“DOCUMENTO BASE PARA LA FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ADULTO MAYOR DE LA CIUDAD DE MANIZALES”

POLÍTICA PÚBLICA PARA EL ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ EN MANIZALES – 2015 - 2023

ALCALDÍA MUNICIPAL DE MANIZALES
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

ENERO 29 DE 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES.

Coordinadora del Proyecto:

Lorena Delgado Enríquez – Grupo Desarrollo y Globalización.

Investigadores principales:

Victoria Salazar Gil– Grupo Desarrollo Regional.
Juan Guillermo Viera – Grupo Desarrollo y Globalización.
Diana Patricia Jaramillo Ortegón– Grupo Cuerpo y Movimiento.

Co-investigadoras:

María del Carmen Vergara – Grupo Salud Pública.
Andrea del Pilar Gonzáles – Grupo Cuerpo y Movimiento.
Julialba Castellanos Ruíz – Grupo Cuerpo y Movimiento.

Auxiliar de Investigación:

Jazmín Grajales Clavijo

Asesores:

Jaime Valencia Ramos
Patricia Castrillón
Víctor Fabio Suarez Chilma

ALCALDÍA MUNICIPAL DE MANIZALES

Secretaria de Desarrollo Social:

Claudia Marcela Chica Valencia – Secretaria de Desarrollo Social
José Abad Cárdenas Rendón – Supervisor Convenio
Martha Cecilia Yara Echeverri – Apoyo a Programas del Adulto Mayor

Comité Técnico de Adulto Mayor:

Claudia Liliana Valencia - Secretaría de Salud.
Juan David Londoño Giraldo - Secretaría de Educación.
Víctor Hugo Cubides - Secretaría de Deportes.
Jhon Jairo Franco - Secretaría de Gobierno.
José Abad Cárdenas Rendón - Secretaría de Desarrollo Social.
María Isabel Ramírez Bermúdez - Instituto de Cultura y Turismo.
Lina Mejía – Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
Hernán Echeverry Giraldo – Confamiliares.
María Victoria Benjumea Rincón - Universidad de Caldas.
Gonzalo Hernández - ASOJAC
Lina María Ramírez Londoño - Cámara de Comercio.
Erika Alzate Rendón- SENA
Rubén Darío Parra D. - Federación de ONG.
Diana Patricia Botero - Hospital Geriátrico.

Contenido

PRESENTACIÓN 3
INTRODUCCIÓN 5
1. ANTECEDENTES 8
1.1 Problemática 8
1.1.1 Contexto Socio – demográfico 8
1.2 Antecedentes de políticas públicas sobre envejecimiento y vejez 15
1.2.1 Perspectiva internacional 15
1.2.2 Perspectiva colombiana 19
2. JUSTIFICACIÓN 28
3. REFERENTE TEÓRICO 30
3.1 Referente Conceptual 30
3.1.1 Hitos del Envejecimiento 30
3.1.2 Envejecimiento Activo 34
3.1.3 Calidad de Vida 39
3.1.4 Conceptualización en torno al envejecimiento y la vejez 43
3.1.5 Políticas públicas 45
3.2 Referente Normativo 49
3.2.1 A nivel Internacional 50
3.2.2 A Nivel Nacional 53
3.2.3 A nivel Local 54
4. OBJETIVOS 57
4.1 GENERAL 57
4.2 ESPECÍFICOS 57
5. REFERENTE METODOLOGÍCO 58
5.1.1 Etapa I. Aprestamiento 60
5.1.2 Fase II. Diagnóstico Situacional 61
5.1.3 Fase III. Análisis y Formulación de lineamientos para la Política Pública 68
5.1.4 Fase IV. Socialización 68
6. RESULTADOS 70
6.1 Diagnóstico 70
6.1.1 Características Sociodemográficas del Adulto Mayor de Manizales 70
6.1.2 Características Económicas del Adulto Mayor en Manizales 74

6.1.3 Características Sociales del Adulto Mayor en Manizales 77
6.1.4 Características de la Salud del Adulto Mayor en Manizales 90
6.1.5 Características de Participación del Adulto Mayor en Manizales 106
6.1.6 Análisis población institucionalizados 108
6.1.7 Características de orden propositivo 116
7 PROPUESTA PARA LA FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ PARA LA CIUDAD DE MANIZALES . 124
7.1 Principios de la política 125
7.2 Objetivos 126
7.3 Ejes, líneas estratégicas, líneas de acción y programas 127
7.3.1 Los ejes de la política 127
9. RECOMENDACIONES 138
9. BIBLIOGRAFÍA 139

PRESENTACIÓN

Dentro del total de la población del departamento de Caldas un 13% corresponde a adultos mayores de 60 años, quienes a su vez representan el 10.2% de la población adulto mayor del país, para el caso de Manizales se identifica un aumento en la expectativa de vida, que coincide con el promedio nacional de 73.2 años, la población adulto mayor representa más del 50% del total del Departamental.

Comprometidos desde la Academia en aportar a generar análisis que permitan plantear medidas en dirección a la mejora de la calidad de vida de la población, en este caso de los Adultos Mayores de la ciudad de Manizales; se asume el reto de trabajar por un tema de interés nacional y por ende municipal de donde se plantea un estudio en torno a la población adulto mayor que arroje la caracterización de la misma y permita la formulación de la Política Pública para el envejecimiento y vejez de la ciudad de Manizales. De acuerdo a los lineamientos definidos en la Ley 1251 de 2008, de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

En ese sentido, la Universidad Autónoma de Manizales y la Alcaldía Municipal de Manizales, a través del convenio de Asociación N° 1410160580, se plantean el objetivo de proponer el **"Diseño de una propuesta para la implementación de un observatorio de políticas públicas de Manizales y articular a ella la formulación de un documento base de Política Pública de Adulto Mayor de Manizales",** siendo coherentes con las Políticas Nacionales y con el Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015, llamado "Gobierno en la Calle", que contribuye a la integración regional con una visión estratégica territorial.

El documento que a continuación se presenta cuenta con ocho apartados: En un primer lugar el lector se encontrará con un apartado de *Introducción*

que presenta la investigación y advierte su enfoque político y metodológico. En el capítulo uno, dedicado a los *Antecedentes*, se refiere a estudios y políticas públicas de similar temática, además cuenta con un contexto socio-demográfico que permite comprender el porqué de las preocupaciones sobre envejecimiento y la evolución de la discusión frente al tema. El capítulo dos, corresponde a la *Justificación* que da pie al estudio de la problemática en el Municipio de Manizales. El capítulo tres *Referente Teórico,* se subdivide en lo conceptual y lo normativo, aquí se ofrece una discusión sobre las perspectivas para entender el fenómeno del envejecimiento. El capítulo cuatro *Objetivos,* plantea los propósitos que promueven la alianza inter-institucional que da paso a la investigación. El capítulo cinco de *Referente Metodológico,* incluye el recuento de los procesos, los métodos e instrumentos utilizados para recolección y análisis de la información, y da cuenta de cómo se llegó a los elementos que constituyen el diagnóstico de la población de estudio. En el capítulo seis de *Resultados del Estudio*, se describen los principales hallazgos que dan paso a la línea base de donde surge la propuesta para la formulación de la política pública. El capítulo siete, presenta la *Propuesta de Formulación de una Política Pública de Adulto Mayor de la ciudad de Manizales,* la cual se compone de principios. Finalmente en el capítulo ocho de *Recomendaciones,* se presentan algunas generalidades que deberán ser tenidas en cuenta en la implementación de la política pública.

INTRODUCCIÓN

La investigación realizada para la **“Formulación de un Documento Base de Política Pública de Adulto Mayor de Manizales”,** se desarrolló retomando la preocupación por el aumento del grupo poblacional de los Adultos Mayores en la ciudad, frente a esto la administración del periodo de gobierno 2012-2015 se comprometió en su Plan de Desarrollo a la formulación y adopción de la política pública en mención, para garantizar mejor calidad de vida.

No sin antes, reconocer los esfuerzos previos para dicha formulación que se iniciaron desde el período de gobierno 2003-2005, pasando por los subsiguientes, sin que se haya logrado la consolidación y adopción de una política que oriente las intervenciones públicas sobre la creciente problemática del envejecimiento poblacional en la ciudad. Dichos esfuerzos, estuvieron acompañados por la Universidad de Caldas, con la cual se construyeron dos documentos, uno responde al “Estado del Arte del Adulto Mayor” en 2006 y el otro a una propuesta de lineamientos de política en 2008, que se considera pertinente retomar como insumo de partida para la materialización de los propósitos planteados.

La metodología adoptada, partió de la conformación de un equipo responsable de liderar el proceso, diseñar y poner en marcha una ruta metodológica que facilitara un marco de acción común sobre el cual estructurar la elaboración de este documento. Se contó con participación de personas e instituciones directamente involucradas en el tema, incluyendo por supuesto a los adultos mayores como grupo poblacional objeto, los cuales aportaron información relevante, desde su forma de ver el mundo y realidades concretas de su entorno. Además de lograr que

fuera participativo el proceso, se ajustó a requerimientos técnicos especialmente en el diseño de la encuesta con la cual se recolectó la información primaria sobre los adultos mayores, identificando y priorizando las problemas, a través del análisis por las dimensiones propuestas: la económica, la social, la salud, la participación, la cultural, y la educación, definiendo así los ejes, las estrategias y las líneas de acción de la Política Pública, concertando una visión a futuro, que proyecte este referente político al año 2023.

El *modelo metodológico* propuesto permitió desde el contexto municipal, establecer una base social de actores, y una base demográfica de la población objeto, para que a partir de sus conocimientos, experiencias y expectativas contribuyan a la identificación de problemáticas y a la construcción conjunta de alternativas de solución, de tal forma que se logren a través de propuestas estratégicas de acción, la transformación de sus realidades negativas y el desarrollo de sus potencialidades, procurando mejorar las condiciones de vida. El reto entonces, fue construir alternativas eficientes y prácticas que hagan viable la trasformación de las problemáticas.

El enfoque de derechos y el de determinantes sociales de la salud, son dos propuestas que guiaron los principios de la investigación y del documento base de política pública para el Adulto Mayor de Manizales. El primero avalado por organizamos internacionales como las Naciones Unidas, y se propone desde la CEPAL (2009) entenderlo desde lo ético y normativo, considerando a las “personas de edad no como un grupo vulnerable que es objeto de protección, sino como titulares de derechos”. Por su parte, el segundo enfoque avalado por la Organización Mundial de la Salud, y en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2011), plantean que “son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.

Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.”

1. ANTECEDENTES

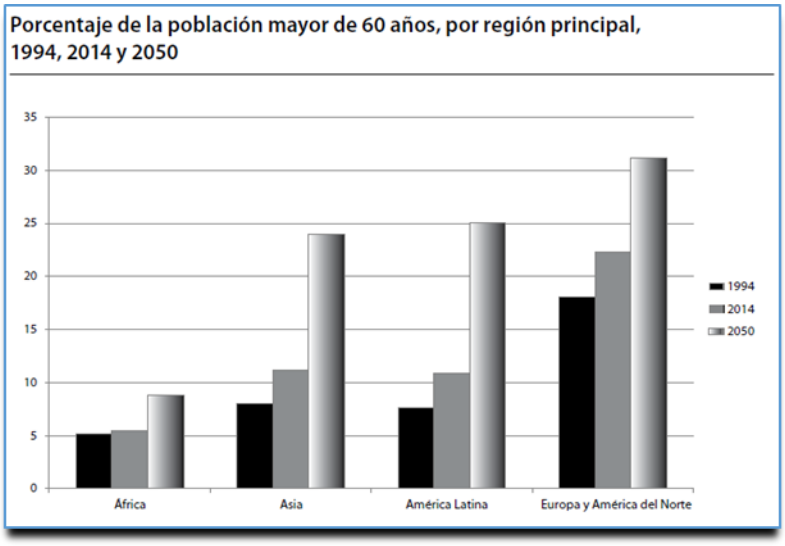
1.1 Problemática

1.1.1 Contexto Socio – demográfico

Según el informe más reciente de Naciones Unidas sobre la situación demográfica del mundo, la población ha superado los 7.000 millones de personas en el 2014, en el documento se concluye que la población se caracteriza por ser diversa y presentar cambios importantes en la forma como está creciendo, estos cambios se explican, entre otras cosas, por nuevos patrones de fertilidad, mortalidad, migración, urbanización y sobre todo el envejecimiento.

El envejecimiento de la población, entendido este como un "fenómeno debido al cual las personas de más edad representan una parte proporcionalmente mayor del total de la población, es inevitable cuando la vida se prolonga y la gente tiene menos hijos" (UN, 2014, pág. 24). Ésta es la tendencia demográfica en las diferentes regiones del mundo, con mayor incidencia hacía las regiones que representan mayor desarrollo.

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

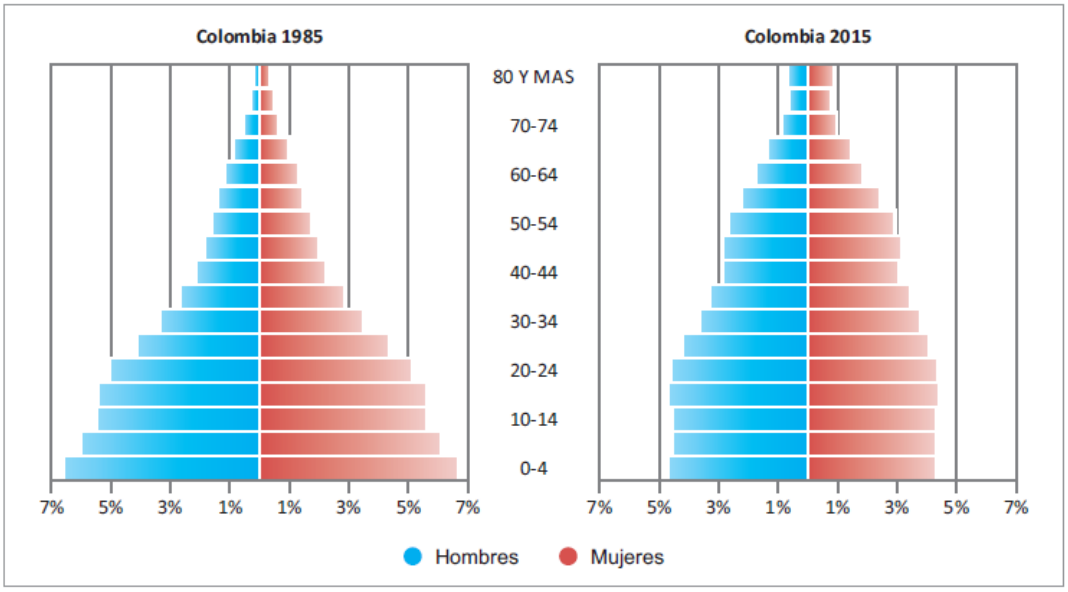


Fuente: Naciones Unidas. Situación demográfica en del Mundo 2014. Informe Conciso. New York

Se destaca positivamente que la esperanza de vida representa un aumento considerable, sin embargo el envejecimiento plantea diversos retos para las sociedades, debe replantearse que implicaciones tiene esto en la estructuración de las familias, en el crecimiento económico (seguridad económica en la vejez), en la organización de los sistemas de atención en salud, etc.

Las transformaciones demográficas vistas a nivel global se corresponden con las de Colombia, en el país se presenta una disminución en la población menor de 15 años y un considerable aumento de la población que supera los 60 años, tal como se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfico 2. Cambios en la estructura de la población (1985 y 2105)



Fuente: DANE, Estimaciones 1985 - 2005 y Proyecciones 2006 - 2020 anualizadas por sexo y edad, mayo de 2009. (Elaboración: Sandino, 2009, p. 5).

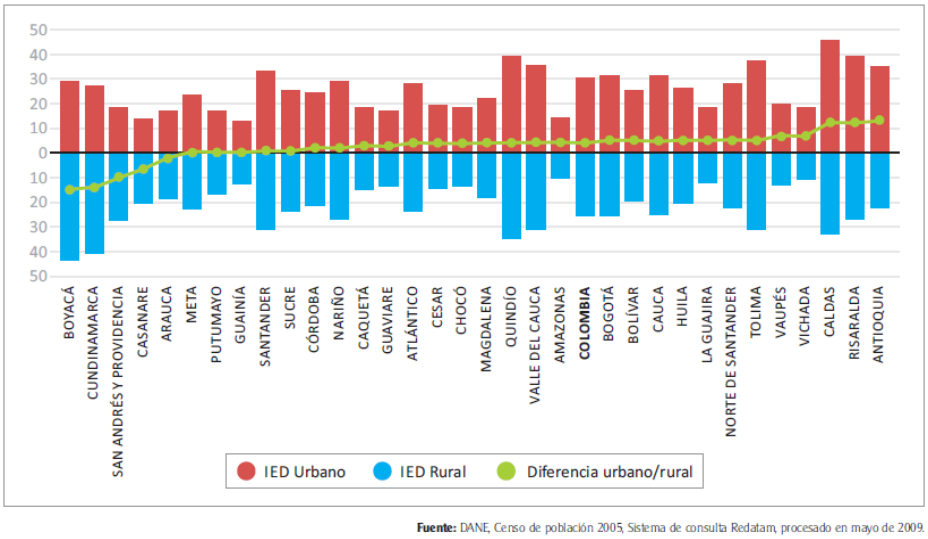
Fuente: Tomado de Envejecimiento y vejez en Colombia. Elisa Dulcey Ruíz. Deisy Arrubla. 2013.

Es evidente entonces que el diagrama que representa a la población colombiana de 1985 corresponde (aunque no estrictamente) a una figura piramidal, para el 2015 la base de la pirámide se muestra significativamente más estrecha precisamente por la tendencia a la disminución de la población más joven, y a la inversa la parte superior se ha ensanchado, reflejo del incremento de la población de 60 y más años.

Otro aspecto a resaltar en el gráfico de 2015 es que el ensanchamiento es más pronunciado al lado derecho, lo que señala que es la población femenina mayor de 60 años la que muestra mayor crecimiento en proporción a la población masculina de la misma edad.

A nivel departamental, se puede destacar que la población adulto mayor en Caldas, representa el 12,6% de la población, comparado esto a nivel nacional, en el departamento se supera la media de 10.8%, cifra que corrobora la necesidad de presentar medidas y estrategias que aseguren la atención de esta población. El siguiente gráfico presenta el índice de envejecimiento del sector urbano y rural por departamentos comparado con el promedio nacional, pese a que los datos son del 2005, es posible reconocer que Caldas concentra un gran porcentaje de esta población, superando el promedio nacional y el resto de departamentos de manera significativa a nivel urbano.

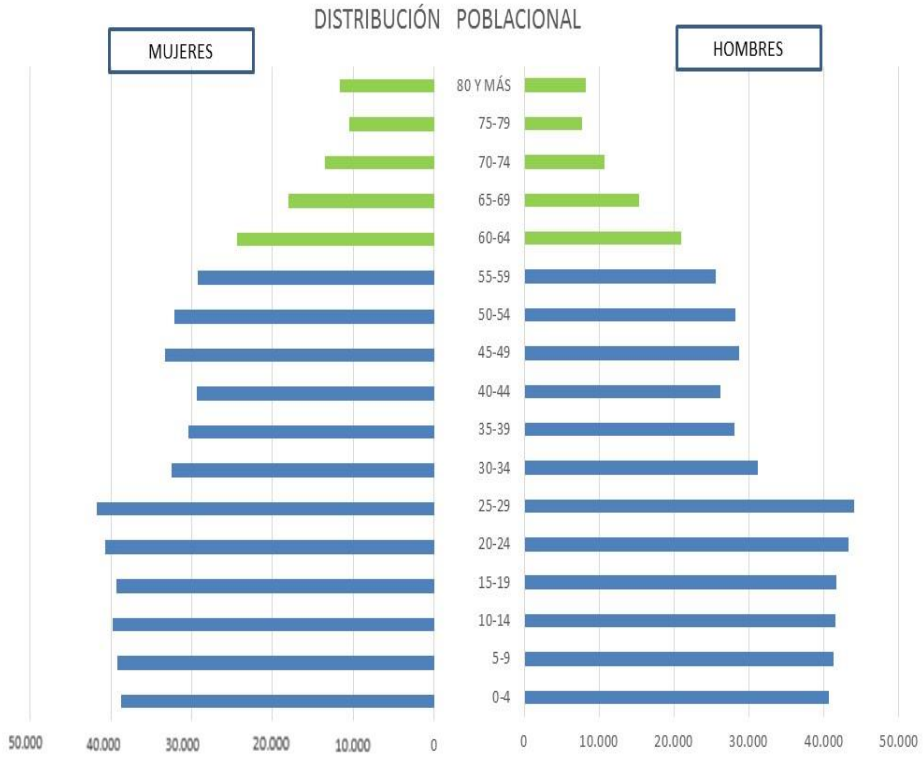
Gráfico 3. Índice de envejecimiento Urbano-rural por Departamentos (2005)



Fuente: Tomado de Envejecimiento y vejez en Colombia. Elisa Dulcey Ruíz. Deisy Arrubla. 2013.

Según Datos del DANE la proyección de la población del departamento para 2013 es de 984.115 habitantes, la distribución de la población según rangos de edad se muestra en el Gráfico 04, que demuestra como la dinámica demográfica ha deformado la conformación de la sociedad en forma de pirámide, muestra de la disminución demográfica de la población menor de 15 años.

Gráfico 4. Distribución Poblacional Caldas 2013



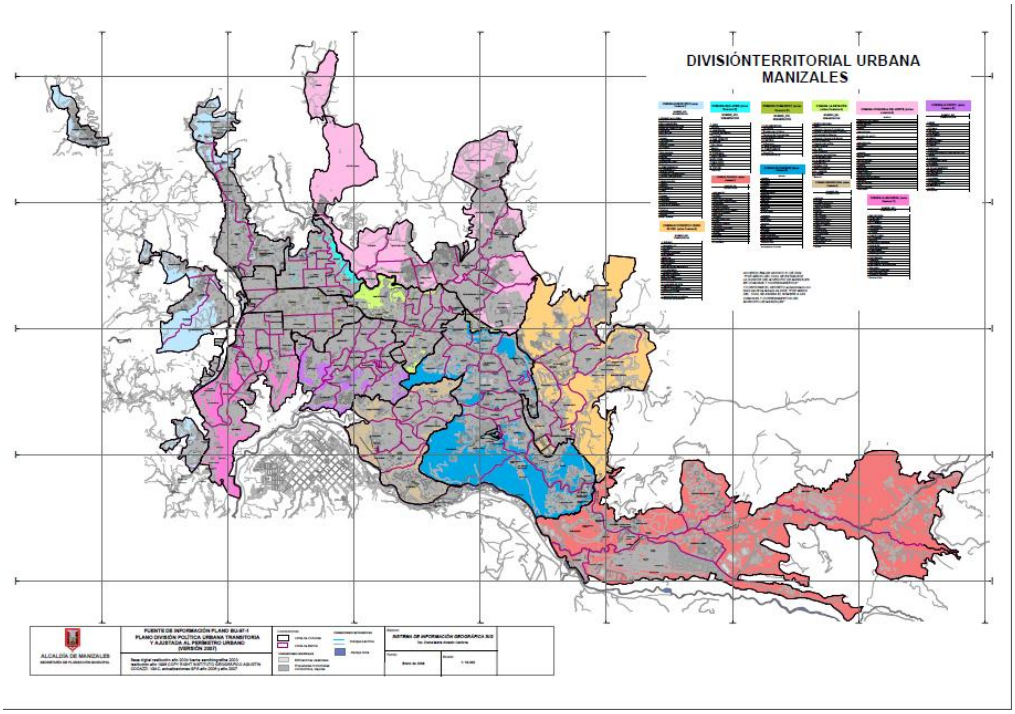
Fuente: Elaboración propia, datos tomados de DANE. Proyecciones por grupo de edad 2013.

1.1.1.2 Contexto Socio – demográfico para Manizales.

El municipio de Manizales está ubicado en la cordillera central colombiana, por hacer parte del triángulo del café cuenta con una posición estratégica a nivel geográfico. El área metropolitana de Manizales está conformada por los municipios de Neira, Villamaria, Palestina y Chinchiná. Administrativamente, la zona urbana se compone de barrios, que se agrupan a su vez en comunas[1], y en el área rural Manizales cuenta con 07 corregimientos[2].

[1] Las comunas que integran a Manizales son: Atardeceres, Ciudadela del Norte, Cumanday, Ecoturismo Cerro de Oro, Estación, La Fuente, La Macarena, Palogrande, San José, Tesorito, Universitaria.
[2] Los Corregimientos son: Colombia, Corredor Agroturístico, Cristalina, El Manantial, El remanso, Panorama, Rio Blanco.

Gráfico 5. División Político – Administrativa de Manizales



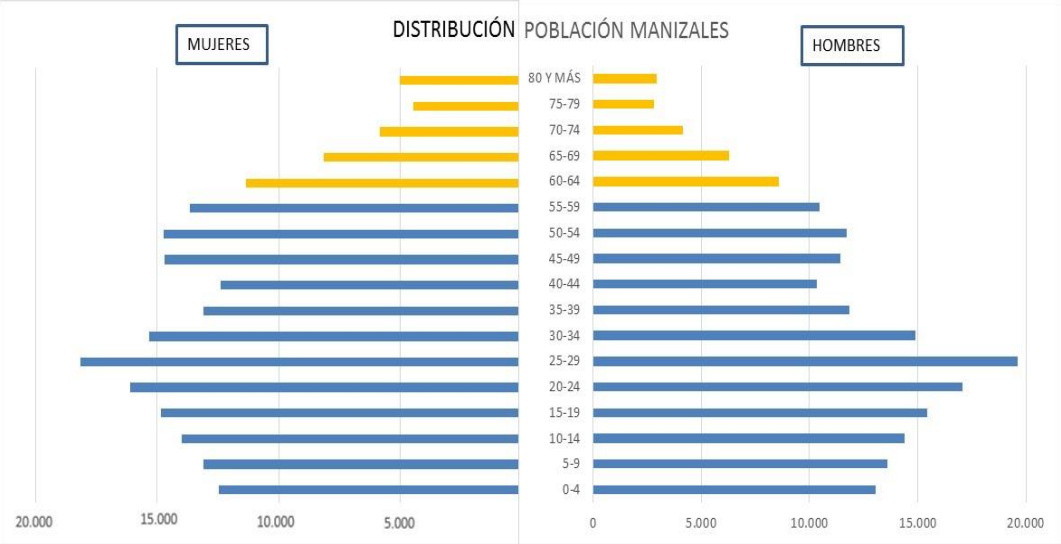
Fuente: Tomado de Alcaldía de Manizales. Secretaría de Planeación. 2014

La vocación de la ciudad ha variado en los últimos años, Manizales se ha enfocado en la exploración de otros sectores de la economía, como la Educación Superior, el Turismo, los Bienes y Servicios, la Industria, entre otros, pero es en este último donde se han obtenido más adelantos y se ha ampliado la zona industrial de la ciudad hacia sus afueras.

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

Tal como se evidenció anteriormente, Caldas representa un alto índice de población adulta mayor, a su vez Manizales ha transitado a ser una de las ciudades que se marcan como destino predilecto para el retorno de personas que han finalizado su clico laboral y que dadas las condiciones de calidad de vida de la ciudad esta población de adultos mayores la consideran como el lugar apropiado para continuar con su proyecto de vida. Ya para las proyecciones demográficas de 2015 (Gráfico 05) Manizales presenta una disminución considerable de la población más joven y un ensanchamiento en la parte superior.

Gráfico 6. Distribución población Manizales – proyección 2015

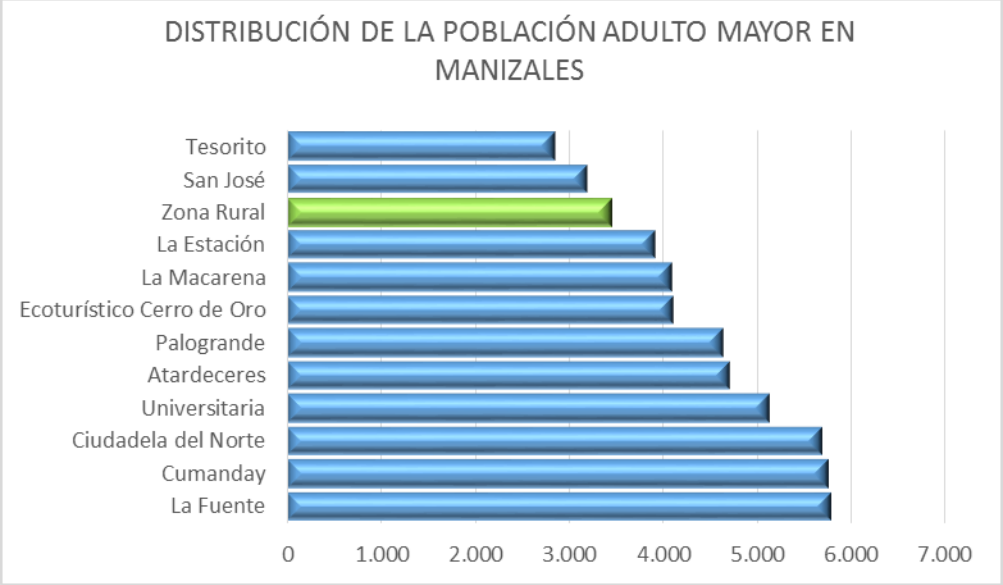


Fuente: Elaboración propia, datos tomados de DANE. Proyecciones por grupo de edad 2015.

Para objeto del presente estudio, se identifica a la población mayor de 60 años y cobra importancia el reconocer la distribución de la misma dentro de las 11 comunas de la ciudad y la parte rural, dado que de esta forma es como se plantea la indagación de la información y el posterior análisis de la misma, reconociendo que cada Comuna refleja características particulares por tanto diversidad en necesidades, a continuación se presenta de forma ascendente la distribución por Comunas del total de la población que supera los 60 años (53. 359 personas). Las comunas que

presentan mayor población de adulto mayor son aquellas que presentan mayor extensión territorial y mayor densidad de población.

Gráfico 7. Población Adulto Mayor en Manizales por comunas.



Fuente: Elaboración propia, datos tomados de DANE. Proyecciones por grupo de edad 2015.

1.2 Antecedentes de políticas públicas sobre envejecimiento y vejez

Aquí se revisa brevemente el surgimiento de la preocupación mundial por el diseño de políticas públicas para atender los problemas relacionados con el envejecimiento, así como la evolución de la temática en la agenda gubernamental de Colombia. Por último se consideran algunos ejemplos de políticas públicas vigentes en Colombia, a diferentes niveles territoriales.

1.2.1 Perspectiva internacional

Si bien la vejez ha sido representada de diversas formas en la historia conocida de la humanidad, el estudio riguroso y sistemático de la misma es apenas un hijo del siglo XX. En 1945 se crea la Asociación

Gerontológica de América, y en 1950 la Asociación Internacional de Sociedades Gerontológicas (Hoy, Asociación Internacional de Gerontología y Geriatría), ambas recogiendo esfuerzos y desarrollos previos, consolidando de este modo la disciplina de la gerontología, dentro de la cual se van a discutir e investigar los grandes temas del envejecimiento y la vejez, muchos de los cuales estarán en la base de las discusiones sobre qué debería hacer el gobierno ante las crecientes problemáticas relacionadas con el tema.

Si bien es difícil determinar el punto exacto de inicio de las preocupaciones políticas por el tema de la vejez, se resaltan dos perspectivas explicativas, una realista y otra idealista. La primera considera que las políticas en torno a la vejez surgen por las dificultades económicas que planteaba el sostenimiento de los sistemas de protección social y pensionales, así como por la posibilidad de mayor escasez de fuerza laboral. Para la segunda las preocupaciones políticas surgen por el "aumento de la consciencia social respecto a las realidades del envejecimiento y el reconocimiento creciente de que tenemos la responsabilidad de "hacerlo bien" para las futuras generaciones de adultos mayores (Wait, 2011)."

Concretamente, los principales antecedentes desde el punto de vista de la inclusión de la problemática de la vejez en la agenda política global y posteriormente en la agenda gubernamental de muchos países, especialmente los desarrollados, se remonta a la primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento llevada a cabo en Viena, Austria en 1982, de la mano de la Organización de las Naciones Unidas. En esta Asamblea se adoptó el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, luego asumido por la ONU, el cual se convertiría en el motor y la inspiración de la primera oleada de políticas públicas sobre la vejez.

Este plan incluyó recomendaciones para la acción y para la ejecución, llamando la atención sobre siete esferas de preocupación sobre las personas adultas mayores, temas aún relevantes en el diseño de políticas públicas sobre la cuestión: salud y nutrición, protección de los consumidores ancianos, vivienda y medio ambiente, la familia, bienestar social, seguridad de ingreso y empleo, y educación.

Posteriormente, en 1991, antes de cumplir los 10 años del plan mencionado, la ONU sacaría su resolución de principios para las personas mayores, basada en el Plan de 1982. En esta resolución también se hace un llamado a los gobiernos para que estos principios se incorporen en sus programas nacionales. Los principios referidos son: independencia, participación, cuidado (care), autorrealización (self-fulfillment) y dignidad (A/RES/46/91).

