la oferta cultural	Comunicación e información / Participación social
Espacios exclusivos en medios de comunicación	Comunicación e información
Estrategias para favorecer la economía plateada	Participación cívica y empleo
Políticas de digitalización adaptadas	Comunicación e información
Atención presencial para quienes no usan TIC	Comunicación e información / Servicios comunitarios y de salud
Atención por personal especializado	Servicios comunitarios y de salud
Planes de ordenamiento territorial con enfoque de envejecimiento	Espacios al aire libre y edificios / Vivienda
Educación formal y no formal en envejecimiento saludable	Respeto e inclusión social / Comunicación e información
Prácticas formativas universitarias en envejecimiento	Participación cívica y empleo
Investigación en envejecimiento y vejez	Participación cívica y empleo
Veeduría ciudadana en preparación para el retiro	Participación cívica y empleo
Diálogos intergeneracionales	Respeto e inclusión social
Seguimiento a la política de envejecimiento	Participación cívica y empleo
Participación en actividades sociales, culturales y políticas	Participación social / Participación cívica y empleo
Solicitar información sobre economía plateada	Comunicación e información / Participación cívica y empleo

Nota. Elaborada por el equipo de investigación.

Esta articulación muestra que las recomendaciones planteadas no solo responden a las percepciones y necesidades identificadas por la ciudadanía, sino que también se encuentran alineadas con los estándares internacionales para la construcción de ciudades amigables. Esto permite orientar los esfuerzos locales hacia intervenciones estratégicas con impacto directo en la calidad de vida de las personas mayores y en la consolidación de Manizales como un territorio preparado para el envejecimiento poblacional.

- Alcaldía de Manizales. (2023). *Manizales cómo vamos*. <https://manizalescomovamos.org/>
- Asociación Española de Gerontología y Geriatría. (2004, 3 de junio). *Envejecimiento activo en el siglo 21: construyendo puentes entre la investigación y la práctica* [Sesión de conferencias]. XVIII Congreso Nacional de Gerontología y Geriatría, Río de Janeiro, Brasil. <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=205>
- Alcaldía de Manizales. (2023). *Manizales cómo vamos*. <https://manizalescomovamos.org/>
- Asociación Española de Gerontología y Geriatría. (2004, 3 de junio). *Envejecimiento activo en el siglo 21: construyendo puentes entre la investigación y la práctica* [Sesión de conferencias]. XVIII Congreso Nacional de Gerontología y Geriatría, Río de Janeiro, Brasil. <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=205>
- Araníbar, P., Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), & Fondo de Población de las Naciones Unidas

- (UNFPA). (2001, diciembre). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina (Serie Población y Desarrollo No. 20). <https://hdl.handle.net/11362/7157>
- Arcos, E., Miranda, R., Bailey, C., & Sánchez Segura, X. (2022). Percepción del territorio y su relación con la salud y el bienestar de adultos mayores en Chile. *Salud(i)Ciencia*, 25(1), 39-46. <https://dx.doi.org/10.21840/siic/167454>
- Banco Mundial. (2021, 21 de julio). ¿Cómo envejecer bien en Latinoamérica? <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2021/07/21/c-mo-envejecer-bien-en-latinoam-rica>
- Barrera Escobar, A., & Aristizábal Tamayo, J. M. (2022). Demografía de Manizales: dinámica poblacional en el siglo XXI. Fondo Editorial Universidad de Manizales.
- Bello, W. (2013). Vulnerabilidad sociodemográfica de las personas de la tercera edad. Estudio de caso: Centro Histórico La Habana. *Cuadernos Geográficos*, 52(1), 153-177. <https://revistaseug.ugr.es/index.php/cuadgeo/article/view/930>
- Carrey N. (2010). The two Ericksons: Forgotten concepts and what constitutes an appropriate professional knowledge base in psychiatry. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 19(4), 248. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2962535/>
- Celdrán, M. (2023). Glosario sobre edadismo. Fundación La Caixa. Programa para personas mayores. https://fundacionlacaixa.org/documents/234043/559603/glosario_edadismo.pdf

