



4 volumen **VEJEZ**
Estado del Arte, Bogotá 1990-2000

Colección Estados del Arte, Bogotá

Serie Investigaciones

Colección Estados del Arte, Bogotá. Serie Investigaciones.
Volumen 4. Vejez. Estado del Arte, Bogotá 1990-2000
ISBN 958-97234-3-8

©Departamento Administrativo de Bienestar Social D.C., 2003
©Pontificia Universidad Javeriana, 2003

Departamento Administrativo de Bienestar Social D.C.
Calle 11 No. 8- 49 PBX 344 64 00. Bogotá, Colombia
www.bienestarbogota.gov.co

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
Antanas Mockus Sivickas

Directora del Departamento Administrativo de Bienestar Social
Angela María Robledo Gómez

Subdirectora de Intervención Social
María Cristina Hurtado Sáenz

Subdirectora de Planeación
Ingrid Rusinque Osorio

Subdirectora Administrativa y Financiera
Angela María González Losada

Coordinador Proyecto Políticas y Modelos de Intervención Social
Pedro Quijano Samper

Asesora de Comunicaciones
Gloria Ortega Pérez

Dirección Editorial Colección Estados del Arte
Pedro Quijano Samper

Asesoría y Supervisión Académica
Lya Yaneth Fuentes Vásquez

Asistente de la Colección Estados del Arte
Diana Alejandra Silva Londoño

Evaluadora Invitada
María Elena Torres

Asesora Publicaciones
Mariana Schmidt Quintero

Coordinación Editorial
Marthadiva Villegas Trujillo
Carlos Alberto Villegas Uribe
Tonos & medios

Corrección de Estilo
Germán Fernández C.

Diseño, Diagramación y Armada
Natalia Velásquez D.

Fotografías de Carátula
Manuel Benavides
Mabel Castro
Rodolfo Blanco

Diseño y Programación Interactiva
Jorge Enrique Muñoz Ruiz

Hecho en Colombia. Bogotá D.C. 2003 ©

4 volumen **VEJEZ**
Estado del Arte, Bogotá 1990-2000

Situación de las Personas Mayores en Bogotá 1990-2000

Carlos Alberto Cano

G. Cecilia de Santacruz

Andrés Casas C.

Lucila Herrera S.

Sandra Juliana Plata C.



ALCALDIA MAYOR
BOGOTÁ D.C.
Departamento Administrativo
BIENESTAR SOCIAL



Pontificia
Universidad Javeriana



EL DABS CAMINO A LA
INCLUSIÓN SOCIAL



Colección Estados del Arte, Bogotá. Serie Investigaciones.
Volumen 4. Vejez. Estado del Arte, Bogotá 1990-2000

Instituto de Envejecimiento

Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana

Rector

Gerardo Remolina Vargas S.J.

Vice-Rector Académico

Jairo Cifuentes Madrid

Vice-Rector Administrativo

Pedro Pablo Martínez Serrano

Vice-Rector del Medio Universitario

Miguel Rozo Durán. S.J.

Secretario General

Jaime Bernal Escobar.

FACULTAD DE MEDICINA

Decano Académico

Francisco Henao Pérez

Decano Medio Universitario

Jairo Bernal Parra.

Director Instituto de Envejecimiento

Carlos Alberto Cano Gutiérrez

Equipo de Trabajo Estado del arte

Carlos Alberto Cano Gutiérrez

Investigadores

G. Cecilia de Santacruz

Andrés Casas C.

Lucila Herrera S.

Sandra Juliana Plata C.

Con el apoyo de:

Alexandra Cañón D.

Esta publicación es el resultado de la investigación realizada por el Instituto de Envejecimiento de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana contratada por el Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito, entre noviembre de 2001 y febrero de 2002 en Bogotá, Colombia.

*A la buena voluntad y al entusiasmo generoso
de quienes aportaron su conocimiento y experiencia*

*A la Dirección y al Personal de la Biblioteca General
de la Pontificia Universidad Javeriana*

Presentación

Cuando se inició a comienzos del año 2001 la discusión sobre el *Plan de Desarrollo Bogotá para vivir todos del mismo lado*, El Departamento Administrativo de Bienestar Social, luego de un análisis de sus objetivos misionales, se propuso la tarea de participar de manera activa y decidida en la formulación de las políticas sociales para el Distrito Capital. Para tal efecto, diseñó el programa *Cartas de navegación para la política social*, inscrito en el Objetivo Familia y Niñez como un programa transversal de carácter interinstitucional, con la tarea expresa de orientar la construcción de dichas políticas, a partir de un ejercicio público, democrático y participativo. Cumpliendo con ese propósito, el Departamento Administrativo de Bienestar Social contrató, a través del proyecto Políticas y modelos de intervención social en ese mismo año, la elaboración de cuatro estados del arte para conocer la situación de los niños y las niñas, las mujeres, las personas mayores y la familia durante la década 1990-2000 en Bogotá. El Estado del Arte sobre la situación de la juventud en el mismo período, fue contratado a su vez por el Departamento Administrativo de Acción Comunal.

El presente estudio hace parte de los cinco estados del arte mencionados, elaborados por la Pontificia Universidad Javeriana, para el caso de familias y vejez, la Universidad Nacional de Colombia en el de niñez y la Fundación Universidad Central en los temas de mujeres y juventud. El objetivo de estos estudios fue, en un comienzo, proporcionar la información básica sobre la situación de estos grupos poblacionales en Bogotá durante el período mencionado, para apoyar el proceso de construcción participativa de la política social en el Distrito Capital. Sin embargo, podemos decir que los estudios han trascendido su intención inicial, en la medida en que han servido también para observar de una manera crítica, los avances, las dificultades y las carencias que la ciudad ha experimentado durante las últimas administraciones en el

desarrollo de sus políticas sociales y, en particular, en la ejecución de los planes, programas y proyectos dirigidos a los cinco grupos poblacionales en los que hemos puesto nuestra atención.

Pensar la naturaleza de la dinámica social en Bogotá, vista desde una dimensión poblacional, significa un reto frente a la mirada sectorial clásica que ha orientado el análisis y la planeación de la política social. Aun así, creemos que este ejercicio de cultura democrática nos ha permitido proyectar la gestión pública del gobierno distrital hacia la solución de las problemáticas específicas de las poblaciones que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad, en un proceso que ha estado acompañado, además, por un cuerpo de principios que le dan fundamento a nuestras acciones. Estos principios son: la inclusión social, la perspectiva de derechos, el enfoque de género, la protección integral y la corresponsabilidad entre la familia, la sociedad y el Estado.

Los estados del arte han sido elaborados en el marco de estos principios, lo que muestra sin duda el acceso desigual que han tenido los diferentes grupos poblacionales, no sólo a bienes y servicios básicos, sino en particular a los derechos económicos, sociales y culturales, que garantizan el ejercicio pleno de su ciudadanía, de acuerdo con su ciclo vital, su género o sus características específicas como grupo. Es precisamente en el contraste necesario entre los avances que reporta la ciudad en materia de política social en los últimos diez años y las desigualdades visibles que dejan al descubierto prácticas políticas, programas gubernamentales y costumbres sociales excluyentes, que los estados del arte se sitúan para presentar una visión, aún parcial y aproximada, de la situación de estas poblaciones en la ciudad.

La presente edición del *Estado del Arte sobre la situación de los Adultos Mayores en Bogotá en la Década 1990-2002*, es para el Distrito Capital y con seguridad para la Pontificia Universidad Javeriana, un trabajo inacabado que no pretende otra cosa que dar a conocer el producto de un informe de investigación. Si bien hemos sido cuidadosos-as en seguir las reglas básicas del trabajo académico, y hemos pedido de las universidades el mayor rigor posible en el análisis de las fuentes de información, sabemos que hay asuntos que no han podido ser explorados plenamente y sobre los que tendremos que volver en trabajos posteriores. No obstante, consideramos que este estudio contribuye a llenar algunos de los vacíos de información que tenemos para la toma de decisiones en materia de política social en Bogotá, porque es el fruto de un trabajo juicioso por parte de un grupo de profesionales tanto del Distrito como de las

universidades, en el empeño por hacer cada vez más visibles los avances, y de igual manera los problemas sociales de la Capital. Si bien la administración no comparte algunas afirmaciones e interpretaciones de los-as autores-as frente al balance crítico que hacen de las políticas públicas distritales, respeta su opinión.

No queremos terminar sin agradecer a todas las personas que han hecho posible este trabajo y que han demostrado el valor de las alianzas y de los proyectos colectivos. Creo que demostramos una vez más la importancia que tiene unir esfuerzos para trabajar en la búsqueda de objetivos comunes, que en nuestro caso ha significado avanzar en la construcción de una Bogotá más incluyente y justa.

Angela María Robledo Gómez
Directora
Departamento Administrativo
de Bienestar Social .
Bogotá, abril de 2003.

Contenido

<i>Introducción</i>	15
El por qué y el para qué de este documento	15
El qué y el cómo de su realización	16
En resumen	19
<i>1 Los marcos de referencia</i>	21
	
Legislación	21
Planes nacionales de desarrollo y las personas mayores (1982-1990)	50
Envejecimiento y vejez	57
Atención de las personas mayores	64
<i>2 Situación de la vejez en Bogotá durante la década 1990-2000</i>	69
	
El conocimiento gerontológico	69
Las representaciones sociales y culturales	73
El contexto: lo urbano y metropolitano	76
Los derechos y la perspectiva de género	81
Las modalidades de intervención social	88
<i>3 Las personas mayores y las políticas públicas</i>	103
	
Visión desde las políticas	103
Balance y recomendaciones	107

Contenido

<i>Anexo1</i>	117
Metodología y fuentes	117
<i>Anexo2</i>	125
<i>Siglas y acrónimos de la colección</i>	133
<i>Lista de tablas y cuadros</i>	138
<i>Lista de gráficas</i>	139
<i>Bibliografía</i>	141



Introducción

El por qué y el para qué de este documento

Para Bogotá, formular políticas públicas inscritas en las realidades poblacionales constituye una necesidad, pues

Los problemas sociales que deben afrontar las ciudades contemporáneas, son de una alta complejidad, debido a que son producto entre otros aspectos, de los efectos negativos de las políticas macroeconómicas sobre las cuales, los gobiernos locales tienen una muy baja influencia y un escaso poder de decisión. Una de las alternativas para hacerle frente a los problemas de esta índole en ciudades como Bogotá, es formular políticas sociales integrales para aquellas problemáticas transversales asociadas con la pobreza, la exclusión social y económica, y por consiguiente con la carencia o la dificultad que tienen las poblaciones más vulnerables de acceder a bienes y servicios como la educación, la salud, la vivienda, la alimentación, la recreación entre otros (Alcaldía Mayor..., 2001:1).

Por múltiples razones, dentro de la denominación de *población vulnerable* puede ubicarse a una buena parte de las adultas y los adultos mayores, y al envejecimiento como una de esas *problemáticas transversales*. Por tanto, éste documento, y la investigación que lo sustenta, se orientan a:

- Configurar un Estado del Arte de la situación de las personas mayores en Bogotá entre 1990-2000, integrando el conocimiento y la experiencia acumulada a partir de su análisis juicioso, señalando logros, áreas críticas y propuestas, para generar nuevas comprensiones.
- Ofrecer información relativa a las políticas públicas y a la legislación vigente, al igual que un balance crítico de los planes de desarrollo, programas y proyectos y una prospección a cinco años que, aunada a la información anterior, fundamente el proceso participativo de construcción de políticas públicas sociales y los modelos de intervención.

Ahora bien, abordar la situación de las personas mayores y la problemática del envejecimiento involucra múltiples dimensiones y amerita un enfoque que dé cuenta por lo menos de los aspectos primordiales. La interpretación y la integración de los diferentes aportes y puntos de vista está encaminada a realizar

(...) un esfuerzo por establecer un diálogo entre: la propuesta de conocimiento que desarrolló un proceso específico de indagación y un fenómeno al que se quiere referirlo nuevamente (por cuanto) ... cada vez que se desarrolla la investigación documental, se llega a una asunción del saber acumulado para darle una nueva comprensión (Vargas, 1988: 27).

Con base en las consideraciones anteriores y para el logro de los objetivos propuestos, se establecieron la metodología aplicada y cuatro ejes fundamentales de exploración y análisis, complementados con las categorías resultantes de los datos mismos, cuya interrelación se reflejará en todo el trabajo.

El qué y el cómo de su realización

El trabajo realizado obedece a la concepción de *estados del arte*, en tanto éstos han sido vistos como la recuperación del saber acerca de una temática con

miras a sustentar políticas y acciones sociales, clasificándose como una *investigación sobre la investigación* (Vielle, 2000:51). También puede describirse como un abordaje crítico y comprensivo del conocimiento y de la experiencia acumulada entre 1990 y 2000 acerca de las personas mayores en Bogotá, concernientes al saber, la legislación y las políticas nacionales e internacionales, con una pretensión interpretativa e integradora. A partir de este ejercicio se podrán generar nuevas percepciones y posibilidades de intervención.

Para cumplir con lo anterior, la indagación se llevó a cabo mediante dos técnicas primordiales: la investigación documental y la entrevista (estructurada) a encargados o responsables de programas y (semi-estructurada) a informantes claves, expertos en el tema del envejecimiento. Orientaron la exploración y su análisis cuatro ejes:

Representaciones sociales y culturales

Las nociones de sabiduría y buen juicio ligadas a la vejez han disminuido en su valor en sectores en donde lo deseable es ser (o por lo menos parecer) eternamente joven. Así, toman fuerza ideas de renovación, reemplazo y relegación de lo usado, frente a las cuales la vejez se percibe como fragilidad, improductividad, retiro, necesidad de protección y, sobre todo, fragilidad y vulnerabilidad.

De allí que es conveniente indagar acerca de los imaginarios y especialmente acerca de la concepción de vejez que subyace en los planes y acciones dirigidas a esta población. El concepto de envejecimiento *contributivo*, al que acuden algunos autores para destacar las potencialidades y posibilidades de aportes culturales y sociales (y otros) de estas poblaciones resulta un criterio valioso.

Lo urbano y metropolitano

Bogotá, la ciudad capital, es el marco que establece el ámbito geográfico de la investigación, pero fundamentalmente determina unos estilos de vida, de interacción, una perspectiva simbólica y unos elementos históricos a destacar, especialmente en lo que concierne a la situación de las personas mayores. Se enfatiza en la participación en la vida de la ciudad, en el acceso al espacio público y a los servicios, dando especial cabida a las condiciones de vida y a problemáticas como: pobreza, migración, marginalidad. vinculando el contexto con las posibilidades reales del ejercicio de los derechos.

No se podía ignorar el vínculo entre el contexto y las posibilidades reales del ejercicio de los derechos. Entre otras cosas porque la tendencia de la población de la tercera edad a concentrarse en las áreas urbanas constituye una desventaja en términos de adaptación y de choque con el medio, por las relaciones y los retos que la vida citadina conlleva. Pero, por otro lado, había que tener en cuenta que esa concentración de la población adulta en la ciudad se convierte en una ventaja para la implementación de las políticas (Heredia, 1997).

Los derechos y la perspectiva de género

El enfoque de los derechos (con énfasis en los económicos, sociales y culturales) conforma un importante marco para la ejecución de esta tarea, en tanto establece aspectos a considerar tales como: protección a la familia, condiciones laborales equitativas y satisfactorias, alimentación, vestido, vivienda, educación, participación en la vida cultural, beneficios del progreso científico, descanso, tiempo libre, recreación y deporte, disfrute del más alto nivel de salud física y mental.

Pero en la práctica, la adjudicación de estos beneficios está mediada por un trato desigual: se antepone a la Ley condiciones de exclusión y marginalidad debidas a limitaciones económicas o prejuicios de género, en virtud de los cuales, y para dar sólo un ejemplo,

Las mujeres experimentan a menudo dificultades importantes y desproporcionadas a la hora de asegurar sus derechos humanos, incluidos los derechos económicos, sociales y culturales. El Artículo 3 garantiza que los hombres y las mujeres tienen exactamente el mismo derecho a disfrutar de los derechos enunciados en el Pacto y que, en caso necesario, los Estados Partes deberán emplear medidas especiales para asegurar que se alcanza esta posición de igualdad (Naciones Unidas, 1996:12).

Así, referirse en el caso de los adultos mayores al género, remite igualmente a las imágenes masculinas *disminuidas* por la edad y por la incapacidad (o decremento) de la contribución económica al núcleo familiar, en el seno de una sociedad que privilegia el papel del género masculino desde sus constructos típicos: *emotividad restringida, autosuficiencia, agresividad, homofobia, liderazgo, disponibilidad sexual, valentía* (Inclán, 1998). Con lo anterior se arrojan luces a las otras dimensiones exploradas.

Las políticas y modelos de intervención social

El referente de políticas sociales interactúa con el de derechos por cuanto:

En términos de los sectores que la componen, la política social agrupa la acción del estado dirigida a garantizar a la población, de manera universal y solidaria, el pleno y óptimo ejercicio de los derechos sociales, económicos y culturales, a través de la atención en los servicios de educación, cultura, recreación, deporte, salud, nutrición y seguridad social, vivienda y saneamiento básico, generación de ingresos y empleo, así como el acceso a la propiedad urbana y rural (República de Colombia..., 1995:37).

En el enfoque de las políticas sociales se contemplaron aspectos generales de normatividad, de capacidad gubernamental y el grado de respuesta de la comunidad. En éste aspecto, se tuvo en cuenta que dentro de la concepción constitucional para la nueva ciudadanía se busca consolidar la autonomía y libertad de los-as ciudadanos-as para el ejercicio del poder desde lo local, promover la democracia participativa y la concertación de los programas sociales, asumiendo lo público como el espacio de interacción del Estado, el sector privado y la sociedad civil.

En resumen

Con los planteamientos previos, la revisión, el análisis, la interpretación y el establecimiento de relaciones, cumplieron con la intención de conferirle sentido a la información obtenida a través de las distintas fuentes, para trascender el nivel descriptivo; permitieron identificar vacíos, inconsistencias y limitaciones (abriendo camino a la investigación y a nuevas experiencias); igualmente, hicieron posible recuperar y señalar los éxitos y alcances puntualizados en las conclusiones, brindando elementos valiosos para las decisiones.



1 *Marcos de referencia*

Legislación

Normatividad internacional

Los Derechos Humanos del Anciano han sido afirmados explícitamente en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en tratados internacionales, en convenios sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer y en otros tratados y declaraciones internacionales de amplia aceptación (Jiménez, 2001:36).

Entre los Derechos Humanos del-a Anciano-a sobresalen los siguientes: el derecho a un adecuado estándar de vida (alimentación, vivienda y vestido); seguridad, asistencia y protección social; la no discriminación por razón de edad; empleo, acceso a la vivienda, cuidados de la salud y servicios sociales; trato digno; protección contra el abandono y contra todo tipo de abuso físico o mental; derecho a la participación política, económica, social y cultural; derecho a participar de las decisiones que afectan su vida (artículos 2, 16, 22, 25) (Jiménez, 2001).

En 1982 se realizó en Viena la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Esta fue una reunión histórica de particulares, responsables de las políticas públicas, gobiernos y organizaciones que se centró específicamente en los temas relativos a población y envejecimiento. La Asamblea Mundial aprobó el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, primer instrumento internacional de este tipo. En los 20 años siguientes, el Plan de Acción se convierte en el punto de referencia para la elaboración de las políticas sobre envejecimiento (Naciones Unidas, 2001).

El Plan de Acción enumeró 62 recomendaciones en siete esferas de preocupación para las personas de edad: salud y nutrición; protección a los consumidores ancianos; vivienda y medio ambiente; la familia; bienestar social; seguridad del ingreso y empleo; educación.

Para el año 2001 se realizó un nuevo Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, actualizando las temáticas y las orientaciones para intervenir en las nuevas problemáticas relativas al envejecimiento.

La Carta Comunitaria de Derechos Sociales Fundamentales de los-as Trabajadores-as del 8 de diciembre de 1989 estableció en su Artículo 25 que

cualequier persona que, habiendo alcanzado la edad de jubilación se viera excluida de su derecho a una pensión y que no tuviese otros medios de subsistencia, debe poder beneficiarse de recursos suficientes y de una asistencia social y médica adaptadas a sus necesidades específicas.

En cuanto al tema de los Derechos Humanos, en 1991 la Asamblea General de las Naciones Unidas promulgó 18 principios en favor de las adultas y los adultos mayores relacionados con la dignidad, la independencia, participación, autorrealización y cuidados. “Además, en la observación general se establecen los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad” (Naciones Unidas, 2001).

En 1992, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la Proclamación sobre el Envejecimiento a través de la resolución 47/5 en la que decidió que se observara el año 1999 como el año internacional de las personas de edad. El tema del año fue *Una sociedad para todas las edades* (Resolución 52/80).

El Año Internacional de las Personas de Edad promovió la conciencia y una masa crítica de medidas de política en todo el mundo, incluidos esfuerzos innovadores para incorporar las cuestiones relacionadas con el envejecimiento en todos los sectores y fomentar oportunidades integrales a todas las fases de la vida (Naciones Unidas, 2001).



Antecedentes nacionales

Al momento de situarnos en la perspectiva histórica de las políticas sobre vejez, nada mejor que un resumen de los antecedentes histórico-jurídicos de la legislación colombiana sobre la Tercera Edad. Para ello, nos apoyamos al valioso aporte de Ordóñez, Ochoa, y Páez (1990).

Las primeras disposiciones legales relativas a la protección de la vejez y la invalidez en nuestro país datan de 1827, durante el período de la Gran Colombia. De esta época data la implantación de los *montepíos militares*¹, destinados a la protección y amparo de las familias de quienes fallecieron en la guerra de independencia y en la campañas libertadoras. Con la Ley 9 de 1843, se restablecieron las normas relativas a estos temas, pues habían sido suspendidas años atrás. La Ley 30 de abril de 1855, suprimió la existencia del *montepío*, hasta que la Ley 96 del 7 de 1890, reestableció el *montepío militar*; esta ley sería modificada en años posteriores con el fin de mejorar la administración, organización y servicios del *montepío*.

Pese a que en su tiempo de vigencia la Constitución de 1886 no dio el paso de la asistencia a la seguridad social y que el derecho a la salud no fue incluido dentro del conjunto de derechos individuales y garantías sociales, la misma consagraba en los artículos 16 y 19 la asistencia pública como función del Estado para: los incapacitados físicos, quienes no tuvieran medios de subsistencia y para quienes carecieran de derecho para exigirlo de otras personas. La responsabilidad del Estado era de carácter subsidiario y correspondía a principios de índole humanitaria, de auxilio a quienes caen en desgracia, más que un deber del Estado derivado de ideales de justicia y solidaridad sociales (Ordóñez, Ochoa y Páez, 1990).

La Ley 50 de 1886 fijó las primeras reglas sobre concesión de pensiones estableciendo el inicio del régimen de Previsión Social que sería complementado con las normas expedidas en años posteriores. La Ley 50 disponía que:

los empleados civiles que hubieren desempeñado destinos o empleos de manejo judiciales o políticos por veinte años por lo menos... tienen derecho a pensión de jubilación, siempre que hayan trabajado con inteligencia y pureza, que comprueben con documentos auténticos sus servicios y que no hayan sufrido alcances o remoción por mal manejo, incuria u omisión.

¹ El *montepío* consiste en la disposición de un depósito de dinero, formado ordinariamente de los descuentos hechos a los individuos de un cuerpo, para socorrer a sus viudas y huérfanos o concederles pensiones.

En 1903, la Ley 39 se ocupó de las pensiones de los-as profesores-as y encargados-as de la instrucción pública. La Ley 29 de 1905 estableció las pensiones de jubilación oficial para los-as empleados-as civiles que llenaran los siguientes requisitos: 30 años de servicios, 60 años de edad, carencia de medios de subsistencia, buena conducta y paz y salvo con el Tesoro Nacional. En 1913, la Ley 114 reglamentó el nuevo sistema de pensiones para los-as maestros-as oficiales.

Con la Ley 57 de 1915 (sobre accidentes de trabajo) se inicia el Derecho Laboral colombiano y la legislación en materia de previsión social. En 1922, la Ley 68 dispuso la inembargabilidad de las pensiones. En 1944 se expide el Decreto Legislativo No 2350 que se convierte en antecedente inmediato de la Ley 6 de 1945 que determinó la formación definitiva del régimen laboral y de seguro social en Colombia. En 1946 en desarrollo de la ley 6 de 1945, se determinó la creación de organismos de previsión social en dos sectores tomando como punto de partida al patrono. Por una parte las cajas de previsión social, y por el otro el Instituto de Seguro Social (Ley 90 de 1946).

Mediante el Decreto Ley 3224 de 1963 se estableció la asistencia pública para aquellos que carecieran de los medios de subsistencia y de derecho para exigir ayuda de otras personas, o que estuvieran incapacitadas para trabajar. También definió la forma de prestación de la asistencia pública.

En 1968 a través de la Ley 75 del mismo año, se creó el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) con el fin de dar asistencia pública con fondos del Estado.

Entre las normas de protección promulgadas en favor de la ancianidad antes de 1991 se encuentran:

- **La Ley 29 de 1975:** Facultó al gobierno para establecer la protección a la ancianidad, creó el Fondo Nacional de la Ancianidad Desprotegida, y se le facultó para promulgar medidas a favor de los mayores de 60 años que carecieran de recursos.

- **Decreto 2011 de 1976:** organizó la protección nacional de la ancianidad, creando el Consejo Nacional de Protección al Anciano.

Ley 12 de 1986: relativa a la cesión de impuestos a favor de la construcción, mantenimiento y dotación de impuestos de salud y ancianatos.

- **Ley 48 de 1986:** Por la cual se autorizaba a las Asambleas Departamentales y Comisariales y al Consejo Distrital de Bogotá,



la emisión de una estampilla como recurso para contribuir a la construcción, dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano en cada una de las respectivas entidades territoriales.

- **Decreto 81 de 1987:** Establecía nuevas funciones para el ICBF, con el fin de “prestar asesoría técnica y, de acuerdo con su disponibilidad presupuestal, apoyo financiero a los municipios en la realización de programas de construcción y sostenimiento de centros de bienestar del anciano y de los menesterosos, igualmente ejecutar, en colaboración con los Municipios, programas de nutrición y complementación alimentaria para los ancianos y menesterosos” (Ordóñez, Ochoa y Páez, 1990).
- **Decreto 77 de 1987:** Estableció que la “Construcción, dotación básica y mantenimiento integral de los centros de bienestar del anciano estarán a cargo de los Municipios y del Distrito Especial de Bogotá, a lo cual podrán concurrir los Departamentos, intendencias y comisarías” (Ordóñez, Ochoa y Páez, 1990)

Dentro de las promulgadas en la segunda mitad del siglo pasado, una norma que en diversos momentos ha suscitado polémica es la contenida en el Artículo 31 del decreto 2400 de 1968 relativa a la edad de retiro forzoso para los magistrados de las altas cortes (Consejo Superior..., s.f.).

Constitución Política de Colombia 1991

La persona de la tercera edad es uno de los miembros de la familia que tiene un tratamiento jurídico especial. Debido a la condición material de su edad, resulta una persona completamente especial con derechos que tienen ciertas particularidades.

La Carta Política establece un reconocimiento jurídico especial de estas personas en su Artículo 46:

El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y 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.

Se afirma que, si bien dicha norma no hace un reconocimiento completo de la situación de las personas de la tercera edad, sí fija algunos criterios (Lafont, 1997). Así por ejemplo, este artículo contempla dos clases de situaciones especiales de las personas de la tercera edad: la de necesidad y la de indigencia. La primera es aquella situación especial en la que se necesita de protección, asistencia e integración a la vida activa y comunitaria. Es, en términos jurídicos, una situación en la que se carece de los elementos básicos mínimos para lograr un nivel de vida adecuado (Lafont, 1997).

La situación de indigencia es más grave, puesto que se carece de las medidas materiales, sociales y económicas para lograr la subsistencia de sí mismo y de las personas a su cargo. La indigencia arriesga la propia vida, puesto que se afecta la integridad corporal, la salud y, por consiguiente, todas las demás libertades y derechos.

Por otro lado, en la Constitución Política se encuentran consagradas algunas bases para la protección jurídica de las personas de la tercera edad (García, s.f.; Soto, s.f.):

- **Protección Estatal, Participación en las decisiones que los afectan y en la vida colectiva, Protección a la diversidad étnica y cultural:** Son fines esenciales del Estado: Servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación (artículos 2 y 7).
- **Igualdad y trato digno:** Le ha de corresponder un trato digno igual a las demás personas (Artículo 13).
- **Autonomía de estado:** Cualidad propia e independiente que dentro de los seres humanos se le da a la persona de la tercera edad por el Artículo 46, anteriormente citado, a fin de darle un tratamiento propio y separado en algunos aspectos.
- **Desarrollo de la personalidad:** Debe permitir su realización personal de acuerdo con sus condiciones (Artículo 16).

Así mismo, en el marco de los derechos fundamentales consagrados en la Carta, se ha interpretado cada uno de ellos para el caso especial de las personas de la tercera edad (Lafont, 1997):



- **Derecho a la vida (Artículo 11):** Toma significación la facultad de conservación y disfrute del restante período de vida, la cual debe tener mayor prioridad en su ejercicio y mayor seguridad y defensa en su existencia.
- **Derecho a la libertad (artículos 24, 26, 28, 38):** Aunque es necesaria la ayuda y apoyo de otras personas, esto no elimina su autonomía e independencia personal. Si bien la libertad para escoger su residencia y la de poder circular libremente se altera, ello no significa una dominación.

Las personas de la tercera edad gozan de la libertad de escoger profesión u oficio. Así mismo, resulta trascendental la asistencia de las asociaciones y sociedades de personas de la tercera edad, para efecto de la defensa de prestaciones laborales y de salud, obtención de beneficios, adquisición o complementación del cuidado, explotación de esfuerzos o patrimonios, investigaciones sobre la tercera edad, entre otros.

- **Derecho a la igualdad (Artículo 13):** Gozan de la igualdad general ante la ley consagrada para todas las personas. Pero gozan de una igualdad relativa, por cuanto si bien la igualdad es la regla general, la ley puede consagrarle distinciones especiales tal y como ocurre con los menores de edad.
- **Derecho al trabajo (artículos 25 y 53):** En la tercera edad este derecho se hace más necesario para la dignidad de la persona, porque además de permitir la continuación de su desarrollo, lo hace útil a su familia y a la sociedad. Sin embargo, es un derecho que se adecua a sus condiciones personales, porque exonera al mayor de 45 años de la imposición de trabajos forzosos. No obstante, el derecho a un trabajo para una persona de la tercera edad se hace mucho más difícil.
- **Derecho a la negociación colectiva y a la huelga (artículos 55 y 56).**
- **Derecho a la educación (artículos 27, 54, 64, 67, 68, 70):** Tienen derecho a enseñar y aprender de acuerdo con sus condiciones.
- **Derecho a la actividad útil:**
 - Derecho a la actividad humana útil (Artículo 52):** El aprovechamiento del tiempo libre constituye un derecho importante, especialmente para aquellos que han entrado en receso laboral.

- **Derecho al descanso (artículos 52 y 53):** No sólo dentro del desarrollo del trabajo, sino también como compensación al uso activo del tiempo disponible o libre.
- **Derecho a la recreación:** Derecho al entrenamiento y diversión, bien sea de manera individual, familiar o colectiva.
- **Derecho al deporte (Artículo 52):** Como medio de actividad personal que contribuye al mejoramiento de las condiciones de vida y salud.
- **Derecho a la salud (Artículo 49):** Es uno de los derechos de mayor significación debido a la frecuencia de enfermedades, deterioros y riesgos.

De igual manera, las personas de la tercera edad son sujetos de deberes en general (Artículo 95), los que tienen frente a los particulares, la sociedad y el Estado, y deberes especiales que se establecen como consecuencia de una prestación laboral o ciertas prohibiciones.

Código Civil. Ley 57 de 1887

En cuanto a la definición del término *tercera edad* el Código Civil en su Artículo 30 establece que el criterio más apropiado para precisar la tercera edad es el de disminución de capacidades según el cual esta edad refleja un estado en el que no es posible asumir a plenitud ciertos trabajos. Así mismo, se afirma que es necesario acudir a los criterios que la ciencia y la técnica suministran como determinantes de la tercera edad (Artículo 29) donde la iniciación oscila entre 50 y 60 años hasta la muerte.

Algunos de los derechos consagrados en el Código Civil para las personas de la tercera edad podrían resumirse de la siguiente manera:

- **Derecho al cuidado familiar:** Tienen derecho a reclamar cuidado de sus hijos, quienes están obligados para con ellos (Artículo 251); y de la misma manera, los demás consanguíneos próximos (artículos 252 y 256).
- **Características del cuidado:** La obligación de cuidado comprende la atención, vigilancia, tenencia y suministro de los requerimientos físicos, psíquicos, espirituales, etc. Esta obligación de cuidado debe



prestarse de manera personal y directa; y también puede ejecutarse mediante una persona natural o jurídica, siempre que requiera de servicios especiales o los servicios sean mejores.

- **Derecho de alimentos:**

-Obligación de alimentos a cargo de la persona de la tercera edad: ordinariamente la persona de la tercera edad no tiene obligación alimentaria para con los hijos debido a su mayoría de edad o a su capacidad económica. En cambio conserva su obligación legal con su cónyuge con quien vive o al separado o divorciado. Este derecho puede tener un alcance total o parcial, según se carezca en todo o en parte de los medios económicos.

-Derecho de alimentos en favor de la persona de la tercera edad: Se trata de un derecho de alimentos que se materializa excepcionalmente porque lo normal es que las personas de la tercera edad, debido a su mayoría y ordinaria capacidad económica, se autosostenga y sostenga a su familia, quedando entonces reducido dicho derecho a aquellos eventos de necesidad de los mismos. En segundo lugar, este derecho puede tener un alcance total o parcial, según se carezca en todo o en parte de los medios económicos para satisfacer sus necesidades. En tercer lugar, se trata de un derecho que también puede satisfacer en especie o dinero, con o sin administración directa del mismo por parte del acreedor, o bien puede cumplirse por intermedio de una persona natural o jurídica a quien, además del cuidado personal correspondiente, se le encargue de la alimentación correspondiente. En cuarto lugar, es preciso tener en cuenta en forma real la clase de alimentos a que tiene derecho la persona de la tercera edad con la real situación que ha vivido y vive, particularmente en los que se refiere a la prestación de vivienda y medios económicos para la satisfacción de sus necesidades (Lafont, 1997).

Código Penal

Se prohíbe el rechazo, la hostilidad hacia los ancianos, la negación de afecto, humillaciones permanentes y amenazas físicas, para evitar que se concurra en el delito de tortura moral (Código Penal). Se tipifica igualmente el abandono

material del anciano (Artículo 233, Código Penal), internamiento fraudulento en casa de reposo o asilo o clínica psiquiátrica, cuando se hace con documentos o certificados falsos y se ocultan los medios para sostener al anciano (Artículo 186, Código Penal). Igualmente, hay disposiciones en la legislación penal que tienen por objeto beneficiar al procesado que ha llegado a la tercera edad, según las cuales se suspende la detención preventiva o la ejecución de la pena cuando el sindicado sea mayor de 65 años (Artículo 407, Numeral 1, Código de Procedimiento Penal, Consejo Superior de la Judicatura).

Por último el Artículo 166 establece como agravante de la desaparición forzada, el que la conducta se ejecute en persona mayor de 60 años; y el Artículo 181 establece como agravante del desplazamiento forzado, el que la conducta sea ejercida en persona mayor de 60 años.

Ley 60 de 1993

Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

A través de esta Ley, se establece que a los municipios, en el área de la salud, conforme al Artículo 49 de la Constitución Política, les corresponde dirigir el Sistema Local de Salud, realizar las acciones de fomento de la salud, prevención de la enfermedad. También son responsables por asegurar y financiar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación del primer nivel de atención de la salud de la comunidad, directamente a través de sus dependencias o entidades descentralizadas o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas, según lo dispuesto en el Artículo 365 de la Constitución Política, la Ley 10 de 1990 y las disposiciones reglamentarias sobre la materia.