Otro evento significativo fue la declaración del año 1999 como el año internacional de las personas mayores, con el eslogan de “una sociedad para todas las edades”. La idea era crear consciencia mundial sobre el tema, e impulsar la transversalidad de los temas definidos en el plan de 1982 en otras políticas nacionales tan importantes como las de educación, las rurales, de pobreza, género, entre otras.

Pero el momento cumbre impulsor del tema de la vejez en las agendas gubernamentales de la mayoría de los países del mundo fue la segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, llevada a cabo en Madrid, España, en 2002. De allí saldría el famoso MIPPA, siglas en inglés del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. Al decir de Wait (2011) este “fue el primer acuerdo internacional en subrayar el rol de los adultos mayores como aportantes positivos a la sociedad.” Las recomendaciones de MIPPA se agrupan en tres grandes “direcciones prioritarias”: a) vejez y desarrollo, b) fomento de la salud y el bienestar en

la vejez y c) creación de un entorno propicio y favorable para los adultos mayores.

Para los fines de este recuento es importante mencionar que de esta segunda Asamblea salió una declaración política, en la cual los 160 estados asistentes se comprometieron a “adoptar medidas” en los tres ámbitos mencionados en el párrafo anterior. Un ejemplo relevante de los compromisos adquiridos en la Declaración:

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

Las medidas y recomendaciones de política pública se dividen por las tres direcciones prioritarias mencionadas, incorporando una gran variedad de objetivos y medidas concretas, que por temas de espacio aquí no se mencionan, pero que son la base de la mayoría de políticas públicas sobre envejecimiento y vejez en el mundo, y Colombia no es la excepción. Siguiendo la estrategia regional para Latinoamérica del MIPPA se introduce con mayor fuerza el tema en el país.

Del 2002 para acá se ha profundizado el proceso de formulación de políticas sobre envejecimiento y vejez en Latinoamérica, en el mismo sentido han aumentado los mecanismos de seguimiento y confirmación de los avances del MIPPA en la región. De los eventos internacionales posteriores tal vez el más destacable es la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, en 2007, de la cual salió la Declaración de Brasilia. También en 2007 se formuló y promulgó la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

1.2.2 Perspectiva colombiana

Colombia estuvo entre los firmantes de la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Madrid, y casi que terminada la Asamblea se embarcó desde 2003 en el proceso de formulación de una política nacional construida participativamente para dar cuenta del envejecimiento y la vejez, proceso que culminó en 2007 con su promulgación y puesta en marcha.

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

En 1991 en la nueva constitución se incluyó el artículo 46 que estableció que: "El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia (Política Nacional)".

Posteriormente, en 1995 se elaboró el Documento CONPES 2793 sobre Envejecimiento y Vejez, que proponía las orientaciones generales en relación a la atención de los adultos mayores en Colombia. "A pesar de

que este documento se constituyó en un gran avance, no logró articular a los distintos actores sociales en un plan de acción que pusiera en práctica los lineamientos propuestos y adecuara normativa e institucionalmente al país." Pero hay que resaltar que gracias al CONPES el tema entró en muchos planes de desarrollo a nivel departamental y municipal.

Como ya se mencionó, justo después de la Asamblea Mundial de Madrid el país se embarca en la formulación de la política de envejecimiento y vejez, en la cual también jugó un papel sobresaliente la Academia y la Sociedad Civil, en 2006 la Universidad Javeriana, elaboró el documento "Envejecer en Colombia, Aportes para una Política en Vejez y Envejecimiento", en el que se identificaron algunos escenarios de Política, y el mismo año por solicitud del Ministerio de Protección Social se vincula al proceso de formulación de la política , la Fundación Saldarriaga Concha, en el cual hace una actualización del diagnóstico sobre los viejos en Colombia, allí "se establece el marco nacional y las diferencias regionales sobre la situación de las personas mayores en Colombia y plantea los aspectos estructurales de la política."

1.2.2.2 La política colombiana de envejecimiento y vejez 2007-2019

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

La política nacional recoge las preocupaciones internacionales sobre envejecimiento y vejez y las contextualiza a la realidad colombiana. Conceptualmente se sustenta en cuatro pilares: 1- El envejecimiento

individual en relación con el envejecimiento demográfico, 2- los derechos humanos, 3- el envejecimiento activo y 4- la protección social integral. Sobre esta base estructura ejes, líneas estratégicas, líneas de acción y metas por eje. La política, si bien se dirige a toda la población, aclara que tiene un énfasis en la población vulnerable.

Los 4 ejes de la política son: 1- Promoción y Garantía de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2- Protección Social Integral, 3- Envejecimiento Activo, y 4- Formación del Talento Humano e Investigación, que recogen muchos de los temas y medidas del MIPPA, pero el hecho de denominar los ejes con ciertos nombres muestra ciertos énfasis propios de la política, por ejemplo derechos humanos y formación e investigación.

Siendo justos la política es mucho más amplia que el documento denominado por el Ministerio como tal, puesto que hay un amplio marco normativo que toca las problemáticas del envejecimiento y la vejez, y regulan el quehacer público dentro de las mismas. Por mencionar algunos ejemplos después de la Constitución de 1991, y antes de la política (2007) es posible mencionar la Ley 100 de 1993 que tiene que ver con el sistema de seguridad social, la Ley 271 de 1996, o la Ley 1091 de 2006 que crea la tarjeta colombiano de oro y establece el 24 de noviembre como el día del colombiano de oro. Después de 2007 ha venido en aumento la legislación sobre el tema, donde destacan normas como la Ley 1251 de Noviembre de 2008 que dicta normas tendientes a procurar la protección, la promoción y defensa de los adultos mayores, la Ley 1276 de enero de 2009 que modifica la ley 687 de 15 de agosto de 2001 y establece nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida; la Ley 1315 de 2009 que establece condiciones mínimas para dignificar la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros día e instituciones de atención. Entre muchas otros documentos que determinan

el marco de ejercicio de la política, CONPES, más leyes y decretos presidenciales, sin mencionar que cada departamento o municipio puede tener resoluciones, ordenanzas, acuerdo, entre otros instrumentos que enmarcan la política a nivel territorial.

Por último, en materia de política pública nacional es importante mencionar el Plan de Desarrollo del primer mandato del Presidente Juan Manuel Santos (2010-2014), que hace transversal el tema del envejecimiento y declara que es necesario "desarrollar una política para lograr un envejecimiento sano y una vejez activa, que deberá considerar los cambios y retos demográficos de la sociedad y estrategias que permitan articular y coordinar acciones intersectoriales, con apropiación de la misma en los ámbitos sociales, económicos y culturales (Plan de Desarrollo 2010-2014, pág. 380)."

El marco para las políticas de envejecimiento a nivel municipal está definido por las leyes mencionadas, la política nacional, pero también y con especial énfasis por las políticas del Presidente de turno expresadas en gran medida en el Plan de Desarrollo ya mencionado, pero también en las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país: paz, equidad y educación", que están en discusión en el momento en que se elabora este documento. En ese documento sigue teniendo un papel importante el tema de la transición demográfica que vive el país, y por tanto las medidas que tienen que ver con el envejecimiento y vejez.

1.2.2.3 Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país: paz, equidad y educación"

Si bien este documento no es definitivo, constituye como su nombre lo indica la base del Plan de Desarrollo que discutirá el Congreso de la República, y dado que el tema de la vejez no es uno de los temas de la

alta política parlamentaria, es muy probable que los lineamientos que contiene sobre el tema permanezcan igual y entre a hacer parte de las responsabilidades del segundo mandato del Presidente Santos.

De la revisión de este documento puede afirmarse que el tema de la vejez va a recibir más atención que en gobiernos anteriores. A continuación se reproducen textualmente las principales orientaciones y medidas de política pública contenidas en el documento mencionado.

"**Promover el uso de los beneficios económicos periódicos - BEPS**. (Pág. 216. 1.2.)
El Ministerio del Trabajo en coordinación con COLPENSIONES, desarrollarán acciones para divulgar el servicio social complementario de los beneficios económicos periódicos BEPS y **fomentar la cultura del ahorro para la vejez**, buscando mecanismos eficaces de vinculación y recaudo a la medida para tener un mayor número de beneficiarios, en particular para el sector agropecuario. De igual manera, estas instituciones avanzarán en la definición de mecanismos de financiación de los BEPS."

Aumentar la cobertura y el portafolio de servicios de atención al adulto mayor desprotegido. (Pág. 216. 1.3)
El Ministerio del Trabajo aumentará la cobertura del programa Colombia Mayor, para lo cual mejorará los aspectos logísticos y operativos necesarios, en coordinación con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. De manera adicional, y en coordinación con otras entidades que tengan competencias en el tema, promoverá el acceso a otros servicios, como servicios de alimentación y cuidado para esta población."

Generar hábitos de vida saludable y mitigar la pérdida de años de vida saludable por condiciones no transmisibles. (Pág. 235. 2.2)

La promoción de los entornos para los estilos, modos y condiciones de vida saludable, se constituye en un medio para reposicionar al sector de la salud como generador de bienestar y no sólo como proveedor de servicios para el tratamiento la enfermedad, a partir de intervenciones poblacionales, que modifican el contexto y generan espacios, bienes y servicios, en pro de una cultura que protege la salud.

En este sentido, se promoverá: i) la ampliación de la Estrategia 4x4 para los entornos saludables, incluyendo la salud mental y la salud oral visual y auditiva y promoviendo ciudades y entornos urbanos y rurales saludables; ii) el desarrollo de nuevos y más efectivos instrumentos de política pública intersectorial, para la trasformación positiva de los entornos, las ciudades y la ruralidad; iii) **la identificación de condiciones y riesgos para planear las intervenciones y garantizar la atención integral con enfoque de curso de vida y envejecimiento activo**; y iv) la implementación de planes tácticos para la gestión de plataformas sociales y científicas en salud mental."

Atender integralmente en salud al adulto mayor y promover el envejecimiento activo y mentalmente saludable. (Pág. 239. 2.7)

Con el objetivo de atender de manera integral la salud física, mental, psicosocial y espiritual de los adultos mayores, es necesario avanzar en la protección, ejercicio y garantía de derechos humanos de las personas adultas mayores, así como en la superación de inequidades presentes en situaciones de envejecimiento rural, para lo cual se proponen las siguientes estrategias:

- Promoción del envejecimiento activo físico y mentalmente saludable, y fomento de una cultura positiva de la vejez.
- Adecuación de la oferta, demanda y regulación de bienes y servicios sociosanitarios con calidad y humanizados para todas las personas adultas mayores, y con dependencia funcional y/o con cuidados especializados.

- Gestión de procesos de intercambio intergeneracional que promuevan el reconocimiento del aporte de las personas adultas mayores al desarrollo social, cultural y económico propio de sus familias y de la sociedad.
- Articulación y coordinación con otros sectores para la inclusión y protección social de las personas adultas mayores.
- Prevención y reducción de la carga de discapacidad, enfermedades crónicas y mortalidad prematura en las personas adultas mayores.
- Acciones intersectoriales para la garantía de la seguridad alimentaria y nutricional.
- Fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud que atiende la población adulta mayor, en relación a los determinantes sociales de la salud, enfoque de derechos, curso de vida, Atención Primaria en Salud (APS) y en modelos de cuidados de mediana y larga estancia (cuidados paliativos, cuidados domiciliarios, cuidados al cuidador).”

“**Promover la protección a los ingresos en la vejez**

Desarrollar una estrategia para reducir los tiempos y para resolver con calidad los reconocimientos de pensiones, en particular en el Régimen de Prima Media. (Pág. 259).

El Ministerio de Trabajo y COLPENSIONES definirán los lineamientos y acciones para mejorar los tiempos de respuesta a las solicitudes de reconocimiento de pensiones. Para lo anterior, se requiere dotar a Colpensiones de la capacidad operativa suficiente para atender la demanda de servicios de los ciudadanos, afiliados, empleadores y pensionados, lo que se deriva en i) un fortalecimiento de la infraestructura tecnológica, física y de recurso humano y ii) la definición de alternativas para financiar el aumento de capacidad operativa del sistema.

De manera adicional, se deben procurar mecanismos para adecuar la oferta institucional, buscando mejorar la calidad de los servicios dirigidos a la población adulta mayor, entre ellos el fortalecimiento de la capacidad institucional del sector trabajo para coordinar las acciones en beneficio de esta población."

"**Fortalecer la capacidad institucional para el diseño y seguimiento de la política pensional y promover ajustes en el régimen de pensiones**. (Pág. 259. 3.2)

El Ministerio del Trabajo y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público liderarán la concertación entre Gobierno y sectores en relación con los principios en que debe sustentarse el **Sistema Integral de Protección a la Vejez en Colombia**, las eventuales modificaciones al mismo, y sobre los potenciales alcances de los ajustes que deberían introducirse al diseño institucional del sistema general de pensiones."

1.2.2.4 Políticas locales de envejecimiento en Colombia

Políticas públicas a nivel local sobre envejecimiento y vejez se vienen formulando principalmente después de la promulgación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007 – 2019, pero el mayor número se han elaborado en el período de gobiernos locales que comprende 2012-2015.

Si bien la política nacional asigna importantes responsabilidades a los entes territoriales, fue posteriormente que estos se vieron obligados a formular sus propias políticas, en el marco de la nacional.

Para este documento se revisaron políticas de diferentes ciudades capitales y de municipios, entre ellas la de Bogotá, que se formuló a través de un amplio proceso participativo, la de Medellín, que hace cierto énfasis

en la cultura del envejecimiento, si bien en lo demás se basa en la política nacional, la de Popayán, que mantiene los mismos cuatro ejes de la política nacional, la de Bello (Antioquia), la de Duitama (Boyacá), entre otras.

2. JUSTIFICACIÓN

Las diferentes proyecciones realizadas a nivel mundial, plantean como entre los años 1950 y 2025, la población anciana del mundo habrá aumentado de 200 millones a 1200 millones, es decir, del 8 al 14% del total de la población mundial[3].Los cambios demográficos de las poblaciones, así como sus tendencias de crecimiento hacia los próximos años, evidencian la necesidad de implementar políticas, planes y programas de intervención para la población adulta mayor de 60 años, y es en éste sentido que resulta trascendente el lograr garantizar que el proceso de envejecimiento de la población se genere en condiciones en las que por un lado sea el mismo anciano el responsable de su propio proceso, pero también que se tenga una directriz clara por parte del Estado y los gobiernos sobre este importante tema.

Es así como se observa en Manizales, características de una ciudad que envejece en forma progresiva, y que comparada con otras ciudades del País, tiene una tendencia a que en tiempos futuros concentre mayor cantidad de personas adultas mayores, situación que se presenta de manera similar en todas las agrupaciones y clasificaciones socio-económicas, lo que implica que la ciudad debe prepararse positivamente para la atención y oferta de programas que den respuesta de las demandas, intereses y necesidades de este grupo poblacional, por lo que es indispensable diseñar, implementar y desarrollar estrategias tendientes a identificar los problemas particulares de este grupo poblacional, con el fin de generar acciones más efectivas para favorecer un proceso de

[3] NACIONES UNIDAS. Los Derechos de las Personas Mayores, materiales de estudio y divulgación. Módulo 1: Hacia un cambio de paradigma sobre envejecimiento y vejez. Accesado octubre 21 de 2014 en: http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf

envejecimiento activo, saludable y participativo, en el que se proporcionen condiciones para el gozo efectivo de derechos y calidad de vida.

Lo anterior se sustenta a nivel mundial desde el marco de la Declaración Internacional de Derechos Humanos, y las diferentes Asambleas Mundiales realizadas, para garantizar que los pueblos trabajen de manera ardua y comprometida alrededor de las problemáticas y características de la población adulta mayor, encontrando de ésta forma en Colombia, la formulación de la Política Pública de Vejez y Envejecimiento 2007-2019, la cual establece lineamientos claros para que los municipios y departamentos establezcan su propia ruta de trabajo, por medio de acciones intersectoriales, en la que se tenga en cuenta la participación de diferentes actores, de manera que se pueda construir con la misma ciudad, la forma como ésta misma quiere envejecer.

En concordancia con lo anterior, se ve como es necesario articular al proceso de construcción colectiva (como lo son la construcción de políticas públicas), acciones e investigaciones soportadas y respaldadas por la academia, de manera que se fortalezca y se oriente la toma de decisiones, basado en contextos y realidades, que realmente respondan a las características de la comunidad, pero que de igual manera, permita generar alianzas y estrategias para construir y hacer seguimiento de manera articulada, a las iniciativas y decisiones en materia de política pública.

3. REFERENTE TEÓRICO

3.1 Referente Conceptual

3.1.1 Hitos del Envejecimiento

Los avances en la ciencia y en la tecnología han contribuido a un incremento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad en las personas, lo cual ha conducido al aumento en la proporción de adultos mayores, generando a nivel la inversión en la pirámide poblacional; siendo en la actualidad, los adultos mayores una de las poblaciones más numerosas a nivel mundial.

No obstante, la longevidad también se encuentra mediada por la forma en que cada individuo ha asumido las diferentes etapas del ciclo vital, como es el caso de sus componentes biológicos, los aspectos mentales, cognitivos y funcionales; así como los factores ambientales y ecológicos, haciendo que al llegar a la vejez, estos se entrecruzan de diversas formas, evidenciando como el proceso de envejecimiento no es rígido en su cronología y a través de la historia ha sido influido por la forma en que se ha estructurado la sociedad, la diversidad cultural, las características políticas y económicas, los valores familiares, las costumbres, las concepciones religiosas, entre otras.

Es por esto que actualmente se viene evidenciando un marcado interés por el estudio del envejecimiento, la forma cómo a través de la historia la vejez ha sido percibida y el papel que ha desempeñado el anciano en la sociedad. En este orden de ideas, Gómez (2014) hace mención a los mitos y realidades en torno a la vejez en las diferentes épocas. En la

época antigua, el anciano era sinónimo de sabiduría, se percibía como un ser educador, juez, transmisor del legado cultural de forma oral. Sin embargo, en otras culturas la vejez era vista como señal de decrepitud, de debilidad, de falta de vigor e incluso en algunos casos eran despreciados, o se compartían imaginarios duales frente a la vejez.

En el caso del antiguo Egipto se consideraba que vivir hasta los 110 años era un premio por haber llevado una vida virtuosa, en la cultura hindú consideraban que las personas tenían “tendencias mórbidas innatas” y que el envejecimiento disminuía la resistencia a las enfermedades. La cultura china, ha sido la que ha brindado más valor a los ancianos, el respeto y reverencia por su conocimiento y experiencia continua aún en la actualidad. Así mismo, en el antiguo testamento, la vejez es valorada de forma positiva, entendida como un modelo a seguir desde su sentido de vida como desde su vivencia y expresión espiritual.

Según los autores arriba nombrados, la vejez en la Grecia antigua, no era bien aceptada, siendo considerada como una maldición, prefiriendo la juventud y la madurez, la belleza y la fuerza como sinónimos de vitalidad y solo eran respetados aquellos ancianos que se dedicaban a la filosofía o eran escritores: así las cosas, Platón fue un gran defensor de la vejez, en tanto, mostraba las ventajas de la misma; mientras que Aristóteles consideraba que la vejez no era garantía de sabiduría ni de conocimientos políticos, debido a que el cuerpo y el alma envejecen. Algo de destacar de esta época es que se crean los primeros centros de caridad para ancianos que requerían cuidados.

Para los romanos, la vejez representó un problema desde lo demográfico, lo social, lo político y lo médico, sin embargo, no fue vista como una etapa del ciclo vital, sino más bien como sujetos con sus fortalezas y debilidades.

En la edad media, se marcan aún más los estereotipos heredados de las épocas anteriores, por ejemplo para Santo Tomás de Aquino, la vejez es

una etapa de decadencia física y moral, en algunos casos, fue simbolizada como un castigo divino a los pecados del hombre con excepción de los ancianos que son “virtuosos”. Sin embargo, en el siglo XIII, los ancianos con poder económico entraban a un monasterio para ser cuidados hasta su muerte, con este tipo de actividades se comienza a apreciar el rol que asume el adulto mayor, y es el de asumir el retiro de la vida pública e incluso de ruptura con su grupo social.

En el renacimiento, el envejecimiento es percibido con una connotación negativa, en el que se atribuyen además acciones de brujería y una etapa a la cual nadie quiere llegar, pues se equipara a la muerte, siendo desdibujado el estereotipo de sabiduría; mientras que durante el barroco se buscan alternativas para prolongar la juventud. También se destaca a finales del siglo XVII el interés por las ciencias y las artes en hacer estudios acerca del envejecimiento y su rol en la sociedad.

En los siglos XVIII al XX, se comienzan a generar estadísticas poblacionales en algunos países en función de edades reales, haciendo referencia a personas mayores de 60 años, se tiene en cuenta a los adultos mayores, quienes son valorados y protegidos. Aparecen algunas políticas de asistencia pública y privada en Europa, se construyen hospitales con función social, asilos, pensiones para ancianos. Siguiendo esta misma tendencia, durante la revolución industrial, debido a la modificación de la estructura social, los ancianos se quedan en el campo solos y los hijos migran a las grandes ciudades, pero prima el poder económico, en la medida en que el anciano no posee o pierde sus bienes, así mismo, pierde autoridad con la posibilidad de ser rechazado por su grupo familiar o social. No obstante, aún persisten posiciones contradictorias, no dependientes de la religión y la filosofía, pero se resalta que se aprecia como una etapa de la vida con características propias y diferentes a las demás.

A mediados del siglo XX la investigación se centró en los aspectos biofisiológicos, el rendimiento y las funciones durante el envejecimiento, generando nuevos avances científicos y tecnológicos, pero a finales del mismo siglo, se comprende que el envejecimiento se debe estudiar no solo desde lo biológico, sino considerar los aspectos psicológicos, sociales, culturales, políticos y económicos y con el auge de la gerontología y la intervención del Estado cada vez mayor en los sistemas de pensión y de retiro del medio laboral, se comienza a reflexionar desde la forma cómo dirigirse a este grupo poblacional, empleando términos como “tercera edad”, ”edad dorada”, “adulto mayor”, hasta la manera cómo este es percibido por la sociedad y como se percibe así mismo.

En este sentido, la persona al llegar a la vejez tiende a disminuir los roles sociales relacionados con las actividades que previamente realizaba y el hecho de que los adultos jóvenes al interior del núcleo familiar estén en plena etapa productiva y con intereses diferentes , hace que el adulto se sienta más solo, situación que se agrava si el anciano no devenga una pensión o una renta periódica que favorezca su independencia y/o la toma de decisiones en el hogar, pasando de ser uno de los actores principales, a asumir un rol secundario, en la mayoría de los casos, otros consideran que el incremento en su edad cronológica conserva una relación directa con la disminución de su capacidad funcional en las diferentes esferas y disminución en el reconocimiento por parte de su contexto.

Situaciones, que hacen que muchos de ellos agoten opciones para no dejar sus roles sociales previos o traten de adquirir otros nuevos, que le permitan sentir que están desempeñando un rol significativo en su escenario social, en el mejor de los casos; algunos desafortunadamente asumen un rol pasivo frente a estos fenómenos y prefieren que otros tomen las decisiones con respecto a su curso de vida. De allí, la preocupación del Estado en la construcción de lineamientos, estrategias y acciones de intervención para la toma de decisiones frente a las

problemáticas del adulto mayor, las cuales se han traducido en la elaboración de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez de orden Nacional para que a su vez sean inscritas y puestas en marcha a nivel departamental y local, como es el caso del proceso que está llevando a cabo en el municipio de Manizales con la elaboración de la política pública para el adulto mayor fortalecida desde procesos académicos e investigativos que permiten dar mayor rigor y participación de los adultos mayores como protagonistas, en la construcción del modelo de ciudad para que realmente responda a las necesidades, expectativas y contexto real de esta población.

En la actualidad, no solo por el fenómeno de la transición demográfica que viene ocurriendo a nivel mundial, sino también por los cambios en la estructura política y económica, dejó de ser una inquietud de índole personal o familiar a tema de orden social. De allí, que el reto de hoy para la sociedad en general y para el adulto mayor en particular, es reflexionar en torno a los posibles direccionamientos y estrategias que conduzcan al empoderamiento del adulto mayor, la potencialización de éste como sujeto activo de la sociedad y el apoyo bidireccional que contribuyan al crecimiento de una sociedad más incluyente con equiparación de oportunidades. Y como lo expresa, Montoya (2014), el envejecimiento de la sociedad en general conlleva desafíos políticos, económicos, sociales y culturales, por lo cual se requiere continuar con investigaciones y estudios que den cuenta de los factores determinantes que confluyen y aporten elementos para abordar y contribuir con la calidad de vida de este grupo etario.

3.1.2 Envejecimiento Activo

Para adentrarnos al concepto de envejecimiento, es importante hacer una precisión conceptual con respecto al termino de envejecimiento, el cual es definido “como todas las modificaciones morfológicas, psicológicas,

fisiológicas, bioquímicas que aparecen en nuestro organismo como consecuencia de su funcionamiento en el tiempo; no es éste el que produce los cambios sino el complejo del funcionamiento fisiológico (complejidad sistémica) en el tiempo de nuestra vida y de los riesgos que encuentra (Buendía, 2010)**.** Otros autores como Gómez (2014), lo definen como un proceso asincrónico, multifactorial complejo y diverso, adaptativo lento y continuo, con diferencias intra e interindividuales y entre generaciones, poblaciones, culturas y sociedades.

Es así como, con la introducción de términos como envejecimiento activo y envejecimiento exitoso, se busca lograr que las los ancianos disfruten de la vejez sin estados patológicos y con buena salud, gozando de independencia y autonomía. Entre las teorías psicológicas que se hallan en torno al envejecimiento y que están vigentes en la actualidad se encuentra la del envejecimiento exitoso, propuesto inicialmente por Havighurst en 1961, retomada por Rowe y Khan (1998) citado por (Aguerre C, 2008) en la cual, se deben cumplir tres condiciones independientes para alcanzar un *envejecimiento exitoso*: "una reducida probabilidad de desarrollar enfermedades y las discapacidades asociadas, el mantenimiento de un alto nivel de funcionamiento cognoscitivo y fisiológico, además, la participación en actividades sociales y constructivas. Si en este modelo ciertas exigencias que se requieren para envejecer bien, parecen independientes de la buena voluntad de los individuos, otras parecen en gran medida bajo su responsabilidad. Ciertos problemas de salud pueden evitarse adoptando conscientemente medidas preventivas".

Por lo anterior, la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019, ha incluido cuatro aspectos conceptuales de gran trascendencia en los compromisos de Estado: 1) el envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico; 2) los derechos humanos; 3) el envejecimiento activo; y 4) la protección social integral, en la que se

plantea desde el tercer apartado, la necesidad de garantizar un envejecimiento saludable por medio de la orientación de condiciones que permitan a las personas tener una vida larga y saludable. Esto supone intervenciones a través de todo el ciclo de vida para garantizar a la salud, el empleo, las condiciones sanitarias y educativas y la promoción en las personas mayores de una mayor independencia, que sean participativas, autónomas, con menores niveles de discapacidad por la presencia de enfermedades crónicas; desmitificar la vejez como un problema y crear las condiciones para que estas personas sigan participando en la vida económica y productiva, por medio de diversos empleos así como en la vida familiar.

Bajo esta perspectiva, los adultos mayores son protagonistas y responsables de su condición de salud y bienestar, y se debe velar por parte del Estado y Entes municipales por establecer diferentes acciones de intervención que propendan por la promoción de estilos de vida saludable; y en términos de (Gómez J, 2014) implica en primer lugar la salud, con el fin de mantener un bajo riesgo de adquirir una enfermedad o una discapacidad, por medios de estrategias preventivas. Seguido de un alto nivel de funcionamiento cognoscitivo y físico, que favorezca la autonomía e independencia de los adultos mayores, y en tercer lugar el compromiso con la vida activa, para lo cual es importante que este grupo etario participe en actividades que le proporcionen sentido a sus vidas y que puedan contribuir con ellas al bienestar de su grupo familiar y social.

Si bien intenta dar una mirada biopsicosocial, también se deben considerar otros aspectos como la afectividad, la sexualidad, entre otras, por lo cual debe ser mirada desde un enfoque multifactorial para comprender su complejidad y las múltiples interacciones que se establecen en su interior, sin olvidar el punto de vista de los ancianos, para comprender su

percepción alrededor del tema de envejecimiento y qué elementos deben ser parte del envejecimiento exitoso.

También es importante hacer mención al envejecimiento activo, este fue un término adoptado por la Organización Mundial de la Salud OMS (Asamblea Mundial de la Salud, 2005) a finales de los años 90, con el fin de ofrecer una visión más integral, que reconociera los factores que junto a la atención sanitaria afectan la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones.

Según la OMS el envejecimiento activo es definido como “el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”, y encuentra como pilares, la salud, la participación y la seguridad, de manera que éste proceso se convierte en un logro social, en el que es posible contrarrestrar las representaciones e imaginarios negativos de esta etapa del ciclo vital.

Esta definición trasciende el abordaje desde los profesionales de la salud, e incorpora factores de orden social, económico y cultural que pueden afectar al envejecimiento de las personas. Además, envejecimiento no se aplica solo a los individuos, sino que considera al colectivo, a través de la participación de los diferentes grupos de población, para facilitar el desarrollo de su potencial y la búsqueda de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital, mientras participan en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, proporcionándoles protección, seguridad y cuidados adecuados cuando requieren asistencia.

Por lo anterior, la OMS considera que la promoción del envejecimiento activo debe ser un objetivo de los diferentes actores involucrados, como lo son: los estamentos políticos, la sociedad en general y el adulto mayor como gestor de su proceso; de tal forma que redunden en el logro de la

autonomía, independencia, la salud y la productividad de los adultos mayores mediante políticas activas que proporcionen su apoyo en las áreas de sanidad, economía, trabajo, educación, justicia, vivienda, transporte, respaldando su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria y social.

El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento basado en las necesidades, que contempla a las personas mayores como sujetos pasivos, a otro que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen.

En respuesta a estos planteamientos la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019, y en coherencia con las propuestas planteadas por la OMS y la academia han formulado como parte de sus ejes, las líneas de, Estrategia de creación de espacios entornos saludables, Creación de una cultura de envejecimiento que promueva una imagen positiva y no discriminatoria de la vejez, Promoción de la participación de las personas mayores en sus contextos familiares, sociales y comunitarios, Promoción de hábitos y estilos de vida saludables, y el Diseño, aplicación y evaluación de campañas educativas para la prevención y el consumo de alcohol, drogas y tabaco. Aspectos que se han constituido en la base para la construcción de la política pública del adulto mayor para Manizales articulado con la ejecución de procesos investigativos con la representatividad de Entes administrativos públicos y privados, la academia, líderes comunitarios y la participación de los adultos mayores; cuyos aportes fundamentan y sustentan la política a nivel local.

3.1.3 Calidad de Vida

El conocimiento de la calidad de vida, en un primer momento estuvo circunscrito al desarrollo de niveles macro, con un carácter meramente económico, posteriormente privilegió la implementación de programas sociales, y con ello la necesidad de trabajar con indicadores de esta naturaleza. Es por esto que La calidad de Vida no tiene un consenso general sobre su significado. La OMS (1995, pág. 403) la define como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones".

Batlle (2000, pág. 41) afirma que la Calidad de Vida es un concepto complejo y multidimensional que no sólo tiene relación con componentes objetivos como el tipo de trabajo, el nivel socioeconómico o el estado de salud, sino que también depende de cuestiones subjetivas como la escala de valores, las creencias y las expectativas de cada persona, todo ello integrado en un marco biográfico, familiar, social y medio ambiental que cambia con cada persona, grupo o país.

En general, parece existir un acuerdo en que la calidad de vida hace referencia a un concepto multidimensional, amplio y complejo que involucra una serie muy variada de indicadores que lo definen en sí mismo de acuerdo al área de intervención. En tal sentido, su interpretación no debe apartarse en ningún momento de la referencia a circunstancias particulares del sujeto y su relación con el contexto.

La calidad de vida (CV) de nuestra vida equivale a la calidad de nuestro envejecimiento; es elegible en la medida en que elegibles son individual y socio-culturalmente las condiciones en que vivimos, nuestras actitudes y nuestras formas de comportarnos (González U; Grau J, Amarillo MA en Acosta (1997, pág. 279). La calidad de vida resulta de una combinación de

factores objetivos y subjetivos. Donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos. De acuerdo a Dulcey y Col en Mantilla (1996) el concepto de bienestar subjetivo y satisfacción con la vida en la vejez es criterio de un envejecimiento exitoso.

Amartya Sen (2001) concibe la calidad de vida en términos de actividades que se valoran en sí mismas y en la capacidad de alcanzar estas actividades. Si la vida se percibe como un conjunto de 'haceres y seres' (es decir, de realizaciones) que es valorado por sí mismo, el ejercicio dirigido a determinar la calidad de la vida adopta la forma de evaluar estas 'realizaciones' y la 'capacidad para funcionar', para este caso, la calidad de vida se determinaría en apoyo a esas realizaciones y en la capacidad o habilidad de la persona de lograrlos; en últimas, las cosas que la gente valora hacer y ser, concepto este que sustenta la percepción de calidad de vida en los ancianos.

