

Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia

Carmen Elisa Flórez
Laura Martínez
Natalia Aranco

División de Protección
Social y Salud

NOTA TÉCNICA N°
IDB-TN-1749

Septiembre 2019



BID

Banco Interamericano
de Desarrollo

Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia

Carmen Elisa Flórez
Laura Martínez
Natalia Aranco

Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Salud

Septiembre 2019

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo

Flórez Nieto, Carmen Elisa.

Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia / Carmen Elisa Flórez, Laura
Martínez, Natalia Aranco.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 1749)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Older people-Services for-Colombia. 2. Older people-Care-Colombia. 3. Older
people-Government policy-Colombia. I. Martínez, Laura. II. Aranco, Natalia. III. Banco
Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. IV. Título. V.
Serie.

IDB-TN-1749

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2019 Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Esta obra está sujeta a una licencia Creative
Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND)
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso
no-comercial otorgando reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá
a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI. El uso del nombre del BID para cualquier fin que no sea
para la atribución y el uso del logotipo del BID, estará sujeta a un acuerdo de licencia por separado y no está
autorizado como parte de esta licencia CG-IGO.

Notar que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta obra son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan el punto de
vista del BID, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/SocialProtection



Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia en Colombia

Co-publicación BID-Eurosocial

Carmen Elisa Flórez
Laura Jeanet Martínez Rodríguez
Natalia Aranco



Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia

Carmen Elisa Flórez

Laura Jeanet Martínez Rodríguez

Natalia Aranco¹

Resumen

La población colombiana está envejeciendo y lo hace a un ritmo acelerado. Si bien este cambio demográfico es una buena noticia y presenta oportunidades, también conlleva desafíos. En particular, a medida que la población envejece, aumenta la proporción de personas que necesitan apoyo de terceros para desarrollar sus actividades diarias. Según los últimos datos disponibles, el 21.2% de la población de 60 años o más en Colombia sufre de algún grado de dependencia, lo cual equivale a alrededor de 1.1 millones de personas. Si la tendencia de la incidencia de enfermedades crónicas continúa al alza como hasta ahora, esta cifra puede llegar a sobrepasar los 2.1 millones en los próximos diez años, representando más de la cuarta parte (26.4%) de la población de 60 años o más.

La creciente demanda de servicios de apoyo sucede en un contexto de reducción en la oferta informal proveniente de la familia y de la ausencia de soluciones alternativas, públicas o privadas. Para dar respuesta a estos desafíos, el Estado ha incorporado el tema a la agenda pública y, entre otras acciones, se ha embarcado en la construcción de un Sistema Nacional de Cuidado (SINACU) que actualmente se encuentra en pleno proceso.

El objetivo de este estudio es documentar, por un lado, la creciente demanda de servicios de apoyo a la dependencia y, por otro, el estado actual de la oferta para cubrir dicha demanda, y el rol del gobierno en la estructuración, regulación y provisión de los servicios.

Esta nota técnica es parte de una serie de estudios sobre envejecimiento y servicios de cuidado para personas en situación de dependencia que incluye Galiani, Ibararán y Caruso Bloeck (2017), Aranco et al. (2018), Aranco y Sorio (2018), Medellín et al. (2018), González-González et al. (2019), Cafagna et al. (2019).

Clasificación JEL: H5, I18, J14, J18

Palabras clave: envejecimiento, dependencia, atención a la dependencia, inclusión social, América Latina y el Caribe, Colombia.

¹ Carmen Elisa Flórez es Ph.D en Economía de la Universidad de Princeton y consultora especialista independiente; Laura Martínez y ; Natalia Aranco son consultoras de la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID); Sus correos electrónicos son carmene.florez@gmail.com, LAURAMA@iadb.org y natalia.aranco@gmail.com. Esta nota técnica es parte de una serie de documentos sobre el envejecimiento y los servicios de atención a la dependencia en América Latina y el Caribe, publicada en conjunto por el BID y EUROsociAL+. Ha sido elaborada con fondos del Estudio Económico y Sectorial "Envejecimiento y Cuidado de Largo Plazo" (RG-E1488) del BID. Las autoras desean dejar constancia de su agradecimiento a María Teresa Calzada y Sandra Lizeth Valencia de la Universidad del Valle, quienes participaron en el diseño, proceso operativo y análisis de la encuesta SABE 2015, por su valiosa ayuda en el entendimiento de la base de datos y aclaración de conceptos claves para realizar análisis de datos pertinentes de esa encuesta. Además, agradecen a Ferdinando Regalia, Gianluca Cafagna, Pablo Ibararán, Nadin Medellín, María Laura Oliveri, Marco Stampini, Andrea Proaño y Cecilia Martínez por sus comentarios. El documento fue editado profesionalmente por Susana Ruiz y el diseño de la portada fue elaborado por Diego Vapore. Los errores y omisiones son responsabilidad de los autores. Tanto el contenido como los hallazgos de este documento reflejan la opinión de sus autores y no las del BID, su Directorio ni los países que representan.

Contenidos

Introducción	3
Sección 1. Demanda por servicios de atención a la dependencia	4
1.1 El proceso de envejecimiento y sus desafíos	4
1.2 Condiciones de salud, discapacidad y dependencia funcional en la población adulta mayor	7
<i>Esperanza de vida y esperanza de vida saludable</i>	7
<i>Discapacidad y dependencia funcional</i>	8
<i>Condiciones de salud de los adultos mayores</i>	20
1.3 Características socioeconómicas de la población adulta mayor	36
<i>Proyecciones de prevalencia de la dependencia funcional en los adultos mayores</i> ..	48
<i>Proyecciones del número de adultos mayores con dependencia funcional</i>	50
Sección 2. El papel del gobierno en la provisión de servicios de cuidado a la dependencia	51
2.1 El Sistema Nacional de Cuidado - SINACU.....	51
2.2 Marco institucional y programas para personas mayores	55
<i>Normativa para atender la vejez y el envejecimiento</i>	55
<i>Políticas para atender la calidad del cuidado</i>	57
<i>Políticas de promoción del envejecimiento activo</i>	57
<i>Marco institucional</i>	58
2.3 Marco institucional y programas para personas con discapacidad	58
<i>Políticas sobre discapacidad</i>	58
<i>Marco institucional</i>	59
2.4 Descripción de programas públicos para el cuidado a la dependencia	60
Sección 3. Oferta de servicios de atención a la dependencia	60
3.1 Servicios de apoyo remunerados	62
Sección 4. Análisis y perspectivas de los servicios de apoyo	65
4.1 Logros y retos del Sistema Nacional de Cuidados en Colombia	66
4.2 Otros retos a futuro	68
Referencias bibliográficas	69
Anexos	74

Introducción

Varios son los estudios que evidencian el acelerado proceso de envejecimiento que actualmente experimenta la población colombiana como consecuencia de la rápida transición demográfica y epidemiológica que el país vivió durante el siglo XX (Flórez 2000; Dulcey-Ruiz, Arrubla y Sanabria 2013; Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha 2015). No sólo la población adulta mayor muestra una creciente importancia en la población total, sino que ésta cada vez es más longeva, al mismo tiempo que aumentan los hogares con personas adultas mayores y aumentan los arreglos familiares de hogares unipersonales o biparentales sin hijos, constituidos por sólo adultos mayores (Flórez y Cote 2016). Estos cambios demográficos constituyen muy buenas noticias; el hecho de que la población esté viviendo hasta edades más avanzadas es el reflejo de grandes avances sanitarios, sociales, y económicos. Sin embargo, no están exentos de desafíos. Debido al deterioro propio del envejecimiento, las personas mayores tienen más probabilidades de necesitar de la ayuda de los demás para el desarrollo de sus actividades diarias, llevando a un aumento en la demanda servicios de apoyo de largo plazo².

Estudios disponibles para Colombia indican que, al igual que en los demás países de la región de América Latina y el Caribe (ALC), la familia, y en especial las mujeres, son las principales responsables de brindar apoyo no remunerado. Las mujeres no sólo son las principales cuidadoras de los hijos, sino también son las principales cuidadoras de los adultos mayores (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha 2015) y las principales responsables de las tareas domésticas (Villamizar 2011; Palacios 2014). Sin embargo, como parte del proceso de modernización, el país también ha vivido una creciente participación de la mujer en el mercado laboral, llevando a lo que se conoce como la “feminización del mercado laboral”. En 1951, las mujeres representaban el 18% de la fuerza laboral total del país (Vásquez 2015), mientras que en 2016 alcanzan el 41.9% (DANE 2017). Esta mayor participación laboral femenina limita el tiempo que la mujer puede dedicar a las actividades de cuidado no remunerado, al mismo tiempo que ha implicado una doble carga de trabajo para ella (labores domésticas y de cuidado, por un lado, y trabajo remunerado, por otro) (Flórez y Álvarez 2017). Por otra parte, el número de personas por hogar ha venido disminuyendo, como consecuencia tanto del descenso de la fecundidad como del cambio en los arreglos residenciales, y se percibe una mayor importancia de los hogares unipersonales, de los hogares monoparentales y de los hogares biparentales sin hijos (Flórez y Cote 2016), lo cual limita también la oferta familiar de servicios de apoyo no remunerado.

Frente a la creciente demanda de servicios de apoyo asociada al envejecimiento, durante la última década, se iniciaron en el país acciones encaminadas a enfrentar este reto, dentro de las cuales está la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales y la formulación de la Agenda Nacional de Economía del Cuidado y del Sistema Nacional de Cuidado – SINACU. Este último es un nuevo sistema que atenderá las necesidades de servicios de apoyo para personas con dependencia funcional permanente,

² Frecuentemente la literatura, los instrumentos estadísticos (por ejemplo, censos y encuestas) y la normativa de los países utiliza el término de cuidado o servicios de cuidado de larga duración para referirse a los servicios de apoyo para realizar las actividades de la vida diaria. Sin embargo, algunos actores asocian al término con un enfoque paternalista que puede opacar la necesidad de que los servicios de apoyo de larga duración respeten la autonomía de las personas, entendida como la habilidad de tomar decisiones, aún con apoyo si es necesario, de acuerdo con la propia conciencia, los valores, la voluntad y las preferencias de las personas. Por esta razón, a lo largo de esta publicación preferimos utilizar el término de servicios de apoyo de larga duración, siempre que sea posible. En el caso de Colombia el término cuidados está incorporado en la propia definición de la política pública, por lo que su uso se encuentra difundido por el mismo Sistema.

independientemente del ciclo de vida en que se encuentren, y a las personas que se encargan de brindar cuidado a los dependientes funcionales (DNP 2018).

En este contexto, y con el fin de contribuir al conocimiento sobre las necesidades de servicios de apoyo en Colombia que sirvan de insumo para la definición de políticas públicas, este documento describe la situación actual de la población con dependencia funcional. El documento se organiza de la siguiente manera. La primera sección presenta un diagnóstico de la demanda por servicios de apoyo a la dependencia funcional en el país, incluyendo la elaboración de proyecciones de la población con dependencia funcional permanente que orienten la priorización y focalización de programas. La segunda sección muestra un análisis técnico de la normativa y el marco institucional en la provisión de servicios de apoyo a la dependencia funcional y la discapacidad en el país, y expone brevemente la oferta de programas públicos de cuidado a la dependencia. La sección tres presenta un diagnóstico de la oferta de servicios de apoyo en el país. En la cuarta y última sección, se hace un análisis del SINACU en comparación con la experiencia internacional, y de los logros y desafíos de las políticas actuales sobre cuidados en el país.

Sección 1. Demanda por servicios de atención a la dependencia

1.1 El proceso de envejecimiento y sus desafíos

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento individual, es decir, una mayor longevidad, implica una reducción progresiva de las capacidades físicas y mentales, y un aumento del riesgo de contraer enfermedades (OMS 2015). Consecuentemente, a medida que las personas envejecen, es más probable que comiencen a tener dificultades para el desarrollo de las actividades normales de la vida diaria y por lo tanto se vuelvan “dependientes” del apoyo que puedan recibir de los demás. A medida que aumenta la proporción de adultos mayores en la población, mayor será la demanda por estos servicios de apoyo.

Colombia se encuentra actualmente en una etapa avanzada del proceso de transición demográfica, según la clasificación realizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL 2008), con un descenso de la fecundidad más acelerado que el de la mortalidad. Al 2016, el país se ubicaba en el grupo de países con los niveles más bajos de fecundidad y de mortalidad, entre los que también se encuentran Brasil, México y Costa Rica, entre otros³.

La transición demográfica en el país inicia con el descenso de la mortalidad en la década de 1930, mientras que la fecundidad comienza a descender hacia 1960. La velocidad del descenso de la fecundidad en Colombia ha sido marcada, pasando de 7 hijos por mujer a mediados de la década de los sesenta a 2 hijos por mujer en 2015, inferior al nivel de reemplazo (2.1). La mortalidad, por su parte, disminuye significativamente, pero a un menor ritmo. La esperanza de vida aumenta de 50.7 años en la década de los cincuenta (Base de datos Proyecciones CELADE 2017) a 78.2 años en 2016 (Base de datos IHME 2017).

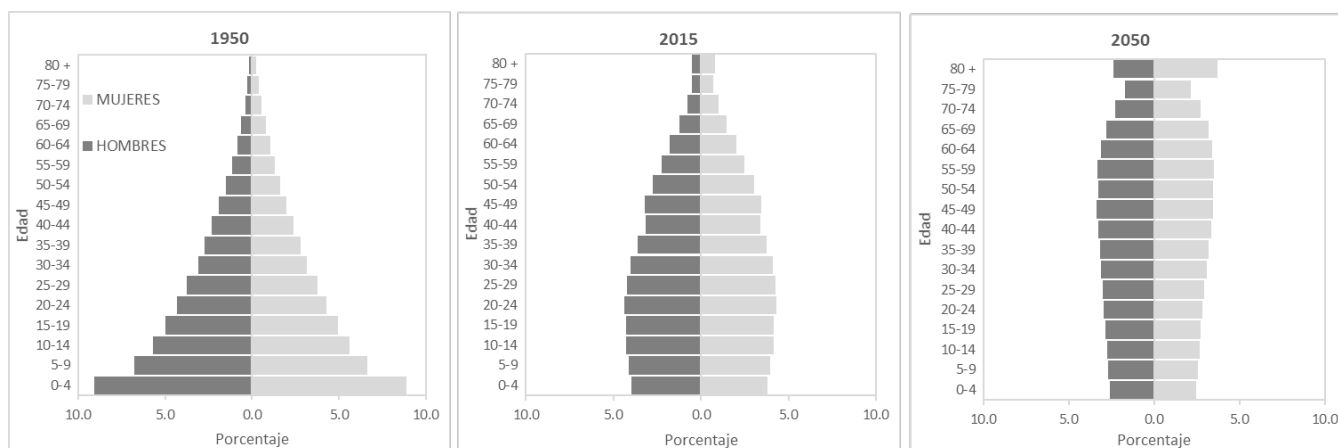
El descenso de la mortalidad se da en el contexto de la transición epidemiológica, en la que disminuyen la importancia de las pandemias y enfermedades infecciosas, y aumenta la de

³ Los países en este grupo tienen tasas de fecundidad de entre 1.5 y 2.5 hijos por mujer, y una esperanza de vida al nacer entre 76 y 81 años

enfermedades degenerativas y crónicas. Colombia actualmente se encuentra en una fase tardía de la transición epidemiológica, en la que las principales causas de mortalidad son endógenas, de orden biológico, y las defunciones de la población de 60 años o más son más importantes que las de la población más joven (Flórez 2000).

El principal efecto de la transición demográfica es el cambio en la estructura por edad de la población. El descenso en la fecundidad y la mortalidad llevan a una pérdida de la importancia relativa de la población infantil, a favor de la población adulta mayor⁴. Esto se hace evidente cuando analizamos la pirámide poblacional por grupos de edad (Figura 1). Mientras en 1950 se tenía una pirámide poblacional de base ancha, con la mayoría de la población menor de 15 años (42.7%) y sólo un 5.3% de la población adulta mayor, en 2015 la pirámide se contrae: los menores de 15 años pasan a representar menos de una cuarta parte de la población (24.3%), mientras que la población adulta mayor duplica su importancia al pasar a representar el 10.8% del total. Para el 2050, de acuerdo con las proyecciones de Naciones Unidas, se espera que la pirámide se invierta, y la población adulta mayor represente el 27.5% del total mientras que los menores de 15 años sean sólo el 15.7%.

Figura 1. Evolución de la pirámide por edad y sexo de la población de Colombia (1950, 2015 y 2050)



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas (2017).

Los cambios en la estructura etaria de la población conllevan cambios en lo que respecta a las necesidades de servicios de apoyo de largo plazo. Budlender (2008) propuso un indicador de dependencia de cuidados definido como la relación entre las personas menores de 12 años y las mayores de 75, respecto a la población de 15 a 74 años⁵. Es decir, mide la relación entre los potenciales demandantes de cuidados (niños y ancianos) y los potenciales proveedores de cuidados (población de 15 a 74 años). Para el cálculo del numerador (demandantes de cuidado), se asigna un ponderador que varía según el grupo de edad, en función de la intensidad del cuidado que necesitan las personas en cada grupo de edad⁶. Si bien este indicador es una aproximación bruta a la demanda potencial de cuidados, ya que no incluye personas con discapacidad de cualquier edad que también

⁴ En este documento se considera como población adulta mayor aquella de 60 años o más, tomando como referencia la Ley 1276 de 2009, que en su artículo 7° define al Adulto Mayor como aquella persona que cuenta con 60 o más años de edad.

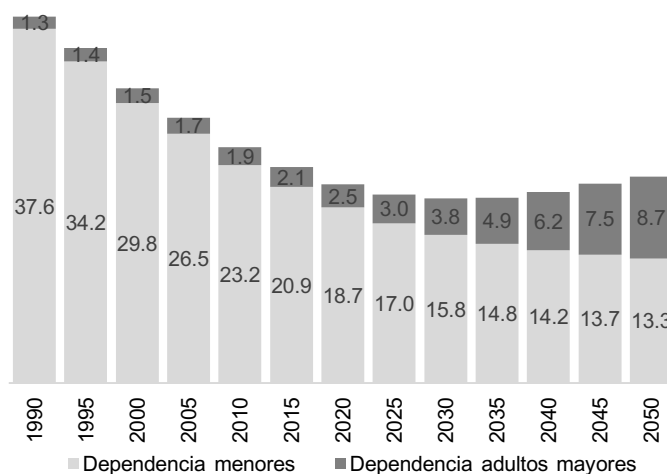
⁵ Supone que los jóvenes de entre 12 y 14 años demandan la misma cantidad de cuidados que la que son capaces de ofrecer, por lo que su efecto en el total es nulo.

⁶ Se asigna un peso igual a 1 a los grupos de menores de 7 años y de adultos de 85 años o más, y un peso de 0.5 a los grupos entre 7 y 11 años y de adultos entre 75 y 84 años.

puedan necesitar cuidados, permite tener una idea sobre la dimensión de la relación entre las necesidades y los proveedores de cuidado.

La estimación del indicador para Colombia (Figura 2) muestra que la relación de dependencia de cuidado disminuye sistemáticamente entre 1990 y 2030, de 39 a 19 dependientes por cada 100 proveedores potenciales de cuidado, para luego empezar a aumentar nuevamente, esperándose que llegue a 22 en 2050. Este comportamiento es resultado de un descenso permanente en los requerimientos de cuidados infantiles frente a un aumento cada vez mayor en los requerimientos de cuidados en la vejez. Mientras en 1990, el 97% del total de requerimientos de cuidados eran para los infantes, en 2015 cerca del 10% son para los ancianos, y se espera que los mismos representen cerca del 40% en 2050.

Figura 2. Relación de dependencia de cuidados de Bundlender: 1950 – 2050 (número de dependientes por 100 pob.)



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas (2017).

No solamente la proporción de adultos mayores está en aumento en Colombia, sino que este grupo de población se está volviendo cada vez más longevo. En efecto, entre 1950 y 2015, la población de 60 años o más aumenta ocho veces, pero la población de 80 años o más aumenta 13.7 veces (Tabla 1). Según proyecciones de Naciones Unidas (2017), se espera que este aumento en la importancia de los más mayores entre la población adulta mayor se acelere con el tiempo. Para el 2050, la población que más habrá crecido es la de 80 años o más: se estima que este grupo represente en 2050 el 22.1% de la población adulta mayor, en contraste con el 12.3% que representaba en el 2015 y el 7.2% en 1950. Esto significa que la edad promedio de las personas mayores es cada vez más alta.

Tabla 1. Distribución por edad de la población adulta mayor (1950, 2015 y 2050)

Edad	1950	2015	2050
Tamaño absoluto (en miles)			
60-64	233	1,831	3,569
65-69	175	1,315	3,283
70-74	116	862	2,736
75-79	80	574	2,113
80 +	47	643	3,324
Total 60 +	652	5,226	15,025
Distribución (% de la población de 60+)			
60-64	35.8	35.0	23.8
65-69	26.9	25.2	21.8
70-74	17.9	16.5	18.2
75-79	12.3	11.0	14.1
80 +	7.2	12.3	22.1
Total 60+	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas (2017).

1.2 Condiciones de salud, discapacidad y dependencia funcional en la población adulta mayor

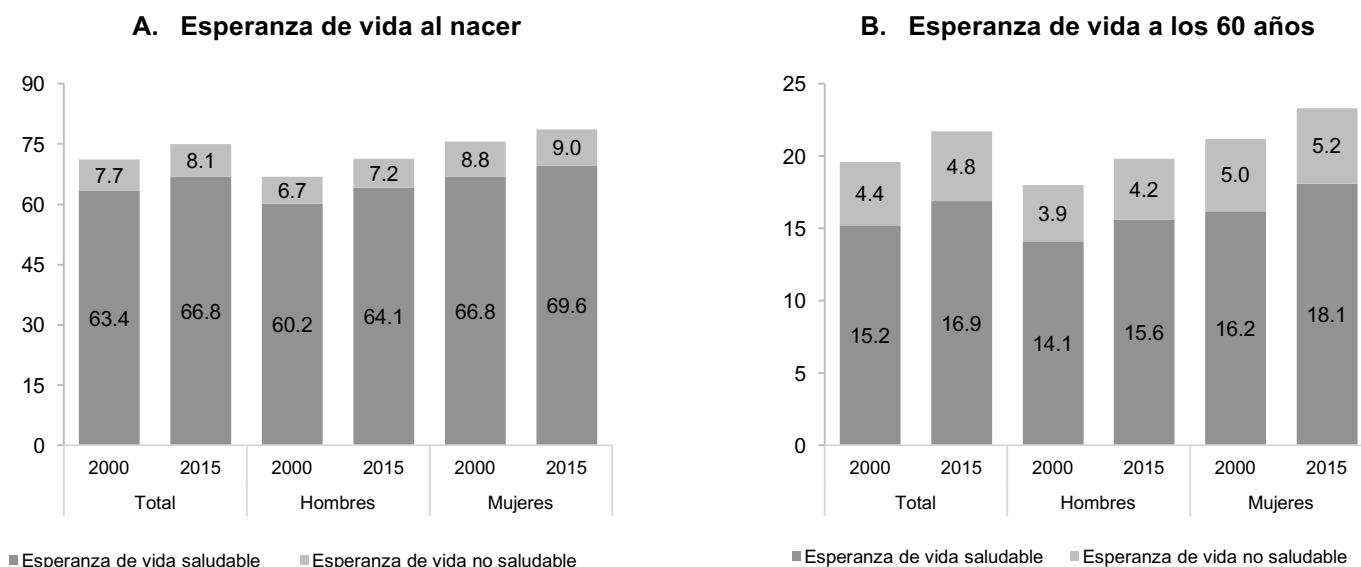
Esperanza de vida y esperanza de vida saludable

El envejecimiento de la población se expresa en una mayor esperanza de vida, es decir, en una mayor longevidad. Sin embargo, es importante que esos años de vida adicionales se vivan en buena salud. El indicador de esperanza de vida saludable es una medida más representativa de la salud de la población que la esperanza de vida, y se define como los años de vida que una persona espera vivir con salud completa, libre de limitaciones o enfermedades. Así, mientras la esperanza de vida al nacer indica el número de años que una persona puede esperar vivir en total, la esperanza de vida saludable al nacer indica cuántos, de esos años, se espera vivir en buen estado de salud. Por tanto, la esperanza de vida al nacer se puede interpretar como la suma de la esperanza de vida saludable al nacer más los años que, a lo largo de la vida, se viven con alguna enfermedad o limitación (OMS 2004). Esta misma interpretación aplica para la esperanza de vida a cualquier edad.

Según la base de datos del Observatorio de la Organización Mundial de la Salud (2017), en 2015, la esperanza de vida al nacer en el mundo era de 71.7 años mientras que la esperanza de vida saludable al nacer era de 63 años; es decir, del total de años que una persona espera vivir, 8.7 años se viven con alguna enfermedad o limitación. Para el mismo año, en las Américas, de una expectativa de vida al nacer de 76.6 años, 67.4 años se viven en buena salud; en Colombia, de una expectativa al nacer de 74.9 años, 66.8 años se viven en buena salud. Así, tanto en Colombia como en las Américas y el mundo, del total de años que una persona espera vivir al nacer, entre el 11% y 12% de los años se viven con alguna enfermedad o limitación.