Así mismo, la Ley ordena a los municipios financiar la dotación, construcción, ampliación, remodelación y el mantenimiento integral de las instituciones de prestación de servicios. Están contempladas también las inversiones en dotación básica y la construcción y mantenimiento integral de los centros de bienestar del-a anciano-a, para lo cual deberán concurrir en apoyo los departamentos.

Por su parte, a los departamentos, conforme al Artículo 49 de la Constitución Política, les corresponde dirigir el Sistema Seccional de Salud,



realizar las acciones de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, financiar y garantizar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación correspondientes al segundo y tercer nivel de atención de la salud de la comunidad, directamente, o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas, según lo dispuesto en el Artículo 365 de la Constitución Política, la Ley 10 de 1990 y las disposiciones reglamentarias sobre la materia.

Ley 100 de 1993

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

El sistema de seguridad social establecido por la Ley 100, como reglamentación del Artículo 48 de la Constitución Política, cubre lo tocante a salud como acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública establecidas para los grupos de 45 a 59 y de 60 y más años. Se pueden destacar, además, los siguientes aspectos en materia de vejez:

- **Pensión de vejez:** Debe haber cotizado un mínimo de 1000 semanas y tener 55 años si es mujer, o 60 años si es hombre. A partir del año 2014 la edad se modificará a 57 años en la mujer y 62 años en el caso de los hombres. Se estudia la posibilidad de aumentar aún más la edad de jubilación, pues el Estado se considera incapaz de cumplir sus obligaciones pensionales obedeciendo también a un convenio implícito o condición prioritaria para nuevos préstamos con el Fondo Monetario Internacional. En caso de cumplir la edad y no haber cotizado las 1000 semanas, existen dos posibilidades: continuar cotizando o declarar la imposibilidad de hacerlo. En tal caso se realiza una indemnización sustitutiva (Cano, 2001).
- **Fondo de Solidaridad Pensional:** El Fondo de Solidaridad Pensional tiene por objeto subsidiar los aportes al Régimen General de Pensiones de los-as trabajadores-as asalariados-as o independientes del sector rural y urbano que carezcan de suficientes recursos para efectuar la totalidad del aporte, tales como artistas,

deportistas, músicos, compositores, toreros y sus subalternos, la mujer microempresaria, las madres comunitarias, los discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales, los miembros de las cooperativas de trabajo asociado y otras formas asociativas de producción, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional. “El subsidio se concede parcialmente para reemplazar los aportes del empleador y del trabajador o de este último en caso de que tenga la calidad de trabajador independiente, hasta por un salario mínimo como base de cotización” Valencia y Maya (1997).

- **Cobertura familiar:** La cobertura se puede extender a los padres del afiliado no pensionados y que dependan económicamente de éste. Las Entidades Promotoras de Salud EPS, están obligadas a que, dentro de sus afiliados, un mínimo de 6% sean mayores de 60 años (Cano, 2001).
- **Servicios sociales complementarios:** Esta ley en su libro cuarto establece un programa de auxilios para los ancianos indigentes que cumplan con los siguientes requisitos: ser colombiano; llegar a una edad de sesenta y cinco o más años; residir durante los últimos diez años en el territorio nacional; carecer de rentas o de ingresos suficientes para su subsistencia, o encontrarse en condiciones de extrema pobreza o indigencia; residir en una institución sin ánimo de lucro para la atención de ancianos indigentes, limitados físicos o mentales que no dependan económicamente de persona alguna.
- Así mismo, se estableció que el Gobierno Nacional reglamentaría el pago de los auxilios para aquellas personas que no residan en una institución sin ánimo de lucro y que cumplan con los demás requisitos establecidos.
- El objeto de este programa es el de apoyar económicamente y hasta por el 50% del salario mínimo legal mensual vigente, a las personas que cumplan las condiciones señaladas. Se contempla en esta ley que la prestación especial por vejez se pierde por muerte del-a beneficiario-a; por mendicidad comprobada como actividad productiva; por percibir una pensión o cualquier otro subsidio; o las demás que establezca el Consejo Nacional de Política Social.



- Por otro lado, se consagró que el Estado a través de sus autoridades y entidades y con la participación de la comunidad y organizaciones no gubernamentales prestaría los siguientes servicios sociales para la tercera edad: en materia de educación, las autoridades del sector de la educación promoverán acciones sobre el reconocimiento positivo de la vejez y el envejecimiento; en materia de cultura, recreación y turismo, las entidades de cultura, recreación, deporte y turismo que reciban recursos del Estado deberán definir e implantar planes de servicios y descuentos especiales para personas de la tercera edad; el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social promoverá la inclusión dentro de los programas regulares de bienestar social de las entidades públicas de carácter nacional y del sector privado el componente de preparación para la jubilación.
- **Regímenes especiales (Portafolio, 2002):** Son consagrados en la Ley 100 sólo para ocupaciones de alto riesgo, pero aquí se cobijan también algunos que se amparan en la transición y las convenciones colectivas. Entre los de la transición están los regímenes vigentes para afiliados que en abril de 1994 fueran mayores de 34 ó 39 años o que hubieran cotizado más de 15 años. Aquí figuran los regímenes de congresistas, magistrados y miembros de altas cortes, empleados del Instituto de Seguro Social (ISS), la Caja Nacional de Previsión Social (CAJANAL) y Superintendencias (Sociedades, Industria y Comercio y Valores), entre otros.

Hay otros regímenes especiales considerados de alto riesgo por la Ley 100: trabajadores del sector minero y otros expuestos a radiación, sustancias cancerígenas o altas temperaturas en el sector privado. También incluye en el sector público a funcionarios de la rama judicial, bomberos, detectives del Departamento Administrativo de Seguridad (DAS), procuradores delegados en lo penal y derechos humanos, empleados de cuerpos de seguridad y la Aeronáutica Civil (AEROCIVIL). En general, éstos se pensionan a los 55 años y en algunos casos a los 50; la cotización es 13.5% más el 6% (a cargo del empleador) e incluye amplios factores prestacionales.

En cuanto a los-as amparados-as en convenciones colectivas, éstos-as reciben beneficios extralegales, además de los del sistema general, y no pueden ser eliminados por la ley. Cobijan numerosas empresas industriales y comerciales del Estado como Administración Postal

Nacional (ADPOSTAL), Empresa de Telecomunicaciones de Colombia (TELECOM), Empresas Municipales de Cali (EMCALI), la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá (EAAB), y el Banco de la República, entre otros. Otro grupo lo conforman entidades que si bien están en liquidación contaban con regímenes especiales: Álcalis de Colombia, Ferrocarriles Nacionales, Corporación Financiera de Transporte S.A. (CORFITRANSPORTE), Corporación Nacional de Turismo (CNT), Caja Agraria y Fondo de Liquidación de Puertos de Colombia (FONCOLPUERTOS).

Ley 115 de 1994

Por la cual se expide la ley general de educación.

En el Título III, capítulo 2 de esta ley, se hace referencia a la educación para adultos-as, como aquella que se ofrece a las personas en edad relativamente mayor a la aceptada regularmente en la educación por niveles y grados de servicio público educativo, que deseen cumplir y completar su formación o validar sus estudios.

Así mismo, se afirma que la educación para adultos tiene como objetivos específicos adquirir y actualizar su formación básica y facilitar el acceso a los distintos niveles educativos; erradicar el analfabetismo; actualizar los conocimientos, según el nivel de preparación; y desarrollar la capacidad de participación en la vida económica, política, social, cultural y comunitaria.

Por otro lado, se establece que el Ministerio de Educación fomentará programas no formales de educación de adultos-as, en coordinación con diferentes entidades estatales y privadas, en particular los dirigidos al sector rural y a las zonas marginadas o de difícil acceso.

Ley 271 de 1996

Por la cual se establece el Día Nacional de las Personas de la Tercera Edad y del Pensionado.

Esta ley establece el Día Nacional de las Personas de la Tercera Edad y del Pensionado, el cual se celebra el último domingo del mes de agosto de cada año. Los gobernadores y alcaldes, dentro de sus respectivas jurisdicciones, adoptarían las medidas administrativas adecuadas, para la celebración del Día



Nacional de las Personas de la Tercera Edad y del Pensionado de acuerdo a la importancia y dignidad que el pensionado y las personas de la tercera edad merecen.

Así mismo, el Gobierno Nacional, los entes departamentales, municipales, distritales y demás instituciones del Estado, condecorarían a las personas de la tercera edad y pensionados-as que más se hayan distinguido por desarrollar actividades en favor de sus afiliados-as en el campo de la salud, vivienda, recreación y en general programas que beneficien a este sector.

Ley 361 de 1997

Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones.

Los principios que inspiran esta Ley, se fundamentan en los artículos 13, 47, 54 y 68 que la Constitución Nacional reconoce a las personas con limitación en sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales para posibilitar su completa realización personal y su total integración social. A las personas con limitaciones severas y profundas se les garantiza la asistencia y protección necesarias.

Se afirma que el Estado garantizará y velará porque en su ordenamiento jurídico no prevalezca discriminación sobre habitante alguno en su territorio, por circunstancias personales, económicas, físicas, fisiológicas, síquicas, sensoriales y sociales.

Las personas con alguna limitación deberán aparecer calificadas como tales en el carné de afiliado-a al Sistema de Seguridad en Salud, ya sea el régimen contributivo o el régimen subsidiado. Para tal efecto las empresas promotoras de salud deberán consignar la existencia de la respectiva limitación en el carné de afiliado-a, para lo cual solicitarán en el formulario de afiliación la información respectiva y la verificarán a través de diagnóstico médico en caso de que dicha limitación no sea evidente.

En el Título I de esta Ley se establecen las normas y criterios básicos para facilitar la accesibilidad a las personas con movilidad reducida, sea ésta temporal o permanente, o cuya capacidad de orientación se encuentre disminuida por la edad, analfabetismo, limitación o enfermedad. Así mismo, se busca suprimir y evitar toda clase de barreras físicas en el diseño y ejecución de las vías y espacios públicos y del mobiliario urbano, así como en la construcción o reestructuración de edificios de propiedad pública o privada.

Para los efectos de la presente ley, se entiende por accesibilidad la condición que permite en cualquier espacio o ambiente interior o exterior, el fácil y seguro desplazamiento de la población en general, y el uso en forma confiable y segura de los servicios instalados en estos ambientes. Las *barreras físicas* son todas aquellas trabas, irregularidades y obstáculos físicos que limiten o impidan la libertad o movimiento de las personas. Y se entiende por *telecomunicaciones*, toda emisión, transmisión o recepción de señales, escrituras, imágenes, signos, datos o información de cualquier naturaleza, por hilo, radio u otros sistemas ópticos o electromagnéticos.

Son destinatarios-as especiales las personas que por motivo del entorno en que se encuentran, tienen necesidades especiales y en particular los individuos con limitaciones que requieren de atención especial, los ancianos y las demás personas que necesiten asistencia temporal.

Ley 387 de 1997

Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia.

En la sección 6, Artículo 17 de esta ley se señala que el Gobierno Nacional promoverá acciones y medidas de mediano y largo plazo con el propósito de generar condiciones de sostenibilidad económica y social para la población desplazada en el marco del retorno voluntario o el reasentamiento en otras zonas rurales o urbanas.

Estas medidas deberían permitir el acceso directo de la población desplazada a la oferta social del gobierno, en particular a los programas relacionados con: Atención social en salud, educación y vivienda urbana y rural, la niñez, la mujer y las personas de la tercera edad, entre otros.

Ley 445 de 1998

Por la cual se establecen unos incrementos especiales a las mesadas y se dictan otras disposiciones.

Esta ley establece que las pensiones de jubilación, invalidez, vejez y sobrevivientes del sector público del orden nacional, financiadas con recursos



del presupuesto nacional, del Instituto de Seguro Social, así como de los pensionados de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, conservando estos últimos su régimen especial, tendrían tres (3) incrementos, los cuales se realizarán el 1º de enero de los años 1999, 2000 y 2001. Para el año 1999, el Gobierno incluiría en el presupuesto de dicho año la partida correspondiente.

El incremento total durante los tres años sería igual al 75% del valor de la diferencia positiva, al momento de la entrada en vigencia de esta ley, que resulte de restar del ingreso inicial de pensión, el ingreso actual de pensión.

En caso de que el resultado de aplicar dicho porcentaje superara los dos (2) salarios mínimos, el incremento total sería igual a dos (2) salarios mínimos. Dicho incremento total se distribuiría en tres incrementos anuales iguales, que se realizarían en las fechas mencionadas. Si la diferencia entre el ingreso inicial y el ingreso actual de pensión es negativa, no habría lugar a incremento.

Ley 700 de 2001

Por medio de la cual se dictan medidas tendientes a mejorar las condiciones de vida de los pensionados y se dictan otras disposiciones.

Esta ley tiene por objeto agilizar el pago de las mesadas a los-as pensionados-as de las entidades públicas y privadas en todos los regímenes vigentes, con el fin de facilitar a los-as beneficiarios-as el cobro de las mismas. Lo dispuesto en esta ley se aplicaría a la pensión de jubilación, vejez, invalidez y sobrevivientes.

A partir de la vigencia de la presente ley se crearía la obligación, para todos los operadores públicos y privados del sistema general de pensiones que tengan a su cargo el giro y el pago de las mesadas pensionales, de consignar la mesada correspondiente a cada pensionado-a en cuentas individuales, en la sucursal de la entidad financiera que el-a beneficiario-a elija y siempre que tenga allí su cuenta corriente o de ahorros.

Ley 717 de 2001

Por la cual se establecen términos para el reconocimiento de las pensiones de sobrevivientes y se dictan otras disposiciones.

Se establece que el reconocimiento del derecho a la pensión de sobrevivientes por parte de la entidad de Previsión Social correspondiente,

debería efectuarse a más tardar dos (2) meses después de radicada la solicitud por el-a peticionario-a, con la correspondiente documentación que acredite su derecho.

Ley 715 de 2001

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

En el Artículo 1 de esta ley se establece que el Sistema General de Participaciones está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios de educación y salud, principalmente.

De esta manera, las competencias de los departamentos en materia de salud, entre otras, son: dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Algunas de sus funciones serían: dirigir el sector salud en el ámbito departamental; formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud; supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación, y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud; entre otras.

En cuanto a la prestación de servicios de salud le corresponde a los departamentos: gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre que resida en su jurisdicción en lo no cubierto con subsidios de demanda; financiar con los recursos propios, con los asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre, entre otros.

Las competencias de los municipios son, entre otras, dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el ámbito de su jurisdicción. En cuanto al aseguramiento de la población al Sistema General, le corresponde financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable; identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado.



Por otro lado, la ley establece que los recursos del Sistema General de Participaciones en salud se destinarían a financiar los gastos en salud en los siguientes componentes:

- Financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva, hasta lograr y sostener la cobertura total.
- Prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios de demanda.
- Acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país por el Ministerio de Salud.

El Artículo 74 establece competencias de las entidades territoriales en otros sectores, destacando la atención a grupos vulnerables, con lo cual se pueden adelantar programas de apoyo integral a grupos de población vulnerable como la población infantil, los ancianos, desplazados o madres cabezas de hogar.

Decreto No. 2132 de 1992

Por el cual se reestructuran y fusionan entidades y dependencias de la administración nacional.

Mediante este decreto se crea el Fondo de Cofinanciación para la Inversión Social (FIS), que tiene como objeto exclusivo cofinanciar la ejecución en forma descentralizada de programas y proyectos presentados por las entidades territoriales, incluidos los que contemplen subsidios a la demanda, en materia de salud, educación, cultura, recreación, deportes y atención de grupos vulnerables de la población.

Así mismo, se definió que para efecto de establecer las orientaciones de la política social, el Consejo de Política Económica y Social (CONPES), presidido por el Presidente de la República, estaría conformado por los Ministros de Hacienda y Crédito Público, Salud, Educación, Agricultura, Transporte, Trabajo y Seguridad Social y Desarrollo Económico, el Secretario General de la Presidencia y el Director del Departamento Nacional de Planeación.

Se definieron como sus funciones:

- Aprobar las políticas, estrategias y programas en el área social del Plan Nacional de Desarrollo.

- Aprobar el Plan de Inversiones Públicas en materia social, que contendrá los presupuestos plurianuales de los principales programas y proyectos y formará parte del Plan Nacional de Desarrollo.
- Colaborar con el Presidente de la República en la coordinación de las actividades de las distintas unidades ejecutoras de la política social.
- Definir, analizar y evaluar los planes y programas en materia social.
- Establecer las características generales de los programas elegibles para el sistema de cofinanciación con las entidades territoriales a través de los Fondos de que trata este Decreto y del Fondo de Solidaridad y Emergencia Social, con excepción de aquellos que adelante este Fondo para contribuir al proceso de reconciliación nacional y la convivencia entre los colombianos-as, así como trazar las orientaciones o directrices para su ejecución.
- Determinar los programas en materia social que se ejecutarán directamente por los organismos y entidades nacionales, en desarrollo de sus competencias legales, o por organizaciones no gubernamentales en cumplimiento de las funciones públicas a que se refieren los artículos 13, 43, 44, 46 a 51, 54, 67,70 y 71 de la Constitución Política, en desarrollo de las disposiciones legales o de los contratos que se celebren para el efecto.
- Aprobar el programa de asignación de recursos a los Fondos de Cofinanciación, que deberá ser incluido en el proyecto de presupuesto anual como complemento de las transferencias de que tratan los artículos 356 y 357 de la Constitución Política. Tales asignaciones se identificarán según la naturaleza de las actividades que serán objeto de cofinanciación y se clasificarán por programas.
- Definir las características de los programas de asignación de recursos presupuestales a personas naturales o jurídicas de derecho privado, con el fin de garantizar el cumplimiento de los derechos sociales, económicos y culturales consagrados en la Constitución Política y la concesión de los subsidios de que trata el Artículo 368 de la misma.



Decreto No. 1135 de 1994. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 257, 258, 259, 260, 261 y 262 de la Ley 100 de 1993.

Este decreto reglamentó el programa de auxilio para ancianos indigentes conforme a la Ley 100 de 1993. Estableció que el auxilio tendría la cobertura fijada anualmente por el CONPES; que el programa operaría mediante cofinanciación entre la Nación y los entes territoriales, y que los municipios y distritos serían los responsables de la ejecución del programa, escogiendo las instituciones dotadas con la infraestructura y el recurso humano idóneo para tal fin e identificando los-as beneficiarios-as del programa.

Por otro lado, se planteó que los beneficiarios del programa de auxilio para ancianos indigentes serían aquellos que cumplieran con los siguientes requisitos: ser colombiano; tener mínimo 65 años; residir los últimos 10 años en Colombia; carecer de rentas o ingresos suficientes para subsistir o encontrarse en condiciones de extrema pobreza o indigencia; residir en una institución prestadora de servicios sin ánimo de lucro para atención de ancianos indigentes, limitados físicos o mentales; y no depender económicamente de persona alguna.

Así mismo, se definieron tres modalidades de atención del programa:

- **Ancianos-as indigentes que no residen en ninguna institución:** La totalidad del auxilio lo entrega la entidad pagadora a los ancianos-as en dinero, de manera individual.
- **Ancianos-as indigentes que residen o reciben atención en instituciones sin ánimo de lucro:** Los ancianos-as acceden al auxilio a través de los servicios que preste la institución -que deben como mínimo satisfacer las necesidades de alimentación y vestuario- y reciben directamente un porcentaje del auxilio.
- **Ancianos-as minusválidos-as y dementes:** El auxilio es recibido totalmente por la institución en que reside o lo-a atiende.

Decreto 1298 de 1994

En este decreto se establece cuales son los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que tienen como objeto la protección de la salud de los grupos de población más vulnerable. Así mismo, en el Artículo 28

se afirma que es función de la dirección local y distrital cumplir las normas dictadas por el Ministerio de Salud para la consecución de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de instituciones de primer nivel de atención en salud, o para los centros de bienestar del-a anciano-a.

Decreto 1485 de 1994

Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.

Una de las obligaciones especiales de las Entidades Promotoras de Salud, según lo señala el Artículo 15 de este decreto, es la de acreditar al corte del mes de junio y al corte del mes de diciembre de cada año, que su composición de beneficiarios-as se sujetó a ciertos porcentajes promedio ponderados. Uno de ellos establece que, no menos de un cinco por ciento (5%), deben ser personas mayores de sesenta 60 años.

Decreto No. 731 de 1995

Por el cual se crea la Comisión Tripartita de Concertación para el Desarrollo de Programas para la Tercera Edad, se determina su composición y se le asignan funciones.

Este Artículo creó la Comisión Tripartita de Concertación para el Desarrollo de Programas para la Tercera Edad, cuyo objetivo principal es el desarrollo de políticas y programas encaminados a proteger y atender a las personas que por razón de su edad, merecen el auxilio de la sociedad y su integración a la comunidad en general.

Dentro de las funciones principales de la Comisión está la de proponer acciones sobre el reconocimiento positivo de la vejez, y la preparación del pensionado para el envejecimiento; recomendar la adopción de planes y programas para el desarrollo de un sistema de servicios sociales que atiendan las necesidades de salud, vivienda, soledad, ocio, cultura y recreación; y recomendar la adopción de planes y programas para la reinserción de las personas de la tercera edad a actividades productivas en cooperativas, microempresas, famiempresas y empresas asociativas.



Documento CONPES 27
DNP:UDS-DEI (1994)

Este documento sometía a consideración del CONPES Social el diseño de las experiencias piloto para poner en marcha el programa de subsidios a los-as ancianos-as indigentes y a los-as ancianos-as indígenas.

Se estableció que serían beneficiarios-as del programa los-as ancianos-as que cumpliendo los requisitos definidos en la Ley 100/93, se encontraran en condiciones de extrema pobreza o indigencia. Para la experiencia piloto se proponían los siguientes criterios:

- En aquellos municipios que hubiesen adoptado el modelo de ficha del Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios (SISBEN), tendrían acceso al programa los-as ancianos-as que el sistema clasifica en estrato uno.
- Los-as ancianos-as que tuvieran más de dos necesidades básicas insatisfechas (de acuerdo con la clasificación del DANE) y no dependan de persona alguna.

Además debían cumplir con alguna de las siguientes condiciones:

- Tener ingresos mensuales iguales o inferiores al auxilio definido en este CONPES y vivir solos-as.
- Tener ingresos mensuales o inferiores al auxilio definido en este CONPES y tener personas dependientes.
- Vivir en familias con ingresos familiares inferiores a un salario mínimo mensual vigente.
- Residir o inscribirse en una institución sin ánimo de lucro para ancianos-as indigentes y no depender económicamente de persona alguna.

En este documento se estipuló que se beneficiarían 25.000 ancianos-as indigentes, y que para 1994 y 1995 la experiencia piloto contaría con 20.000 millones de pesos asignados al Ministerio del Trabajo. Los municipios y distritos

serían los responsables de la ejecución del programa y podrían llevar a cabo su administración directamente o a través de una entidad promotora.

En cuanto a la experiencia piloto para los indígenas, se estableció que serían beneficiarios-as los-as indígenas mayores de 50 años escogidos-as por las autoridades internas de las comunidades, que cumpliendo los demás requisitos definidos en la Ley 100/93 vivan en:

- Comunidades indígenas pertenecientes a municipios con necesidades básicas insatisfechas superiores al 85% donde la población indígena sea mayor al 60%.
- Comunidades y resguardos indígenas no considerados como municipios, que por consiguiente no reciben recursos provenientes de los ingresos corrientes de la Nación con destino a los resguardos indígenas.
- Comunidades indígenas que trabajen en la explotación de recursos naturales no renovables, incluyendo sal.
- Comunidades indígenas que hayan sido afectadas por desastres naturales.

La experiencia piloto para indígenas beneficiaría a 6.000 ancianos-as y para ellos-as se contaría con 5.000 millones de pesos provenientes del Presupuesto Nacional asignados al Ministerio del Trabajo.

Documento CONPES 2722 Red de Solidaridad Social (1994)

Este documento sometía a consideración del CONPES la creación de la Red de Solidaridad Social como un conjunto de programas dirigidos al mejoramiento de la calidad de vida de los grupos de población más pobres y vulnerables. Así mismo, se afirmaba que la Red fue diseñada como un programa integral para las comunidades más pobres del país, orientada a mejorar simultáneamente los ingresos y las condiciones de vida de los grupos particularmente vulnerables (jóvenes y mujeres desempleados-as, niños-as en condiciones de desnutrición, mujeres jefas de hogar y ancianos-as indigentes).

Uno de los programas que haría parte de aquellos manejados por la Red fue *Revivir*. Se trataba de un auxilio para ancianos-as indigentes que buscaba



mejorar las condiciones de vida de 240.000 ancianos-as indigentes mayores de 65 años, o de 50 años en el caso de indígenas o discapacitados-as. El auxilio sería de 38.000 pesos mensuales para 1994 y se reajustaría anualmente por determinación del CONPES. Así mismo, se estableció que la ejecución del programa sería responsabilidad del Fondo de Solidaridad y Emergencia Social y sería cofinanciado por los municipios.

Documento CONPES 2753 Fondo de Solidaridad Social (1994)

El objetivo de este documento consistía en establecer para 1995, primer año de funcionamiento del Fondo de Solidaridad Social, las características de la población beneficiaria, el monto del subsidio y el tiempo durante el cual se otorgaría.

Se estableció que en las zonas urbanas el subsidio del Fondo daría prioridad a los-as trabajadores-as mayores que pertenecieran al sector informal y hubiesen cotizado previamente al sistema general de pensiones, puesto que además de tener una baja tasa de afiliación, son quienes tienen mayores probabilidades de pensionarse con el subsidio del Fondo.

Para 1995 serían beneficiarios-as del Fondo los-as trabajadores-as del sector informal tanto urbanos como rurales; los-as trabajadores-as discapacitados, y las madres comunitarias, según las siguientes condiciones:

- Los-as trabajadores-as urbanos del sector informal (asalariados o independientes), mayores de 40 y menores de 65 años, que reúnan las siguientes características:
 - Demostrar un nivel de ingreso máximo de 1 salario mínimo.
 - Estar afiliado al Régimen General de Seguridad Social en Salud.
 - Demostrar haber cotizado al sistema de seguridad social las semanas suficientes para que, con la temporalidad del subsidio y el tiempo de vida laboral, puedan obtener su pensión de vejez.
- Los-as trabajadores-as rurales del sector informal (asalariados-as o independientes), mayores de 20 años, que tengan un nivel de ingreso máximo de 1 salario mínimo y estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Los-as trabajadores-as discapacitados-as físicos, psíquicos o sensoriales mayores de 20 años, que tengan menos del 50% de capacidad laboral y cumplan las condiciones indicadas para trabajadores urbanos y rurales del sector informal, según el caso.
- Madres comunitarias de cualquier edad afiliadas al Sistema General de Seguridad Social, que hayan cumplido por lo menos un año de servicio como tales.
- Los miembros de las cooperativas de trabajo asociado, empresas asociativas de trabajo y otras formas asociativas de producción que cumplan los requisitos para trabajadores urbanos y rurales del sector informal ya enunciadas.

Se afirmaba que para garantizar la asignación equitativa de los subsidios, la composición mínima sería la siguiente: 40% mujeres, 30% habitantes de las zonas rurales, 50% trabajadores independientes y 5% trabajadores discapacitados. Adicionalmente, del total de trabajadores urbanos afiliados, el 60% deberían ser mayores de 45 años.

Para 1995, los potenciales beneficiarios del Fondo eran aproximadamente 1'350.000 personas, de las cuales se beneficiarían 350.000 durante el primer año de funcionamiento del Fondo. El monto del subsidio se calcularía como un porcentaje sobre el total de la cotización para pensiones. El trabajador beneficiario perdería el derecho al subsidio cuando cumplieran el período máximo establecido, cuando dejara de cotizar durante dos meses al sistema general de pensiones o al sistema de salud, o cuando dejara de cumplir alguno de los requisitos definidos en la ley y en este documento. Los subsidios otorgados por el Fondo en 1995 ascenderían a 44 mil millones de pesos.

Documento CONPES 2793
Vicepresidencia de la República (1995)

La política sobre envejecimiento y vejez establecida en este documento asume que la salud y el bienestar en la edad avanzada dependen de la calidad de vida que se lleve desde el nacimiento. Por lo tanto, la preparación de la población para etapas subsiguientes de la vida debe ser parte de la política social.

Así mismo, se afirma que mantener una actividad intelectual, afectiva, física y social en la medida de los propios intereses, capacidades y posibilidades, se relaciona con un envejecimiento sano y satisfactorio. Por lo tanto, las personas



de edad deben tener acceso a los servicios de salud y seguridad social, recreación y cultura, así como la oportunidad de contar con ingresos y el apoyo necesario para residir en su propio domicilio, por tanto tiempo como sea posible.

Se definen como objetivos fundamentales de la política relativa al envejecimiento y a la vejez los siguientes:

- Mejorar las condiciones de vida de toda la población, independientemente de su edad, sexo o etnia, con el fin de que vivan un proceso de envejecimiento saludable.
- Brindar bienestar a las personas mayores, asegurándoles servicios de salud y seguridad social, una subsistencia adecuada, vivienda digna y asistencia integrada, priorizando las acciones en las personas más pobres.
- Desarrollar una cultura donde el envejecimiento y la vejez sean considerados como símbolo de experiencia, sabiduría y respeto, para eliminar así la discriminación y la segregación por motivos de edad, y contribuir al mismo tiempo al fortalecimiento de la solidaridad y al apoyo mutuo entre generaciones.
- Mejorar la capacidad de respuesta institucional para la atención de las personas mayores usando de manera más eficiente la infraestructura existente.

Documento CONPES 2833 Fondo de Solidaridad Pensional (1996)

En el documento se afirma que para la fecha de su publicación, el Fondo había recaudado 90.600 millones de pesos y se proyectaba que al finalizar 1996 los recaudos habrían ascendido a 231.000 millones de pesos. Para ese momento no se había podido hacer entrega de ningún subsidio pensional debido al rezago en contratación de la fiducia (que sólo culminó en junio de 1995) y a restricciones legales que afectaban su financiamiento. En este sentido, se planteaba que el propósito del documento consistía en facilitar el acceso de la población potencial al Fondo y establecer la cobertura para 1996.

Se estableció que para 1996 serían beneficiarios-as del Fondo de Solidaridad Pensional todos-as los-as trabajadores-as que tuvieran ingresos inferiores o iguales a un salario mínimo y que además cumplieran con las siguientes condiciones:

- Los trabajadores asalariados o independientes del sector informal urbano, mayores de 40 años si son hombres y de 35 si son mujeres y, en cualquier caso, menores de 65 años.
- Los trabajadores independientes del sector informal rural y los asalariados rurales que no tengan un patrono permanente, y que tengan menos de 35 años si son mujeres y menos de 40 si son hombres.
- Los trabajadores discapacitados mayores de 20 años con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.
- Las madres comunitarias de cualquier edad.
- Los miembros de cooperativas de trabajo asociado y otras formas asociativas de producción mayores de 35 años si son mujeres y de 40 si son hombres.

Para 1996 se entregarían subsidios a 330 mil beneficiarios-as. La composición mínima debía ser: 40% mujeres, el 30% habitantes de las zonas rurales.

En el aspecto legislativo, como aportes últimos relacionados con las personas mayores se destacan:

La Ley 294 de 1996, reformada por la Ley 575 de 2000 que atañe a la violencia intrafamiliar, estableciendo acciones preventivas y de protección, entre otras, (Consejería Presidencial para la Política Social, Haz Paz, 2000), la Ley 700 de noviembre de 2001, tendiente a mejorar las condiciones de vida del pensionado, y Ley 717 de diciembre de 2001, establece términos para el reconocimiento de las pensiones de sobrevivientes o sustituciones (Nieto, 2002).

Por considerar relevante la reglamentación de la atención a las personas mayores, se describe, por último, la correspondiente a este asunto.

En septiembre de 1996 mediante el Decreto 2011 se crea el *Fondo Nacional de Protección al Anciano*, adscrito a la División Administrativa del Ministerio de Salud y conforme a la Ley 29 de 1995. Este decreto se dirige a los *ancianos indigentes* (Artículo 9) y se refiere igualmente a la prestación de servicios de albergue, vestuario, alimentación, recreación y asistencia en salud (artículos 12 y 14), por medio de los *Centros de Bienestar al Anciano*. Así mismo, decreta los requisitos mínimos de planta física y de recurso humano (artículos 14, 18, 20 y 22).



La ley 9 de 1979, redacta las normas higiénico sanitarias que deben cumplir este tipo de instituciones, bajo el marco del Código Sanitario Nacional. La reglamentación para el cumplimiento de esta ley se rige por la resolución 4445 del 2 de diciembre de 1996.

La Ley 100 de diciembre de 1993, en su libro cuarto, Artículo 261, dice:

Los municipios o distritos deberán garantizar la infraestructura necesaria para la atención de los ancianos indigentes y la elaboración de un plan municipal de servicios sociales complementarios para la tercera edad como parte del plan de desarrollo municipal o distrital Valencia y Maya(1997).

El Decreto 1298 de 1994, determina los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en éste se incluyen todas las entidades oficiales o privadas que atienden a poblaciones vulnerables, incluidos los ancianos. En el mismo año, el decreto 1918 define los lineamientos para las licencias de funcionamiento de las entidades que se dedican a la prestación de servicios en salud.

En el año 1996, se publica el Decreto 2174, por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su razón fundamental radica en delimitar los *Requisitos Esenciales* para la prestación de los servicios de salud. La Resolución 4252 del Ministerio de Salud del año 1997, se refiere igualmente a este aspecto. El Decreto 2753 de 1997 indica el diseño y calidad de los servicios, al igual que designa a las entidades territoriales de salud, la función de registro y cumplimiento del objeto social.

El 25 de febrero de 1995, mediante la Resolución 110, la Secretaría Distrital de Salud adopta las condiciones mínimas que debe cumplir todo establecimiento que ofrezca atención al anciano en el Distrito Capital. Esta reglamentación es aplicada hasta la fecha, correspondiéndole la función a la oficina de Vigilancia y Control de la propia Secretaría de Salud. En su primer capítulo define el término “anciano” (mayor de 60 años), la atención integral en salud y las instituciones encargadas de suministrarla. Éstas se clasifican de la siguiente manera: Albergue, Centro día geriátrico, Centro geriátrico, Club de ancianos, Hogar gerontológico, Hospital día geriátrico y Unidad de cuidado terminal

El segundo capítulo se refiere a la dotación y planta física que debe tener cada una de éstas instituciones. El tercer capítulo reglamenta los aspectos relacionados con el saneamiento básico, el cuarto hace referencia a las áreas y al personal y, el quinto y último, describe los aspectos generales de las licencias sanitarias de funcionamiento.

Planes nacionales de desarrollo y las personas mayores (1982-2002)

Se afirma que fue a partir de 1936 cuando la legislación colombiana amplió el ámbito de intervención del Estado en la economía, tanto a través de la política económica como de la regulación del conflicto entre empresarios y trabajadores. La reforma constitucional de 1945 consagró la planeación como práctica de los organismos públicos y dio al Congreso la facultad de intervenir en la aprobación de los programas de gobierno (Fresneda et Al., 1997).

Históricamente, la asistencia y la preocupación por los ancianos en el país han sido soportadas por el voluntariado y las comunidades religiosas, en un enfoque de beneficencia y caridad. Son muy escasos los datos de legislación hacia el anciano (Cano, 2001).

Existe una referencia de principios de siglo XX donde se decía que los ancianos tenían derecho a pensión si eran personas mayores de 60 años que hubiesen trabajado para el Estado por lo menos 30 años (Cano, 2001). Así mismo, la Ley 15 de 1958, reglamentada mediante Decreto 1256 de 1960, establecía que

todo patrono que tenga a su servicio más de 10 trabajadores debe ocupar colombianos mayores de 40 años en proporción no inferior al 10% del total de trabajadores ordinarios y no inferior al 20% del personal calificado de especialistas, o de dirección, o confianza

La norma facultaba al Ministerio de Trabajo para imponer multas sucesivas a los patronos que incumplieran esta obligación (Defensoría del pueblo, 1996). Normas como la Ley 29 de 1975, el Decreto 2011 de 1976 constituyen antecedentes sobre atención a las/os ancianas-os.