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir, que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. En la tercera edad, los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la calidad de vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores (Villaverde ML, 2000) . La CV en adultos mayores involucra la relación estrecha entre años de vida saludable y la esperanza de vida, en tanto, se

puede expresar como la relación inversa entre CV y expectativa de incapacidad (a mayor calidad de vida menor discapacidad).

El proceso del envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga de la enfermedad y en la calidad de vida. Del mismo modo el problema de la población envejeciente no se limita a la morbilidad y la mortalidad, sino también a determinar las condiciones de vida y la protección social. Además, no se dispone de información suficiente que dé cuenta de las características de la calidad de vida relacionadas con la población de los adultos mayores, es decir, existe un vacío frente a esta problemática (Botero B, 2007).

Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad; encontrándose, como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica, aspectos que fueron tenidos en cuenta para la construcción de la encuesta que generará la línea base de la política pública en Manizales (Rubio R, 1997). Se ha sugerido que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia; aunque los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, aunque no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos. Aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos.

Por tanto, se hace necesario indagar algunas perspectivas teóricas de la calidad de vida y algunos de los recursos o soportes sociales de esta población con el fin de identificar aspectos involucrados en el bienestar para orientar a las autoridades hacia la definición de las políticas públicas,

que faciliten la definición de estrategias, el diseño de normas y de programas de atención. Es importante tener en cuenta que la calidad de vida es un factor constitutivo del desarrollo humano de las personas y de los pueblos, por lo tanto es necesario propiciarla en forma continua y efectiva.

Como síntesis, es necesario plantear la importancia de formular y abordar políticas y estrategias que fomenten la participación activa y real de la población adulta mayor, en las decisiones que los tocan, puesto que son personas que aportan desde sus saberes, sus necesidades y sus potencialidades, ello corroborado por (Castellanos Ruiz, 2010) quien realiza una investigación de tipo cualitativo con adultos mayores que se encontraban institucionalizados en un Centro de Protección para el Adulto Mayor, cuyos resultados evidencian el concepto de calidad de vida asumido por dichas personas; en donde ellos consideran que independientemente de una institución les satisfaga las necesidades básicas cotidianas, para ellos calidad de vida debe ser considerada desde dos perspectivas; 1) relacionada con su dimensión subjetiva identitaria, en la cual se incluyen dimensiones como la espiritualidad, la autoestima, el amor como un sentido de vida y la salud como un camino hacia la libertad; 2) desde lo objetivo, que da lugar la a configuración institucional, espacio de legitimación y socialización en el cual considera el ambiente institucional como un nuevo hogar, a su vez percibe el dinero, como un medio para alcanzar un fin, la recreación y ocupación del tiempo libre como una forma de reencuentro consigo mismo. Y aparece un elemento articulador de ambas perspectivas como la inclusión, el bienestar y la calidad de vida desde una óptica del desarrollo humano.

De allí, el interés del Municipio, por articular los lineamientos de la política nacional, a la local, con la participación activa de los actores involucrados de los diferentes estratos socioeconómicos, adultos mayores

institucionalizados y no institucionalizados y como se ha mencionado en otros apartes, Entes y profesionales que tienen una relación directa con el adulto mayor.

Del mismo modo, las políticas públicas no pueden enfocarse solamente en el individuo, puesto que se centran en la restitución de derechos de los más vulnerables, antes, es preciso preocuparse en el caso de los adultos mayores por la garantía universal de los derechos: salud, vivienda, alimentación, recreación, cuidado, participación desde la perspectiva del desarrollo humano y social.

3.1.4 Conceptualización en torno al envejecimiento y la vejez

Se refiere como el envejecimiento de la población se está convirtiendo en una realidad manifiesta para América Latina, como un proceso de transición demográfica en el que crece la expectativa de vida (Villareal Martínez, 2005, pág. 53). Según la Organización Mundial de la Salud, el planeta enfrenta una revolución demográfica en el que actualmente hay alrededor de 600 millones de personas mayores de 60 años, esperando que el número que se habrá duplicado para el 2025 y en el 2050 se habrá transformado en 2000 millones, la mayoría de las cuales se encontrarán en países en vía de desarrollo.”(OMS, 2003) Por tanto, el envejecimiento poblacional tenderá aumentar las demandas económicas y sociales en todos los países. Por consiguiente será necesaria la implementación de políticas públicas y programas que los atiendan buscando posibilitarles una mayor calidad de vida e incluirlas en los progresos sociales, avances científicos y tecnológicos.

Y Colombia no es ajena a esta realidad, contando con más de 45 millones de habitantes, se evidencian los cambios y las dinámicas producto de la rápida transformación demográfica, teniendo a principios del siglo XXI un aumento de la población mayor de 60 años (actualmente el 10% de la

población) y de los mayores de 65 años (7% del total de la población), previendo que este grupo poblacional aumente al 20% en 2050, con un mayor porcentaje de mujeres ancianas, trayendo consigo un reto para los gobiernos, en aras de mejorar la capacidad e infraestructura institucional, pero de igual manera generando estrategias para fortalecer y potenciar el papel de la familia en cuanto a la solidaridad y la atención del anciano, puesto que los cambios en la estructura familiar son los más importantes en cuanto a la prestación de atención y cuidado de los ancianos.

Según estudios realizados por GOMEZ J, 2014, Las tendencias familiares del siglo XXI, corresponde a familias nucleares con menor cantidad de hijos, que hacen que paulatinamente vayan desapareciendo los grupos familiares extensos, que brindan soporte y ayuda a las personas ancianas de la familia. Además las familias actuales se desintegran rápidamente, lo que aumenta en forma considerable el grupo de ancianos que viven solos, los cuales tienen mayores riesgos que los que conviven con sus familias.

Es así como se evidencia la condición y definición social de la vejez. Un viejo es lo que la sociedad dice que es un viejo. En realidad, la infancia, la adolescencia, la vida adulta y, sobre todo, la vejez, son conceptos sociales que toman como referencia la edad, haciendo de ella uno de los criterios fundamentales de organización de la vida social. El que la edad sea un criterio de organización social significa que la sociedad asigna a los diferentes estatus de edad funciones distintas, que implican roles, normas y expectativas más o menos definidas según el sexo y el género de las personas (López, 1996). Se consideran entonces el envejecimiento y la vejez, como fenómenos sociales que representan, temas de gran trascendencia en la orientación del desarrollo de los países. Siendo el estado responsable de responder desde las políticas públicas a las nuevas dinámicas en las estructuras sociales.

3.1.5 Políticas públicas

Han sido entendidas, como el conjunto de sucesivas respuestas del Estado, frente a situaciones consideradas socialmente como problemáticas (Salazar, 1999). Son además decisiones del gobierno o régimen político, que tienen que ver con el acceso de las personas a bienes y servicios (Alcaldía de Medellín, 2006) que consisten en reglas y acciones que tienen como objetivo resolver y dar respuestas a la multiplicidad de necesidades, intereses y preferencias de grupos y personas que integran una sociedad; se consolidan con la participación de los involucrados, para facilitar que se privilegie el bien común, ajustándose a la normatividad jurídica; son el producto de procesos sociales complejos y dinámicos, en donde se comprometen los intereses colectivos.

Las Naciones Unidas respaldan las intencionalidades de los países que pretenden formular y ejecutar políticas públicas dirigidas a diferentes grupos poblacionales, las cuales tienen un enfoque de derechos, y en especial a la población adulta mayor a la que no se le ve como una población vulnerable sino como personas titulares de derecho.

Ejemplo de esto es la Constitución de 1991, que promulga al Estado, la sociedad y la familia como responsables en la protección y la asistencia de las personas mayores, para promover su integración a la vida activa y comunitaria, al mismo tiempo se considera al Estado como el responsable de garantizar los servicios de seguridad social a todos los ciudadanos. De igual forma, en el artículo 46 establece la protección y asistencia de las personas de la tercera edad, y la promoción de la integración a la vida activa y comunitaria, garantizándosele los servicios de seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.

Las políticas públicas deben pensarse y plantearse pensando en el ser humano como un ser integral, que se encuentra en una importante etapa del ciclo vital, en el que otros grupos poblacionales deben también intervenir e interactuar con el anciano, no solo por su importante papel para garantizar su bienestar, sino porque todos irremediablemente transitarán a ésta etapa.

La expresión “políticas públicas” ha ganado popularidad en las últimas dos décadas, son comunes las referencias a hacer mejores políticas públicas, a que tal problema se arregla con una política pública, o a que tal situación negativa existe por falta de políticas públicas, entre muchas otras. Lo cierto es que la expresión está en boca de todos aunque no se tenga claridad sobre su contenido e implicaciones. Los ciudadanos y las personas del común, los políticos y administradores públicos, y los académicos, la usan con muchas connotaciones.

Para empezar a clarificar es necesario hablar de al menos tres ámbitos interrelacionados a los que puede referirse la expresión políticas públicas: como campo de estudio, como concepto, y como práctica. El primero remite a un campo de estudio o sub-campo de disciplinas académicas establecidas como la Ciencia Política, la Economía o la Sociología, entre otras. Cada vez más este sub-campo se consolida en doctorados y maestrías en políticas públicas, tiene revistas especializadas y cuenta con una amplia literatura, además de asociaciones académicas y eventos internacionales que congregan a los estudiosos de las políticas públicas.

El segundo remite a un concepto o herramienta analítica para comprender un tipo o tipos de fenómenos políticos relacionados con el gobernar. Aunque el uso de la expresión “políticas públicas” es común, no hay completo acuerdo sobre su definición como concepto, y cuáles son los elementos centrales de la definición, lo que termina generando bastante

confusión en los escenarios ciudadanos y las arenas gubernamentales. La definición de políticas públicas se trata en un subtítulo aparte.

Por último, la expresión “políticas públicas” remite a una práctica, un hacer, que se concreta y legitima en las decisiones públicas que ponen en marcha los aparatos estatales en pro de solucionar, aminorar o transformar las problemáticas sociales, orientar los grupos humanos hacia futuros deseables o prevenir posibles condiciones consideradas con efectos negativos en la vida socio-pública.

3.1.5.1 El concepto de políticas públicas

Si bien no existe una definición aceptada de políticas públicas, al analizar muchas de las existentes se encuentran algunos elementos comunes que pueden resaltarse como elementos demarcadores de lo que son las políticas públicas conceptualmente hablando.

Cuatro definiciones pueden ser suficientes para hacer esta comparación, una definición sucinta, una intermedia, otra más descriptiva y amplia, y por último una que enfatiza en el proceso social participativo de las políticas públicas. La primera afirma que las políticas públicas son: “todo aquello que el gobierno **decide** hacer o no hacer” (Dye, 1995). Esta definición se destaca por tres cosas, 1. Introduce el actor originador de las políticas: el gobierno, elemento que va a ser común a la mayoría de definiciones; 2. Subraya la acción intencional (lo que el gobierno **decide** hacer o no hacer), y 3. Incluye las no decisiones (lo que el gobierno decide no hacer).

La segunda definición considerada las define como un “Conjunto de decisiones interrelacionadas tomadas por un actor político, o un grupo de actores, relacionadas con la selección de objetivos y de medios para alcanzar esos objetivos dentro una situación específica donde esas

decisiones deben, en principio, estar dentro del poder de los actores para ser materializadas (Jenkins, 1978 en Howlett & Ramesh, 1995, p. 5)." Esta definición destaca el que las PP son conjuntos de decisiones interrelacionadas, no aisladas, contrariando la definición anterior. Resalta también la selección colectiva de medios y fines, en situaciones específicas, en las que la autoridad de ciertos actores puede materializarlas (implementarlas).

La tercera definición las define como “una concatenación de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y ocasionalmente privados –cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían- a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo. Este conjunto de decisiones y acciones da lugar a actos formales, con un grado de obligatoriedad variable, tendientes a modificar el comportamiento de grupos sociales que, se supone, originan el problema colectivo a resolver (grupos-objetivo), en el interés de grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema en cuestión (beneficiarios finales) (Knoepfel, Larrue, & Varone, n.d., Chapter 2).” Entre otros aspectos de esta definición se puede resaltar el hecho de que diversifica los actores que toman las decisiones, las orienta hacia problemas definidos políticamente, y resalta objetivos importantes de las políticas, cambiar comportamientos, y beneficiar grupos sociales.

Con estos elementos es posible intentar construir una definición que oriente la construcción de políticas públicas en Manizales, y que por tanto dé línea a la elaboración y consolidación de la política pública de envejecimiento y vejez. Pero dado que uno de los intereses de la Alcaldía de Manizales está en el enfoque participativo, una definición en este sentido complementa perfectamente las anteriores. Desde esta perspectiva se definen las políticas como "cursos de acción tendentes a la

solución de problemas públicos, acotados, definidos a partir de un proceso de discusión entre actores sociales diversos y con mecanismos de participación de la sociedad (Canto, 2002)."

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

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

3.2 Referente Normativo

Actualmente se considera el envejecimiento como un fenómeno mundial debido a los cambios demográficos que han modificado considerablemente las pirámides poblacionales, es por esto, que a nivel internacional, se han realizado esfuerzos por abordar las problemáticas y situaciones alrededor del adulto mayor, el abordaje temático se ha traducido además en oferta de alternativas de acción, planteando estrategias que permitan responder a las demandas y características de este grupo poblacional.

3.2.1 A nivel Internacional

La *Resolución 217 A* (Naciones Unidas, Asamblea General, 1948) aprueba la declaración de los derechos de la vejez, y promueve la iniciativa de realizar, en agosto de 1982, la *Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento*, realizada en la ciudad de Viena. La Asamblea giró alrededor del interés de generar estrategias de reacción ante las consecuencias socioeconómicas del envejecimiento de las poblaciones y las necesidades especiales de las personas mayores, para ese entonces ya se evidenciaba un importante cambio demográfico y poblacional, la prevalencia en algunas regiones del mundo y sobre todo las tendencias que ya eran evidentes tanto para países desarrollados como en vía de desarrollo. De la Asamblea surgen recomendaciones en términos de política pública para la atención de ancianos en materia de salud, nutrición, protección, vivienda, medio ambiente, familia, bienestar social, ingresos, educación y empleo.

Es por esto que se pone en marcha el *Programa Internacional de Acción* para garantizar la seguridad económica y social de las personas de edad así como generar oportunidades para que éste grupo poblacional contribuya al desarrollo de los países.

Más adelante, en 1991, se dictaminan los *Principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad*, tratando temas como independencia, participación, cuidados, dignidad, autorrealización, lo que dio paso a la celebración del “año internacional de las personas de edad” en 1999, con el lema “una sociedad para todas las edades”. En abril de 2002 en Madrid –España se celebra la *Segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento*, en donde se destaca la importancia de incluir el tema del envejecimiento dentro de la agenda pública, buscando estrategias para afrontar características del envejecimiento del siglo XXI, en el marco de

desarrollo social, económico y derechos humanos. Igualmente se dictan lineamientos para la formulación de políticas públicas al interior de los países.

Debido a la fuerte convicción, de los países participantes, sobre la importancia de gestionar estrategias enfocadas a los adultos mayores, se genera en 2002 el *Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento*, el cual propone realizar cambios en las políticas y programas dirigidos a los adultos mayores desde todos los niveles y sectores, convirtiéndose en un importante instrumento programático con recomendaciones en tres áreas principales: 1. Las personas de edad y el desarrollo; 2. El fomento de la salud y el bienestar en la vejez; y 3. La creación de un entorno propicio y saludable para los adultos mayores.

De igual forma, en el año 2009 se reúne la *Comisión Económica para América Latina y El Caribe*, y plantea cómo desde la década de los 90 se percibe un cambio de paradigma para abordar el envejecimiento y la situación del adulto mayor, enfocándolo desde la perspectiva de los derechos humanos, la cual retoma aspectos éticos y normativos por considerar a éste grupo poblacional como población vulnerable.

Los países de la región de América Latina y El Caribe, también han realizado propuestas de intervención con los adultos mayores, es sí como se da paso a la Primera Conferencia –regional Intergubernamental sobre Envejecimiento*: Hacia una Estrategia Regional de implementación para América Latina y El Caribe*, en la que participó La Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), la Organización Panamericana de la Salud – OPS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, el Programa de Envejecimiento de las Naciones Unidas, el Banco Interamericano de Desarrollo – BID, la Organización Internacional del Trabajo – OIT, y el Banco Mundial. La Conferencia tomó como punto de partida el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento, y estuvo dirigida a garantizar la protección de los derechos humanos de las

personas mayores, así como la promoción de condiciones de seguridad económica y participación social y de educación, como garantes de la satisfacción de las necesidades básicas de los adultos mayores y su inclusión en la sociedad.

Para el año 2007, se realiza en Brasilia la *Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y El Caribe* con énfasis en la protección social basada en derechos. De igual forma se evaluaron los avances de los países de América Latina y El Caribe en la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre envejecimiento. En ésta conferencia, se adopta la Declaración de Brasilia la cual reconoce que los países de la región presentan un envejecimiento heterogéneo, como respuesta a las estrategias de los Estados y a sus cambios demográficos. Además refuerza la necesidad de no decaer en la tarea de promover y proteger los derechos humanos y las libertades de los ancianos, erradicando la discriminación y la violencia, y creando redes de protección efectivas en materia de derechos.

En el año 2011 se publica el informe de *"Seguimiento a la Declaración de Brasilia"* con avance en cuatro áreas: 1. Visibilidad de derechos de los adultos mayores, a nivel regional, nacional e internacional; 2. Inclusión y fortalecimiento de servicios sociales como parte de la agenda pública; 3. Desarrollo de institucionalidad pública en el ámbito sociodemográfico; y 4. Contribución regional para la evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento.

La *Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y El Caribe* se realizó en el año 2012 en San José de Costa Rica, con el fin de identificar las acciones claves relacionadas con la protección social de los derechos humanos, (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales), para garantizar las condiciones de calidad de vida y dignidad de los adultos mayores.

3.2.2 A Nivel Nacional

Los principios, orientaciones y tendencias internacionales respecto al envejecimiento, se reflejan en la *Constitución Política de 1991*, ahí los adultos mayores se consideran uno de los miembros de la familia con tratamiento jurídico especial. Es por esto que se le da interpretación especial al adulto mayor respecto a los derechos fundamentales, tal como se presenta en: Artículo 11, *Derecho a la vida,* rescata la facultad de conservación y disfrute del restante período vital, el cual debe tener prioridad en su ejercicio y mayor seguridad y defensa en su existencia; Artículos 24, 26, 28, 38, *Derecho a la libertad*, reconoce que aunque sea necesaria la ayuda y apoyo de otras personas, esto no elimina su autonomía e independencia; Artículo 49, *Derecho a la salud;* Artículo 13, *Derecho a la igualdad, esclarece* que las personas mayores gozan de la igualdad general, aunque la ley pueda consagrarles distinciones (discriminaciones positivas); Artículos 25 y 53, *Derecho al trabajo*, es un derecho que se adecua a condiciones personales porque exonera al mayor de 45 años de la imposición de trabajos forzosos; entre otros.

En 1995 se elabora el *Conpes 2793* sobre *Envejecimiento y Vejez*, en el que se presentan los lineamientos para la atención de los ancianos, y se dan los parámetros para la formulación de la *Política Pública Nacional de Vejez y Envejecimiento* con vigencia 2007-2019, la cual establece a la Atención Primaria en Salud – APS, como una estrategia propicia para fomentar entornos saludables y garantizar mejor atención en salud, desde todos los niveles, incluyendo además la importancia de garantizar la formación del capital humano en salud.

Ésta Política, tiene un componente centrado en el envejecimiento saludable y bienestar de los ancianos en condición de pobreza, sus ejes son: la promoción y garantía de los derechos humanos, protección social

integral, envejecimiento activo, formación del capital humano e investigación. Es por esto que en diferentes ciudades y departamentos del País se viene trabajando no solo en la adopción de la Política Nacional, sino también en la adaptación de la misma a las características propias y necesidades relevantes de los adultos mayores de acuerdo a cada ciudad.

3.2.3 A nivel Local

A nivel departamental, se ha iniciado un proceso de adaptación de la Política Nacional de Vejez y Envejecimiento; Caldas elaboró y presentó una propuesta denominada *" Promoción e implementación de la Política Pública para la atención integral a personas mayores en el Departamento de Caldas",* un producto derivado de esta propuesta fue la elaboración en 2012 de un documento llamado "*Diagnóstico institucional, de bienes y servicios para la Atención a las personas mayores en el departamento de Cald*as" que "permite conocer la situación actual de los programas, instituciones, bienes y servicios existentes para la atención a los Adultos Mayores en nuestra región, el cual, a su vez, se convierte en línea base para posteriormente hacer seguimiento y evidenciar los avances que se logren mediante la implementación de la Política de Envejecimiento y Vejez" (Caldas, 2012, pág. 3).

El municipio de Manizales, contempla dentro del Plan de Desarrollo Municipal "Gobierno en la Calle 2012 – 2015" que "Manizales ha reducido su crecimiento poblacional y se viene aumentando la población de la tercera edad lo que aumenta el índice de dependencia… Mientras que en los años cincuenta y principios de los sesenta la población creció al 4%, en la actualidad crece por debajo del 1%, lo que merece especial atención es que mientras la población total crece al 0.4%, los adultos (45 y 59 años) lo hacen al 1% y los adultos mayores al 3.3%". Razón por la cual el municipio se propone desarrollar las acciones pertinentes para adoptar 08 políticas (Política Pública de Infancia y Adolescencia, Política Pública de Discapacidad, Política Ambiental, Política de Seguridad y Convivencia

Ciudadana, entre otras) dentro de las cuales se destaca la Política Pública del Adulto Mayor.

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

a. Programa Colombia Mayor (Subsidio en dinero por valor de $75.000). El programa es financiado por el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Trabajo y Hacienda, con los recursos de la subcuenta de subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, administrados por el Consorcio Colombia Mayor. El objetivo es proteger al adulto mayor que se encuentra en estado de indigencia o de extrema pobreza, que vive solo o que no están en condiciones socio-económicas suficientes para subsidiar su sostenimiento y evitar así la exclusión social de la que son objeto.

b. Programa Centros Día. Es una Estrategia que se caracteriza por brindar Asistencia Integral diurna y Gerontológica. El Centro Día se estructura sobre procesos que incentivan la creatividad, actitudes que fortalecen su imagen y procesos de integración con los grupos de pares, familiares y/o comunitarios, donde el objetivo es mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, a través de procesos educativos, preventivos y formativos en áreas humanas, sociales, artísticas, culturales, ambientales, recreativas, de participación

comunitaria y de salud ocupacional. (Se cuenta con 39 Centros Día del municipio de Manizales).

c. **Atención Integral al Adulto Mayor.** Busca brindar asistencia integral gerontológica (institucionalización) a los adultos mayores, en vivienda, alimentación, vestido, recreación y servicio funerario, beneficiando a 291 adultos mayores indigentes, mayores de 60 años con nivel 1 y 2 del SISBEN.

d. **Implementación del Programa Centro Vida.** El programa inicio a partir del 4 de julio del 2013. Presta atención diurna de 100 adultos mayores de 60 años, con nivel 1 y 2 del SISBEN, en el cual se garantiza la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, brindando servicios de alimentación, orientación psicosocial, actividades físicas, recreativas, culturales y manuales. El Programa contempla los siguientes componentes: 1. Nutrición; 2. Física – recreativa y cultural; 3. Orientación psicosocial; 4. Actividades de crecimiento personal; 5. Relaciones sociales; 6. Asesorías familiares; 7. Promoción de la salud; y 8. Promoción de redes interinstitucionales: que propendan por el apoyo permanente de los adultos mayores.

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Construir colectivamente un documento base de la Política Pública de Adulto Mayor para el municipio de Manizales.

4.2 ESPECÍFICOS

1. Elaborar una línea base de la situación del adulto mayor en la ciudad de Manizales.

2. Definir los lineamientos teóricos, conceptuales y normativos de la política pública del adulto mayor en Manizales.

3. Estructurar los ejes de la política pública de adulto mayor en Manizales.

4. Elaborar un documento “Base de la política pública de adulto mayor en Manizales”.

5. REFERENTE METODOLOGÍCO

En este apartado, se enmarca la propuesta metodológica de esta investigación, la cual se define de tipo descriptivo con recolección de información de tipo transversal, con el objetivo de realizar la caracterización de la situación actual del Adulto Mayor en la Ciudad de Manizales para establecer la línea base en términos de política pública para el mejoramiento de las condiciones de vida de dicha población.

La investigación se orientó bajo un enfoque mixto, combinando características de orden cualitativo y cuantitativo, tanto desde el planteamiento de las variables e instrumentos, como en las herramientas para el análisis e interpretación de los datos (Hernandez R, 2007); es así como se definió un proceso iterativo entre las fases metodológicas, que planteó aspectos tanto inductivos como deductivos, utilizando para ello, tres métodos a saber: Encuesta, para recolectar información primaria de la población sujeto de estudio; Grupos Focales para identificar otras perspectivas de análisis desde las personas que atienden a dicha población (representantes de las instituciones); y Registros analíticos especializados, para consignar información secundaria de diferentes fuentes.

Vale la pena mencionar que ésta investigación partió del planteamiento de una perspectiva metodológica denominada: investigación para la acción y la toma de decisiones, propuesta por Instituto de Desarrollo Rural -SLE- de la Universidad Humboldt de Berlín, que en la actualidad está siendo transferida a la Universidad Autónoma de Manizales. Dicha metodología plantea una simbiosis entre procesos de consultoría y procesos investigativos, es decir, lograr investigaciones de corta duración que posibiliten una mejor toma de decisión para los gestores públicos.

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

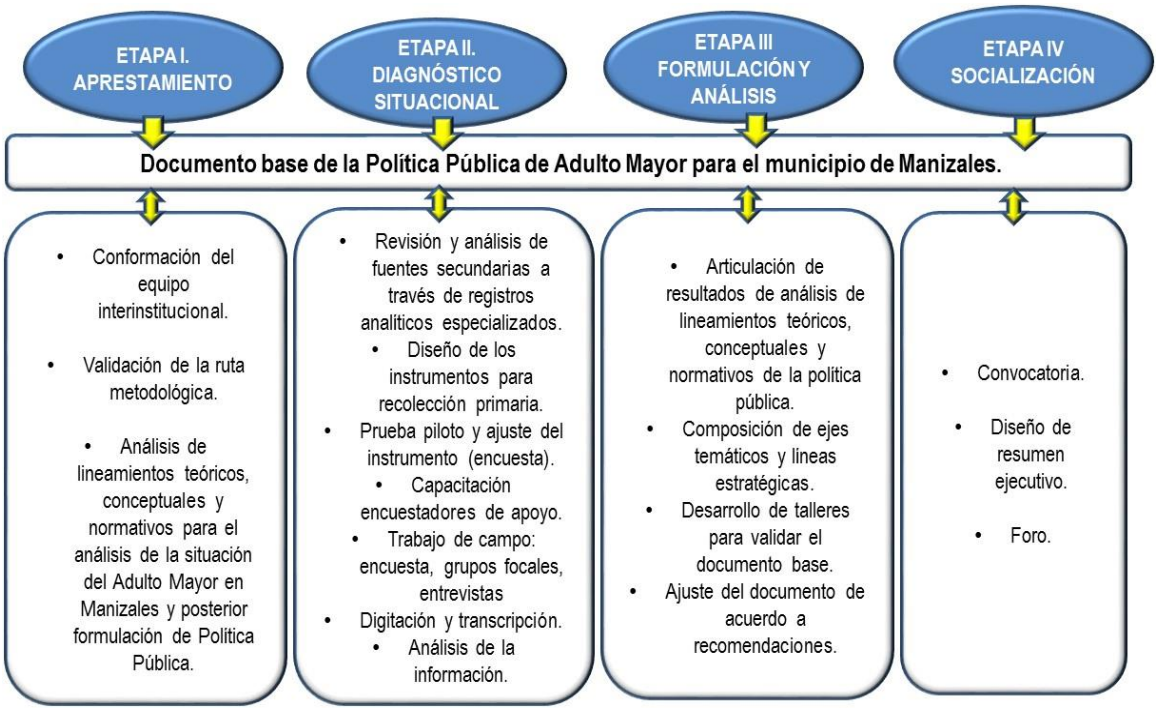
Si bien existen diversos estudios que abarcan las problemáticas a las que se enfrenta el Adulto Mayor en la actualidad, los parámetros que se establecieron para esta investigación fueron orientados hacia el fortalecimiento de una respuesta efectiva (eficaz y eficiente), por parte de la administración pública. El objetivo principal, es apoyar la definición de una política pública que contribuya desde la gestión pública al establecimiento de condiciones individuales, familiares, comunitarias y sociales favorables, para que el adulto mayor actual y por venir goce de una vejez digna, activa, saludable y participativa para el pleno disfrute de sus derechos en consonancia con una mejor calidad de vida.

Para el despliegue del proceso metodológico fue necesario lo siguiente: 1. Análisis de los principales actores que intervienen en la problemática de estudio; 2. Análisis de los principales indicadores que orientan la toma de decisiones y, a partir de estos, definición de los aspectos que requerían ser ampliados mediante información primaria (encuesta, grupo focal), que permitiera reflejar la situación actual de la población sujeto de estudio; 3. Análisis sistemático de la información, que permitiera la definición de los componentes de las dimensiones examinadas, a partir de las cuales se sustentaron las estrategias derivadas de la investigación. La socialización constante, tanto de las decisiones inherentes durante el proceso investigativo, así como de los resultados, derivó una retroalimentación desde la perspectiva de los involucrados en la toma de decisiones.

Proceso Metodológico

Para la puesta en marcha de la investigación, se definieron cuatro etapas que como se mencionó anteriormente, fueron de carácter iterativo, puesto que el desarrollo de una demandaba visualizar los aportes de la otra y viceversa, tratando siempre de mantener el principio de participación requerido en las investigaciones relacionadas con políticas públicas. En el Gráfico 7, se presenta las fases metodológicas, que posteriormente serán ampliadas de acuerdo al desarrollo de cada una.

Gráfico 7. Etapas del Proceso metodológico



Fuente: Elaboración propia.

5.1.1 Etapa I. Aprestamiento

Correspondió a la conformación del equipo interinstitucional responsable del estudio, el cual se conformó con investigadores principales, co-

investigadores, auxiliares de investigación, asesores y los Profesionales Universitarios de la Alcaldía Municipal.

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

5.1.2 Fase II. Diagnóstico Situacional

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

La captura de la información de la población de adultos mayores de Manizales, se hizo mediante una muestra representativa, que permitiera identificar sus características más importantes. Los criterios para la recolección de información, fueron:

- Población sujeto de estudio: Personas mayores de 60 años, consideradas Adultos Mayores según clasificación de la Organización Mundial de la Salud OMS para países en vía de desarrollo. De acuerdo

con la proyección del DANE para el año 2012, en Manizales existen 53359 adultos mayores de 60 años.

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

  A. Registros analíticos especializados, utilizados para la recolección de información secundaria, que tuvieron como objetivo identificar los principales conceptos, teorías y cifras oficiales de la población sujeto de estudio, los cuales fueron analizados en matrices de lectura (Anexo 1).

  B. Encuesta, utilizada para recolectar información de los adultos mayores en las dimensiones seleccionadas anteriormente mencionadas (Anexo 2). La encuesta para Rodríguez (2007) en Salazar (2014), es ante todo una estrategia de aprendizaje, pues la encuesta primero debe estar en la mente, luego en el papel y finalmente en la experiencia; se entiende que el método de la encuesta no es sólo un medio para socavar información, sino para avanzar sobre el conocimiento de la experiencia de los involucrados; en este caso de los adultos mayores de la ciudad de Manizales, por esta razón la encuesta también tuvo un apartado propositivo en términos de Política Pública.

  Una vez definidas las dimensiones y preguntas que permitían responder a las características de los adultos mayores, se realizó

un proceso de validación de expertos con las secretarias de despacho de desarrollo social y planeación y el comité técnico del Adulto Mayor de la Ciudad de Manizales. Posteriormente se desarrolló la prueba piloto que permitió realizar ajustes al instrumento con base en las sugerencias producto del trabajo de campo.

Finalmente se logró validar un instrumento con la aprobación de representantes de la academia, del sector público y representantes de la población sujeto de estudio, el cual fue aplicado a 1259 adultos mayores.

C. Grupos focales, definidos con el objetivo triangular la información por cada una de las dimensiones definidas para la investigación; los participantes en total fueron representantes de entidades de carácter público y privado, un segundo grupo conformado por líderes comunitarios y el tercero de representantes, el grupo se trabajó bajo una guía de preguntas previamente definida (Anexo 4). Un grupo focal se define como una entrevista grupal, es decir reuniones de grupos pequeños o medianos (3 a 10 personas) en los cuales las personas conversan en torno a un tema bajo la dirección de un experto, en este caso el investigador (Hernandez R, 2007).