En Colombia, la esperanza de vida al nacer aumenta casi cuatro años entre 2000 y 2015 al pasar de 71.1 a 74.9 años, mientras que la esperanza de vida saludable al nacer aumenta casi 3.4 años en el mismo periodo (Figura 3 A). Es decir, la mayor parte de la ganancia en la esperanza de vida fue en años de vida saludables. Este comportamiento se observa tanto en hombres como en mujeres, aunque los hombres muestran un mayor aumento en años de vida no saludable (0.5 años) que las mujeres (0.2 años) (Figura 3 A). Para 2015, en el caso de ambos sexos, entre el 10% y 11% de los años que, en promedio, se esperan vivir al nacer, se viven en condiciones no saludables (con limitaciones, discapacidad, o enfermedades).

Figura 3. Esperanza de vida y esperanza de vida saludable, al nacer y a los 60 años, por sexo (2000 y 2015)



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Observatorio de la Organización Mundial de la Salud (2017).

En 2015, la esperanza de vida a los 60 años era de 21.7 años para el total de la población colombiana, de 19.8 años para los hombres y de 23.3 años para las mujeres, de los cuales 4.2 años en los hombres y 5.2 años en las mujeres se viven con limitaciones y enfermedades (Figura 3 B). Es decir, alrededor del 21% a 22% de los años que una persona espera vivir a los 60 años se viven en condiciones no saludables o con salud precaria. Estos resultados, en comparación con la esperanza de vida al nacer, implican que son los últimos años de vida los que más contribuyen a los años vividos en salud precaria (por enfermedades, limitaciones y discapacidad). Comparando por sexo, se evidencia que, aunque las mujeres tienen una mayor expectativa de vida a los 60 años que los hombres, también viven más años en condiciones de salud precaria.

Discapacidad y dependencia funcional

A medida que las personas envejecen sufren un deterioro paulatino de las capacidades físicas y mentales y, por tanto, pierden autonomía para la realización de ciertas actividades básicas, volviéndose funcionalmente dependientes del apoyo que reciban de otros para la

realización de sus actividades de la vida diaria. Aunque la presencia de limitaciones físicas o mentales y la dependencia están correlacionadas, no son sinónimos. La existencia de limitaciones no implica dependencia. El acceso a instrumentos necesarios y un contexto inclusivo que provea las facilidades para su desarrollo, ayudan a que una persona con limitaciones físicas o sensoriales pueda ser completamente autónoma en la realización de sus actividades cotidianas. En este sentido, la definición de dependencia no se reduce exclusivamente a una dimensión biológica, sino que también depende de las circunstancias y los recursos disponibles para garantizar la independencia funcional. Por su parte, la discapacidad la define la Organización Mundial de la Salud (2011) como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota el resultado de la interacción entre la presencia de un problema de salud y factores personales y ambientales. En el Recuadro 1 se presentan los conceptos que se usan en este documento.

Recuadro 1. Discapacidad y dependencia: definiciones y conceptos

Es importante distinguir entre los conceptos de discapacidad y de dependencia funcional. De acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Naciones Unidas 2006). La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (2011a, 2011b) siguen una definición similar, mientras que una definición más clínica se presenta en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (Organización Mundial de la Salud 2017).

Medir el porcentaje de personas con discapacidad en una población utilizando un concepto tan amplio conlleva muchas dificultades técnicas y, por lo tanto, se utilizan instrumentos resumidos que mantienen una compatibilidad con el concepto general. Un ejemplo es el cuestionario corto del Grupo de Washington (*The Washington Group on Disability Statistics 2017*), que suele ser la base para construir las baterías de preguntas que se incluyen en encuestas o censos para estimar la población con discapacidad. En este contexto se utilizan los conceptos de dificultades o limitaciones para realizar actividades que se relacionan con realizar movimientos (como caminar y usar los brazos), actividades sensoriales (como ver y oír) y cognitivas (como concentrarse y comunicarse).

En contraste, la dependencia se refiere a la situación de experimentar dificultad y requerir ayuda para realizar una serie de actividades elementales que se denominan actividades de la vida diaria (AVD) de manera permanente. Dichas actividades se clasifican en actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD). Las primeras son un grupo muy elemental que incluye desplazarse dentro de una habitación, usar el sanitario, comer, bañarse y vestirse. Las segundas suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz, por ejemplo, realizar quehaceres, cocinar, desplazarse fuera de la vivienda en medios de transporte y tomar medicamentos. La definición excluye aquellas situaciones temporales que pueden derivarse de una enfermedad o accidente con pronósticos de pronta recuperación.

Es también importante realizar una aclaración respecto al uso de la palabra cuidador a lo largo del documento. La palabra cuidador tiene una connotación peyorativa en relación a las personas con discapacidad. En este sentido, según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, las personas con discapacidades no tienen necesidades de cuidado, sino que son sujetos con derechos a tomar sus propias decisiones, con la ayuda de asistentes personales, si fuera necesario. La palabra cuidado implica que la persona con discapacidad tiene un rol muy pasivo, como un objeto de asistencia. Así, cuando hablamos de personas con discapacidad, en vez de cuidador la palabra debe ser asistente personal. Es importante señalar, sin embargo, que

en el Sistema Nacional de Cuidados de Colombia presentado en la Sección 2, el concepto de cuidados y de cuidador se plantea para personas con dependencia funcional, y hace referencia a la ayuda o asistencia en las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, ya sea de manera directa o indirecta (supervisión) (Díaz et al. 2015). De todas formas, uno de los cometidos del Sistema es apoyar la autonomía de las personas con dependencia funcional y en ese sentido es consistente con lo que plantea la Convención.

Discapacidad

La discapacidad en Colombia se mide a través del concepto de limitaciones. En el Recuadro 2 se detalla la forma en que las mismas se miden en Colombia, y las fuentes de datos usadas en este documento.

Recuadro 2. Las limitaciones y su medición en Colombia

En Colombia, el estudio sobre limitaciones se basa en la información que se recoge a través de encuestas por muestreo, con un conjunto de preguntas que indagan sobre la presencia de limitaciones permanentes en dimensiones consideradas básicas del funcionamiento humano: ver, escuchar, caminar, recordar o concentrarse, autocuidado (bañarse, vestirse) y comunicarse. Para cada miembro del hogar se indaga si tiene dificultad para realizar las siguientes actividades: a) moverse o caminar; b) usar brazos o manos; c) ver, a pesar de usar lentes o gafas; d) oír, aun con aparatos especiales; e) hablar; f) vestirse, bañarse o alimentarse por sí mismo; g) entender o aprender; h) relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales⁷.

Las encuestas realizadas en la última década que incluyen estas preguntas son: la Encuesta Longitudinal de Protección Social ELPS 2012, la Encuesta de Calidad de Vida ECV anual desde 2012, la Encuesta de Uso del Tiempo ENUT 2012/13 y 2016/17, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2015. Algunas de estas encuestas, como la ENDS 2015, ECV 2016 y 2017, y la ENUT 2012/13 y 2016/17 preguntan, también, por el nivel de dificultad para realizar actividades⁸. La ELPS 2012, la ENDS 2015 y la ECV 2015 tienen, además, una pregunta sobre el origen de la dificultad reportada para identificar si es por nacimiento, enfermedad, accidente, edad avanzada u otra causa. La ELPS 2012, la ENDS 2015, la ECV 2016 y 2017, y la ENUT 2012/13 y 2016/17 preguntan además por el principal responsable del cuidado de la persona con limitaciones, mientras que la ENDS 2015 pregunta por la persona o personas que le ayudan a realizar las actividades de la vida diaria.

En este documento hacemos uso de la ENUT 2016/17 para estimar la prevalencia de limitaciones en la población total. La información sobre limitaciones que se recoge en estas encuestas se refiere a limitaciones percibidas, ya sea por la persona misma con la limitación o por el miembro del hogar que contesta la encuesta; por tanto, son respuestas subjetivas. Por otra parte, estas encuestas se hacen a hogares particulares y no incluyen a personas con limitaciones que viven en hogares institucionales (hospitales o alojamientos geriátricos, por ejemplo) por lo que el número de personas con limitaciones adolece de subregistro.

De acuerdo con la ENUT 2016/17, el 4.9% del total de población del país tiene por lo menos una limitación permanente, porcentaje que se incrementa de manera significativa con la edad, especialmente a partir de los 60 años, llegando a ser de 40.6% en el grupo de 80 años o más (Tabla 2). La prevalencia de limitaciones tiende a ser mayor entre las mujeres que entre los hombres en todas las edades, diferencial que se acentúa con la edad.

⁷ En particular, la pregunta es: "Ud. tiene limitaciones permanentes para: ...".

⁸ En particular, preguntan: "Dada su condición física y mental (y sin ningún tipo de ayuda), ... puede: ...". Las categorías de respuesta son: No puede hacerlo, Sí con mucha dificultad, Sí con alguna dificultad, Sin dificultad. Algunas encuestas sólo incluyen una categoría de dificultad.

Tabla 2. Porcentaje de población con al menos una limitación permanente, por sexo y grupo de edad (2016-2017)

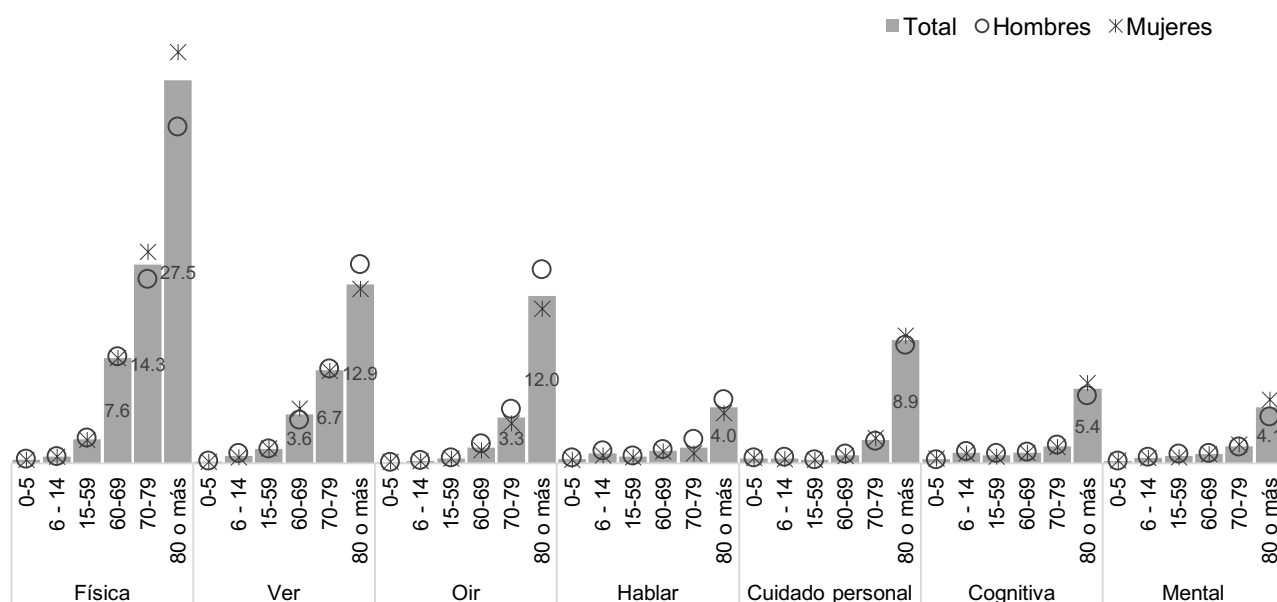
Edad	Hombres	Mujeres	Total
Total	4.9	4.9	4.9
0-14	1.8	1.3	1.5
15-59	3.8	3.3	3.6
60 o más	18.5	19.7	19.1
Personas mayores			
60-69	11.7	12.1	11.9
70-79	21.0	22.0	21.6
80 o más	40.7	40.5	40.6

Nota: Limitaciones físicas, visuales, auditivas, en el habla, para el cuidado personal, cognitivas, o mentales.

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta ENUT 2016-2017.

Las limitaciones más comunes son las físicas, que afectan al 27.5% de la población de 80 años o más, y las limitaciones para ver (aún con gafas) y oír (aún con aparatos especiales) que llegan, cada una, al 13 y 12% respectivamente en este grupo de edad (Figura 4). Con excepción de las limitaciones para ver y oír, en general las prevalencias de limitaciones son mayores entre las mujeres que en los hombres, diferencia especialmente marcada en las limitaciones físicas en el grupo de 80 años o más. Por el contrario, las limitaciones visuales y auditivas son mayores en los hombres que en las mujeres de 80 años o más, aunque no hay diferencias en los otros grupos de edad (Figura 4).

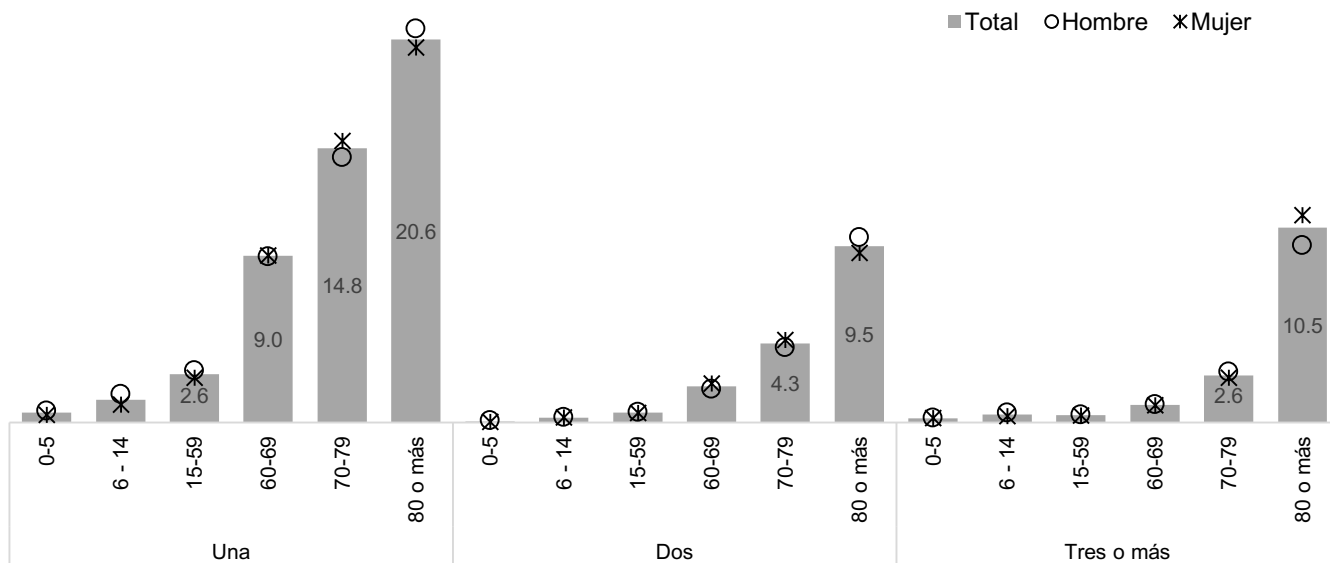
Figura 4. Porcentaje de personas con limitaciones permanentes, por tipo de limitación según sexo y grupos de edad (2016-2017)



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta ENUT 2016-2017.

Con el envejecimiento aumenta el porcentaje de población que presenta más de una limitación en forma simultánea, como se observa en la Figura 5. El porcentaje de personas con más de dos limitaciones aumenta de casi 1% en el grupo de 60 a 69 años, y a 10.5% entre quienes tienen 80 o más.

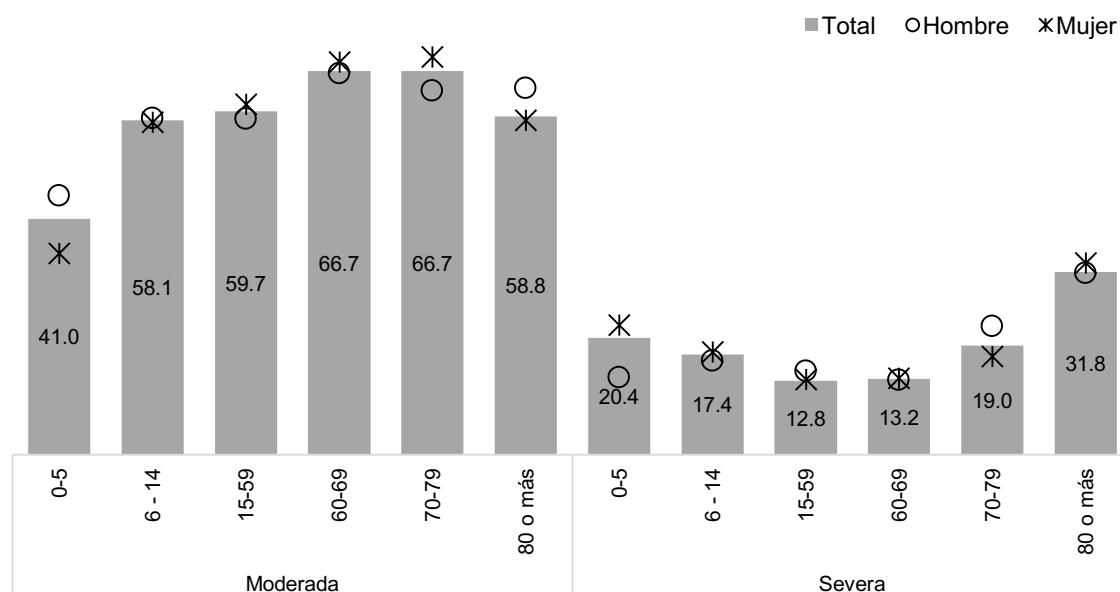
Figura 5. Porcentaje de personas según número de limitaciones permanentes, por sexo y grupos de edad (2016-2017)



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta ENUT Colombia 2016-2017.

Con la edad también aumenta el grado en que las limitaciones afectan la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria de forma autónoma. En la ENUT se pregunta, a las personas con limitaciones, en qué medida las mismas afectan su capacidad de realizar las actividades diarias. La Figura 6 da cuenta de esto: el 31.8% de las personas de 80 años o más con limitaciones permanentes tiene limitaciones severas (esto es, no puede realizar las actividades cotidianas) y el 58.8% tiene limitaciones moderadas (realiza las actividades, pero con dificultad), llevando a que más del 90% de la población con limitaciones en este grupo de edad requieran del apoyo de terceros para la realización de sus quehaceres diarios. En el resto de los casos, las limitaciones no afectan la capacidad de realizar las tareas diarias. Las limitaciones severas en los adultos muy mayores (de 80 años o más) son mayores en las mujeres que en los hombres, aunque las diferencias no son muy marcadas.

Figura 6. Porcentaje de personas con limitaciones permanentes según nivel de afectación de las limitaciones, por sexo y grupos de edad (2016-2017)



Nota: las personas con limitaciones moderadas son aquellas que, debido a sus limitaciones, enfrentan dificultades en la realización de sus actividades diarias; las personas con limitaciones severas son aquellas que, debido a sus limitaciones, no pueden realizar las actividades diarias sin ayuda.

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta ENUT Colombia 2016-2017.

Dependencia funcional en las personas mayores

Como se mencionó en el Recuadro 1, la dependencia funcional se define como la presencia de dificultades permanentes para realizar las actividades de la vida diaria, ya sea por edad o por enfermedad. En esta sección se presenta la evidencia disponible sobre dependencia funcional en adultos mayores, con base en la encuesta SABE Colombia 2015, con el fin de poder evaluar las necesidades de ayuda que enfrenta esta población.

Como se detalla en el Recuadro 1, las actividades de la vida diaria se componen de actividades básicas que comprenden actividades de cuidado personal, ir al baño, alimentarse, moverse, vestirse, subir escaleras, y actividades instrumentales, que comprenden tareas más complejas como hacer compras, preparar comida, manejar dinero, usar el teléfono, etc. Para medir el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria en este reporte se utilizó la Escala de Barthel (Mahoney y Barthel 1965), que es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria, consideradas como básicas⁹, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia. Los valores asignados a cada actividad se basan en el tiempo y la cantidad de ayuda física requerida si la persona no puede realizar dicha actividad. En el Anexo 1 se detallan las ponderaciones utilizadas para evaluar cada actividad.

⁹ Las actividades son: comer, bañarse, vestirse, arreglarse, continencia urinaria, continencia fecal, usar el inodoro, trasladarse de la cama a una silla, moverse dentro de la casa y bajar/subir escaleras (Mahoney y Barthel 1965).

Recuadro 3. Dependencia funcional y su medición en Colombia

La principal fuente para el estudio de la dependencia funcional en Colombia es la encuesta SABE, realizada en 2015 a nivel nacional y en 2012 para la ciudad de Bogotá. En la misma se indaga, para cada persona adulta mayor entrevistada, si la persona tiene dificultad para realizar cada una de las diez actividades básicas consideradas en la evaluación funcional según el índice de Barthel: comer, bañarse, vestirse, arreglarse, continencia fecal, continencia urinaria, ir al excusado, trasladarse de la cama a una silla, moverse dentro del hogar, subir y bajar escaleras; y si tiene dificultad para realizar cada una de las siguientes seis actividades instrumentales: manejar su propio dinero, hacer las compras (comida), preparar la comida, manejar sus medicamentos, uso de transporte público o taxi, y uso de teléfono. En cada caso se indaga por el grado de dificultad.

En este documento se considera que una persona adulta mayor es dependiente en sus actividades básicas si necesita algún tipo de ayuda para realizarlas, o si una tercera persona las hace en su lugar. El nivel de dependencia funcional se determina de dos formas: (i) con base en el número de actividades básicas en las que tiene dificultad y (ii) con base en el índice Barthel. Para el primer caso, se considera dependencia leve si tiene dificultades en una o dos actividades básicas, y dependencia severa si tiene dificultades en tres o más (González et al. 2019). Para el nivel de dependencia según el puntaje Barthel, se identifican cinco categorías: total, severa, moderada, escasa, independiente (Barrero, García y Ojeda 2005). En el Anexo 1 se detallan los rangos de Barthel correspondiente a cada categoría.

Al igual que en el caso de las limitaciones permanentes, la información sobre dependencia funcional para realizar las actividades de la vida diaria que se recoge en la encuesta SABE se basa en las condiciones percibidas, ya sea por la persona misma con dependencia o por el miembro del hogar que contesta la encuesta; por tanto, son condiciones basadas en respuestas subjetivas. Igualmente, cabe destacar que la encuesta SABE se aplica a personas que residen en hogares particulares y no incluye a aquellas que viven en hogares institucionales (hospitales o alojamientos geriátricos, por ejemplo) por lo que el número de personas dependientes adolece de subregistro.

Los resultados indican que el 40.7% de la población de 60 años o más presenta dificultad para realizar alguna de las actividades de la vida diaria, ya sea básica o instrumental, evidenciando algún nivel de dependencia. La presencia de dificultad es mayor en la realización de las actividades instrumentales (35.7%) que en las actividades básicas de la vida diaria (21.2%) (Tabla 3), debido a que las primeras son más complejas, están relacionadas con la capacidad cognitiva y motriz, e implican la interacción de la persona con su entorno, mientras que las segundas se refieren a actividades básicas de mantenimiento personal (Recuadro 1). La literatura sobre el tema también indica que las capacidades se pierden en el orden inverso al que se ganaron (Katz et al. 1983; Dunlop et al. 1997). Por tanto, es de esperar, por ejemplo, que la habilidad para hacer uso del transporte público se vea comprometida antes que la habilidad para vestirse, y que ésta última se vea comprometida antes que la habilidad para comer.

Tabla 3. Porcentaje de población adulta mayor con dificultad para realizar alguna actividad de la vida diaria, por grupos de edad y sexo (2015)

Edad	ABVD			AIVD			Total AVD		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
60 o más	15.8	25.7	21.2	32.7	38.3	35.7	37.0	43.8	40.7
60-69	9.0	14.5	11.9	20.7	22.8	21.8	24.8	28.3	26.7
70-79	18.9	29.5	24.8	39.7	47.0	43.7	45.4	53.6	49.9
80 o más	42.1	61.9	53.7	74.7	80.5	78.1	77.1	84.0	81.1

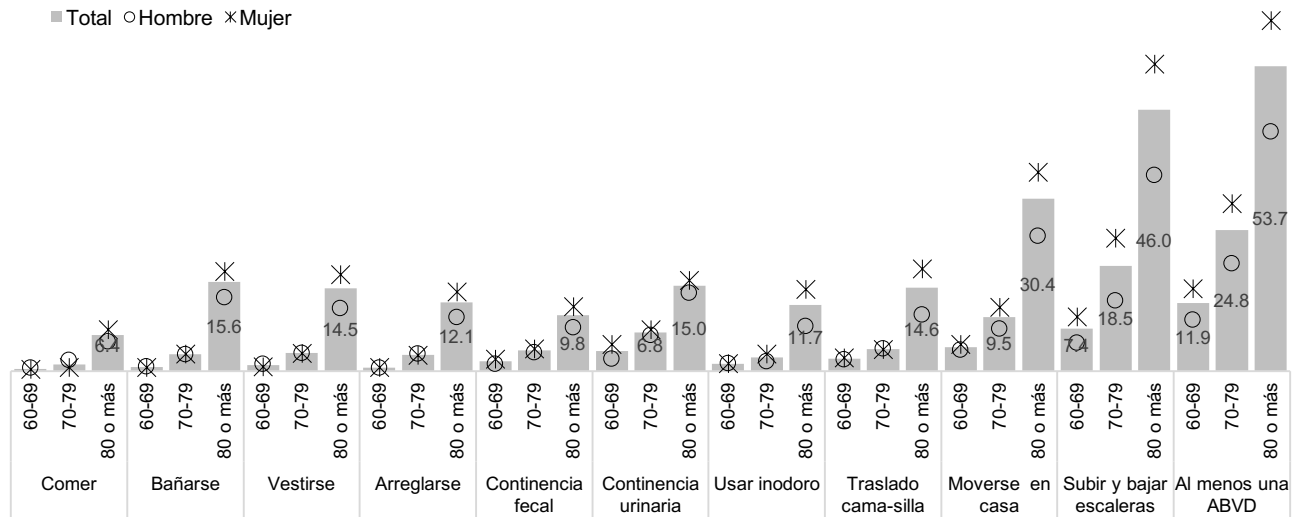
Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

La Tabla 3 también evidencia que el porcentaje de personas dependientes aumenta con la edad, tanto en las actividades básicas como en las instrumentales: el porcentaje de adultos mayores con dificultad en al menos una actividad de la vida diaria pasa de 26.7% entre los de 60-69 años, a 81.1% entre las personas de 80 años o más¹⁰. Por otra parte, la dependencia es mayor en las mujeres que en los hombres en todos los rangos de edad, siendo mayor la diferencia en las actividades básicas que en las instrumentales. Esto implica que, en comparación con los hombres, las mujeres son más propensas a necesitar ayuda a medida que envejecen.