Creswell, J. W., & Plano Clark V. L. (2018). Designing and conducting mixed methods research. SAGE.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2015). Proyecciones de población. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/1558de00-9555-49d7-a63e-2b1acf0e81e/content>

Cisternas Reyes, M. S. (2018). Inclusión social, económica y política de las personas mayores. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. <https://www.cepal.org/es/enfoques/inclusion-social-economica-politica-personas-mayores>

Condeza, A. R., Bastías, G., Valdivia, G., Cheix, C., Barrios, R., Gálvez, M., & Fernández, F. (2016). Adultos mayores en Chile: descripción de sus necesidades en comunicación preventiva en salud. Cuadernos.info, (38), 85-104. <https://dx.doi.org/10.7764/cdi.38.964>

Corte Constitucional de Colombia. (2017). Sentencia T-198/17. Magistrado Ponente: Aquiles Arrieta Gómez. <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2017/T-198-17.htm>

Cortina, A. (1997). Ciudadanos del mundo: hacia una teoría de la ciudadanía (3.ª ed.). Alianza Editorial.

Cortina, A. (2011). Ciudadanía democrática: ética, política y religión. XIX Conferencias Aranguren. Isegoría, (44), 13-55. <https://doi.org/10.3989/isegoria.2011.i44.718>

Cortina, A. (s.f.). Los valores éticos como clave para la transformación social [Sesión de conferencia]. Diputación de Barcelona,

- España. <https://www.diba.cat/documents/14465/17878/benestar-descarga-eticaacortina-pdf.pdf>
- Czaja, S. J., & Sharit, J. (2012). Designing training programs for older adults. En P. Zaphiris y C. Stephanidis (Eds.), *Handbook of research on user interface design and evaluation for mobile technology* (pp. 388-402). IGI Global.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2018). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Proyecciones demográficas a 2024 y 2050. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2022). Presentación: características generales de la población adulta mayor en Colombia. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/adulto-mayor/presentacion-caracteristicas-generales-adulto-mayor-2021.pdf>
- Duque, E. (2023). Manizales: una ciudad de laderas y paisajes del trópico andino [Presentación de PowerPoint]. Universidad Nacional de Colombia. https://www.researchgate.net/publication/375888963_Manizales_una_ciudad_de_laderas_y_paisajes_del_tropico_andino
- Fernández, P. & Velas J. (2014). Manual para la implantación del proyecto “ciudades amigables con las personas mayores” en tu comunidad. Bizkaia.
- Freire, P. (1998). Extensión y Comunicación. Siglo XXI Editores.

Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA, & DANE. (2023). Misión Colombia envejece: una investigación viva. <https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2023/11/MCE-00-1-Completo-Octubre12-2023.pdf>

García-Valdez, M. T., Sánchez-González, D., & Román-Pérez, R. (2019). Envejecimiento y estrategias de adaptación a los entornos urbanos desde la gerontología ambiental. *Estudios demográficos y urbanos*, 34(1), 101-128. <https://doi.org/10.24201/edu.v34i1.1810>

Giai, M. (2015). Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 67-76. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100007&lng=es&tlang=es

Glaser, B. & Strauss A. (1967). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Aldine de Gruyter. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=915865>

Gómez González, A., Durá Gil, J. V., Solaz Sanahuja, J. S., Poveda Puente, R., Signes Pérez, E., López Pascual, J., Palomares Olivares, N., & Encarnación Martínez, A. (2010). Transporte y personas mayores. Hábitos de compra y problemas de uso. *Revista de Biomecánica*, (54), 45-48. <https://www.ibv.org/publicaciones/revista-de-biomecanica/revista-de-biomecanica-54-julio-2010/>

Hargittai, E. (2002). Second-level digital divide: Differences in people's online skills. *First Monday*, 7(4). <https://firstmonday.org/ojs/index.php/fm/article/view/942>

Huenchuan, S. (Ed.). (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el desarrollo sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/431e4d95-46d9-4de6-a0a6-d41b1cb7d0b9/content>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2008). La participación social de las personas mayores. Colección Estudios Serie Personas Mayores. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/abay-participacion-01.pdf>

Jin, K. Simpkins, J.W., Ji, X., Leis, M., & Stambler, I. (2015). The critical need to promote research of aging and aging-related diseases to improve health and longevity of the elderly population. *Aging Dis*, 6(1), 1-5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4306469/>