- Diseño muestral: Para la selección de los participantes, se consideró la comuna como un indicador de estrato socioeconómico y la vinculación o no a programas y beneficios estatales (Tabla 1), es decir, la población en general de adulto mayor de Manizales (no institucionalizados) y con algún tipo de apoyo estatal por comunas para el año 2012 (institucionalizado).

Tabla 1. Total de población de Adulto Mayor en Manizales para el año 2012.

COMUNA	NOMBRE	POBLACIÓN EN GENERAL (NI)*	BENEFICIO ESTATAL (I)*		
			CPSAM*	CENTROS DÍA	CENTROS VIDA
COMUNA 1	Atardeceres	4.708	158	75	0
COMUNA 2	San José	3.201	0	38	105
COMUNA 3	Cumanday	5.764	0	33	0
COMUNA 4	La Estación	3.921	0	90	0
COMUNA 5	Ciudadela del Norte	5.693	65	372	0
COMUNA 6	Ecoturístico Cerro de Oro	4.105	20	221	0
COMUNA 7	Tesorito	2.857	0	80	0
COMUNA 8	Palogrande	4.644	0	0	0
COMUNA 9	Universitaria	5.131	0	232	0
COMUNA 10	La Fuente	5.794	35	195	100
COMUNA 11	La Macarena	4.096	0	191	0
RURAL		3.445	0	109	0
TOTALES		**53.359**	**278**	**1636**	**205**

*NI: No institucionalizado
*I: Institucionalizado
*CPSAM Centros de Protección Social al Adulto Mayor

Fuente: Elaboración propia con cifras DANE y Alcaldía de Manizales

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

- Tamaño de muestra: Una vez recolectados los datos los datos suministrados por el DANE de la proyección de la población mayor de 60 años para cada una de las comunas de la ciudad de Manizales y la zona rural y los datos suministrados por la Alcaldía, se calculó el

tamaño de la muestra, la cual se hizo a través de la técnica de *Muestreo Aleatorio Estratificado con Fijación Proporcional*, en la cual se asumió un error relativo del 2% y un nivel de confianza del 95% lo que permitió definir una muestra de 1252 adultos mayores, así:

$$n = \frac{\sum WnSn^2}{me^2/z^2 + \sum WnSn^2/_n}$$

Wn: Peso de cada estrato sobe el total de la muestra

Sn: Varianza del estrato

me: error relativo

z: intervalo o nivel de confianza

Dado que el tamaño de la población era grande y la información disponible se encontraba por comunas, una vez se obtuvo el tamaño de la muestra, la distribución para la recolección de información se hizo de acuerdo a la proporción poblacional en cada una de las comunas, incluyendo la zona rural (Anexo 3).

- Distribución proporcional: Una vez definido el tamaño de la muestra, se realizó una distribución proporcional de acuerdo al tamaño de la población Adulto Mayor por comuna, así como para quienes están institucionalizados de acuerdo a la ubicación de los Centros de Protección al Adulto Mayor, Centros Día y Centros Vida. Para la zona rural se tuvo en cuenta la proporción de población por corregimiento, eligiendo los dos con mayor población. La Tabla 2. describe los tamaños muestrales específicos por comuna y la zona rural.

Tabla 2. Tamaño muestral por comuna y zona rural de Manizales

COMUNA	MUESTRA INSTITUCIONALIZADOS	MUESTRA NO INSTITUCIONALIZADOS	TOTAL
1. Atardeceres	28	82	110
2. San José	18	58	76
3. Cumanday	4	131	135
4. La Estación	19	73	92
5. Ciudadela del Norte	46	88	134
6. Eco turístico Cerro de Oro	29	67	96
7. Tesorito	10	57	67
8. Palogrande	0	109	109
9. Universitaria	29	92	121
10. La Fuente	40	95	135
11. La Macarena	24	73	97
Rural	13	67	80
TOTAL	261	991	**1252**

- Trabajo de campo: Para la aplicación de la encuesta, se contó con una coordinadora de trabajo de campo y 16 encuestadores (Anexo 6), con quienes se recolectó la información en un período de 15 días; éstos fueron calibrados para la aplicación del instrumento y tuvieron una guía orientadora del proceso en campo (Anexo 7).

  La recolección de información se realizó en cada comuna, basado en el registro de las fichas catastrales de la ciudad de Manizales, las cuales fueron elegidas mediante un sistema de números aleatorios en Excel (Anexo 8), los cuales eran ingresados luego al sistema de Geo-referenciación para permitir la ubicación de vivienda. Cada ficha

catastral fue impresa, resaltando el predio donde se debía realizar la encuesta, las cuales eran entregadas por comuna y barrios (Anexo 3).

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

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

- Plan de análisis: Se realizó un análisis univariado de cada uno de los elementos definidos en las dimensiones de trabajo y posteriormente se hizo un análisis comparativo por rangos de edad y género. Seguidamente se hicieron diversos análisis bivariados de acuerdo a los aspectos a profundizar definidos por los grupos focales, de manera que se pudiera efectuar una triangulación con la información derivada de la revisión documental.

  Para el caso de los análisis bivariados, además de los elementos descriptivos se aplicó la prueba de Chi cuadrado X^2, en la cual se consideró la asociación de las variables cuando la significación de la prueba fue inferior al 5%. Así mismo, se evaluó el coeficiente de asociación entre dichas variables teniendo como criterio de evaluación un nivel bajo para los valores inferiores a 0,3, un nivel moderado para los valores entre 0,3 e inferiores a 0,7 y un nivel alto para aquellos valores superiores a 0,7.

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

Una vez terminada el diagnóstico situacional de los adultos mayores, el equipo de trabajo estructuró una propuesta para la formulación de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez del municipio de Manizales, teniendo como insumos: la política nacional de Envejecimiento y Vejez, los resultados propios de esta investigación, la oferta de programas y/o proyectos existentes según informe de la Dirección Territorial de Salud de Caldas DTSC y la información primaria de la Alcaldía de Manizales (Anexo 1). Es así como se estructuró el documento propuesta de política pública de Envejecimiento y Vejez de la ciudad de Manizales teniendo en cuenta:

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

5.1.4 Fase IV. Socialización

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

- Dos talleres de socialización (Adultos Mayores, Entidades, Secretarías de despacho).

- Un foro ampliado (Juntas de acción comunal, adultos mayores, alcaldía, secretarias de planeación y desarrollo social, otras secretarias y comunidad en general).
- Material impreso (Cartilla y Libro).

6. RESULTADOS

6.1 Diagnóstico

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de la recolección de información de los Adultos Mayores de la ciudad de Manizales, de acuerdo al diseño muestral de toda el área urbana (11 comunas) y el área rural (2 corregimientos de mayor población). Complementada con los hallazgos obtenidos a través de tres grupos focales con actores relevantes, a su vez, Grupo focal con la Institucionalidad, Grupo focal con la Academia y Grupo Focal con líderes comunitarios.

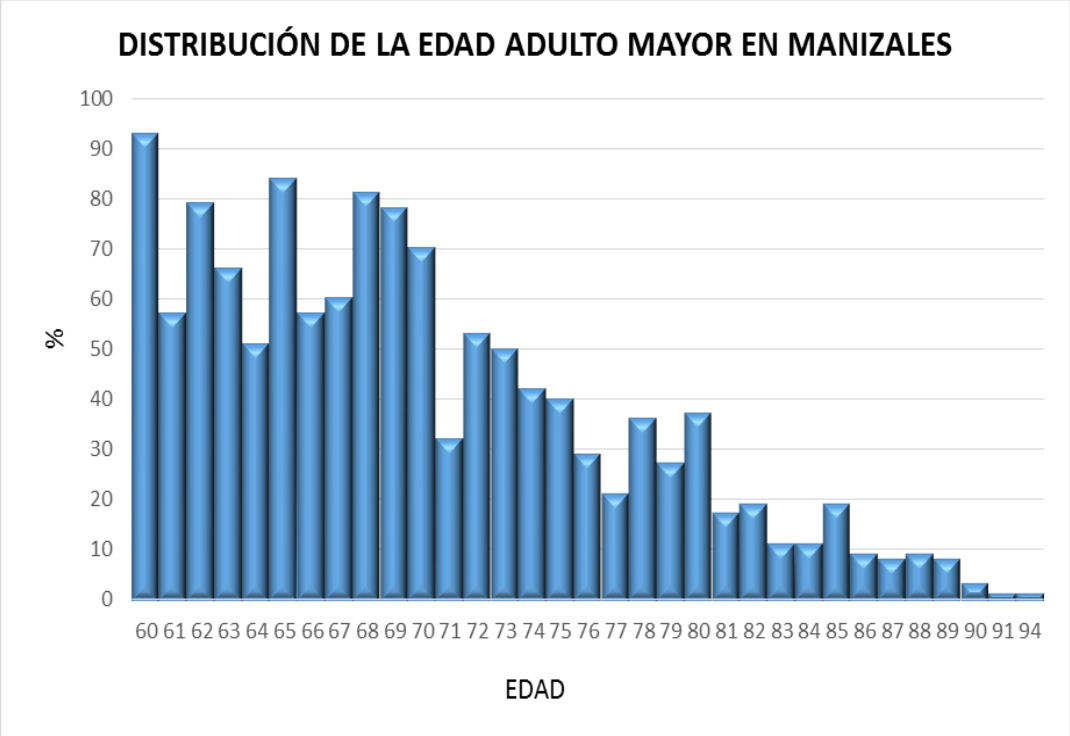
Para levantar la línea base sobre la situación del Adulto Mayor en Manizales, el análisis se hace de acuerdo a cada una de las dimensiones definidas para la investigación, las cuales se identifican mediante los resultados univariados, es decir frecuencias por variable, luego mediante análisis bivariados, se cruzan variables para identificar relaciones significativas que permitan hacer inferencia sobre el total de la población y finalmente análisis de información secundaria y teórica que permiten la triangulación, es decir un análisis integral desde diferentes perspectivas de análisis.

6.1.1 Características Sociodemográficas del Adulto Mayor de Manizales

En un primer análisis sobre la edad, se observa que 3 de cada 4 adultos mayores de Manizales son menores de 75 años (Gráfico 8), lo que se refleja en un promedio de edad de 69.7 años, con una edad mínima de 60 años y máxima de 94 años. Al comparar las edades por el género se encuentra que existe homogeneidad en ambos grupos, no obstante la distribución en la zona rural muestra la presencia de más hombres que mujeres.

Al contrastar estos datos con información de la Dirección Territorial de Caldas (2012), en el que la Ciudad de Manizales tenía 49.724 adultos mayores, lo que equivalía al 12,8% del total del Departamento, se observó que la presencia de hombres (58%) era mayor que el de las mujeres (42%). Situación que es contraria desde los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2010, en donde para Caldas existió una mayor proporción de adultos mayores mujeres (54 %) respecto a las hombres (45,9%) y una concentración de adultos mayores de 30,2% en la zona rural.

Gráfico 8. Distribución porcentual de la edad del Adulto Mayor en Manizales

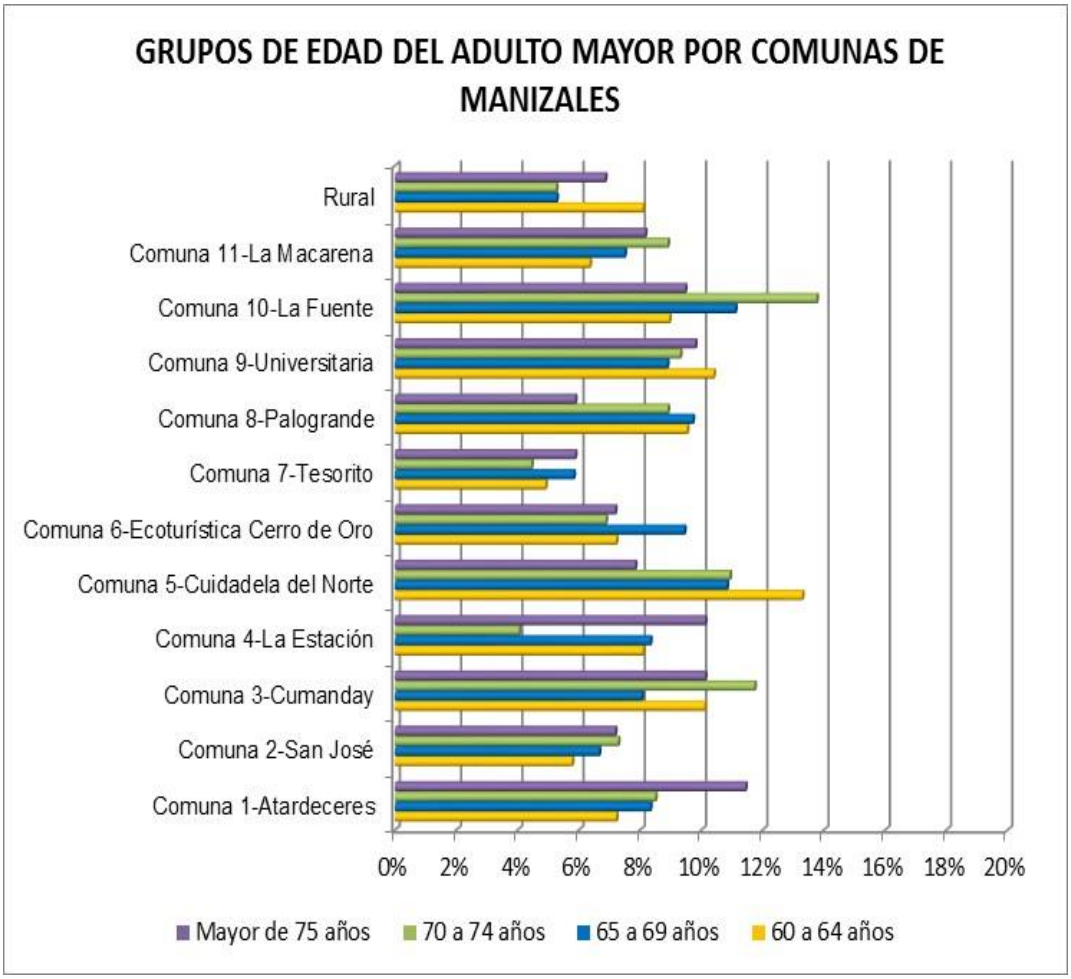


Fuente: Elaboración propia

En un análisis por comunas (Gráfico 8), se identifica que existe un mayor porcentaje de adultos mayores de 75 años (11,4%) en la comuna

Atardeceres, entre 70 y 74 años (13,8%) en la comuna La Fuente, entre 65 y 69 años (11,1%) en la comuna Ecoturística Cerro de Oro y entre 60 y 64 años (13,3%) en la comuna Ciudadela del Norte. En la zona rural sobresale una mayor proporción en la población entre 60 y 64 años, seguida de la población mayor de 75 años.

Gráfico 8. Distribución porcentual por grupos de edad del Adulto Mayor en las comunas de Manizales

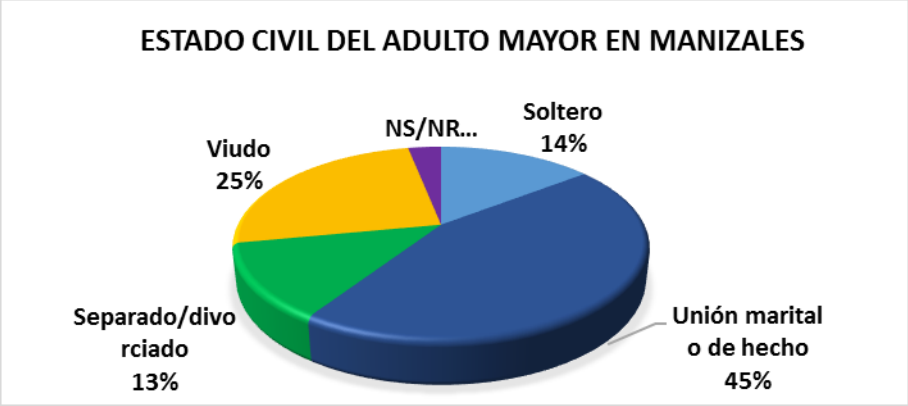


Fuente: Elaboración propia

Respecto al estado civil (Gráfico 9), se encontró que el 14% de la población Adulto Mayor es soltera, el 45% en unión marital o de hecho, el 13%, separados o divorciados, el 25% viudo y un 3% no suministra

información; situación que es similar a la tendencia del país según PROFAMILIA (PROFAMILIA, 2010, pág. 508) donde la mayoría de esta población esta principalmente casada (50,3% Hombres y 27,7% Mujeres) y viuda (11% Hombres y 38,2% Mujeres).

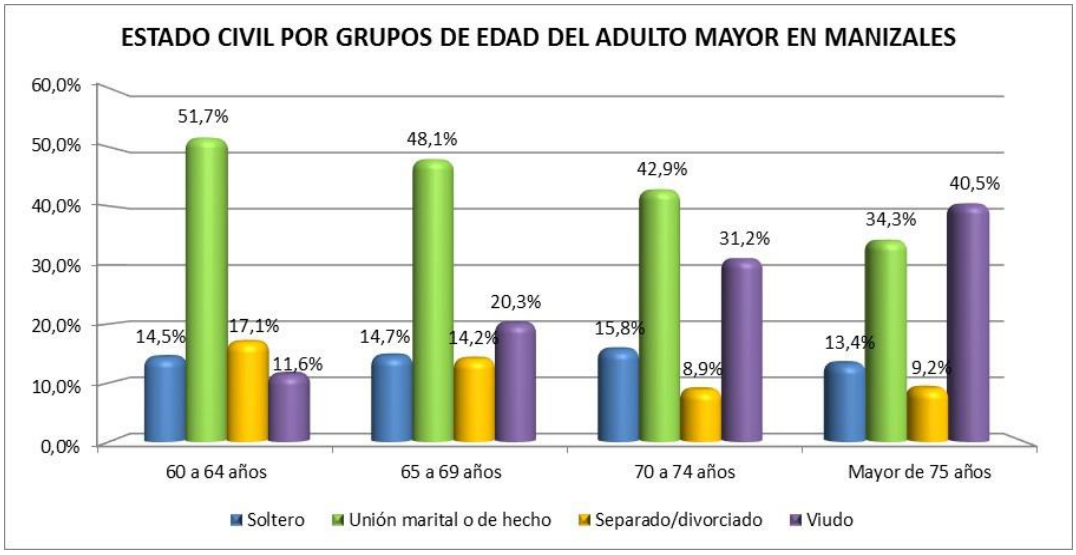
Gráfico 9. Distribución porcentual del estado civil del Adulto Mayor en Manizales



Fuente: Elaboración propia

Un análisis entre los grupos de edad y el estado civil, refleja que a medida que se avanza en la edad disminuye el porcentaje de personas en unión marital o de hecho, pero aumenta el número de viudos (as); condiciones tal vez naturales de acuerdo al ciclo vital; sin embargo la condición de soltero (a) permanece homogénea entre las edades (Gráfico 10).

Gráfico 10. Distribución porcentual del estado civil por grupos de edad del Adulto Mayor en Manizales



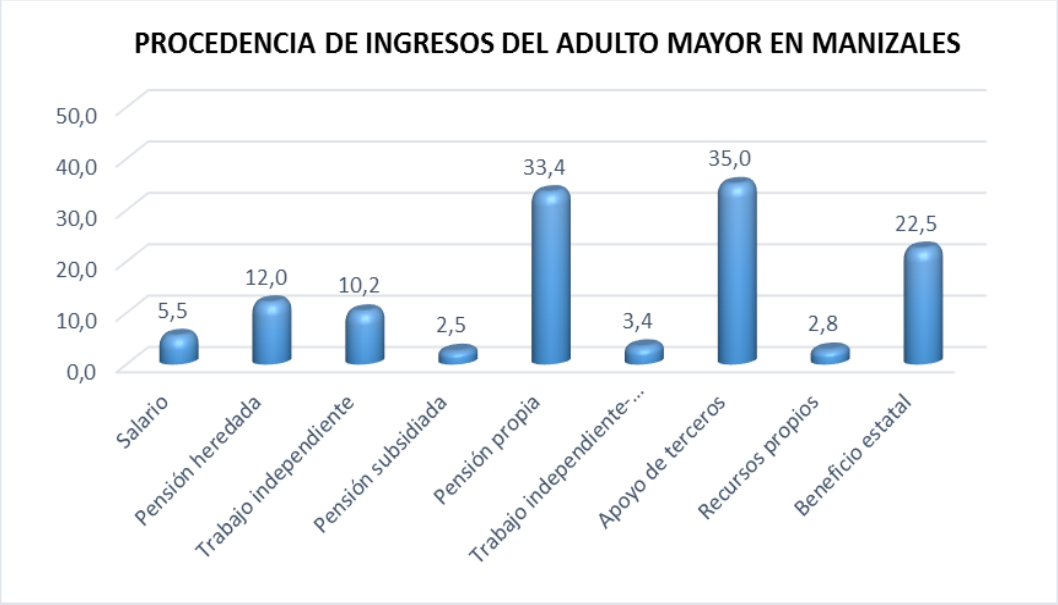
Fuente: Elaboración propia

6.1.2 Características Económicas del Adulto Mayor en Manizales

En cuanto a la situación económica ésta es analizada a partir de la relación entre el monto de ingresos y gastos. Los ingresos del adulto mayor de Manizales proviene principalmente del apoyo de terceros (35%), seguido de la pensión propia (33,4%) y de algún tipo de beneficio estatal (22,5%). En otras palabras el 57,5% de los Adultos Mayores manifiesta que sus ingresos dependen de condiciones externas (Gráfico 11); tendencia que es igual para la población de la zona rural.

Quienes manifiestan que la procedencia de su ingreso es de beneficio estatal en su mayoría proviene del programa de subsidios Colombia Mayor y de otras formas en especie como lo es a través de los Centros Día.

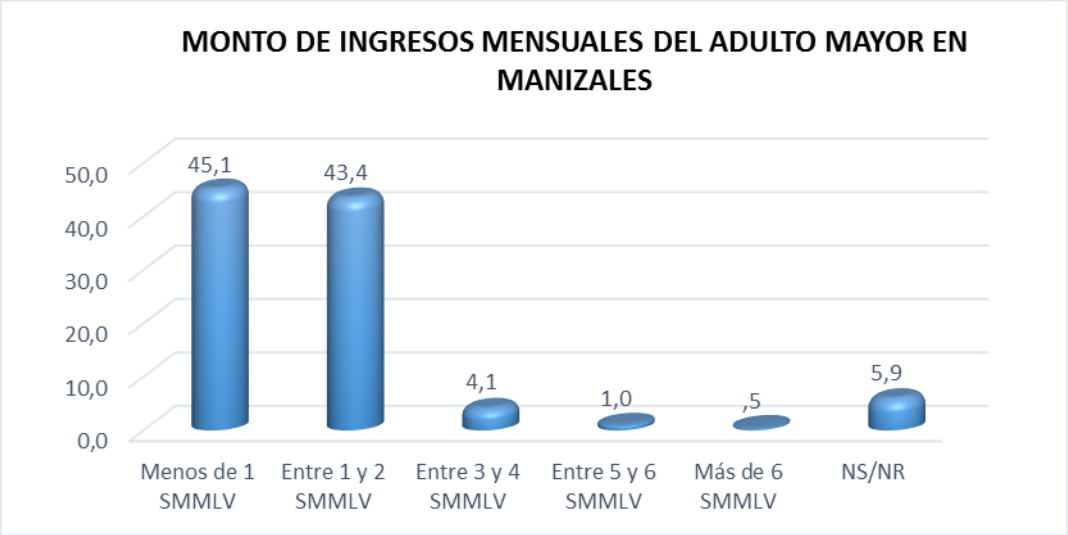
Gráfico 11. Distribución porcentual de la procedencia de los ingresos del Adulto Mayor en Manizales



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al monto de ingresos mensuales que recibe la población adulta mayor, el 45,1% recibe menos de 1 SMMLV (Salario Mínimo Mensual Legal Vigente), lo que es acorde con los montos actuales de los beneficios estatales ($ 95.000) y de quienes manifestaron recibir apoyo de terceros, en donde el 59,2% recibe menos de 1 SMMLV. El 43.4% recibe entre 1 y 2 SMMLV, tan sólo un 3,4% de los adultos mayores reciben entre 3 y 4 SMMLV y en el extremo inferior un 0,5 % manifiestan recibir más de 6 salarios mínimos (Gráfico 12).

Gráfico 12. Distribución porcentual del monto de los ingresos del Adulto Mayor en Manizales



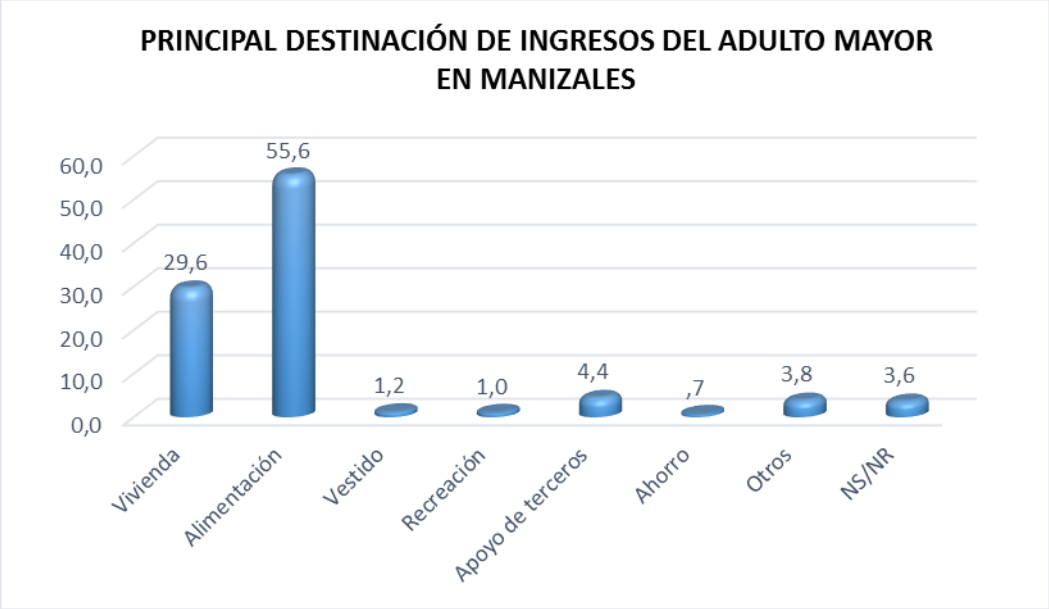
Fuente: Elaboración propia.

El uso principal que hacen las personas mayores de sus ingresos está centrado en alimentación (55,6%) y en vivienda (29,6%) es decir cubrir necesidades de primer nivel. Llama la atención que el 4,4% de los adultos mayores utilizan sus ingresos para el apoyo a terceros, siendo residual las otras categorías importantes para esta población como vestido, recreación y ahorro (Gráfico 12). Tendencia que permanece igual en el análisis bivariado entre del monto de los ingresos y destinación de los mismos.

Esta condición si bien puede estar influenciada por el monto de los ingresos también se debe a otro tipo de condiciones como desarraigo, teoría que estipula que con el avance de la edad las personas abandonan o disminuyen sus roles sociales, sus actividades e interacciones centrándose sólo en cubrir sus necesidades básicas según las teorías de primer nivel (Cumming y Henry 1961) en Gómez y Curcio (2014) y en oposición a las de tercer nivel en donde por ejemplo se debe pensar en un envejecimiento productivo, es decir que esta población pueda tener

acceso a actividades que le permitan sentirse activa, autónoma e independiente (Butler y Schechter 2001) en Gómez y Curcio (2014).

Gráfico 13. Distribución porcentual de la destinación de los ingresos del Adulto Mayor en Manizales



Fuente: Elaboración propia

6.1.3 Características Sociales del Adulto Mayor en Manizales

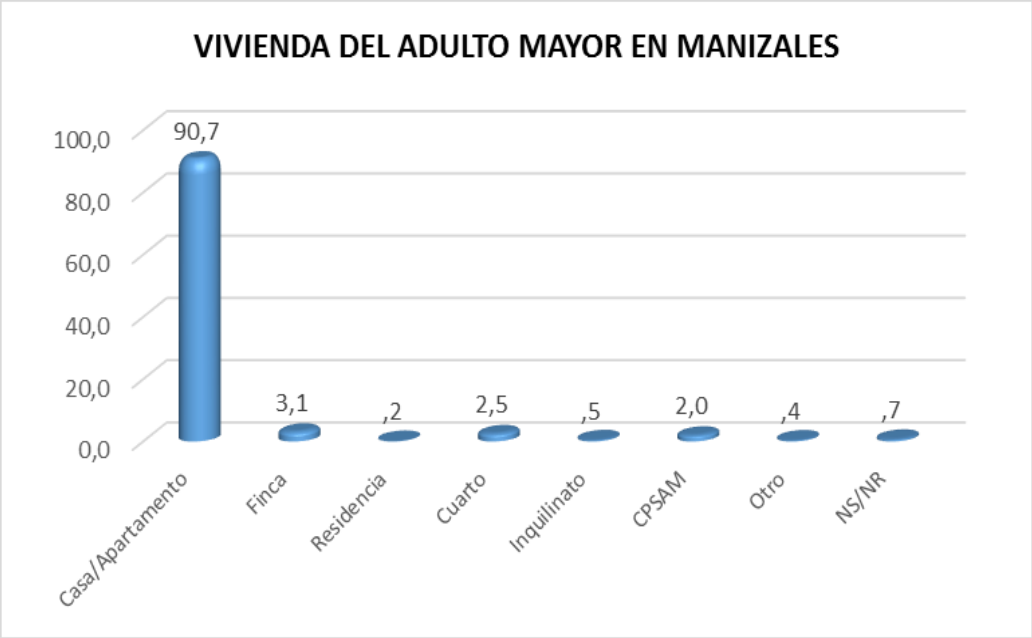
Las características sociales, son analizadas desde las variables de vivienda, educación, familia y autopercepción de vejez; las cuales se contrastan con algunos resultados presentados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el Censo de 2005, y con las estadísticas que arrojo la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2010) hecha por Profamilia.

En lo que corresponde al factor vivienda, el presente estudió indagó algunos elementos que permiten caracterizar el tipo y la percepción en condiciones de vivienda de los adultos mayores, las condiciones de vivienda generalmente se asocian a condiciones económicas y estas a su vez se entienden como determinantes de las condiciones de salud.

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

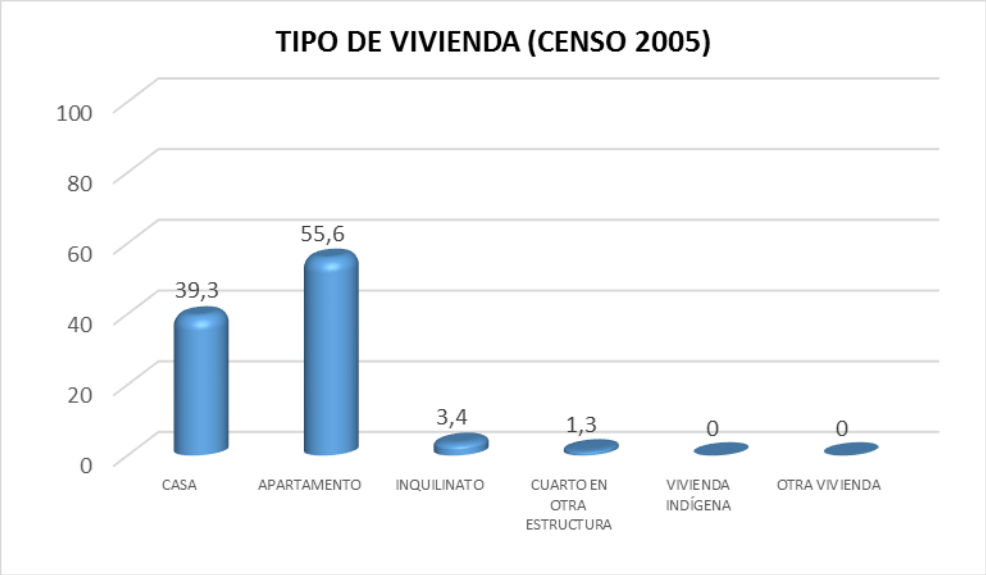
Pese a que en la encuesta, la opción de casa y apartamento se muestran independientes, estas son las dos opciones con mayor frecuencia de respuesta y en conjunto representan el 95% (Gráfica 15). La segunda tendencia en orden descendente con un 26,6% es para quienes viven en arrendamiento y solo el 2,5% se encuentra reside en centros de bienestar para el adulto mayor (Gráficos 14 y 16).