Con el fin de lograr los objetivos de esta investigación, resulta pertinente realizar una mirada a los planes nacionales de desarrollo que los distintos gobiernos han formulado en los últimos veinte años, para observar las disposiciones que sobre la vejez se han planteado.

El presidente Belisario Betancur (1982-1986), a través de su Plan de Desarrollo *Cambio con Equidad*, dio prioridad a la construcción masiva de vivienda popular urbana. Se propuso capacitar a los-as microempresarios-as y extender la seguridad social a los-as asalariados-as del sector informal urbano, campesinos-as y trabajadores-as independientes. Así mismo, procuró ampliar los servicios públicos y de salud a los grupos más vulnerables. En el sector educativo adelantó programas de educación a distancia y alfabetización para adultos; puso en marcha el Plan de Fomento de Educación Rural e implementó



la metodología de Escuela Nueva. Sin embargo, entre 1983 y 1985, según recomendaciones del Fondo Monetario Internacional (FMI), el presupuesto de inversión en salud se redujo notablemente, lo que limitó la expansión del sector y dificultó el mantenimiento de ciertos servicios públicos (Defensoría del pueblo, 1996).

En cuanto a políticas para la tercera edad, el gobierno del presidente Betancur propuso realizar actividades recreativas y educativas para integrar al anciano-a a la familia y a la comunidad; se propuso disminuir a 8 por mil la mortalidad específica para el grupo de 45 a 49 años y a 50 por mil el grupo mayor de 60.

Durante la administración de Virgilio Barco (1986-1990) con la vigencia del *Plan de Erradicación de la Pobreza Absoluta*, los programas sociales no provocaron grandes cambios en la entrega de servicios sociales tradicionales, debido a que no se destinaron recursos adicionales para financiarlos ni se reorientaron los existentes hacia la satisfacción de necesidades básicas de la población. (Defensoría del pueblo, 1996). Lo más destacado de su gobierno en materia de política social fue la expansión de los Hogares de Bienestar Familiar, encargados de dar apoyo alimentario a los-as niños-as de zonas deprimidas. Entre los instrumentos empleados para la aplicación de sus políticas se encuentra el Plan Nacional de Rehabilitación, con el cual se trató de beneficiar a las poblaciones más pobres.

La política social del gobierno de César Gaviria (1990-1994) denominada la *Revolución Pacífica* dio prioridad a las acciones focalizadas y a los subsidios a la demanda. Se llevó a cabo la reforma institucional del sector social que consistió en trasladar a los municipios y departamentos la responsabilidad de ejecución de los principales programas sociales. Durante esta administración se promulgó la ley 100 de 1993 que permitió la creación de fondos privados de pensiones y estableció mecanismos para garantizar una atención de salud básica para los-as colombianos-as.

La Ley 100 de 1993 hace referencia a pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios. En el libro IV (Artículo 262) incluye la prestación de servicios para la vejez en cuanto a: educación para el reconocimiento positivo del envejecimiento y de la vejez; planes de servicios y descuentos especiales en materia de cultura, recreación y turismo para la misma población; y preparación para la jubilación (Defensoría del pueblo, 1996).

De igual manera, en el libro IV de la ley 100, se contempla el subsidio para los-as ancianos-as indigentes con los criterios anotados en la descripción correspondiente a esta ley.

Durante este gobierno, funcionó la Consejería Presidencial para la Juventud, Mujer y familia, que orientó acciones de bienestar y protección dirigidas a las personas mayores.

En el gobierno del presidente Ernesto Samper Pizano (1994-1998), dentro del Plan de Desarrollo *El Salto Social*, la política social se articuló en siete estrategias generales: desarrollo humano, seguridad social, mejoramiento del hábitat, equidad y participación de la mujer, atención a minorías étnicas, justicia y desarrollo de la economía solidaria y en la creación de la Red de Solidaridad Social. En cuanto a programas para la tercera edad, el gobierno de Samper estableció el programa *Revivir* de la Red de Solidaridad Social, para el cumplimiento de lo señalado en la Ley 100 en lo referente al apoyo a los-as ancianos-as indigentes mediante un auxilio mensual, complementado con planes de atención en los municipios.

Así mismo, los ancianos más pobres serían beneficiarios del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud; se expedirían normas para hacer efectiva su afiliación a las Cajas de Compensación y se pondría en marcha el Fondo de Solidaridad Pensional, con el fin de garantizar que la población más pobre y con dificultades de inserción en el mercado de trabajo cuente con una pensión cuando llegue a la tercera edad.

Finalmente, el gobierno del presidente Andrés Pastrana (1998-2002) estableció en su Plan de Desarrollo *Cambio para Construir la Paz*, que la protección a la población mayor de 60 años se llevaría a cabo en coordinación con las entidades territoriales principalmente, a través de las siguientes estrategias: incorporación voluntaria de esta población al programa Jornada Escolar Complementaria para el Cambio, con el fin de ocupar el tiempo libre de los-as ancianos-as y potenciar los aportes de su experiencia a las nuevas generaciones. El Plan también resolvía darle continuidad a la entrega de subsidios a ancianos-as pobres a través del programa *Revivir* de la Red de Solidaridad.

Los planes de desarrollo en Bogotá y las personas mayores

Se puede afirmar que sólo hasta la década de 1990 se promulgaron formalmente planes de desarrollo para Bogotá. Para efectos de este trabajo se analizarán los planes de desarrollo de las diferentes administraciones distritales en los últimos diez años, es decir, a partir de la alcaldía de Juan Martín Caicedo hasta la segunda administración de Antanas Mockus (2002-2004).



Juan Martín Caicedo Ferrer (1990-1992): Por medio del Acuerdo 8 de 1991 aprobado por el Concejo de Santa Fe de Bogotá, se adoptó el Plan de Desarrollo de ese año. No se encuentra una política específica para la tercera edad en ese plan.

Jaime Castro Castro (1992-1994): El acuerdo No. 31 de 1992, del Concejo de Santa Fe de Bogotá, dio vida al Plan de Desarrollo de ésta administración. En el Título I, *Desarrollo Social y Humano*, artículos 6 y 7, se planteaba la ampliación de cobertura con calidad y el mejoramiento de la red de atención de los servicios sociales. En el Artículo 7 parágrafo 3, se hacía referencia a las-os adultas-os mayores, al proclamar la “atención médica especializada en programas de salud mental, hemofilia, tercera edad y nuevas patologías”. Así mismo se planteaba la terminación de la construcción y la dotación de la Granja-Taller de San Cristóbal (Balkanes) con capacidad para doscientos pacientes, cien de tercera edad y cien de salud mental. Se planteaba la ampliación de la cobertura en salud mental del 40% al 70%, mediante la terminación de la unidad de salud mental de San Blas.

En este Plan de Desarrollo se establecía la ampliación del radio de acción de los centros para la tercera edad de: Chapinero, La Victoria, Suba, Quiroga, Bravo Pérez, Kennedy y Betania, con el fin de aumentar la cobertura del 27% al 42 %.

En el Artículo 21 del mismo texto, dentro del ámbito de Apoyo Nutricional, se buscaba adelantar el programa de asistencia alimentaría dirigido a la población en situación de alto riesgo por desnutrición y malnutrición. En desarrollo de dichos programas se cumplirían acciones como: atención nutricional a los-as niños-as, ancianos-as, y madres gestantes y lactantes; suministro de alimentación balanceada a personas en condiciones de indigencia; organización de cocinas colectivas administradas por grupos familiares.

En el Artículo 24, sobre programas especiales, se manifestó la necesidad de diseñar programas para la atención especializada a la población en situación social crítica: Tercera edad, minusvalías, discapacidades, prostitución, drogadicción e indigencia. Para la tercera edad se estableció: comedor-dormitorio para ancianos-as indigentes, hogares de vida para la tercera edad, centros de vida, fondo de crédito al mayor, proyecto de cirugía subsidiada para anciano-a con catarata y en general programa oftalmológico y centro de bienestar del-a anciano-a.

Antanas Mockus Sivickas (1995-1997): El informe de avance de la ejecución del Plan de Desarrollo del Departamento Administrativo de

Planeación Distrital (1995-1997) presenta la estrategia para reducir los comportamientos de exclusión social. Se plantea que “los proyectos más sobresalientes de esta meta están destinados a atender ancianos-as indigentes, jóvenes trabajadores-as de la calle, jóvenes y adultos con problemas de drogadicción, delincuencia o indigencia”.

El desarrollo de los mismos fue cofinanciado con el programa *Revivir* y permitió otorgar subsidios a 16.000 indigentes en el distrito, al tiempo que se implantaron mecanismos para la atención de más de 12.800 ancianos-as y la atención por el SISBEN de 3.000 ancianos-as usuarios-as. En cuanto a las políticas sectoriales para la protección social, se llevó a cabo un “programa especial de subsidio para ancianos indigentes, atención al anciano en su medio familiar y social”. Departamento Administrativo de Planeación Distrital (1995-1997).

Enrique Peñalosa Londoño (1998-2001): El programa de gobierno y el Plan de Desarrollo *Por la Bogotá que queremos*, definieron a las-os adultas-os mayores como una de las poblaciones prioritarias en todas las estrategias de inversión social (DABS, 1999). La meta de este Plan consistía en mejorar la calidad de vida de los-as ciudadanos-as, en especial de los sectores de la población, que además de sus condiciones de pobreza y vulnerabilidad, se encontraran en riesgo evidente y requirieran de acciones especiales y contundentes.

El gobierno distrital dispuso recursos para que a través de las diferentes instituciones se articularan esfuerzos y se brindaran servicios directos de bienestar tales como: recreación, salud y subsidios, entre otros. El propósito era lograr el acceso de un universo importante de ancianas-os de la ciudad, de manera efectiva y permanente a estas oportunidades, dando especial énfasis a aquellos que se encontraran desprotegidos-as o abandonados-as.

Las instituciones encargadas de coordinar y llevar a cabo dicha meta fueron: el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS), el Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD), el Instituto Distrital de Cultura y Turismo (IDCT) y el Departamento Administrativo de Acción Comunal (DAAC).

En el Artículo 7 del plan, se planteaba la meta de prestar el servicio de hospital geriátrico en las instalaciones de la clínica Fray Bartolomé de las Casas. En el Artículo 10, acerca de los programas, se planteó el mejoramiento de la calidad y aumento de la cobertura de servicios a grupos vulnerables; buscando ampliar el acceso efectivo y oportuno de la población en pobreza crítica y en condiciones de exclusión social a los servicios de bienestar básico y a oportunidades de vinculación social mediante acciones de protección y



prevención. Este grupo estaba constituido por los-as niños-as, ancianos-as y habitantes de la calle.

El programa comprendía el mejoramiento de las condiciones de infraestructura física y dotación de las unidades operativas, la redefinición del esquema de atención de la población infantil, la estrategia de atención a jóvenes y de programas especiales para la tercera edad. En este sentido, se buscaba promover el pasaporte vital para indigentes, así como el diseño de esquemas de cofinanciación de nuevos proyectos con el sector privado que garantizaran su sostenibilidad (Alcaldía Mayor de Santa fe de Bogotá, 1998-2001).

Antanas Mockus Sivickas (2001-2003): En el Plan de Desarrollo *Bogotá para Vivir todos del mismo lado*, se plantean las siguientes metas:

Proteger a niños y niñas, jóvenes, ancianos, ciudadanas y ciudadanos de la calle, y personas con limitaciones físicas y/o mentales buscando fortalecer vínculos familiares, comunitarios y sociales que generen condiciones de autonomía e impulsen proyectos de vida digna. Adelantar alianzas estratégicas con organismos gubernamentales del orden nacional y local, con el sector productivo y organizaciones del tercer sector para crear mecanismos, incentivos y espacios que promuevan comportamientos solidarios hacia las personas en situación de mayor vulnerabilidad y para generar comportamientos autónomos y responsables individual y colectivamente. Desarrollar acciones sociales y urbanísticas que faciliten a los ancianos y discapacitados el disfrute de los espacios públicos de la ciudad.

En el tema de Familia y Niñez se incluye a los-as viejos-as en el sentido de crear condiciones para que niñas y niños puedan vivir su niñez, y apoyar los comportamientos solidarios de las diferentes formas de familia y de sus integrantes.

Así mismo, se afirma que se brindará atención integral, subsidios y actividades de desarrollo humano para viejos y viejas, así como servicios de atención integral a personas con limitaciones físicas, mentales y/o sensoriales. De otro lado, se manifiesta el propósito de mantener y mejorar la situación nutricional de 171.000 niños, niñas, mujeres en gestación, adultos y adultas mayores, ciudadanos y ciudadanas de la calle, a través de asistencia y ayuda alimentaria, incluida en los programas de *Nutrir para el Futuro*.

Se busca, además, poner en marcha acciones integrales para niñez, familia, vejez, mujeres, y jóvenes; formular y poner en marcha las políticas integrales con perspectiva de género para mujer, niñez, familia, jóvenes y vejez con participación abierta de todos los sectores sociales.

En cuanto a las políticas y modelos de intervención social, se trabajará en la formulación, consolidación, promoción e implementación de políticas integrales y modelos de intervención dirigidos a la niñez, juventud, mujer y vejez, incorporando la perspectiva de género y las relaciones entre generaciones en la planeación y ejecución de los programas y proyectos.

Continuidad y novedad en las políticas públicas acerca de las personas mayores

Algunos de los principales elementos que deben caracterizar una política pública son la continuidad, la flexibilidad y la capacidad de innovar y adaptarse a las nuevas problemáticas. En este sentido, es interesante revisar algunas de las particularidades de las normas, políticas y planes dirigidos a las personas mayores en Colombia y específicamente en Bogotá.

Es claro que el interés por las personas mayores es un tema reciente en materia de políticas gubernamentales. Como puede observarse en la exposición previa, la inclusión de los derechos de ciertos grupos poblacionales ha sido un proceso concomitante con las luchas reivindicativas a nivel internacional. En este sentido, el reconocimiento de las personas adultas como sujetos de derechos y obligaciones y no como simples objetos de políticas estatales, es un hecho reciente. Sin embargo, dicho reconocimiento puede ser considerado hasta ahora sólo a nivel formal, pues las visiones que de este grupo tienen la sociedad y el Estado constituyen un obstáculo difícil de superar.

Los temas que podrían plantearse como constantes en términos de políticas públicas sobre personas mayores, han girado en torno a las pensiones, subsidios para garantizar su acceso a servicios básicos (recreación, turismo, deporte y cultura), hogares e infraestructura. Así mismo, la continuidad se presenta en cuanto a las concepciones sobre este grupo poblacional. Han sido vistos permanentemente como pensionados-as, indigentes, enfermos-as y abandonados-as.

Es el Documento CONPES 1995 el que pone en evidencia el intento para el avance de las políticas en cuanto a temas y visiones, consideraciones que serán recogidas, en ocasiones de manera parcial, en otras formulaciones: atención al desplazamiento forzado, ancianos-as indígenas, integración social útil, participación en las decisiones que afectan sus vidas, autonomía e independencia, discapacidad y limitaciones físicas. Respecto a las visiones, el propósito ha sido que las personas mayores dejen de ser formalmente objetos, para ocupar el estatus de sujetos capaces, autónomos, diversos (género, raza, origen, clase social, etc.) e independientes.



Es importante resaltar que, en términos formales, el país ha buscado modernizar las políticas, las normas, los planes y programas relativos a las personas mayores, adecuando así las respuestas políticas a la compleja situación social.

Lamentablemente, en términos reales el desarrollo no es satisfactorio. Dicha actualización formal (principios, leyes, derechos) es un logro resultante de la promulgación de la Constitución de 1991. Pese a esto, Colombia está aún muy lejos de constituir una sociedad apta para todas las edades.

En Bogotá, la situación ha sido similar: el interés y la inclusión de los temas relativos a las personas mayores ha sido reciente. La atención médica, la adecuación de hogares, la asistencia alimentaria, apoyo a personas mayores indigentes, ampliación de cobertura en salud y seguridad social; la recreación y la protección para desprotegidos-as y abandonados-as, han sido temas de interés permanente en las distintas administraciones durante los últimos diez años.

Algunas de las novedades son las relativas a la adecuación del espacio público, y la creación de nuevas instituciones para coordinar y ejecutar las decisiones. Así mismo la búsqueda de condiciones de vida digna ha llevado a replantear el uso de las políticas integrales frente a las políticas asistencialistas. Estas últimas siguen siendo la alternativa para la intervención en los casos más severos. El tema del desarrollo humano entra hoy a definir el carácter de la política social en la ciudad.

La visión que se pretende promover desde las políticas acerca de las personas mayores en las últimas administraciones ha sido la de sujetos participativos en los planes y programas destinados en diversos campos a satisfacer las necesidades de este grupo y a modificar, progresivamente, las formas de apoyo.

Envejecimiento y vejez

Envejecimiento poblacional

El envejecimiento poblacional, definido como el aumento de la proporción de personas en edad avanzada con respecto al total de la población, es un fenómeno reciente. Su verdadero impacto se inicia a mediados del siglo XX en los países industrializados y ha ido comprometiendo a las otras naciones con el paso de los años aunque con diferencias en la evolución y grado de aceleración. Dicho proceso fue denominado como *transición epidemiológica* por A. Omran, en 1971, quien propone un modelo que

muestre los cambios en los países que van desde una alta mortalidad y fecundidad, con una baja expectativa de vida, hasta una baja mortalidad y fecundidad, con una alta expectativa de vida (Omran, 1996). Estos planteamientos han sido básicos para analizar y cuantificar el envejecimiento de las naciones y sus repercusiones suelen ser medidas, entre otros indicadores, por cifras de morbilidad y de mortalidad (Gallardo y Rodríguez, 1999).

El proceso de envejecimiento o de transición demográfica se debe a múltiples variables tales como la mejoría de las condiciones de vida, los avances en diversos campos (entre los cuales pueden contarse los preventivos, diagnósticos y curativos de la medicina), la disminución en las tasas de natalidad o fecundidad y las migraciones. Algunas de estas variables serán analizadas con mayor detalle a continuación.

Disminución de la mortalidad

La industrialización y los avances en diversos campos, incluido el de la medicina, han disminuido la mortalidad e influido en el incremento de la expectativa de vida, modificación evidenciada en el porcentaje cada vez más alto de ancianos (Anzola-Pérez, 1985). Así, a principios del siglo XX las personas tenían una expectativa de vida al nacer de entre 35 y 40 años. Las muertes por infecciones y por enfermedades transmisibles eran las más frecuentes, en tanto hoy predominan las enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes, enfisema...) y la expectativa de vida supera los 80 años en algunos países industrializados (Hazzard, 1999a).

Un punto a destacar y de impacto universal es la mayor expectativa de vida al nacer en las mujeres, lo cual se traduce en una problemática de género especial en este grupo poblacional, sobre todo en las muy ancianas o mayores de 75 años.

En las dos últimas décadas ha ocurrido una situación particular, pues el repunte de enfermedades infectocontagiosas (sífilis, tuberculosis...) y en especial el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Éste mal tiene un gran impacto en la mortalidad de personas recién nacidas y en el grupo entre los 15 y los 30 años: es marcadamente diferencial entre los países y en algunos de ellos podría modificar la expectativa de vida y por ende su envejecimiento poblacional.

Tal es el caso de algunas naciones del continente africano, donde ésta patología se comporta como una verdadera epidemia, con una alta mortalidad en la población joven.



Disminución en las tasas de natalidad

La disminución de la natalidad (o tasa de fecundidad), se traduce en un envejecimiento de la población. Los métodos anticonceptivos han sido determinantes en el freno a la denominada generación del *baby boom* (explosión demográfica o de los bebés) de los años sesenta, dando como resultado un menor número de hijos-as por pareja. Entre las causas de éste fenómeno se anotan las necesidades generadas por la industrialización y la incorporación de la mujer al mercado laboral.

Migraciones

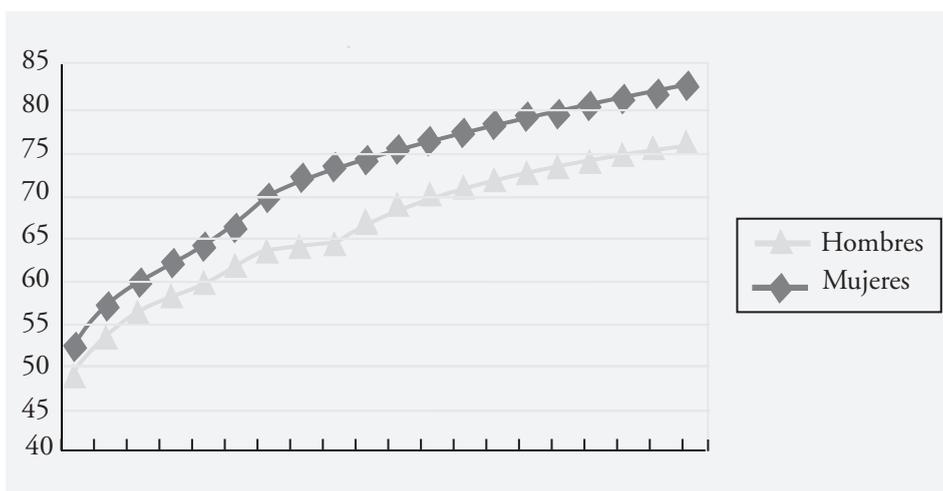
Otro fenómeno que incide en el envejecimiento poblacional, es el de las migraciones externas e internas, cuyas peculiaridades varían según los sitios de convergencia, pues la migración suele dirigirse hacia aquellos con mejores condiciones de vida. Generalmente se desplazan jóvenes trabajadores, lo que proporcionalmente incrementa el porcentaje de personas mayores en el país de origen (Anzola-Pérez, 1985).

El modelo de *transición epidemiológica* podría llevar a los países a una inversión de la pirámide poblacional. Por ejemplo, en los países industrializados las poblaciones de mayores de 65 años alcanzan cifras de 15 a 18%, valores que tienden a aumentar con el transcurso del tiempo (Hazzard, 1999). Si se cumplen las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020 habrá en el mundo 1'000.000.000 de ancianos-as, de los-as cuales la mitad estará en Asia y Oceanía, el 30% en los países desarrollados y el 20% final corresponderá a los países de América Latina y África. El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas advierte que: “Se espera que el porcentaje de personas de 60 años o más en todo el mundo se duplique con creces, pasando del 10% al 22% entre 2000 y 2050, año en que se igualará al de los niños (de 0 a 14 años)” (Naciones Unidas, 2000).

Envejecimiento poblacional en Colombia

En nuestro país está empezando a ocurrir un fenómeno similar al descrito (Martínez, 1998), pues actualmente el 7% de la población es mayor de 60 años y su crecimiento es acelerado. En la Gráfica 1, se observan los cambios en la expectativa de vida en Colombia desde 1950 hasta el año 2000 y se calcula, por proyecciones logísticas, hasta el año 2050.

Gráfica 1. Expectativa de vida en Colombia 1950-2050.



Fuente: Martínez (1998).

Los factores que contribuyen al envejecimiento de la población colombiana no difieren en mayor grado de los argumentados para otras naciones, pero podríamos destacar que, en comparación con otros países latinoamericanos, la mortalidad en menores de 5 años y las tasas de fecundidad, están entre las más bajas (Gallardo y Rodríguez, 1999), fenómeno que se manifiesta en la composición de la familia, la cual ha pasado de extensa a nuclear.

En Colombia contamos con un volumen importante de migración de población joven al exterior, creciente los últimos años, asociada a las condiciones económicas y al conflicto armado interno que, indudablemente, nos llevará a modificaciones significativas en la pirámide poblacional. Esta migración no ha sido cuantificada adecuadamente, entre otras razones porque el reporte de personas que han salido del país y viven ilegalmente en otros, es un factor de difícil medición. Posiblemente se logrará un conocimiento acerca de la misma en un próximo censo poblacional.

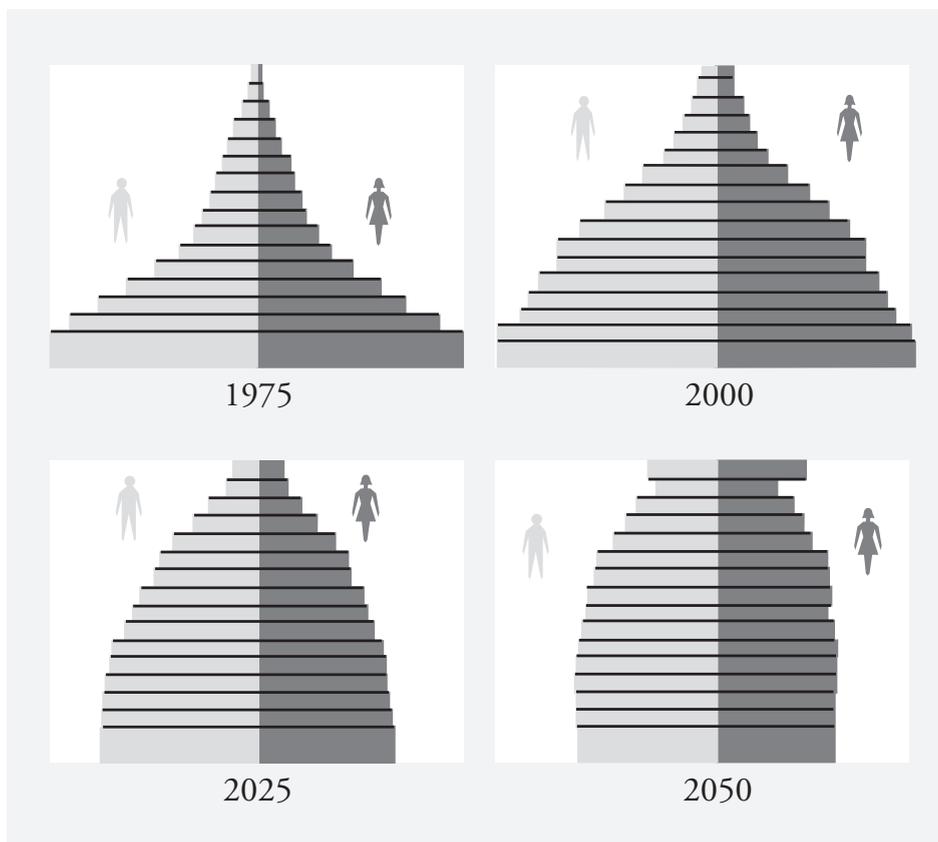
Por su parte, la migración interna a los núcleos urbanos disminuye la población rural y genera trastornos en las ciudades relacionados con el acceso a los servicios y, en general, con las condiciones de vida. Esta migración se halla ligada al paso de rural a urbano experimentado por el país durante el siglo XX y se acelera en los últimos años debido a las condiciones del sector agrario, a la violencia y a la intolerancia política y social. La población desplazada en Colombia es una de las más grandes del mundo y constituye un enorme problema social.



En el caso de las personas viejas, muchas han pasado de ser protagonistas y avezados-as conocedores-as del medio rural, a ser víctimas anónimas del agobio urbano, con la consecuente pérdida de su función y las limitaciones laborales, familiares y sociales. El entorno citadino, con grandes construcciones verticales y espacios reducidos, exhibe múltiples barreras arquitectónicas limitando la funcionalidad e incluso la ubicación y el cuidado de las personas ancianas, sumadas a las dificultades económicas y al trabajo de las mujeres fuera del ámbito doméstico.

La consecuencia fundamental de la combinación de las variables descritas como causantes del envejecimiento poblacional, se traducen en una verdadera transición demográfica con notables cambios en la pirámide poblacional (Gráfica 2).

Gráfica 2. Cambios en la estructura poblacional en Colombia por sexo y edad, 1975, 2000, 2025 y 2050.



Fuente: Martínez (1998).

Vejez y ciclo vital

De manera general, el envejecimiento hace alusión a un proceso, no necesariamente concerniente a los seres vivos (envejecen los objetos, las ciudades...), en tanto que la vejez se entiende como un momento, etapa o estadio cuya demarcación temporal es objeto de debate constante:

Hipócrates fija el comienzo de la vejez a los 56 años. Daubanton la admite a partir de los 63 años. Flourens considera que sólo después de los 70 puede considerarse viejo a un hombre. Minot dice que la vejez se inicia desde los primeros años de la vida, y Child cifra en los 25 años el momento de plenitud del crecimiento, al que sigue un lento pero indiscutible declinar (Froimovich, 1973:83)

Una de las clasificaciones de obligada referencia en nuestro país es la de Marroquín (1980), que divide la vejez en: Tercera edad, que incluye: *vejez activa* de 49 a 63 años, *vejez hábil* de 63 a 70 años y *vejez pasiva* de 70 a 77 años. Cuarta edad, desde la *senectud probable* de 77 a 84 años, *senectud posible* de 84 a 91 años y *senectud excepcional* de 91 y más.

Sin embargo, el envejecimiento poblacional antes descrito, las condiciones de vida actuales y lineamientos legales y políticos, conducen a revisiones de esos planteamientos. Por ejemplo, el Reino Unido considera que la población anciana es aquella mayor de 80 años, sus argumentos se basan en una problemática específica en este grupo poblacional: en un país ya muy envejecido, los recursos económicos serían insuficientes si se tuviera una cobertura mayor y es así como los grandes beneficios se dirigen a ese grupo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) realiza sus estadísticas poblacionales por grupos de edad y allí los-as ancianos-as son los-as mayores de 65 años. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) los considera a partir de los 60 años. En el gobierno del presidente César Gaviria se manejaba el concepto de anciano en la población mayor de 55 años, argumentando una marcada problemática social y laboral (Programa *Juventud, Mujer y Familia*).

Si acudimos a otras fuentes de información, llegamos a la definición médico-geriátrica del denominado *paciente geriátrico*. Esta definición incluye conceptos tales como la presencia de enfermedades crónicas que llevan a la discapacidad, consumo de múltiples medicamentos y riesgo social, entre otros.

Desde el punto de vista social y cultural, vemos también una marcada variabilidad. En nuestra cultura encontramos un claro temor al envejecimiento y a la vejez, puesto que priman en ella los patrones de juventud y belleza. No es



raro encontrar avisos en la prensa donde se restringe la actividad laboral de mayores de 35 o 40 años, e incluso los medios de comunicación se han referido a personas ancianas como mayores de 50 años. Las imágenes que circulan son asimismo cambiantes y están determinadas por las circunstancias históricas y sociales: el mismo término “vieja”, puede referirse a la condición femenina (Cano, 2001).

Ahora bien, si la delimitación temporal de este período vital constituye un dilema, acercarse a explicaciones y a comprensiones del mismo resulta aún mucho más difícil. Las diversas teorías planteadas con tal finalidad así lo demuestran; desde los enfoques biológicos el envejecimiento se ha justificado por determinación genética, envejecimiento celular, desgaste del organismo, acumulación de desechos, desequilibrios homeostáticos, mutaciones..., en tanto que las miradas psicosociales apuntan a la personalidad y los estilos de vida, a la descomposición social que etiqueta a las personas viejas como improductivas (generando su rechazo), a la progresiva limitación en el acceso a los recursos; las psicoanalíticas sustentan etapas evolutivas que determinan el curso del desarrollo. Además, hay teorías centradas en el aprendizaje, etológicas, de corte humanista, y un largo etcétera (Rice, 1997).

Hemos podido entender y describir detalladamente el ciclo vital de muchas especies animales, pero apenas lo esbozamos en el ser humano; son múltiples los intentos realizados a través de la historia, en especial por filósofos, poetas, pintores o escritores. Jaime Márquez Arango, refería al respecto en uno de sus escritos, una frase de Confucio que puede ser muy adecuada para nuestro contexto histórico: “A los 70 años pude seguir los dictados de mi propio corazón, porque lo que deseaba no sobrepasaba las barreras de la justicia”.

Freud y Piaget lograron en épocas distintas, y bajo parámetros diferentes, ofrecer bases para realizar investigaciones al respecto. Como la de Jung, quien define el ciclo vital por primera vez como un desarrollo en el transcurso de la vida. Ortega y Gasset, en el año 1933, presentó un modelo de envejecimiento por etapas denominadas: niñez, juventud, iniciación, dominación y vejez, aunque no llegó a desarrollarlo completamente y se detuvo en las etapas más tempranas. En 1950, Erik Erikson describe los estados del ego, del 1 al 8, hasta la adolescencia quedando inconclusos los finales: madurez y vejez.

En el año 1978, Levinson realiza una propuesta novedosa, que sigue vigente hasta nuestros días. Su principal cualidad radica en integrar los aspectos biológicos, con los psicológicos y los sociales. Aunque la edad puede entrar a definir las etapas, no es la característica fundamental y solo es parte del proceso. Estas etapas son: pre-madurez, adultez temprana, adultez media y adultez tardía.

La tendencia actual es a desestimar el referente cronológico y a concederle más valor a la interacción o conjugación de las características y experiencias personales con las condiciones históricas y sociales, particularizando cada curso vital, ya que no existe una sincronía en la expresión de las vertientes biológicas, psicológicas y socioculturales en la conducta humana.

Lo mismo se aplica a otros momentos de la vida; por ejemplo, una niña o un niño podrían identificarse como tales por su aspecto físico, pero si asumen roles adultos (como trabajar informalmente en la calle, realizar labores domésticas, delinquir, ejercer la prostitución) se torna arduo mantener las descripciones que habitualmente conciernen a esa etapa.

Un aspecto a tener en cuenta apunta a las disparidades en el envejecimiento. Para algunos, las diferencias individuales –importantes a cualquier edad– se acentúan más en la vejez (Mendoza, 1999). Así mismo, las crisis vitales son más profundas en las mujeres (Rice, 1997), como son distintas también ciertas condiciones de vida, determinantes de singularidades de la vejez.

Atención de las personas mayores

El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, en un marco humanitario y de desarrollo, enumeró 62 recomendaciones en siete esferas de preocupación: salud y nutrición, protección a los-as consumidores-as ancianos-as, vivienda y medio ambiente, la familia, bienestar social, seguridad del ingreso y empleo y educación. El Plan demarca el campo de los programas y actividades para las personas viejas, campo común con el de los derechos humanos que cobija a la población entera. En este marco, el propósito es garantizar las mejores condiciones de vida, desarrollando intervenciones encaminadas al bienestar, la protección y la atención.

Ahora bien, el *envejecimiento saludable* ha sido una de las metas prioritarias de la entidades encargadas de realizar programas de prevención y promoción en salud. Tal es el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los argumentos fundamentales para desarrollar estas políticas se basan en las problemáticas específicas que presentan las ancianas y los ancianos y que se concentran en problemas sociales y sanitarios de muy alta prevalencia. Estas propuestas tienen un campo de intervención muy amplio que van desde aspectos educativos hasta intervenciones directas en poblaciones ancianas con discapacidad. Aunque todos estos programas de prevención y promoción han sido acogidos y ejecutados por las naciones en mayor o menor grado (Naciones Unidas, 2000), los



resultados podrían interpretarse como desalentadores, dado que aunque modifican de alguna manera la presencia de ciertas dificultades puntuales, no solucionan la globalidad de ellos y por el contrario, debemos afrontar nuevos retos, secundarios a la mayor expectativa de vida de una sociedad que envejece (Hazzard, 1999b).

Sabemos que los programas dirigidos a este grupo poblacional suelen incluir personas desde los 55 o 60 años, pero debemos destacar que las más vulnerables, al menos desde los aspectos sanitarios, son las mayores de 80 años. Esta particularidad la determina la alta frecuencia de enfermedades crónicas y degenerativas (Freid y Walston, 1999), las cuales suelen producir un gran impacto en su *funcionalidad*. Las consecuencias reales de esta situación obligan a soluciones en las dimensiones de salud y de bienestar, concentradas generalmente en la atención de la discapacidad aguda en algunas personas, en especial cuando se acompaña de problemáticas sociales como el abandono o la carencia de cobertura en seguridad social. Razones para ampliar este tema, pues aunque no necesariamente la vejez está ligada a la enfermedad, la inversión económica y social que demanda su atención amerita un conocimiento especial, particularmente en el marco de la formulación de políticas públicas sociales y de planes de intervención.