La Figura 7 muestra el porcentaje que dice tener dificultad para realizar cada una de las actividades básicas, agrupados por sexo y edad. En todas las actividades se observa un aumento de la prevalencia con la edad. Las actividades físicas que implican movilidad y desplazamiento (como subir escaleras, desplazarse dentro de la casa, o desplazarse de la cama a una silla) son las de mayor dificultad, condición que se acentúa en los adultos muy mayores, lo que implica un aumento también de la ayuda necesaria. Por otra parte, se evidencia que en todas las actividades las mujeres presentan mayor dificultad que los hombres, brecha que se amplía con la edad.

¹⁰ Estas cifras son relativamente altas cuando se las compara con otros países de la región; una razón es que la encuesta SABE incluye un número de actividades mayor que las encuestas de otros países, aumentando, por lo tanto, la probabilidad de que al menos en una de ellas, se tenga dificultad.

Figura 7. Porcentaje de población adulta mayor con dificultad para realizar ABVD, por grupos de edad y sexo, según actividad (2015)



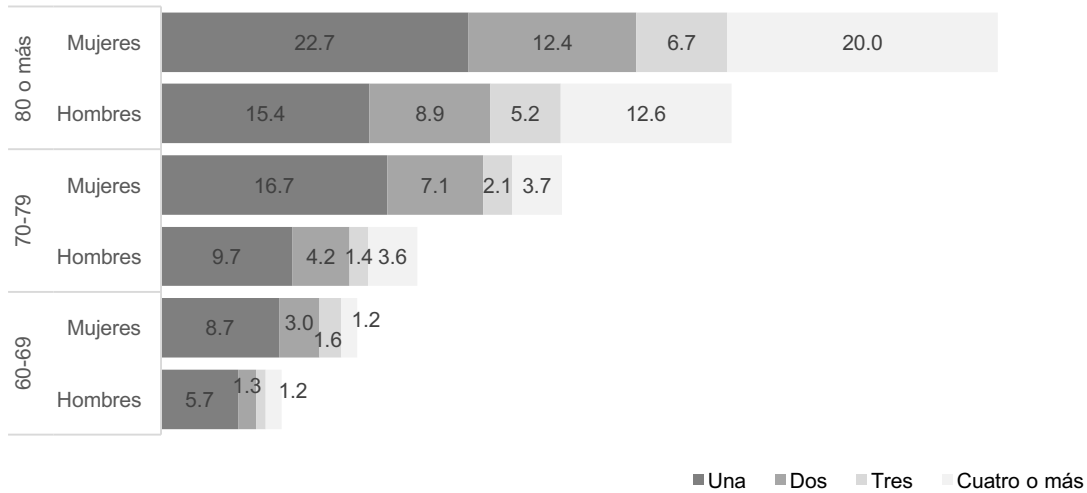
Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

Para medir el nivel de dependencia funcional en lo que respecta a las actividades básicas de la vida diaria, utilizamos dos criterios: el número de actividades para las cuales se tiene dificultad, y el grado de dependencia, medido por el índice de Barthel. En ambos casos, se constata una intensificación de la dependencia funcional con la edad, la cual es más marcada en las mujeres que en los hombres.

Con base en el primer criterio, la Figura 8 muestra¹¹ que en el grupo de 80 años o más, el 20% de las mujeres tienen dificultad en cuatro o más actividades básicas, comparado con el 12.6% de los hombres. Por el contrario, en ese mismo grupo etario, un 60% de los hombres realiza sus actividades básicas sin dificultad, es decir, son funcionalmente independientes, mientras que sólo un 38% de las mujeres lo son. A modo de comparación, en el grupo de 60 a 69 años, el porcentaje de personas con cuatro o más dificultades es de 1.2%, sin diferencias por sexo.

¹¹ Otras encuestas recientes disponibles, como la ENUT, la ECV, la ELPS, y la ENDS, entre otras, también reportan variables del estado de salud de los individuos. En este reporte nos basamos principalmente

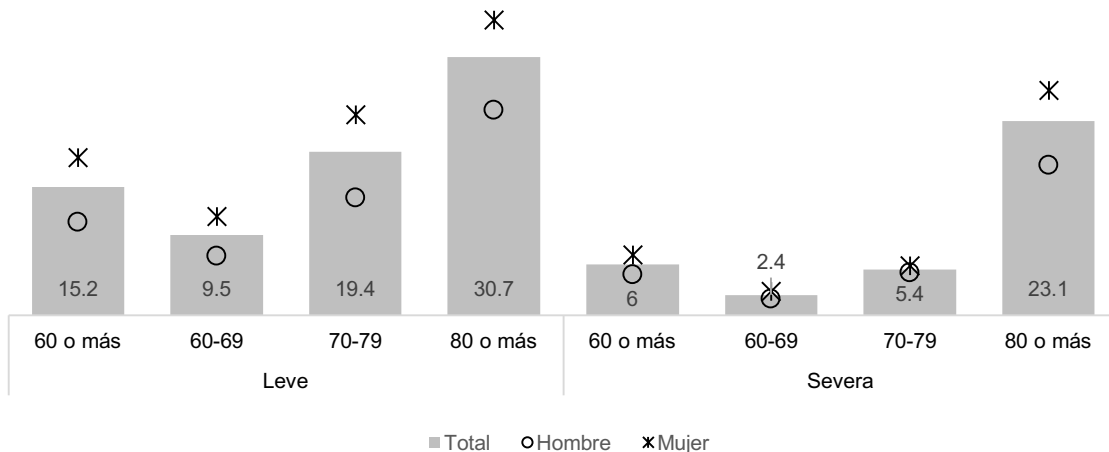
Figura 8. Porcentaje de población adulta mayor según número de ABVD con dificultad, por grupos de edad y sexo (2015)



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

Si clasificamos a la población con dependencia en las actividades básicas en: (1) dependencia funcional leve, como aquellos que tienen dificultades en una o dos actividades básicas, y (2) dependencia severa, como aquellos que tienen dificultades en tres o más actividades, se observa que un 15.2% de los adultos mayores tiene dependencia funcional leve y un 6% severa. Ambos porcentajes aumentan con la edad, siendo siempre mayor en el caso de las mujeres, tal como se observa en la Figura 9.

Figura 9. Porcentaje de población adulta mayor según nivel de dependencia funcional en ABVD, por grupos de edad y sexo (2015)



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

Con base en el segundo criterio, el nivel de dependencia funcional medido por el puntaje en la escala Barthel, se observa que el 78.8% de los adultos mayores son funcionalmente independientes; un 9.5% tiene dependencia escasa, un 9.6% dependencia moderada, un

1.5% tiene dependencia severa y menos del 1% tiene dependencia total (Tabla 6). También en este caso, el nivel de dependencia aumenta con la edad, especialmente a partir de los 80 años. Menos de la mitad (46.3%) de los adultos en el grupo de 80 años o más son independientes, mientras que el 75.1% del grupo 70-79 años lo son. De igual forma, el porcentaje con dependencia total aumenta de 0.6% en el grupo 70-79 años a 3.3% en el grupo con 80 años o más. Dado el aceleramiento del envejecimiento y la longevidad de la población colombiana en los próximos años, evidente en las secciones anteriores, este marcado aumento en la dependencia total con la edad implica aumentos importantes en los requerimientos de servicios de apoyo en el futuro cercano.

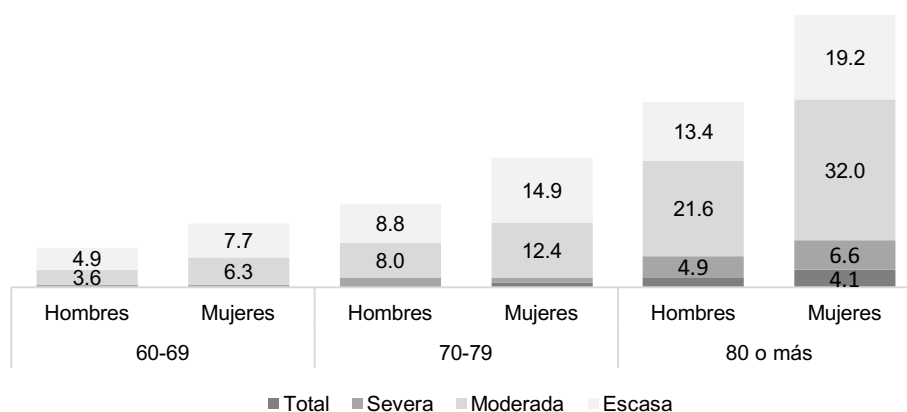
Tabla 4. Distribución de la población adulta mayor según nivel de dependencia funcional en ABVD (puntaje Barthel), por grupo de edad (2015)

Edad	Nivel de dependencia según puntaje Barthel					Promedio Puntaje Barthel
	Total	Severa	Moderada	Escasa	Independiente	
Total						
60 o más	0.7	1.5	9.6	9.5	78.8	96.7
60-69	0.1	0.4	5.0	6.4	88.1	98.6
70-79	0.6	1.6	10.4	12.2	75.2	96.6
80 o más	3.3	5.9	27.7	16.8	46.3	88.3

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

El análisis por sexo (Figura 10) indica un mayor grado de dependencia funcional en las mujeres en todos los grupos de edad, pero especialmente en el grupo de 80 años o más, en donde el 4.1% de las mujeres tienen dependencia total, mientras que sólo el 2.2% de los hombres están en esa condición.

Figura 10. Porcentaje de población adulta mayor según nivel de dependencia funcional en ABVD (puntaje Barthel), por grupos de edad y sexo (2015)

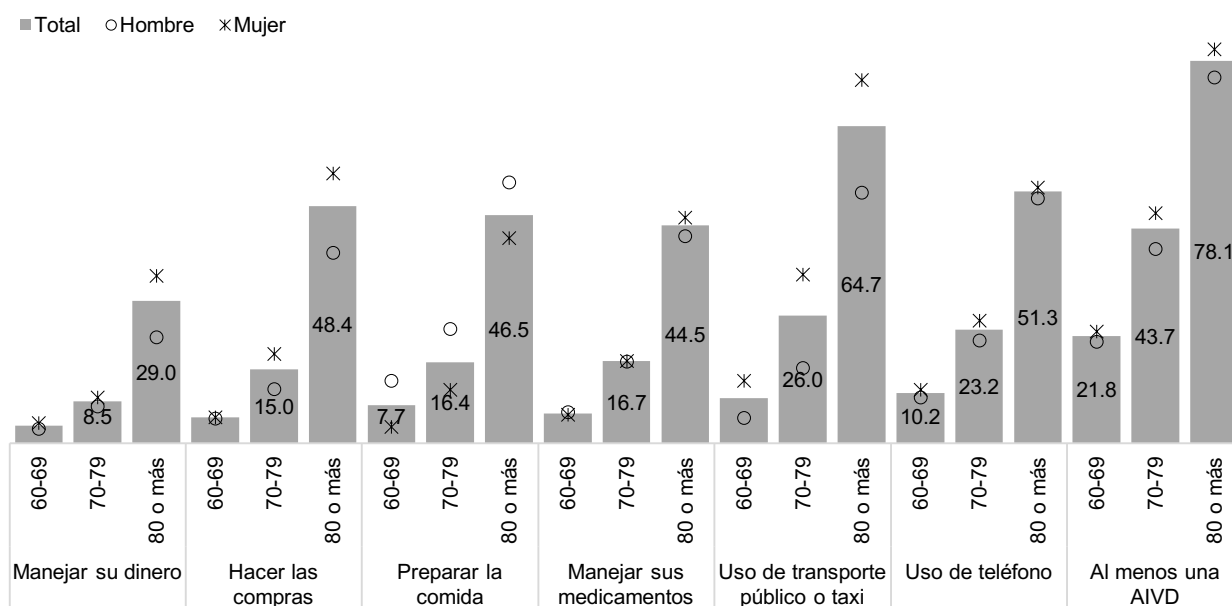


Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

Entre las actividades instrumentales, aquellas que implican desplazamiento fuera del hogar (como el uso de transporte público) son las que presentan mayor dificultad, condición que se acentúa en los adultos muy mayores con excepción de manejar dinero. En casi todas las actividades instrumentales, cerca de la mitad de los adultos de 80 años o más tienen dificultad para realizarlas, lo cual implica requerimientos de ayuda.

La Figura 11 muestra el porcentaje de población adulta mayor con dificultad para realizar cada actividad instrumental, agrupados por sexo y edad. Como era de esperarse, la prevalencia de dificultades aumenta con la edad, en todas las actividades, tanto en hombres como en mujeres. El porcentaje de población con dificultades para cada actividad es mayor en las mujeres que en los hombres, en todas las edades, con excepción de preparar la comida, lo cual podría relacionarse con los roles de género que asignan esta tarea a la mujer desde temprana edad. La diferencia por sexo aumenta con la edad en todas las actividades, con excepción de la actividad uso del teléfono en la que prácticamente no existen diferencias por sexo a ninguna edad.

Figura 11. Porcentaje de población adulta mayor con dificultad para realizar AIVD, por grupo de edad y sexo, según actividad (2015)



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

Dentro de la población adulta mayor que tiene dificultad para realizar actividades instrumentales, entre el 72 y el 81% requiere de ayuda de otras personas, cifras que también aumentan con la edad, llegando al 89% en el grupo de 80 años o más para el uso del transporte público (Tabla 5).

Tabla 5. Porcentaje de población adulta mayor con dificultad para realizar AIVD que necesitan ayuda, por grupo de edad según actividad (2015)

Edad	Manejar su dinero	Hacer las compras	Preparar la comida	Manejar sus medicamentos	Uso de transporte público/taxi	Uso de teléfono
60 o más	72.7	81.0	79.4	78.4	80.5	72.3
60-69	64.3	72.1	75.9	69.8	69.2	65.2
70-79	71.1	77.5	76.8	77.0	79.2	70.5
80 o más	78.5	87.7	84.3	84.8	89.0	80.7

Nota: se muestra el porcentaje de adultos mayores que reportaron dificultad para realizar AIVD y que necesitan ayuda para hacer la actividad. Es decir, del 8.4% de adultos mayores que reportaron manejar su dinero con dificultad, 72.7% necesitan ayuda o no son capaces de hacerlo, mientras que el 27.3% restante lo hace sin ayuda, pero con dificultad. Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

Condiciones de salud de los adultos mayores

Principales causas de mortalidad y morbilidad entre los adultos mayores

Estrechamente asociada al proceso de transición demográfica, es común que se dé una transición epidemiológica, es decir, un cambio en los patrones de las enfermedades, en donde las causas endógenas de muerte comienzan a adquirir una mayor importancia frente a las causas exógenas resultantes de la acción del entorno sociocultural y el medio. Colombia, como la mayoría de los países que han experimentado la transición demográfica, ha experimentado también una rápida transición epidemiológica: en la década de los sesenta, las enfermedades infecciosas, parasitarias y las perinatales eran las principales causas de muerte, pero a partir de la década de los ochenta son las enfermedades endógenas de orden biológico (tumores malignos, enfermedades del corazón, isquémicas, cerebrovasculares) y las enfermedades externas causadas por el hombre (homicidios, accidentes) las que ocupan los primeros lugares como causa de defunción (Flórez 2016). La creciente importancia de las causas endógenas es evidente en los últimos datos del estudio sobre la Carga Global de Enfermedades (CGE) que indican que, en 2015, el 70.1% de la carga de mortalidad y morbilidad en Colombia se puede atribuir a enfermedades crónicas, 12.1% a enfermedades infecciosas, y un 17.8% a causas externas (accidentes y heridas). Para la población de 70 años y más, la contribución de las enfermedades crónicas a la carga total de enfermedades aumenta a 92.0%, mientras que un 3.8% corresponde a enfermedades infecciosas; el resto (4.2%) son causas externas (CGE 2016 citado en Aranco et al. 2018). El Recuadro 4 explica a detalle los conceptos utilizados para la medición de la carga global de mortalidad y morbilidad en el estudio sobre la CGE.

Recuadro 4. Carga Global de Enfermedades: definiciones y conceptos

El estudio sobre la Carga Global de Enfermedades calcula la carga total de enfermedades para una lista de 328 condiciones en países de todas partes del mundo a partir de 1990. La carga total de enfermedades se expresa como la cantidad de años de vida saludables perdidos (AVISA) o, lo que es lo mismo, los años de vida saludable que se pierden a causa de la presencia de enfermedades, accidentes o discapacidad. El concepto se calcula como la suma de dos factores: los años perdidos por muerte prematura (APMP), o carga de mortalidad, y los años de vida

perdidos por discapacidad, considerada ésta como cualquier condición de salud que afecte el funcionamiento óptimo del individuo (AVD, o carga de morbilidad) (Chen et al. 2015).

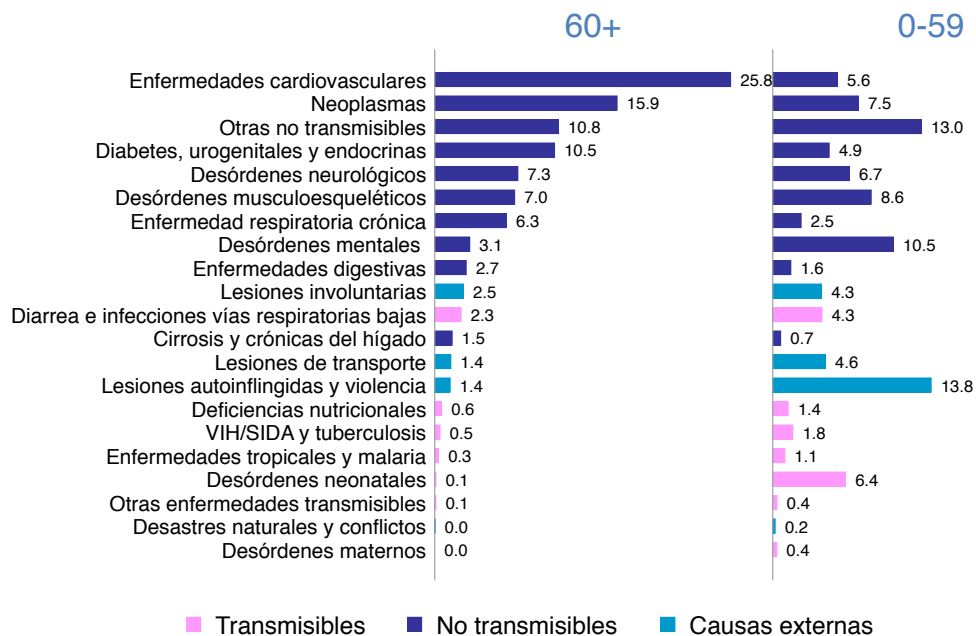
Los años perdidos por muerte prematura se calculan como la diferencia entre la edad de muerte de una persona y la esperanza de vida máxima a dicha edad. Para definir lo que se considera una muerte prematura, se construyen tablas de esperanza de vida “normativas” basadas en la tasa de mortalidad mínima observada para cada edad en poblaciones de más de cinco millones de habitantes. En 2016, por ejemplo, la esperanza de vida máxima al nacer era de 86.59 años, y la esperanza de vida máxima a los 65 años era de 23.79 años adicionales. Así, un recién nacido que muere antes del año significa 86.59 años perdidos por muerte prematura, mientras que si una persona muere a los 65 años aporta 23.79 al cálculo de años perdidos por muerte prematura (Kassebaum et al. 2016). Para llegar al número final, se suman los años perdidos a partir de las muertes ocurridas en toda la población en un período de tiempo dado.

Los años de vida saludable perdidos por discapacidad se calculan como el producto del número de casos prevalentes para cada condición, y un ponderador que representa el impacto que dicha condición tiene sobre la calidad de vida de la persona que la padece. El valor de este ponderador surge de encuestas realizadas a individuos en diferentes países del mundo, en las cuales se les pide ordenar sus preferencias al comparar diferentes estados de salud. En 2016, estas encuestas se realizaron a 600 mil individuos alrededor del mundo.

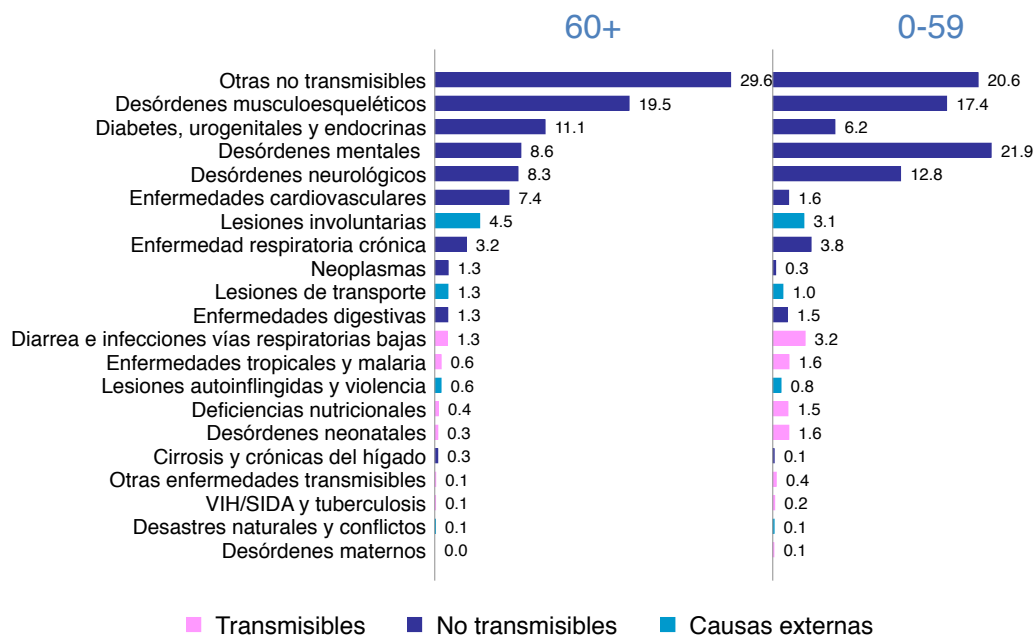
La Figura 12 (Paneles A-D) muestra las diez principales causas de años de vida saludables perdidos (AVISA), de años vividos con discapacidad (AVD), los años perdidos por muerte prematura (APMP), y de mortalidad entre los adultos mayores, y compara estos valores con los de la población más joven. Se observa cómo la carga de las enfermedades no transmisibles (ENT) es mayor entre las edades más avanzadas y, en conjunto, contribuyen con más del 90% para cada indicador. Para los adultos de 60 años o más, las enfermedades cardiovasculares y neoplasmas están entre las dos primeras causas de años perdidos por muerte prematura y mortalidad, mientras que la categoría Otras ENT y las enfermedades musculoesqueléticas están entre las dos principales causantes de discapacidad. Las enfermedades cardiovasculares son la primera enfermedad en importancia en la carga de enfermedad entre los adultos mayores, con un 25.8% de los años de vida saludables perdidos (ya sea por discapacidad o por muerte prematura) atribuibles a esta causa. Los datos del CGE (2016) muestran que su impacto es mayor en lo que respecta a los años de vida perdidos por muerte prematura (35.7%) que en los años vividos con discapacidad (alrededor de 7.4% para la población adulta mayor).