Grafico 14 Distribución porcentual del tipo de vivienda de los Adultos Mayores en Manizales



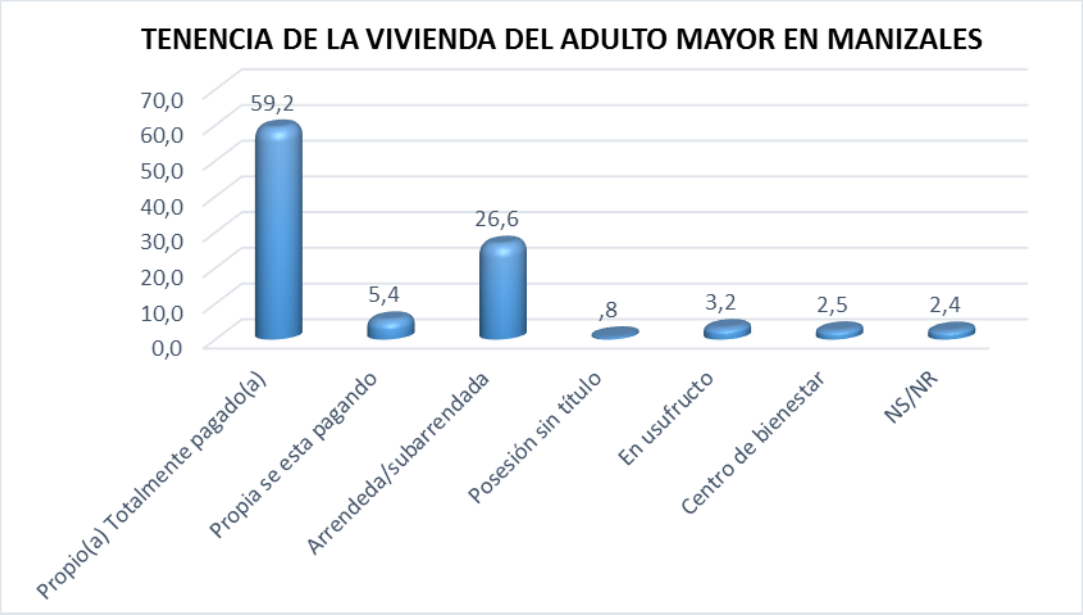
Fuente: Elaboración propia.

Grafico 15. Distribución porcentual del tipo de vivienda de la población de Manizales según Censo 2005.



Fuente: Elaboración propia con datos de DANE. Censo. 2005.

Grafico 16. Distribución porcentual de tenencia de vivienda de los Adultos Mayores en Manizales

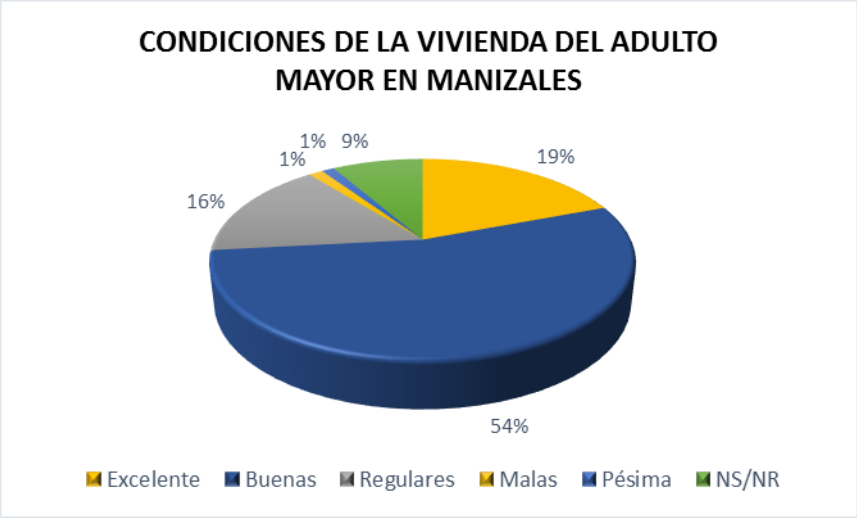


Fuente: Elaboración propia.

Cabe resaltar, que pese a que más de la mitad de la población adulto mayor cuenta con vivienda propia, sigue siendo significativo el porcentaje de adultos mayores que no cuentan con un bien inmueble, sea porque durante su vida no pudieron acceder a uno o porque en el trayecto lo hayan perdido (Gráfico 16).

Respecto a la percepción que tienen sobre las condiciones de sus viviendas, el 54% afirma que son buenas, el 19% excelente y solo el 1% la califican como malas o pésimas (Gráfico 17). En este punto cabe advertir que el estudio en ningún momento pretende verificar que dichas condiciones en efecto cumplan con condiciones de calidad, de ahí que los datos reflejen únicamente la percepción de quienes habitan las viviendas.

Grafico 17 Distribución porcentual de la percepción de las condiciones de vivienda de los Adultos Mayores en Manizales



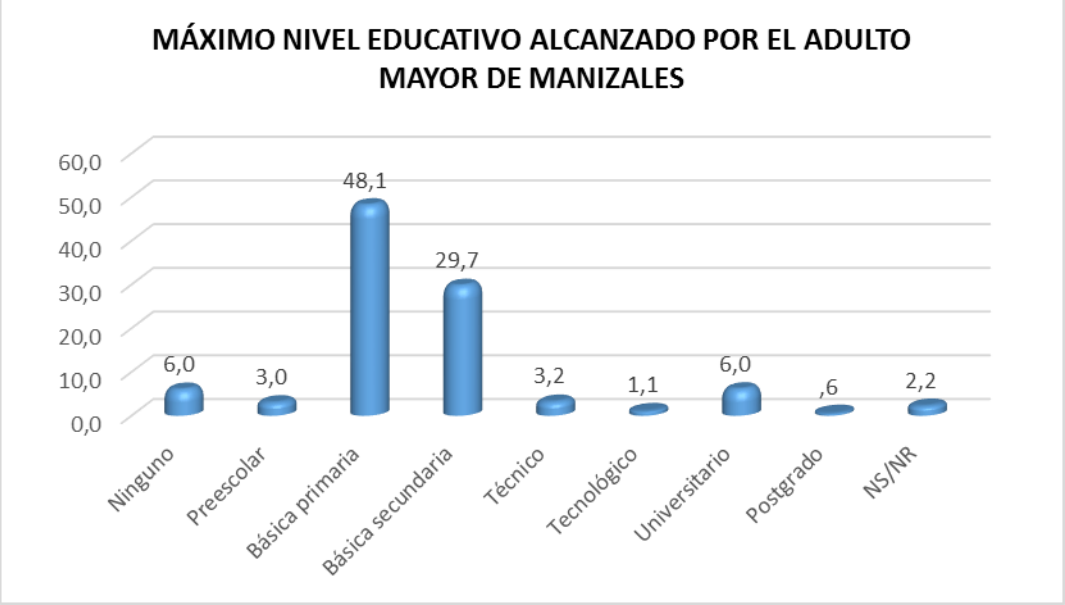
Fuente: Elaboración propia.

La segunda variable que se indaga en el apartado Social es educación, como primer hallazgo se muestra que el 91,4% de los encuestados sabe leer y escribir y solo el 7,5% es analfabeto.

Cuando se indaga sobre el máximo nivel educativo alcanzado, se encuentra que la mayoría alcanzó la educación básica primaria, con un porcentaje de 48,1%, se tiene un 29,7% con básica secundaria, el 6,0% accedió a estudios universitarios, y tan sólo el 6,0% afirma no haber tenido ningún tipo de estudio, respecto a los estudios de más alto nivel solo el 0,6% cuenta con estudios de postgrado (Grafico 18).

Un análisis de correspondencia por comunas y el máximo nivel educativo, evidencia que el nivel Universitario y Postgrado se encuentra principalmente en la comuna Palogrande; el nivel técnico en la comuna Tesorito: nivel tecnológico en la comuna Ecoturístico Cerro de Oro; las demás comunas con los niveles de prescolar, básica primaria y secundaria (Gráfico 19).

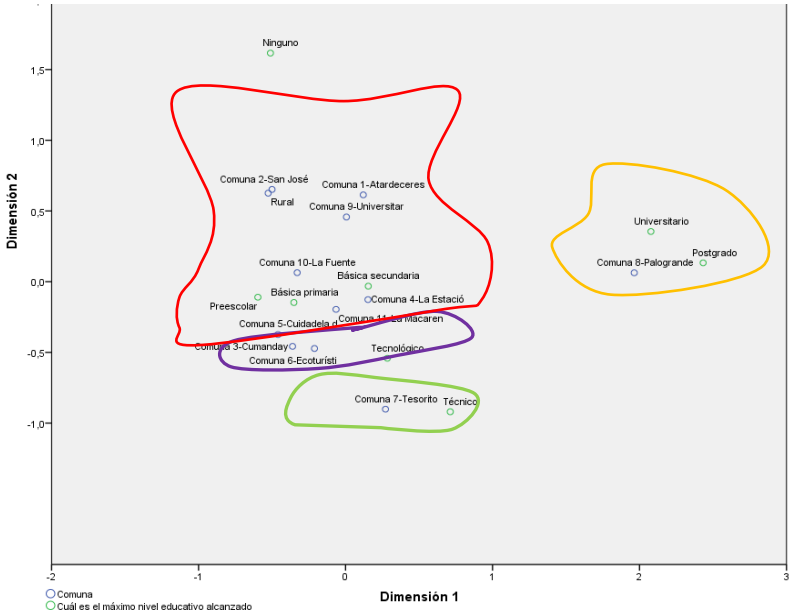
Gráfico 18 Distribución porcentual del máximo nivel educativo alcanzado por los adultos mayores en Manizales.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 19. Mapa perceptual de correspondencia entre las comunas y el máximo nivel educativo alcanzado por el adulto mayor en Manizales.

Fuente:



Elaboración propia.

La situación de escolaridad en este tipo de población en Manizales, no difiere mucho de la situación para el país, en donde "…alrededor de la quinta parte de la población no ha aprobado ningún año de educación, el 58% ha cursado primaria, el 17% tiene secundaria y sólo el 5% tiene educación superior" (PROFAMILIA, 2010, pág. 506). Analizando al nivel educativo alcanzado y la edad por quinquenios, se logra evidenciar que hay una leve tendencia a ostentar un nivel más alto en los quinquenios de menor edad, como se muestra en la siguiente tabla .

El nivel educativo que predomina sigue siendo la básica primaria y la básica secundaria, sin embargo los adultos mayores que se encuentran entre los rangos de 60 a 69 años de edad, representan un nivel incremental en los estudios de básica secundaria y universitarios. Situación que puede explicarse a raíz de los avances a nivel nacional en

cuanto a alfabetización y profesionalización, pero también por las trasformaciones socio-culturales que han permitido que el papel femenino cada vez gane más presencia en los espacios académicos y profesionales.

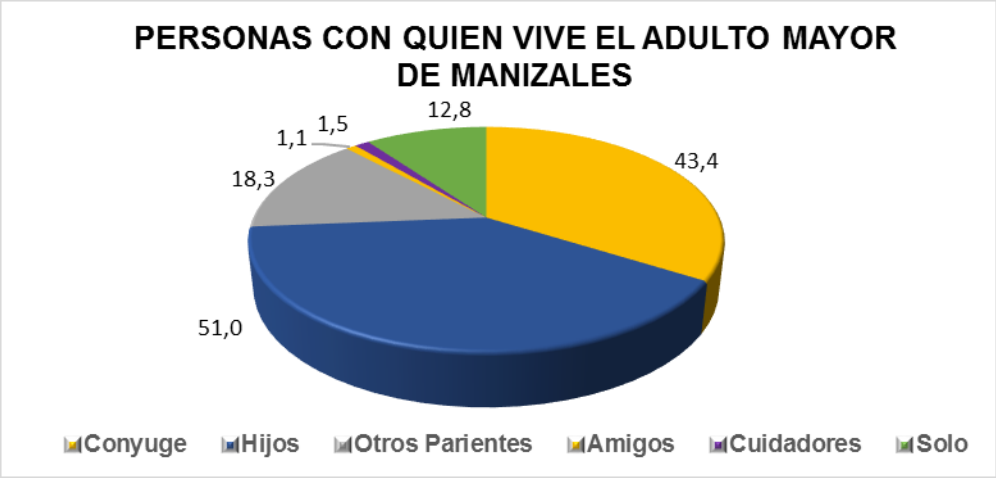
Tabla 4 Edad de adulto mayor por quinquenios y máximo nivel educativo alcanzado.

		Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado									
		Ninguno	Preescolar	Básica primaria	Básica secundaria	Técnico	Tecnológico	Universitario	Postgrado	NS/NR	Total
Edad del encuestado	60 a 64 años	13	9	154	115	9	10	27	2	7	346
		3,8%	2,6%	44,5%	33,2%	2,6%	2,9%	7,8%	,6%	2,0%	100,0%
	65 a 69 años	19	7	166	115	14	2	23	5	9	360
		5,3%	1,9%	46,1%	31,9%	3,9%	,6%	6,4%	1,4%	2,5%	100,0%
	70 a 74 años	9	9	121	73	10	1	15	1	8	247
		3,6%	3,6%	49,0%	29,6%	4,0%	,4%	6,1%	,4%	3,2%	100,0%
	Mayor de 75 años	34	13	165	71	7	1	11	0	4	306
		11,1%	4,2%	53,9%	23,2%	2,3%	,3%	3,6%	0,0%	1,3%	100,0%
Total		75	38	606	374	40	14	76	8	28	1259
		6,0%	3,0%	48,1%	29,7%	3,2%	1,1%	6,0%	,6%	2,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Avanzando con el aspecto Social, se entra a caracterizar el componente de Familia; los adultos mayores en Manizales de acuerdo al estudio realizado y como se puede ver en el gráfico 20, viven en un alto porcentaje (51%) en compañía de sus hijos, en su orden un 43,4% con el cónyuge, y un 18,3% en compañía de otros parientes o familiares, finalmente la opción de vivir solo representa un 12,8% de la muestra.

Gráfico 20. Distribución porcentual de con quien viven los Adultos Mayores en Manizales



Fuente: Elaboración propia.

Estas cifras permiten determinar que las tipologías familiares que en esta población se destacan son la nuclear, la extensa y unipersonal. Entendiéndose que unipersonal se refiere a la familia que está constituida por una sola persona, la nuclear se conforma por la pareja ya sea con hijos o sin hijos, y la extensa se compone de pareja con hijos y otros parientes.

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

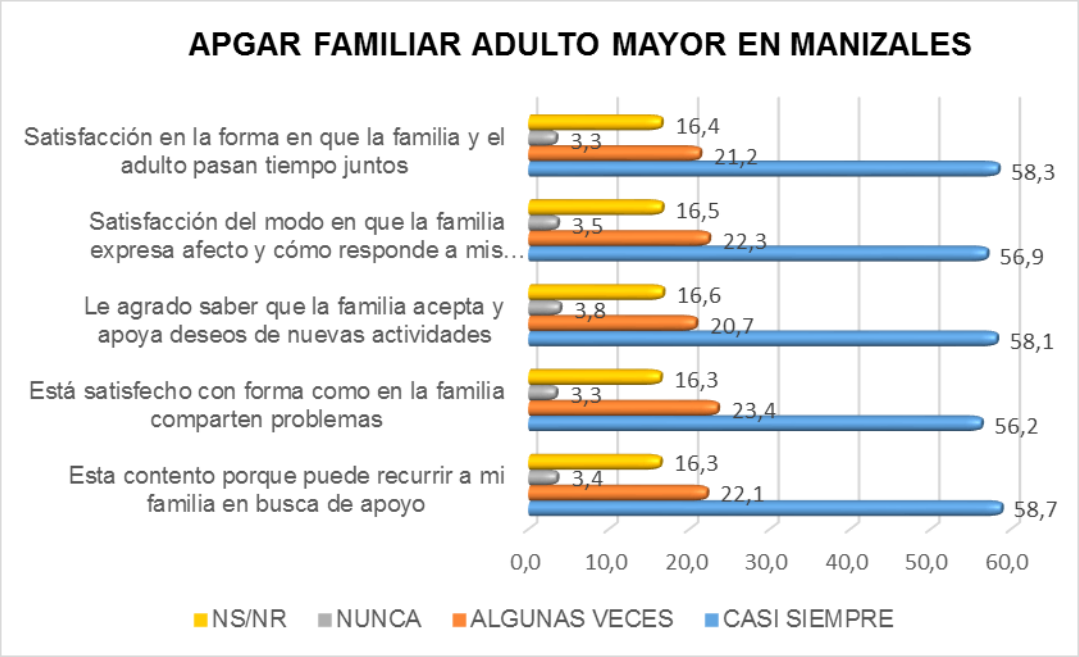
Cifras que encuentran puntos de coincidencia con las percepciones de esta población en el Departamento de Caldas, ya que según esta misma encuesta, el 34,7% de los adultos mayores reportaron estar muy satisfechos con las personas de su familia, un 20,6% lo calificó de “conforme” el grado de satisfacción y un 11,6% de adultos mayores se encuentran “insatisfechos”.

El componente Familiar (Gráfico 21) se analiza también a través del subcomponente de convivencia mediante el test APGAR[4] Familiar, el cual permite percibir por parte de los miembros de la familia el nivel de funcionalidad de la unidad familiar de forma global, teniendo en cuenta parámetros como: la adaptación, la participación, el crecimiento, el afecto y la resolución de conflictos; dicho instrumento se analiza a través de tres categorías, donde se les pidió a los adultos mayores calificar: 2 = Casi siempre, 1 = Algunas Veces y 0 = Casi Nunca, lo que permitía contrastarse con las clasificaciones del APGAR frente a las categoría de "muy funcional", "moderadamente disfuncional" y "grave disfunción", frente a cinco cuestionamientos: la ayuda que le brinda la familia cuando algo le preocupa, la satisfacción frente al modo como la familia habla las cosas y como comparten los problemas, el agrado frente a como la familia acepta y apoya los deseos de llevar nuevas actividades, la satisfacción frente al modo de la familia de expresarle el afecto y respuesta a emociones como cólera, tristeza y amor, y la satisfacción frente a la forma en que pasan el tiempo juntos (ver gráfico 22).

Logrando medir el grado de satisfacción con su familia, entendiendo por esta categoría "familia" a las personas con que permanentemente vive el adulto mayor, y para los que viven solos con las personas que reconocen emocionalmente más cercanas. El gráfico 22 muestra las puntuaciones valoradas en cada pregunta. Para el adulto mayor en Manizales la puntuación obtenida es entre 4 y 6 la cual sugiere una familia moderadamente disfuncional.[5]

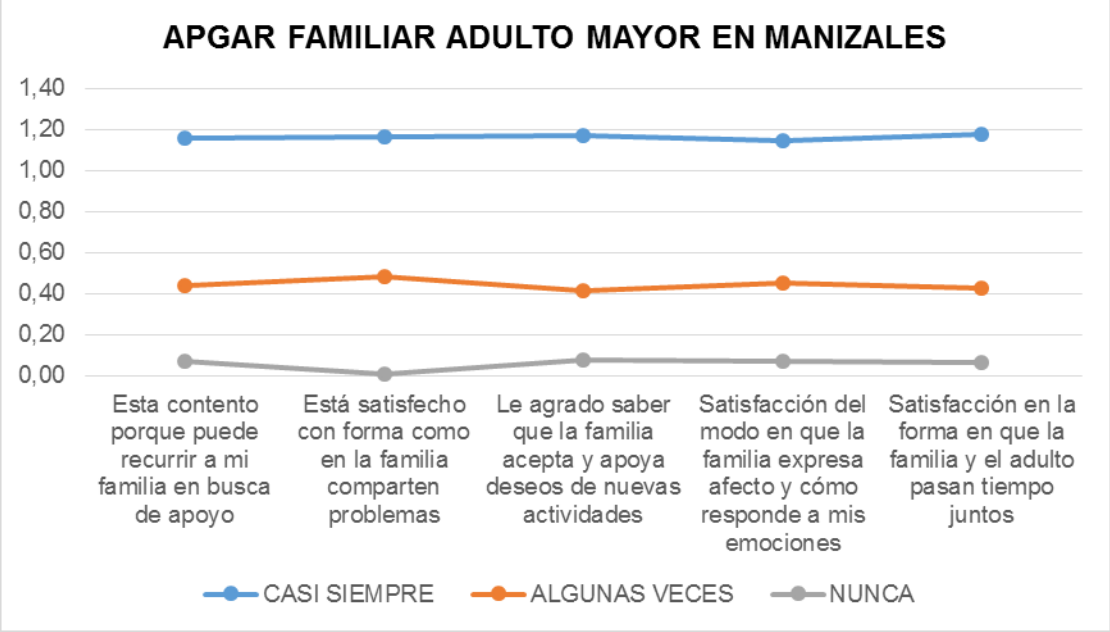
[4]Sigla inglés para denominar: Adaptability (Adaptabilidad), Parnertship (Cooperación), Grown (Desarrollo), Affection (Afectividad), Resolve (Capacidad Resolutiva).
[5] Según el instrumento tenido en cuenta "APGAR FAMILIAR", se identifica que la puntuación de 7 a 10 responde a la Familia que es muy funcional, de 4 a 6 responde a la Familia que es moderadamente disfuncional y de 1 a 4 responde a la Familia que presenta una grave disfunción.

Gráfico 21. Distribución porcentual de valoración por pregunta en APGAR Familiar del Adulto Mayor en Manizales



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 22. Diagrama de valoración por pregunta en APGAR Familiar del Adulto Mayor en Manizales

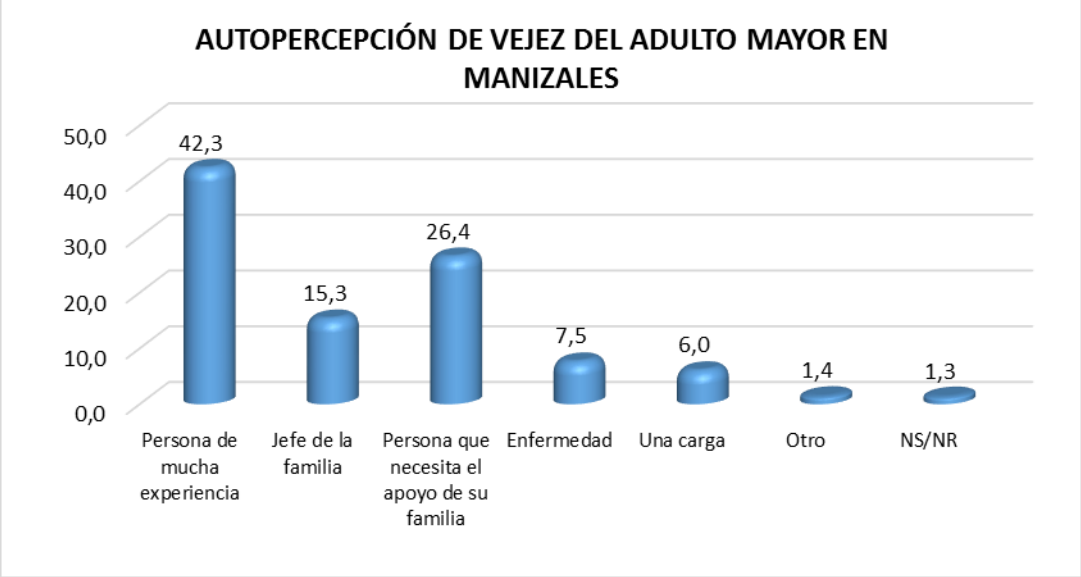


Fuente: Elaboración propia con base en APGAR Familiar diseñado por Smilkstein en Gómez y Rosas (2006).

En cuanto a la variable de autopercepción de vejez (Gráfico 23), los adultos mayores de Manizales se consideran personas de mucha experiencia (42,3%), seguido de considerarse una persona que necesita del apoyo de su familia (26,4%), y en tercer lugar se perciben como jefe de familia (15,3%).

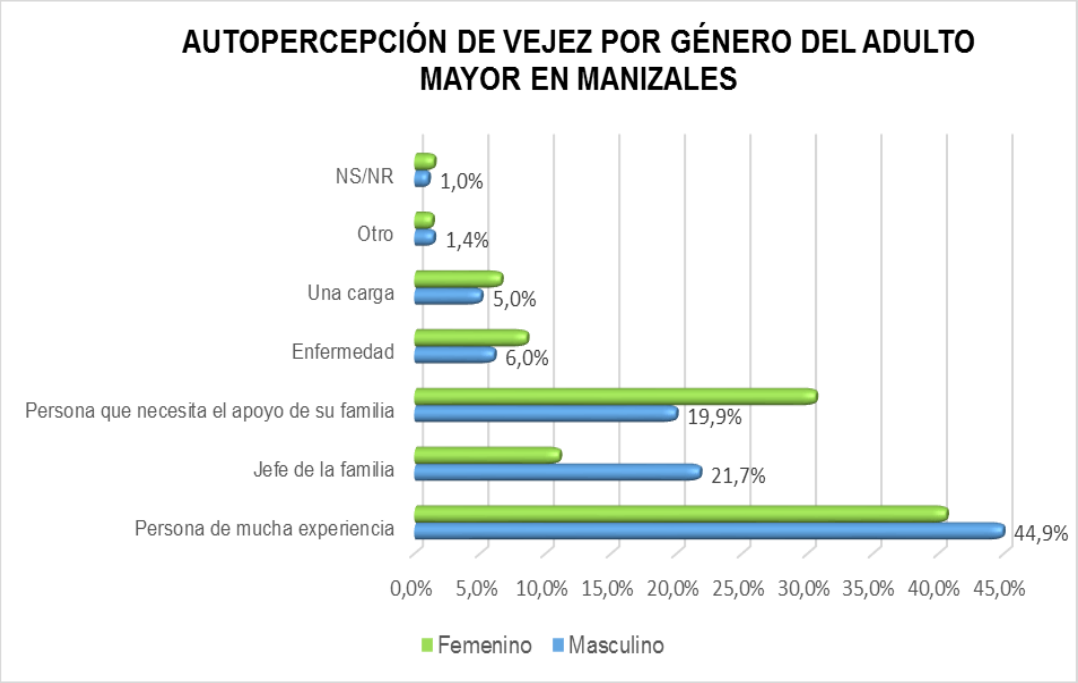
En el análisis de correspondencia por género y autopercepción de vejez en el Adulto Mayor en Manizales (Gráfico 24), se identifica que el género masculino prima la percepción de ser personas de mucha experiencia con un 44,9% y el género femenino en esta misma categoría representa un 40,6%. Por otra parte el género masculino considera en un 21,7% ser jefes del hogar, en contraste con el género femenino que lo resalta tan sólo en un 11%; y frente a ser personas que necesitan del apoyo de su familia el género masculino está en un 19,9%, en contraste con el género femenino en un 30,6%.

Gráfico 23. Distribución porcentual de la autopercepción de vejez en el Adulto Mayor en Manizales



Fuente: Elaboración propia.

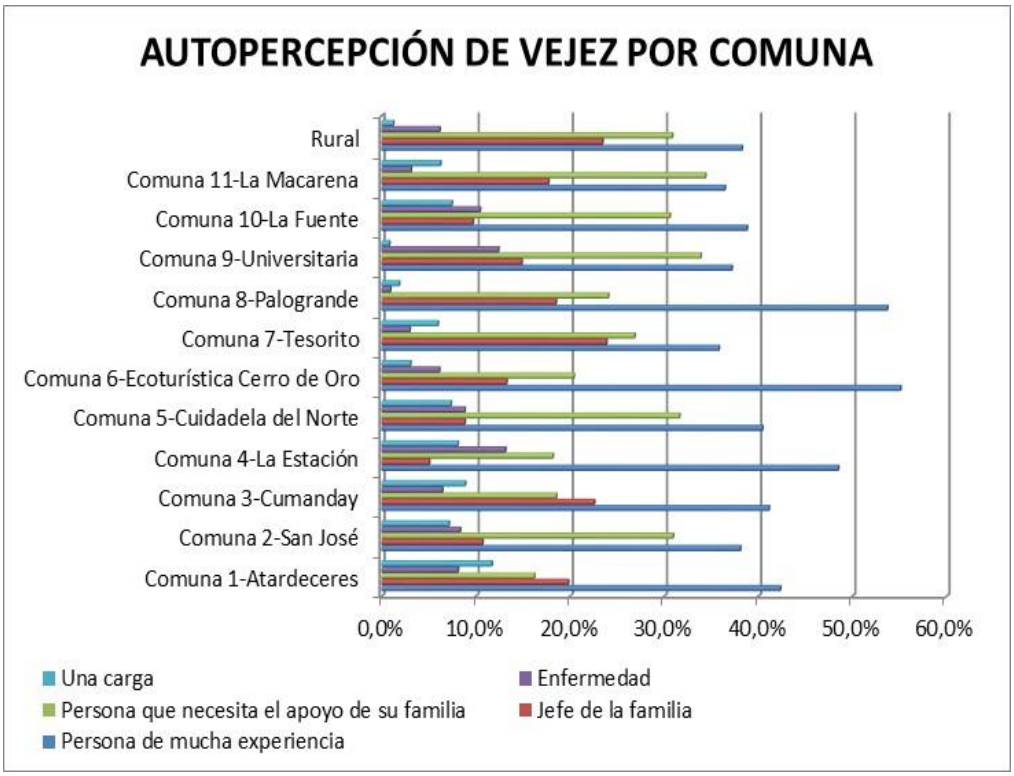
Gráfico 24. Distribución porcentual de la autopercepción de vejez por género del Adulto Mayor en Manizales



Fuente: Elaboración propia.

En el análisis de correspondencia por comunas y autopercepción de vejez, se identifican dos tendencias sobresalientes en el Adulto Mayor en Manizales, los cuales se perciben como personas de mucha experiencia en las comunas Eco turística Cerro de Oro y Palogrande principalmente sobrepasando un porcentaje del 50%, seguido de las comunas La Estación y Cumanday con en un porcentaje entre 40 y 48%, la categoría que continúa corresponde a persona que necesita el apoyo de su familia en las comunas la Macarena, Universitaria, Ciudadela del Norte, San José, y la Fuente estando entre un 30 y 34,4% y como jefe de familia en las comunas Tesorito y Cumanday con un rango entre el 22 y 23,9%. En la Zona Rural se identifica que sobresale con un 38,3% persona de mucha experiencia, seguido de un 30,9% persona que necesita el apoyo de su familia y con un 23,5% como jefe de familia (Gráfico 25).

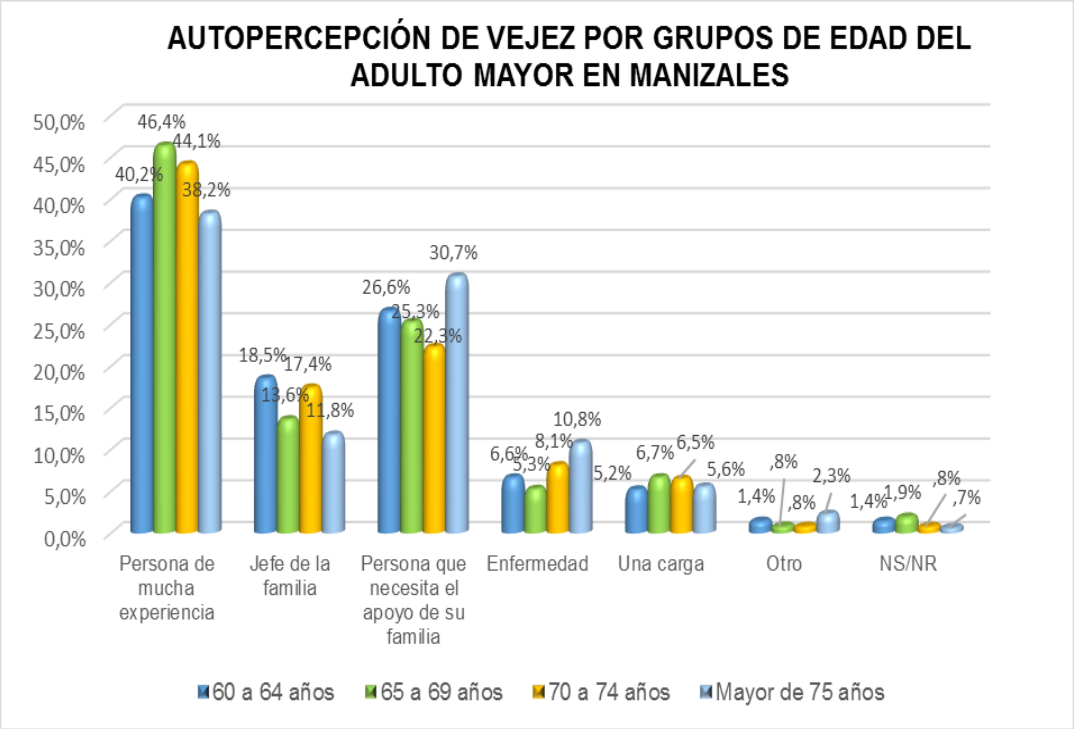
Gráfico 25. Distribución porcentual de la autopercepción de vejez por comuna del Adulto Mayor en Manizales



Fuente: Elaboración propia.

Otra correspondencia de análisis relevante responde a la autopercepción de vejez y la edad, en este punto se evidencia que la categoría que más predomina entre las edades de 60 a más de 75 años es la que consideran que ser anciano es ser una persona de mucha experiencia, y la que menos predomina es la categoría de percepción de la vejez como carga, esto se puede ver en el Gráfico 26.