Entonces, la funcionalidad antes mencionada, alude a la integración de los aspectos clínicos (enfermedades), físicos, mentales y sociales, que en los-as ancianos-as puede enfocarse en la *valoración geriátrica*. Ésta valoración se define como el proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que, en forma estructurada, procede a cuantificar las incapacidades y problemas médicos, psicológicos, físicos y sociales de la persona anciana, con la intención de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento a corto, mediano o largo plazo (Freid y Walston, 1999). Los llamados *síndromes geriátricos*, que se resumen en la Tabla 1, son las razones más frecuentes para el uso de los servicios de salud.

Cuando se hace necesaria la asistencia a las personas ancianas, lo ideal es contar con una gama de servicios conformada por diversas alternativas complementarias, que tienen su indicación de acuerdo con los problemas detectados, y que mediante la figura de redes se vincula a las acciones y programas de bienestar dirigidos a toda la población vieja, así:

- **Unidad de agudos:** En este nivel se atiende a las personas agudamente enfermas. Las estadísticas hablan de la necesidad de una cama de agudos por cada 108 habitantes mayores de 65 años.
- **Hospital de día:** Con la finalidad de completar la rehabilitación de quienes residen en sus domicilios, así como el control médico y de

enfermería de una serie de afecciones, tales como diabetes, úlceras vasculares, control de tratamiento anticoagulante. Deslinda la actividad terapéutica hospitalaria del concepto de hotel, con el ahorro económico que ello supone; permite la supervisión estrecha y prolongada de las personas que lo requieren; evita ingresos en camas de agudos y posibilita altas tempranas con mayor seguridad; garantiza la realización de controles clínicos y proporciona alivio a los cuidadores habituales.

Tabla 1. Clasificación de los problemas geriátricos.

Problema	Consecuencias
Inmovilismo	Úlceras por presión, pérdida de masa muscular, neumonías, desnutrición, impactación fecal...
Inestabilidad	Caídas, fracturas, hematoma subdural.
Incontinencia	Úlceras por presión, infecciones, aislamiento, etc.
Infecciones	Especialmente respiratorias y urinarias. Se asocian con mayor morbimortalidad.
Pérdida de la visión	Aislamiento, deterioro de la calidad de vida, delirium, etc.
Pérdida de la audición	Aislamiento, deterioro de la calidad de vida, delirium, etc.
Estreñimiento	Impactación fecal, delirium, incontinencia, etc.
Malnutrición	Obesidad, desnutrición, infecciones, etc.
Demencia	Deterioro global, dependencia, problemática familiar y social, etc.
Delirium	Deterioro global, hospitalización, caídas, fracturas, hematoma subdural...
Trastornos del sueño	Deterioro de la calidad de vida, depresión...
Depresión	Deterioro global.
Pobreza	Principal factor de riesgo para deterioro global.

- **Ayuda domiciliaria:** Con este nivel se estrecha el contacto deseado con los cuidadores, la familia y el trabajo comunitario y se pretende dar soporte médico y de enfermería a los pacientes que presentan alto riesgo clínico o social y que se han podido mantener en su medio habitual. Contempla enfermedades terminales, alto número de reingresos hospitalarios, heridas que requieran de curaciones, etc.
- **Consulta externa:** Sirve de apoyo a todos los demás, así como para el control de los pacientes ambulatorios.



- **Unidad de media estancia:** Es también llamada Unidad de rehabilitación por la literatura. Tiene como objetivo principal la reintegración del-a anciano-a con discapacidad a su medio habitual, utilizando la rehabilitación, cuidados de enfermería y tratamiento médico. Puede beneficiar a pacientes más jóvenes. La estancia promedio que se maneja es de 30 días, dependiendo del tipo de paciente que se incluya en dicha unidad.
- **Unidad de larga estancia:** También conocida como Unidad de Crónicos o Unidad de Cuidados Mínimos. Tiene como característica principal la atención de pacientes crónicos o con enfermedades terminales, que por diversos motivos no pueden ser reubicados en su medio habitual. En Bogotá las residencias u hogares geriátricos, oficiales y particulares, cumplen en algún grado con las funciones que deberían cumplir estas instituciones, pero no dependen directamente de un centro hospitalario.
- **Programas comunitarios:** La conexión de los programas comunitarios con los institucionales ya referidos, es fundamental. Dentro de estos programas estarían, por ejemplo, los Clubes de Personas Mayores, los Centros Día (distintos a los Hospitales Día por cuanto son sitios con actividades creativas, recreativas, sociales...) así como otros encaminados a la recuperación de la historia oral, al cuidado de otros, al trabajo productivo con personas viejas.

Es conveniente reiterar que las intervenciones anteriormente mencionadas deben inscribirse y articularse con las restantes acciones de bienestar y protección en favor de las personas mayores, orientadas a garantizar su participación activa y constante en todos los espacios de la vida ciudadana.



2 *Situación de la vejez en Bogotá en la década 1990-2000*

El conocimiento gerontológico

Se presentan a continuación los resultados del análisis e integración de la información proveniente de los documentos, de las entrevistas y de la bibliografía general. Debe aclararse que, si bien la totalidad de la producción revisada sustenta el análisis, no necesariamente se reseña en forma particularizada, especialmente en las áreas en las cuales el volumen es mayor. La referencia bibliográfica completa y un breve resumen de todos los textos de Bogotá, así como la descripción de los programas dirigidos a las personas mayores en la Capital durante la década 1990-2000, son objeto de otro documento.

Producción y sistematización

De los 156 documentos que cumplieron los criterios de temporalidad, ubicación geográfica y población de interés, para ser incluidos en el estudio, la casi totalidad corresponde a textos escritos, sólo se encontraron dos videos y un disco compacto.

Cumplido el parámetro temporal, la relación de los documentos con los criterios restantes (geográfico y temático), los clasifica en cuatro grupos: los que particularizan a la vejez en Bogotá; los del ámbito nacional (que involucran distintas regiones pero que se refieren a la vejez y tienen en cuenta a Bogotá como uno de los lugares de estudio); los centrados en Bogotá sobre distintos temas y en los cuales las personas viejas constituyen uno de los grupos analizados y los desarrollados en Bogotá con sujetos mayores, pero sin atender al referente geográfico (debido al interés en aspectos específicos, por ejemplo, una patología o problema).

De dos fuentes principales se nutre la producción de conocimiento en torno a la vejez en Bogotá: la universidad y las instituciones oficiales (o estatales) con algunos aportes de Organizaciones No Gubernamentales y otras de carácter privado, así como del trabajo conjunto de las mencionadas. Las tesis o trabajos de grado de carreras tales como enfermería, fonoaudiología, gerontología, nutrición, psicología, terapia ocupacional, especialmente, aportan un 42% del porcentaje correspondiente a la Universidad. En el 75% del total los casos en los cuales la autoría es identificable como persona natural, ésta es femenina.

Las áreas o temáticas abordadas en los documentos revisados privilegian, en su orden, las concernientes a:

- Salud: funcionalidad, síntomas, enfermedades, prevención.
- Bienestar: uso del tiempo libre, calidad de vida, aceptación de la vejez.
- Programas e informes: descripción de las acciones, balances de gestión.
- Caracterización, familia y representaciones sociales: información sobre diversas variables, percepciones.
- Problemáticas específicas: discapacidad, pobreza e indigencia, maltrato, institucionalización.

Sólo las encuestas e investigaciones nacionales –que introducen a Bogotá como una ciudad más– y aquellos estudios generales sobre Bogotá que implican



a las personas adultas mayores como un grupo más, se apoyan en muestras de la población general; las restantes toman como universo a los usuarios o beneficiarios de programas y, finalmente, a habitantes de barrios o sectores específicos. La mitad de las investigaciones de este corte involucraron hasta 50 sujetos y casi una cuarta parte contempló hasta 10 sujetos.

Con excepción de unos pocos trabajos dirigidos a personal de salud, a adolescentes y niños-as, a empleados-as en su sitio de ocupación (Ospina, Urrestry y Ríos, 2000) o a otros grupos específicos, por ejemplo pre-pensionados (Alzate et Al., 1999), la casi totalidad de los estudios que contemplan sujetos se realizan con personas mayores incluyendo, en ciertos casos, a sus familiares o cuidadores. De éstos, el 50% se lleva a cabo en hogares geriátricos o con pacientes ambulatorios u hospitalizados. Debe anotarse, que una parte importante de los estudios realizados en el domicilio, el barrio o la comunidad en general, es decir del otro 50%, se refieren a condiciones de vulnerabilidad, pobreza, abandono.

Cuando se trata de investigaciones los diseños a los cuales más se recurre son los observacionales descriptivos. Se encuentran algunos analíticos y de corte cualitativo-comprensivo (verbigracia, historias de vida) y aparecen también análisis secundarios de datos provenientes de encuestas y otras fuentes. Dentro de los otros documentos encontramos los de lineamientos políticos, programáticos, los informes de gestión y la narración, más que sistematización, de experiencias (SDS, 1995-1996; Vicepresidencia de la República, 1996; Procuraduría Delegada ..., 1997; Alcaldía Mayor de Bogotá, 2000).

Se anotan tímidos esfuerzos en la elaboración y validación de instrumentos y escalas (Ávila y Forero, 2000; Arango et Al., 2001; Gómez, 2001), al igual que en las propuestas para la estructuración de conocimiento acerca de grupos aún sin explorar, tal es el caso de los centenarios (Benito, 2000; De Santacruz, 2000).

Difusión y educación

Si atendemos a la difusión del conocimiento, debe señalarse que la educación gerontológica puede ser entendida de cuatro maneras (Mondragón, 1996).

- Hacia el envejecimiento y la vejez
- Educación para el envejecimiento
- Educación en la vejez
- Educación al personal calificado

En las dos primeras hay intentos aislados, experiencias documentadas con unos pocos sujetos, cuyos contenidos enfatizan el auto-cuidado, las características del proceso de envejecimiento y en general las condiciones de vida, de salud y de prevención de la enfermedad, generando material educativo: un video y una cartilla acerca de derechos y protección (DABS, 1999), manuales y cartillas dirigidas a las adultas y los adultos mayores y a la familia, trabajo con grupos mediante talleres (Calderón et Al., 1993), además de intervenciones con otros grupos, frecuentemente de adolescentes (Martínez, 1999; Castellanos, Ochoa y Rey, 2000; Forero y Hernández, 2000; Arias y Morales, 2001).

Con respecto a la tercera, la vejez no está presente en la ley sobre educación formal y no formal; la llamada educación de adultos se dirige a aquellos estudiantes relativamente mayores de lo usual (Millán, 1996). Sin embargo, como lo afirma Dulcey-Ruíz (2002), en materia de educación de mayores de 60 años los esfuerzos no siempre son permanentes ni de la mejor calidad; los programas existentes son insuficientes, no son sistemáticos y reflejan falta de control de calidad.

Lo anterior, porque algunas de las actividades pedagógicas dirigidas a las personas mayores aquí y en otros lugares del mundo, las llevan a sentirse “(...) tratados como colectivo poco preparado intelectualmente, las conferencias son tan elementales que resultan aburridas” (Barenys, 1996:229).

En el cuarto aspecto, la capacitación y formación de personal calificado – contemplando aquí a los cuidadores informales– está todavía en ciernes. Básicamente, orientaciones sobre el envejecimiento, para el desempeño profesional y para el cuidado de personas ancianas enfermas dirigidas a personal de salud (Zambrano, 1992; Amézquita y Romero, 1994; Acosta y Valenzuela, 1995; Collazos et Al., 1995; Luna...,1996; Rodríguez y Saavedra, 1998; Galindo..., 1999; Lozano y Rojas, 2001), y a funcionarios encargados de la atención social (Dulcey-Ruíz, 1996).

También, el Ministerio de Salud llevó a cabo talleres para personal relacionado con la docencia y la asistencia en gerontología y geriatría en todo el país incluyendo a Bogotá (Ministerio de Salud..., 1996). Un proyecto con la Red de Solidaridad (Matallana et Al., 1997) generó un Manual Básico para Cuidadores; los Grupos de Acción Familiar Alzheimer, Cepsiger y otros promueven la información y el apoyo.

En la educación formal Bogotá cuenta con tres programas en gerontología cuyo estado actual se describe en el capítulo pertinente; en cuanto a la inclusión de estos contenidos en los currículos de otras carreras, aunque existen propuestas (Reyes-Ortiz, 1999), los logros son pobres, de allí afirmaciones tales como:



“(...) es necesario que el estudiante de medicina enfrente y conozca el manejo de la problemática clínica del anciano...” (Pardo, 1997), o:

(...) No quiero desconocer que se están haciendo esfuerzos a nivel técnico y de educación superior. Sin embargo, al ver el crecimiento de las cifras de ancianos, todavía no hemos alcanzado una cantidad satisfactoria del recurso que se esta capacitando en el área de Gerontología y de Geriatría. Me voy a referir al caso de Enfermería, es decir, de las 38 facultades y escuelas que hay en Colombia, ni siquiera alcanzamos al 50% de facultades que esté impartiendo en el pregrado la educación gerontológica, en algunas se homologa como la parte medico-quirúrgica, como la parte de salud publica, como una unidad dentro de un programa, pocas universidades y es el caso de la Nacional si lo tiene como una asignatura dentro del núcleo básico a nivel de pregrado. También sé que carreras como Trabajo Social, como Nutrición, Antropología tangencialmente lo están abordando (Luna, 2002).

Las representaciones sociales y culturales

Tal como se anotaba en los referentes conceptuales, resulta difícil precisar el *objeto de estudio* por cuanto un abordaje inicial de los documentos pone de manifiesto la variabilidad existente en la delimitación de la población a partir de la edad, dificultad discutida con frecuencia en los estudios y limitante para establecer comparaciones entre los mismos. La agregación de las edades dispone una multiplicidad de rangos cuyo límite inferior puede llegar a los 45 años y aún menos.

Las implicaciones legales, laborales y sociales de estas determinaciones trascienden el ámbito de la gerontología para inscribirse en el marco económico y político; desde la perspectiva del ciclo vital asumida, el énfasis se deposita en la complejidad del proceso y de sus diversas etapas y momentos. Probablemente los sesenta y más años constituyen un punto de corte convencional acatando el límite veinte y, entonces si, puede hablarse (cuando la edad es relevante) de personas septuagenarias, octogenarias, nonagenarias y centenarias; advirtiendo que el fenómeno de envejecimiento presiona por una discusión juiciosa en torno a su demarcación cronológica y a las consecuencias de esta decisión.

En el mismo orden de ideas, son múltiples las denominaciones para la población que nos ocupa. Las más usuales: *ancianos* (utilizada en un 32% de los títulos y expresiones de las entrevistas), seguida por *tercera edad* (15%) y

luego, en proporción descendente: *viejos, adultos mayores, personas mayores (personas viejas, personas ancianas, personas de edad), gerontes, senescentes, abuelos, abuelitos, población geriátrica, pacientes geriátricos, envejeciente.*

Se alude también a vejez, envejecimiento, ancianidad y a características tales como: pensionados, usuarios de programas, beneficiarios, pacientes con Alzheimer, personas con demencia.

Lo anterior es consistente, en primer lugar, con el hecho de que en los medios masivos de información el tema de la vejez se trata poco y las referencias se hacen más a la vejez masculina (Centro de Psicología ..., 1985), a pesar de que en la población general el número de mujeres es mayor que el de los hombres (lo es con creces en este grupo) y que son mujeres en una buena proporción las autoras principales de los documentos analizados.

Muy ocasionalmente los títulos lo hacen explícito: *personas mayores del sexo femenino* (Castellanos, Jiménez y Rojas, 1999) y *ancianas* (Torres de Rubio, 1991), aunque repetidamente la muestra o grupo con el cual se trabaje esté conformado por hombres y mujeres. Además, son casi inexistentes los estudios específicos acerca de género y papeles; en uno de éstos se declara que:

Los roles de hombres y mujeres en la vejez se percibieron como diferentes por parte de los sujetos entrevistados coincidiendo con la división tradicional del trabajo (...) Aunque se relacionó a la vejez masculina con ausencia de trabajo fuera del hogar y por tanto como desocupada, no dejó de considerarse al hombre viejo como eje económico y de autoridad en la familia. Por otra parte a las mujeres viejas se las percibió principalmente como ejes de cohesión afectiva, de apoyo y cuidado de otros y del hogar... (Duque et Al., 1997).

En segundo lugar, la insistencia en una identificación a costa de nominaciones inapropiadas: *abuelos-as* para personas que nunca tuvieron nietos-as; desconocidas en el lenguaje corriente: *senescentes, gerontes*; restrictivas: *paciente geriátrico, enfermo de demencia*; abstractas y metafóricas: *tercera edad, edad dorada, años maravillosos, atardecer de la vida*. Todo esto hace pensar en la conveniencia de anteponer el término *persona* a cualquier calificativo, facilitando la inclusión y propiciando nexos con la humanidad en general, sea cual fuere su condición o estado.

En tercer lugar, las problemáticas sobresalientes tienden a totalizar a las personas mayores, según se aprecia en los sujetos y criterios de inclusión de los estudios "(...) cinco historias de ancianos recluidos en ancianatos, cinco de ancianos indigentes, cinco de ancianos trabajadores y cinco de ancianos jubilados. La selección de las historias se hizo teniendo en cuenta que en éstas



se presentaran lo más ampliamente posible los problemas que afrontan los ancianos de cada grupo...”.

Muchos de los documentos revisados corresponden a investigaciones llevadas a cabo en hogares geriátricos, hospitales y centros de salud y un 27% de las publicaciones restantes apunta a las condiciones de exclusión, marginalidad (Marín y Amézquita, 1990; Arcila et Al., 1995) pobreza e indigencia, deterioro, vulnerabilidad, protección. En resumen, se aprecia que las características de los viejos se convierten en sustento de generalizaciones caprichosas que poca relación tienen con la realidad percibida. Generalizaciones que de una u otra manera autojustifican sus falsas concepciones (Escobar, 1990).

A su vez, desde lo individual, se apropian y repiten los estereotipos y los discursos difundidos por instituciones y programas. Tal es el caso de un hombre muy viejo que sube a un bus urbano en Bogotá solicitando dinero y se presenta diciendo: “nadie conoce la magnitud de mi desgracia, soy un indigente de la tercera edad” (De Santacruz et Al., 2000). Para algunos de los sujetos en las situaciones descritas, la vejez es *deterioro, carga, estorbo, inutilidad, marginación* y la muerte *esperanza o salvación* (DABS., 2000).

Y se anota la influencia de los auto-estereotipos en la realización de actividades para ocupar el tiempo libre (Cantillo..., 1993) y particularmente en la apreciación de la sexualidad, tema generador de vergüenza, temor y ansiedad en las personas viejas y en sus familiares (Moreno de V., 1992); es corriente despojar a las personas mayores de su sexualidad usando diminutivos que las infantilizan o haciendo burla de comportamientos en este campo, tal como se aprecia en la calificación de *viejo verde* y otras, no obstante la mayor tolerancia para los hombres que para las mujeres, persistencia de una actitud vinculada al género en todas las edades.

Son además de interés los temas de las patologías crónicas y terminales (Cotacio y Gross, 1993), la muerte y el duelo (Malagón, 1999), el dolor y la soledad (Barrios y Lizarazo, 1997), la institucionalización, el maltrato y las percepciones de abandono y violencia (Álvarez-Correa, 1995; Cifuentes..., 1998) así como las representaciones acerca de la salud y la enfermedad (Arias y Chávez, 1994). En fin, asuntos pertinentes a salud y enfermedad, categoría con la mayor producción de conocimiento que se analiza posteriormente, incluyendo las propuestas para la creación de instituciones: Centro Geriátrico, Centro Día (Ordóñez y Rodríguez, 1993; Sánchez, 1995; Balión y Montenegro, 2001; Hernández y Suárez, 2001).

En palabras de uno de los autores:

En suma la improductividad y dependencia económicas, las enfermedades indeseables son sinónimos de vejez para las sociedades industriales y la cultura urbana, en estas circunstancias nadie quiere aceptar la vejez y trata por todos

los medios de rehuirla disimulando las evidencias externas y no asumiendo ningún tipo de simbología propia de la edad: se tiñen las canas, se disimulan las arrugas, se usan ropas juveniles y se hace ejercicio para mantener la forma física (Rodríguez, 1995:275).

Así, por contraste, abunda la literatura de carácter general en la cual se repite que vejez no equivale a incapacidad y que por tanto los programas actuales de carácter asistencial refuerzan la dependencia del-a anciano-a. Literatura promotora de una imagen positiva del envejecimiento, que en los textos estudiados se refleja en los trabajos acerca del bienestar y la calidad de vida, enfocados repetitivamente en actividades de ejercicio físico y ocupación del tiempo libre (León de Martínez..., 1992; Santos, 1994; Uribe, 1999; Guazá, 2000, entre otras). En el de Marulanda (1994), realizado *con viejos en un barrio marginal y teniendo como directriz la relación juego-cuerpo*, se concluye que la vejez, vista como una forma de deterioro social, es más una *noción ideológica que una realidad existente*.

Se han explorado otras facetas. Por ejemplo el video de humor que presenta una entrevista con la intérprete del controvertido personaje *Doña Anciana* (Gutiérrez, 1998), cuya pretensión es integrarse a la vida social y familiar usando *la risa como herramienta del bienestar propio y de los demás*. No faltan las intervenciones apoyadas en el folclor literario, musical y coreográfico (Ochoa y Ortiz, 2001) o la influencia de la oración en la calidad de vida (Quintero, 1999).

Y especialmente en los escasos proyectos de actividades productivas de asesoría, docencia e investigación por parte de las personas mayores, a través de una fundación denominada Sapiencia (Guarín y Páez, 2000); en la recuperación de la autonomía basada en el saber y la experiencia o la tradición y la autoridad sustentando las labores de capacitación (Avendaño..., 1993; Vega, 1999).

Ante este panorama general, resulta “ (...) necesario reconocer que la vejez es una etapa más del ciclo vital y desmitificar el concepto de viejo en ambos extremos, tanto el que lo asocia con deterioro, enfermedad e improductividad (...)” como el que lo asimila a sabiduría y *verdad revelada* (Aristizábal-Vallejo, 2002).

El contexto: lo urbano y metropolitano

Envejecimiento poblacional en Bogotá

Bogotá se caracteriza por ser el mayor centro urbano del país y uno de los más numerosos en el mundo. En 1964 contaba con 1'700.000 personas, que correspondían al 9.7% del total de la nación. En el 2002 posee más de 6'700.000



habitantes que representan el 15.3% de Colombia (SHD, 1999). Ésta evolución demográfica del Distrito Capital se caracteriza por tener un crecimiento sostenido, no sólo en el número de habitantes, sino en el porcentaje de ciudadanos-as que vive en la capital con respecto a la nación, como se aprecia en la Tabla 2.

Tabla 2. Cambios en la población del Distrito Capital.

Año	Total de la población Bogotá	% Nacional
1964	1.697.311	9.7
1995	5.578.342	14.7
2000	6.437.842	15.2
2005	7.185.889	15.6

Fuente: Modificado a partir de: SHD (1999:21).

El crecimiento de la ciudad es marcadamente superior al del país: en el año 1995 la tasa anual de crecimiento por 1.000 habitantes fue 23.9, en tanto que la de la nación fue 18.6 por mil habitantes (SHD, 1999). Ocurrió lo mismo en el año 2000 (25.4 vs. 18.1) y se espera que para 2005 suceda algo similar (21.9 vs. 16.4).

Los cambios en la pirámide poblacional muestran en la actualidad (2002) una moderada extensión en la parte superior y una marcada disminución de su base. Las proyecciones hacia los años 2025 y 2050 denotan un severo ensanchamiento de la parte superior, con la evidente inversión de la misma. "(...) la ciudad se envejece a un ritmo más rápido que el resto del país, lo cual es un signo de modernización" (Misión Bogotá ..., 1994:48).

Empero, las modificaciones ocurren de manera desigual. Por ejemplo, en las conductas alimentarias se mantiene un patrón rico en calorías típico de la población joven, haciéndose necesario un reajuste en la composición de nutrientes de la dieta a favor de los proteicos (Misión Bogotá..., 1993).

La expectativa de vida al nacer en Bogotá, ha tenido importantes modificaciones en los últimos años (Tabla 3) y es ligeramente superior al resto del país (Misión Bogotá..., 1993). Las diferencias entre hombres y mujeres son igualmente importantes, no sólo en la posibilidad de años de vida que se tenga al nacer, sino en la relación de varones que se tiene por cada 100 mujeres, variable denominada como *razón de masculinidad* (SHD, 1999). En 2000 existían 92.1 hombres por cada 100 mujeres. La expectativa de vida de las mujeres bogotanas proyectada al año 2015 es muy alta y se acerca a las cifras reportadas por los países industrializados.

Tabla 3. Expectativa de vida al nacer por quinquenios, Bogotá 1990-2015.

Quinquenio	Hombres (años)	Mujeres (años)
1990 – 1995	66.9	74
1995 – 2000	68.5	75.2
2000 – 2005	70.2	76.5
2005 – 2010	71.8	77.6
2010 - 2015	73.3	78.7

Fuente: Modificado a partir de SHD (1999:25).

En Bogotá y los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca se concentra la mitad de la población que está por encima de 60 años (Asociación Federativa..., 1997). Durante la última década del siglo XX las personas mayores de 50 años en Bogotá, pasaron de 673.278 (12.37% del total de habitantes) en el 90 a 879.024 (13.68% del total) en el 2000 (Heredia, 1997). La mayoría son mujeres en una proporción de 100 por 88 hombres, en el promedio nacional (Ordóñez, 1998). Después de los 80 años esa proporción pasa a ser de 62 hombres por 100 mujeres. Cabe señalar el origen migrante de la tercera edad especialmente en los estratos más bajos (López, 1993), para la capital esa migración proviene de la zona cundiboyacense (García, s.f; DABS, 2000; Rodríguez, 1995) pero con una larga experiencia ciudadana: 38.4 años como promedio (López, 1993). Para los-as beneficiarios-as de los programas del DABS se anota que el 67.9% vive en Bogotá hace más de 20 años y el 53.9% hace más de 31; en un estudio realizado en un barrio específico la permanencia supera los 40 años (Rodríguez, 1995).

(...) El paso súbito de un estado campesino a uno urbano ha dejado un sedimento de formas tradicionales propias de culturas rurales o regionales que se oculta a veces tras la apariencia de una vida ‘urbana’ moderna. Una porción de la ciudadanía bogotana se comporta todavía como un “campesinado urbanizado” (Saldarriaga, 2000:300).

De allí que en la Capital se encuentre una mezcla de las costumbres de habitantes provenientes de diversas regiones, réplicas de eventos locales... enclaves de culturas regionales reunidas en un vecindario, celebraciones, comidas... hay un uso del espacio público y un desconocimiento de la historia (Misión Bogotá..., 1994), en detrimento del sentido de pertenencia. Por tanto, una de las prioridades de trabajo con este grupo, dado su papel en la crianza (como se observará luego), apunta a reforzar la participación en la línea de los avances que permiten afirmar:



No obstante, al hacer un balance muy somero de algunas de las políticas públicas de Bogotá, de las últimas tres administraciones, se puede afirmar que la ciudad y sus pobladores han tenido cambios sustanciales, a partir de los cuales hoy existe un mayor sentido de pertenencia de los y las habitantes con su ciudad y por ende, un mayor ejercicio ciudadano (DABS, 2001:1).

Para 1998 los mayores de 55 años se calculaban en 572.588, de los cuales el 9.4% estaba en condiciones de pobreza y el 1.6% en situación de miseria, con una concentración mayor en las localidades Ciudad Bolívar, Kennedy, San Cristóbal, Engativá, Suba y Rafael Uribe (DABS, 1999). Condiciones de pobreza extrema en las cuales ciertos grupos (niños, mujeres embarazadas y ancianos-as) necesitan ayuda alimentaria directa (Misión Bogotá..., 1993). Otra cifra preocupante es la de un 56.5% de trabajo informal sobre el total del empleo en las áreas metropolitanas (Cárdenas, 2001), la cual se suma a la tendencia creciente del desempleo en los últimos años.

Problemas que se incrementaron en la década 1990-2000 debido a un mayor flujo migratorio de población desplazada a Bogotá por causas de violencia. El 91% de los hogares-familias proviene de zonas rurales (CODHES-UNICEF, 1999). En ocasiones es una población difícil de detectar pues prefiere mantener el anonimato, con problemas psicológicos y presiones sociales y culturales debidas al desarraigo y a la reacomodación (Arquidiócesis de Bogotá..., 1999).

Indudablemente la cantidad de personas de 60 y más años se ha incrementado, particularmente en Bogotá, teniendo en cuenta no sólo los que llegan a ser viejos habiendo vivido en la ciudad, sino quienes ya siendo viejos, llegan a vivir en Bogotá. Cabe suponer que la situación de estos últimos, en general, resulta más difícil –en términos de adecuación a otro contexto–, que la de los primeros. Si se agrega que hay un porcentaje de personas desplazadas mayores de 60 años (hasta donde sé no menor del 5% de la totalidad de desplazados) –en su mayor parte mujeres–, la situación es aún más grave, y cabe considerar entonces las múltiples implicaciones del desarraigo, particularmente cuando se es ya mayor (Dulcey-Ruíz, 2002).

En la capital de la República el-a ciudadano-a común se siente cada vez más expuesto-a tanto en su integridad física, como en su patrimonio económico a los abusos de una delincuencia urbana que crece desmesuradamente (SHD, 1999). La violencia tiene rostro conocido y “(...) va de la mano del crimen en todas sus facetas, (...) desde el funcionario deshonesto hasta el asaltante de residencias, el secuestrador, el taxista que no respeta las normas”, el aumento

en la violencia responde al aumento de los delincuentes y sus acciones (Corporación Misión..., 1996). El 58% de la población incluida en un estudio asocia a Bogotá con imagen de miedo:

Los espacios, las situaciones y los personajes generadores del miedo en Santafé de Bogotá se han convertido en una constante de la vida ciudadana, en un elemento sustantivo de nuestra cotidianidad(...). El grado de generalización alcanzado por el miedo en nuestra capital es tal, que ha permeado los lugares residenciales y las propias viviendas. Los muros y las puertas han resultado insuficientes, todo está en peligro de ser alcanzado por el miedo (Murcia, et Al., 1998:129).

A pesar de lo anterior, un muy alto porcentaje de personas mayores sale sin compañía: el 84.5%, según datos del DABS(2000). El hecho de que se desplacen solas podría vincularse a la cuota de casi una tercera parte de las personas mayores de 45 años en la mortalidad por accidentes de tránsito, y en primer lugar como peatones; esta proporción se incrementa si se desagrega para las mayores de 60 años, grupo con más accidentes de tránsito (SHD, 1999).

Igualmente dentro de las muertes accidentales las caídas aportan un peso considerable, pues representan para estos grupos de edad el 50.5% del total de necropsias por dicha causa (INML-CF, 1998). Todas las anteriores exhiben diferencias importantes entre hombres y mujeres, con un peso mucho mayor para los primeros. De otra parte, la entrega y la evasión como las formas más frecuentes de evitar la violencia en los sujetos de 65 y más años (Murcia et Al., 1998) contribuye a su vulnerabilidad en un entorno en el cual la agresión fue una constante durante la década.

Características tan dramáticas como las de la violencia, se reconocen en otras situaciones extremas: en la pauperización evidente a la observación desprevenida (o prevenida) de las calles de la ciudad, que se han ido poblando de sujetos mendicantes entre los cuales hay algunas personas viejas; *un 25% de los habitantes de la calle* (adultos) sufren algún tipo de enfermedad mental y un 10% son ancianos abandonados mayores de 50 años, de acuerdo con el Fondo de Salud Mental (Pitto, 1993). El 5% de los habitantes de *El Cartucho* corresponde a mayores de 50 años (Consejo Superior..., s.f.) y dentro de los distintos tipos de recuperador independiente, hay algunos mayores de 35 años que tienen una esperanza de vida de 60 años.

Por último, otra condición a considerar en este marco es el de la población presidiaria: 2.154 hombres y 188 mujeres son mayores de 50 años, el 60.3% se encuentran en pabellones destinados para la tercera edad (Consejo Superior...,



s.f.); la población carcelaria masculina en Bogotá, mayor de 50 años, supone el 57% entre los de esta edad contando a Cali y a Medellín (SHD, 1999), subrayando que dentro de las prisiones a los ancianos se les somete a todo tipo de vejámenes y calamidades pues no hay hacia ellos consideración de ningún tipo y en ellos la venganza social es mucho más inclemente porque sus resistencias son decadentes y frágiles (Durán, 1997).

Los derechos y la perspectiva de género

La convivencia de las personas viejas se plantea en casi todos los estudios en el marco familiar, pues el porcentaje que vive solo fluctúa entre un 8%, cuando se trata de la población general (Ordóñez, 1998), un 15% en pensionados (COLSUBSIDIO, 1999) hasta un poco más de 20% en beneficiarios de programas dirigidos a grupos en pobreza y miseria (DABS..., 2000). El 60% de los mayores de 59 años asume la jefatura del hogar (Ordóñez, 1998). Rodríguez (1995), anota el predominio de familias extensas en las cuales el anciano o la pareja de ancianos mantiene el control jerárquico (estudio en un barrio de Bogotá). En general, las familias extensas son las que exhiben una proporción mayor de personas viejas, aun cuando al analizar la composición nuclear, la convivencia con cónyuge e hijos, Bogotá supera a las otras ciudades (Ordóñez, 1998).

Por otra parte, la pérdida del cónyuge es más frecuente en las mujeres que en los hombres: “las mujeres envejecen viudas y, los hombres, casados” (López, 1993). Como sea, ésta situación lleva a las y los adultos mayores a mudarse con los-as hijos-as siendo éstos, en el 40 % de los casos en las ciudades grandes, una hija soltera, separada o viuda (Echeverri, 1994); a lo que hay que agregar que, en el 36% de los hogares donde la jefatura es femenina, hay viejas-os (Ordóñez, 1998). Vale aquí destacar la viudez como un factor de riesgo social para los hombres, debida a la dependencia vinculada a la *condición masculina*, generada por la necesidad de cuidado especialmente en los aspectos domésticos; como también, la *obligación femenina* de velar por los padres y madres ancianos-as aun en circunstancias de precariedad.

Éstas personas mayores ejercen funciones de cuidado de la vivienda y de los-as niños-as. En Bogotá, la mitad de las veces en que la crianza es delegada, ésta recae en las abuelas y en los abuelos (Rico de Alonso, 1999). Se invocan como explicación las buenas relaciones con los nietos, explicación consistente con el hallazgo de actitudes positivas de los niños hacia los viejos (Sánchez,

2000). Empero, la ubicación en el medio familiar conlleva sus propias dificultades, problemas de relaciones, de acomodo a los estilos de vida, a las costumbres, de desempeño de funciones que se adscriben sin consultar (Mantilla, 1996).

Cuando las condiciones son de privación, es posible que se les ubique en el peor sitio de la casa (Echeverri, 1994; DABS..., 2000). En este contexto, puede explicarse el que los reconocimientos médicos practicados por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML-CF, 1998), en casos de maltrato, éste es generalmente infligido por los hijos y conocidos. Barbosa, Moreno y Contreras (2000) ilustran situaciones de este tipo descritas por personas ancianas, quienes relatan ser golpeados o dejados de lado en el ámbito familiar.

Lo anterior puede asociarse con la idea antes expuesta de vejez como inutilidad, incapacidad y, especialmente como minusvalía, concepción que hermana a las personas ancianas, con las mujeres y las-os menores, por cuanto carecen de las cualidades atribuibles a la imagen machista o extrema de la masculinidad (Santacruz y De Santacruz, 1994). Por ende, pasan a ser objetos de sometimiento y, en otras versiones, de protección.

Sin embargo, en un estudio con 250 familias que conviven con personas ancianas en un barrio de Bogotá, un 80% de esas familias se mostró capaz de mantener y cuidar de las personas viejas (Rodríguez, 1995). Este resultado es consistente con la observación de apenas un 1% de las personas viejas viviendo en instituciones geriátricas (Ochoa..., 1993).