Jirón, P., & Imilán, W. (2019). Moviendo los estudios urbanos. La movilidad como objeto de estudio o como enfoque para comprender la ciudad contemporánea. *Quid*, 16(10), 17-36. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/153116>

Kushlev, K., Drummond, D. M., & Diener, E. (2020). Subjective well-being and Health behaviors in 2.5 million Americans. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(1), 166-187. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31482675/>

Lebrusán, I. (2022). Personas mayores en situación de riesgo residencial extremo en España: un diagnóstico regional. *EURE*, 48(145), 1-24. <https://dx.doi.org/10.7764/eure.48.145.09>

- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud y Protección social de Colombia (MinSalud). (2022). Decreto 681 de 2022. Por medio del cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031. Presidencia de la República de Colombia. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20681%20de%202022.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MinSalud). (2024). Análisis de situación de salud (ASIS) departamental y municipal. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/paginas/analisis-de-situacion-de-salud.aspx>
- Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de Colombia (MinTic). (2017). Aspectos básicos de la industria 4.0. <https://colombiatic.mintic.gov.co/679/w3-article-74002.html>
- Muñoz, F., & López, M. (Eds.) (2000). *La paz y los conflictos: historia de la paz*. Universidad de Granada.
- Naciones Unidas. (2002). Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). (s.f.). El derecho a una vivienda adecuada. <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-housing/human-right-adequate-housing>

Organización de las Naciones Unidas-Hábitat (ONU-Hábitat). (2019, abril). Elementos de una vivienda adecuada. <https://onu-habitat.org/index.php/elementos-de-una-vivienda-adecuada>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2018). La agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). About the global network for age-friendly cities and communities. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-network/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002a). Envejecimiento saludable: un marco político. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. Revista Especializada Geriatría- Gerontología, 37(S2), 74-105 <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13035694>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002b). Declaración política y plan de acción internacional en Madrid sobre el envejecimiento. Cambios demográficos y epidemiológicos. El envejecimiento de la población. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid, España, 8 a 12 de abril

- de 2002. Naciones Unidas. http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). Ciudades globales amigables con los mayores: una guía. <https://www.paho.org/es/documentos/ciudades-globales-amigables-con-mayores-guia>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015a). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS. Ginebra. OMS. <https://www.who.int/es/publications/item/9789241565042>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015b). Medición del grado de adaptación de las ciudades a las personas mayores: guía para el uso de los indicadores básicos. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/203832/9789243509693_spain.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Década del envejecimiento saludable 2020-2030. Naciones Unidas. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28&download=true
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). El edadismo es un problema mundial - Naciones Unidas. <https://www.who.int/es/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022a). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022b). Voz, agencia, empoderamiento - Manual sobre la participación social

- para la cobertura sanitaria universal. <https://iris.who.int/handle/10665/364214>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). Informe mundial sobre el edadismo. <https://doi.org/10.37774/9789275324455>
- Roter, D. (2001). La comunicación con los adultos mayores en el contexto médico. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36(S3), 16-17. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13019035>
- Sander, M., Oxlund, B., Jespersen, A., Krasnik, A., Mortensen, E. L., Johannes Westendorp, R. G., & Rasmussen, L. J. (2015) The challenges of human population ageing. *Age Ageing*, 44(2), 185-187. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25452294/>
- Saraiva Aguiar, R., & Salmazo da Silva, H. (2022). Calidad de la atención a la salud de las personas mayores en la atención primaria: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 21(65), 545-589. <https://doi.org/10.6018/eglobal.444591>
- Sen, A. (2000). Desarrollo y libertad. Editorial Planeta.
- Sharkiya, S. H. (2023). Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Serv Res*, 23, Artículo 886. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09869-8>
- Telleschi, T. (2017). La teoría Paz Imperfecta desde un diferente punto de vista: luces y sombras. *Revista CoPaLa*, (4), 71-88. <https://www.redalyc.org/pdf/6681/668170991007.pdf>

United Nations. (2022). World population prospects 2022. Summary of results. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf

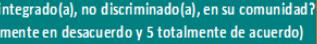
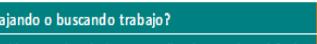
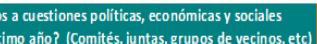
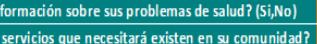
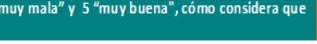
Valenzuela, M. T., Rodríguez, C., Pérez, I., Sarmiento, L., & San Martín, P. (2021). Intervención multidimensional preventiva de dependencia de personas mayores del centro integral para el envejecimiento feliz. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(4), 466-473. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.03.008>

Vicente Echevarría, I. (2024). Ámbito temático 5. Recomendaciones para los procesos de desinstitucionalización y el desarrollo de alternativas de vida elegida en comunidad. Personas mayores. Universidad Carlos III de Madrid.

We Are Social & Hootsuite. (2022). Informe anual sobre las redes sociales y tendencias digitales. <https://wearesocial.com/es/blog/2022/01/digital-report-2022-el-informe-sobre-las-tendencias-digitales-redes-sociales-y-mobile/>

Anexo. Encuesta de amigabilidad

Encuesta		Reporte de Adaptación de la Ciudad a las Personas Mayores	
¿Usted está de acuerdo con que la información que me va a compartir sea registrada en este dispositivo, celular y pueda tomar algunas fotos de nuestra conversación?		 Manizales Ciudad Amigable con las personas mayores	
Entrevistado:		Barrio de residencia:	
Comuna:		Estrato vivienda:	
Sexo:		Edad:	
Escolaridad:		Ocupación:	
Afilación Salud:	Nº de personas con que vive:		
Con quién vive:	Solo: Pareja: Hijos:	Otros parientes: Otros no parientes:	
A su juicio, su estado actual de salud es:		Fuente de ingresos 1:	Fuente de ingresos 2:
Sus ingresos mensuales aproximados:			
Padece de Enfermedades crónicas:	Cuales?		
Padece de discapacidad:	Tipo: Otra, Cuál?		
1- Usted cree que en su barrio es muy fácil o muy difícil movilizarse si requiere silla de ruedas, muletas o bastón. En una escala de 1 a 5, donde 1 es muy difícil y 5 muy fácil			
2- Los espacios y edificios públicos de su comunidad son de fácil acceso para todas las personas, incluidas los adultos mayores y personas que tienen limitaciones de movilidad, visión o audición. En una escala de 1 a 5, donde 1 es muy difícil y 5 muy fácil			
3- Los vehículos de transporte público (taxis, colectivos, buses y otros) están adaptados para que todas las personas lo usen, incluidos los adultos mayores y personas que tienen limitaciones de movilidad, visión o audición. En una escala de 1 a 5, donde 1 nada adaptado y 5 muy adaptado			
4- Las paradas de transporte público son accesibles (le quedan cerca, son seguras)? (Sí, No)			
5a- Aproximadamente a cuánto ascienden los gastos totales del hogar en un mes?			
5b- Aproximadamente a cuánto ascienden los gastos en vivienda en un mes? (incluye arriendo, pago servicios, pago de préstamos, impuestos, reparaciones)			
6- Se siente respetado(a) y socialmente integrado(a), no discriminado(a), en su comunidad? (en una escala de 1 a 5, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo)			

6- Se siente respetado(a) y socialmente integrado(a), no discriminado(a), en su comunidad? (en una escala de 1 a 5, dónde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo)	
7- Ha participado en actividades voluntarias en el último mes, al menos en una ocasión? (Sí, No)	
Si. En qué actividad(es)?	
8a- Participa en el mercado laboral trabajando o buscando trabajo?	
8b- Si trabaja, cuál es su nivel de satisfacción con el trabajo que realiza (1 muy insatisfecho, 5 muy satisfecho)	
9. Ha participado en actividades socioculturales, al menos una vez en el último mes? (Sí, No)	
Si. En qué actividades?	
10a- Ha participado en procesos relativos a cuestiones políticas, económicas y sociales importantes para la comunidad en el último año? (Comités, juntas, grupos de vecinos, etc)	
Si. En qué proceso(s)?	
10b- Voto en las últimas elecciones de octubre de 2019? (Sí, No)	
11a- Sabe a quién llamar si necesitará información sobre sus problemas de salud? (Sí, No)	
11b- Sabe qué servicios de salud y otros servicios que necesitará existen en su comunidad? (Sí, No)	
12- Cuando ha necesitado atención en salud u otros servicios de asistencia profesional, en su casa o barrio, ha podido acceder a ellos? (Sí, No)	
13- Los ingresos fueron suficientes para satisfacer sus necesidades básicas en el último año? (Sí, No)	
14- En una escala de 1 a 5, dónde 1 es "muy mala" y 5 "muy buena", cómo considera que es su calidad de vida	
15- En una escala de 1 a 5, dónde 1 es "Nada Feliz" y 5 "Totalmente Feliz", qué tan feliz se siente	