Gráfico 26. Distribución porcentual de la autopercepción de vejez por Edad del Adulto Mayor en Manizales

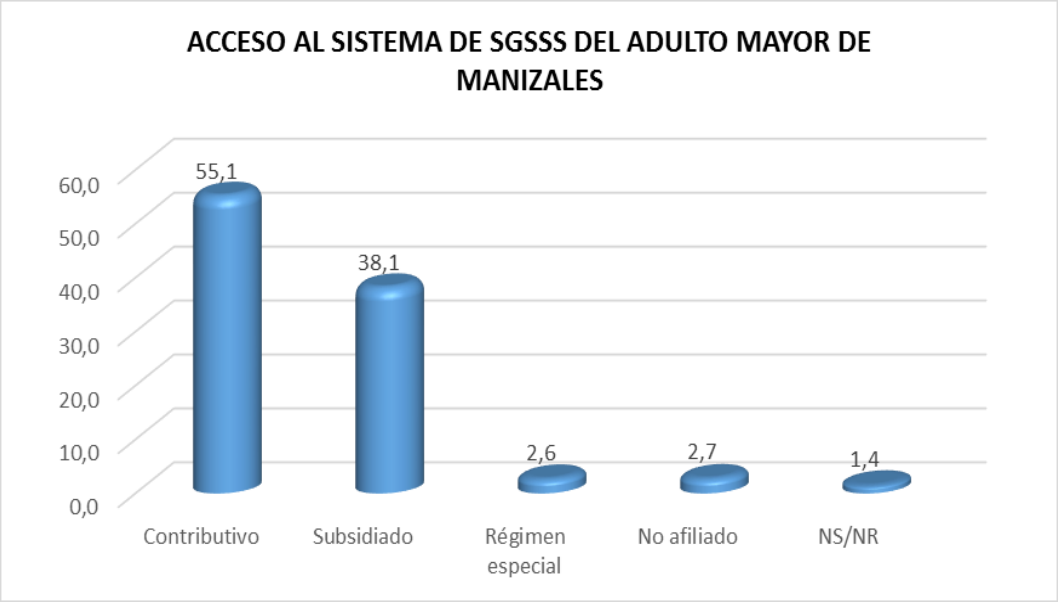


Fuente: Elaboración propia.

6.1.4 Características de la Salud del Adulto Mayor en Manizales

Para la variable acceso a Sistema de Seguridad Social y de Salud, de la población encuestada, el 55,1% pertenecen al régimen contributivo, 38% al régimen subsidiado, el 2.6% pertenecen al régimen especial y finalmente el 2.7% se encuentran sin vinculación al Sistema de Seguridad Social y de Salud Colombiano (Gráfico 27). Complementariamente, para la DTSC (2009), respecto a Manizales, para el año 2010, el 74% pertenecían al régimen contributivo; el 24% al régimen subsidiado y el 2.34% pertenecían a la condición de pobre no afiliado.

Gráfico 27. Distribución en el acceso al Sistema General de Seguridad Social y Salud del Adulto Mayor en Manizales.

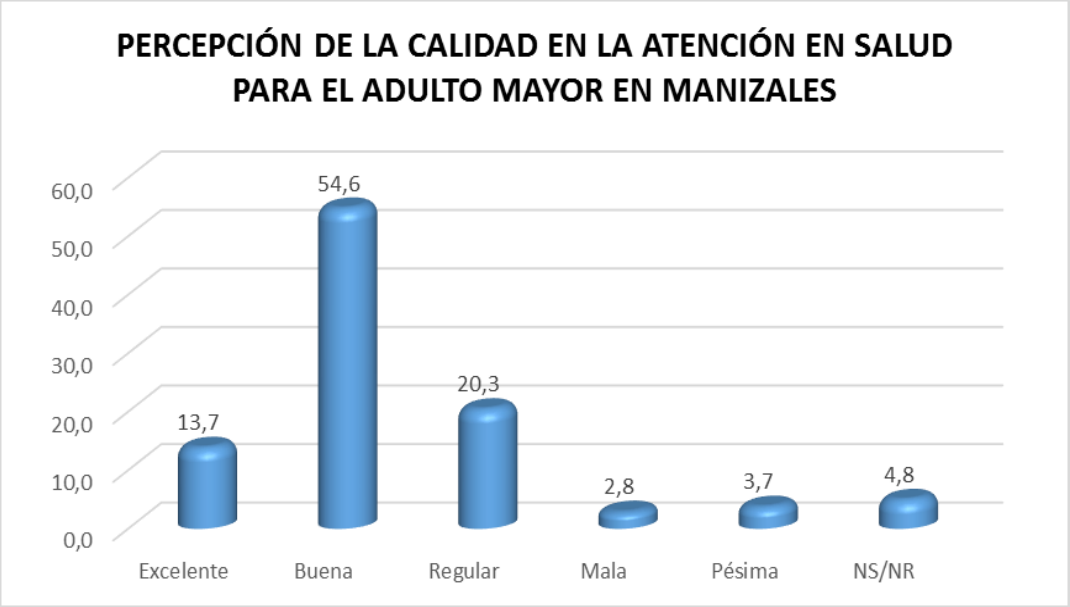


Fuente: Elaboración propia.

Es interesante ver, como según la Encuesta Nacional en Salud ENDS 2010, los que presentan menos discapacidad pertenecen a los regímenes contributivo y especial, por el contrario, los que más padecen discapacidad, pertenecen a los regímenes subsidiado y pobre no afiliado.
Con respecto a esta característica, para el 54,6% la calidad de la atención recibida en salud es buena, seguida de una calificación de regular para el 20,3%, Excelente para el 13,7%, pésima para el 3.7% y finalmente con una determinación de mala para el 2.8% (Gráfico 28).

Con respecto a las razones de no afiliación al Sistema General de Seguridad Social, se encuentra el 1,9% de los no afiliados se debe por falta de recursos, un 0,2% falta de interés, trámites administrativos y falta de conocimiento, finalizando con un 0,1% por falta de conocimiento.

Gráfico 28. Distribución porcentual de la percepción de la calidad de la atención en salud para el Adulto Mayor en Manizales



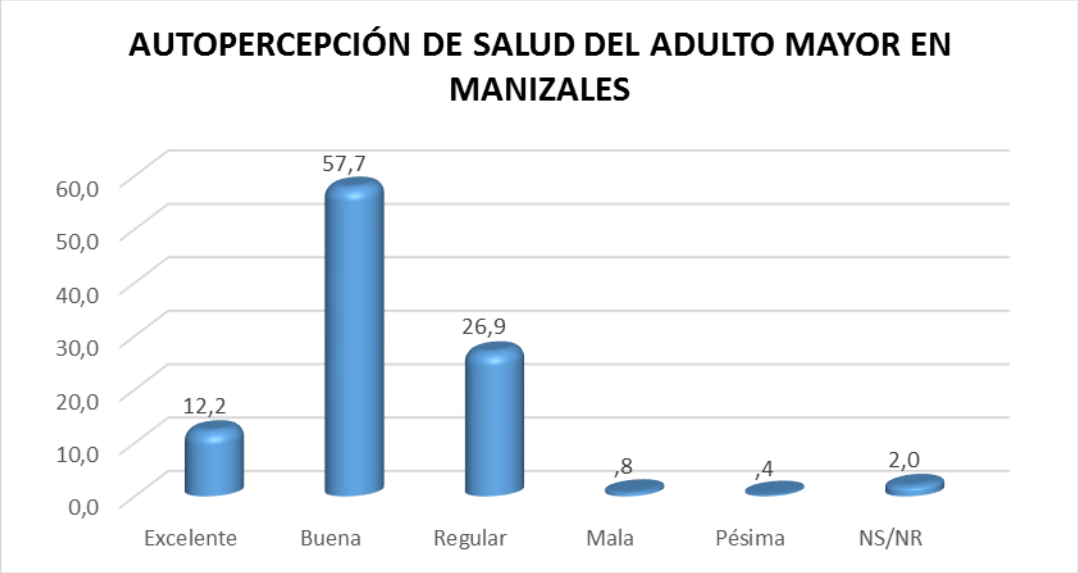
Fuente: Elaboración propia.

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

En éste orden de ideas la ENDS (2010) reporta como el 45% de los adultos sufren de hipertensión arterial, seguidas de alergias para el 17% y para artritis y enfermedad cardíaca para el 16%, diabetes para el 11%, finalizando con enfermedades pulmonares para el 10%, 7% para enfermedades respiratorias crónicas y problemas cerebrales, finalmente los porcentajes más bajos son para enfermedad renal crónica, cáncer y Alzheimer con un 1%. Con respecto a la valoración de la autopercepción de salud, el 57.7% de los adultos mayores encuestados su salud es

buena, para el 26.9% es regular, seguida de excelente para el 12.2% y finalmente mala y pésima para el 0.8 y 0.4% respectivamente (Gráfico 29).

Gráfico 29. Distribución porcentual de la autopercepción de salud de los adultos mayores



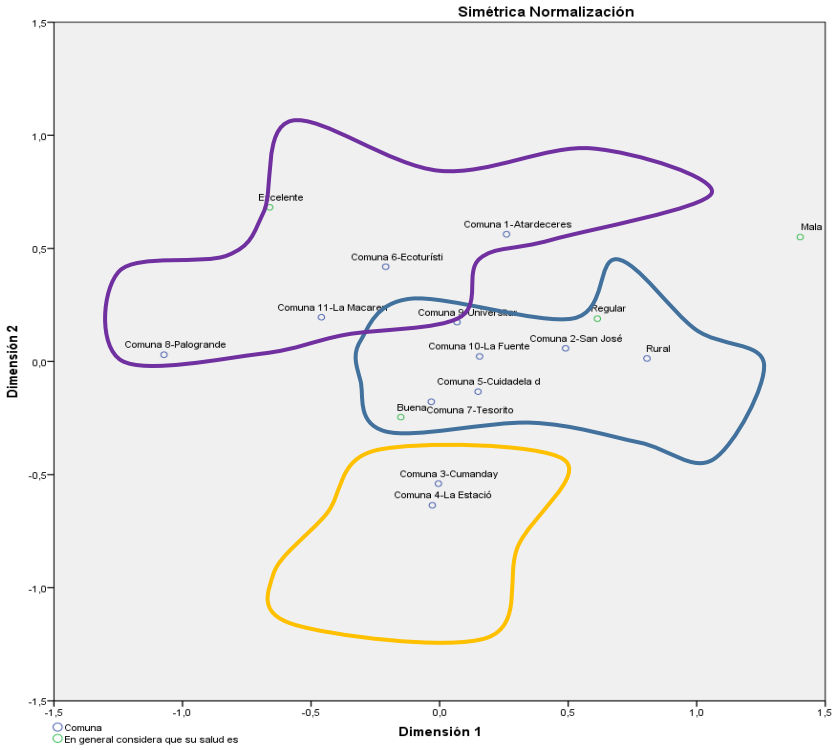
Fuente: Elaboración propia.

Específicamente para las comunas, se analiza de acuerdo a un mapa perceptual de correspondencia (Gráfico 30), en el cual sobresale que las comunas Universitaria, San José, La Fuente, Cumanday, La Estación y la zona rural, la autopercepción de salud que los adultos mayores tienen es que ésta es regular; por el contrario, las comunas de Ciudadela del Norte y Tesorito manifiestan tener una salud buena; seguidamente para las comunas Atardeceres, Ecoturística Cerro de Oro, La Macarena y Palogrande, califican su salud como Excelente.

Por parte de los resultados de la ENDS 2010, uno de cada diez adultos mayores considera su salud como excelente o muy buena, el 40% buena, 44% regular y el 6% malo. Sin embargo, es interesante ver como las mujeres, las personas mayores de 69 años y quienes tienen régimen

subsidiado o no están afiliadas, son quienes consideran tener peor su salud.

Gráfico 30. Mapa perceptual de correspondencia sobre la autopercepción de Salud del Adulto Mayor en Manizales por comunas



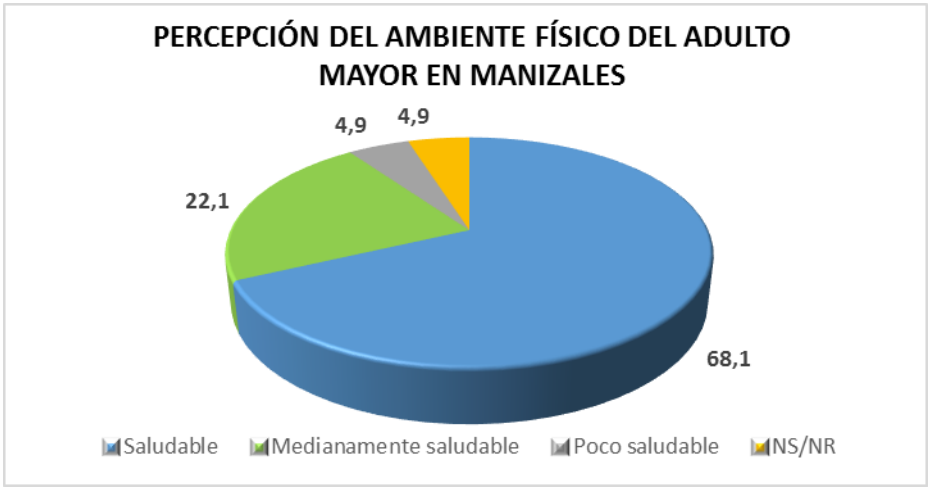
Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al tema de discapacidad, se diferencia como el 11.9% de la muestra presenta algún tipo de discapacidad, de los cuales el 6.2% tiene discapacidad física, y un 2.3 y 2.2% para discapacidad auditiva y visual respectivamente. Comparando éstos resultados con la Encuesta Nacional de Salud – ENDS 2010, se puede observar como las mayores dificultades de tipo permanentes para los adultos mayores son para moverse o caminar (13%); desplazarse en cortas distancias por problemas cardiorrespiratorios y problemas visuales (7%); 4% para usar brazos o manos y oír aún con aditamentos especiales; el 3% presentan dificultades permanentes para el autocuidado y el restante 2% para entender, aprender y relacionarse con los demás.

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

Con respecto al origen de la discapacidad, en el presente estudio según esta misma encuesta se ve como las permanentes son producidas principalmente por enfermedad, seguidas de accidentes y de nacimiento, muy pocas por problemas de violencia. Con respecto al género, se ve como las mujeres padecen discapacidad por causa de enfermedad, en cambio para los hombres por accidente. La percepción que tienen los adultos mayores encuestados sobre el ambiente físico a su alrededor, corresponde a saludable para el 68.1%; medianamente saludable para el 21.1%; seguido de poco saludable para el 4.9% (Gráfico 31).Con respecto a la valoración que los adultos mayores, le dan a la nutrición que llevan, el 82.3% consideran que es suficiente, por el contrario, el 14.9% la encuentran insuficiente.

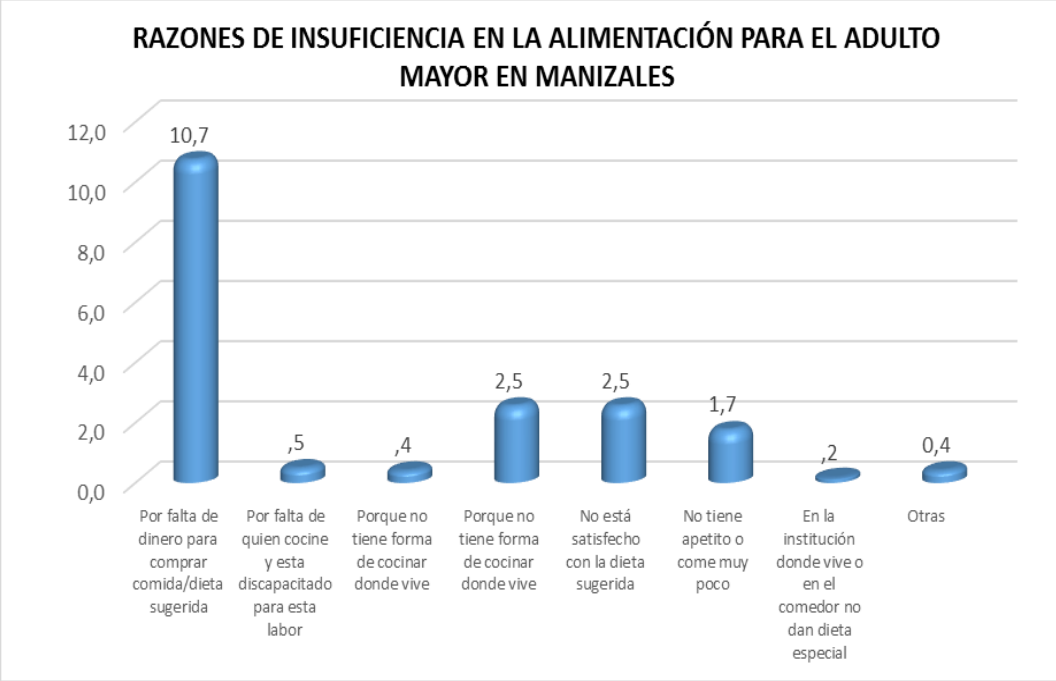
Gráfico 31. Distribución porcentual sobre la percepción de ambiente físico del adulto mayor.



Fuente: Elaboración propia.

Dentro de las razones de insuficiencia, el 10,7% considera que es por falta de dinero, seguida de un 2.5 que se encuentra insatisfecho con la dieta sugerida, por falta de apetito para el 1.7% el 0.5% por falta de alguien que cocine para ellos pues el anciano se encuentra incapacitado para hacerlo, un 0.4% que no tienen en dónde cocinar, finalizando con un 0.2% que consideran que en la institución donde vive no se le da una nutrición especial.

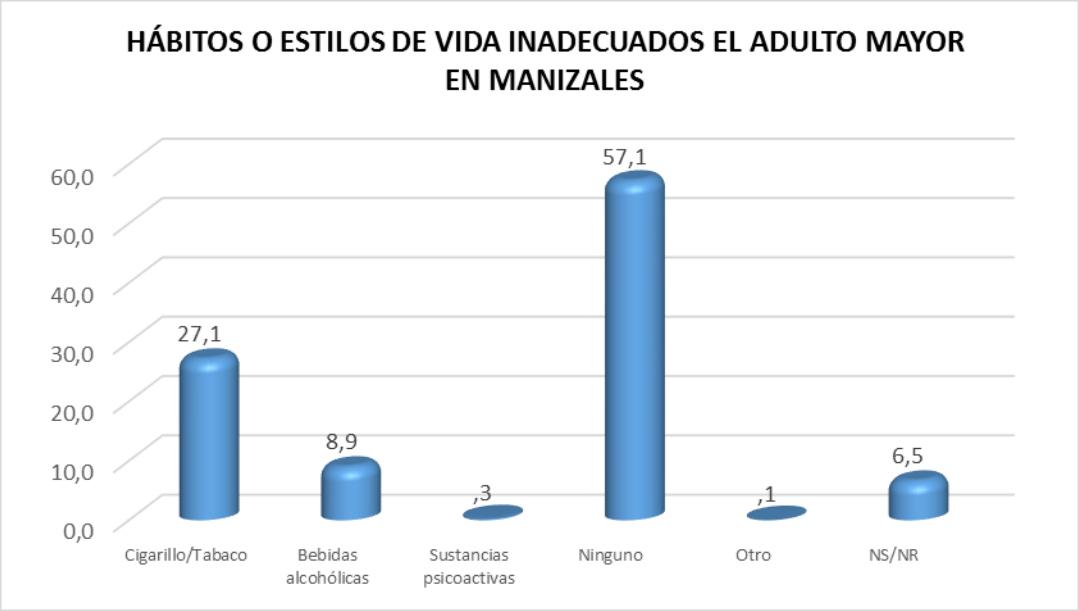
Gráfico 32. Distribución porcentual sobre razones de insuficiencia en la alimentación del adulto mayor en la ciudad de Manizales



Fuente: Elaboración propia.

Complementariamente en relación con los estilos de vida de los adultos encuestados, se encontró que el 27.1% consume cigarrillo, seguido del 8.3% que consume bebidas alcohólicas, finalizando con un 0.3% que consume otro tipo de sustancias psicoactivas. Es de rescatar que el 57.1% no realizan consumo de ninguna de estas u otro tipo de sustancias.

Gráfico 33. Distribución porcentual de los estilos de vida inadecuados de los Adultos Mayores en Manizales



Fuente: Elaboración propia.

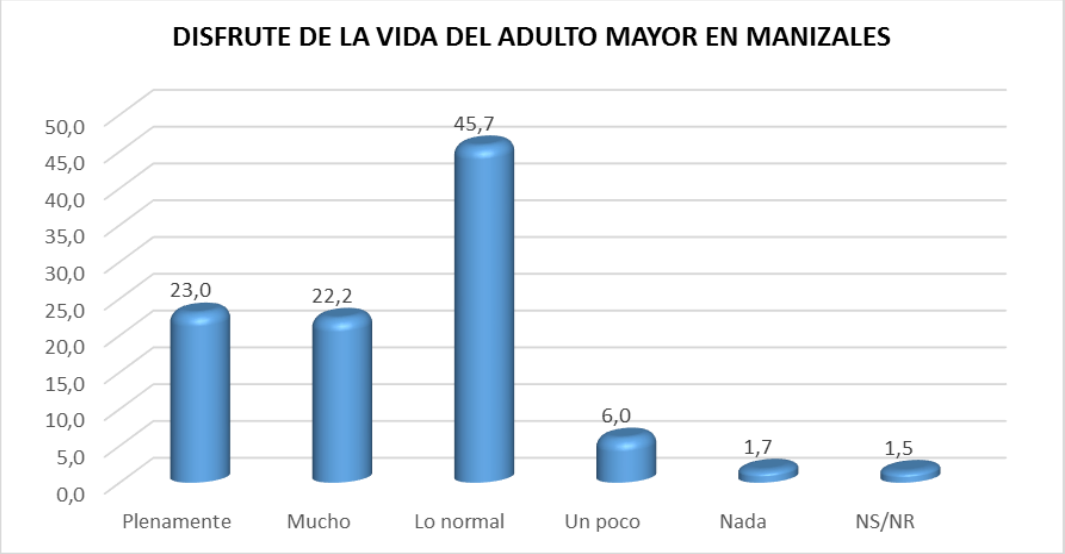
De igual manera para estilos de vida, con respecto a la realización de actividad física, el 54% de la población encuestada refirió realizar actividad física, realizada por el 18% por más de dos horas a la semana, seguida del 13,4% realizada de 30 a 60 minutos, y un 8.8% y 7.1% para de cero a 30 minutos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

Finalmente para la dimensión de salud, se encontró que con respecto al disfrute que tiene el adulto mayor con la vida, el 45.7% de los encuestados refiere ser normal y tan sólo un 23 y un 22.2% para plenamente y mucho respectivamente (Gráfico 34).

En la dimensión de salud, también se hace mención a la condición de salud y su relación con la autopercepción de la misma, en donde se encontró que de las 719 personas que padecen una enfermedad, el 56.4% auto perciben su salud entre excelente y buena; y de las 526 personas que no presentan una condición de salud alterada, 89,3% reportan que su

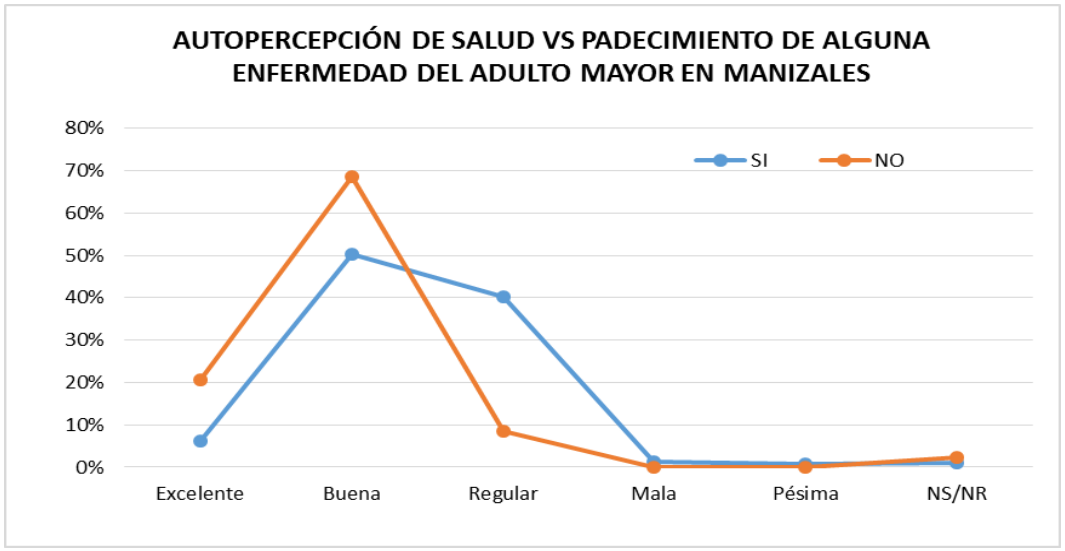
salud se encuentra entre iguales rangos, mostrando un alto nivel de asociación entre las variables (Grafico 35)

Gráfico 34. Distribución porcentual del disfrute de la vida del adulto mayor en Manizales



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 35. Distribución porcentual de la autopercepción de salud en relación al padecimiento de alguna enfermedad



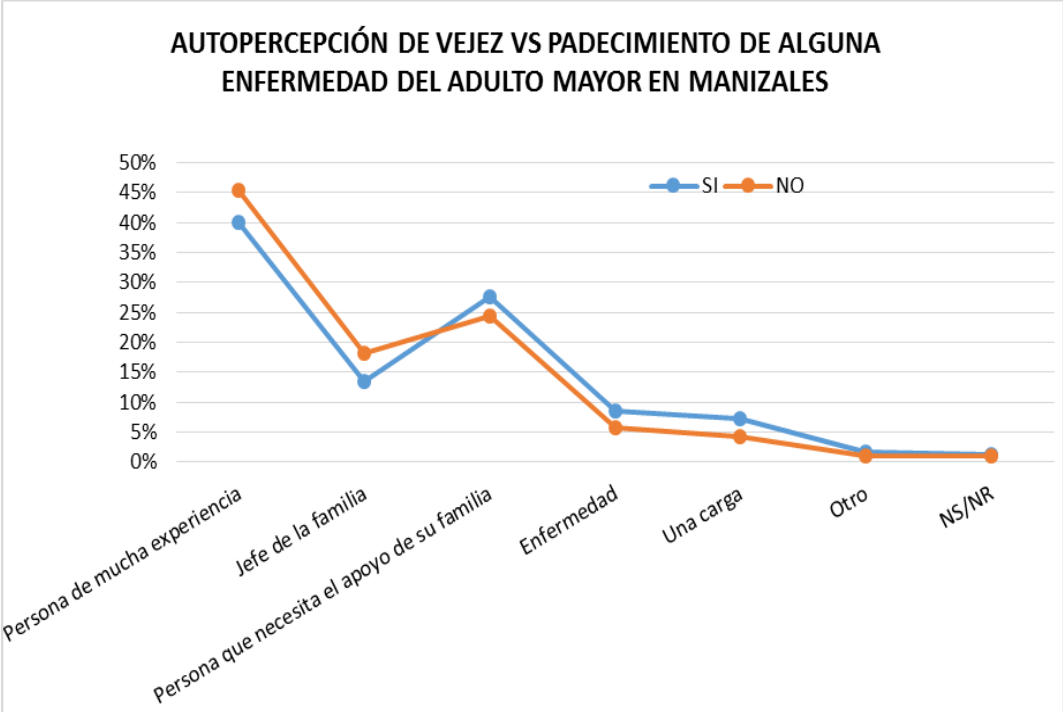
Fuente: Elaboración propia.

Con base en los resultados anteriores y la literatura revisada se observa que existe tendencia en los adultos mayores a subvalorar las dificultades resultantes de su condición de salud y considerar que la sintomatología existente es resultado del proceso normal de envejecimiento (GOMEZ ,2014). En la gráfica 36, se evidencia que el 90,6 de los encuestados aun manifestando que padecen de alguna enfermedad, se autoperciben con un estado salud entre buena y regular, ello debido posiblemente a que dichos cambios lo asocian más a un proceso normal d envejecimiento y no a una condición de salud alterada.

“El concepto de salud que tenga el adulto mayor se relacionará de manera determinante con una valoración subjetiva; es decir, que además de los cambios físicos visibles, este percibe su salud de acuerdo con sus habilidades funcionales, el bienestar psicológico y el soporte social con el que cuente” (Gallegos, García, Durán, Reyes & Durán, 2006). Así mismo, la autopercepción de salud, se constituye en la base del funcionamiento integral del ser humano, mediado a su vez por factores biopsicosociales que afectan el estilo de vida desde el contexto, la familia, los factores económicos, los cambios culturales y políticos(Cerquera Córdoba & Flórez Jaimes, 2010).

En la dimensión de salud, también se observa la relación existente entre la condición de salud y autopercepción de vejez, encontrando que el significado de ser anciano está centrado en tres categorías, que en su orden son, persona de mucha experiencia, persona que necesita el apoyo de su familia y jefe de familia, comportamiento que es similar, tanto para las personas que presentan una condición de salud alterada y no alterada con un nivel de significancia alto (Gráfico 36).

Gráfico 36. Distribución porcentual de la autopercepción de vejez en relación al padecimiento de alguna enfermedad



Fuente: Elaboración propia.

En este sentido, la autopercepción de la vejez corresponde a un proceso psicológico individual para cada persona, en el que envejece de acuerdo a cómo ha vivido durante toda su vida y conserva en la vejez lo esencial de las características psicológicas de la vida adulta.

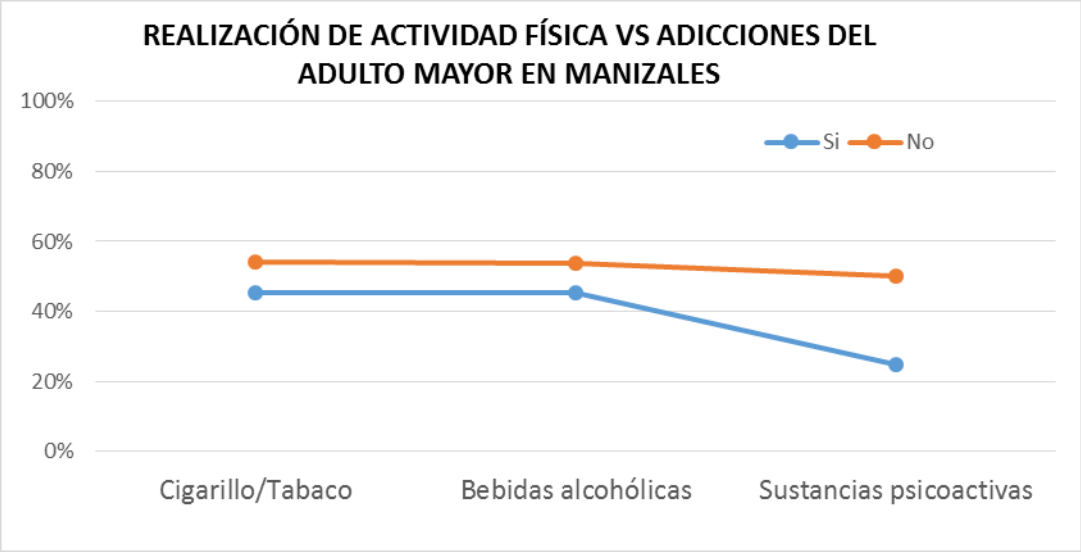
Para Gómez 2014, comprender los cambios psicológicos y las percepciones de la vejez, es necesario enmarcar al anciano en el contexto de su vida previa, pues los rasgos de personalidad se mantienen a lo largo de toda la vida; y esto se ve reflejado por el contexto sociocultural tradicional que tiene la región caldense, cuya economía se ha movido principalmente alrededor de los jefes de hogar, desempeñando estos un rol importante en la composición familiar; de aquí que el grafico permite inferir que los adultos mayores se auto perciben como personas de mucha

experiencia, jefes de familia y como personas que necesitan apoyo de los integrantes de su familia , se tenga o no una alteración en la condición de salud.

En esta dimensión al apreciar la relación existente entre los estilos de vida en materia de adicciones y la ejecución de actividad física (Gráfico 37) se observa en la gráfica que de las personas que practican actividad física el 45% consumen cigarrillo, 45,5% bebidas alcohólicas y el 25% sustancias psicoactivas, 58% no consume ninguno de los anteriores. Así pues, aunque los adultos mayores que realizan actividad física consumen menos de estos elementos respecto a quienes lo hacen, la situación evidencia que prevalecen prácticas inadecuadas o hábitos de vida en esta población pese al ejercicio físico.

Según (Max, 1993), los estilos de vida no se basan en lo que la persona produce, sino en lo que usa o consume; por lo tanto, los estilos de vida no se basan en la relación con los medios de producción sino con los de consumo, de tal forma que los grupos sociales adoptan ciertos modos de vida para expresar y mantener su identidad en el mundo social. Los comportamientos habituales saludables (caminar, relajarse, ejercicio o cualquier otro tipo de actividad física, entre otros) y los poco saludables (fumar, beber, comer en exceso, dejar actividades pendientes para última, entre otros) hacen parte del estilo de vida individual.

Gráfico 37. Distribución porcentual de las adicciones en relación a la actividad física



Fuente: Elaboración propia.