También, con los hallazgos de las investigaciones que aluden al papel de las personas mayores en la familia, y con las centradas en los familiares como cuidadores de sus parientes mayores con distintas patologías, a pesar del impacto de esta condición en el funcionamiento familiar y en la calidad de vida de los responsables de la asistencia (Marcon, 1991; Torres de Rubio, 1991; Velásquez, 1997; Suárez et Al., 2001; Alcalde et Al., 2001, entre otros). Un grupo muy particular es el de las personas centenarias, motivo expreso de orgullo para sus familias y para las instituciones, dedicando ingentes esfuerzos a su cuidado (De Santacruz, 2000).

En el marco de las responsabilidades familiares merece una discusión aparte la propuesta del Banco Mundial (Márquez, 1999), de incentivar y mantener el carácter de sistema informal de seguridad social que ha caracterizado a la familia, por cuanto es imponerle una sobrecarga adicional a las de manutención y afecto, especialmente cuando se trata de mujeres solas. En este sentido, el Estado tiene una obligación que no puede dejar de asumir.

En situación de pobreza les va mejor a las mujeres que viven con los-as hijos-as o solas y a los hombres que viven con cónyuge e hijos-as, en tanto que



las condiciones son peores para ambos cuando su única compañía son los nietos. También es difícil la situación para los hombres cuando están solos o conviven con personas sin relación de parentesco (Ordóñez, 1998).

De todas formas, las circunstancias de la residencia conforman una problemática prioritaria para los sujetos en pobreza, porque una gran parte de los ancianos de hoy (2002) no tuvieron oportunidades para adquirir vivienda en los años en que eran económicamente productivos y en el contexto histórico cultural en el que ellos se desarrollaron no era prioritario el poseer una vivienda. En la actualidad se agrava ésta situación por la violencia que se está viviendo en el país y que obliga a que muchos de los desplazados busquen una opción de vida en Bogotá. Además, si no se tienen los recursos económicos, se termina viviendo en inquilinatos o en casuchas en los cinturones de miseria, agravando así la calidad de vida (Aristizábal-Vallejo, 2002).

La supervivencia económica, la inestabilidad y la competencia por el espacio urbano son algunas manifestaciones críticas de la vida urbana bogotana, “acentuadas en los últimos años con la imposición, desde el gobierno central, de un modelo económico de corte neoliberal, que ha suscitado oposiciones, ajustes y desajustes...” (Saldarriaga, 2000:301), y acerca del cual se indica que la desaparición de la solidaridad y de la sociabilidad están vinculadas a la destrucción de lo público y lo colectivo, al aislamiento de la economía de la historia y del orden social (Álvarez-Urúa, 2000).

A pesar de que el 71% de los mayores de 50 años no realiza actividades políticas más allá de votar, se anota interés en la participación comunitaria, siendo ésta más evidente en las personas de los estratos bajos (áreas urbanas incluida Bogotá: Echeverri, 1994). En la Capital el interés se tradujo en la presencia en las distintas reuniones y convocatorias ciudadanas, en el número de inquietudes y preguntas manifestadas por las personas mayores con respecto a su situación y a la de su entorno (Quijano et Al., 2002). Asimismo, la participación se puso de manifiesto en la década 1990-2000 a través de la conformación de instituciones como la Asociación Nacional para la Defensa de los Programas y Derechos de la Tercera Edad (ANDATER) y otras, de comités locales, de la presión de distintos grupos de personas mayores, y de su presencia en el ámbito público reivindicando sus derechos.

Merecen destacarse las expresiones de algunas mujeres mayores, quienes afirman haber logrado hacerse oír gracias a los ejercicios de participación en grupos y actividades comunitarias, superando las *limitaciones femeninas* de manifestar públicamente sus opiniones o deseos (Torres, 2001).

En una línea similar, la determinación de espacios de reunión e intercambio se vio reflejada en la creación de clubes y centros día, como parte de los

programas de distintas instituciones. Muchos de éstos espacios han ido desapareciendo, como se aprecia en el capítulo correspondiente a modalidades de intervención. La cita a continuación da cuenta de su función: “(...) eran doscientos viejos de un barrio marginal que a veces bajaban sin desayunar, caminaban hasta cincuenta cuadras con tal de ir. Prueba que sí sirve y eran viejos que no vivían en ancianatos, viejos que vivían en sus casas en malas, malísimas o buenas condiciones, pero igual vivían en casa... En un viejo... que no puede caminar... que camina tantas cuadras para esa clase de talleres de motivación (...) lo que pasa es que nunca se le incentiva...” (Álvarez–Correa, 2002).

Para la población vieja del Distrito Capital se reconoce (comparativamente con el resto del país) un mayor nivel de alfabetismo (Heredia, 1997). Se calculan cifras variables de analfabetismo (o ausencia de escolaridad) y de estudios de primaria (generalmente incompleta) de acuerdo con los grupos estudiados y con la investigación misma (Tabla 4).

Tabla 4. Nivel de alfabetismo en la población vieja del Distrito Capital.

Analfabetismo (o ausencia de escolaridad)	Primaria (generalmente incompleta)	Población muestra	Fuente
49.0%	40.0%	Promedio nacional	Echeverri, 1994
44.5%	29.3%	Usuarios programas	García, 1999
34.2%	47.2%	Beneficiarios	DABS, 2000
29.0%	52.0%	Promedio nacional	Ordóñez, 1998
26.0%		Barrio bogotano	Rodríguez, 1995
		Pensionados	COLSUBSIDIO, 1999

En los casos en los cuales se consideran hombres y mujeres, para éstas últimas la escolaridad es menor; pues como lo señala Dulcey-Ruíz (2002), piénsese en la Bogotá y en la Colombia de entonces (1942 o antes), cuando el acceso a la educación era, sin duda un privilegio, más probable para los hombres que para las mujeres.

Igualmente, la ausencia de capacitación en otros campos (para esta población en su totalidad), va a jugar un papel importante en las condiciones laborales sabiendo que los ingresos caen con la edad y es más difícil conseguir empleo (López, 1993). De los beneficiarios de los programas un 82.6% no trabaja (DABS..., 2000), más del 60% de los mayores de 60 años se queda en la casa sin una actividad fija y algunos ayudan en las tareas del hogar. Éstas últimas son tareas en las cuales se desempeña un alto porcentaje de mujeres



mayores, particularmente en los estratos más pobres. Los hombres mayores de 60 años conforman entre el 7.5 y el 9.3% de los trabajadores informales (dato nacional: Echeverri, 1994).

Por otra parte, la cobertura pensional es mala y está mal distribuida, dejando más desprotegidos a los mas pobres (López, 1993), en parte debido a que

(...) en el tiempo en que trabajaron no existía una reglamentación precisa y de público conocimiento por los empleados de todo lo referente a la seguridad social y muchos de ellos a pesar de trabajar más de 30 años no realizaron los respectivos aportes para obtener una pensión de jubilación, o muchos trabajaron a destajo o por actividades concretas (Aristizábal–Vallejo, 2002).

Así, entre las y los mayores de 60 años tan sólo el 17 % de los hombres y apenas el 7% de las mujeres cuenta con pensión que, en el caso de las mujeres, era con frecuencia de sustitución (dato nacional: Ordóñez, 1998).

Queda así esbozada una problemática central para las personas mayores, que en el caso de los hombres exhibe la faceta de la pérdida del papel económicamente productivo social y culturalmente validado, generando inconformidad y tristeza por la condición de dependencia de los hijos y otros, en menoscabo a veces de la autoridad concomitante a dicho papel. En el de las mujeres, la circunscripción al ámbito doméstico, al del trabajo invisible y a la obtención de beneficios mediados.

Un problema, que se añade a las esperas, colas, vicisitudes en el pago, que han hecho del *pensionado* una figura particular –dolorosamente retratado tiempo atrás por García Márquez en *El Coronel no tiene quien le escriba*– es el requisito de la certificación de supervivencia, que demanda el aval del notario con presentación personal, por lo menos cada tres meses; cuando existe una incapacidad física del-a beneficiario-a debe, además, expedirse una certificación médica de la misma para permitir la delegación del cobro, trámites todos que suponen inversión de tiempo y esfuerzos. En la misma línea, un área que ameritaría mayor profundización en el conocimiento por parte de quienes trabajan con población vieja es la calificación de invalidez, si se tiene en cuenta que el riesgo de discapacidad aumenta con la edad y que existe un amplio desarrollo en este campo, manifiesto en los aportes de la nueva clasificación de deficiencia, discapacidad y minusvalía de la Organización Mundial de la Salud.

Un logro a destacar es la consignación actual del subsidio a la población atendida por el DABS, la cual puede acceder al mismo a través de los cajeros electrónicos, anotando que en un muy alto porcentaje son los mismos beneficiarios quienes manejan el dinero, estableciendo la manera como se invertirá, inversión

que frecuentemente es el aporte de la persona anciana al medio familiar (Torres, 2001).

Entonces, es claro que alrededor de las pensiones, y en general de la seguridad social, se plantean múltiples interrogantes y demandas dando lugar a tutelas y a jurisprudencia (Consejo Superior de la Judicatura). La reforma pensional aún no se ha resuelto y hasta la fecha continúa el debate en torno a las distintas propuestas presentadas.

Complementando lo anterior, es posible reseñar que las expectativas y necesidades de los pensionados se enfocan en programas de capacitación (especialmente los que generan proyectos productivos y trabajo), recreativos y los de atención en salud.(COLSUBSIDIO, 1999). En los pensionados por invalidez del Seguro Social, las demandas por los servicios sanitarios son constantes, con énfasis en la consulta especializada y en la hospitalización.

En el grupo de pensionados por invalidez, en Bogotá se encontraban aquellos con mayor severidad en su condición de minusvalía, al igual que con opciones de rehabilitación (Acero, 1995).

Finalmente, el tema más referido en las publicaciones es el de la salud: de los 156 documentos, 68 (43.5%) la incluyen como temática. La mayoría de los estudios se han realizado en poblaciones cautivas (hogares geriátricos, Centros Bienestar al Anciano, Hospitales de Día, consulta externa o pacientes ambulatorios). Dadas estas características, los trabajos se refieren, en su gran mayoría, a aspectos muy puntuales, algunos de ellos con un altísimo valor científico (Jiménez, 2001), pero que no representan necesariamente la globalidad de la problemática de salud en el Distrito. Entre las patologías estudiadas se encuentran: demencias, enfermedades respiratorias, nutricionales, articulares, ortopédicas, cardiovasculares, etc., y los trabajos o investigaciones proceden en su gran mayoría de las universidades. Nos referimos principalmente a tesis o trabajos de grado en diferentes áreas del conocimiento: medicina, enfermería, nutrición, terapia respiratoria, fisioterapia, fonoaudiología, psicología o gerontología.

De manera semejante, el alto porcentaje de estudios y publicaciones que se concentra en el área de bienestar y salud ofrece información acerca de estilos de vida, tiempo libre, nutrición, sexualidad y desarrollo de habilidades (Martínez et Al., 1994; Amador y Herrera, 1996; Bahamón y Patiño, 1996; Barbosa, 1997; Reyes, 1998; Beltrán..., 2000); las dos categorías guardan estrecha relación por cuanto con frecuencia aluden en el primer caso a aspectos *sanos* y en el segundo a la patología de dichos aspectos; así, se estudian desde una perspectiva las habilidades comunicativas, la capacidad funcional, los parámetros respiratorios, el desempeño, la capacidad física y, desde la otra el deterioro del lenguaje, problemas de audición y comunicación, competencias ocupacionales, fracturas de cadera, osteoporosis.



Son pocos los trabajos que incluyen aspectos epidemiológicos poblacionales en la ciudad. Destacamos dos de ellos: el primero, denominado *Estudios prospectivos de salud, el futuro de la capital*. (Corporación Misión..., 1996), toma varios elementos analíticos que proyectan adecuadamente la situación de la salud en el nuevo siglo. El segundo, *La carga de la enfermedad en Santafé de Bogotá* (Gallardo y Rodríguez, 1999), realiza un excelente análisis de la problemática de la salud en el Distrito, con diferenciación por sexo y edad.

En la misma área de salud pública debe señalarse como uno de los grandes avances, consecuencia en gran parte de la implementación de la Ley 100, el aumento de la cobertura en salud para la población en general y para los-as ancianos-as en particular. En abril del año 2000, para la generalidad de la población, Bogotá contaba con una cobertura del 54.4% en el régimen contributivo y 15.1% en el régimen subsidiado (Superintendencia en Salud, 2000).

En 1995, el 69% de las personas viejas no contaba con seguridad social (dato para el país: Ordóñez, 1998), pero como un progreso en Bogotá se plantea la cifra correspondiente a la población afiliada al régimen subsidiado: 62% en las personas mayores de 60 años, siendo el mayor porcentaje de afiliados al SISBEN (SHD, 1999). Estos datos muestran cómo la cobertura en el régimen subsidiado tiene una gran importancia en la población anciana, si analizamos los porcentajes comparativos en esta modalidad entre la población en general y la de mayor edad. Las afiliaciones al régimen subsidiado en salud, han aportado un gran número de personas, y aunque existen limitaciones y restricciones en cuanto al cubrimiento total, son un gran avance en la asistencia a la salud pública.

Aunque como es de esperarse, la mortalidad por grupos de edad es mayor en las personas de 60 y más años, el aporte más importante en cuanto a disminución porcentual de mortalidad en el Distrito Capital lo hacen los mayores de 60 años (Gallardo y Rodríguez, 1999) y muy especialmente las mujeres (75%). Esto trae como consecuencia un aumento en la morbilidad y la discapacidad de este grupo de personas, en especial en las muy ancianas. Dicho fenómeno es universal y sumado a la mayor expectativa de vida en las mujeres, debemos afrontar una problemática especial en ellas, en unión a la presencia de enfermedades crónicas y degenerativas (Hazzard, 1999).

En la Tabla 5 se resumen las primeras cinco causas de mortalidad por grupos de edad y sexo para las-os adultas-os mayores ocurridas en 1996; corresponden todas a enfermedades crónicas, a diferencia de otros grupos de edad, donde el trauma, la violencia y las enfermedades infecciosas (entre otras) tienen una mayor representación. Sin embargo, debe subrayarse nuevamente que las caídas en las personas mayores son la mitad de las causas de presuntas muertes accidentales (INML-CF, 1998).

Tabla 5. Cinco primeras causas de mortalidad por grupos de edad y sexo Bogotá,1996.

Sexo	60 a 69 años	70 y más años
Mujeres	Cardiopatía isquémica Hipertensión arterial Otros tumores malignos Enfermedad cerebrovascular Diabetes Mellitus	Cardiopatía isquémica Hipertensión arterial Otras cardiovasculares Enfermedad cerebrovascular Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Hombres	Cardiopatía isquémica Otras cardiovasculares Enfermedad pulmonar obstructiva crónica Enfermedad cardiovascular Cáncer de estómago	Cardiopatía isquémica Enfermedad pulmonar obstructiva crónica Otras cardiovasculares Enfermedad cardiovascular Hipertensión arterial

Fuente: Gallardo y Rodríguez (1999).

Ya hemos hecho referencia a las secuelas y la discapacidad generadas por ciertas patologías. Ellas son mayores en número en las mujeres, pero son más severas o invalidantes en los hombres, especialmente en las personas de avanzada edad (85 y más años). Es factible que ésta mayor vulnerabilidad de los-as ancianos-as se deba, al menos en parte, a que esta generación no desarrolló adecuadamente sus capacidades en la realización de ciertas actividades básicas cotidianas o de la vida diaria, destinadas culturalmente a las mujeres.

La psicopatología no ha sido explorada de manera consistente, a pesar de que investigaciones nacionales señalen a las personas mayores como uno de los grupos con mayor prevalencia de ansiedad y depresión (Pontificia Universidad Javeriana, 1995) y que éstas pueden generarse, entre muchas razones, por condiciones como las descritas. Cuando se identifica este tipo de problemas la atención en salud mental presenta limitantes importantes (Torres, 2001).

Las modalidades de intervención social

Programas generales

Los delineamientos y recomendaciones planteadas por la Primera Asamblea Mundial del Envejecimiento (Anzola-Pérez, 1985) denotaban claramente que la problemática presente en ese entonces en los países industrializados se reflejaría



en un período cercano en el resto de las naciones y que sería responsabilidad de cada una de ellas acoger estas propuestas en el marco de *Programas integrales de bienestar* hacia los-as ancianos-as.

En un estudio previo (Naciones Unidas, 2000) a la realización de la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento, la cual se llevaría a cabo en Madrid en Abril de 2002, se muestra una diversidad de resultados. Pero un factor común a todos los países encuestados es que el propio proceso de envejecimiento poblacional ha traído nuevos retos y ellos precisan, en el contexto de las Naciones Unidas, desarrollar nuevas estrategias ante un mundo cambiante y con una clara tendencia a la globalización. “La internacionalización de la problemática, plantea un plan de acción concertado con las naciones, soportado por programas que busquen una respuesta a situaciones específicas tales como pobreza (especialmente en países en vías de desarrollo), educación, asistencia en salud, prevención de discapacidad, vivienda, recreación..” (Naciones Unidas, 2000).

En noviembre de 2001 los países iberoamericanos celebraron en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, una reunión preparatoria para la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento. Colombia desarrolló un documento denominado *El envejecimiento y su atención en Colombia: un balance y perspectivas*.

Dentro del contexto de la Propuesta del Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento y los retos para Colombia, se plantea como base fundamental una Política Integral en torno al envejecimiento y la vejez. Otros retos, acordes con esta política, se dirigen a las problemáticas particulares de nuestra población, que dicho sea de paso, coinciden con las de otros países en condiciones similares a las nuestras. Las más destacadas en el documento presentado en Bolivia se dirigen a la educación, la comunicación, la información y la Seguridad Social. Otros aspectos relevantes se refieren a la participación social y la cooperación entre las mismas personas mayores, el desempleo, la pobreza y la vivienda. Una herramienta fundamental para desarrollar adecuadamente las políticas, se basa en la investigación gerontológica, la cual podrá orientarnos en nuestras necesidades y prioridades.

Programas del estado

Como ya se ha descrito, la Constitución Política colombiana de 1991, en su Artículo 46, establece que a las personas de la tercera edad se les deben garantizar servicios de seguridad social, protección, alimentación, asistencia, al igual que la integración a una vida activa y comunitaria, en caso de indigencia. En el libro IV de la Ley 100 de 1993, se definen los servicios sociales complementarios

para el-a anciano-a en materia de educación, cultura, recreación, turismo y preparación para la jubilación. El control y la administración se le asigna a los municipios y distritos bajo el concepto de *bienestar*, y de ellos depende la elaboración del plan de servicios complementarios.

La Red de Solidaridad Social y su Programa de atención integral para la población adulta mayor, cofinancia con los entes territoriales proyectos específicos, encaminados al bienestar de los mayores de 65 años (o de 50 años discapacitados e indígenas en indefensión) que carezcan de renta o ingresos para subsistir o se encuentren en condiciones de extrema pobreza o indigencia.

En el Distrito Capital de Bogotá, el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), es el ente encargado de realizar acciones dirigidas a los-as ancianos-as en los aspectos de *bienestar integral*, dentro del desarrollo del proyecto 7217, denominado “Atención para el bienestar del adulto mayor en pobreza en Bogotá D.C.”. Su intervención es independiente del programa de la Red de Solidaridad, aunque algunos-as de sus beneficiados-as obtienen recursos en diferentes porcentajes, por cofinanciación con esta entidad.

Otras entidades del Estado también han desarrollado programas para la tercera edad. Su funcionamiento debe estar relacionado con las propias políticas interinstitucionales que promueven (República de Colombia, 2001a) aunque algunas de ellas, por su función particular, se desempeñan con mayor independencia.

Otros programas

Las Cajas de Compensación juegan un papel importante en la implementación de programas para sus afiliados-as en el grupo de la tercera edad. La Superintendencia de Cajas de Compensación ha establecido algunos de los objetivos sobre los cuales las Cajas tienen proyectados sus programas para este grupo de personas mayores:

Otras entidades como las Organizaciones No Gubernamentales, las fundaciones sin ánimo de lucro, los gremios científicos, y algunas entidades privadas o particulares, también llevan a cabo programas para las personas mayores.

- Ofrecer atención integral en salud al-a anciano-a, que permita disminuir el deterioro causado por el envejecimiento y evitar posibles secuelas.
- Mejorar la calidad de atención en este grupo de edad especialmente para asumir positivamente el rol laboral al jubilarse o pensionarse, y el rol ocupacional al envejecer; ejercer mayor control de la mortalidad por enfermedades propias de la edad.



- Lograr la participación activa de la familia en el desarrollo del programa, considerada como la red de apoyo más importante para mantener el bienestar físico, social y mental del-a anciano-a.
- Fortalecer la capacidad de la familia para cumplir sus funciones y obligaciones tradicionales con respecto a los-as ancianos y ancianas para que participen plenamente en todas las actividades sociales y de la comunidad
- Promover y mantener habilidades físicas y psíquicas que permitan al anciano y la anciana actuar con seguridad en su medio ambiente y en forma productiva.
- Integrar la atención en salud a nivel ambulatorio de las personas de edad en todos sus aspectos (Consejo Superior..., s.f.).

Instituciones consultadas

Dadas las múltiples fuentes de información y tipos de programas para la tercera edad, se decidió consultar las de mayor cobertura y significación, tomando en cuenta su origen y su función específica en el Distrito Capital. Es factible que algunas Instituciones de carácter local, que desarrollan programas o actividades, no aparezcan incluidas dado el propósito de reseñar aquellas con un marco de acción más amplio; entonces, las entidades consultadas fueron las siguientes:

- Entidades oficiales.
 - Red de Solidaridad Social. Adscrita a la Presidencia de la República.
 - Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, DC. (SDS)
 - Instituto de Seguro Social (ISS)
 - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)
 - Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito (DABS)
 - Vicepresidencia de la República
 - Ministerio de Trabajo
 - Ministerio de Educación
 - Ministerio de Salud
 - Ministerio de Comunicaciones

- Cancillería
 - Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte (IDRD)
 - Policía Nacional
 - Defensa Civil
 - Secretaría de Educación del Distrito (SED)
 - Secretaría de Gobierno
 - Instituto Distrital de Cultura y Turismo (IDCT)
 - Defensoría del Pueblo
 - Cámara de Comercio
 - Comisarías
 - Asociación Colombiana de Oficiales en Retiro (ACORE)
- Cajas de Compensación
 - Caja de Compensación Familiar (CAFAM)
 - Caja Nacional de Previsión Social (CAJANAL)
 - Caja Colombiana de Subsidio Familiar (COLSUBSIDIO)
 - Caja de Compensación Familiar (CONFENALCO)
 - Caja de Compensación Familiar (COMPENSAR)
- Entidades educativas y gremios científicos
 - Pontificia Universidad Javeriana
 - Fundación Universitaria del Área Andina
 - Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
 - Universidad San Buenaventura
 - Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría, Capítulo Bogotá
 - Asociación Interdisciplinaria de Gerontología
 - Centro de Psicología Gerontológica
- Otras entidades consultadas.
 - Agencia Coordinadora del Voluntariado de Bogotá (ACOVOL)
 - Grupo de Acción Familiar Alzheimer
 - Dacores y Canitas
 - Cruz Roja
 - Conferencia Episcopal
 - PROVIDA
 - Asociación Cristiana de Jóvenes



Resultados

Entidades del estado. Se consultaron 21 entidades oficiales, encontrando que 12 de ellas tienen o han implementado en algún momento programas para la tercera edad. De estas doce entidades (del estado o del distrito) tan sólo 7 tienen programas vigentes. Ellas son:

- Red de Solidaridad Social, adscrita a la Presidencia de la República.
- Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito (DABS)
- Ministerio de Trabajo
- Ministerio de Educación
- Ministerio de Comunicaciones
- Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte (IDRD)
- Policía Nacional

Las otras 5 entidades oficiales que tenían programas y en la actualidad no funcionan, son:

- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)
- Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, DC. (SDS)
- Instituto de Seguro Social (ISS)
- Vicepresidencia de la República
- Ministerio de Salud

El ICBF terminó su programa Asistencia Integral al Anciano en 1999. Dicho programa realizaba actividades culturales, recreativas, deportivas y de socialización, pero su mayor fortaleza se dirigía a las acciones de Nutrición, llegando a tener 100.000 beneficiarios-as en todo el país en el año de 1998, de los-as cuales 35.603 fueron atendidos-as en Bogotá (SDH, 1999).

La Secretaría de Salud del Distrito contaba con dos programas, uno denominado Fondo Salud Mental y Asistencia al Anciano, cancelado por liquidación del Fondo y el otro, denominado Programa de Geriátría y Centros Día, que dejó de funcionar en el año de 1998. En la actualidad la Secretaría de Salud del Distrito cuenta con tres programas especiales: Salud Mental, Materno Perinatal y Urgencias. La asistencia en salud mental de la población anciana se

cubre dentro del primer programa especial, definido para tal fin. El resto de la asistencia en salud al-a anciano-a se ha integrado a los servicios que se prestan dentro del Plan Obligatorio en Salud (POS).

El Programa de Geriátría y Centros Día cumplía funciones de asistencia integral en salud, prevención y promoción. Se llegaron a tener 11 de éstos centros en la ciudad, antes que el programa finalizara en 1998. En 2002 siguen funcionando, pero dentro de un nuevo modelo de asistencia integral que cubre toda la población.

El Seguro Social contaba con dos programas denominados Fondo de Servicios Sociales Complementarios y Vida a los Años. El primero desapareció en el año 1994 por la implementación de ley 100, y el segundo por políticas de reestructuración en su crisis económica del año 1998.

La Consejería Presidencial del gobierno de César Gaviria (1990-1994), contó con el programa Juventud, Mujer y Familia. Allí se trabajaron aspectos de gran importancia relacionados con el diseño de políticas, que más tarde fueron fundamentales para el desarrollo de otros programas. La Vicepresidencia de la República cumplió un papel importante en cuanto a los programas relacionados con la tercera edad, durante el gobierno de Ernesto Samper (Ministerio de Salud, 1997), a partir del año 1994. Su función estuvo encaminada al diseño de políticas, información y divulgación de índices estadísticos y sociodemográficos. Igualmente se le asignaron funciones en el área de proyectos sociales. A partir del segundo semestre de 1996 se clausuran estas funciones y se le asigna al Ministerio de Salud la ejecución de los Programas en Salud que ellos desarrollaban, pero a pesar de presentarse una propuesta con tal fin por el propio Ministerio, (Ministerio de Salud, 1997) ésta no se implementó (al menos bajo la coordinación de este organismo oficial).

Programas oficiales vigentes

La Red de Solidaridad Social. Inició su trabajo con la población anciana en 1994, con el programa de *Revivir: Subsidio para ancianos indigentes* y cambió de nombre el año 2000, denominándose desde entonces *Atención Integral para la Población Adulta Mayor*. Sus actividades se dirigen a cofinanciar, en unión con los entes territoriales, proyectos específicos encaminados al bienestar de los mayores de 65 años (o de 50 años discapacitados e indígenas en indefensión) que carezcan de renta o ingresos para subsistir o se encuentren en condiciones de extrema pobreza o indigencia. En el año 2001 se beneficiaron 65.622 personas (8.749 en Bogotá, en cofinanciación con parte del programa del DABS).



El Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito (DABS), es la entidad que lidera el programa de mayor impacto en el área de *bienestar integral*. Aunque sus acciones en este campo son de tiempo atrás, en la actualidad está ejecutando el proyecto 7217 denominado *Atención para el bienestar del adulto mayor en pobreza en Bogotá D.C.* Hasta el año 2000 funcionó el de *Protección al anciano en abandono* (Proyecto 7157), pero éste se articuló con el actual. Los beneficiados son 29.200 personas mayores de 60 años con niveles de SISBEN 1, 2 y 3 que carecen de los bienes y servicios básicos que garanticen el ejercicio de sus derechos ciudadanos. Igualmente, se dirige a los adultos mayores de 55 años con niveles de SISBEN 1, 2 y 3 indigentes y/o limitados físicos y mentales con discapacidad certificada.

Uno de los puntos a destacar en el actual programa del DABS, es que la modalidad de entrega de recursos a través del subsidio (setenta y cinco mil pesos), es cobrado en efectivo directamente por el-a beneficiado-a y ello se traduce en otros beneficios indirectos que se reflejan, entre otros, en la autonomía en el manejo de este recurso y de su inversión según prioridades individuales. Además, se ha logrado una reducción de los costos de transacción y liberación importante del tiempo que era destinado para otorgar estos beneficios.

El proyecto actual (2002) busca:

- Proporcionar atención integral e institucionalizada a las personas adultas mayores que se encuentran en abandono e indigencia en situación de peligro y/o con limitaciones físicas y mentales.
- Entregar subsidios directos a los-as adultos-as mayores que requieren cubrir necesidades de habitación, alimentación y autocuidado según grados de vulnerabilidad así:
 - Personas funcionales en abandono y sin familia que requieren de atención integral al margen de la institucionalización
 - Personas con limitaciones físicas y/o mentales con familia, o con menores a cargo y/o con personas discapacitadas a cargo
 - Personas funcionales sin seguridad social, con familia, que requieren cubrir parcialmente necesidades de subsistencia.
 - Personas funcionales con o sin seguridad social que requieren fortalecer sus nexos socioculturales.

- Ofrecer a todas las personas vinculadas al proyecto actividades de desarrollo personal y colectivo para favorecer la autonomía y generar condiciones de solidaridad que les permita vivir con dignidad e independencia.
- Establecer sistemas de atención intersectorial y de apoyo social en los planos privado y público para aumentar la capacidad de las familias, de las redes sociales y de los-as adultos-as mayores en el ejercicio de sus derechos, con el fin de cumplir con sus obligaciones y decidir sobre los aspectos que les compete.

Los Ministerios de Educación, Trabajo y Comunicaciones realizan programas educativos, pero desconocemos las cifras de cobertura y su impacto.

El Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte realiza un programa de recreación para las mujeres mayores de 55 años y los hombres de 60, en los estratos 1 y 2.

Existe otro programa de *Bienestar*, el de la Policía Nacional, que aunque cubre sólo a los policías retirados y a sus familias, tiene una amplia radio nacional (54.000 afiliados) y en el Distrito (18.000 personas). Dicho programa es liderado desde 1998 por la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional (CASUR). Realizan programas de capacitación (preparación al retiro laboral entre otros), recreación, microempresas, cooperativismo, bolsa de empleos, clubes de adultos-as mayores, centros día, voluntariado, asesoría, apoyo a viudas y a desplazados-as, prevención y promoción (envejecimiento saludable), y apoyo al paciente con Alzheimer y su familia.

Cajas de Compensación. Las cinco entidades consultadas llevan a cabo programas específicos para los-as ancianos-as. Una de ellas, COMPENSAR, realiza solo actividades de recreación (ésta entidad estaba cerrada temporalmente por remodelación en el momento de la investigación). Las otras cuatro (COLSUSIDIO, CAFAM, CONFENALCO y CAJANAL) realizan actividades de bienestar para sus afiliados-as. Los Centros Día en áreas específicas de la ciudad, son los puntos de partida para la intervención directa. Uno de los programas de mayor reconocimiento es el realizado por la Caja de Compensación Familiar (CAFAM), Departamento de Promoción Social



(sección Caminemos Juntos). Funciona desde el año 1987 y ejecuta, entre otras, actividades de tipo preventivo, educativo, recreativo y cultural.

La Fundación Niño Jesús, ONG con 40 años de experiencia, en unión temporal con Compensar, ha realizado 2 interesantes trabajos con los usuarios del Programa de adultas-os mayores del DABS en las 20 localidades de la Capital. En el primer contrato (1998–2000), se trabajó con 18.000 personas en el desarrollo de actividades ocupacionales y recreativas. El libro *El efecto del afecto* (Alcaldía Mayor..., 2001), presenta un detallado análisis del resultado de este trabajo en comunidad. El segundo contrato (2000–2001), ha tenido como objetivo principal la realización de actividades de desarrollo humano. El mejor producto de estas intervenciones ha sido la implementación en la metodología de un *modelo pedagógico*, fundamental para continuar utilizando este instrumento en un futuro inmediato.

Entidades educativas y gremios científicos. De las 7 instituciones, 4 corresponden a Universidades con acciones educativas y/o investigativas. Una de ellas, la Pontificia Universidad Javeriana, en geriatría en pre y postgrado; las restantes en gerontología, así: en pregrado, Universidad San Buenaventura, en postgrado, Fundación Universitaria del Área Andina y Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud; aunque las dos últimas no funcionaban en el momento de la consulta (2002).

Existen otras universidades en el Distrito, como la Universidad Nacional de Colombia, que trabajan en el campo de la Gerontología a través de acciones de extensión, aunque no necesariamente cuentan con un programa específico de formación.

Las otras tres entidades corresponden a gremios científicos y realizan actividades de tipo educativo, investigativo y asesorías. Ellas son la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría, Capítulo Bogotá, la Asociación Interdisciplinaria de Gerontología y el Centro de Psicología Gerontológica (CEPSIGER).

Otras entidades consultadas. En este grupo de Instituciones consultadas, encontramos 6 con acción directa en la ciudad de Bogotá. Dos de ellas cumplen funciones asistenciales puras: la Agencia Coordinadora del Voluntariado de Bogotá (ACOVOL) y la Cruz Roja. Otras dos sólo realizan actividades educativas (Grupo de Acción Familiar Alzheimer y Conferencia Episcopal) y finalmente las otras dos (DACORES y CANITAS y PROVIDA) realizan ambas labores. Esta última tiene seis subprogramas, que permiten ser catalogados en la categoría de *Bienestar*.

Ahora bien, el primer punto a destacar de los resultados obtenidos en los programas que se llevan a cabo en el Distrito Capital (Anexo2), es que las entidades del Estado juegan un papel protagónico y, como era de esperarse son las de mayor cobertura en las intervenciones de bienestar. Es decir, se hallan encaminadas a garantizar una mejor calidad de vida a través de aportes directos para la manutención y la vivienda (o en otras esferas de la vida cotidiana, como recreación, participación, apoyo social, etc). El Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito (DABS) lidera, con clara evidencia, estos programas, siendo el de mayor impacto a nivel nacional, tanto en su cobertura, como en su especial y novedosa modalidad de intervención (previamente reseñada).

No obstante, la población asistida está por debajo del total que debería beneficiarse y preocupa que las proyecciones hasta el año 2004, en su Proyecto *Atención para el bienestar del adulto mayor en pobreza en Bogotá D.C.*, no proyecte el aumentar cobertura (29.200 personas /año hasta el 2004), hecho que obedece a las difíciles condiciones actuales que reduce la inversión social.

En el documento del DABS (1999b), se proyectaban para el 2001 un total de 102.421 personas mayores de 50 años en situación de pobreza y miseria (8.9% de esa población). Si sumamos a estas cifras el aumento marcado de la población desplazada hacia Bogotá en los últimos dos años y las recientes y controvertidas cifras del DANE de febrero de 2002, aún no publicadas, en donde se dice que el 76% de la población colombiana está en situación de pobreza, el porcentaje de cobertura disminuirá notoriamente.

Los programas especiales que ejecutaba la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, que mostraban beneficios tangibles en la población objeto (aunque con coberturas bajas), según información de la propia Secretaría han dejado de funcionar. Igual situación enfrentan los programas del Seguro Social y el ICBF, que cesaron en sus funciones específicas. Es preocupante que en estas dos entidades no exista ahora un programa como tal, ni funcionarios-as encargados-as del área, limitando esfuerzos de articulación con otras instituciones.

En el mismo sentido, resulta llamativo para este análisis, la ausencia de un programa en el Ministerio de Salud. En la década 1990-2000, los temas relacionados con las personas ancianas se manejaron desde el concepto de enfermedad y discapacidad, en el área de *Enfermedades Crónicas y Degenerativas*. Trabajo puntual que hoy ha desaparecido y aunque posiblemente no reflejaba las necesidades ni la realidades de todas ellas, al menos se les tenía en cuenta como grupo especial. La excelente propuesta de un Programa de Salud para el Anciano (Ministerio de Salud, 1997), no alcanzó su desarrollo en la práctica.



Las funciones de los Ministerios de Educación, Trabajo y Comunicaciones parecen ser de bajo impacto y su actual desempeño amerita una seria reflexión. No tenemos datos acerca de cómo evalúan los programas y cual es su inversión en lo que respecta a Bogotá.