Figura 12. Carga de mortalidad y morbilidad, por grupos de edad (2016)

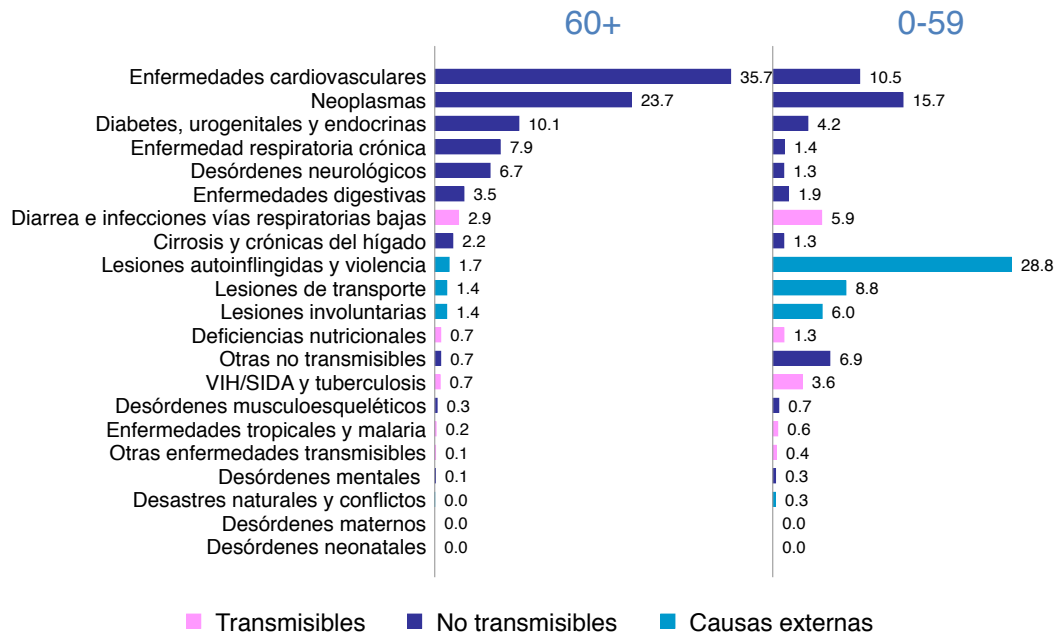
Panel A: AVISA



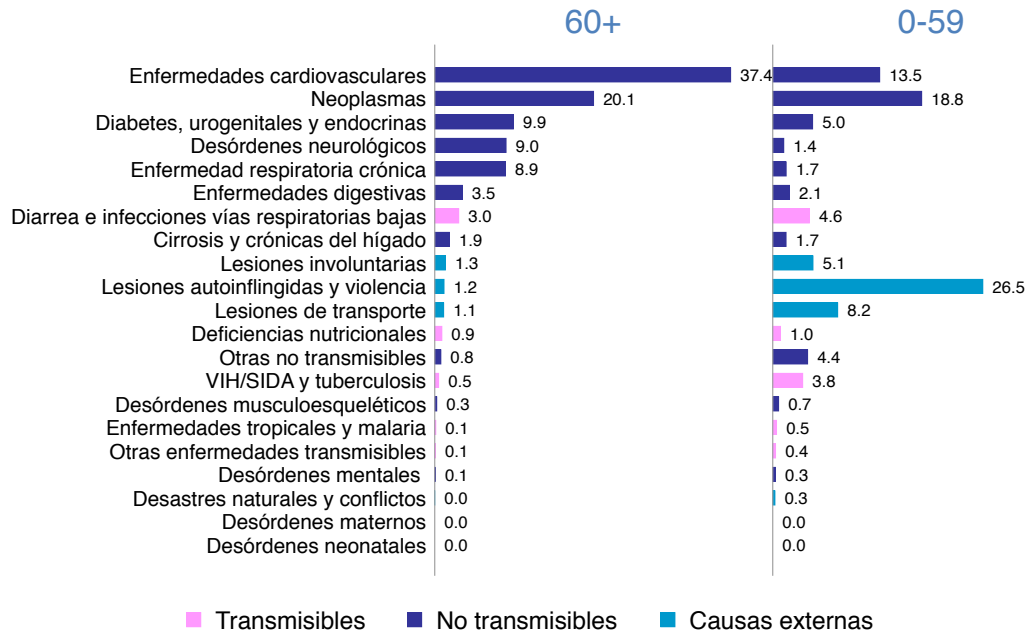
Panel B: AVD



Panel C: APMP



Panel D: Muertes



Nota: Se muestra la distribución de la carga global de enfermedad con base en la desagregación de enfermedades por Nivel 2 del Estudio de Carga Global de Enfermedades (CGE).

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del estudio de CGE (2016).

La SABE 2015 permite analizar las condiciones de salud de la población adulta mayor, al preguntar a los individuos de 60 años o más acerca de las enfermedades con las que han

sido diagnosticados¹. A pesar de que esta información puede adolecer de problemas de subregistro (pues se basa en el autoreporte), sus resultados permiten tener una visión de cuál es la prevalencia de las principales enfermedades entre la población en el país.

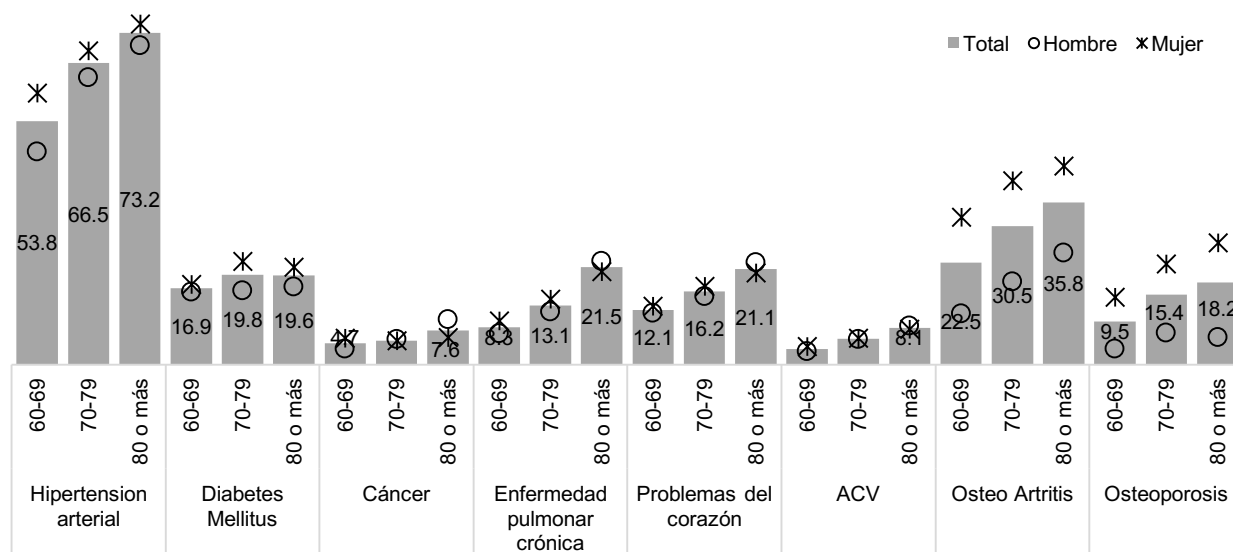
Los datos muestran que la prevalencia de todas las enfermedades crónicas aumenta de manera sostenida con la edad. En casi todos los casos, las mujeres muestran mayores niveles de prevalencia que los hombres. Esto puede deberse a que las mismas sufren, efectivamente, de peores condiciones de salud que los hombres, o al hecho de que sean más propensas a visitar al médico y, por lo tanto, ser diagnosticadas (Rieker y Bird 2005). La Figura 13 muestra la proporción de personas adultas mayores que declararon haber sido diagnosticadas con alguna enfermedad crónica, por tipo de enfermedad, edad y sexo. Como se observa, el principal padecimiento entre la población adulta mayor es la hipertensión (60.1%)¹², seguida de lejos por la osteoartritis (26.6%), y la diabetes (18.1%). Los datos reportados por la SABE 2015 en cuanto a las principales causas de morbilidad entre la población adulta mayor son coincidentes con los que surgen de la ENUT 2016/17, aunque los niveles de prevalencia que surgen de esta última son algo menores.

La elevada prevalencia de hipertensión entre los adultos mayores de todas las edades es preocupante, ya que la misma es una de las principales causas de las enfermedades cardiovasculares y se asocia también a la aparición de enfermedades renales, pérdida de visión, e incluso demencia (Mayo Clinic 2017 citado en Aranco y Sorio 2018); todo ello conlleva a una pérdida de años de vida saludable y a una mayor mortalidad. De acuerdo con Latorre y Barbosa (2012), la hipertensión en Colombia ha estado dentro de las diez primeras causas de mortalidad en las últimas décadas, y la tasa de consulta externa por trastornos hipertensivos es alrededor de cuatro veces mayor que las asociadas al grupo de diabetes, y 24 veces más que las asociadas al grupo de enfermedades isquémicas cardíacas. Las cifras también son de particular importancia pues la hipertensión arterial puede ser diagnosticada a tiempo, y sus complicaciones y comorbilidades se pueden prevenir con un buen tratamiento y controles periódicos (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha 2015).

La osteoartritis es la segunda enfermedad que más afecta a los adultos mayores, con un importante gradiente etario, especialmente en las mujeres (Figura 13). El 43.7% de las mujeres y sólo el 24.6% de los hombres de 80 años o más han sido diagnosticados con esta enfermedad. De igual forma, la osteoporosis es otra enfermedad del grupo de enfermedades musculoesqueléticas, que afecta al 12.4% de la población de 60 años o más, con un marcado gradiente por edad y sexo: 26.8% de las mujeres y 5.9% de los hombres de 80 años o más han sido diagnosticados con esta enfermedad. Aunque estas enfermedades no presentan un alto grado de mortalidad, sí tienen un impacto en la capacidad de las personas para desarrollar las actividades diarias de forma independiente debido a su condición debilitante. En efecto, aun cuando los desórdenes musculoesqueléticos sólo representan el 7% del total de la carga de enfermedades entre el grupo de 60 años o más, los mismos son responsables del 19.5% de los años perdidos por concepto de discapacidad dentro de este grupo de edad (Figura 12).

¹² Una persona se considera hipertensa si autoreporta hipertensión arterial ("Alguna vez un médico o enfermera le dijo que tiene presión arterial alta, es decir, hipertensión") o si tiene una medición de Presión Arterial Sistólica > 140 mmHg o de Presión Arterial Diastólica > 90 mmHg (en ambos casos, se selecciona la medida más alta de la toma de presión en ambos brazos).

Figura 13. Porcentaje de población adulta mayor que dice estar diagnosticada con alguna enfermedad crónica, por tipo de enfermedad, según grupo de edad y sexo (2015)



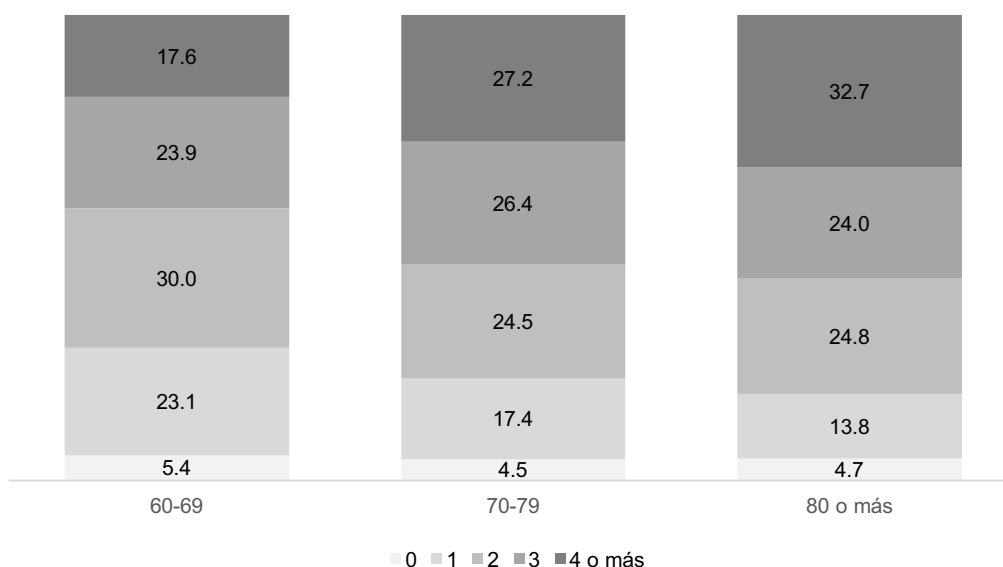
Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

La diabetes es la tercera de las enfermedades crónicas en términos de prevalencia entre los adultos mayores. Su tendencia creciente en los últimos años, a nivel mundial y regional, ha llevado a que en el mundo se hable del desarrollo incipiente de una “epidemia de diabetes” (Palloni & McEniry 2007). En Colombia, la SABE 2015 indica que 18.1% de la población adulta mayor ha sido diagnosticada con esta enfermedad, con pocas diferencias por sexo (Figura 13). Según los datos del estudio de CGE (2017) la diabetes es la tercera causa tanto de años perdidos por muerte prematura como por discapacidad (Figura 12 Panel D). La diabetes está altamente correlacionada con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, problemas renales, la pérdida de visión, problemas de circulación y neuropatía en los nervios y extremidades que pueden llegar a terminar incluso en la amputación de manos y/o pies, por lo que su impacto en la condición de dependencia de las personas puede llegar a ser importante.

Las enfermedades cardíacas y la enfermedad pulmonar crónica afectan alrededor de una quinta parte de la población de 60 años o más, con una prevalencia de 21% cada una (Figura 13). Ambas muestran un aumento de la prevalencia a medida que avanza la edad, con leves diferencias por sexo. De las enfermedades crónicas reportadas, los accidentes cardiovasculares (ACV) y el cáncer son las que muestran menor prevalencia entre los adultos mayores: 7.8% y 6%, respectivamente. Debido a que el cáncer se trata de una enfermedad altamente mortal, los datos del CGE (2017) muestran que su impacto es mayor en lo que respecta a los años de vida perdidos por muerte prematura (23.7%) que en los años vividos con discapacidad (alrededor de 1.3% para la población adulta mayor) (Figura 12). A diferencia de otras enfermedades, como la hipertensión o las de tipo musculoesquelética o cardiovasculares, la prevalencia del cáncer no presenta variaciones importantes con la edad ni por sexo.

El envejecimiento trae consigo la presencia simultánea de varias enfermedades, condición conocida como multimorbilidad, la cual tiene impacto en la independencia funcional de los adultos mayores (Marengoni et al. 2011). La Figura 14 indica que un 56.7% de la población de 80 años o más ha sido diagnosticada con tres o más enfermedades, y un 32.7% con cuatro o más. Esta alta presencia de multimorbilidad plantea inquietantes consecuencias frente a las necesidades de apoyo de largo plazo de este grupo poblacional.

Figura 14. Distribución de adultos mayores según presencia de multimorbilidad, por grupo de edad (2015)



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

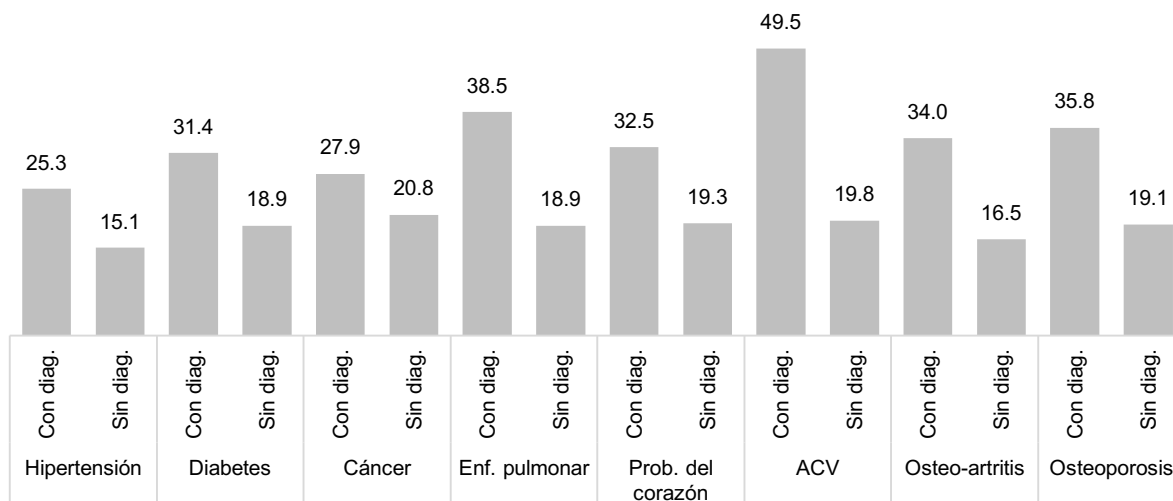
Relación entre enfermedades crónicas y dependencia

Dado que las enfermedades crónicas son de larga duración y difícil remisión, pueden tener impacto en la demanda de servicios de apoyo. Es de suponer que una persona que padece alguna enfermedad por tiempo prolongado es más propensa a volverse dependiente en términos funcionales. En esta sección se usa la SABE 2015 para analizar la relación entre la presencia de enfermedades crónicas y la capacidad de las personas para ser funcionalmente independientes.

Por lo menos el 25% de adultos mayores que fueron diagnosticados con alguna enfermedad crónica reporta también algún nivel de dependencia funcional; es decir, presentan dificultades para la realización de al menos una actividad de la vida diaria. La Figura 15 muestra el porcentaje de personas adultas mayores que presentan dificultades para la realización de al menos una actividad básica, según la presencia de determinadas enfermedades crónicas, agrupados por sexo y edad. La Figura 16 muestra el porcentaje referido a la realización de alguna actividad instrumental. Comparando la población diagnosticada con la población que no ha sido diagnosticada, se observa que, en todos los casos, el porcentaje de personas con dificultades es mayor entre quienes han sido diagnosticados con alguna enfermedad que entre aquellos que no. Las enfermedades que

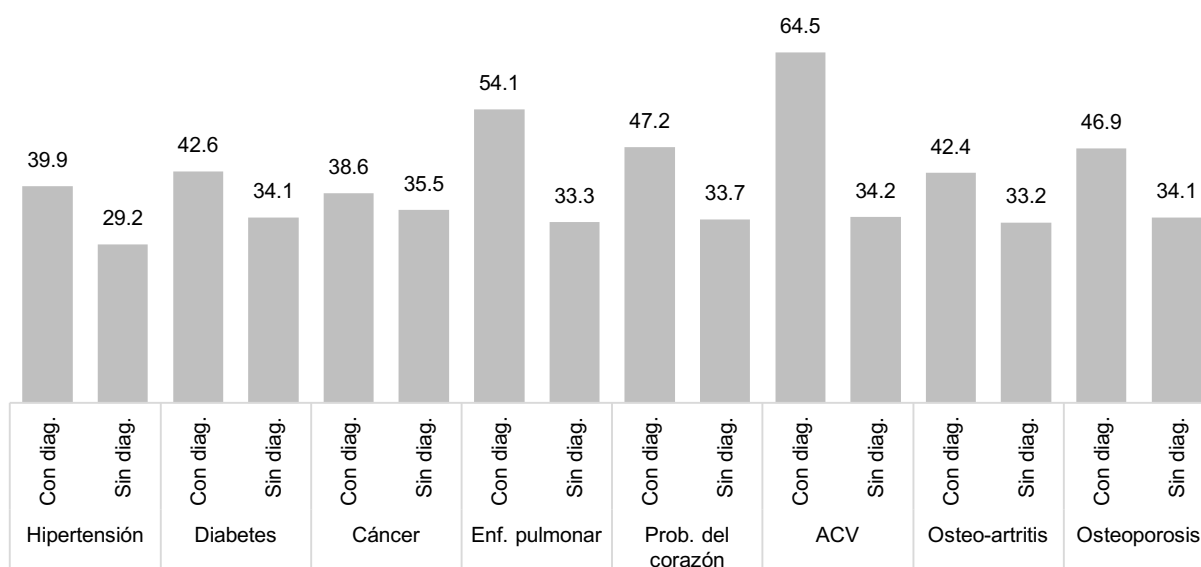
más afectan la capacidad de las personas para realizar actividades básicas e instrumentales de forma autónoma son los accidentes cerebrovasculares (derrame o trombosis cerebral), seguidas por las enfermedades del aparato musculoesquelético (osteoartritis y osteoporosis), enfermedad pulmonar crónica, diabetes, y problemas del corazón. En el caso del cáncer, las diferencias son menos pronunciadas.

Figura 15. Porcentaje de personas adultas mayores con dificultad para realizar al menos una ABVD, según diagnóstico de enfermedades crónicas (2015)



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

Figura 16. Porcentaje de personas con dependencia en al menos una AIVD, según diagnóstico de enfermedades crónicas (2015)



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

Salud mental

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud “la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”¹³. A medida que una persona envejece, aumentan las probabilidades de padecer trastornos mentales como la demencia, la depresión, el Alzheimer, trastornos de ansiedad, y abuso de sustancias, entre otros. La depresión es el trastorno psíquico más frecuente entre los adultos mayores. Las personas afectadas suelen presentar ánimo abatido, tristeza, tendencia al llanto, pérdida de interés por el mundo que lo rodea, trastornos del sueño y del apetito, pérdida de autoestima e incluso ideas de suicidio. La función cognoscitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales, por ejemplo: recordar, orientarse o calcular; los trastornos cognoscitivos pueden deberse a muy diferentes causas, desde trastornos ligeros como el olvido benigno, hasta cuadros clínicos graves como la demencia (OPS/OMS 1999). Sea cual sea la causa que las originen, estas condiciones tienen implicaciones importantes en el uso de los servicios de salud, y en la demanda de servicios de apoyo de largo plazo.

En esta sección se presentan las estimaciones, con base en la SABE 2015, sobre depresión, demencia y deterioro cognoscitivo. En el Recuadro 5 se detalla la metodología de medición de cada indicador utilizada en la encuesta.

Recuadro 5. Los problemas de salud mental y su medición en Colombia

Existen muchos instrumentos para medir síntomas depresivos. La depresión se evalúa mediante la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, utilizada extensamente en la población de personas mayores. Es un cuestionario breve en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas referidas a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario y con base en el cual se clasifica a los individuos en: normal, depresión leve y depresión severa (Minsalud et al. 2016; OPS/OMS 1999).

Para la medición del deterioro cognoscitivo se usa el Mini Examen de Estado Mental (MMSE por sus siglas en inglés). Esta prueba es una herramienta para poder discriminar entre los que tienen deterioro cognoscitivo y los que no lo tienen. En la encuesta SABE se utiliza una versión modificada y abreviada del MMSE que consta de 6 preguntas, éstas analizan algunas áreas de funcionamiento cognoscitivo: orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje (OPS/OMS 1999). El cuestionario permite clasificar a los individuos en aquellos con deterioro cognoscitivo leve (DCL), y sin deterioro o función cognoscitiva normal (Minsalud et al. 2016; OPS/OMS 1999).

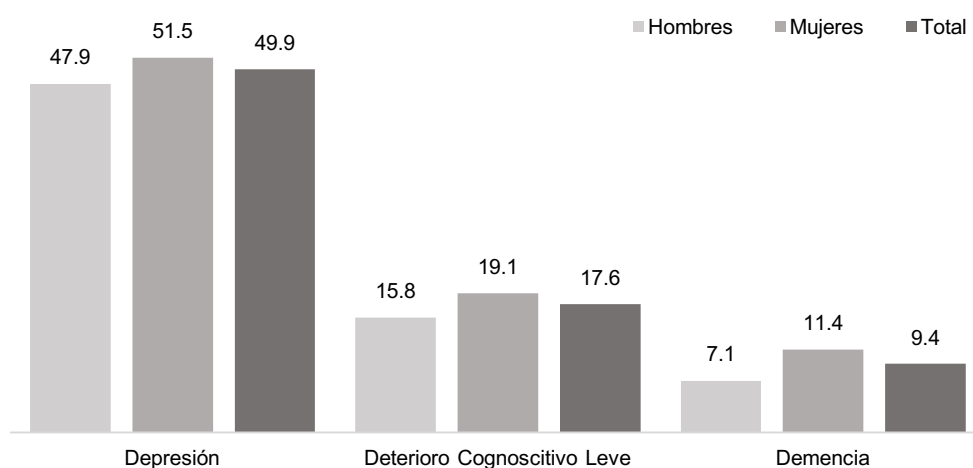
La demencia se mide con base en la funcionalidad de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) usando la escala de Lawton (Minsalud et al. 2016). Se tienen en cuenta cuatro ítems: uso de teléfono, uso de transporte público o taxi, capacidad para manejar sus propios medicamentos, y capacidad para manejar su propio dinero. Si el individuo necesita ayuda o no es capaz de hacer al menos dos de las cuatro actividades, se considera con probable diagnóstico de demencia.

Los datos del estudio de Carga Global de la Enfermedad (2016) indican que, en Colombia, los desórdenes mentales y los neurológicos son la cuarta y la quinta causa,

¹³ Ver http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

respectivamente, de los años vividos con discapacidad en la población de 60 años o más, por encima de las enfermedades cardiovasculares o la enfermedad respiratoria crónica. La Figura 17 muestra el porcentaje de personas diagnosticadas con algún problema de salud mental, por sexo y tipo de diagnóstico, con base en la SABE 2015. La depresión es el trastorno psíquico más frecuente entre los adultos mayores del país, afectando a aproximadamente a la mitad de éstos. Gran parte de la prevalencia de depresión es del tipo leve (44.6%), mientras que la prevalencia de la depresión severa es baja (5.2%) (Minsalud et al. 2016). Le siguen el deterioro cognoscitivo leve (17.6%) y la demencia (9.4%). Para todos los trastornos, la prevalencia es mayor entre las mujeres que entre los hombres.