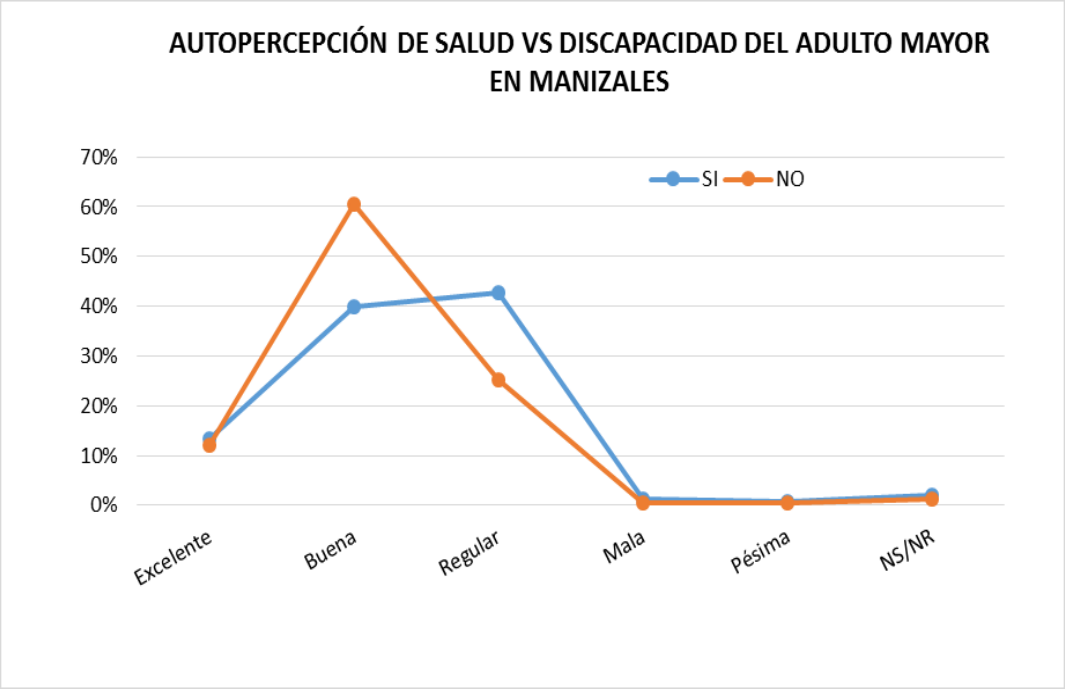
Por consiguiente, existe una relación dialéctica entre las opciones de vida y las oportunidades de vida fundamentado en elementos estructurales como las circunstancias de clase, las colectividades, la edad, el género, la etnia y las condiciones de vida, generando las oportunidades de vida. Y la agencia, relacionada con las oportunidades de vida y a su vez condicionada por la socialización y la experiencia de los individuos.

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

Al observar los resultados obtenidos en la encuesta sobre la autopercepción de salud en relación con la discapacidad, se encuentra que1006 personas mayores no presentan discapacidad, 150, si la presentan; y en ambos grupos consideran que su salud se encuentra entre excelente y buena (53.3%) (Gráfico 38); sin embargo es interesante encontrar porcentajes similares, 85.5% para las personas que no tiene discapacidad y 82.7% para las personas que si la tienen en donde consideran que su salud es entre buena y regular.

Para comprender dicha relación, es importante definir algunos términos como son la discapacidad y actividad. En relación al primer concepto la OMS, 2001 la define como “el resultado de una compleja entre la condición de salud de la persona y sus factores personales y los factores externos que representan las circunstancias en que viven esas personas”, y también definida por la CIF (salud, 2001), como toda restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Y la actividad como la naturaleza y nivel de rendimiento funcional de una persona. Las actividades pueden verse limitadas en naturaleza, duración y calidad. La limitación de la actividad (antes discapacidad) es la dificultad que tiene la persona para realizar lograr o termina una actividad.

Gráfico 38. Distribución porcentual de la autopercepción de salud en relación a la discapacidad



Fuente: Elaboración propia.

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

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

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

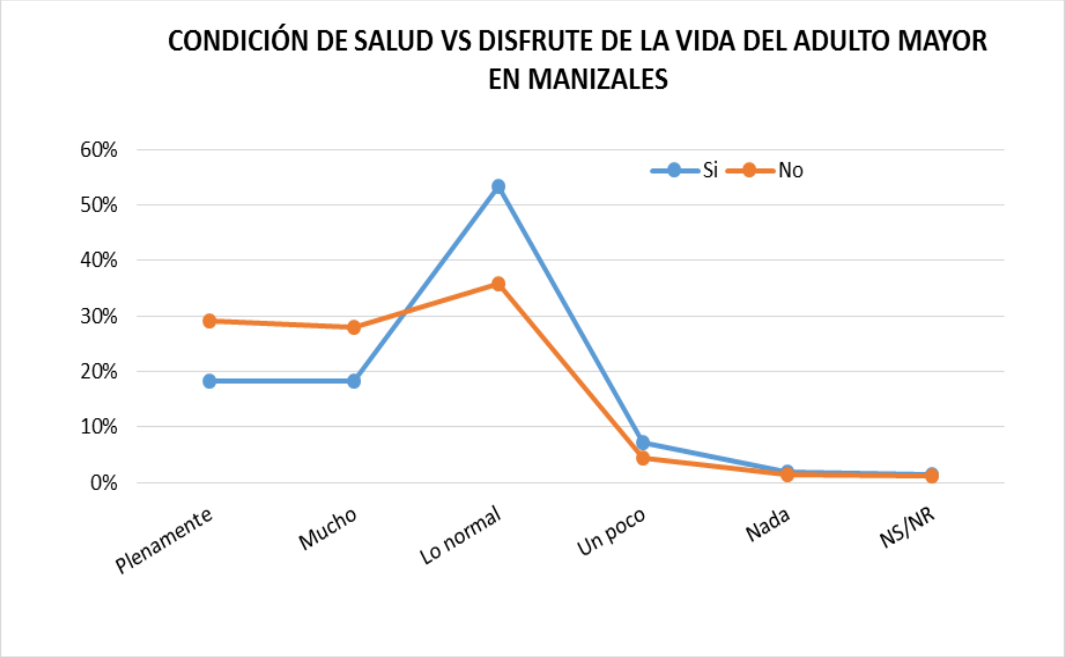
Por otro lado, entre las personas que no padecen alguna enfermedad se encuentra que el 57% disfrutan entre plenamente y mucho de la vida, mientras que las personas que no sufren alguna enfermedad la disfrutan en un 36.4%: en este orden de ideas, el presentar una enfermedad puede afectar las emociones,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

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

Aunque existe una relación entre el ingreso y la salud (OMS, 2004), esa relación puede ser o no muy importante, dependiendo de otros factores, como el tener la posibilidad no solo de vivir, sino en la posibilidad de vivir y de disfrutar de una buena vida a lo largo de la existencia, la utilidad de los

ingresos radica en las cosas que permite hacer al adulto mayor y las libertades sustantivas que les ayuda a conseguir, incluida la libertad de vivir bien.

Gráfico 39. Distribución porcentual de la condición de salud en relación al disfrute del Adulto Mayor en Manizales

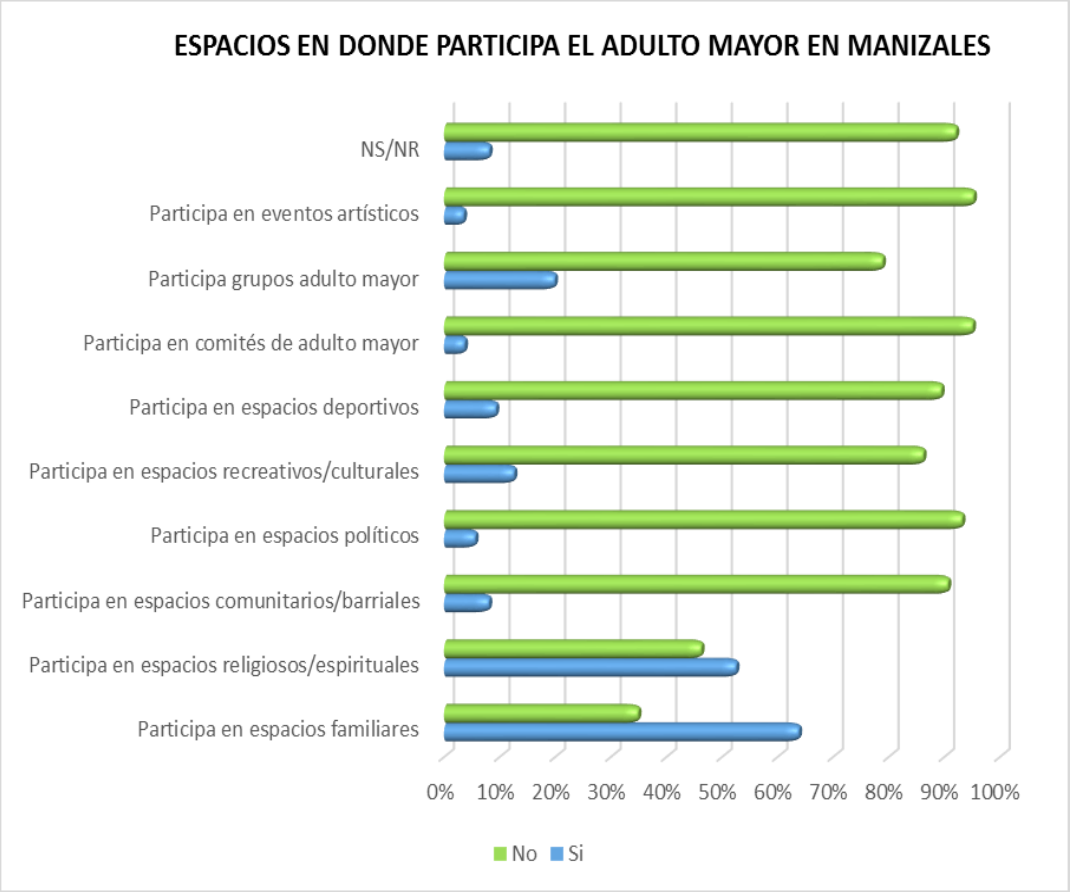


Fuente: Elaboración propia.

6.1.5 Características de Participación del Adulto Mayor en Manizales

Las características de participación se refieren a los principales espacios que frecuenta y de los cuales se hace participe el adulto mayor en Manizales. Al respecto, los encuestados manifiestan que participan en escenarios familiares (63,7%), seguido de escenarios religiosos (52,4%), por otra parte señalan la participación en grupos de adulto mayor la cual responde a (19,8%); en contraste encontramos que la participación más baja es en eventos artísticos siendo solo de (3,4%) (Ver gráfico 40).

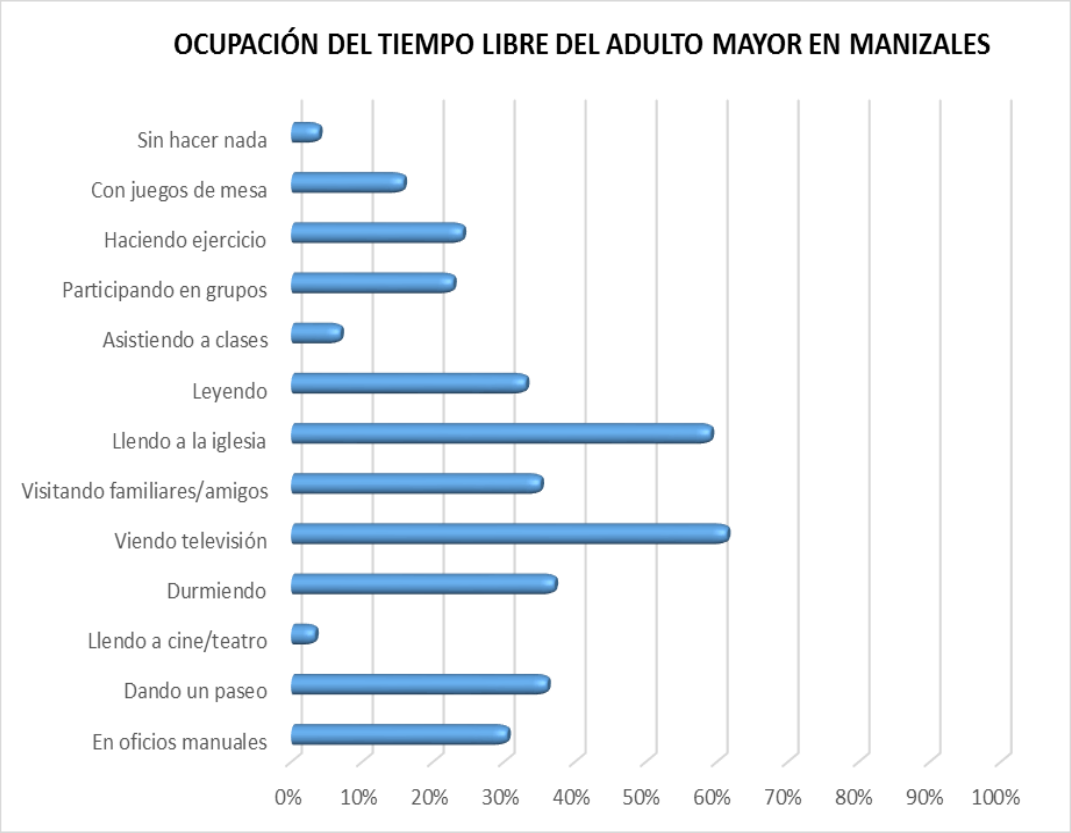
Gráfico 40. Distribución porcentual de los espacios de participación en donde participa el Adulto Mayor de Manizales



Fuente: Elaboración propia.

En la destinación del tiempo libre se identifica que el 61,3% de los adultos mayores ocupan su tiempo libre para ver televisión, seguido de un 59% en asistir a los actos religiosos, también se evidencia un 37% en dormir, el 36% asisten a paseos, el 35% visitando a familiares y amigos, el 33% leyendo, en contraste con un 3,4% de adultos mayores que manifiestan no hacer nada en su tiempo libre.

Gráfico 41. Distribución porcentual de la ocupación del tiempo libre del adulto mayor en Manizales



Fuente: Elaboración propia.

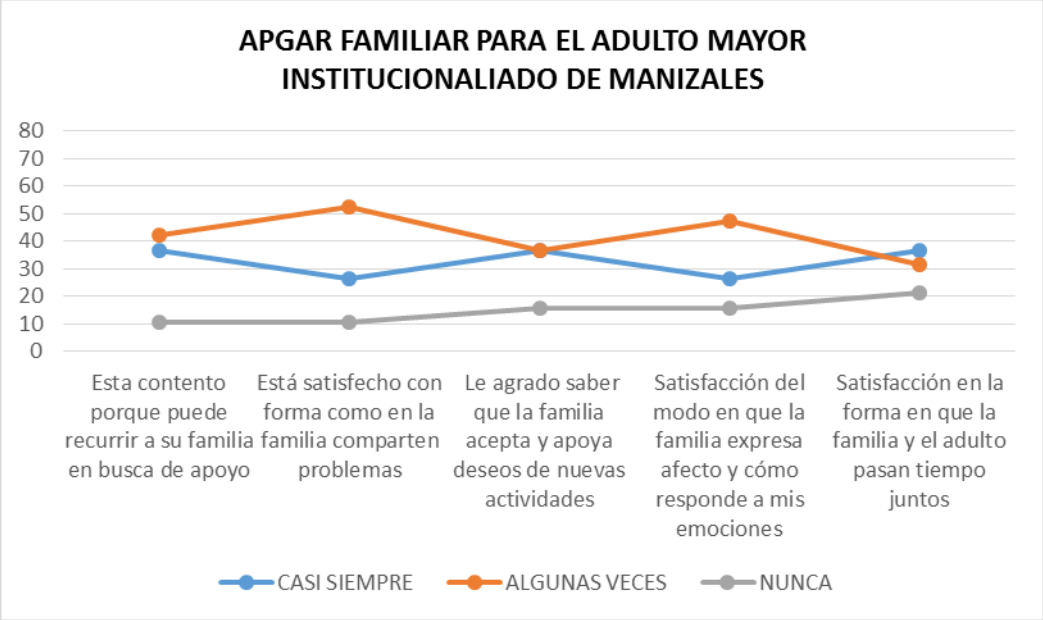
En relación a la participación la tendencia muestra que los programas deben ser orientados hacia el involucramiento del adulto mayor en la toma de decisiones (44,9%), seguida de un (30,9%) de concursos-eventos e integración social y participación ciudadana (30,7%). Las otras iniciativas mencionan en términos generales aspectos relacionados con la inclusión, la solidaridad y el intercambio de saberes socioculturales. Aspectos que serán ampliados en el apartado de las propuestas.

6.1.6 Análisis población institucionalizados

Con respecto a la satisfacción de los ancianos institucionalizados al recurrir en búsqueda de apoyo con la familia, se encuentra que el 36,8%

considera que casi siempre lo hace, mientras un 42,1% acude algunas veces. Consideración que puede estar relacionada con la conformación familiar del adulto mayor institucionalizado, donde posiblemente los hijos trabajan y prefieren tener al abuelo (a) con pares en estas instituciones. Según algunos comentarios de los coordinadores de los centros, existen muchos adultos mayores que no tiene familiar y que no gozan de los beneficios otorgados por el estado, por lo que viven de la caridad y acogimiento de éstos.

Gráfico 42. Distribución porcentual del APGAR Familiar para el Adulto Mayor Institucionalizado en Manizales



Fuente: Elaboración propia

Los resultados de la satisfacción de los ancianos institucionalizados con la forma como en la familia se comparten los problemas, el 52,6% consideran que algunas veces, finalizando con el 26,3%. Para el agrado al saber que la familia acepta y apoya los deseos de nuevas actividades por parte de los ancianos institucionalizados, el 36,8% considera que algunas veces, el 36,8% casi siempre y finalmente para Nunca un 15,8%.

Con respecto a la satisfacción con el modo en que la familia expresa afecto y cómo responde a las emociones del anciano, el 47,7% da una calificación de algunas veces, el 26,3% de casi siempre, el 15,8% considera que nunca.

Finalmente, con respecto a la satisfacción de los ancianos institucionalizados con la forma en que pasan tiempo con la familia, el 36,8% responden casi siempre, el 31,6% algunas veces, seguido del 21,1% para nunca.

Es interesante observar como en la literatura se ha descrito el importante papel que tiene la familia con respecto a las posibilidades de satisfacción personal que pueden tener los adultos mayores, siendo que ésta, representa la primera posibilidad de apoyo de los ancianos. Sin embargo, estudios recientes hacen referencia al reto que actualmente tienen los adultos mayores que hacen parte de países en desarrollo al enfrentar la necesidad de cómo satisfacer sus necesidades de apoyo familiar, en las actuales condiciones culturales que hacen que las dinámicas familiares sean cambiantes y complejas.

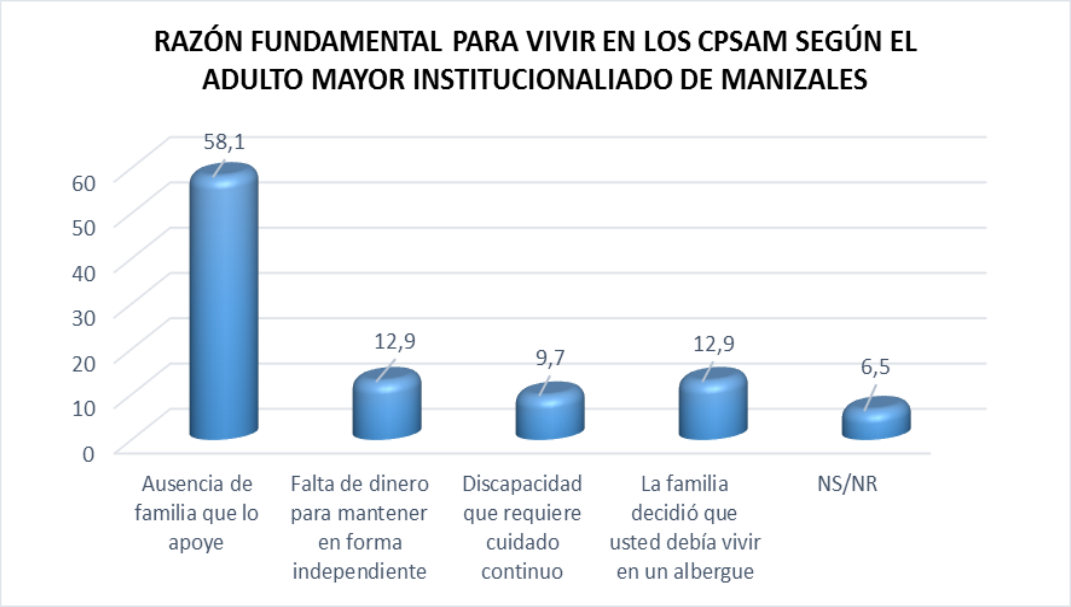
Y Colombia no es ajena a esta realizar, a lo lardo de las últimas décadas ha pasado de tener una sociedad tradicional agrícola, donde se consideraban importantes el saber y el poder de los viejos (lo cual les garantizaba autoridad y respeto), a ser una sociedad en transición hacia lo moderno-urbano, en la cual se da más valor social al trabajo, a la productividad y al desarrollo tecnológico, lo cual garantiza el poder, la autoridad y es respeto a los adultos jóvenes; por lo que es fácil suponer que los lazos familiares entre generaciones se han debilitado en las sociedades actuales por los cambios experimentados, pero lo que ocurre es que la familia atiende y cuida de otra manera, teniendo el agravante de que en los países en desarrollo, las históricas condiciones económicas no

han permitido instaurar suficientes medidas para cubrir las necesidades de la población GÓMEZ, 2014.

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

En cuanto a las razones para optar por vivir en los CPSAM el 58,1% de los adultos mayores viven en Centros de Protección debido a ausencia de familia que los apoye, el 12,9% por falta de dinero para mantenerse independientemente o porque la familia decidió que ellos debían vivir en un Centro, seguido del 9,7% debido a discapacidad (Gráfico 43).

Gráfico 43. Distribución porcentual sobre la razón fundamental para vivir en los CPSAM el Adulto Mayor Institucionalizado en Manizales

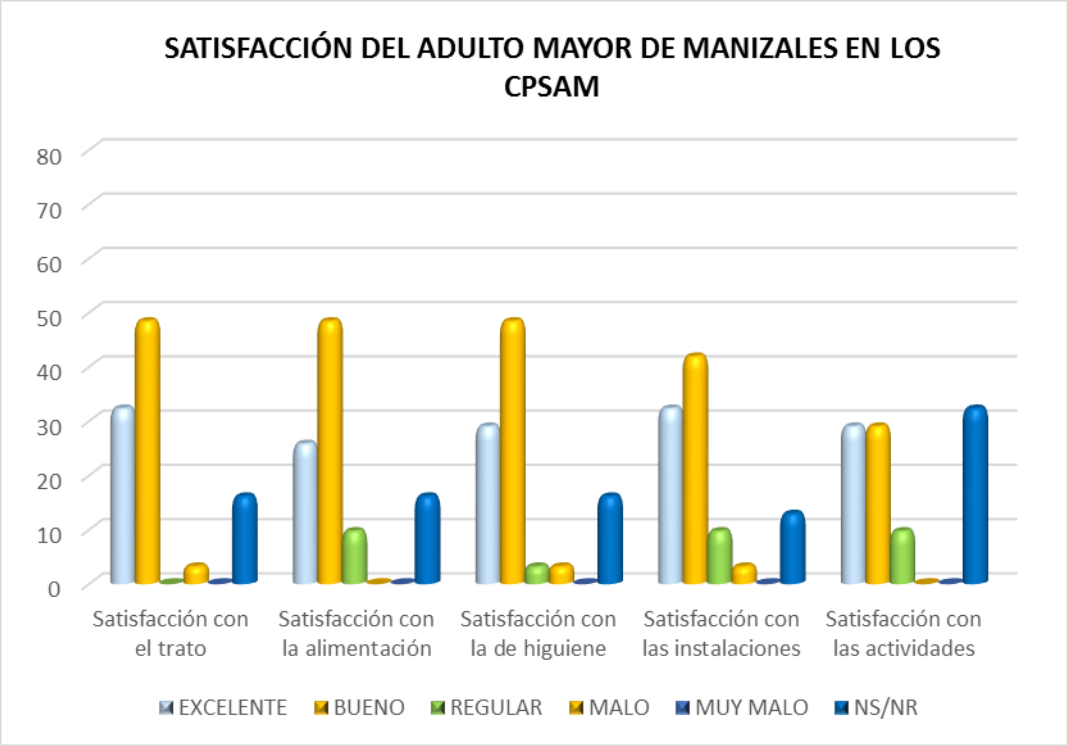


Fuente: Elaboración propia

En este sentido, tanto la literatura como la experiencia con el adulto mayor, ha podido establecer cómo cuidar un anciano con una enfermedad crónica significa una gran carga y responsabilidad emocional para toda la familia, lo que de igual manera implica grandes cambios en el funcionamiento de la familia, verse en la necesidad de modificar patrones de funcionamiento, manejo del tiempo y roles familiares, lo que favorecen el riego de institucionalización.

Por ésta razón se ven obligados a ser trasladados a un Centro de Protección Social, en donde se busca satisfacer y responder a las demandas y necesidades de los ancianos, tal como se muestra en el gráfico 44.

Gráfico 44. Distribución porcentual sobre la razón fundamental para vivir en los CPSAM el Adulto Mayor Institucionalizado en Manizales



Fuente: Elaboración propia

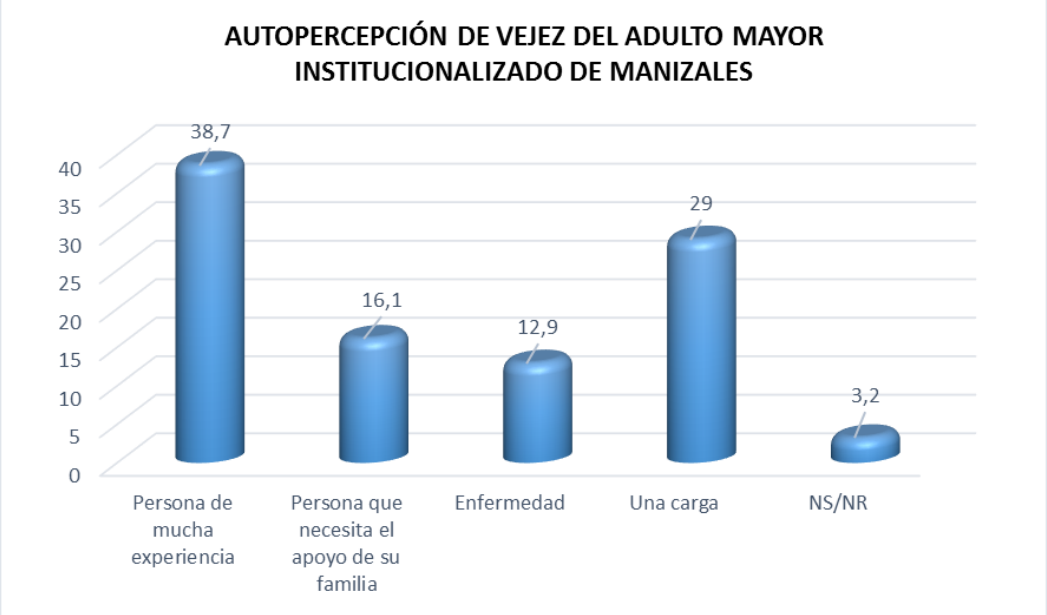
Con respecto a la satisfacción con trato recibido en los Centros de Protección Social, el 48,4% de la población institucionalizada encuestada, considera que es bueno, el 32,3% excelente y un restante 3,2% considera que es malo. En referencia con la satisfacción con la alimentación en los Centros, el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

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

buenas y excelentes y el restante 9,7% considera que son regulares.Con respecto a la auto-percepción de vejez que tienen los ancianos institucionalizados, se observó que para el 38,7% representa ser una persona de mucha experiencia, para el 29% una carga, para el 16,1% una persona que necesita del apoyo de su familia, para el 12,9% es sinónimo de enfermedad (Gráfico 45).

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

Gráfico 45. Distribución porcentual sobre la autopercepción de vejez del Adulto Mayor Institucionalizado en Manizales

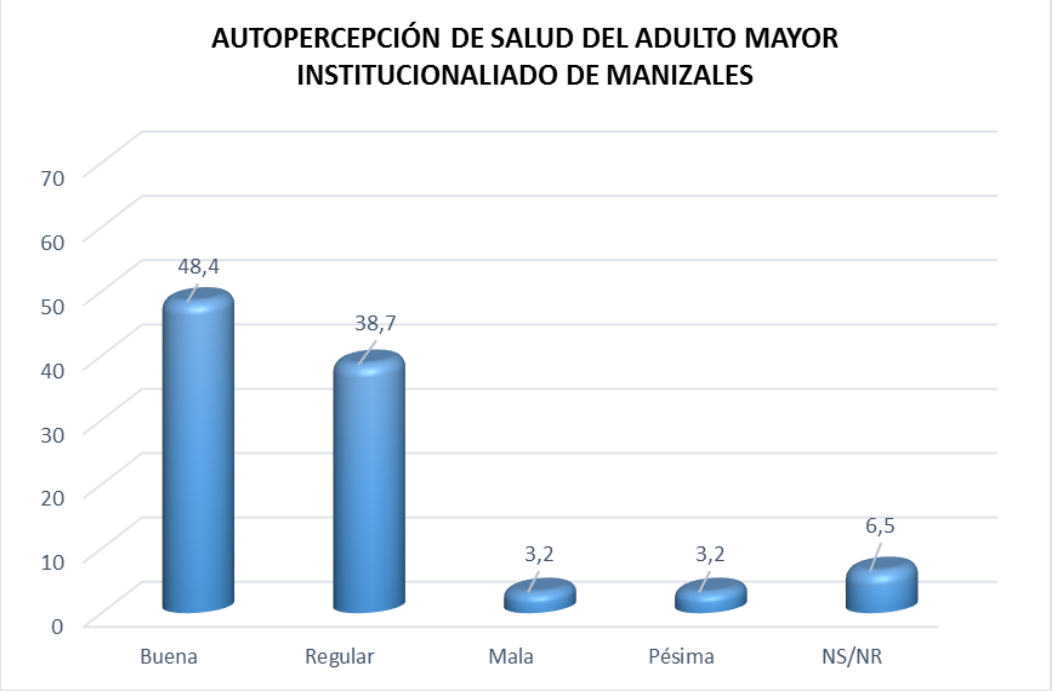


Fuente: Elaboración propia

En éste sentido es posible comparar relaciones entre la auto-percepción de la vejez con la auto-percepción de salud, las cuales, contrastadas con los ancianos institucionalizados muestran una buena percepción de su propia condición de salud (Gráfico 46). Como se observa, para el 48,4% de la población encuestada, su percepción de salud es buena, seguida de excelente para el 38,7% y un restante 3,2% para mala y pésima respectivamente.

En estudio realizado en Chile con respecto a la percepción de los adultos mayores institucionalizados (Muñoz Espinosa, 2005), se encontró que en general lo adultos mayores tienen una percepción positiva de sí mismos, puesto que a pesar de que en la vejez suceden cambios físicos y biológicos propios del proceso de envejecimiento, éstos no interfieren del todo para la realización de las actividades grupales o recreativas.

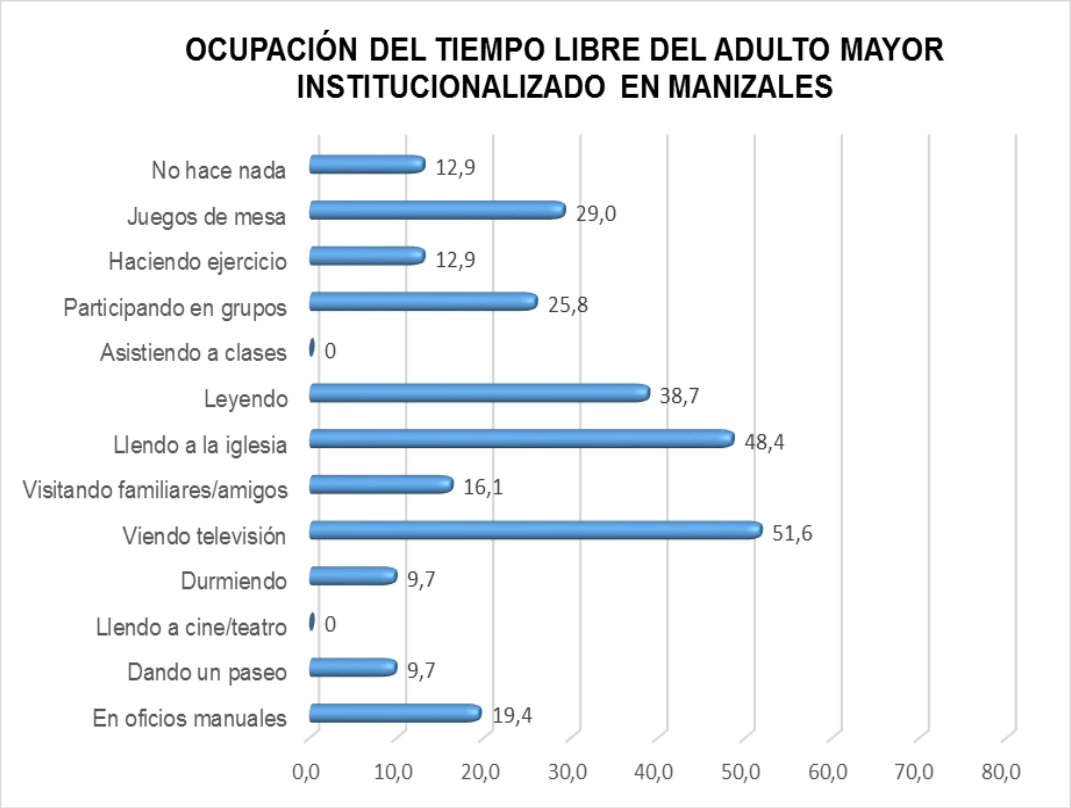
Gráfico 46. Distribución porcentual sobre la autopercepción de salud del Adulto Mayor Institucionalizado en Manizales



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la ocupación del tiempo libre en los ancianos institucionalizados se encuentra que en primero lo invierten llendo a la Iglesia con un 48,4%, seguido de juegos de mesa con un 29%, participando en grupos 25,8%, oficios manuales 19,4%, visitando familiares/amigos 16,1%, sin hacer nada 12,95, dando un paseo 9,7%, finalizando con 0% para cine o teatro.