Acta N°. 095 de 2020. Comité de bioética. Unidad de . Investigación . Vicerrectoría académica, UAM

Este libro se publicó en el mes de
diciembre de 2025.

Manizales, Colombia

Eugenio Nieto Murillo

Docente catedrática adscrita al Programa de Posgrados de la Facultad de Salud e integrante del Grupo de Investigación Salud Pública de la Universidad Autónoma de Manizales. Enfermera de la Universidad de Caldas. Especialista en Salud pública de la Universidad Autónoma de Manizales. Magíster en Educación y Desarrollo Social de la Universidad Pedagógica Nacional –CINDE. Magíster en Salud pública de la Universidad Autónoma de Manizales.

Correo electrónico: eunietom@gmail.com

Julialba Castellanos Ruiz

Docente adscrita al Departamento de Movimiento Humano e integrante del Grupo de Investigación Cuerpo Movimiento de la Universidad Autónoma de Manizales. Fisioterapeuta de la Universidad Autónoma de Manizales. Especialista en Educación Sexual de la Universidad de Caldas. Especialista en Intervención Fisioterapéutica en Ortopedia y Traumatología de la Universidad Autónoma de Manizales. Magíster en Educación y Desarrollo Humano de la Universidad de Manizales –CINDE.

Correo electrónico: jcastellanos@autonoma.edu.co

Doris Hincapié Ramírez

Coordinadora de la Unidad de Gestión Social adscrita a la Dirección de Extensión y Proyección Social e integrante del Grupo de Investigación Comunicación en Salud de la Universidad Católica de Manizales. Bacterióloga y Laboratorista Clínica de la Universidad Católica de Manizales. Especialista en Microbiología de la Universidad Católica de Manizales. Magíster en Educación de la Universidad Católica de Manizales.

Correo electrónico: dhincapie@ucm.edu.co

José Faber Hernández Ortiz

Investigador de la Caja de Compensación Familiar de Caldas –CONFA. Economista de la Universidad de Manizales.

Correo electrónico: pla_joseh@confamiliares.com

Paula Andrea Duque

Profesora adscrita al Programa de Enfermería e integrante del Grupo de investigación de Enfermería (GRIEN) de la Universidad Católica de Manizales. Enfermera de la Universidad de Caldas. Especialista en Administración de la Salud de la Universidad Católica de Manizales. Magíster en Educación y Desarrollo Humano de la Universidad de Manizales –CINDE. Magíster en Pedagogía de la Universidad Católica de Manizales. Doctora en Educación de la Universidad Cuauhtémoc (México).

Correo electrónico: paduque@ucm.edu.co



El envejecimiento saludable depende de la interacción entre diversos determinantes, algunos de ellos materiales –como los relacionados con la infraestructura disponible en cada territorio y usada por sus habitantes– y otros relacionados con los comportamientos y sentimientos de las personas. Estos determinantes del entorno físico y del entorno social son considerados en este documento, a través de una investigación diagnóstica, para presentar la situación actual de Manizales en cuanto su amigabilidad con las personas mayores y el proceso de envejecimiento; y, a partir de allí, identificar el proceso de mejora para convertir este territorio en un lugar donde envejecer sea un proceso saludable, digno y satisfactorio, como insumo para la toma de decisiones informadas que conlleven a adaptar las estructuras y servicios para que sean accesibles e incluyan a las personas mayores con diversas necesidades y capacidades.