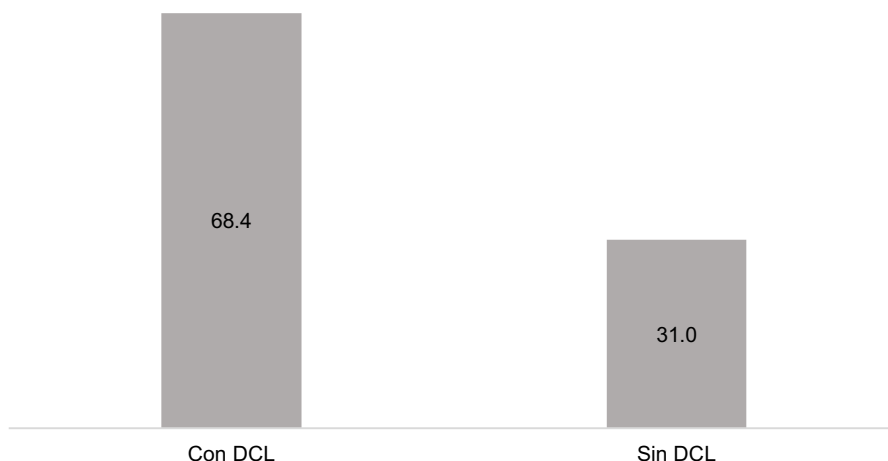
Figura 17. Porcentaje de personas mayores con depresión, deterioro cognoscitivo leve, demencia y problema nervioso mental, según sexo (2015)



Fuente: Minsalud et al. (2016) con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

La presencia de problemas mentales influye en la capacidad de las personas de realizar las actividades de la vida diaria de forma autónoma. Por ejemplo, el deterioro cognoscitivo leve influye en el desarrollo de las actividades instrumentales, dado que las mismas están mayormente relacionadas con la capacidad cognitiva y motriz, e implican la interacción de la persona con su entorno. La Figura 18 indica que las personas adultas mayores que sufren de deterioro cognoscitivo leve muestran niveles de dependencia funcional en actividades instrumentales mayores que aquellas con una función cognitiva normal.

Figura 18. Porcentaje de personas mayores con dependencia funcional en AIVD según presencia de deterioro cognoscitivo leve (DCL) (2015)



Fuente: Minsalud et al. (2016) con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

Fragilidad

Para evaluar el riesgo aumentado de una pérdida de dependencia funcional en las personas mayores, se desarrolló el concepto de fragilidad, el cual está asociado a una mayor vulnerabilidad y menor resistencia a eventos adversos y, por tanto, a una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades, experimentar caídas, hospitalizaciones, y muerte (Fried et al. 2001; 2004). Según el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)¹⁴, la fragilidad refiere a “una disminución de la reserva funcional y resistencia a estresores, debido al declive acumulado de múltiples sistemas fisiológicos”, que tiene como consecuencia un aumento en el riesgo de sufrir episodios adversos para la salud, como enfermedades, caídas, hospitalización, discapacidad, e incluso muerte (Minsalud et al. 2016, 377). Por tanto, la fragilidad se considera como una situación de riesgo para desarrollar discapacidad y un buen predictor de la dependencia funcional.

La encuesta SABE 2015 permite medir la fragilidad bajo el concepto de Fenotipo de Fragilidad de Fried, el cual clasifica a las personas en tres categorías: frágil, pre-frágil y no frágil, a partir de 5 componentes: nutrición, fuerza de agarre, energía, movilidad, y actividad física (ver Recuadro 6).

¹⁴ A pesar de las transformaciones institucionales que ha tenido el Ministerio de Salud y Protección Social, a lo largo del documento se va a usar este nombre o sus siglas correspondientes MSPS para referirse a él. En 2002, el Ministerio de Salud y el Ministerio del Trabajo se fusionaron en el Ministerio de la Protección Social (MPS). En el año 2011, el Ministerio de la Protección Social se divide nuevamente en dos: el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud y de la Protección Social (MSPS) conocido como MinSalud.

Recuadro 6. El concepto de fragilidad y su medición en Colombia

Aunque existe consenso en que la condición de fragilidad es un buen predictor de la condición de dependencia y mortalidad, no existe consenso en cuanto a su definición y medición. En la actualidad existen dos modelos teóricos: el Fenotipo de Fragilidad (Fried et al. 2001) y el Índice de Fragilidad (Rockwood et al. 2007). El primero establece la fragilidad como una situación de riesgo para desarrollar discapacidad, y propone cinco componentes para medirla: la pérdida de masa corporal, fuerza, resistencia, y capacidad para caminar, así como la presencia de bajos niveles de actividad, debiendo coexistir varios de estos componentes simultáneamente para que se pueda hablar de fragilidad. Un individuo es clasificado como “frágil” si presenta tres o más signos, “pre-frágil” si presenta uno o dos, y “no frágil” si no presenta ninguno. El segundo modelo para medir la fragilidad la enfoca como la adición de varios componentes, entre los que están la comorbilidad y la discapacidad, y la mide como un índice continuo que considera una lista de 70 condiciones clínicas y de salud.

En Colombia, los análisis de fragilidad a partir de la encuesta SABE se han hecho bajo el concepto de Fenotipo de Fragilidad de Fried. Siguiendo la metodología de la publicación de la SABE (Minsalud et al. 2016), aquí se utiliza este concepto con una modificación de los componentes inicialmente planteados por Fried, realizada por Alvarado et al. (2008). Se evalúan cinco componentes para fragilidad física: (i) nutrición, medida por la pérdida de peso no intencional en los últimos tres meses (mayor a 3 kg); (ii) fuerza de agarre ajustada por sexo e Índice de Masa Corporal (IMC)¹⁵; (iii) energía, medida por el autorreporte de cansancio físico o agotamiento basado en dos preguntas de la escala de depresión geriátrica¹⁶; (iv) movilidad, medida por la dificultad para caminar 400 metros; y (v) actividad física¹⁷. Una persona se considera “vigorosa” si no cumple ninguno de los cinco criterios, “pre-frágil” si cumple uno o dos criterios y “frágil” si cumple tres o más.

La Tabla 6 indica que un 15.6% de las personas de 60 años o más es frágil, mientras que un 60.4% es pre-frágil. A medida que la edad avanza, aumenta el porcentaje de personas frágiles, llegando a ser 35.5% en el grupo de 80 años o más. Es decir, más de una tercera parte de los de edad más avanzada son frágiles, mientras que sólo un 14% son vigorosos.

Tabla 6. Distribución de la población adulta mayor según nivel de fragilidad, por grupo de edad (2015)

Edad	Vigorosa	Prefragil	Frágil	Total
60 o más	24.0	60.4	15.6	100.0
60-69	26.0	62.2	11.8	100.0
70-79	22.4	59.1	18.5	100.0
80 o más	14.0	50.5	35.5	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

¹⁵ Se tomó la medición más alta del total de 4 mediciones (2 en cada mano), y para el cálculo del IMC (=Peso/Talla²) se ajustó la talla por la altura de la rodilla según fórmula estandarizada. El ajuste se hace debido a los cambios corporales asociados al envejecimiento. Se utilizó la siguiente fórmula (Sierra 2009):

Talla hombres (cm) = (2.03 x altura-rodilla (cm)) – (0.04 x edad (años)) + 64.19

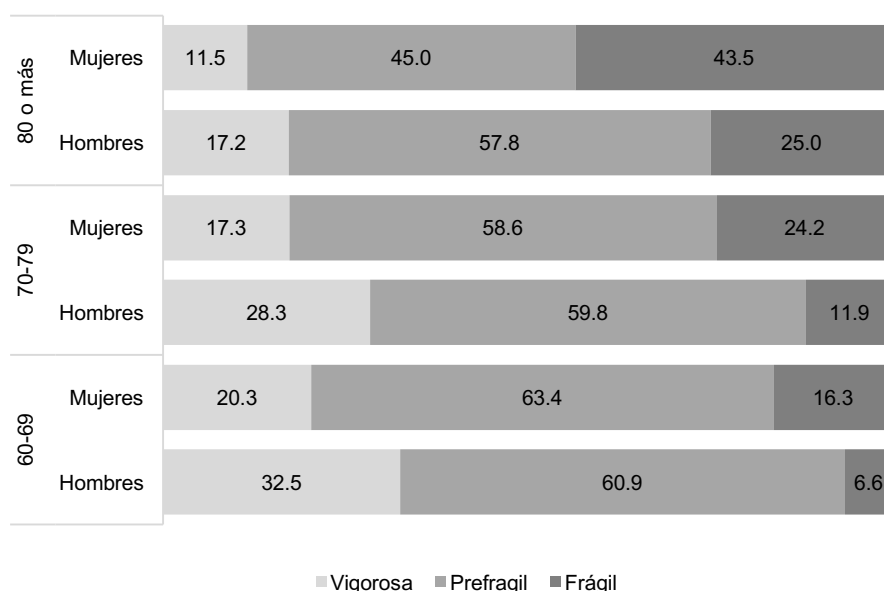
Talla mujeres (cm) = (1.83 x altura-rodilla (cm)) – (0.24 x edad (años)) + 84.88

¹⁶ Las dos preguntas de la escala de depresión geriátrica usadas son “se siente lleno de energía” y “ha abandonado cosas o actividades que le gustan” (una respuesta de “No” en la primera y/o “Sí” en la segunda cumplen con el criterio de falta de energía).

¹⁷ La actividad física se midió con la escala de Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) de Reuben (1990) que clasifica a las personas adultas mayores en cuatro niveles de actividad: las que realizan ejercicio físico frecuente, las que realizan actividad física moderada (caminan con frecuencia largas distancias), las que realizan actividad física ligera (caminan con frecuencia distancias cortas) y las inactivas. La inactividad es el criterio que se tiene en cuenta.

La fragilidad es más prevalente entre las mujeres que entre los hombres, en todos los grupos de edad. Así, en el grupo de 80 años o más, 43.5% de las mujeres son frágiles, mientras que sólo un 25% de los hombres lo son (Figura 19).

Figura 19. Distribución de población adulta mayor según nivel de fragilidad, por grupo de edad y sexo (2015)



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

Factores de riesgo

Los datos presentados en la sección anterior evidencian una alta prevalencia de enfermedades crónicas entre la población adulta mayor, la cual aumenta con la edad. Por tanto, es de esperarse que la prevalencia de enfermedades crónicas aumente en el tiempo, a medida que la población envejece. Sin embargo, no todo el aumento en las enfermedades crónicas puede atribuirse al envejecimiento. En particular, el consumo excesivo de alcohol, el tabaco, el sedentarismo, una alimentación no saludable, y una mala salud bucal, son factores de riesgo que inciden en la probabilidad de desarrollar este tipo de enfermedades (OMS 2002).

En el caso de Colombia, Latorre y Barbosa (2012) muestran que, entre 1998 y 2008, las tasas de mortalidad, morbilidad y atención en consulta externa para el grupo de enfermedades crónicas entre la población adulta mayor se mantienen estables o aumentan, indicando la necesidad de adoptar un enfoque de prevención y no solamente de tratamiento¹⁸. Los comportamientos individuales saludables son uno de los factores protectores para una esperanza de vida saludable y un envejecimiento activo (OMS 2002)

¹⁸ Las enfermedades consideradas en el estudio son: infarto agudo de miocardio (iam), hipertensión arterial (hta), diabetes mellitus (dm) y accidente cerebrovascular (acv) (Latorre y Barbosa 2012, 46-49).

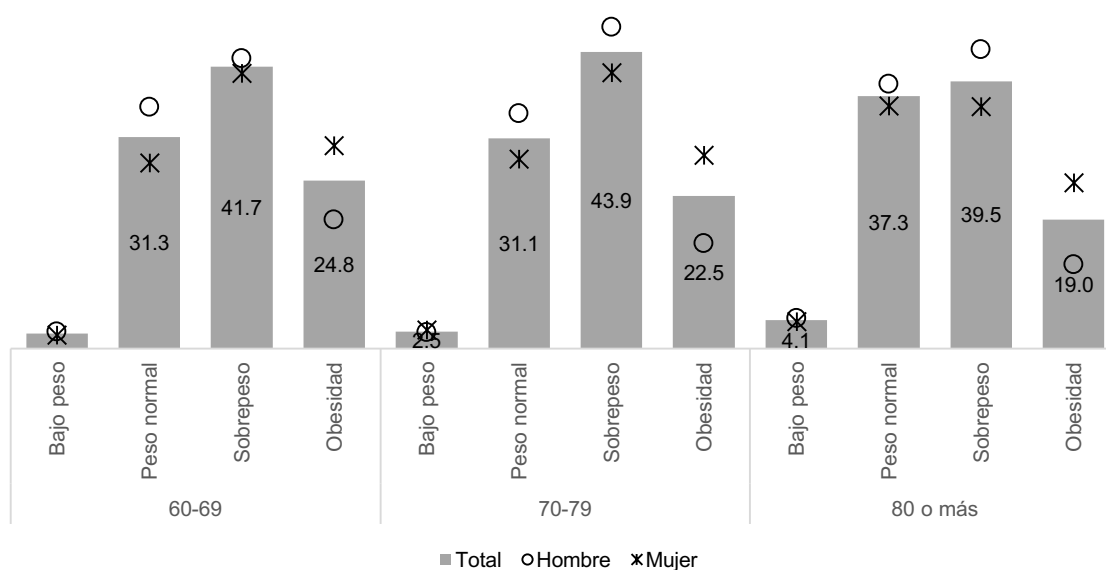
¹⁹ El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (OMS 2001).

En Colombia, la encuesta SABE 2015 permite medir algunos de estos factores de riesgo conductuales en los adultos mayores. En particular, en esta sección se analiza: estado nutricional como indicador de dieta inadecuada, consumo de tabaco, consumo de alcohol, y actividad física. Las definiciones que aquí se establecen siguen las usadas en la publicación de la SABE 2015 (Minsalud et al. 2016).

Estado nutricional

Los hábitos de alimentación no saludable pueden producir el desarrollo de una condición de malnutrición. En Colombia, sólo un 31.7% de la población adulta mayor tiene un peso normal, un 2.4% tiene bajo peso, mientras que un 42.2% tiene sobrepeso y un 23.7% tiene problemas de obesidad (SABE 2015)²⁰. Esta alta prevalencia de sobrepeso y obesidad son importantes debido a su relación con enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II, hipertensión, presencia de altos niveles de colesterol y triglicéridos en la sangre. Aunque no hay cambios marcados con la edad, sí hay diferencias por sexo: las mujeres adultas mayores se ven más afectadas por la obesidad que los hombres, en todos los grupos de edad (Figura 20). Así, en el grupo 80 años o más, el 24.5% de las mujeres son obesas mientras que sólo el 12.4% de los hombres están en esta condición. En todos los grupos de edad la obesidad tipo I es prevalente, tanto en hombres como en mujeres. Para el total de población de 60 años o más, el 17% tiene obesidad tipo I, el 5.2% obesidad tipo II y 1.5% obesidad tipo III.

Figura 20. Distribución de población adulta mayor según estado nutricional por IMC, por grupos de edad y sexo (2015)



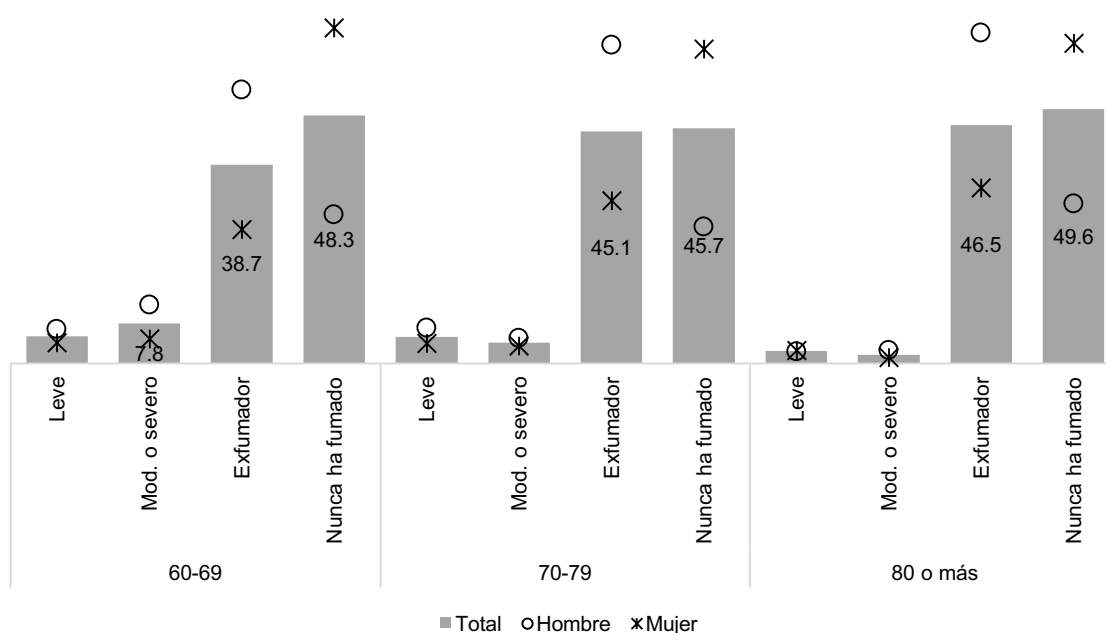
Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

²⁰ El estado nutricional es valorado con el Índice de Masa Corporal (IMC) (=Peso/Talla²), ajustando la talla por la altura de la rodilla según se detalló en el Recuadro 1.7. Se clasifica el estado nutricional en 4 categorías: bajo peso (IMC < 18,5), peso normal (19 ≤ IMC < 25), sobrepeso (25 ≤ IMC < 30), y obesidad (IMC ≥ 30). La obesidad puede clasificarse en obesidad tipo I (30 ≤ IMC < 34,9), obesidad tipo II (35 ≤ IMC < 39,9) y obesidad tipo III (IMC ≥ 40).

Consumo de tabaco

Según la Organización Mundial de la Salud, el consumo de tabaco es el principal factor de riesgo modificable detrás de las enfermedades no transmisibles en todas las edades, y una importante causa de muerte prematura y de pérdida de capacidad funcional (OMS 2002). La encuesta SABE 2015 indica que 47.7% de la población adulta mayor nunca ha fumado, 41.6% es exfumador y un 10.7% son fumadores actuales (4.8% son fumadores leves y 5.8% fumadores moderados o severos)²¹. El porcentaje de exfumadores aumenta con la edad, de 38.7% en el grupo 60-69 años a 46.5% en el de 80 años o más (Figura 21). Este resultado es favorable, dado que los beneficios de dejar de fumar son amplios y aplicables a cualquier grupo de edad, y los efectos son mayores a medida que pasa el tiempo sin fumar (OMS 2002). En todos los grupos de edad, las mujeres reportan mayor frecuencia nunca haber fumado, mientras que los hombres reportan más ser exfumadores. En el grupo de 80 años o más, un 64.4% de los hombres son exfumadores mientras que un 62.3% de las mujeres nunca ha fumado.

Figura 21. Distribución de población adulta mayor según consumo de tabaco, por grupos de edad y sexo (2015)



Nota: *Leve* se refiere a fumador leve, *Mod. o severo* se refiere a fumador moderado o severo (ver nota al pie 21)

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

²¹ El consumo de tabaco se mide a través del número de cigarrillos fumados en el día. Específicamente, se clasifica a los fumadores actuales en: leves (consumen menos de 6 cigarrillos diarios); moderados (consumen entre 6 y 15 cigarrillos diarios); y severos (consumen más de 15 cigarrillo al día). Los no fumadores actuales se clasifican en: exfumadores y los que nunca han fumado.

Consumo de alcohol

De acuerdo con la OMS (2002), los cambios metabólicos que acompañan al envejecimiento aumentan la predisposición a las enfermedades relacionadas con el alcohol, entre las que se incluyen la desnutrición y las enfermedades hepáticas, gástricas y del páncreas. La encuesta SABE 2005 indica que el 13.7% de los adultos mayores consumieron alcohol en el último mes, siendo mayor el porcentaje en los hombres que en las mujeres, y con una tendencia a bajar la frecuencia de consumo con la edad (Tabla 7). Aún en el grupo de 80 años o más, cerca del 10% de los hombres consumieron alcohol en el último mes, cifra relativamente alta dada la edad, y el consecuente peligro por la mezcla de alcohol con medicamentos, y el mayor riesgo de sufrir caídas debido a la mayor fragilidad.

Tabla 7. Porcentaje de población adulta mayor que consumió alcohol* en el último mes, por grupos de edad y sexo (2015)²²

Edad	Sí consumió		
	Hombres	Mujeres	Total
60 o más	23.0	5.9	13.7
60-69	28.2	7.8	17.4
70-79	18.1	3.8	10.2
80 o más	9.9	3.2	6.0

* Por lo menos una vez a la semana

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

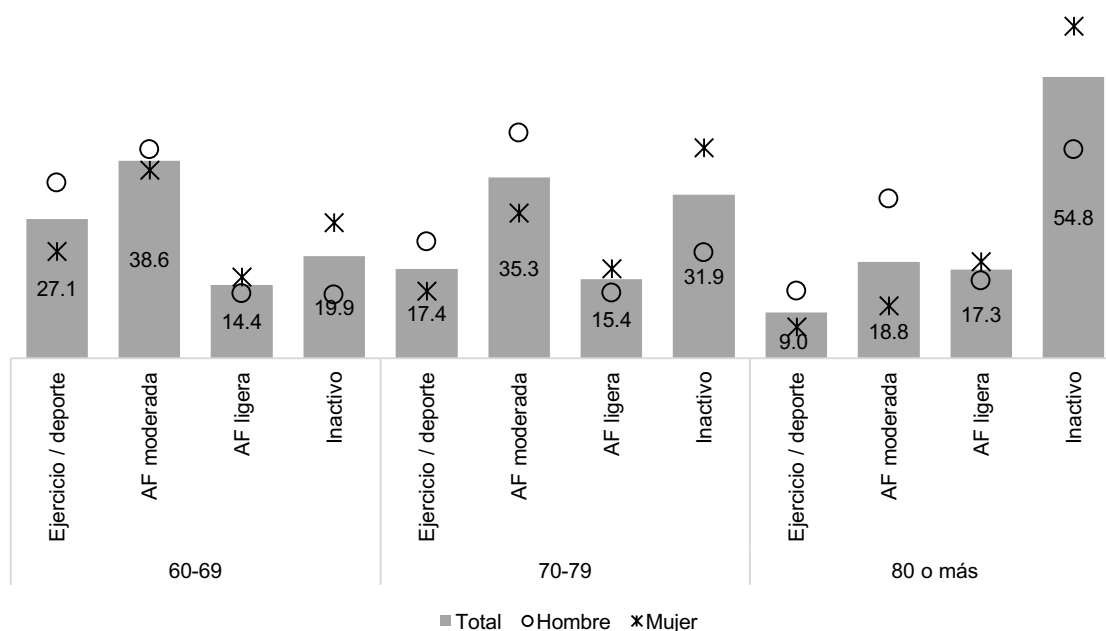
Actividad física

La actividad física regular permite la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (OMS 2002). Con base en la escala de Reuben (1990)²³, la encuesta SABE 2015 indica que un 21.9% de los adultos mayores realiza una actividad deportiva o física vigorosa, el 35% una actividad física moderada, el 15.1% una actividad física ligera y el 28% son inactivos. Como era de esperarse, la actividad deportiva o física vigorosa disminuye con la edad, mientras que la inactividad aumenta (Figura 22). En el grupo de 80 años o más el sedentarismo es predominante: 54.8% es físicamente inactivo. Las mujeres son más sedentarias que los hombres, en todos los grupos de edad, aunque el diferencial se amplía con la edad. Así, en el grupo de 80 años o más, el 64.8% de las mujeres son sedentarias frente a un 40.7% de los hombres.

²² Aquí se utiliza el indicador de sí/no consumió alcohol por lo menos una vez a la semana en el último mes sin tener en cuenta la frecuencia y la cantidad diaria, pues los resultados de frecuencia indican que la cantidad reportada de mayor frecuencia es menor a las unidades de alcohol establecidas por la OMS (Minsalud et al. 2016, 245).

²³ Ver nota al pie 17.

Figura 22. Distribución de población adulta mayor con reporte de actividad física en la semana, por grupo de edad y sexo (2015)



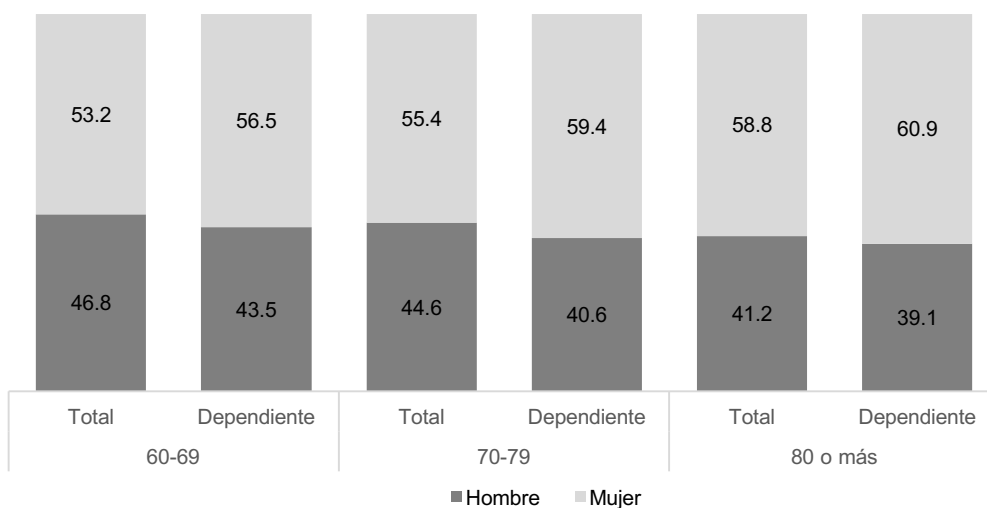
Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

1.3 Características socioeconómicas de la población adulta mayor

Las personas que requieren de servicios de cuidado pueden recibirlo directamente de su grupo familiar, de la comunidad, del Estado, o comprarlos en el mercado. En muchos casos, las características de sus hogares son un factor determinante para el acceso a los servicios del Estado, en particular cuando estos últimos se basan en criterios socioeconómicos para definir el acceso a subsidios o a los servicios disponibles. Por otra parte, las características de su grupo familiar son también determinantes de la capacidad de contar con ayuda informal. Esta sección presenta las principales características socioeconómicas de la población adulta mayor del país, con el fin de poder dar cuenta de su capacidad de enfrentar sus necesidades de cuidado, ya sea que lo provea el mismo grupo familiar o sea brindado por el sector público o privado.