Gráfico 47. Distribución porcentual sobre la destinación del tiempo libre del Adulto Mayor Institucionalizado en Manizales



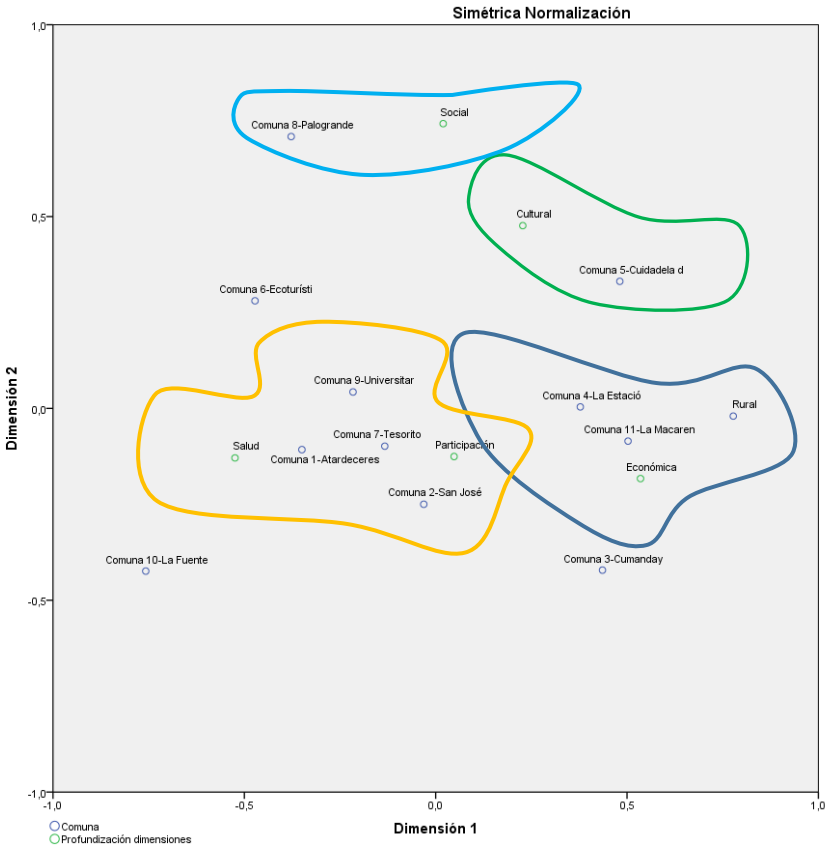
Fuente: Elaboración propia

6.1.7 Características de orden propositivo

Con la finalidad de identificar, las características que el adulto mayor visualiza se deben profundizar en la Política Pública, se realiza un mapa perceptual de correspondencia entre las comunas y las dimensiones (Gráfico 48), en el cual se observa que las comunas Estación, Macarena y

la zona rural, identifican una necesidad de profundizar en aspectos económicos; por su parte las comunas Universitaria, Tesorito, Atardeceres y San José se corresponden mejor con los aspectos de salud y participación. En cuanto a las características de orden social hay mayor correspondencia con la comuna Palogrande, mientras que en lo cultural se identifica mayor solicitud en la comuna Ciudadela del Norte.

Gráfico 48. Mapa perceptual de corresponsabilidad entre las comunas y la dimensión de profundización en la Política Pública.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los programas o proyectos que se visualizan los adultos mayores, deben ser abordados en la política pública de forma específica, éstos se muestran por cada dimensión teniendo en cuenta que su evaluación fue de respuesta múltiple. Para dimensión económica (Gráfico 49) los resultados muestran una tendencia mayoritariamente hacia los

subsidios (69,2%), seguido de programas que fomenten el empleo para el adulto mayor (45,8%).

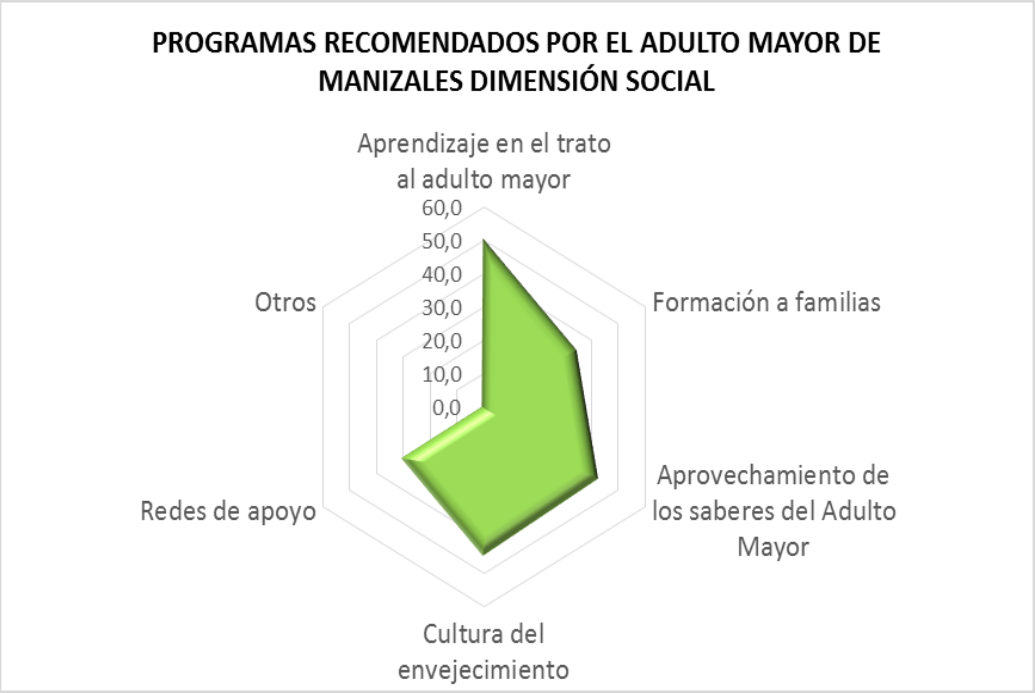
Gráfico 49. Distribución porcentual de programas/proyectos para profundización en la política pública según los adultos mayores en Manizales- Dimensión Económica

Fuente: Elaboración propia

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

En la dimensión social (Gráfico 50), sobresalen los programas orientados al aprendizaje en el trato al adulto mayor (50,7%), relacionado con el aprovechamiento de los saberes de esta población (442,4%) y lo relacionado a la cultura del envejecimiento (44,5%).

Gráfico 50. Distribución porcentual de programas/proyectos para profundización en la política pública según los adultos mayores en Manizales- Dimensión Social



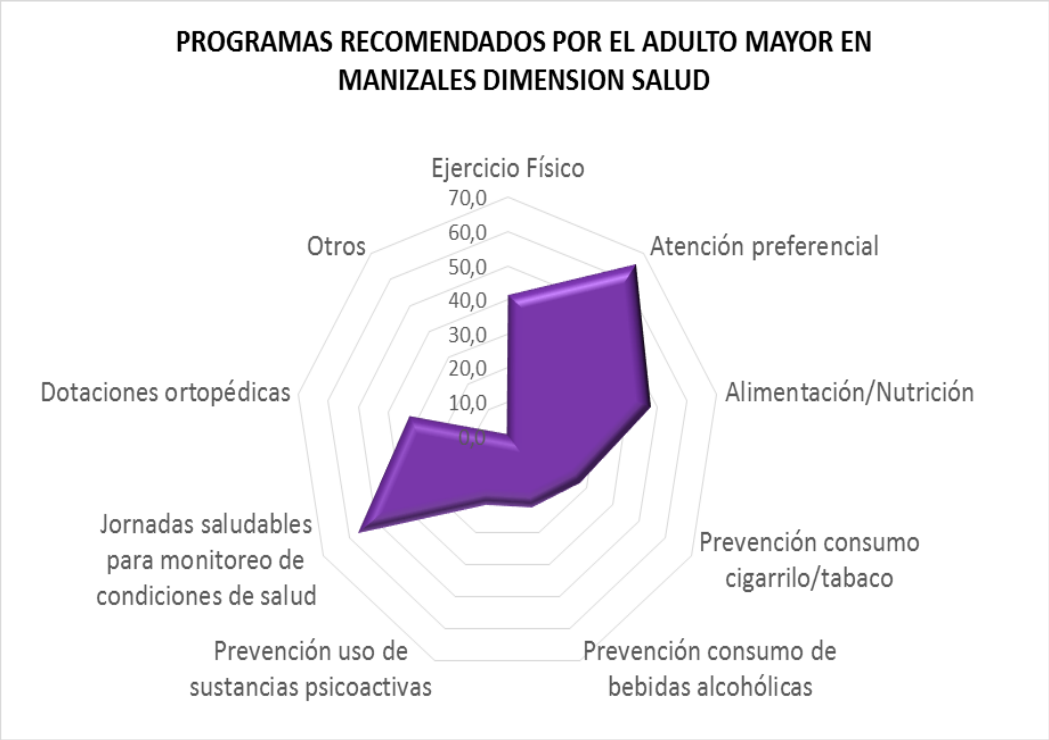
Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los otros programas o proyectos dentro de otras opciones los adultos mayores refieren la enseñanza al adulto mayor para la adaptación (gestión del cambio), mejoramiento del entorno, y fortalecimiento del respeto hacia el adulto mayor.

Para la dimensión de Salud (Gráfico 51), la tendencia en las respuestas se inclina hacia programas que apoyen jornadas saludables para el monitoreo de condiciones de salud (56,9%), atención preferencial (65,5%), ejercicio físico (41,2%) y alimentación/nutrición (47,7%). Complementariamente con la atención preferencial, los adultos mayores, reclaman la agilidad en la asignación de citas médicas, especialistas y/o atención médica domiciliaria.

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

Gráfico 51. Distribución porcentual de programas/proyectos para profundización en la política pública según los adultos mayores en Manizales- Dimensión Salud



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 52.Distribución porcentual de programas/proyectos para profundización en la política pública según los adultos mayores en Manizales- Dimensión Participación

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los aspectos culturales (Gráfico 53) relacionados con la dimensión de participación y lo social, en los resultados se identifican que un alto porcentaje de encuestados propone intercambios culturales (34,5%), además de talleres lúdico recreativos (30,3%), talleres artísticos (27,5%) y visitas a exposiciones (26,1%).

De forma complementaria los adultos mayores proponen entre otras actividades de baile, gimnasios especiales, manejo de computadores, recreación en familia y parques especiales para el adulto mayor.

Gráfico 53. Distribución porcentual de programas/proyectos para profundización en aspectos culturales según los adultos mayores en Manizales

Fuente: Elaboración propia

Finalmente en cuanto a educación (Gráfico 54), los adultos mayores encuestados refieren su preferencia hacia los artes y los oficios (30,7%), estudios universitarios (10,4%) y alfabetización (10,45). Las otras propuestas se orientan hacia formación en sistemas, capacitación para creación de empresa, música y terminar la secundaria.

Gráfico 54. Distribución porcentual de programas/proyectos para profundización en aspectos culturales según los adultos mayores en Manizales

Fuente: Elaboración propia

7 PROPUESTA PARA LA FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ PARA LA CIUDAD DE MANIZALES

En este apartado se presenta la propuesta para la política pública de envejecimiento y vejez de Manizales, en la cual se condensa el análisis anteriormente mencionado tratando de dar respuesta a las principales problemáticas detectadas a partir de la línea base formulada.

Para ello, se formulan los principios que guían el desarrollo de la política tratando de mantener coherencia con la política nacional, luego se describen los objetivos generales y específicos, para finalmente formular los ejes, líneas estratégicas, líneas de acción y programas. No obstante, entendiendo las dinámicas posteriores a éste documento, se propone una ruta de actuación prospectiva así:

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

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

7.1 Principios de la política

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

- **Universalidad**: la política se dirige a toda la población de la Ciudad de Manizales.
- **Equidad[6]:** la política se entrega a toda la población sin distinción alguna de sexo, grupo étnico o condición social.
- **Dignidad[7]:** es el respeto al que se hace acreedor todo ser humano. La población es digna en sí misma, no por su utilidad, ni por su capacidad, ni por su productividad, ni por la percepción de los demás
- **Solidaridad intergeneracional[8]:** se orienta hacia las interrelaciones entre personas mayores, jóvenes, niños,

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

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

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

favoreciendo un trato digno, respetuoso, y una imagen positiva de la vejez.

- **Justicia Social Distributiva**: Hace referencia a los máximos beneficios al mayor número de personas, beneficiando a los que tienen menos ventajas.
- **Participación social**[9]: Direccionar las decisiones desde el punto de vista de la participación de los involucrados en la misma política, fortaleciendo los espacios de participación a nivel social y comunitario.
- **Corresponsabilidad social**[10]**:** Soportar una responsabilidad compartida como una nueva forma de entender la relación de los diferentes actores de la política lo cual obedece a hacerse cargo de las decisiones y anticiparse a ellas de manera recíproca y colaborativa.

7.2 Objetivos

General:

Contribuir desde la gestión pública de la Ciudad de Manizales, al establecimiento de condiciones individuales, familiares, comunitarias y sociales favorables, para que el adulto mayor actual y por venir goce de una vejez digna, activa, saludable y participativa para el pleno disfrute de sus derechos en consonancia con una mejor calidad de vida.

---

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

[10] Se refiere a las responsabilidades diferentes, bajo el criterio de concurrencia y complementariedad.

Específicos:

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

7.3 Ejes, líneas estratégicas y líneas de acción

En consonancia con los principios, los objetivos y todo el desarrollo analítico-descriptivo de la investigación que sustenta esta propuesta de política, a continuación se presentan los ejes, sus líneas estratégicas, líneas de acción y algunos programas sugeridos. Tal y como se mencionó anteriormente, el alcance sobre las metas, indicadores y responsables será una tarea posterior, propia del plan de acción a definir.

7.3.1 Los ejes de la política

Eje 1: Afianzamiento del Goce efectivo de derechos

“…los derechos son las facultades, libertades e instituciones que le pertenecen a cada persona por el solo hecho de serlo. El “goce efectivo” enfatiza la necesidad de experimentar en la práctica lo que es considerado un derecho. Por tanto, “goce efectivo de derechos” significa que aquello que le pertenece a cada persona sea experimentado de una manera

completa y evidente (2013, GIZ-UAM)". Afianzamiento en este caso implica consolidar o afirmar el disfrute y el ejercicio pleno de los derechos de las personas Adultos Mayores.

EJE 1. Afianzamiento del goce efectivo de derechos	
LINEAS ESTRATÉGICAS	**LÍNEAS DE ACCIÓN**
1.1 Salud integral desde la política de Atención Primaria Social	1.1.1 Garantizar el acceso al SGSS
	1.1.2 Garantizar la atención en salud
	1.1.3 Garantizar el cumplimiento de políticas de discapacidad e inclusión social.
1.2 Condiciones económicas dignas	1.2.1 Promover el incremento y/o sostenimiento de los ingresos del adulto mayor.
1.3 Atención y acompañamiento institucional.	1.3.1 Fortalecimiento de los CPSAM (Centros de Protección Social al Adulto Mayor), Centros vida y Centros día.

Eje 2: Cultura de la vejez y el envejecimiento:

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

Este eje se deriva de una reconsideración del fenómeno de la vejez, por su magnitud y por su trascendencia como tema de interés público

fundamental, hoy, y más en el futuro debido tanto a que gran parte de la población mundial llegará a dicha etapa; y a que es el único grupo poblacional que seguirá creciendo en los próximos años, con impactos considerables sobre los sistema productivos, los sistemas de protección social y por tanto sobre las demás dimensiones de la vida en sociedad.

EJE 2. Cultura para la vejez y el envejecimiento	
LINEAS ESTRATÉGICAS	**LÍNEAS DE ACCIÓN**
2.1 "Aprender a envejecer" [11]	2.1.1 Niñez y Juventud
2.1 "Aprender mientras se envejece"	2.2.2 Adulto Joven y Adulto Mayor.
2.2 "Aprender de los que envejecen"	2.2.3 Formación y capacitación con y para el Adulto Mayor.

Eje 3: Desarrollo Social y Familiar

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

Aquí se hace referencia al desarrollo de los individuos Adultos Mayores en función de sus relaciones sociales, en las cuales se considera que la familia juega un rol fundamental, pero también las redes de amigos, vecinos, colegas, entre otros a nivel primario. Mientras en un segundo nivel se refiere a la participación de los A. M. en espacios más abiertos de interacción, grupos de tercera edad, JAC, entre otros, que contribuyen a la sociabilidad de los seres humanos, los ayudan a sentirse útiles,

[11] Basado en texto de (Gómez J, 2014, pág. 58).

contribuyen a mantenerlos activos física, emocional y mentalmente, y se constituyen en un referente de sostenimiento de la identidad, y de utilidad social. Aquí la noción de desarrollo se comprende como una interacción recíproca sociedad e individuo.

EJE 3. Desarrollo Social y Familiar	
LINEAS ESTRATÉGICAS	**LÍNEAS DE ACCIÓN**
3.1 Redes de apoyo primaria	3.1.1 Protección e integración familiar.
3.2 Redes de apoyo secundario	3.2.1 Espacios de participación social y comunitario.

Eje 4: Accesibilidad y Participación Ciudadana

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

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

EJE 4. Accesibilidad, movilidad y participación ciudadana	
LINEAS ESTRATÉGICAS	**LÍNEAS DE ACCIÓN**
4.1 Accesibilidad y movilidad.	4.1.1 Entornos físicos y garantía de la movilidad.
4.2 Movilización social y construcción ciudadana.	4.2.1 Participación política, control social y veeduría ciudadana.

7. CONSIDERACIONES FINALES

La investigación acá llevada a cabo, tuvo como objetivo principal apoyar la formulación de una política pública, lo que hace que inherente a su proceso, se hayan tenido consideraciones de tipo colectivo, participativo e intelectual, que enfatizaron por un lado, sobre la necesidad de recolectar, procesar y obtener información que reflejará la situación actual de la población sujeto de estudio (Adulto Mayor) y por el otro, la construcción de una propuesta coherente a la problemática. Es por esto, que entendiendo que la investigación en sí misma, refleja las conclusiones sobre la línea base de los principales indicadores relacionados a esta población, a continuación se expondrán las siguientes consideraciones en materia de las dimensiones evaluadas.

- La propuesta para la Política Pública de Envejecimiento y Vejez de la Ciudad de Manizales, ha sido formulada bajo una intencionalidad prospectiva, resultado de un proceso investigativo y de una constante retroalimentación del Comité Técnico del Adulto Mayor; en otras palabras, los ejes, líneas y programas propuestos obedecen a una realidad de la población.

- No obstante, es la Alcaldía bajo un sentido de análisis de capacidades, quien define las condiciones más factibles y viables a ser implementadas; esto es, determinar bajo un Plan de acción: las actividades, metas, indicadores y responsables, que supondrá llevar a feliz término la política, de acuerdo también a la actual oferta de programas existentes. Lo que se quiere plantear, es que si bien son muchas las problemáticas que enfrenta el Adulto Mayor en la actualidad, que podrían

parecer de difícil resolución por involucrar otras consideraciones de orden macro político o macro económico, es finalmente responsabilidad de los gestores públicos (Alcaldía y Secretarías), de la mano de los entes y organizaciones relacionadas con esta población, quienes bajo principios de Innovación Social formulan proyectos factibles de cara a responder a esa realidad; pensar con fines prospectivos que evite continuar haciendo “más de lo mismo”.

- Desde la dimensión sociodemográfica se reflejan consideraciones que no son ajenas a la situación del adulto mayor desde otros estudios; el Adulto Mayor es una población que crece exponencialmente, transformando las pirámides poblacionales y por tanto las realidades sociales que de ello se desprende. Caldas y en especial Manizales como capital, muestra el índice de envejecimiento más alto del País, ubicándola como foco de análisis sobre la implementación de estrategias claras pensadas para éste fenómeno. Es por esto, que los ejes, líneas estratégicas, líneas de acción y programas, son pensados para sobrellevar no sólo la situación actual, sino para aventurarse a prever el futuro de la población que hoy siendo infante, joven o adulta, llegará a ser senil o longeva como parte del ciclo vital o que incluso no se piense en vejez sino en “vejeces” pues cada grupo de edad tiene diferencias importantes que considerar.

- Desde la dimensión social y relacionada con la anterior, se identifica que la población Adulto Mayor de Manizales en su mayoría, si bien vive en casa o apartamento, aún depende de ingresos producto de terceros que son menos de un salario

mínimo legal vigente; otros, un 17% del total de la población Adulto Mayor de la ciudad de Manizales, reciben algún tipo de ayuda de beneficio estatal, lo que hace más vulnerable su situación económica; es por esto, que si bien no es competencia de las dinámicas locales aumentar los ingresos producto de estos subsidios, si se puede empezar a identificar otras formas de apoyar ingresos dignos u otras formas de asignación relacionadas con los tipos de edad (no sólo por su edad cronológica o de calendario), sino por las características sociales de los Adultos Mayores (edad psicológica y edad social); es decir, las referentes a las conductas afectivas, cognitivas y de ocupación de ésta población. Otro de los programas propuestos está relacionado con apoyar el conocimiento técnico y especializado de los Adulto Mayores, es decir, aprovechar su experiencia laboral mediante redes de servicio de jubilados o pensionados, que por un lado fortalezca sus ingresos y por el otro les permita seguir considerándose útiles para la sociedad como parte de un envejecimiento activo.

- Dentro de esta misma dimensión, se alberga uno de los componentes más importantes en la realidad de los adultos mayores: la Salud; si bien, esta es una “piedra angular” para el país, son varias las iniciativas pensadas para la salud desde las determinantes sociales; es por esto, que se propone la línea de salud integral enfocada en Atención Primaria Social o en Salud, donde se deberán generar o fortalecer las redes propuestas desde la ley 1438 del 2011, para garantizar la atención integral a los grupos vulnerables (entre ellos el Adulto Mayor), mediante la implementación o fortalecimiento de las Células o Centros de Atención Solidaria o Social, que garanticen la atención especializada y promuevan las atención prioritaria domiciliaria.

Acompañadas de estrategias seguimiento, monitoreo y evaluación para verificar no solo el acceso, sino la cobertura, además de una integración horizontal con otras políticas con la de discapacidad, en donde se piensen programas de atención diferencial.

- Para ello, se deberá pensar también en el fortalecimiento de la oferta institucional, es decir mejorar las capacidades de los CPSAM, los Centros Vida y los Centros Día, que permitan apoyar sus estructuras administrativas y operativas y las buenas practicas que de allí se deriven, mediante asociaciones con Universidades y otras organizaciones, que promuevan prácticas sociales, clínicas, voluntarias e investigación aplicada e integren la apropiación social del conocimiento para esta población. Además de pensar en los programas ya existentes de otras secretarias como la de Deporte y Cultura.

- El componente de Familia también hace parte de la dimensión social propuesta en la investigación, los resultados permitieron establecer que si bien un alto porcentaje de los Adultos Mayores vive con sus hijos o conyugue, existen también altas proporciones de adultos mayores en los CPSAM, cuyo abandono es creciente, aumentando su autopercepción de vejez de considerarse personas que necesitan el apoyo familiar.

- Por lo anterior, la propuesta alberga dos ejes al respecto: 1. En cuanto a la cultura de la vejez y el envejecimiento, en donde se piense en líneas desde la niñez y la juventud hasta el mismo adulto mayor, puesto que muchos de los hitos sobre el envejecimiento obedecen a formas como se concibe en los

jóvenes el fenómeno. Para ello, se proponen trabajos articulados con colegios y escuelas en donde se capacite en el tema, se creen cátedras relacionadas y se fomente una cultura en hábitos y estilos de vida saludables, que disminuyan la vulnerabilidad de las condiciones biológicas y fisiológicas propias del envejecimiento. Al tiempo se deberá pensar también en redes de intercambio de saberes, la valoración de la experiencia y la recuperación de la memoria histórica que posee el adulto mayor. 2. En cuanto al desarrollo social y familiar, en donde se prevé como líneas las redes de apoyo primaria y secundaria, dado que la realidad del adulto mayor es sentirse aislado de la familia y de la sociedad; condición que puedo corroborarse en los análisis de la información de los adultos institucionalizados.

- Desde el punto de vista de la dimensión de participación y como complemento al anterior ítem, el adulto mayor requiere el mejoramiento y fortalecimiento sustancial de los espacios de participación no sólo a nivel social, sino político y comunitario. Los resultados evidenciaron que el adulto mayor ocupa su tiempo libre en ver televisión y asistir a espacios religiosos o espirituales, que puede deberse no solo a condiciones sociales, sino a la poca oferta de espacios en la ciudad que por un lado piensen en su participación y por el otro promuevan su asistencia. De hecho el Adulto Mayor de Manizales manifiesta disfrutar su vida de forma normal (no plenamente, ni mucho), lo que aumenta así su vulnerabilidad mental y cognitiva.

- Relacionado con esta dimensión se asocian elementos como movilidad, accesibilidad, participación ciudadana, planificación y ordenamiento territorial, hábitat, transporte, entre otros, que

aunque fueron tenidos en cuenta dentro de la propuesta, requieren profundización.

- Finalmente vale la pena mencionar que el apartado propositivo que fue incluido en la recolección de información, dejo entrever las necesidades que proyecta el Adulto Mayor en materia de Política Pública, en términos de condiciones de Salud (40%) y condiciones económicas (35%), que pueden ser materia de análisis para la definición de los programas y que podrán ser consultados para evaluar la pertinencia de las actividades.

9. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones entregadas están dirigidas a las funciones generales que deben ser tenidas en cuenta para la formulación e implementación de políticas públicas. Se espera que después de hacer la triangulación última de todo el proceso de indagación se entreguen recomendaciones más específicas respecto a los ejes, las líneas de intervención y orientación de actividades.

- Hacer operativos los comités técnicos.
- Destinación y ejecución presupuestal.
- Sistemas de seguimiento, evaluación y monitoreo.
- Coordinación y articulación inter e intrainstitucional, inter e intrasectorial.
- Definición de responsabilidades y competencias para la implementación de la política.
- Los planes de acción deben incluir una cadena de implementación/ejecución acorde a los recursos disponibles.
- Los responsables de hacer el monitoreo a la política son la secretaría de planeación o dependencia que haga sus veces en el municipio, las oficinas de planeación de cada una de las entidades garantes, el Consejo de Política social a través de las mesas técnicas y la secretaría técnica del mismo, así como las Oficinas de control interno de entidades. Además pueden participar los equipos técnicos de las entidades y organizaciones que asisten a las mesas.
- Se debe propiciar espacio para la participación en este proceso de los adultos mayores, así como de las familias.
- Líneas de política, componentes o líneas de acción, metas e indicadores.

9. BIBLIOGRAFÍA

Acosta, J. (1997). *Bioética desde una perspectiva cubana.* Habana.

Aguerre C, B. L. (2008). *Envejecimiento exitoso: teorías, investigaciones e implicaciones clínicas.*

Alcaldía de Medellín. (2006). *Envejecimiento digno. .* Medellín. .

Arango, V. R. (2008). *Diagnóstico de los adultos mayores en Colombia. .* Fundación Saldarriaga Concha.

Asamblea Mundial de la Salud. (2005). *Promoción de un envejecimiento activo y salud.* Ginebra.

Batlle E, G. R. (2000). *Mediciones II: ¿Cómo medir la calida de Vida? Cuestionario y escalas en salud,.* Majadahonda: Ergón.

Botero B, P. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud: una aproximación teórica.

Buendía, J. (2010). *Gerontología y Salud: perspectivas actuales.* Madrid.

Caldas, D. D. (2012). *Diagnóstico Institucional, de bienes y servicios para la atención a las personas mayores en el departamento de Caldas .* Manizales.

Castellanos Ruiz, J. (2010). Concepto de Calidad de Vida para el Adulto Mayor Institucionalizado en el Hospital Geriátrico Sanm Isidro de Manizales, 2002 . *Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 1441-1451.

Cerquera Córdoba, A. M., & Flórez Jaimes, L. O. (2010). Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *acceso: [http://revistavirtual.ucn.edu.co/], ISSN 0124-5821*, 407-428.

Ciro, M. (2007). *Estadística y muestreo.* Bogotá: ELOE Editorial Ltda.

Eugenia Nieto Murillo, R. J. (2010). Condiciones de cuidado domiciliario de las personas mayores de 65 años y las características de sus cuidadores. Manizales 2009. *Revista de Investigaciones UCM*, Pag.61-71.

Fuentes, C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psycological Therapy,14,3*, 365-377.

Gómez J, C. C. (2014). *Salud del anciano: valoración.* Colombia.

Gómez, J. C. (1998). Universidad del Valle. . *Revista Colombia Médica, Vol. 29, num 4.* , 121-124.

Gutiérrez Ocampo, E. (s.f.). Implicaciones sociales del envejecimiento en medellín: una mirada desde la construcción de imagen del viejo y la implementación de políticas públicas.

Hernandez R, F. C. (2007). *Metodología de la Investigación.* Mexico: Mc GrawHill.

López. (1996). *Reajuste sexual y de género en la vejez.* Madrid: Pirámide SA.

Mantilla G, M. A. (1996). *Envejecimiento: experiencias y perspectivas.* Bogotá.

María Guadalupe Henao, Eugenia Nieto Murillo. (2011). *Percepción de la vejez y el cuidado de los viejos que cuidan viejos.* Manizales.

Martín Maraver, M. Á. (2011). Representaciones y significados acerca de la vejez instucionalizada. *Representaciones y significados acerca de la vejez instucionalizada*.

Max, W. (1993). *Formal rationality and health lifestyle.* Alemania: The sociological Quarterly.

Ministerio del Interior. Gobierno Chile. (2009). *Serie de Documentos de Trabajo. División de Políticas y Estudios. Guía Metodológica para la Formulación de Políticas Públicas regionales. .* Volumen 5.

Montoya B, J. P. (2014). *Hitos demográficos del siglo XXI: envejecimiento.* México.

Moya, M. (2013). Genealogía de una vejez no anunciada: Biopolítica de los cuerpos envejecidos o del advenimiento de la gerontogubernamentalidad. *Polis, revista Latinoamericana Volumen 12 No. 36*, 431-451.

Muñoz Espinosa, P. (2005). *Autopercepción y niveles de satisfacción de necesidades afectivas, en adultos mayores institucionalizados .* Santiago de Chile.

OMS. (1995). *WHOQOLGROUP. Position paper from the world health organization.*

OMS. (2004). *Promoción de la salud mental.* Ginebra: NLM Clasificaciones.

PROFAMILIA. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Cap. 17 Adulto Mayor.* Bogotá.

R., A. (2010). El Cuidado En La Vejez Avanzada: Escenarios y Tramas de Violencia Estructural y de Género. ueda Mc.Notas Para El Debate. Iberofórum. *Revista De Ciencias Sociales De La Universidad Iberoamericana.* , 1-21.

Reuben DB, S. A. (1992). The predictive validity of self-reported and perfomance based measures of function and health. *Journal Gerontol* , 47.

Rubio R, R. A. (1997). Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población Andaluza. *Geriatrika*, 271.

Salazar. (1999). *Las políticas Públicas.* Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

salud, o. <. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento,de la discapacidad y de la salud.* España: Grafo, S.A.

Sen, A. (2001). *El desarrollo como libertad.* Madrid: Planeta.

UN, N. U. (2014). *La Situación Demagráfica del Mundo 2014.*

Villareal Martínez, M. (2005). *La legislación a favor de las personas mayores en América Latina y El Caribe.* Santiago de Chile: Naciones unidas, Cepal.

Villaverde ML, F. L. (2000). Salud mental en población institucionalizad mayor de 65 años en la isla de Tenerife. *Revista Especializada de Geriatria y Gerontologpia*, 277.