El programa de *Bienestar* que realiza la Policía Nacional, a través de CASUR (previamente referido), tiene un buen impacto en el Distrito a pesar de su reciente creación. El grupo favorecido es alto (18.000 personas), pero sus subprogramas tienen el reto de crecer en las proyecciones planteadas por sus directivos. El aspecto de asistencia en salud, es manejado por el Hospital de la Policía y en general por las instancias de sanidad en el resto del país.

Las Cajas de Compensación cumplen una tarea importante en los aspectos de bienestar, pero el impacto actual es muy bajo (CONFENALCO 320 personas, CAJANAL 250). Si bien no se accedió a las cifras de COLSUBSIDIO y CAFAM, esta última lleva a cabo un programa destacable en su estructuración y trayectoria.

Los programas educativos e investigativos son escasos, como ya se anotó anteriormente. Los programas de postgrado no funcionan actualmente y en parte ello se debe a la falta de interés sobre el tema, tanto en directivos como en estudiantes. Respecto a programas en pregrado, solo dos universidades realizan educación formal al respecto. Las agremiaciones científicas desempeñan un papel prioritario y la mayor productividad en cuanto a difusión e investigación se le abona a ellas.

Las instituciones no oficiales que tienen programas son pocas en volumen, pero de gran importancia para la sociedad. Algunas de ellas cumplen funciones asistenciales o educativas, de acuerdo a su razón social. El programa de PROVIDA se destaca en cuanto a su organización y su perfil de Bienestar.

Servicios de internación y residenciales

La institucionalización es una tendencia universal que se presenta con porcentajes diferentes entre las naciones (Tabla 6). Depende de factores culturales (familia sajona vs. latinas), demográficos y de los derechos adquiridos en los distintos sistemas asistenciales.

En Colombia (como ya se dijo) se estima que tan solo el 1% de la población anciana vive en instituciones, pero este pequeño porcentaje requiere de grandes inversiones estatales o privadas (empresas de salud, familias y ONGs). Es factible que exista un subregistro, dado que un número no determinado de estas instituciones funcionan en forma irregular. Esta situación parece empeorar

cuando se acompaña del envejecimiento poblacional que vivimos y el aumento del número de ancianos-as que requieren este tipo de asistencia.

Tabla 6. Porcentaje de personas mayores de 65 años institucionalizadas en diferentes países, año 1990.

País	%	Nivel (según recursos y tecnología)
Dinamarca	15	Incluye sitios de alta y baja complejidad
Italia	4	Incluye sitios de alta y baja complejidad
Francia	6	No incluye sitios de alta complejidad
Japón	4	Incluye sitios de alta y baja complejidad
Holanda	10	Incluye sitios de alta y baja complejidad
Suiza	4	Incluye sitios de alta y baja complejidad
Reino Unido	7	Incluye algunos jóvenes con discapacidad
Estados Unidos	6	No incluye sitios de alta complejidad
Colombia	1	Incluye población mayor de 60 años

Modificado a partir de: Hazzard (1999a:230).

Respecto a la razón social, existen dos tipos básicos de instituciones: las que funcionan con ánimo de lucro (particulares) y las que no (generalmente oficiales). Así mismo, los recursos pueden ser estatales, privados o mixtos (Asociación Colombiana..., 2002). La problemática de estas instituciones difiere notoriamente. Las oficiales tienen mayor problemática social; las privadas o particulares la tienen en cuanto a la asistencia a problemas de salud.

A pesar de que un gran número de estudios y publicaciones (aparecidas durante los últimos 10 años en Bogotá) se realizó en población internada en hogares geriátricos, sólo tres consideraron lo relativo a la institucionalización. El primero denominado *Ancianos y Ancianatos* (Ochoa et Al., 1993) publica los resultados de un estudio hecho en todo el país en 1988. Los datos relacionados con Bogotá muestran que el 74% de las instituciones eran privadas y el 5% correspondía a la modalidad de dormitorios-residencia. En su gran mayoría (90%), no tenían programas educativos y se encontraron grandes dificultades en cuanto a personal e infraestructura. Existía una percepción de menores oportunidades al acceso a servicios de salud (medicina general y cuidados de enfermería), pero debemos recordar que en ese momento no estaba en vigencia la Ley 100.

Un segundo estudio, realizado por la Procuraduría Delegada para la Defensa del menor y la familia (Álvarez-Correa, 1997), nos aporta elementos de análisis mucho más claros. Algunas de las conclusiones más relevantes, en relación con el tema, son:



- Los cupos existentes contratados por el Distrito son insuficientes
- El personal que les atiende no está siempre capacitado
- Hay claras deficiencias en la calidad de la atención
- Los pensionados incapacitados para cobrar la pensión pueden ser víctimas de abusos, al menos en algunos casos
- Las instituciones privadas cobran cifras muy altas y también dan mala atención.
- Existen importantes limitaciones administrativas.
- Hay grandes irregularidades en la infraestructura

Una entrevista realizada a Miguel Álvarez C. (2002), ratifica lo enunciado anteriormente y destaca dos aspectos: el primero hace relación al maltrato al cual es sometida esta población y el segundo se circunscribe a una problemática económica global.

El tercer estudio fue realizado por la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátría (ACGG), capítulo Bogotá (2002). Está actualmente procesando los resultados de una Encuesta Nacional de Hogares Geriátricos y Centros de Bienestar al Anciano (CBA). Respecto a los sitios encuestados en Bogotá (8 CBA y 95 hogares geriátricos) encontraron severas deficiencias en cuanto a personal (recurso humano no capacitado), tanto en los hogares geriátricos como en los CBA. Muchas de estas instituciones no cumplen con los requisitos exigidos por la ley y perciben al Estado como una entidad que les *persigue*, pero no les ayuda a resolver su problemática.

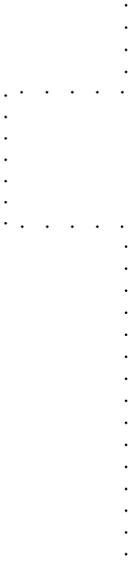
La ACGG ha realizado en Bogotá dos eventos de capacitación para directores de este tipo de instituciones. En el primero de ellos, 1999, asistieron 400 personas y en el segundo, 2001, asistieron 150. Un aspecto común a las dos actividades, fue la percepción de sus reales dificultades y la carencia de entidades que les ayuden en su misión. En la entrevista con Leonor Luna T. (2002), ella detalla estos aspectos y considera que se debe evitar la proliferación de este tipo de instituciones, sin garantía de calidad. Propone la educación como herramienta fundamental en la modificación de esta situación.

En consulta realizada a Ricardo Durán, en la Oficina de Vigilancia y Control de la Secretaría Distrital de Salud, pudimos obtener la siguiente información:

Para realizar las visitas de inspección, se rigen por la resolución 110 del 25 de febrero de 1995 de la Secretaría Distrital de Salud, que cumple las funciones de reglamentación, por la cual se adoptan las condiciones mínimas para el

funcionamiento de los establecimientos que ofrecen algún tipo de atención a las personas ancianas en el distrito capital. Si el sitio o institución atiende a personas con discapacidad, se requiere de servicio médico y de enfermería, en cumplimiento de los Requisitos Básicos Esenciales de la Ley 100, de los servicios de salud.

Los-as funcionarios-as realizan un promedio de 10 visitas a hogares geriátricos, por solicitud de diferentes fuentes, en donde encuentran irregularidades en la mayoría de los casos. Se pacta con los hogares un cronograma de modificación para las deficiencias que se encuentren, el cual se debe cumplir para evitar sanciones posteriores (Ley 9 de 1979, código sanitario nacional decreto 1298/94 y su reglamentación), que van desde amonestaciones hasta el sellamiento de la institución.



3 *Las personas mayores y las políticas públicas*

Visión desde las políticas

Abordar el tema de los planes, programas, proyectos y decisiones relativas a las adultas y los adultos mayores, implica plantear en términos de la política pública en general y de la política social en particular, los grandes retos del Estado y de la sociedad en un contexto donde, al parecer, asistimos a lo que Libardo Sarmiento ha denominado *la implosión de lo social* (Sarmiento, 1997).

Lamentablemente, en la práctica la política social se ha mantenido como un compartimiento estanco de la acción estatal, supeditada a la imposición del modelo económico, y en el peor de los casos convertida en instrumento funcional de las lógicas de eficacia y eficiencia, control social y gobernabilidad.

La evolución y la transformación de los ejes de la política social

puede resumirse como una evolución de los derechos, que se inicia con la consideración del problema de la pobreza y de la indigencia como objeto de sentimientos privados de compasión y piedad... En una instancia posterior estos problemas pasan a ser objetos de preocupación estatal... para finalmente llegar al concepto de ciudadanía, derechos sociales y el pasaje de objeto a sujeto (Minujin, 1997).

Pese a esto, y siguiendo a Alberto Minujin, la política social continúa siendo predominantemente asistencialista–clientelista y no está integrada a la política económica. Esta situación es el resultado obvio de la sujeción de la política a la economía, resultado del proceso que se viene consolidando desde el siglo pasado.

Preocupa aún más que ante la grave situación social, económica y política que atraviesa la región, y en particular nuestro país, la “politización” de la política social y la creciente subordinación privada de lo público, se evidencia la dificultad de realizar en la práctica los compromisos propios del Estado Social de Derecho. De esta manera, la política social y la política pública como teoría social normativa incumple con los criterios básicos que garanticen la solución de las cuestiones socialmente problematizadas, para lo cual ha sido formulada.

(...) está en espera de formalización y puesta en práctica de una política social capaz de hacerse cargo del deterioro en los niveles de vida, de la acentuación de los desequilibrios en la distribución del ingreso y, a la vez, de la necesidad de fomentar más que la defensa de niveles de vida en extremos vulnerables y rezagados, una movilidad y una flexibilidad laborales que redunden en creación de capacidades y un progresivo ambiente de equidad en cuanto al acceso a las oportunidades. (...) En el fondo, la experiencia de estas décadas de expiación y aprendizaje advierte sobre la necesidad de discusiones más complejas, menos instrumentales (Cordera, 1999:293).

El cuestionamiento de la existencia efectiva del Estado Social de Bienestar, resultado de las políticas sociales universales desarrolladas antes de la crisis de la década de 1980, y el fracaso de las políticas sociales posteriores a la crisis, encarnadas por el modelo neoliberal en concomitancia con el proyecto ‘globalizador’, vislumbran un dilema para el camino a seguir en materia de política social. La deslegitimación de lo social por un lado, y la resistencia al asistencialismo, la privatización y las críticas a la focalización por el otro, arrojan



aparentemente una tensión que definirá el futuro de la política social (Sarmiento, 1997:298): consolidación del ordenamiento social desde la perspectiva neoliberal vs. la restitución del Estado Social de Derecho.

Entonces, ante un panorama como el que se afronta, resulta urgente reflexionar sobre el objetivo de una política social que permita evolucionar hacia un nuevo estadio. Así se resolverían los impedimentos para la ampliación y el goce real de la ciudadanía, el respeto, garantía y realización de los derechos individuales, sociales, culturales y del medio ambiente, bajo la concepción de políticas inclusivas donde los sujetos y las comunidades participen de manera autónoma en las decisiones y en las acciones que afectan sus vidas.

En este sentido, el tema de la política social resulta fundamental; el papel que le cabe es complejo “ pues debe cubrir esta brecha entre exclusión social y la necesidad de inclusión política, procurando la construcción progresiva de la ciudadanía y a la vez convertirse en factor de integración para sociedades fragmentadas” (Lamas, 1997:68). Hay que tener en cuenta, como afirma Irma Arriagada, que no se puede seguir limitando la política social al combate / erradicación / abatimiento de la pobreza. Según Arriagada, “esta identificación es demasiado estrecha y amplia a la vez (Anderson, 1994)... demasiado amplia porque por sí sola la política social no puede acabar con la pobreza; y demasiado estrecha porque tiene múltiples objetivos y no se dirige sólo a los pobres”. (Arriagada, 1994:57). La maximización del bienestar y la consecución de la igualdad y de la equidad son propósitos centrales que acompañan los fines de la política social.

Es cierto que “(...) el resultado final de una política pública social sería la reducción de la pobreza y el logro de unas estructuras con altos niveles de satisfacción para los habitantes de un territorio” (Santana, 1997:130) pero la política social tiene un mayor impacto por su sinergia en la situación y en las condiciones de los individuos y de los grupos, en el ámbito local y global. El pobre resultado de las políticas sociales implementadas en los últimos años demuestra la erosión de lo social en las agendas de los gobiernos y de las sociedades latinoamericanas que han optado por dejar en manos del mercado y de agentes privados (generalmente transnacionales) la provisión de los servicios públicos y por ende la satisfacción de las necesidades sociales.

Por esto, cuando hablamos de los grupos de especial protección por su vulnerabilidad, (niñas y niños, las y los jóvenes, las mujeres, las y los adultos mayores, los grupos étnicos y raciales, entre otros), el panorama es desolador: No sólo los efectos socioculturales (que estructuran las interacciones micro y macro) están determinados por las particularidades de la visión liberal de la sociedad, sino además el arraigo y avance de la privatización de lo público y la

imposición de la economía sobre la política. Todos estos factores amenazan la garantía estatal y el acceso equitativo y justo bajo el marco de la solidaridad de todas las ciudadanas y los ciudadanos, para la realización efectiva de sus derechos y deberes con el fin de desarrollar sus potencialidades.

Las adultas y los adultos mayores, como otros grupos de especial protección, aparecen ante la política social dentro de un contexto en el que como afirma Isabel Durán (1997): “no existe espacio para estos seres que inexorablemente se van marchitando con el correr de los días”. Además,

la naturaleza misma de las pautas culturales de los demás sectores de la sociedad, genera un profundo conflicto con el referente del anciano, en vista de que los núcleos de los valores de los primeros por estar basados sobre factores de carácter material son de difícil cumplimiento para los viejos. Su incompatibilidad vivencial los llevan a ser, de acuerdo a la comunidad en la cual se desempeñan, marginalizados y por lo tanto más fácilmente maltratados (Álvarez-Correa, 1997).

Hay que tener en cuenta que hoy “ (...) hay nuevos pobres y nuevas formas de pobreza... nos enfrentamos a una sociedad más compleja que no puede analizarse en términos de pobres y no pobres” (Minujin, 1997:27). En este sentido, surge el problema central actual representado por la inclusión social. La integración social, material y simbólica, deben caracterizar las estrategias de las políticas públicas gubernamentales para favorecer esta integración (Lamas, 1997:68). Se plantea aquí la integración como inclusión sin el ánimo de generar desigualdades entre grupos por la ‘filtración de beneficios’, sino como la posibilidad de generar una “ experiencia común y compartida por la mayoría de ciudadanos, sirviendo de espacio de encuentro en las sociedades de clases y con altas desigualdades” (Sarmiento, 1991:307).

Las adultas y los adultos mayores enfrentan una situación de vulnerabilidad, marginalidad y exclusión, agravada en muchos de los casos por la pobreza. Son vulnerables por “ el estado de indefensión frente a la trayectoria social que un individuo puede tener entre los diferentes espacios sociales” (Bula, s.f.), marginados, por “ la estigmatización de capas de la población más vulnerables que no encuentran lugar en la sociedad” (Castel, 1998) y excluidos, al constituir un grupo “ que no participa de los intercambios regulados y que por tal razón la sociedad no reconoce en ellos una contribución significativa al ordenamiento social, así fuese en el marco de unos intereses contrapuestos o disímiles” (Bula, s.f.).

En cuanto a la pobreza, en países como Colombia

donde el número de personas de edad aumenta rápidamente, la pobreza sigue siendo la mayor amenaza a la seguridad social y económica, lo que afecta a las



posibilidades de que las personas de edad y sus familias puedan hacer algo más que resolver las necesidades básicas. Los efectos de la pobreza tienen una gran repercusión sobre cualquier progreso que se logre para reducir la marginación de las personas de edad y minimizar la pérdida de sus derechos (Naciones Unidas, 2000).

El interés de las políticas gubernamentales sobre las adultas y los adultos mayores es de reciente data en el país. Pese a esto hay que reconocer que en los últimos veinte años y sobre todo con la Constitución de 1991, este tema ha cobrado importancia en las normas, agendas y políticas. Pero la precaria situación de este grupo hace pensar que el compromiso Estatal y social con los-as más viejos-as es aún formal. El reto de la política pública en general y de la política social en particular, en cuanto a las personas mayores, es de doble vía. Como se manifestó en la Declaración de Santiago de Chile para personas con Discapacidad y Adultos Mayores en el Área Iberoamericana, las acciones en beneficio de las adultas y los adultos mayores deben ser abordadas en dos líneas simultáneamente, sin privilegiar una sobre la otra: por un lado mejorar las condiciones de vida socioeconómicas de las y los adultos mayores, conjuntamente con el problema de la marginalidad y la exclusión social.

El desafío de las políticas públicas sociales, en este sentido, radica en lograr el equilibrio entre lo social y lo económico, pues es la condición inicial para lograr de manera efectiva un impacto real sobre la situación de los grupos vulnerables y de protección especial. Además, las políticas deben comprender y traducir las expectativas reales de los sujetos, comunidades y grupos con los que se pretende trabajar.

A pesar de la opinión de algunos, en el sentido de que en materia de política social “no hay soluciones únicas ni permanentes” (Arriagada, 1994:66) es claro que la misión esencial de la política social no escapa a una perspectiva ética que indiscutiblemente está fundamentada en la indivisibilidad de los derechos humanos, la eliminación de la pobreza, la maximización de la igualdad y la construcción de una ciudadanía autónoma e integrada.

Balance y recomendaciones

El análisis de la situación, de las modalidades de intervención y del marco legal y político, evidencia como problemática central la brecha entre *lo formal y lo real*. Brecha que se extiende tanto al conocimiento de la situación (parcial y enfocado en condiciones extremas), a la imagen vulnerable y deteriorada de las

personas mayores enfrentada al ejercicio de sus derechos, a la disociación entre las intencionalidades de las políticas y su aval en recursos. Es, al mismo tiempo, el abismo que existe entre el discurso social y las prácticas económicas y, en la omisión reiterativa de los preceptos formulados en las normas y los programas.

Por lo anterior, las recomendaciones fundamentales apuntarían al acercamiento entre estas versiones en continua oposición, asumiendo la inclusión y la sinergia como los supuestos sustantivos para la formulación y ejecución de las políticas, recomendaciones avaladas por el análisis de los lineamientos nacionales e internacionales en torno al envejecimiento, (Naciones Unidas-RICOTEC, 2001; República de Colombia, 2001b, Asociación Interdisciplinaria..., 2002), cuyos documentos merecen ser consultados en su totalidad para precisar y profundizar en sus planteamientos.

La perspectiva de la inclusión, permite ir más allá de la integración basada en las *necesidades especiales* de cada uno de los grupos contemplados. La sinergia llevaría a articular –desde la etapa misma de su formulación– las políticas dirigidas a las personas mayores con las orientadas hacia los otros grupos, a trabajar categorías comprensivas comunes –particularizando según el tipo de apoyo– y a potenciar así los recursos y acciones para la ejecución.

Esto se lograría mediante orientaciones políticas que promovieran la igualdad de oportunidades, las ganancias de la diversidad, el altruismo, la solidaridad, y la consideración de los demás. Tales valores constituyen una lucha contra la exclusión y la discriminación, contra la concepción de minusvalía que subyace a la visión peyorativa de: *viejos, mujeres, infantes, pobres, discapacitados...*, de igual forma le dan cabida a las distintas posibilidades de lo humano. En esta misma línea, es imprescindible sopesar las intervenciones cuyo impacto se irradia en distintas vías, como propiciar en la crianza transformaciones vinculadas al género, a las modalidades de interacción violenta.

Una forma de apoyar decididamente a la familia debe pasar por el reconocimiento social y económico de los esfuerzos que realizan y mantienen las personas mayores en tareas domésticas y de crianza, especialmente las mujeres. Sería una oportunidad para modificar el estatus del trabajo en el hogar, y para valorar el papel que cumplen, por ejemplo, las mujeres mayores al facilitar que otras personas de la familia se integren activamente al mercado laboral, pues:

A pesar del incremento en la tasa de participación global femenina (del 37% en 1982 al 51% en 1997), de que el 22.5% de los hogares colombianos tienen jefatura femenina y de la necesidad que tienen las familias actuales de contar



con más de un ingreso, todavía sigue teniendo un gran peso simbólico la figura del hombre como el principal proveedor económico del hogar. Bajo este parámetro se siguen diseñando políticas empresariales, de empleo y bienestar social y modelos de intervención frente a problemáticas específicas (República De Colombia..., 2000).

En las aplicaciones concretas, hay que tornar accesibles los espacios públicos, ubicar sillas en un parque, brindar compañía para salir, disponer de rampas o, realizar actividades barriales en las cuales haya espacio para todos-as, es favorecer la interacción, las relaciones entre generaciones, el ejercicio de la participación.

Con respecto a la participación, debe enfatizarse en la riqueza de la diversidad, pensando cuidadosamente en las limitaciones a la misma a partir del establecimiento de condiciones de representatividad. Debe procurarse, en todo caso, revisar la relación de lo público y lo privado para fortalecer instancias y momentos de contribución. La participación trasciende la presencia física, se refiere por supuesto a la inclusión en el *mundo simbólico*, a los imaginarios, y en general a las dimensiones de la vida humana. Hacerse visibles y presentes, como lo han demostrado casi cuatro mil adultos-as mayores en pobreza recogiendo firmas para defender sus derechos y deberes; y como se demostró en la elaboración un Proyecto de Ley Orgánica para la protección estatal de las personas mayores en cuanto a el sustento, la salud, la vivienda, la educación, la recreación y la cultura, y la protección en circunstancias de vulnerabilidad, por parte de la Asociación para la Defensa de los Programas y Derechos de la Tercera Edad (ANDATER) (Riaño, 2001).

Supuestos como los señalados por Naciones Unidas para la formulación de políticas, serán de gran utilidad para una tarea con las intenciones ya explicitadas (Naciones Unidas, 2000):

- Derechos humanos para todas las edades.
- Participación y contribución durante toda la vida a fin de asegurar el bienestar incluso en la vejez.
- Inclusión social con el fin de asegurar la integración de las personas de edad en todos los aspectos de la vida.
- Reconocimiento de la diversidad cultural y étnica y de los valores a fin de asegurar que todos los grupos gocen de igualdad de oportunidades para participar en el desarrollo.
- Igualdad entre los géneros a fin de responder a la desventaja acumulada por las actuales generaciones de mujeres de edad e

impedir que esta situación se repita en las generaciones más jóvenes;

- Cohesión multigeneracional encaminada a fomentar relaciones armoniosas entre las generaciones tanto en el plano microeconómico como en el macroeconómico.

En el marco antes expuesto se presentan algunas conclusiones y recomendaciones específicas.

Respecto al marco político y legal se aprecia que la información oficial es incompleta y falta coordinación, al observar una multiplicidad de normas, planes, programas y políticas que pese a su aprobación y promulgación hoy no se sabe si están vigentes o no.

Para afrontar el futuro de las personas ancianas en el Distrito Capital es necesario hacer un levantamiento de la situación actual en términos reales de edad, condiciones socioeconómicas, condiciones laborales, de seguridad social y familiar, así como establecer con claridad qué ente estatal será el responsable por unificar las políticas, velar por su desarrollo y cumplimiento (Galofre, 2002).

Esta recomendación puede traducirse en la conformación de un grupo encargado de animar y acompañar el desarrollo de las políticas, revisar lo existente y adecuarlo. Este grupo conformado por distintos sectores y con la participación de personas mayores, mantendrá una comunicación ágil y se responsabilizará de la coordinación y potenciación de las acciones; presentará a la Comisión Tripartita (ya creada o una figura similar) propuestas permanentes para las decisiones y su aval político. La invitación extendida al DABS para participar en la próxima Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, constituye una oportunidad fundamental para establecer vínculos con otros grupos y para sopesar experiencias, programas y medidas exitosas.

La conclusión con respecto a la producción y difusión de conocimiento de la vejez y el envejecimiento en la década 1990-2000 en Bogotá, apunta a que la investigación y otros aportes al conocimiento, como ya se anotó, se concentran en aspectos puntuales y en grupos específicos, dando como resultado un saber que privilegie algunas facetas de la vejez y ciertas problemáticas relacionadas. De éstas últimas la más común es la de salud, pero tan solo conocemos aspectos estadísticos generales o situaciones muy particulares atinentes a ciertas enfermedades, condición que podría subsanarse con investigaciones epidemiológicas, una de cuyas limitantes son los altos costos



que generan. Una posibilidad interesante, aplicada en otros países, es la realización de un estudio poblacional polietápico, con instrumentos multidimensionales que posibiliten incluir otros aspectos distintos a la sola enfermedad.

También, la combinación y complementación de estudios cuantitativos y cualitativos, que brinden tanto un panorama global como la profundización y comprensión en áreas poco exploradas, particularmente la de la percepción de las necesidades y potencialidades de las propias personas mayores. Contemplar a las personas mayores como un grupo capital en cualquier estudio poblacional, y de otro tipo, es otra alternativa en este mismo sentido.

Es claro el interés de las ciencias sociales y el predominio de estudios y de labores pedagógicas realizadas por mujeres, que refuerzan la idea del altruismo y la obligación femenina por la solidaridad y el cuidado de los demás, la sensibilidad y el afecto y, evidenciando una escisión entre las ciencias denominadas duras y blandas. Interesar a otras áreas en el trabajo interdisciplinario en torno al envejecimiento, además de ampliar el entendimiento, garantiza el concurso de dimensiones distintas, que se ocupan, por ejemplo, de la economía, la administración, el urbanismo, en la búsqueda de soluciones a los problemas de esta población. Incrementar las investigaciones comprensivas, de intervención y participativas constituye una meta prioritaria para la transformación de la preocupante situación de las personas mayores.

Lo anterior da cuenta de la necesidad política de analizar y apoyar técnica y financieramente los esfuerzos investigativos mediante la determinación de líneas y proyectos que conjuguen las posibilidades de las distintas instituciones y grupos interesados. El papel protagónico de las universidades puede canalizarse en la estructuración y conducción de estudios *multicéntricos*, es decir con participación de distintos grupos; asimismo en la asesoría y acompañamiento metodológico. Las convocatorias, concursos e invitaciones de las entidades públicas se enfocarían en las líneas establecidas y sería posible acceder a fondos internacionales, pues proyectos de este estilo resultan interesantes.

En cuanto a la información y difusión del conocimiento gerontológico, una vez observadas las limitantes existentes, y con respecto al dirigido a las personas ancianas una primera apertura sería facilitarles el acceso a las actividades de educación permanente en cualquier campo, si cumplen los requisitos exigidos, más que pensar en programas específicos, más bien en una particularización de las técnicas pedagógicas cuando sea conveniente. Una anotación para reflexionar en este contexto, sería la consideración de la educación como panacea, debería pensarse en estrategias sociales, económicas, políticas y en la educación cuando persigue estrategias para el cambio (Patiño, 1996).

Esto resulta claro al examinar las expectativas de pensionados-as, consignadas en el análisis de la situación, expectativas puestas en opciones de capacitación, laborales y, en general, productivas social y económicamente hablando.

Un propósito político sería el de la circulación de experiencias de intervención, y la sistematización de las mismas para facilitar el intercambio y el desarrollo de programas de educación y capacitación, empezando por indagar cuidadosamente la situación de los existentes en Bogotá, para aprender de la experiencia. La educación que se brinda a cuidadores, asistentes y acompañantes, merece ser reforzada dentro de un marco de proyección social. El apoyo a las personas mayores es uno de los *yacimientos de empleo*, por lo cual los programas pedagógicos no sólo dotan a los habituales responsables del cuidado de herramientas para el ejercicio de sus funciones, sino que constituyen una alternativa de ocupación y empleo para jóvenes u otros, quienes podrían acceder a educación formal de este tipo; suponen igualmente una alternativa de trabajo voluntario o retribuido, mediante un sistema de acompañamiento por tiempos o tareas definidos, verbigracia, ayudar a preparar los alimentos a una persona mayor, a *hacer vueltas*, a pasear, a hacer visitas, a la vez es una medida preventiva ante los accidentes de tránsito y los riesgos de atropello y caídas.

El conocimiento gerontológico es una necesidad para los profesionales de la salud y debe ser parte del currículo. Deben aprovecharse las propuestas ya elaboradas, anotando que la temática relativa a la vejez debe ser objeto de consideración de todas las disciplinas, como debe serlo también de la vida cotidiana, con miras a modificar algunos de los estereotipos e imágenes descritas anteriormente.

La Declaración sobre los servicios sociales en la perspectiva del Siglo XXI estableció que “Los problemas de exclusión y marginación social son problemas de toda la sociedad (...)”. Una afirmación como esta invita a trabajar en torno al tema de difusión de la situación de las y los adultos mayores privilegiando la concepción del

(...) envejecimiento productivo, que permite que las personas de edad sigan contribuyendo a la sociedad y a su propia manutención, es un factor fundamental para intensificar el desarrollo sostenible e impedir que aumenten los niveles de pobreza en la población de edad (Naciones Unidas, 2000).

Ello, ante la presencia reiterativa de conceptos como enfermedad, fragilidad, indigencia, inutilidad, pérdida, en la calificación de la vejez, lo cual conduce al planteamiento de programas y acciones de protección y cuidado. Algunos conceptos conservan el estilo asistencialista de décadas pasadas a cargo de iglesias



y centros de recepción, consistentes en limosnas, regalos, medicamentos, dormitorio y comida, plata, consulta médica y mercado (Muñoz, 1981) e incluso en la legislación se utiliza la acepción de menesterosos.

Por supuesto no todas las personas mayores de 60 años en Bogotá son económicamente pobres, y quizá tampoco sean las más pobres entre las pobres. Lo cierto es que de muchas formas y aún con el pretexto de ‘velar por ellas’, no sólo se está perpetuando su pobreza, dependencia y autoconmiseración, sino multiplicando pobreza y aprendizajes de incapacidad (Dulcey-Ruíz, 2002).

En este marco, puede discutirse la noción de protección, ya que sin desconocer las necesidades de algunos sectores particulares, lo ideal sería expresarse en términos de los derechos o de los apoyos requeridos para el ejercicio de los mismos, resguardando la autonomía. En este sentido:

(...) es diferente recibir un subsidio o un auxilio por indigencia, a recibir una pensión. Piénsese en el significado de cada una de estas figuras en lo que se refiere a autoconcepto, autoestima, autovalía y autoeficacia. (...) Como posibilidades, si lográramos cambiar el asistencialismo, multiplicador de dependencia, por reconocimiento de derechos; la conmiseración incapacitante, por la colaboración facilitadora de empoderamiento; y aprovechar al mismo tiempo el surgimiento cada vez mayor de grupos de liderazgo que surgen como verdaderos modelos para seguir, el panorama será mucho más positivo (Dulcey-Ruíz, 2002).

Teniendo en cuenta que “el referente normativo de una política pública es el de la representación que se hace del sector respectivo, así como de su lugar y de su papel dentro de la sociedad” (Muller, 1993:41), el imaginario que sobre los-as viejos-as se tiene, debe transformarse superando ciertos estereotipos negativos y comprendiendo la complejidad y la multiplicidad de los aspectos relativos al envejecimiento y sus consecuencias individuales, familiares y sociales. La perspectiva del ciclo vital propicia esta modalidad comprensiva, por cuanto coloca el énfasis en la conjugación de factores, en las peculiaridades individuales, en los referentes sociales e históricos, y especialmente en las experiencias significativas ligadas a cada momento de la vida humana.

Todo esto, supone la coexistencia de distintas versiones de la vejez incluyendo la salud y la enfermedad, la discapacidad, los efectos visibles de la edad, y no la idealización a ultranza de unos modelos estéticos y de salud.

Los programas dirigidos a las personas mayores disminuyeron en número, cobertura y recursos durante la década 1990-2000. Las modalidades de atención

en salud y en general de protección y bienestar para las personas ancianas (también para otros grupos) son limitadas en cantidad y en opciones (hospitalización, consulta externa, domiciliaria). Por esta razón, además de las adecuaciones (físicas, de capacitación del personal...) de cualquier servicio, es conveniente ampliar y diversificar la oferta mediante la creación de otros niveles asistenciales, tales como Unidades de Mediana y Larga Estancia, Hospital Día, conformando redes que ofrezcan una gama de posibilidades al vincularse además con alternativas de bienestar y apoyo (viviendas tuteladas, teleasistencia).

A pesar de que algunos de los hogares geriátricos funcionen en condiciones inadecuadas y se enfatice en el maltrato (no sólo debido a la institucionalización, sino también al abandono familiar), constituyen una posibilidad de cuidado en situaciones específicas; por lo tanto, además de la supervisión y el control, es imprescindible la asesoría y acompañamiento para mejorar. El interés de la Secretaría Distrital de Salud, de la Sociedad Colombiana de Gerontología y Geriátrica, de directores de programas y profesionales que trabajan en el campo, y de los mismos hogares, facilitaría esta tarea encaminada a la capacitación en procesos de gestión y evaluación, educación continuada y asesoría. En cuanto a la normatividad, es necesario aclarar cuales son las normas vigentes y cuales pueden ser las alternativas novedosas que permitan avanzar en este campo.

En el contexto de lo urbano metropolitano, las políticas afirman, por ejemplo, que el bienestar social representa un papel importante en el conjunto de esfuerzos destinados a ofrecer niveles adecuados de vivienda, sanidad, nutrición y educación, admitiendo que vivienda no es sólo la estructura física sino que está conectada a los servicios sociales básicos; de igual manera se piensan los temas de salud pública integrales (Naciones Unidas, 1987). Incluso los programas de ayuda alimentaria directa, se asumen de carácter transitorio, actitud que se origina en una estrategia más amplia de atención que privilegia la solución estructural del acceso a servicios públicos, educación salud y vivienda. Los propósitos de una *ciudad para todos, o todos del mismo lado* se encaminan en este sentido y conforman espacios conceptuales y prácticos de encuentro, en los cuales son posibles (y necesarias) las relaciones trans e intergeneracionales.

Propuestas que provienen de diversos sectores podrían apoyar estas intenciones, por ejemplo la de estructurar un índice de calidad de vida para Bogotá (aplicable a localidades y sectores de población) considerando las dimensiones siguientes: servicios domiciliarios (acueducto, alcantarillado, energía eléctrica, recolección de basuras, teléfono), vivienda (espacio, estructura, equipamiento doméstico), entorno comunitario y espacio público, educación, salud, transporte, ingresos y trabajo, medio ambiente, seguridad ciudadana, cultura, tiempo libre y recreación, participación e integración social (Fresneda, 1998).



Para que los habitantes de Bogotá puedan habitar la ciudad son imprescindibles condiciones mínimas de existencia; si carecen de éstas, las personas no pueden convertirse en ciudadanos-as, la civilidad se limitaría a grupos de elite con racionalidades excluyentes (Gómez de Mantilla, 2000).

Concepto planteado en términos concretos por el Plan de Ordenamiento Territorial (POT); puesto que, entre sus principales objetivos, se cuenta: propiciar la convivencia, la armonía y la paz entre los-as ciudadanos-as, fundamentadas en el conocimiento y la aplicación de principios y normas relacionados con lo público y colectivo urbano. Y no hay que olvidar la función de la Secretaría de Educación de la Capital para el siglo XXI planteada como la construcción de un proyecto educativo para fortalecer la cultura ciudadana y la convivencia, es decir la educación pública como bien de beneficio común, como patrimonio de la ciudad (Corporación Misión..., 1996). Es factible aludir a las propuestas de ciudades sanas, enfoque global que asimismo apunta a integrar las dimensiones sociales y públicas (Hancock y Duhl, 1986) y de la medicina social con propuesta de investigación en salud urbana (Sáenz, 1993). La propuesta de la Carta de Civilidad (Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá. Proyecto de Acuerdo 051 de 1997 para reemplazar el Código de Policía de Bogotá) es un buen marco para el trabajo común. La propuesta fundamental de la Carta de Civilidad es la construcción colectiva de un futuro de ciudad – la ciudad posible en relación con la ciudad deseada–, que pasa por reconocer la importancia de mejorar los vínculos que establecemos al compartir la ciudad. El concepto que la Carta de Civilidad introduce como pilar de la vida en común, como principio y fin de nuestra vida en la ciudad, es la concurrencia de todos, particulares y autoridades, hombres y mujeres, niños-as, jóvenes, adultos-as y ancianos-as, nacidos-as aquí o llegados de otra parte, a la construcción de la autorregulación.