El 54.5% de la población de 60 años o más son mujeres, porcentaje que aumenta a 58.7% entre los adultos mayores funcionalmente dependientes, entendidos como aquellos con dificultad para realizar por lo menos una actividad de la vida diaria. La mayor prevalencia de mujeres entre los funcionalmente dependientes puede relacionarse con la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, de fragilidad y de limitaciones físicas permanentes en esta población respecto a los hombres, como se evidenció en las secciones anteriores. El porcentaje de mujeres también aumenta con la edad, tanto entre el total de población como entre los que presentan algún nivel de dependencia funcional (Figura 23), lo cual está relacionado con la mayor longevidad de las mujeres, produciendo lo que se conoce como “feminización de la vejez”. Así, en el grupo de 80 años o más, el 58.8% del total y el 60.9% de los funcionalmente dependientes son mujeres.

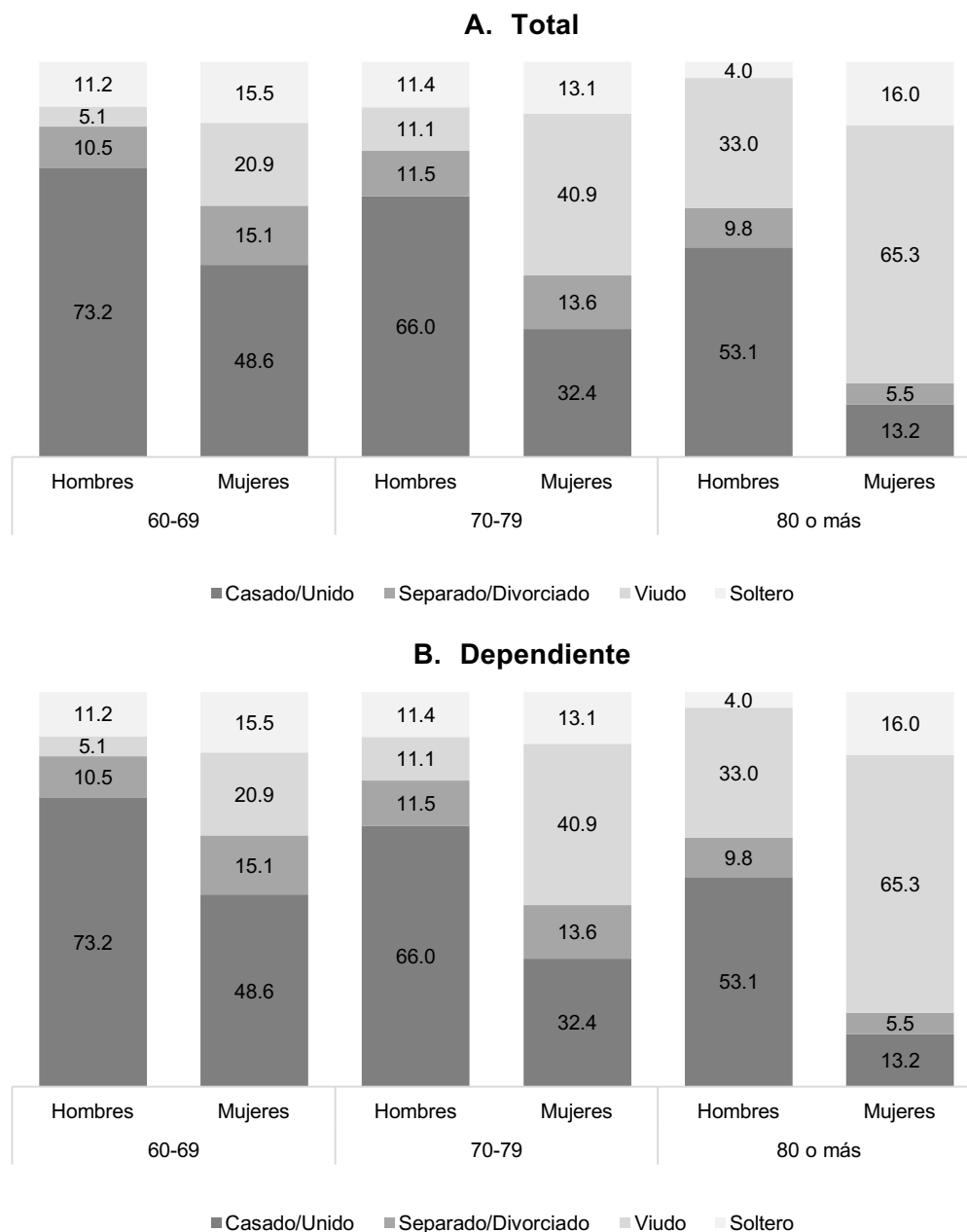
Figura 23. Distribución de población adulta mayor por sexo, según grupo de edad y condición de dependencia funcional (2015)



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

La mayor longevidad de las mujeres también ayuda a explicar las diferencias en el estado conyugal entre hombres y mujeres adultos mayores. La Figura 24 A muestra que, para el total de población, el porcentaje de hombres y mujeres viudas aumenta con la edad, lo cual es esperable. Pero también indica que hay un mayor porcentaje de viudez en las mujeres que en los hombres, diferencia que aumenta con la edad. En el grupo 80 años o más, el 65.3% de las mujeres son viudas, mientras que sólo un 33% de los hombres son viudos. Esta diferencia se debe no sólo a la mayor mortalidad entre los hombres que entre las mujeres, sino también a que los hombres son más propensos a conformar nuevas uniones cuando quedan viudos, lo cual es evidente en el mayor porcentaje de hombres que de mujeres casados/unidos a edades avanzadas: 53.1% y 13.2% respectivamente. Esta condición conyugal es similar en la población dependiente (Figura 24 B).

Figura 24. Distribución de población adulta mayor por estado conyugal según grupo de edad, sexo y condición de dependencia funcional (2015)



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

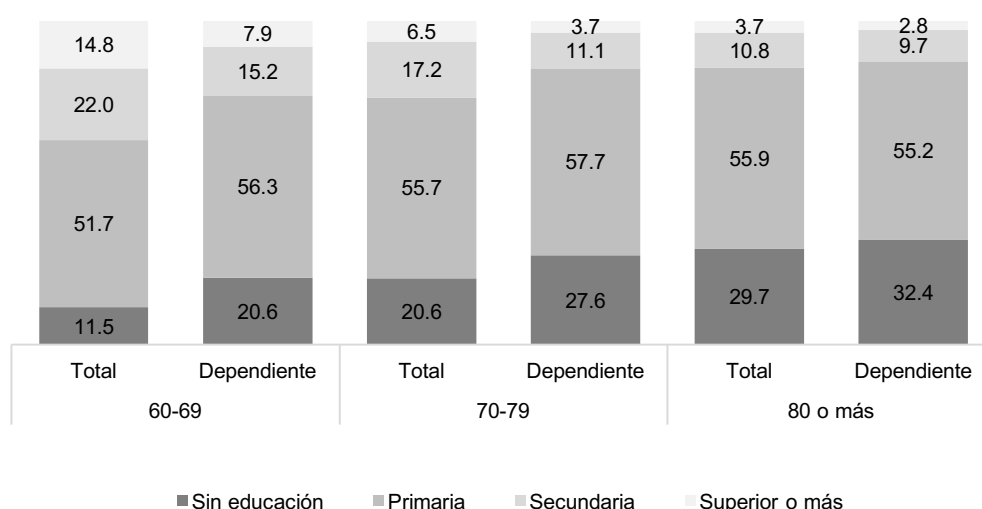
En cuanto al lugar de residencia, la SABE 2015 indica que el 78.1% de la población de 60 años o más reside en las cabeceras municipales²⁴, porcentaje que baja a 73.5% en los adultos mayores funcionalmente dependientes. Esta diferencia sugiere que los adultos mayores funcionalmente dependientes están más concentrados en las zonas rurales que

²⁴ El DANE define cabecera municipal como el “área geográfica que está definida por un perímetro urbano, cuyos límites se establecen por acuerdos del Concejo Municipal. Corresponde al lugar donde se ubica la sede administrativa de un municipio.”

el total de la población adulta mayor, lo cual puede tener implicancias en términos de acceso a los servicios de apoyo y ayuda.

Respecto al nivel educativo, las cohortes más jóvenes tienen mayor educación que la población de más edad, resultado del aumento en el nivel educativo de la población colombiana como parte del proceso de modernización y desarrollo. Según resultados de la ENDS 2015, un 5.1% de la población total del país no tiene educación y un 20.5% tiene educación superior (MSPS y Profamilia 2017). La encuesta SABE 2015, por su parte, indica que 16.6% del total de la población de 60 años o más no tiene educación y un 10.8% tiene educación superior, cifras que pasan a 29.7% y 3.7% respectivamente entre los mayores de 80 años (Figura 25).

Figura 25. Distribución de población adulta mayor por nivel educativo, según grupo de edad y condición de dependencia funcional (2015)

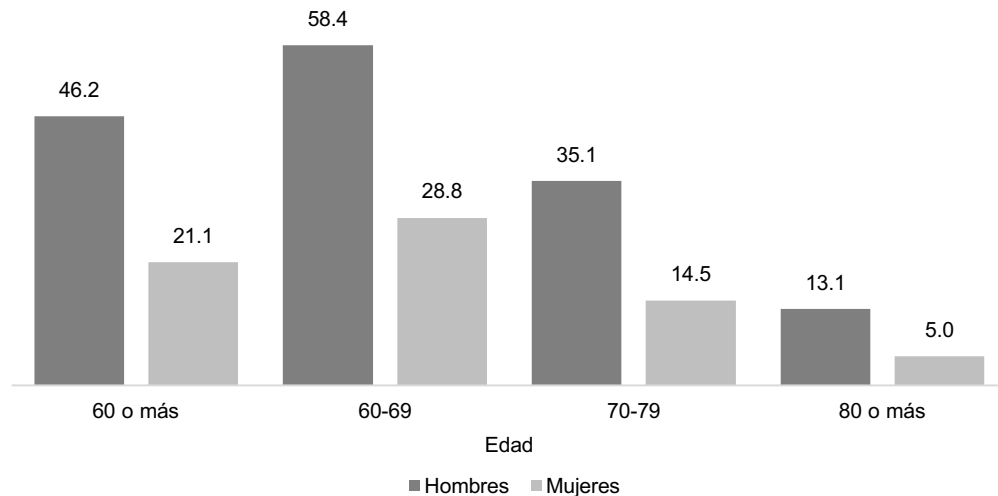


Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

La Figura 25 también muestra que la población adulta mayor funcionalmente dependiente tiene menor nivel educativo, en todas las edades, que el total de población adulta mayor, aunque la diferencia disminuye a medida que aumenta la edad. Por ejemplo, entre el total de la población de 60 a 69 años, un 11.5% no tiene educación, porcentaje que casi se duplica entre los funcionalmente dependientes del mismo grupo de edad (20.6%).

Respecto a la condición de actividad, el porcentaje de la población adulta mayor ocupada era 36.2% en 2016 según la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). Esta cifra es apenas mayor a la reportada por la encuesta SABE 2015 (32.5%). El porcentaje de ocupados es significativamente mayor entre los hombres (46.2%) que entre las mujeres (21.1%), lo cual es característico del mercado laboral colombiano, y disminuye con la edad para ambos sexos (Figura 26).

Figura 26. Porcentaje de población adulta mayor que trabaja, por grupos de edad y sexo (2015)

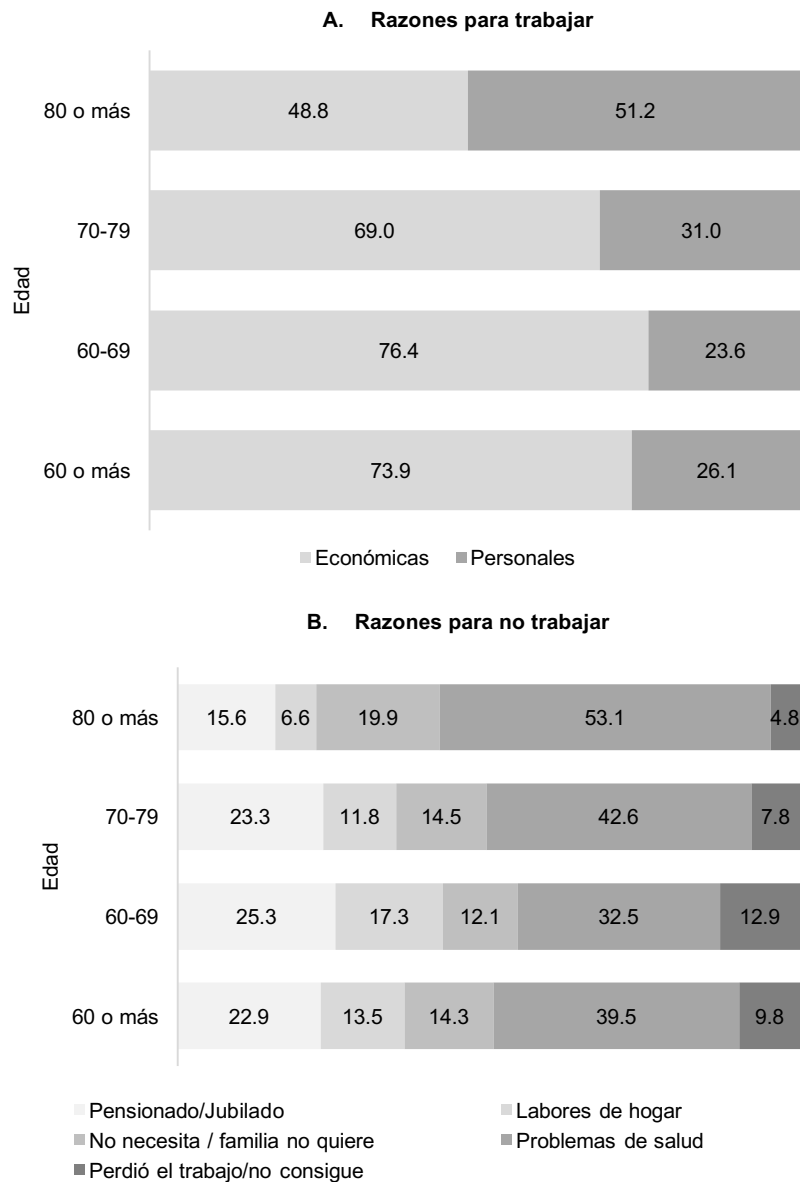


Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

La Figura 27-A muestra la distribución de las personas adultas mayores que trabajan, según el motivo para trabajar. Cerca del 74% del total de personas de 60 años o más que trabaja lo hace por razones económicas (necesita ingresos o necesita ayudar a la familia) y sólo un 26% por razones personales (mantenerse ocupado, sentirse útil, le gusta el trabajo). Este resultado indica que la mayor parte de las personas adultas mayores que trabajan, aún después de cumplir su edad de jubilación (57 años en las mujeres y 62 años en los hombres) no se retiran del mercado laboral, aunque quisieran, porque necesitan generar ingresos (lo que se conoce como “retiro oculto”). Como se afirma en la Misión Colombia Envejece, muchas personas mayores deben continuar trabajando pasada la edad de jubilación, aún cuando sus capacidades físicas se ven disminuidas, por motivos económicos. Incluso entre quienes cobran alguna pensión, muchos declararon continuar trabajando en el mercado informal, ya que el monto de esta resultaba insuficiente para cubrir sus gastos (Fedesarrollo y FSC 2015).

El mercado laboral colombiano se caracteriza por una alta tasa de informalidad: según la GEIH, en 2016 casi la mitad (48.7%) de los ocupados en las 23 áreas metropolitanas del país estaba en el sector informal. Según la Misión Colombia Envejece, después de la edad de jubilación, las altas tasas de informalidad aumentan para los adultos mayores: 73% en los hombres y 84% en las mujeres urbanas. Varias son las razones de esta alta informalidad, por ejemplo, su bajo nivel educativo, el preferir jornadas más cortas y flexibles, el verse obligadas a aceptar trabajos de menor calidad (Fedesarrollo y FSC 2015).

Figura 27. Distribución de la población adulta mayor según razones para trabajar y razones para no trabajar (2015)



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

Entre las personas adultas mayores que no trabajan, la mayoría declara que no lo hace por problemas de salud (23%), razón que cobra importancia a medida que avanza la edad: pasa de 32.5% en el grupo 60-69 años a 53.1% en los de 80 años o más (Figura 27-B). Así, el deterioro de la salud con el envejecimiento es un factor que influye en la decisión de abandonar el mercado laboral. No es despreciable el porcentaje que no trabaja por dedicarse a labores del hogar, entre las cuales se podría pensar que se incluye el tiempo dedicado a brindar apoyo a las personas mayores dependientes: 17.3% en los grupos de 60 a 69 años y 6.6% en los de 80 años o más, porcentajes que seguramente son mucho mayores entre las mujeres que entre los hombres.

Según la Misión Colombia Envejece, la tasa de pobreza nacional es significativamente menor a la tasa de pobreza en la población de 65 años o más: 19.5% vs 44.7% en 2010 (Fedesarrollo y FSC 2015, 115). Es decir, los adultos mayores son más pobres que el total de la población. La alta pobreza en los adultos mayores surge de los bajos niveles de ingreso que perciben. Por un lado, sólo una tercera parte trabaja, y una alta proporción lo hace en el mercado informal, el cual se caracteriza por ingresos más bajos e inestables. Por otro lado, sólo alrededor del 31% de la población en edad de jubilación recibe una pensión (Fedesarrollo y FSC 2015). El gasto en pensiones no contributivas en Colombia equivale a 0.14% del PIB, uno de los más bajos de la región, en donde el promedio alcanza 0.4% del PIB. De hecho, el monto de los beneficios otorgados por el programa Colombia Mayor es de una décima parte del salario mínimo nacional (Fedesarrollo y FSC 2015, 93).

La encuesta SABE 2015 confirma la condición de bajos ingresos de la población adulta mayor. La Tabla 8 muestra que, aunque el 73.1% de este grupo poblacional recibió ingresos en el último mes, un 56.7% recibió un monto por debajo a un salario mínimo mensual legal vigente y un 20% adicional recibió justo un salario mínimo nacional²⁵, sin grandes diferencias por grupo de edad ni por sexo. Las principales fuentes de esos ingresos son: ayuda de familiares, trabajo, pensión o sustitución de pensión, y subsidios del Estado. Un porcentaje significativo (15.4%) no recibe dinero, lo cual es un poco mayor entre el grupo de 80 años o más (18.8%) (Tabla 8).

Tabla 8. Porcentaje de adultos mayores que recibieron ingresos en el último mes, por grupos de edad y sexo (2015)

Edad	Recibió ingresos			Distribución por nivel de ingresos en SMMLV				Fuente de ingresos						
	Hombres	Mujeres	Total	< 1	1	1 a 2	>2	Trabajo	Pens ^a	Sub ^b	Renta ^c	Fam ^d	Otro	No ^e
60 o más	77.0	69.8	73.1	56.7	20.0	13.8	9.5	30.4	28.5	20.6	12.0	31.5	3.2	15.4
60-69	77.9	69.6	73.5	54.4	20.0	14.3	11.2	40.5	28.0	14.9	11.8	29.1	3.1	14.8
70-79	76.7	70.1	73.0	58.1	20.2	13.5	8.2	21.6	30.0	26.7	12.6	34.8	3.1	15.0
80 o más	73.3	69.7	71.2	63.3	19.7	12.7	4.4	6.4	27.3	31.1	11.3	34.8	3.9	18.8

Notas: a. Pensión o sustitución de pensión, incluye solo pensiones contributivas; b. Subsidios del Estado; c. Incluye arriendos, rentas, o inversiones, d. Incluye giros o remesas de familiares en el exterior; y aporte de familiares en el país o exterior; e. No recibe ingresos

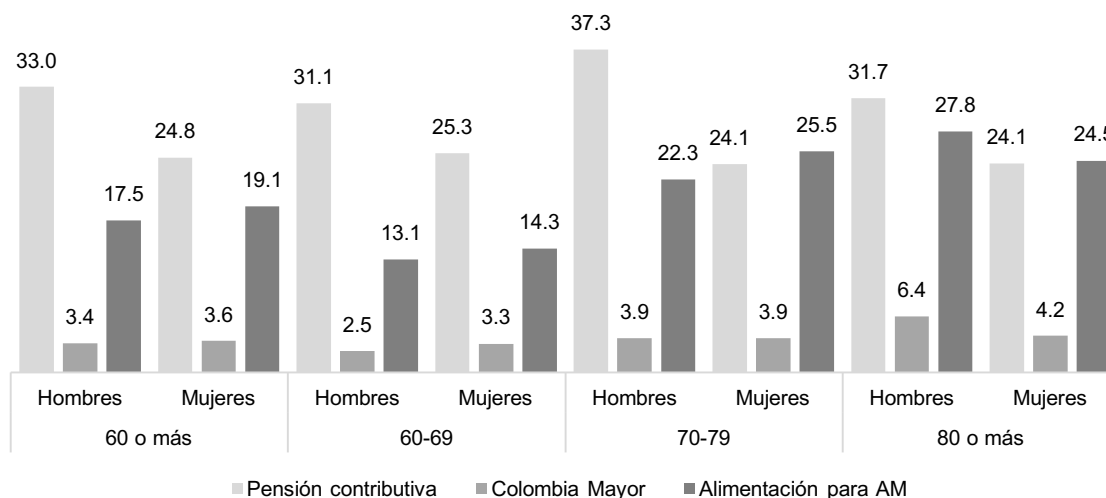
Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

La Figura 28 muestra el porcentaje de adultos mayores que recibe pensión, por tipo de pensión, ya sea contributiva o no contributiva. Una tercera parte (33%) de los hombres y un 24.8% de las mujeres de 60 años o más reciben pensión contributiva. En el caso de las pensiones no contributivas, las diferencias por sexo son casi inexistentes: alrededor de 3.5% es beneficiario de Colombia Mayor, el programa de pensión no contributiva; y alrededor de un 18% es beneficiario del programa Nacional de Alimentación para el adulto mayor²⁶ (Figura 28).

²⁵ El salario mínimo mensual legal vigente en 2015 era de COP\$644,350, equivalente a US\$234.87 (tasa de cambio promedio del año = COP\$2,743.39/1US\$).

²⁶ Este programa tiene como objetivo contribuir a mejorar el consumo de alimentos mediante el suministro de un complemento alimentario a adultos mayores en condiciones de desplazamiento o clasificados en los niveles 1 y 2 del SISBEN, con la participación activa de los entes territoriales, las organizaciones religiosas, las ONG locales y la comunidad. Busca contribuir a mitigar el riesgo nutricional de la población adulta mayor, por medio de un aporte nutricional básico equivalente al 30% de sus necesidades diarias de calorías y nutrientes.

Figura 28. Porcentaje de adultos mayores que reciben pensión contributiva o no contributiva, por grupos de edad y sexo (2015)

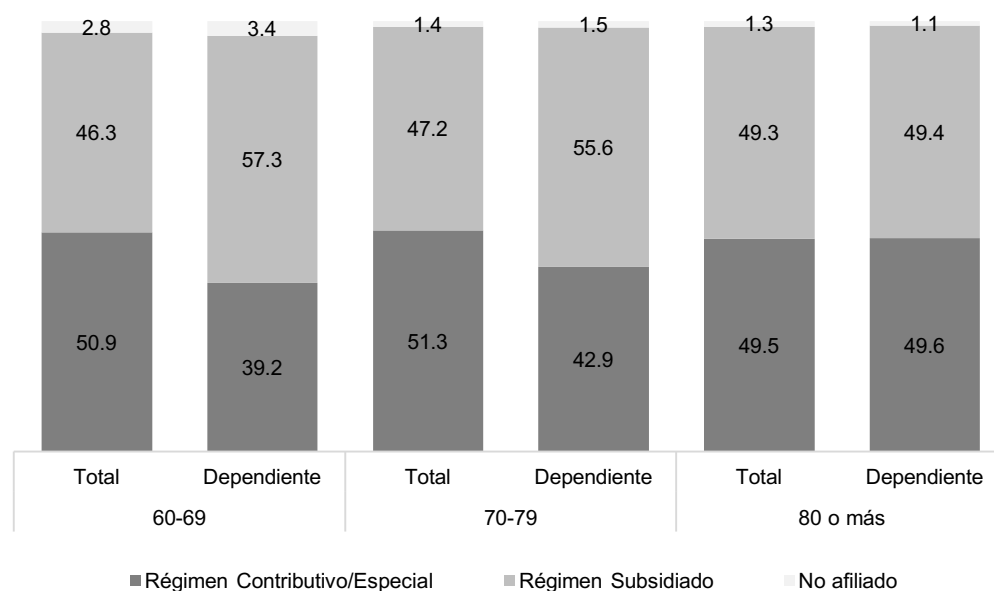


Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

En contraste con los niveles bajos de cobertura de pensiones, los niveles de afiliación al sistema de salud son prácticamente universales entre los adultos mayores²⁷, al igual que para el total de población. Según la ENDS 2015, sólo el 5.5% del total de la población del país no está afiliada al sistema de salud (MSPS y Profamilia 2017). En el caso de los adultos mayores, la SABE 2015 indica que un 2.2% no se encuentra afiliado, porcentaje que es aún menor entre los de edad más avanzada: 1.3% en los de 80 años o más (Figura 29). La alta cobertura de afiliación al sistema de salud se observa también en la población funcionalmente dependiente: sólo un 1.1% de los de 80 años o más dependientes no está afiliado al sistema. Cerca de la mitad de la población adulta mayor está afiliada al régimen contributivo (49%) y la otra mitad al régimen subsidiado (47%), sin grandes diferencias por edad ni por condición de dependencia funcional (Figura 29).

²⁷ Si bien casi toda la población de 60 o más años está afiliada al sistema de salud, el plan de beneficios no cubre conceptos relacionados con apoyo a la dependencia del adulto mayor. Bajo la ley colombiana, el cuidado es obligación del núcleo familiar, sin embargo, mediante mecanismos jurídicos, como la acción de tutela, algunas personas han logrado obtener de manera excepcional un cuidador financiado con recursos del sistema de salud. Este cuidador se otorga en casos de enfermedad grave o que por su condición de edad avanzada dependan totalmente de un tercero para hacer actividades de la vida diaria y su familia no tenga la capacidad física ni económica para dar el apoyo requerido. La resolución 005928 de 2016 establece los requisitos para el reconocimiento y pago de estos servicios ordenados por fallo de tutela a las entidades recobrantes, como un servicio excepcional financiado con cargo a los recursos del sistema. Según la administradora de los recursos del sistema (ADRES) en su boletín de resultados de procesos de recobro, durante el 2017 los prestadores han recobrado COP\$4 mil 992 millones de pesos por concepto de cuidador.

Figura 29. Distribución de población adulta mayor por afiliación al sistema de salud, según grupo de edad y condición de dependencia funcional (2015)



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

Por último, los arreglos residenciales en la vejez tienen implicaciones importantes al momento de evaluar las necesidades de apoyo de la población con dependencia funcional, ya que determinan la red de personas cercanas con las que vive el adulto mayor y, por lo tanto, su capacidad de acceso a la ayuda familiar informal. De acuerdo con la Misión Colombia Envejece, el porcentaje de hogares unipersonales con personas mayores y de hogares múltiples conformados sólo por personas mayores, aumenta de manera importante entre 1990 y 2010: los primeros pasan de 1.7% a 3.3%, y los segundos de 2.8% a 5.7%. De acuerdo con Flórez y Cote (2015) en 2014 cerca de un 30% de los hogares contaba con la presencia de personas adultas mayores, casi una cuarta parte de los hogares (24%) tenía a un adulto mayor como jefe del hogar, y en un 8.4% de los hogares vivían sólo adultos mayores. Estos cambios, hacia un envejecimiento de los hogares, tienen implicaciones en términos de las necesidades de cuidado por fuera del hogar, ya sea provista por otros hogares –con o sin pago– o por instituciones especializadas en cuidado, a medida que estas personas mayores se hacen más longevas y más frágiles en su salud (Fedesarrollo y FSC 2012).

La estructura familiar de los hogares con adultos mayores difiere de la del total de hogares. Flórez y Cote (2015) evidencian que, en 2014, un 37.1% de los hogares con adultos mayores era de tipo extenso/compuesto frente a un 22% del total de hogares; 37.7% de los hogares con adultos mayores era de tipo nuclear²⁸ frente a un 60.6% del total de hogares; y cerca del 18% de los hogares con adultos mayores era unipersonal, es decir, adultos mayores viviendo solos, mientras que en el total de hogares esta tipología representaba el 13%. Estas diferencias indican que los hogares con adultos mayores muestran una organización más de apoyo al convivir con parientes y no parientes (hogares

²⁸ Los hogares nucleares están conformados por padre y madre, con o sin hijos, o por padre o madre con hijos. Los hogares extensos/compuestos están conformados por un hogar nuclear más otros parientes o no parientes.

extensos/compuestos), pero al mismo tiempo muestran una tendencia hacia hogares unipersonales de adultos mayores. Estos últimos requieren una mayor demanda por servicios de apoyo externos al hogar.

Por otra parte, la encuesta SABE 2015 indica que el grueso de los adultos mayores viven en hogares extensos/compuestos (42.1%), siendo mayor en el caso de las mujeres (46.5%) que de los hombres (36.9%) (Tabla 9). Un porcentaje importante de adultos mayores (12.3%) vive en hogares sin núcleo, es decir, hogares en donde no existe un núcleo conyugal primario (pareja) o una relación padre/madre-hijo/hija; y cerca del 10% vive solo (hogares unipersonales), sin diferencias importantes por sexo. Por el contrario, el porcentaje de hombres adultos mayores viviendo en hogares nucleares biparentales (con o sin hijos) es significativamente mayor al porcentaje observado en las mujeres (37.6% vs 19.8%), mientras que un mayor porcentaje de mujeres viven en hogares nucleares monoparentales con hijos (12.5% en el caso de las mujeres frente a 3.9% en el caso de los hombres). Estas diferencias por sexo podrían explicarse por la mayor tendencia de los hombres de unirse nuevamente después de enviudar, como también por la mayor esperanza de vida de las mujeres.

En el caso de la población adulta mayor con dependencia funcional, se observa un aumento en el porcentaje de personas que viven en hogares extensos o compuestos, en detrimento de los hogares nucleares biparentales con o sin hijos (Tabla 9). Este resultado puede relacionarse con el hecho de que las personas con bajos niveles de autonomía seguramente buscan arreglos de convivencia que faciliten el acceso a una red informal de cuidados.

La tipología generacional del hogar indica la composición de los hogares en términos de la convivencia de generaciones. En 2015, la mayoría de los adultos mayores (53.7%) vivía en hogares multigeneracionales, es decir, en hogares con la presencia de las tres generaciones (niños, generación intermedia y adultos mayores²⁹), un 22.9% de los adultos mayores vivía en hogares generacionales de sólo adultos mayores, y un 23.4% vivía en hogares con adultos mayores y generación intermedia (sin niños). La importancia de los hogares generacionales de solamente adultos mayores evidencia no sólo las necesidades de cuidados de estos grupos poblacionales, al no tener apoyo en el hogar de otras generaciones, sino el potencial doble rol que juega el adulto de mayor, como prestador y receptor de cuidado.

²⁹ Generación de niños = menores de 15 años; Generación intermedia = entre 15 y 59 años; Generación de adultos mayores (AM) = 60 años o más.

Tabla 9. Porcentaje de adultos mayores según arreglos residenciales, por sexo y condición de dependencia (2015)

Tipo de hogar	Adulto mayor			Adulto mayor dependiente en al menos una ABVD ^a	Adulto mayor dependiente en al menos una AIVD ^a
	Hombres	Mujeres	Total		
Tipo de estructura de hogar					
Unipersonal	10.3	8.1	9.1	8.0	6.3
Nuclear Biparental con hijos	20.7	9.7	14.7	8.7	10.9
Nuclear Biparental sin hijos	16.9	10.1	13.2	9.4	9.9
Nuclear Monoparental (con hijos)	3.9	12.5	8.6	12.8	10.3
Extensa o compuesta	36.9	46.5	42.1	47.3	49.6
Sin núcleo	11.3	13.1	12.3	13.8	13.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Tipo de hogar generacional^b					
Solo adultos mayores	24.8	21.2	22.9	19.8	18.0
AM y generación intermedia	21.8	24.8	23.4	27.4	24.7
AM, generación intermedia y niños	53.4	54.0	53.7	52.8	57.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Notas: a. Ambos sexos; b. Niños son menores de 15 años, generación intermedia se refiere a personas entre 15 y 59 años, AM son adultos mayores de 60 años

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta SABE Colombia 2015.

1.4 Proyecciones demográficas de la población con dependencia funcional

Realizar proyecciones de población con dependencia funcional generalmente requiere ya sea de información longitudinal, o de dos insumos básicos cuando se trabaja con información de tipo transversal: (1) proyecciones de población, y (2) estimaciones históricas sobre el volumen y estructura de la población con dependencia funcional en varios momentos, que permitan estimar su comportamiento futuro. El principal problema actual para realizar estas proyecciones en Colombia es precisamente la ausencia de datos sobre dependencia funcional, ya sea de tipo longitudinal o de tipo transversal. Hasta la fecha no se dispone de información longitudinal sobre adultos mayores y sólo hay una encuesta transversal representativa a nivel nacional que recoge información sobre dependencia funcional para realizar actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales), como es la encuesta SABE Colombia, realizada en 2015 (ver Recuadro 3 arriba), que además se limita a la población no institucional de 60 años o más que reside en hogares particulares, con información autopercebida sobre la condición y la severidad de la dependencia funcional.

Dada la información actualmente disponible, de tipo transversal únicamente, en este documento se utilizan las proyecciones de población realizadas por Naciones Unidas Revisión 2017³⁰, y la encuesta SABE 2015 como información base sobre población con

³⁰ Las proyecciones de población actualmente disponibles se basan en el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) de 2005. Sin embargo, en 2018 el DANE realizó el CNPV de la década, cuyo operativo de recolección terminó el 31 de octubre de 2018, razón por la cual aún no está disponible. Una vez que el CNPV 2018 esté disponible y se ajusten las proyecciones

dependencia funcional. Es necesario tener presente que el reporte de dependencia funcional es autopercebido. La encuesta SABE se aplicó a una muestra de 23 mil 694 personas adultas mayores no institucionalizadas, que residen en viviendas de hogares particulares (Minsalud et al. 2016). La SABE 2015 no recoge información sobre personas con dependencia internadas en hogares institucionales de cuidado. Por tanto, puede decirse que las poblaciones con dependencia funcional estimadas a partir de esta encuesta adolecen de subregistro.

Se hace un conjunto de tres simulaciones para el año 2025³¹ para la población con dependencia funcional en cuanto a su capacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria, teniendo en cuenta el nivel de severidad que ésta representa, según el número de actividades para las que se tiene dificultad. Los tres posibles escenarios futuros se definen según se suponga que las tasas de dependencia se mantengan en sus niveles actuales, disminuyan, o aumenten.

En la Simulación No.1 se asume que las tasas de dependencia funcional en actividades básicas se mantienen constantes por grupo de edad y sexo. Este comportamiento supone que no hay avances en la medicina, la tecnología médica, o los hábitos de vida saludable, que generen cambios en el surgimiento, tratamiento, y control de las enfermedades, y en los efectos de las enfermedades en la dependencia funcional. Es decir, mira el efecto de los cambios demográficos en el número de dependientes funcionales y en la tasa de prevalencia de la dependencia funcional total, manteniendo constantes los factores de riesgo y los protectores que, a su vez, mantienen constantes las tasas de dependencia por grupo de edad y sexo. Esta simulación da una idea concreta del tamaño de la demanda por servicios de cuidados en el país si no se hace nada al respecto, lo que constituye evidencia para identificar las necesidades de políticas que promuevan hábitos saludables y el envejecimiento activo, que lleven a reducir las tasas de dependencia y disminuir las necesidades de cuidado.

En la Simulación No. 2 se asume que la prevalencia de la dependencia aumenta, lo cual puede deberse tanto al envejecimiento de la población (por un mayor peso de la población de 80 años o más), como al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y de hábitos de vida no saludables, entre otros factores que afectan la dependencia. Para esta simulación se hace el supuesto de que estos factores evolucionarán en Colombia de manera similar a lo sucedido en México. Aunque hay otros países de ALC que tienen información sobre dependencia funcional en adultos mayores y que podrían usarse para las simulaciones en Colombia, se escoge México por la similitud en indicadores demográficos y epidemiológicos entre los dos países en 2015 (Tabla 10), lo cual da sustento al supuesto de evoluciones que sean potencialmente similares en el tiempo. Otra ventaja es que, en el caso de México, existen proyecciones de dependencia. El estudio longitudinal de González et al. (2019) para México estima los determinantes de la dependencia futura de adultos mayores y proyecta al año 2026 la prevalencia de la dependencia en la población de 60 años o más, diferenciando entre leve y severa (según número de ABVD con dificultad).

de población, es necesario revisar y actualizar las proyecciones que aquí se presentan sobre población adulta mayor funcionalmente dependiente.

³¹ Se escoge el año 2025 porque implica una simulación a 10 años. Se considera que proyectar más allá de 10 años tiene una alta incertidumbre dada la falta de datos en el tiempo sobre dependencia funcional.

Tabla 10. Indicadores de envejecimiento (en países seleccionados de ALC)

Indicador	Colombia 2015	México 2015	Chile 2015	Uruguay 2013
% 60 o más años en el total de población	10.8	9.6	15.7	19.1
% 80 o más años en los adultos mayores	12.3	15.7	17.5	22.4
Relacion de dependencia de adultos mayores	2.1	2.4	4.0	6.4
Prevalencia enf. Musculoesqueléticas 60-69 años	35.4	35.9	49.5	45.7
Carga de enfermedades crónicas	66.8	74.5	80.5	78.5
Carga de enfermedades crónicas Pob. 70 años o más	91.7	91.3	89.1	89.4
Esperanza de vida saludable a los 60 años	16.4	14.0	18.7	17.0
% 60+ años con dificultad en 1 o 2 ABVD (leve)	15.2	14.0	5.0	3.6
% 60+ años con dificultad en 3+ ABVD (severa)	6.0	5.1	5.7	1.7

Fuente: Aranco et al. (2018).

Así, en la Simulación No. 2 se parte del cambio estimado por González et al. (2019) para México en las tasas de prevalencia de dependencia funcional entre 2015 y 2026, diferenciando entre leve y severa, y se estima el cambio entre 2015 y 2025 suponiendo una tasa de crecimiento lineal en el período. Se observa que, en México, entre 2015 y 2025 la prevalencia total aumentará 1.27 veces, la dependencia leve aumentará 1.23 veces y la dependencia severa aumentará 1.35 veces. Estos factores se aplican a las tasas de dependencia total, leve y severa por grupos de edad y sexo, estimadas para Colombia en el año 2015, para así obtener la prevalencia de la dependencia en 2025. Para obtener el número de dependientes funcionales, las prevalencias simuladas se multiplican por la población proyectada al 2025.

En la Simulación No. 3 se asume que las tasas de dependencia funcional disminuyen como resultado de fuertes políticas públicas enfocadas en reducir la prevalencia de enfermedades crónicas (como la obesidad y el sobrepeso), afectando sus factores de riesgo e incentivando hábitos de vida y de consumo saludables, entre otros. Se asume que la prevalencia de dependencia leve podría bajar en un 20% y la dependencia severa en un 10%, debido a la mayor dificultad de disminuir la segunda que la primera.

Los resultados de las simulaciones se analizan tanto en términos del número absoluto de adultos mayores con dependencia funcional, como de la prevalencia de la dependencia funcional en este grupo poblacional.

Proyecciones de prevalencia de la dependencia funcional en los adultos mayores

En 2015, más de una quinta parte (21.2%) de la población adulta mayor era funcionalmente dependiente: la mayoría era dependiente leve (15.2%) y un 6% era dependiente severo, siendo las mujeres más dependientes funcionalmente que los hombres. La Tabla 11 muestra los valores estimados en las tres simulaciones de la prevalencia de dependencia funcional.

En la Simulación 1 se mantienen las mismas tasas de prevalencia que en el año 2015. Bajo un escenario pesimista (Simulación 2), estas tasas aumentan debido al envejecimiento y al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y de hábitos de consumo y de

vida no saludables, llegando a una dependencia total de 26.4% en 2025. La prevalencia en el grupo de 80 años o más llega a 68.8%, y a 79.1% en las mujeres de este grupo de edad.

Bajo un escenario optimista (Simulación 3), en donde se realizan fuertes intervenciones de política que llevan a disminuir la prevalencia de las enfermedades crónicas y de otros factores de riesgo, la prevalencia de la dependencia funcional total baja en 18%, pasando de 21.2% en 2015 a 17.3% en 2025. La prevalencia en el grupo de 80 años o más baja de 53.7% a 45.3% en el mismo periodo, mientras que en las mujeres de este grupo baja de 61.8% a 52.1%. Es decir, aún bajo un escenario optimista, más de la mitad de las mujeres de 80 años o más requerirán servicios de apoyo para la realización de sus actividades diarias.

Tabla 11. Proyecciones del porcentaje de personas adultas mayores por nivel de dependencia en ABVD, por sexo y grupos de edad

Edad	Dependencia Leve			Dependencia Severa		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
2015						
60 o más	15.2	11.1	18.7	6.0	4.7	7.0
60-69	9.5	7.0	11.7	2.4	2.0	2.8
70-79	19.4	13.9	23.8	5.4	5.0	5.7
80 o más	30.7	24.3	35.1	23.0	17.8	26.7
Simulación 1 - 2025						
60 o más	15.2	11.1	18.7	6.0	4.7	7.0
60-69	9.5	7.0	11.7	2.4	2.0	2.8
70-79	19.4	13.9	23.8	5.4	5.0	5.7
80 o más	30.7	24.3	35.1	23.0	17.8	26.7
Simulación 2 - 2025						
60 o más	18.6	13.4	22.9	7.8	6.2	9.2
60-69	11.7	8.6	14.4	3.2	2.7	3.8
70-79	23.9	17.1	29.3	7.3	6.7	7.7
80 o más	37.8	29.9	43.2	31.0	24.0	35.9
Simulación 3 - 2025						
60 o más	12.1	8.7	14.9	5.2	4.1	6.2
60-69	7.6	5.6	9.4	2.2	1.8	2.5
70-79	15.5	11.1	19.0	4.9	4.5	5.1
80 o más	24.6	19.4	28.1	20.7	16.0	24.0

Notas: Dependencia leve = dificultad en 1 o 2 ABVD; Dependencia severa = dificultad en 3 o más ABVD
Fuente: Elaboración propia.

Proyecciones del número de adultos mayores con dependencia funcional

En 2015, más de 1.1 millones de personas de 60 años o más eran dependientes, de éstos, 805 mil tenían dependencia leve y 317 mil tenían dependencia severa; cerca de dos terceras partes eran mujeres. Estas cifras son significativas y dan cuenta de la magnitud del problema de cuidados en el país.

La Tabla 12 muestra el número de personas adultas mayores estimadas bajo cada uno de los tres escenarios de simulación. Los resultados indican que, asumiendo que las tasas de dependencia se mantengan constantes (Simulación 1), las propias dinámicas demográficas llevarán a que el número de personas dependientes en el país aumente en 50% en los próximos 10 años, aproximándose a los 1.7 millones de personas en 2025.

Incluso en un escenario optimista, en el que se supone que las tasas de dependencia leve disminuyen un 20% y las de dependencia severa en un 10% con respecto a los valores de 2015 (Simulación 3), las presiones demográficas harán que el número de personas mayores en situación de dependencia aumente en un 24% alcanzando casi los 1.4 millones en 2025.

En un escenario pesimista, donde se supone que la incidencia de enfermedades crónicas —y sus factores de riesgos asociados— continúen al alza como hasta ahora y se observe un aumento de 27% en las tasas de dependencia entre los adultos mayores (Simulación 2), la población adulta mayor funcionalmente dependiente puede llegar a sobrepasar los 2.1 millones. Es decir, en 10 años la población adulta mayor dependiente casi se duplicaría al pasar de 1.1 millones en 2015 a 2.1 millones en 2025.

Tabla 12. Número de personas adultas mayores por nivel de dependencia en ABVD, por sexo y grupos de edad

Edad	Dependencia Leve			Dependencia Severa		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
2015						
60 o más	805,135	266,140	538,995	317,460	114,098	203,362
60-69	285,572	98,438	187,134	73,173	27,993	45,180
70-79	309,765	99,223	210,542	86,666	35,957	50,709
80 o más	209,798	68,479	141,319	157,621	50,148	107,473
Simulación 1 - 2025						
60 o más	1,218,587	397,070	823,378	468,081	166,363	304,519
60-69	438,309	150,491	288,278	110,731	42,997	68,990
70-79	482,595	153,583	329,080	134,331	55,246	78,813
80 o más	297,683	92,996	206,021	223,020	68,120	156,717
Simulación 2 - 2025						
60 o más	1,501,299	489,190	1,014,402	630,037	223,925	409,883
60-69	539,997	185,405	355,158	149,044	57,874	92,860
70-79	594,557	189,214	405,426	180,809	74,361	106,083
80 o más	366,746	114,571	253,818	300,185	91,690	210,941
Simulación 3 - 2025						
60 o más	974,870	317,656	658,702	421,273	149,727	274,067
60-69	350,647	120,393	230,622	99,658	38,698	62,091
70-79	386,076	122,867	263,264	120,897	49,721	70,932
80 o más	238,147	74,396	164,817	200,718	61,308	141,045

Notas: Dependencia leve = dificultad en 1 o 2 ABVD; Dependencia severa = dificultad en 3 o más ABVD
Fuente: Elaboración propia.

Sección 2. El papel del gobierno en la provisión de servicios de cuidado a la dependencia

En Colombia, las políticas públicas de cuidado para la infancia, personas adultas mayores, y personas con discapacidad, tienen un carácter nacional y se desprenden de la Constitución y de la normatividad vigente. El nivel nacional es el responsable de la construcción, monitoreo y evaluación de las políticas, y de establecer los lineamientos generales que orientan el quehacer de los ministerios y el de las entidades territoriales. Sin embargo, son las entidades territoriales las responsables de su ejecución y financiamiento. A partir de la normatividad y de las políticas nacionales, las entidades territoriales definen y ejecutan sus propias políticas, planes y programas de corto, mediano y/o largo plazo (Dalmazzo 2017).

2.1 El Sistema Nacional de Cuidado - SINACU

En el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, el Estado incorpora el tema de los cuidados a la dependencia funcional a la agenda pública y asume

la responsabilidad de participar activamente en el diseño de un Sistema Nacional de Cuidado. A partir de lo establecido en dicho plan, el Departamento Nacional de Planeación (DNP) lidera y coordina el trabajo de las entidades que integran la Comisión Intersectorial de Economía del Cuidado (creada mediante Decreto 2490 de 2013), para el establecimiento de las bases técnicas y conceptuales del Sistema Nacional de Cuidado de Colombia (SINACU).

Según el DNP, el sistema de cuidado se concibe como una forma de articular y coordinar las políticas y programas sectoriales de cuidado que contribuyen a brindar atención integral y de calidad, tanto a quienes requieren cuidados, como a quienes los proveen. Entre sus objetivos específicos se encuentra el desarrollo de estrategias de servicios de cuidado de calidad por parte del Estado, el mercado y la comunidad (DNP 2019 a).

En el proceso de formulación del SINACU, aún en construcción, se han establecido los enfoques y principios del sistema, los ejes orientadores, los agentes responsables, las líneas de acción y la población objetivo, como se muestra en la Figura 30 (DNP 2017, DNP 2019 a).

Figura 30. Estructura del Sistema Nacional de Cuidado



Fuente: DNP 2017, 20.

Los ejes orientadores del Sistema se basan en el enfoque de las tres R: reconocimiento, reducción, y redistribución del trabajo de cuidado no remunerado entre los diferentes miembros de las familias (hombres, mujeres, niños y niñas), el mercado, el Estado y la comunidad (DNP 2017, 24). La redistribución de los cuidados fuera del hogar implica que el Estado, el mercado, y la comunidad juegan un rol muy importante en la provisión de servicios, sustituyendo la carga de cuidados en los hogares.

En particular, el SINACU busca desarrollar estrategias de corresponsabilidad en la provisión de cuidados entre el Estado, el mercado, la comunidad y las familias, fortaleciendo el papel

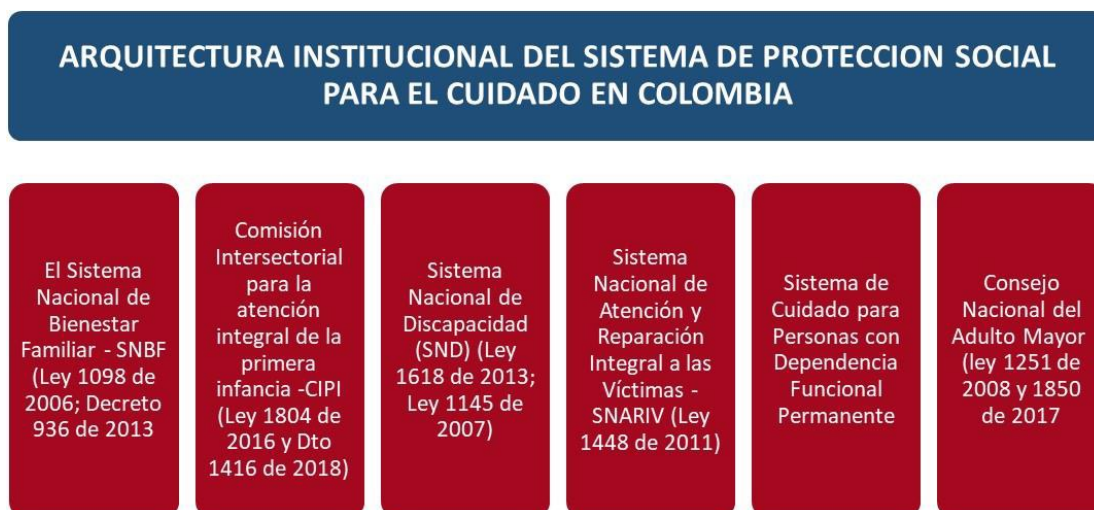
del Estado como regulador y redistribuyendo la carga de las familias (asumida principalmente por las mujeres). Busca, además, desarrollar una oferta de formación para la labor y el trabajo de cuidados que permita aumentar la cobertura en el país y garantizar la calidad de los servicios para la población con dependencia, así como fomentar el autocuidado de las personas que realizan tareas de cuidados (DNP 2017, 18).