Ahora bien, no es necesario enfatizar en las limitaciones de los derechos de esta población, y en las condiciones diferenciales ligadas al estado socioeconómico y al género. Pero sobre éste último aspecto hay una acotación importante:

(...) sabido es que la mayor parte de mayores de 60 años son mujeres; que no obstante vivir más, sus condiciones de vida, en todo sentido, son desfavorables. Por ejemplo: con mayor probabilidad cuidadoras que cuidadas; con mayor probabilidad trabajadoras de por vida en más de una jornada, con menor o sin ninguna remuneración, y sin seguridad social. Se ven avances significativos relacionados con la organización de grupos de mayores (desafortunadamente con sesgo étnico), que en una u otra forma han logrado empoderamiento (unir fuerzas y hacerse sentir) (Dulcey-Ruíz, 2002).

La preocupación desde la política pública debe centrarse en la generación de las condiciones necesarias para el ejercicio pleno y digno de los derechos de todas las ciudadanas y todos los ciudadanos, así como el reconocimiento y garantía por parte de la sociedad y el Estado, lo cual evitaría la percepción surgida en las discusiones de grupos en la preparación al Segundo Congreso de Ancianos en Barcelona: “no nos gusta la tercera edad (...) deseamos seguir siendo ciudadanos, pero no de tercera, sino simplemente ciudadanos” (Barenys, 1996:238).



Anexo 1

Metodología y fuentes

Se describen a continuación las distintas etapas y actividades del proceso realizado para la investigación y su presentación:

Identificación y ubicación de documentos

Fueron clasificados como: primarios, secundarios y terciarios, incluyendo la “literatura gris: documentos que no siguen los circuitos habituales de distribución, como las memorias internas de los centros sanitarios” (Icart, 2000:19). La recopilación, se hizo mediante una estrategia combinada de recuperación automatizada y manual, así:

Ubicación de las fuentes (bibliotecas, centros de documentación e instituciones administrativas, asistenciales, investigativas, académicas, grupos y organizaciones comunitarias, de cooperación internacional...). Para este rastreo bibliográfico se llevó a cabo una indagación preliminar acerca de las instituciones universitarias y otras de educación superior de la ciudad de Bogotá

con programas académicos en gerontología o relacionados con la temática del envejecimiento (enfermería, medicina, terapia ocupacional, fisioterapia, psicología, trabajo social...).

Una vez hecha la búsqueda bibliográfica en bibliotecas universitarias, se hizo la revisión en bibliotecas generales, centros de documentación de instituciones privadas y gubernamentales, institutos descentralizados, cajas de compensación familiar y entidades encargadas de programas y proyectos relacionados con la atención de la familia, salud y bienestar, como puede apreciarse en el Cuadro 1:

Cuadro 1. Centros de documentación consultados.

Universidades / Instituciones Educación Superior	Bibliotecas Generales y Centros de Documentación otras Instituciones
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario	Luis Ángel Arango
Colegio Odontológico Colombiano	Nacional
Corporación Universitaria de Ciencias Aplicadas	Bibliotecas Públicas del Distrito
Corporación Universitaria Iberoamericana	Presidencia de la República
Fundación Escuela Colombiana de Rehabilitación	Departamento Nacional de Planeación
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	Ministerio de Relaciones Exteriores
Fundación Universitaria del Área Andina	Ministerio de Salud
Fundación Universitaria Konrad Lorenz	Ministerio de Educación
Fundación Universitaria Manuela Beltrán	Instituto Nacional de Salud
Fundación Universitaria Monserrat	Red de Solidaridad Social
Fundación Universitaria San Martín	Concejo de Bogotá
Fundación Escuela de Medicina Juan N. Corpas	Organización Panamericana de la Salud
Pontificia Universidad Javeriana	Naciones Unidas UNICEF
Universidad Antonio Nariño	Secretaría de Salud Distrital
Universidad Católica de Colombia	Seguro Social
Universidad Ciencias Aplicadas	Beneficiencia de Cundinamarca
Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca	Cámara de Comercio de Bogotá
Universidad de la Sabana	Compensar
Universidad de la Salle	Cinep
Universidad de los Andes	Fedesarrollo
Universidad El Bosque	GLARP
Universidad Externado de Colombia	Hospital Militar Central
Universidad Incca de Colombia	Colciencias
Universidad Militar Nueva Granada	Biblioteca Legis
Universidad Minuto de Dios	El Tiempo
Universidad Nacional (Sede Bogotá)	
Universidad San Buenaventura	
Universidad Santo Tomás	

Luego se inició la identificación de entidades y grupos que ejecutaban, o habían ejecutado durante la década, programas dirigidos a las adultas y los adultos mayores en Bogotá, o aquellos de cubrimiento nacional que

contemplaban a Bogotá, buscando información documental, a través de fuentes secundarias o directa de los listados en el Cuadro 2

Cuadro 2. Entidades y programas consultados

De Atención y Bienestar:
Red de Solidaridad Social
Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito (DABS)
Secretaría Distrital de Salud (SDS)
Beneficencia de Cundinamarca
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)
Pastoral Social
Cruz Roja
Dacores y Canitas
Defensa Civil
Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte (IDRD), Oficina para la Tercera Edad
Secretaría de Educación Distrital
Secretaría de Gobierno, Comisarías de Familia
Instituto Distrital de Cultura y Turismo (IDCT)
Cajas de Compensación
COLSUBSIDIO, “Club edad de oro”
COMFENALCO, “Mis vivencias”
COMPENSAR, “Club el sol tercera edad”
Agencia Coordinadora del Voluntariado de Bogota (ACOVOL)
Asociación Cristiana de Jóvenes (ACJ)
Asociación Colombiana de Oficiales en Retiro de las Fuerzas Militares Ejército, Armada y Fuerza Aérea (ACORE)
Defensoría del Pueblo. Delegada para la Niñez y la Familia
Asociación Colombiana de Pensionados del Sector Público
PRÓVIDA
Instituto de Seguro Social (ISS)
CASUR
Hogares Geriátricos
Jardín de los abuelos
Atardecer de los años
Árbol Fuente de Vida.
Académicas. Agremiaciones. Asociaciones
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
Fundación Universitaria del Área Andina
Pontificia Universidad Javeriana
Universidad de San Buenaventura
Asociación Colombiana de Geriatria y Gerontología
AIG
CEPSIGER
ANDATER

Búsqueda bibliográfica exhaustiva automatizada y de recuperación manual (partiendo de descriptores consignados por autores y *thesaurus*). Se combinaron búsquedas amplias y focalizadas (según categorías, áreas y temáticas). Con el ánimo de unificar los criterios de búsqueda se tuvo en cuenta la siguiente lista de términos: abuelos, ancianidad, ancianos, adultos mayores, asistencia a la vejez, edad dorada, edad madura, edad proveyta, envejecimiento, geronte, gerontología, geriatría, jubilados, longevidad, ocaso, pensionados, senectud, seguridad social, senescencia, tercera edad, trabajo social con ancianos, vejez, viejos. Asimismo, legislación y políticas relacionadas con estos términos.

Posteriormente, con base en los ejes propuestos para el análisis (ya descritos) se realizó una nueva búsqueda bibliográfica por grandes áreas: derechos humanos, género, educación, salud, condiciones sociales, condiciones económicas, vivienda, familia, desplazados, pobreza, indigencia, tiempo libre, servicio social, entorno, ciudad, todo cruzado con Santa Fe de Bogotá (y Bogotá), limitado a la última década. Asimismo, se revisaron revistas especializadas: Revista Colombiana de Antropología, de Educación, de Psicología, de Sociología.

Construcción de instrumentos para la recolección y consignación de la información. Se elaboraron formatos para el acopio de datos concernientes a proyectos, programas o experiencias; para el registro descriptivo y el análisis de los documentos escritos, de audio, audiovisuales, gráficos (disco, cinta magnética, papel, discos compactos), se diseñó un formulario tomando como modelo los Resúmenes Analíticos en Educación (RAE's), ajustándolo a las necesidades del estudio, con la adición de espacios para los comentarios personales y las referencias cruzadas (Cazares, 1991).

Revisión, consignación inicial y organización del material (previa consideración, ajustes y modificaciones a las categorías establecidas). Como resultado de la búsqueda se recuperaron listados bibliográficos, los cuales se consignaron en los formatos aquellos documentos que cumplían con las limitantes cronológica y geográfica establecidas para el estudio: últimos diez años y restringidos a la ciudad de Bogotá (aunque para legislación y políticas se tomaron veinte años y se tuvo en cuenta el contexto nacional e internacional). No obstante los documentos que no llenaban estos requisitos, se registraron en la bibliografía general que se anexa. En cuanto al proceso de organización de la información recolectada y analizada, se diseñó una base de datos, la cual permitió una sistematización para la búsqueda, recuperación y disponibilidad de los resultados.

Revisión y descripción de cada uno de los documentos recopilados, reconociéndolos a partir de la pertinencia, contenido y autor basados en los datos consignados en los formatos, igualmente en los alusivos a programas. Esta actividad dio lugar a la observación de nuevas categorías ajustándose al material revisado, con lo que se estableció una clasificación complementaria a la inicialmente establecida.

Determinación de información faltante, vacíos, confusiones y áreas críticas. En el curso del ejercicio anterior fue posible identificar áreas temáticas pertinentes a la investigación en las cuales los datos eran limitados, incompletos, confusos, o inexistentes, lo cual llevó a la confrontación de fuentes cuando fue posible, así como a la indagación directa mediante las entrevistas a responsables de programas e informantes clave.

Selección de las-os informantes clave, realización y análisis de las entrevistas buscando ampliar y complementar la información, al igual que profundizar en aspectos prioritarios y obtener sugerencias y recomendaciones para la formulación de las políticas. Estas personas fueron elegidas con criterios cualitativos atendiendo a su experiencia y conocimiento del tema en general (y en cuestiones específicas), también a su influencia y posibilidades de acción en el campo del envejecimiento (Tabla 7)

Las preguntas orientadoras de la entrevista contemplaron, entonces, asuntos comunes para todas-os, y una pregunta particular de acuerdo con el área de mayor experiencia.

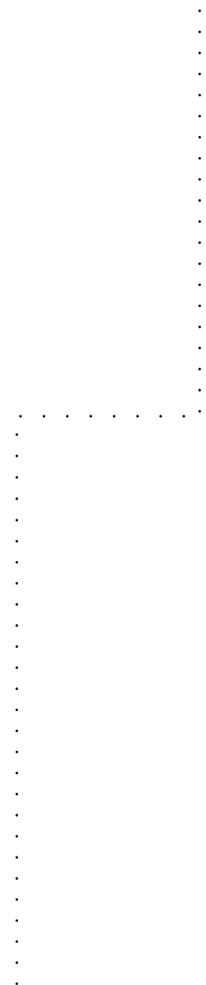
También fueron entrevistados los funcionarios María Helena Torres, Pedro Quijano y Lya Yaneth Fuentes, del DABS, y Ricardo Durán, de la Secretaría Distrital de Salud.

Análisis Crítico, Interpretación e Integración, para valorar y jerarquizar con diversos criterios la información clasificada, revisando cada una de las *unidades de información* así como el tipo de contenido que aportaba y, mediante una lectura crítica e interpretativa de los documentos y registros de las entrevistas, inscrita en el panorama general de la temática.

Tabla 7. Perfil de las-os expertas-os e informantes clave entrevistados.

Identificación	Temática específica
<p>Miguel Alvarez Correa Antropólogo. Estudios en Derecho. Minors en Derecho y Economía. Especialización en Derecho de Menores. Investigador y Coordinador Observatorio de Derechos Humanos. Instituto de Estudios Ministerio Público. Ha publicado once libros en temas como: conflicto armado, desplazamiento forzoso, prostitución y trata de personas, homicidio, tribus urbanas (sectas satánicas, vampirismo), infractores y contraventores a la ley penal, tercera edad e historia.</p>	<p>Derechos, representaciones sociales</p>
<p>Nidia Aristizábal-Vallejo Psicóloga Magíster en Gerontología Social Especialista en Docencia Universitaria Especialista en Gerencia de la Calidad en Salud Profesora Asociada Facultad de Psicología y Directora Diplomado en Gerontología Universidad del Bosque Miembro Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátría. Miembro Fundador de ENCUENTROS Asociación por un Envejecimiento Activo y Digno.</p>	<p>Condiciones sociales, pobreza</p>
<p>Elisa Dulcey-Ruíz Psicóloga e Investigadora en Psicología del Desarrollo Adulto, el Envejecimiento y la Vejez y, en Psicología Social. Con publicaciones nacionales e internacionales y profesora en estas áreas por más de veinticinco años, principalmente en la Universidad Javeriana, Directora, cofundadora, investigadora y consultora del Centro de Psicología gerontológico CEPsIGER. Miembro Directivo de la Fundación para el Avance de la Psicología, y de la Junta Directiva de la Asociación Interdisciplinaria de Gerontología de Colombia. AIG.</p>	<p>Género, investigación, educación</p>
<p>Esther Cecilia Galofre M. Abogada Especialista en Gerontología Social. Especialización en Ciencias Sociales y de la Salud con énfasis en la Administración de Programas y Servicios para Personas Anianas, dentro del Marco Legal de la Seguridad Social. Miembro Titular de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátría.</p>	<p>Legislación, derechos</p>
<p>Leonor Luna Torres Enfermera. Mg. Educación de Adultos. Mg. Gerontología Social Profesora Asociada. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.</p>	<p>Programas, servicios</p>

Identificación	Temática específica
<p>Lucila Serrano de Moncayo Enfermera Jefe Sección Caminemos Juntos CAFAM</p>	<p>Papel Entidades No Gubernamentales</p>
<p>Carlos Eduardo Nieto E. Administrador de Empresas Profesor Titular de Carrera en Áreas de Administración Social. Profesor de Planeación y Organización y, de Talento Humano. Universidad Libre. Profesor de Administración. Universidad Jorge Tadeo Lozano. Profesor de Políticas de Gerencia. E.A.N. Asesor del Congreso de la República. H. Senador Alfonso Angarita.</p>	<p>Legislación, políticas</p>
<p>María Elena Torres, Pedro Quijano y Lya Yaneth Fuentes. Funcionarios del DABS. Ricardo Durán. Funcionario de la SDS</p>	



Anexo 2

A continuación se presenta una síntesis de los programas oficiales y no oficiales dirigidos a los-as adultos-as mayores de Bogotá, en las áreas educativa, asistencial, recreativa e investigativa. Se analizan los objetivos y actividades, así como la cobertura de cada uno de ellos.

Aunque el énfasis ha sido puesto en la década 1990-2000, resultaba pertinente incluir los programas iniciados antes de este período, pero que en ese lapso de tiempo aún se hallaban vigentes.

Tabla 8. Análisis de los programas oficiales.

No	Entidad	Nombre del programa	Objetivos y actividades	Tipo Inst.	Categoría	Inicio	Final	Notas	Fuente	No. Beneficiarios
1	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF	Programa Asistencia Integral al Anciano	Actividades culturales, recreativas, deportivas y de socialización. Nutrición	Oficial	Bienestar	1987	1999	Termina el programa	Documento de la Red de solidaridad	100.000 en 1998, en todo el país
2.a	Consejería Presidencial	Juventud, mujer y familia	Programas y políticas para la población objeto. Información	Oficial	Bienestar	1990	1994	Los programas terminaron con el gobierno de Gaviria	Documento de la Red de solidaridad	
2.b	Vicepresidencia	Discapacidad y tercera edad	Programas y políticas para la población objeto. Información y sociodemográficos.	Oficial	Bienestar	1994	1996	Termina con la salida del Vicepresidente De la Calle	Documento de la Red de solidaridad	
3	Ministerio de trabajo Ministerio de trabajo y SENA		Capacitación a 600 empresas. Cartilla instructiva. Video con el programa. Propuesta de reforma pensional. Programas de capacitación en diferentes áreas.	Oficial	Educación y capacitación				Documento de la Red de solidaridad	
4	Ministerio De educación		Educación y alfabetización	Oficial	Educación			No más datos	Documento de la Red de solidaridad	
5	Instituto Distrital para la Recreación y el deporte	Pasaporte Vilal. Un espacio amable para al tercera edad.	Capacitación, recreación, turismo, cultura y deporte	Oficial	Recreación	1997	Activo	Por decreto del Concejo. Mujeres Mayores de 55 y hombres 60 Estratos 1 y 2	Documento del programa Tesis	

Anexo 2

No	Entidad	Nombre del programa	Objetivos y actividades	Tipo Inst.	Categoría	Inicio	Final	Notas	Fuente	No. Beneficiarios
6.a	Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito DABS	Protección al anciano en abandono (Proyecto 7157)	Brindar atención a personas mayores de 60 años que se encuentren en abandono o en evidente situación de peligro físico, moral o afectivo	Oficial	Bienestar	1998	2000	Se incorpora esta modalidad de atención al proyecto 7217	Documento	
6.b	Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito DABS	Atención para el bienestar del adulto mayor en pobreza en Bogotá D.C. (proyecto 7217)	Propiciar políticas sobre vejez. Bienestar y apoyo subsidiado	Oficial	Bienestar	2001	Activo	Proyecto macro del DABS para ancianos en pobreza	Directa y documento	29,200 personas por año hasta el 2004
7	Red de Solidaridad Social. Adscrita presidencia	Revivir "Subsidio para ancianos indigentes" cambio de nombre a: Programa de atención integral para la población adulta mayor	Bienestar a los mayores de 65 años (o de 50 discapacitados e indígenas en indefensión) que carezcan de renta o ingresos para subsistir o se encuentren en condiciones de extrema pobreza o indigencia.	Oficial	Financiación	1994	Activo	El 10.4% de los beneficiados están en Bogotá y se canalizan a través del DABS.	Directa y documentos	En el año 2001 se beneficiaron 65,622 personas (8,749 en Bogotá, en cofinanciación con parte del programa del DABS).
8	Policía Nacional	Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional "CASUR"	Capacitación, microempresas, cooperativismo, empleos, clubes, centros día, voluntariado, asesoría, apoyo a viudas y a desplazados, y programa de Alzheimer	Oficial	Bienestar	1998	Activo	Buscan desarrollar cada uno de los programas referidos	Directa y documentos	Policías retirados y sus familias, 54,000 afiliados (18,000 en Bogotá) y más de 200.000 beneficiarios en todo el país.

No	Entidad	Nombre del programa	Objetivos y actividades	Tipo Inst.	Categoría	Inicio	Final	Notas	Fuente	No. Beneficiarios
9	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	Programa de Geriatria Fondo de salud mental y asistencia al anciano	Centros día para asistencia integral en salud, prevención y promoción Asistencia	Oficial	Salud, asistencia y bienestar	1984	1998	Los dos programas desaparecieron. La asistencia se realiza por el POS	Documentos y entrevista	
10	Seguro Social	Fondo de servicios sociales complementarios Vida a los años	Atención integral en salud y prevención. Servicios integrales en salud	Oficial	Asistencia Asistencia	1984 1998	1994 1999	Para pensionados. Desapareció por implementación de la ley 100 Desapareció por políticas de reestructuración	Entrevista Directa	
11	Ministerio de Salud	Programa Salud del Anciano	Salud	Oficial	Asistencia			No se realizó	Publicación Ministerio, 1997.	
12	Ministerio de comunicación	Programas con CAFAM Y DABS Alianza con emisoras y adultos mayores Programa con CEPISIGER	Realiza talleres de radio, y video periódicos Emisión de programas radiales Construir una política pública de comunicación sobre el envejecimiento y la vejez. Creación de directorio de servicios (Nal, Deptal y Municipal)	Oficial	Educación	1997	Activo	Dirigido a adultos. Se definieron lineamientos II semestre de 2000 y I semestre de 2001	Documento de la Red de Solidaridad. Resumen del Simposio Internacional sobre retiro y seguridad social.	

Tabla 9. Análisis de los programas cajas de compensación.

No	Entidad	Nombre del programa	Objetivos y actividades	Tipo Inst.	Categoría	Inicio	Final	Notas	Fuente	No. Beneficiarios
1	Caja Colombiana de Subsidio Familiar (Colsubsidio)	Programa de Pensionados y adultos mayores "Club Edad de Oro"	Preparación para la jubilación. Actividades culturales, recreativas, deportivas y de socialización.	Caja de Compensación	Bienestar	1990	Activo	Programa para pensionados. No hay datos de cobertura y costos	Telefónica, folleto y resumen del Simposio Int. sobre retiro y seguridad social.	
2	Caja de Compensación Familiar "CAFAM" Depto de Promoción Social, Caminemos Juntos	Programa Atención Integral al Adulto Mayor	Actividades preventivas, Educativas, Ocupacionales, Recreativas, Culturales y Artísticas	Caja de Compensación	Bienestar	1987	Activo	100 monitores capacitados y 95 multiplicadores. Centro de referencia como modelo.	Entrevista directa	
3	COMPENSAR	Club el sol tercera edad	Actividades recreativas	Caja de Compensación	Recreación		Activo	Cerrado temporalmente (4 meses)	Telefónica	
4	Caja Nacional de Previsión Social (CAJANAL)	Programa de bienestar social al anciano	Educativo, recreativo y cultural	Caja de Compensación	Bienestar	1985	Activo	Pensionados públicos. Tiene un centro día.	Tesis Telefónica	Actualmente 250 ancianos
5	CONFENALCO	Casa del adulto mayor "mis vivencias"	Asistencia en salud, crecimiento personal. Actividades culturales, recreativas, deportivas y de socialización.	Caja de Compensación	Bienestar	1998	Activo	Funciona como centro día	Telefónica	320 personas

Tabla 10. Análisis de los programas educativos e investigativos.

No	Entidad	Nombre del programa	Objetivos y actividades	Tipo Inst.	Categoría	Inicio	Final	Notas	Fuente	No. Beneficiarios
1	Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría		Actividades educativas, asesorías e investigativas. Hogares Geriátricos.	ONG	Educación no formal. Investigación	1972	Activo	Funciona un Capitulo en Bogotá trabaja muy especialmente los hogares geriátricos.	Directa	
2	Asociación Interdisciplinaria de Gerontología AIG		Actividades educativas no formales e investigativas.	ONG	Educación no formal. Investigación	1994	Activo		Directa	
3	Centro de Psicología Gerontológica CEPSIGER		Actividades educativas investigativas	ONG	Educación Investigación		Activo			
4	Fundación Universitaria del Área Andina	Especialista en Gerontología Social	Programa de Postgrado 3 semestres y presencial	Privada	Educación formal	1996	Inactivo	No funciona desde hace 1 año por reestructuración	Telefónica	
5	Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	Especialización en Gerontología	Programa de Postgrado 3 semestres y presencial	Privada	Educación formal	1999	Inactivo	No se han presentado estudiantes	Tesis Telefónica	
6	Universidad San Buenaventura	Gerontología como título profesional	Programa de pregrado 10 semestres	Privada	Educación formal	1992	Activo	2 modalidades, semipresencial y a distancia	Telefónica	125 egresados en Bogotá hasta 2001

Anexo 2

No	Entidad	Nombre del programa	Objetivos y actividades	Tipo Inst.	Categoría	Inicio	Final	Notas	Fuente	No. Beneficiarios
7a	Pontificia Universidad Javeriana	Instituto de Envejecimiento	Principal objetivo es la Investigación y Educación	Privada	Educación formal, investigación	2000	Activo		Directa	
7b	Pontificia Universidad Javeriana	Unidad de Geriatria	Educativa y asistencial. Investigación en unión al Instituto de Envejecimiento	Privada	Educación investigación y asistencia	1994		Docencia en pregrado y postgrado	Directa	

Tabla 11. Análisis de los programas asistenciales y educativos no formales (no oficiales).

No	Entidad	Nombre del programa	Objetivos y actividades	Tipo Inst.	Categoría	Inicio	Final	Notas	Fuente	No. Beneficiarios
1	Dacores y canitas	Servicio domiciliario de enfermería y damas de compañía	Prestar Servicios domiciliarios de enfermería y damas de compañía y capacitación al personal	ONG	Asistencia y educación	1974	Activo	Cobran el servicio, de acuerdo al cliente	Telefónica	
2	Conferencia Episcopal	Programa Pastoral del Anciano	Formación de animadores de pastoral para personas mayores.	ONG	Educación no formal		Activo		Telefónica	115 personas en capacitación.
3	Cruz Roja	Teleasistencia domiciliaria	Asistencia domiciliaria a personas ancianas	ONG	Asistencia	1998	Activo	Utilizan una alarma que comunica a una central	Telefónico Folleto	
4	Grupo de acción familiar de Alzheimer	Calidad de vida para enfermos y cuidadores de Enfermedad de Alzheimer	Información. Capacitación. Orientación y Apoyo a los familiares o cuidadores de pacientes con demencia	ONG	Educativa no formal	1999	Activo	Grupo conformado por familiares.	Directa	
5	Agencia Coordinadora del Voluntariado de Bogotá ACOVOL	Voluntariado	Voluntariado en Fundación La Candelaria, Fundación Manuelita, Asociación San Vicente de Paul y PROVIDA	ONG	Asistencia		Activo	Parte de un programa de Provida	Telefónica	
6	PRÓVIDA	Voluntariado Trabajo social Empresas sociales Servicios de salud Programa educativo Recreación, cultura y turismo	Visita a los ancianos, Identificar beneficiarios, Apadrinamiento Creación de centros generadores de ingresos, Prestación de servicios en salud. Actividades educativas. Recreación, Cultura, Turismo	ONG	Salud y bienestar	1974	Activo	Apoyado por ACOVOL. Un centro día y una panadería. Consulta médica y drogas. Tienen diplomados y cursos.	Documento publicado	

Siglas y acrónimos de la colección

ACORE: Asociación Colombiana de Oficiales en Retiro de las Fuerzas Militares
ACOVOL: Agencia Coordinadora del Voluntariado de Bogotá
ADPOSTAL: Administración Postal Nacional
AEROCIVIL: Aeronáutica Civil de Colombia
AIG: Asociación Colombiana de Geriátrica y Gerontología
ANDATER: Asociación Nacional para la Defensa de los Programas y Derechos de la Tercera Edad
ARS: Administradora del Régimen de Subsidio
BID: Banco Interamericano de Desarrollo
BLAA: Biblioteca Luis Ángel Arango
BMZ: Ministerio Alemán de Cooperación Económica y Desarrollo
CAFAM: Caja de Compensación Familiar
CAJANAL: Caja Nacional de Previsión Social
CASUR: Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional
CDN: Convención Internacional de Derechos del Niño
CEDAW: Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer
CEDE: Centro de estudios sobre Desarrollo Económico
CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPSIGER: Centro de Psicología Gerontológica
CIDER: Centro Interdisciplinario de Estudios Regionales y Urbanos
CIDS: Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social de la Universidad Externado de Colombia
CIM: Comisión Interamericana de Mujeres
CIMUF: Centro Integral de Promoción de la Mujer y la Familia
CINEP: Centro de Investigación y Educación Popular
CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas
CNID: Comisión Nacional de Investigación en Drogas
CODHES: Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento
COLCIENCIAS: Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología
COLSUBSIDIO: Caja Colombiana de Subsidio Familiar

COMPENSAR: Caja de Compensación Familiar
CONFENALCO: Caja de Compensación Familiar
CONPES: Concejo Nacional para la Política Económica y Social
CORFITRANSPORTE: Corporación Financiera del Transporte S.A.
CPDIA : Consulta Permanente para el Desplazamiento Interno de Las Américas.
CRU: Centro Regulador de Urgencias
CUT: Central Unitaria de Trabajadores de Colombia
DAAC:Departamento Administrativo de Acción Comunal del Distrito
DABS: Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito
DAMA: Departamento Administrativo del Medio Ambiente
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DAPD: Departamento Administrativo de Planeación Distrital
DAS: Departamento Administrativo de Seguridad
DIH: Derecho Internacional Humanitario
DINEM: Dirección Nacional de Equidad para las Mujeres
DIOGS: Departamento Nacional de Planeación, División de Indicadores y Orientación del Gasto Social
DIU:Dispositivo Intrauterino
DIUC:Departamento de Investigaciones de la Fundación Universidad Central
DNI: Defensa de los Niños Internacional
DNP:Departamento Nacional de Planeación
EAAB: Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá
EDA:Enfermedad Diarreica Aguda
EH: Encuestas de Hogares
EMCALI: Empresas Públicas de Cali
ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENH: Escuela Nacional de Hogares.
ENP: Embarazo No Planeado
ENSAB: Estudio Nacional de Salud Bucal
EPAM: Política de Equidad y Participación de la Mujer
EPS: Entidad Promotora de Salud
ESAP: Escuela Superior de Administración Pública
ESE: Empresa Social del Estado
FAMI: Familia, Mujer e Infancia (Programa del ICBF)
FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FESCOL: Friedrich Ebert Stiftung en Colombia
FMI: Fondo Monetario Internacional

FONCOLPUERTOS: Fondo de Liquidación de Puertos de Colombia
 GED: Enfoque de Género en los Modelos de Desarrollo
 GLARP: Grupo Latinoamericano para el Avance de la Rehabilitación Profesional
 GTZ: Agencia Alemana de Cooperación Técnica
 HCB: Hogares Comunitarios de Bienestar
 HIB: Hogares Infantiles de Bienestar
 ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
 ICDT: Instituto Distrital de Cultura y Turismo
 ICFES: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior
 ICV: Índice de Calidad de Vida
 IDEP: Instituto para la Integración Educativa y el Desarrollo Pedagógico
 IDG: Índice de Desarrollo relacionado con el Género
 IDH :Índice de Desarrollo Humano
 IDIPRON: Instituto Distrital para la Protección de la Niñez
 IDR: Instituto Distrital de Recreación y Deporte
 IFEA: Instituto Francés de Estudios Andinos
 INML-CF: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
 INSOR: Instituto Nacional de Sordos
 INURBE: Instituto Nacional de Desarrollo Urbano
 IPEC: Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil
 IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud
 IRA: Infección Respiratoria Aguda
 ISS: Instituto de Seguro Social
 ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
 JAC: Juntas de Acción Comunal
 JAL: Juntas de Acción Local
 LI: Línea de Indigencia o Miseria
 LP: Línea de Pobreza
 MED: Enfoque de Mujer en los Modelos de Desarrollo
 MP: Mortalidad Perinatal
 MRL: Movimiento Revolucionario Liberal
 NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
 OEI: Organización de Estados Iberoamericanos
 OIT: Organización Internacional del Trabajo
 OMS: Organización Mundial de la Salud
 ONG: Organización No Gubernamental
 ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAB: Plan de Atención Básica
PAFI: Plan Nacional a Favor de la Infancia
PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones
PEA: Población Económicamente Activa
PEI: Proyecto Educativo Institucional
PEI: Población Económicamente Inactiva
PEZ: Plan de Emergencia Zonal
PIB: Producto Interno Bruto
PL: Participación Laboral
PLAN: Plan de Alimentación y Nutrición de Bogotá
PNAN: Plan Nacional de Alimentación y Nutrición
PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
POS: Plan Obligatorio de Salud
RAES: Resúmenes Analíticos Especializados
REDP: Red Integrada de Participación Educativa
RUMBOS: Programa Presidencial para Afrontar el Consumo de Drogas
SAID: Sistema Analítico de Información Documental
SDS: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.
SED: Secretaría de Educación del Distrito
SENA: Servicio Nacional de Aprendizaje
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SHD: Secretaría de Hacienda Distrital
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISBEN: Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios
SISD: Sistema de Indicadores Sociodemográficos para Colombia
SISVAN: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional
SIVIM: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil (SDS y ULAM)
SMML: Salario Mínimo Mensual Legal
SPA: Sustancias Psicoactivas
SSR: Salud Sexual y Reproductiva
SUIVD: Sistema Unificado de Información de Violencia y Delincuencia de la Secretaría de Gobierno
TD: Tasa de Desempleo
TGP: Tasa Global de Participación
TMI: Tasa de Mortalidad Infantil

- TO: Tasa de Ocupación
UCPI: Unidad Coordinadora de Prevención Integral
UDS: Unidad de Desarrollo Social del Departamento Nacional de Planeación
ULAM: Unidad Local de Atención al Menor de la regional Bogotá del INML-CF.
UN: Universidad Nacional de Colombia
UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA: Fondo de las Naciones Unidas para la Población
UNICEF: Organización de las Naciones Unidas para la Infancia y la Familia
UNIFEM: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
UPA: Unidad Primaria de Atención
UPAC: Unidad de Poder Adquisitivo Constante
URL: Localizador Universal de Recursos (Universal Resource Locator)
VIF: Violencia Intrafamiliar
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana
VIS: Vivienda de Interés Social

Lista de tablas y cuadros

Tabla 1. Clasificación de los problemas geriátricos.....	66
Tabla 2. Cambios en la población del Distrito Capital.....	77
Tabla 3. Expectativa de vida al nacer por quinquenios, Bogotá 1990-2015.....	78
Tabla 4. Nivel de alfabetismo en la población vieja del Distrito Capital.....	84
Tabla 5. Cinco primeras causas de mortalidad por grupos de edad y sexo Bogotá, 1996.....	88
Tabla 6. Porcentaje de personas mayores de 65 años institucionalizadas en diferentes países, año 1990.....	100
Tabla 7. Perfil de las/os expertas/os e informantes clave entrevistados.....	122
Tabla 8. Análisis de los programas oficiales.....	126
Tabla 9. Análisis de los programas cajas de compensación.....	129
Tabla 10. Análisis de los programas educativos e investigativos.....	130
Tabla 11. Análisis de los programas asistenciales y educativos no formales (no oficiales).....	132
Cuadro 1. Centros de documentación consultados.....	118
Cuadro 2. Entidades y programas consultados.....	119

Lista de gráficas

Gráfica 1. Expectativa de vida en Colombia 1950-2050.....	60
Gráfica 2. Cambios en la estructura poblacional en Colombia por sexo y edad, 1975, 2000, 2025 y 2050.....	61

Bibliografía

- ACERO NORIEGA, Martha Cecilia (1995) Perfil y diagnóstico de necesidades de los pensionados por invalidez por enfermedad común del ISS, seccional Cundinamarca y Distrito Capital. Bogotá : Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP)-Instituto de Seguro Sociales (ISS).
- ACOSTA, Adriana y Claudia VALENZUELA (1995) Atención de enfermería a ancianos con demencia institucionalizados en el Centro de recepción de ancianos de Bello Horizonte-Bogotá. Bogotá: Biblioteca Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Tesis de grado.
- ALCALDE, Patricia et Al. (2001) Indicadores de la Calidad de Vida en los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. Bogotá: Universidad de la Sabana. Tesis de grado.
- ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D. C.-DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE BIENESTAR SOCIAL (2001) Proyecto 7315: Políticas y Modelos de Intervención Social. Julio.
- ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D. C.-DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE BIENESTAR SOCIAL (2000a) Balance de una gestión 1998–2000. Serie Bienestar Social, No 1. Bogotá: Litocamargo. Revista.
- ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D. C., DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE BIENESTAR SOCIAL (2000b) Protección: Responsabilidad del estado. Serie Bienestar Social, No 5. Bogotá: Litocamargo. Revista.
- ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. (2000a) Atención a la población vulnerable: Una estrategia de prevención Serie 2. Bogotá: Autor-DABS-Litocamargo. Documento serial.
- ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. (2000b) El Departamento Administrativo de Bienestar Social en las localidades. Serie Bienestar Social No. 7. Bogotá.
- ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. (2000c) Hacia una política integral para la vejez. Bogotá: Imprenta Distrital.
- ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. (s.f.) Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas para Santa Fe de Bogotá D.C. 1998-2001, pp.7-12.

- ÁLVAREZ-CORREA, Miguel (1995) Evaluación social e infraestructural sobre la situación de los ancianos institucionalizados en Bogotá.
- ÁLVAREZ-CORREA, Miguel (1997) Crisis Intergeneracional y Anomia Cultural; La Marginalización y El Maltrato Al Anciano. En: Procuraduría General de la Nación, Presidencia de la República-Red de Solidaridad. Santa Fe de Bogotá Hacia una Política Social de Participación de los Viejos. Memorias del Foro Nacional sobre la Tercera Edad.
- ÁLVAREZ-CORREA, Miguel (2002) Entrevista. Ver Tabla 7
- ÁLVAREZ-URÍA, Fernando (2000) Los viejos y el futuro de la inseguridad social. En: Archipiélago. Madrid 44, pp. 17-24.
- ALZATE PARDO, Darlene et Al. (1999) Propuesta de un programa gerontológico orientando a disminuir factores de riesgo en el proceso de envejecimiento de las mujeres mayores de 45 años internas en la Reclusión Nacional "El Buen Pastor" y anexo casa "La Maria" en Bogotá. Bogotá: Universidad San Buenaventura. Tesis de grado.
- AMADOR, Mónica y Nohora HERRERA (1996) Aprovechamiento de campo dinámico de la audición en función de la comunicación en población Geriátrica. Bogotá: Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Tesis de grado.
- AMÉZQUITA Rosario y Ana ROMERO (1994) Intervención de Terapia Ocupacional en el desempeño de las competencias ocupacionales en gerontes de la tercera edad del hogar geriátrico Divino Rostro de Bogotá. Bogotá: Fundación Universitaria Manuela Beltrán. Tesis de grado.
- ANZOLA-PÉREZ, E. (1985) El envejecimiento en América Latina y el Caribe. En: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (ed). Hacia el bienestar de los ancianos. Publicación científica No. 492. Washington: Autor.
- ARANGO, Victoria; Carlos CANO y Martine JACQUIER (2001) "Escalas funcionales de la vida diaria Vs. MMSE en la detección temprana de la demencia tipo Alzheimer e influencia del genotipo Apo E". Pontificia Universidad Javeriana. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica. Bogotá: Scorpio.
- ARCILA, Humberto et Al. (1995) El anciano en una marginal urbana. Fundación Universitaria Moserrate Postgrado en Educación y Pastoral Social.
- ARIAS, Claudia Marcela y Adriana CHÁVEZ (1994) Representaciones sociales sobre salud y enfermedad en un grupo de senescentes de la Localidad 1 de Santafé de Bogotá. Bogotá: Universidad Santo Tomas. Tesis en 2 microfichas.
- ARIAS-ORJUELA, Mireya y Miguel Ángel MORALES (2001) Aprendiendo a envejecer (cartilla didáctica y educativa). Bogotá: Universidad San Buenaventura. Trabajo de grado.

- ARISTIZÁBAL-VALLEJO, Nidia (2002) Entrevista. Ver Tabla 7
- ARQUIDIÓCESIS DE BOGOTÁ-CODHES (1999) Desplazados. Huellas de nunca borrar. Casos de Bogotá y Soacha. Santa Fe de Bogotá.
- ARRIAGADA, Irma (1994) El debate actual de las políticas sociales en América Latina. En: Revista Nueva Sociedad, número 144. Caracas.
- ASOCIACIÓN FEDERATIVA DE GERONTOLOGÍA DE COLOMBIA (1997) Envejecimiento y vejez en Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Salud.
- ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA, CAPÍTULO BOGOTÁ (2002) En prensa.
- AVENDAÑO Claudia; Gloria CASTAÑO y Luz Mary GARZÓN (1993) Recuperación de la autonomía del grupo unión de los abuelitos del barrio Horizonte a partir de su saber y experiencia. Bogotá: Universidad Santo Tomás. Tesis de grado en 4 microfichas.
- ÁVILA LEUBRO, Natalia y Ángela FORERO CABALLERO (2000) Diseño y validación de un formato de valoración de la capacidad funcional en adultos mayores (Hogar Madre Marcelina). Bogotá: Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Tesis de grado.
- BAHAMÓN, Lina y Ana PATIÑO (1996) Estudio descriptivo de la habilidades comunicativas a nivel de contenido y uso del lenguaje en abuelos institucionalizados pertenecientes al refugio. Bogotá: Corporación Universitaria Iberoamericana. Tesis de grado.
- BALIÓN, Guillermo y Patricia MONTENEGRO (2001) Propuesta para la creación de un Centro Geriátrico para los pensionados de la policía Nacional. Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina. Tesis de grado.
- BARBOSA LOZANO, María Victoria (1997) Estudio de las expresiones comportamentales de la sexualidad del geronte en el Hogar Sagrada Familia de Santa Fe de Bogotá. Bogotá: Fundación Universitaria Manuela Beltrán.
- BARBOSA, Izquierdo; Ana Gladis MORENO e Isabel Cristina CONTRERAS (2000) Manifestaciones del maltrato familiar en un grupo de ancianos del programa ambulatorio. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Tesis de grado en 2 microfichas.
- BARENYS, María (1996) Los ancianos como actores sociales. En: Revista Española de Investigaciones Sociológicas. 73: 225–238.
- BARRIOS, Myriam y Sandra LIZARAZO (1997) Análisis multidimensional con respecto a la soledad y el dolor en el anciano colombiano. Bogotá: Universidad INCCA. Tesis de grado.

- BELTRÁN MONCADA, Luz Edith; Johana GONZÁLEZ AMAYA y Marisol ORTEGA TRUJILLO (2000) Descripción del desempeño ocupacional en personas de tercera edad del hogar hospitalario San José en Bogotá. Bogotá: Fundación Universitaria Manuela Beltrán. Tesis de grado.
- BENITO, Margarita (2000) Evaluación neuropsicológica en centenarios. Pontificia Universidad Javeriana. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria, pp. 112-113. Manizales: Orbita 2000. Vol. XIV No. 3.
- BULA, Jorge Iván (s.f.) Vulnerabilidad, Equidad y Democracia. En: Seminario "Pobreza y Política Social en Colombia". Documento de trabajo.
- CALDERÓN, Teresita et Al. (1993) Prepárate para los años maravillosos. Bogotá: Universidad Konrad Lorentz, Facultad de Psicología. Diseño e implementación de talleres: "Envejecimiento, ancianos, recreación, gimnasia, nutrición, sexualidad, taller.
- CANO GUTIÉRREZ, Carlos (2001) Problemática del envejecimiento en Colombia. Ponencia presentada en el lanzamiento del Instituto de Envejecimiento. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina, 24 de abril.
- CANTILLO, Carolina; Fabiola CELY y Elisa GRANADOS (1993) Relación autoestereotipos. Ocupación del tiempo libre y su incidencia en la ciudad de vida del senescente del Barrio Toberín. Bogotá: Universidad Santo Tomas. Tesis de grado en microfichas.
- CÁRDENAS, Juan (2001) "El desempleo en Colombia". En: Amaya, Pedro. *Colombia un país por construir*. Santa Fe de Bogotá.
- CASTEL, R. (1998) La Lógica de la Exclusión En: BULA (s.f.).
- CASTELLANOS, J.; E. OCHOA y Lucía REY (2000) Intervención gerontológica para promover mejores condiciones de vida. Bogotá: Universidad de San Buenaventura. Tesis de Grado.
- CASTELLANOS, Olga; Héctor JIMÉNEZ y José ROJAS (1999) Metas a corto y largo plazo en personas mayores del sexo femenino institucionalizadas del Hogar Nazarette de Bosa y no institucionalizadas del Centro Día zona sur occidental. Bogotá: Universidad INCCA. Tesis de Grado.
- CAZARES, Laura et Al. (1991) *Técnicas actuales de investigación documental*. México: Trillas.
- CENTRO DE PSICOLOGÍA GERONTOLÓGICO (1985) Imagen de la vejez percibida en los medios de comunicación social (prensa, radio, televisión) en Colombia. Investigación apoyada por la UNESCO. Bogotá.
- CIFUENTES, María Carolina; Ana María TRIANA y Leonardo RODRÍGUEZ (1998) Violencia implícita en las representaciones sociales de personas ancianas

- acerca de su institucionalización. Algo más a propósito de vejez e instituciones. Vejez, Instituciones y Medio Abierto. Asociación interdisciplinaria de Gerontología AIG de Colombia. Simposio AIG sobre envejecimiento 1997, pp. 277-278.
- CODHES-UNICEF (1999) *Un país que huye. Desplazamiento y violencia en una nación fragmentada*. Bogotá: Autor.
- COLLAZOS, M. et Al. (1995) Investigación participativa desde la Terapia Ocupacional en atención primaria en salud (infantes, gerontes y mujeres gestantes) en el sector Codito de Bogotá, 1994-1995. Bogotá: Fundación Universitaria Manuela Beltrán. Tesis de grado.
- COLSUBSIDIO: CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR, ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PROTECCIÓN S. A, SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILIAR Y ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL OISS (1999) *Prevención y cuidado de la salud en personas mayores*. Bogotá: Clínica Colsubsidio. Instituto de los Seguros Sociales. Resumen del Simposio Internacional Envejecimiento y Seguridad Social, pp. 148-55.
- CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA (s.f.). Sujetos de Especial Protección. Disponible en: Disco compacto. Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha.
- CORDERA, Rolando (1999) Globalidad sin equidad: notas sobre la experiencia latinoamericana. En: Hewitt de Alcántara, Cynthia (1999) Globalización y derechos humanos en América Latina. Bogotá: MINUJIN, Alberto (Editores). UNICEF-UNRISD, pp.267 – 302.
- CORPORACIÓN MISIÓN SIGLO XXI (1996) El Futuro de la Capital. Estudio prospectivo de Educación. Bogota: Presidencia de la República, Consejería Presidencial para Santafé de Bogotá. D. C.
- COTACIO, Diana y Sandra GROSS (1993) Manejo integral de la Terapia Ocupacional con ancianos en fase terminal del Hogar San Francisco de Asís y Sagrado Corazón de Bogotá. Bogotá: Fundación Universitaria Manuela Beltrán. Tesis de grado.
- DABS: DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE BIENESTAR SOCIAL DEL DISTRITO (s.f) *Protección al Anciano en Abandono*. Bogotá: Autor.
- DABS: DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL BIENESTAR SOCIAL DEL DISTRITO-SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN E INVESTIGACIÓN (1999a) Bases para la focalización de los servicios sociales. Población niños, mujeres gestantes y ancianos (preliminar). Bogotá: DABS. Documento sin editar.
- DABS: DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL BIENESTAR SOCIAL DEL DISTRITO-SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN E INVESTIGACIÓN (1999b) El DABS en cifras. Ancianos. Bogotá: DABS. Documento sin editar.

- DABS: DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE BIENESTAR SOCIAL DEL DISTRITO (1999c) Hacia una política integral para la vejez. Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá D.C. p. 4
- DAPD: DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN DISTRITAL (s.f.) Informe de avance de ejecución del Plan de Desarrollo. Vol. 2. 1995-1997, pp.29, 64.
- DE SANTACRUZ, Cecilia; Diana MATAALLANA y Carlos CANO (2000) *Un día en la larga vida de...aportes al conocimiento en centenarios*. Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica. Vol. XIV No. 3: 130-31.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO (1996) Informe Especial sobre los Derechos Humanos de las personas de la Tercera Edad. En: Tercer Informe Anual del Defensor del Pueblo al Congreso de Colombia. Vol. II. pp. 275-277, 339-340.
- DNP: DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN-UDS-DEI (1994) Documento CONPES 27. "Experiencia Piloto del Programa de Auxilio para Ancianos Indigentes". Bogotá, junio 30.
- DULCEY-RUIZ, Elisa (1996a) *Envejecimiento y Expectativas*. Bogotá: Asociación Interdisciplinaria de Gerontología.
- DULCEY-RUIZ, Elisa (1996b) *Envejecimiento, vejez y atención social en Bogotá*. Bogotá: DABS-AIG de Colombia.
- DULCEY-RUIZ, Elisa (1997a) Acerca del pre-retiro. Desafíos y horizontes en el campo de la acción gerontológica. Desafíos y horizontes en Gerontología. Asociación interdisciplinaria de Gerontología AIG de Colombia. Simposio AIG sobre envejecimiento, 1996. pp. 219-222.
- DULCEY-RUIZ, Elisa (1997b) A manera de conclusión. Desafíos y horizontes en Gerontología. Asociación interdisciplinaria de Gerontología AIG de Colombia. Simposio AIG sobre envejecimiento 1996, pp. 245-249.
- DULCEY-RUIZ, Elisa (1997c) *Envejecimiento, vejez y calidad de vida*. En: Francisco J. Leal Quevedo y Juan Mendoza Vega. *Hacia una medicina más humana*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, pp. 203-215.
- DULCEY-RUIZ, Elisa (1998) A propósito de instituciones y cuidado de la vejez. Instituciones y cuidado en la vejez. Vejez, Instituciones y Medio Abierto. Asociación interdisciplinaria de Gerontología AIG de Colombia. Simposio AIG sobre envejecimiento, 1997, pp. 31-56.
- DULCEY-RUIZ, Elisa (2002). Entrevista. Ver Tabla 7.
- DUQUE, María del Pilar; Ana María SALAZAR y Elisa DULCEY-RUIZ (1997) Representaciones sociales de roles de género en la vejez. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Tesis de Grado.

- DURÁN, Ricardo (2002). Entrevista. Ver Tabla 6.
- DURÁN, Isabel (1997) El drama de la tercera edad en la cárceles. En: Hacia una política social de participación de los viejos, por su autonomía y dignidad. Memorias Foro Nacional sobre la Tercera Edad. Procuraduría General de la Nación. Presidencia de la república. Red de Solidaridad. Santa Fe de Bogotá.
- ECHEVERRI ÁNGEL, Ligia (1994) *Familia y vejez*. Realidad y perspectiva en Colombia. Bogotá: Tercer Mundo.
- ESCOBAR, Humberto (1990) Estereotipos acerca del anciano. En: Revista latinoamericana de psicología. Bogotá: Vol. 22. No. 2. 253-263. SIN 0120-0534. "Ancianos, estereotipos Gerontología". MFN 00669. CINEP
- FLOREZ RIVEROS, Maria Luz Stella (2001) Relación entre autocuidado y actividades de la vida diaria en un grupo de adultos mayores, de 65 y más años de la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional (CASUR). Bogotá: Universidad San Buenaventura. Trabajo de grado.
- FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (1994) Documento CONPES 2753. Plan de Extensión de Cobertura para 1995. Ministerio del Trabajo-DNP: UDS - DEI. Bogotá, 21 de diciembre.
- FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL-MINISTERIO DEL TRABAJO-DNP: UDS (1996) Documento CONPES 2833. Bogotá. 17 de enero.
- FORERO, Marina y Luz HERNÁNDEZ (2000) Propuesta de Intervención Gerontológica Comunitaria para los alumnos de décimo grado del Colegio Cooperativo Carvajal de Bogotá, en su servicio obligatorio frente a la persona mayor. Bogotá: Universidad San Buenaventura, Programa Gerontología. Tesis de grado.
- FREID, L. P. y J. WALSTON (1999) Frailty and failure to thrive. En: Hazzard, Wr. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. USA: McGraw-Hill, p. 1402.
- FRESNEDA, Oscar (1998) *Índice de Calidad de Vida para Bogota*. Bogotá: Observatorio de Cultura Urbana. Instituto Distrital de Cultura y Turismo
- FRESNEDA, Oscar et Al. (1997) *Reducción de la pobreza en Colombia: el impacto de las políticas públicas*. En: PNUD. Estrategias para reducir la pobreza en América Latina y el Caribe, p. 272.
- FROIMOVICH, José (1973) *Tratado integral de gerontología*. Santiago: Editorial Chilena de Medicina.
- GALINDO, Laura; Melba PIÑEROS y Dora TOVAR (1999) Manual dirigido a cuidadores de ancianos (60-90) que utilizan la silla de ruedas en el CBA San Pedro Claver de Bogotá. Bogotá: Fundación Universitaria Manuela Beltrán. Tesis de grado.

- GALOFRE M., Esther Cecilia (2001) Entrevista. Ver Tabla 7.
- GALLARDO LOZANO, H. M. y J. RODRÍGUEZ GARCÍA (1999) *La carga de la enfermedad en Santafé de Bogotá*. Bogotá: Secretaría de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Panamericana Formas e Impresos.
- GARCÍA S., Eduardo (s.f.) La familia, el menor y la tercera edad en la Constitución Política de 1991.
- GÓMEZ DE MANTILLA, Luz Teresa (2000) *Ciudad y civilidad*. En: Papel Político. Publicación de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, agosto, pp. 51-66.
- GÓMEZ PULIDO, Ángela María (2001) Validación y estandarización de la evaluación de actividades de vida diaria (AVD). Propuesta por Linda Kohlman aplicada a personas mayores 60-80 años. Bogotá: Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario. Tesis de grado.
- GUARÍN, P. y M. PÁEZ (2000) Diseño de empresa que fomenta actividades productivas en la tercera edad. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- GUAZÁ BANGUERO, Doris Cileny (2000) Propuesta de Intervención Gerontológica para la implementación y puesta en marcha de un programa, de utilización del tiempo libre de los Adultos Mayores que asisten a la Fundación Amigos para Compartir del Barrio Olaya de Bogotá D.C. Bogotá: Universidad San Buenaventura. Trabajo monográfico.
- GUTIÉRREZ, S. (1998) El humor. Video-cassette 27 minutos. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana (Audiovisuales).
- HANCOCK, T. y L. DUHL (1986) Ciudades sanas. El fomento de la salud en el contexto urbano. En: Simposio de Ciudades Saludables. Lisboa.
- HAZZARD, W.R. (1999a) "The epidemiology of aging". En: *Principles of geriatric medicine and gerontology*. USA: Mc Graw-Hill, pp. 203-226.
- HAZZARD, W.R. (1999b) "The gender differential in longevity". En: *Principles in geriatric medicine and gerontology*. USA: McGraw-Hill, pp. 69-80.
- HEREDIA, Rodolfo (1997) *La tercera edad en Colombia*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Políticas de Desarrollo.
- HERNÁNDEZ, Sandra Aidé y Carlos Gabriel SUÁREZ (2001) Propuesta gerontológica para adecuar una unidad "Centro Día" en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, para usuarios mayores de 40 años. Bogotá: Universidad San Buenaventura. Tesis de grado.
- ICART, María Teresa (2000) *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina*. Barcelona: Ediciones de la Universidad de Barcelona.

- INCLÁN, Jaime (1998) Ira y violencia en la familia: el rol de los patrones de interacción y socialización del rol de género masculino. En: Prevención de la violencia. Una oportunidad para los medios. Memorias. Bogotá: OPS/OMS-Fundación Antonio Restrepo.
- INML-CF: INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES (1998) Medicina Legal en Cifras–Subdirección de servicios forenses grupo de estadística. Bogotá: Autor.
- ISS: INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL (1997) Documento. Bogotá, Abril.
- JIMÉNEZ, Álvaro (2001) *El Arte de Envejecer Feliz*. Bogotá: Indo-American Press Service, p.36
- LAFONT PLANETTA, Pedro (1997) *Derecho de Familia*. Seguridad Familiar. Tomo I. Bogotá: Ediciones Librería del Profesional, pp. 470-507.
- LAMAS, Alicia Esperanza (1997) “Mitos y desafíos de la política social”. En: Desafíos, restos y utopías de la política social. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales.
- LEÓN DE MARTÍNEZ, Emperatriz; Zoraida NAVARRO y Amadys TORO ACOSTA (1992) Taller para el manejo del tiempo libre en la tercera edad. Bogotá: Universidad Konrad Lorentz, Facultad de psicología.
- LÓPEZ, Hugo (1993) *La vejez urbana en Colombia: características socio-demográficas, seguridad social, estrategias de supervivencia y modalidades familiares de apoyo*. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá: FESCOL, 42 pp.
- LOZANO SUÁREZ, María y María ROJAS (2001) Propuesta para la conformación e integración del equipo interdisciplinario en el Albergue Bosque Popular en Bogotá. Bogotá: Universidad San Buenaventura. Facultad de Gerontología. Monografía.
- LUNA TORRES, L.; Leonor RODRÍGUEZ DE REYES y M. TORRES DE RUBIO (1996) *El anciano de hoy. Nuestra prioridad “el cuidado de enfermería”*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Imprenta Universidad Nacional, 392 pp.
- LUNA TORRES, Leonor (2002) Entrevista. Ver Tabla 7.
- MALAGÓN, Edgar (1999) Asistencia gerontológica para un buen morir a pacientes terminales mayores de 60 años de la Fundación *Vida* de Bogotá. Bogotá: Universidad San Buenaventura. Tesis de grado.
- MANTILLA, Graciela (1996) “Las políticas gubernamentales sobre el envejecimiento y la vejez desde una perspectiva crítica”. En: Dulcey-Ruiz, Elisa., Graciela Mantilla y Aura Marlene Márquez (ed.) (1996) *Envejecimiento, experiencias y perspectivas*. Simposio AIG sobre envejecimiento. Bogotá: AIG. pp. 186-190.
- MARCON, Lupe Martine (1991) Funcionalidad del viejo con enfermedad cerebrovascular (ECV) demanda de cuidado y oferta de atención brindada por la familia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Tesis de grado.

- MARÍN, Sonia Consuelo y María Teresa AMÉZQUITA (1990) *Estilo de vida y bienestar de personas viejas residentes en comunidades pobres de Bogotá*. Bogotá: Universidad del Bosque. Tesis de grado.
- MÁRQUEZ, Aura Marlene (1999) *¿Familia y comunidad: un sistema informal de seguridad social?* En: Simposio Internacional Envejecimiento Competente, Retiro y Seguridad Social. COLSUBSIDIO. PROTECCIÓN S.A. Superintendencia del Subsidio Familiar. OISS. Santafé de Bogotá, pp. 1-12.
- MARROQUÍN, Guillermo (1980) "Gerontología evolutiva. Escala biopsicosocial de las etapas de la vida humana". En: *Revista de la Sociedad Colombiana de Geriátrica y Gerontología*, noviembre.
- MARTÍNEZ GÓMEZ, C. (1998) *Colombia, Proyecciones Quinquenales de población por sexo y edad. 1950-2050*. Bogotá: División de ediciones del DANE, pp. 1-87.
- MARTÍNEZ GONZÁLEZ, Mery (1999) *Propuesta de talleres en educación gerontológica sobre el proceso de envejecimiento dirigido a adolescentes de Colegio Departamental Integrada de Fontibón*. Bogotá. Tesis de grado.
- MARTÍNEZ, Adriana et Al. (1994) *Propuesta para incrementar y/o mantener habilidades pragmáticas en ancianos institucionalizados del Hogar Sagrada Familia de Bogotá*. Bogotá: Fundación Universitaria Manuela Beltrán. Tesis de grado.
- MARULANDA, María Constanza (1994) "Perfil del viejo". Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá: Tercer mundo. ICAN-Colcultura, pp. 233-239.
- MATALLANA, D. L et Al. (1997) *Manual básico para familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Manual-folleto.
- MENDOZA, Lilia (1999) "¿Qué edad tendrá usted cuando cumpla 60 años?". En: Rodríguez, R. et Al. (ed.) (1999) *Geriatría*. México: McGraw-Hill.
- MILLÁN, Luz Stella (1996) *Políticas educativas, envejecimiento y vejez*. Bogotá: Asociación Interdisciplinaria de Gerontología, pp. 55-62.
- MINISTERIO DE SALUD (1997) *Programa Salud del Anciano*. Bogotá: Autor
- MINISTERIO DE SALUD-ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA (1996) *Capacitación en salud para el cuidado del anciano*. Bogotá: Autor.
- MINUJIN, Alberto (1997) *Repensando lo social dentro de los procesos de desarrollo*. En: *Política Social, Desafíos, Retos y Utopías*. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales. Bogotá, pp. 24, 27.
- MISIÓN BOGOTÁ SIGLO XXI (1994) *El Futuro de la Capital. Estudio Prospectivo del Desarrollo Social y Humano*. Bogotá: Publicación con apoyo del Banco UCONAL, p. 48.

- MISIÓN BOGOTÁ SIGLO XXI-ALCALDÍA MAYOR DE SANTA FE DE BOGOTÁ (1993) El Futuro de la Capital. Un Estudio de Prospectiva Urbana. Cultura Urbana..
- MONDRAGÓN, Gerardo (1996) *Educación Gerontológica*. Santa Fe de Bogotá: Asociación Interdisciplinaria de Gerontología, pp. 63-68.
- MORENO DE V., Maria Elisa (1992) Conocimiento y creencias sobre sexualidad en un grupo de viejos del barrio La Estrella y su familia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Tesis de grado.
- MULLER, Pierre (1993) “Esquema para el análisis de las políticas públicas sectoriales”. En: *Lecturas complementarias sobre políticas Públicas* Jobert, B. Muller, Pontificia Universidad Javeriana, facultad de estudios Interdisciplinarios. Bogotá, julio.
- MUÑOZ, Cecilia (1981) El Anciano en Bogotá: Los Ancianos Indigentes. Bogotá. Documento de trabajo.
- MURCIA, Soledad et Al. (1998) *Territorios del miedo en Santafé de Bogotá. Imaginarios de los ciudadanos*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- NACIONES UNIDAS (1987) *La política de Bienestar Social. Tendencias, problemas y enfoques actuales*. Buenos Aires: Lumen.
- NACIONES UNIDAS (1996) Comité de derechos económicos, sociales y culturales. Folleto informativo No 16 (Rev.1) Ginebra, p.12.
- NACIONES UNIDAS (2000) Consejo Económico y Social. Preparativos de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento Revisado. E/ CN.5/ 2001/ PC/ 2, diciembre.
- NACIONES UNIDAS (2001) Consejo Económico y Social. Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento.
- NIETO F., Carlos Eduardo (2002) Entrevista. Ver Tabla 7.
- OCHOA ORTIZ, Alejandro y María ORTIZ (2001) Intervención Gerontológica con apoyo del Folclore Literario, Musical, coreográfico en el mejoramiento de estilo de vida de los adultos mayores del Centro Operativo Local de Ciudad Bolívar de Bogotá, D.C. Facultad Gerontología. Tesis de grado.
- OCHOA, Gloria Helena; B. H. GUTIÉRREZ y A. ORDÓÑEZ PLAJA (1993) *Características y necesidades de los ancianos. Ancianos y ancianatos* (2a. ed.). Bogotá. pp. 19-35.
- OMRAN, A. R. (1971) *The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change*. Milbank Memorial Fund Quartely. Vol. 49 (4).

- OMRAN, A. R. (1996) *The epidemiologic transition in the Americas*. PAHO WHO The University of Maryland at College Park.
- ORDÓÑEZ GÓMEZ, Myriam (1998) *La familia de finales del siglo XX en Colombia*. Bogotá: PROFAMILIA.
- ORDÓÑEZ MORENO, Bertha Liliana y Neyla Constanza RODRÍGUEZ FRANKY (1993) Proyecto de factibilidad para la implantación de un centro día para la atención integral a la tercera edad en Santafé de Bogotá. Bogotá: Fundación Universitaria Manuela Beltrán. Tesis de grado.
- ORDÓÑEZ PLAJA, Antonio; Helena OCHOA, y Magdalena PAEZ DE TAVERA (1990) *Situación de la Vejez en Colombia*. Bogotá: FES, pp. 13 -17.
- OSPINA, Oswaldo; Cielo URRESTRY y Vilma RÍOS (2000) Diagnóstico Gerontológico del impacto laboral en el proceso de envejecimiento del personal de la administración Central de la Empresa Nacional de Telecomunicaciones “Telecom” en Bogotá. Programa Gerontología. Tesis de grado.
- PARDO, Jorge (1997) “Tercera edad y educación médica”. Editorial. Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional, pp. 45: 4 (186).
- PATIÑO, Luis Fernando (1996) *¿Educación y envejecimiento?*. Santa Fe de Bogotá: Asociación Interdisciplinaria de Gerontología, pp. 69-78.
- PITTO, Lenny (1993) “Pobladores de y en la calle”. En: Bogotá hoy democracia, convivencia y poblaciones vulnerables. Alcaldía Mayor de Bogotá, pp. 318-331. Bogotá: Segovia Guillermo.
- PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA (1995) A propósito de un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia, 1993. División de Comportamiento Humano. Bogotá: Ministerio de Salud.
- PORTAFOLIO (2002) Regímenes amparados por la transición. No.1.272. Bogotá: 23 de enero, p.7.
- PROCURADURÍA DELEGADA PARA LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA–SDS–RED/SOL–DABS (1997) *Hacia una política social de participación de los viejos: Por su autonomía y dignidad*. Memorias. Bogotá: Procuraduría General de la Nación.
- QUIJANO, Pedro; Lya Yaneth FUENTES y María Elena TORRES (2002) Entrevista. Ver Tabla 7.
- QUINTERO, Haider (1999) Influencia de la oración en la calidad de vida de los integrantes del club de adultos mayores de la parroquia La Porciúncula en Bogotá. Bogotá: Universidad San Buenaventura. Tesis de grado.

- RED DE SOLIDARIDAD SOCIAL-DNP:UDS-MISIÓN SOCIAL (1994) Documento CONPES 2722. Bogotá, agosto 10.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA (2001a) El envejecimiento y su atención en Colombia: un balance y perspectivas. Documento para presentar al Foro de Santa Cruz de la Sierra (Bolivia), noviembre.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA (2001b) Conclusiones Reunión Preparatoria Iberoamericana.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA–CONSEJERÍA PARA LA POLÍTICA SOCIAL (1995) “Política Social para la Nueva Ciudadanía”. En: Los derechos sociales, económicos y culturales en Colombia. Balance y perspectivas. Consejería Presidencial para la Política Social. PNUD.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA–CONSEJERÍA PRESIDENCIAL PARA LA POLÍTICA SOCIAL. HAZ PAZ. POLÍTICA NACIONAL DE CONSTRUCCIÓN DE PAZ Y CONVIVENCIA FAMILIAR (2000) “Derechos de l@s Adult@s Mayores”. En: Derechos Humanos y Violencia Intrafamiliar. Colombia, pp. 74-77.
- REYES HENDE, Olga Marina (1998) Características socio-demográficas y capacidad funcional de los usuarios del programa de tercera edad. Bogota: Pontificia Universidad Javeriana. Tesis de grado en 2 microfichas.
- REYES-ORTIZ, Carlos (1999) “Fundamentos de la enseñanza en geriatría”. En: Reyes-Ortiz, Carlos y Carlos Moreno (ed.) (1999) Medicina Geriátrica. Cali: Universidad del Valle.
- RIAÑO, Angela María (2001) El Adulto Mayor del Nuevo Milenio. En: I Seminario Internacional. Bogotá: CISS. COMPENSAR. CADAM. CIESS.
- RICE, Philips (1997) *Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital*. México: Prentice–Hall Hispanoamericana. S.A.
- RICO DE ALONSO, Ana et Al. (1999) *Jefatura, informalidad y supervivencia; mujeres urbanas en Colombia*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana–Facultad de Ciencias Políticas.
- RIICOTEC: RED INTERGUBERNAMENTAL IBEROAMERICANA DE COOPERACIÓN TÉCNICA. VOCALÍA CONO SUR (2001) Propuestas para la construcción de una sociedad para todas las edades. Documento para la discusión en la Reunión Iberoamericana Santa Cruz de la Sierra. Noviembre.
- RODRÍGUEZ, Carlos (1995) “Tipología de las familias con ancianos Barrio Bello Horizonte, Santafé de Bogotá”. Revista Colombiana de Psiquiatría Vol. XXIV N° 4, pp. 271-290. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- RODRÍGUEZ, D. y Jo SAAVEDRA (1998) Actividades que realiza el personal auxiliar de enfermería para brindar comodidad y seguridad al paciente anciano en el

- servicio de Medicina Interna. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Tesis de grado en 2 microfichas.
- SÁENZ, Orlando (1993) "Constitución de una línea de investigación sobre salud urbana". En: Salud para la calidad de vida. Bases para un Plan del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Colombia: Colciencias, pp. 87-104.
- SALDARRIAGA, Alberto (2000) Bogotá Siglo XX Urbanismo, Arquitectura y Vida Urbana. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá-DAPD, pp. 300-301.
- SÁNCHEZ, Ana Gloria (1995) Creación de un Centro Día para ancianos capaces de realizar actividades de la vida diaria de forma independiente. Universidad Nacional de Colombia, Tesis de grado.
- SÁNCHEZ, Beatriz (2000) "Actitud de los niños de la escuela Serrezuelita de Funza frente a los viejos". En: Actualización en Enfermería. Vol. 3 (4), pp. 11-17.
- SANTACRUZ, Hernán y Cecilia DE SANTACRUZ (1994) "Violencia y Psicoanálisis". En. Universitas Médica, 35 (3).
- SANTANA, Pedro (1997) "Estado, Ciudadanía y Política Social". En: Política Social, Desafíos, Retos y Utopías. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales.
- SANTOS, Martha (1994) Propuesta de Terapia Ocupacional en la creación de alternativas ocupacionales frente al uso del tiempo libre en la comunidad de la tercera edad del centro de desarrollo vecinal Kennedy en Santa Fe de Bogotá. Bogotá: Fundación Universidad Manuela Beltrán. Tesis de grado.
- SARMIENTO ANZOLA, Libardo (1997) "La política social en dos escenarios de futuro". En: Política Social, Desafíos y Utopías. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, pp. 289, 307.
- SDS: SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ (s.f.) Bogotá 1995-1996.
- SHD: SECRETARÍA DE HACIENDA DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ (1999) Demografía. En: Coyuntura social de Santafé de Bogotá.
- SHD: SECRETARÍA DE HACIENDA DISTRITAL DE BOGOTÁ-ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ (2001) Desarrollo Social de Bogotá (Primer semestre 2001).
- SOTO BELTRÁN, Rafael (s.f.) Constitución Política de Colombia 1991, para todos.
- SUÁREZ, Roberto; Martine JACQUIER y Diego CAGUEÑAS (2001) *Representaciones sociales y cotidianidad de la Enfermedad de Alzheimer*. Bogotá: Universidad de los Andes, pp. 151-162.

- TORRES, María Helena (2001) Comunicación personal. Ver Tabla 7.
- TORRES DE RUBIO, Margoth (1991) Percepción que sobre la incontinencia urinaria tiene la anciana incontinente y su familia en el barrio “La estrella” de Bogotá.
- URIBE RUEDA, Nubia Zenaida (1999) Programa de ejercicios lúdicos para la tercera edad en el personal de pensionados de Ecopetrol de Santafé de Bogotá. Bogotá: Fundación Universitaria Manuela Beltrán. Tesis de grado, 115 pp.
- VARGAS, Germán (1988) “Algunas características epistemológicas de la investigación documental”. En: Revista de ASCOLBI. Vol. 3 y 4, pp. 26-33.
- VEGA, María (1999) La tradición, la experiencia y la autoridad como factores determinantes para la implementación y desarrollo de una propuesta metodológica para la capacitación de la población de personas mayores del Centro social Don Ricardo Pampuri. Bogotá. Tesis de grado.
- VELÁSQUEZ, Silvio (1997) La familia, el cuidador y el enfermo con demencia. Algo más a propósito de vejez e instituciones. *Vejez, Instituciones y Medio Abierto*. Asociación interdisciplinaria de Gerontología AIG de Colombia. Simposio AIG sobre envejecimiento, pp. 255-266.
- VICEPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA (1995) Documento CONPES 2793. *Envejecimiento y Vejez*. Bogotá. 28 de junio.
- VICEPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA (1996) *Seminario políticas públicas sobre envejecimiento y vejez*. Bogotá: Editorial del Instituto Nacional para ciegos INCIDABS.
- VIELLE, Jean Pierre (2000) Cit. en: Perdomo, Luis. Desarrollo del cuidado de enfermería al paciente con enfermedad mental. Estado del Arte. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. Tesis de grado.
- VILLAQUIRÁN, Claudio (2000) Funcionalidad en centenarios. Estudio de centenarios en Colombia. Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Vol. XIV No. 3, pp. 111-112.
- ZAMBRANO, Carmen (1992) Propuesta de un programa educativo sobre el proceso de envejecimiento para los agentes de salud de cuatro unidades de cooperación asistencial del ISS. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Tesis de grado.