Dentro de las líneas de acción, se plantea la prestación de servicios destinados a personas con necesidades específicas de cuidados, ya sea a través de centros de cuidado o servicios de cuidado a domicilio. Dentro de los servicios que afectan la provisión de cuidados, también se menciona el desarrollo y/o ampliación de una infraestructura social como construcción de guarderías o lugares para la atención de personas con dependencia (personas con discapacidad y adultos mayores), los cuales deben responder a las dinámicas laborales actuales de quienes participan en el cuidado en el ámbito familiar. Otra línea de acción se relaciona con la formación de cuidadores, remunerados o no, la cual será orientada al cuidado en la primera infancia, personas con discapacidad dependientes, y adultos mayores dependientes. Adicionalmente, se debe tener en cuenta la creación de incentivos para la creación de empleos vinculados con la profesionalización del cuidado (DNP 2017, 27). El Estado, en su rol como principal responsable del funcionamiento del sistema, es el que debe garantizar la articulación e integración de todos los servicios, así como la regulación de estos.

En cuanto a la institucionalidad del SINACU, cabe destacar que aún está pendiente la designación de una entidad encargada de liderar y coordinar la construcción del mismo (DNP 2019 a, 55). En un primer planteamiento se postuló que la población objetivo del SINACU serían las personas con dependencia funcional, los niños menores de 6 años y los cuidadores, tanto formales como informales. Además, se estableció la necesidad de formular acciones que fomenten la participación económica de las mujeres que realizan trabajos de cuidados no remunerados (DNP 2017).

Sin embargo, en el reciente documento en discusión “Propuesta Bases y Sistema de Cuidado en Colombia” (DNP 2018 a), se avanza en la construcción de una arquitectura institucional para la atención de distintas poblaciones y sus requerimientos de cuidado específicos, donde se identifica a la población objetivo del SINCAU según los distintos sistemas de protección social en Colombia (Figura 31). Siguiendo esta lógica, se plantea que la población con dependencia funcional permanente y sus cuidadores serían objetivo del Sistema Nacional de Cuidado de Personas con Dependencia Funcional Permanente, mientras que los niños y niñas menores de 6 años quedarían bajo responsabilidad del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, las personas con discapacidad y sus cuidadores bajo responsabilidad del Sistema Nacional de Discapacidad, y aquellas víctimas del conflicto armado estarían bajo responsabilidad del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (Figura 32).

Figura 31. Propuesta de arquitectura institucional del Sistema de Protección Social para el cuidado en Colombia



Fuente: DNP 2018 a.

Figura 32. Sistemas relacionados con el cuidado en Colombia: poblaciones objetivo

SNBF	SND	SNARIV	SCDFP
• Niños, niñas y adolescentes	• Personas con discapacidad y sus cuidadores	• Víctimas del conflicto armado interno	• Personas que tienen dependencia funcional permanente - en cualquier momento del curso de vida, y personas que se encargan de brindar cuidado a los dependientes funcionales

Nota: SNBF refiere al Sistema Nacional de Bienestar Familiar, SND refiere al Sistema Nacional de Discapacidad, SNARIV refiere al Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas, SCDFP refiere al Sistema de Cuidado para Personas con Dependencia Funcional Permanente
Fuente: Elaboración propia a partir del DNP (2018 b).

Para el Sistema de Cuidado para Personas con Dependencia Funcional Permanente, el Ministerio de Salud y Protección Social ha planteado una estructura piramidal (Figura 33) que establece la relación entre los diferentes agentes del sistema, los niveles de atención, y la dependencia funcional según las necesidades de servicios y de formación del talento humano, todo dentro de la corresponsabilidad de los agentes y entendiendo que los servicios son sociosanitarios (Minsalud 2016).

Figura 33. Propuesta de estructura del Sistema de Cuidado para personas con dependencia funcional permanente



Fuente: Minsalud 2016

En la estructuración inicial del SINACU, se define cuidado como “el conjunto de acciones que toda sociedad realiza para procurar la autonomía, desarrollo y bienestar cotidiano de las personas, especialmente, de aquellas que se encuentran en situación de dependencia funcional (permanente o decreciente) y necesitan el apoyo o ayuda de otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria, como comer, vestirse, caminar, etc.” (DNP 2017, 5)³². Sin embargo, para el Sistema de Cuidado para Personas con Dependencia Funcional Permanente la definición de cuidado es más acotada, limitándose a las acciones específicas dirigidas al apoyo en las necesidades de la vida diaria de las personas en cualquier momento de su vida, de forma que puedan garantizar su supervivencia social y orgánica (DNP 2018 b, 8). En este sentido, los otros tipos de cuidados, diferentes al relacionado con la dependencia funcional, serán atendidos por los otros sistemas relacionados con el cuidado (Figura 32).

2.2 Marco institucional y programas para personas mayores

Normativa para atender la vejez y el envejecimiento

La normativa y las políticas para la vejez y la atención a la dependencia en Colombia se enmarcan en el artículo 46 de la Constitución Política de 1991, que dicta que el Estado, la sociedad, y la familia son los responsables de la protección y asistencia de las personas mayores, y el Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia. En este sentido, el Estado tiene la responsabilidad de

³² Por tanto, se incluye el cuidado a los niños y las niñas, entendiendo que este grupo no presenta una dependencia funcional por pérdida o falencia en las funciones, sino porque ellos están en proceso de adquisición de habilidades y capacidades para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (DNP 2017, 8).

proteger a los adultos mayores vulnerables (pertenecientes a los niveles I y II del Sisbén³³), mediante la promoción, tanto de centros de larga estadía (a los que se denomina Centros de Bienestar del Anciano³⁴), como de centros de día (a los que se denomina Centros de Protección Social Vida o Centros Vida), que brinden servicios gratuitos a la tercera edad. Con el objetivo de financiar estos centros, se autoriza a los gobiernos departamentales y municipales a emitir una estampilla³⁵ como recurso de recaudo obligatorio sin perjuicio de que se puedan gestionar recursos adicionales, ya sea a través de la cooperación internacional, o de acuerdos con el sector privado (Ley 1276 de 2009).

Sin embargo, a partir de 2007 se plantea un compromiso explícito por parte del Estado de tomar acciones y diseñar políticas integradas que atiendan la situación de la población adulta mayor, en sus diferentes dimensiones, con énfasis en aquellos en condiciones de vulnerabilidad social, económica y de género. En este contexto, se responsabiliza al Ministerio de Salud y Protección Social por la formulación de una Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. Este cometido se vio reflejado en la formulación de un plan de acción para el período 2007-2019, seguido de una actualización para el período 2014-2024 (MSPS 2007 y MSPS 2015).

La formulación de estos planes de acción se establece en torno a cuatro ejes estratégicos: promoción y garantía de los derechos humanos de las personas adultas mayores; protección social integral; envejecimiento activo, satisfactorio y saludable; e investigación y formación del talento humano en los niveles técnico, profesional y especializados mediante la incorporación de contenidos curriculares específicos en los diferentes niveles de educación (MSPS 2015).

Dentro de las metas del eje estratégico de protección integral, se encuentra la implementación de un modelo de atención en salud de personas adultas mayores que integre los componentes de salud pública, atención primaria de salud, cuidados de mediana y larga estancia, y atención individual de salud (con énfasis en cuidados domiciliarios, cuidados a personas cuidadoras, cuidado crónico, y cuidados paliativos) y un aumento de la cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud al 99% de las personas de 60 años o más (MSPS 2015).

Para contar con información confiable que apoye el diseño de programas y políticas, la Ley 1413 de 2010 tiene como fin regular la inclusión de la economía del cuidado en el Sistema de Cuentas Nacionales. El objetivo de esta ley es medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social de país, como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas. Además, esta Ley ordena, en su artículo 7, la planeación, diseño, aplicación y actualización de la Encuesta de Uso del Tiempo con el fin

³³ El Sisbén es el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales que, a través de un puntaje o nivel, clasifica a la población de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas. El puntaje varía entre 0 y 100, y el nivel entre I y IV. A mayor el nivel o puntaje del Sisbén, mejores las condiciones socioeconómicas (<https://www.sisben.gov.co/sisben/Paginas/Que-es.aspx>).

³⁴ Los nombres de los centros de atención usados en la normatividad no son constantes a lo largo del tiempo. Para centros de larga estancia, se usa indistintamente: Centros de Bienestar del Anciano y Centros de Protección Social para el Adulto Mayor. Para los centros de atención durante el día, se usa: Centros de Vida para la Tercera Edad (o Centros Vida) y Centros de día para el Adulto Mayor (o Centros Día).

³⁵ La "Estampilla pro-bienestar del adulto mayor" es un impuesto que aplican los entes territoriales (departamentos y municipios) sobre el valor de todos los contratos que realicen, con una autorización máxima de emisión anual por un valor equivalente al 5% del presupuesto anual de cada entidad territorial, y mínimo entre el 2% y 4%. La entidad puede señalar tarifas discriminatorias en el uso de la estampilla. Según la Ley 1276 de 2009, el producto de los recursos se debe destinar, como mínimo, en un 70% para la financiación de los Centros Vida, de acuerdo con las definiciones de la ley, y el 30% restante, a la dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, sin perjuicio de los recursos adicionales que puedan gestionarse a través del sector privado y la cooperación internacional.

de obtener información sobre el trabajo de hogar no remunerado, y poder analizar su contribución al desarrollo económico del país.

Políticas para atender la calidad del cuidado

Es responsabilidad del Estado regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez, estableciendo los requisitos esenciales que deben acreditar las instituciones prestadoras de servicios de atención y protección integral de este sector poblacional para su funcionamiento, tanto a nivel público como privado. Se establecen requerimientos mínimos relativos a: el reglamento interno de las instituciones, el nivel nutricional de los adultos mayores atendidos, la infraestructura, el talento humano, el plan de atención de emergencias médicas, así como la implementación de diversas actividades que garanticen mantener y/o recuperar las habilidades físicas y mentales de los adultos mayores, y la provisión de servicios de atención y promoción de la salud mental (Ley 1251 de 2008, Ley 1276 de 2009, Ley 1315 de 2009).

Además, el Ministerio de Salud y Protección Social es responsable de la creación y puesta en marcha del registro de instituciones dedicadas a la atención de los adultos mayores en todo el territorio nacional, en el cual se deberá mantener información actualizada, veraz y oportuna (Ley 1251 de 2008). Para garantizar la calidad del cuidado fuera del ámbito institucional se plantea, además, la necesidad de incluir, como parte de la política nacional de envejecimiento y vejez, medidas para capacitar a los cuidadores familiares informales (Ley 1850 de 2017, art. 8).

Finalmente, la Ley 1850 de 2017, que establece medidas de protección al adulto mayor y penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono, establece que tanto las residencias de larga estadía, los centros de día, así como las instituciones de atención, deberán acoger a los adultos mayores afectados por casos de violencia intrafamiliar como medida de protección y prevención. Establece la posibilidad de financiar el programa de asistencia a las personas de la tercera edad con recursos del gasto social presupuestado, a través de la creación, construcción, dotación y operación de Granjas para Adultos Mayores³⁶, con el fin de brindar en condiciones dignas, albergue, alimentación, recreación y todo el cuidado que los usuarios requieran. Ordena al Estado, en cabeza del MSPS, impulsar la creación de Redes Sociales de Apoyo Comunitario a las personas de la tercera edad, con el fin de generar y operar canales de comunicación para la atención oportuna, ante la ocurrencia de eventos de abandono, descuido, violencia intrafamiliar y hechos similares que pongan en riesgo la integridad física o moral de algún adulto mayor.

Políticas de promoción del envejecimiento activo

Para promover el envejecimiento activo y saludable, la Ley 1171 de 2007 concede a las personas mayores de 62 años beneficios para garantizar sus derechos a la educación, a la recreación, a la salud, y propiciar un mejoramiento en sus condiciones generales de vida. Esta ley se enfoca en las personas mayores de bajos recursos económicos y considera beneficios tales como descuentos en instituciones educativas, espectáculos, transporte

³⁶ La Ley define la Granja para adulto mayor como el "conjunto de proyectos e infraestructura física de naturaleza campestre, técnica y operativa, que hace parte de los Centros de Bienestar del Anciano... Estos centros de naturaleza campestre deberán contar con asistencia permanente y técnica para el desarrollo de proyectos en materia agrícola, pecuaria, silvícola y ambiental."

público, sitios turísticos, ingreso gratuito a bienes de interés cultural, ventanillas preferenciales, asientos preferenciales en transporte público, y prioridad en consulta médica y atención en consultorios jurídicos.

Marco institucional

Las instituciones responsables de la gestión de la política de envejecimiento y vejez son: el Ministerio de Salud y Protección Social (quien lidera); el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Cultura, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio. A nivel territorial, los departamentos, distritos y municipios deben implementar, monitorear, evaluar y financiar la política colombiana de envejecimiento, articular a las entidades de gobierno local e instituciones públicas y privadas, formular planes operativos, y brindar asistencia técnica. Asimismo, vincula a las empresas e instituciones prestadoras de servicio de salud y al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en la protección de las personas de 60 años o más, en estados de abandono, extrema pobreza o alta desventaja social (Dalmazzo, 2017).

La Ley 1251 de 2008 crea el Consejo Nacional del Adulto Mayor como órgano consultivo del Ministerio de Salud y Protección Social de carácter permanente, con la finalidad de (i) realizar el seguimiento y verificación de la puesta en marcha de las políticas, estrategias y programas que garanticen la protección e integración social de los adultos mayores, (ii) apoyar y fortalecer la participación de la comunidad, la familia y el adulto mayor en las acciones necesarias para su desarrollo físico, psíquico, económico, social y político, y (iii) estimular la atención del adulto mayor por parte de las entidades públicas y privadas con calidad y eficiencia, además de velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios destinados a este grupo poblacional. La Ley 1850 de 2017 ratifica las funciones del Consejo Nacional del Adulto Mayor, adicionando, entre otros, la elaboración de un informe anual sobre la aplicación de las funciones del Consejo Nacional del adulto mayor especificando acciones y retos en cada departamento.

Por otra parte, en la construcción de las bases del SINACU están participando diferentes entidades del orden nacional, entre ellas: el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, el Ministerio de Educación Nacional, Prosperidad Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, la Comisión Intersectorial para la Primera Infancia y la Mesa de Cuidado y Vida Independiente del Sistema Nacional de Discapacidad (DNP 2018 a).

2.3 Marco institucional y programas para personas con discapacidad

Políticas sobre discapacidad

La responsabilidad del Estado en cuanto a la protección, atención, apoyo, e integración social de las personas con discapacidad se hace expresa en varios artículos de la Constitución Política de 1991 y en la posterior promulgación de la Ley de Discapacidad (Ley 361 de 1997) (DANE s/f). En la misma línea, el gobierno colombiano ha ratificado la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”, de la Organización de Estados Americanos OEA de 2002, y la “Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad”, de la Organización de las Naciones Unidas, de 2009.

Cabe destacar que la propia definición de discapacidad, en el marco de las políticas públicas, ha ido cambiando. Sin embargo, a partir de la ratificación de la Convención de las Naciones Unidas de 2009, se concibe a la discapacidad, no sólo desde una perspectiva médica o biológica, sino desde una perspectiva más amplia, que considera las interacciones del individuo con su entorno, el cual puede facilitar o dificultar la participación plena del individuo en sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. Desde este punto de vista, la discapacidad ya no se concibe dentro del manejo social del riesgo, sino desde el enfoque de derechos, buscando trascender las políticas de asistencia o protección hacia políticas de desarrollo humano.

Basándose en lo anterior, la Ley Estatutaria 1618 de 2013 se plantea como objetivo garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad mediante la adopción de medidas de inclusión, de acciones afirmativas, de ajustes razonables y de la eliminación de toda forma de discriminación por razón de discapacidad. Mediante esta ley se asignan responsabilidades concretas a actores específicos en relación con la expedición de políticas, acciones y programas que contribuyan a garantizar el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y su inclusión plena. Igualmente, contempla acciones transversales que comprometen a los diferentes sectores, al igual que establece deberes para la sociedad civil (MSPS 2014).

A partir de este marco legal, se desarrolla la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013-2022, que tiene como objetivo general “asegurar el goce pleno de los derechos y el cumplimiento de los deberes de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores” (MSPS 2014). Entre sus objetivos específicos está el aumentar las capacidades, no sólo de los individuos con discapacidad, sino de sus familias y sus cuidadores. La política prevé la capacitación de cuidadores y apoyos a las familias que tienen personas con discapacidad. También plantea garantizar el acceso a todos los servicios salud, tecnologías de apoyo y dispositivos para la habilitación y rehabilitación funcional de las personas con discapacidad, avanzando y ampliándose respecto a las políticas anteriores.

Para respaldar los esfuerzos de las políticas, y para que las mismas se diseñaran con base en datos concretos, en el año 2002 el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y el Ministerio de Educación Nacional acordaron una estrategia de recolección de datos continua, a través del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, con el fin de conocer en detalle las características, condiciones y necesidades de las personas con discapacidad a nivel municipal. En 2010, el DANE transfirió la responsabilidad de mantener este registro al Ministerio de Salud y Protección Social, facilitando el cruce de datos con otras fuentes de información (CONPES 166 de 2013). Sin embargo, aún no existe un registro a nivel nacional sobre los diferentes programas que brindan servicios de cuidado a la población con discapacidad (CONPES 2013).

Marco institucional

La Ley 1145 de 2007 ordena la creación del Sistema Nacional de Discapacidad (SND), como institución encargada de asegurar la inclusión y participación plena en sociedad de los individuos con discapacidad, mediante la coordinación de normativas, programas y políticas necesarias para. El SND tiene como propósito racionalizar los esfuerzos, aumentar la cobertura, organizar la oferta de programas y servicios, promover la participación y

fortalecer la organización de la población, de las organizaciones públicas y de la sociedad civil, que participan y pueden participar con diversas estrategias de atención a personas con discapacidad a nivel nacional y territorial (CONPES 2013).

En el marco de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la presidencia de la República sanciona el Decreto 2107 en 2016, donde se traslada oficialmente la rectoría del SND desde Ministerio de Salud y Protección Social al Ministerio del Interior, el cual tendrá el deber de proyectar el trabajo del Sistema hacia la proporción y garantía de los derechos humanos de las personas con discapacidad. Además, deberá articular la red institucional del Estado Colombiano y los comités territoriales de discapacidad.

2.4 Descripción de programas públicos para el cuidado a la dependencia

Si bien el país cuenta con leyes, normas y programas específicos para las personas adultas mayores y/o con discapacidad, existe una clara ausencia de programas públicos que tengan como objetivo la provisión de servicios de cuidados a la dependencia. A excepción de los programas destinados a brindar apoyo económico y de alimentación a los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad³⁷, y de la promoción establecimientos de los Centros de Bienestar y de los Centros Vida (a través de la emisión de la estampilla), las políticas destinadas a resolver las necesidades de apoyo de la población adulta mayor colombiana en condiciones de dependencia funcional, son inexistentes.

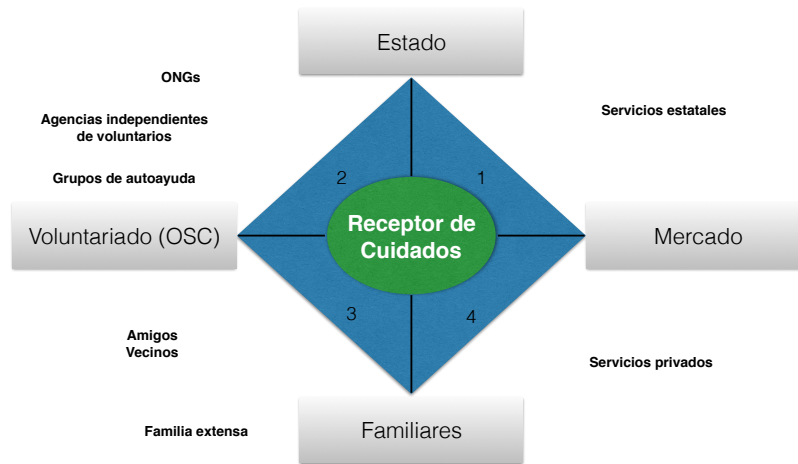
Según Faur (2017), si bien en los últimos años se observa una mayor atención a las problemáticas de la población adulta mayor y personas con discapacidad, las políticas y programas de cuidados en Colombia están mayoritariamente enfocadas a la infancia. Además, hace falta un enfoque integrado en la formulación de políticas de atención a la dependencia, y un reconocimiento de la importancia de este tipo de políticas desde el punto de vista económico y social.

Sección 3. Oferta de servicios de atención a la dependencia

En cualquier sociedad, la provisión de los servicios de apoyo a personas dependientes se distribuye entre la familia, el Estado, el mercado, y organizaciones de la sociedad civil (Aguirre 2007). Estos servicios pueden, a su vez, ser remunerados o no remunerados. La Figura 34 ilustra esta distribución.

³⁷ Programa Colombia Mayor (Ley 797 del año 2003) y Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor “Juan Luis Londoño de la Cuesta”.

Figura 34. El diamante del bienestar



Fuente: El diamante de bienestar de Evens, Pilij y Ungerson (1994) citado en Aguirre (2007).

En Colombia, como afirma Aguirre (2005, citado en DNP 2018 a), la familia (y dentro de ésta, las mujeres) es todavía la principal responsable del cuidado, con poca participación del Estado o la comunidad. La baja calidad de los servicios públicos y su insuficiencia en términos de cobertura, hacen que esta alternativa tenga una mala imagen entre la población, reforzando aún más el sentido de la responsabilidad familiar (Diaz Oramas 2015).

Con base en el Diamante del Bienestar (Figura 35), en esta sección se describe la oferta de servicios de apoyo de largo plazo del país: (i) los servicios prestados por el Estado, (ii) los servicios de índole exclusivamente privada, que pueden ser adquiridos en el mercado, (iii) la oferta de servicios no remunerada, brindada por familiares o voluntarios. Se describen primero los cuidados a la dependencia remunerados (servicios del Estado o privados), para luego estudiar la oferta de cuidados no remunerados (brindada por las familias). En la Tabla 13 se presenta la participación de cada uno de los sectores en la oferta de servicios de apoyo a largo plazo.

Tabla 13. Participación de los distintos sectores en la provisión de servicios de apoyo

Tipo de servicio	Sector público	Sector privado sin fines de lucro	Sector privado con fines de lucro
Servicios residenciales	Provee servicios (de limitada capacidad) Regulación/inspección Transferencia de recursos a través de la “estampilla”	Provee servicios	Provee servicios
Servicios de asistencia en el hogar	No ofrece servicios	n/a	Provee servicios
Servicios en Centros de día	Provee servicios (de limitada capacidad) Regulación/inspección Transferencia de recursos a través de la “estampilla”	n/a	Provee servicios Fomento al envejecimiento activo, actividades recreativas, educación para la salud.
Servicio de teleasistencia	No provee servicios	No provee servicios	n/a
Servicios para personas que brindan servicios de apoyo	No provee servicios	No provee servicios	No provee servicios en general. Algunas empresas ofrecen cursos de capacitación

Fuente: Elaboración de las autoras.

3.1 Servicios de atención a la dependencia remunerados

El Ministerio de Salud y de Protección Social identifica cuatro modalidades de centros de atención: centros residenciales, centros día, centros de atención domiciliaria, y centros de teleasistencia domiciliaria³⁸. Estos centros pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta con o sin ánimo de lucro. Un centro puede ofrecer más de una de las modalidades (MSPS 2008).

Si bien, como se mencionó en la Sección 2, el Ministerio de Salud y Protección Social es responsable por el registro de instituciones dedicadas a la atención de los adultos mayores, a la fecha aún no existe un registro consolidado a nivel nacional, por lo que se desconoce la magnitud de la oferta y la cobertura respectiva.

³⁸ En el Anexo 3 se definen las cuatro modalidades de centros de atención.

Las últimas estimaciones disponibles, para 2013, ubican en 521 el número de establecimientos comerciales registrados en Bogotá, como hogares o casas de cuidado para ancianos o centros gerontológicos y geriátricos, para la atención de las necesidades de cuidado de ancianos de familias de estratos medios y altos, y alrededor de 190 entidades de cuidado de ancianos sin ánimo de lucro (Pineda Duque 2014). Entre ambos tipos de establecimientos, la cobertura es del 1.8% de los mayores de 65 años en la ciudad, alcanzando el 5.3% entre los mayores de 75 años (ibid.). No existen estimaciones para el resto del país, aunque la evidencia indica que la misma es escasa y que está concentrada principalmente en las zonas urbanas y cabeceras de los municipios, con muy baja cobertura en zonas rurales y áreas remotas (Díaz Oramas 2015).

Los costos de los servicios residenciales varían en función de las características y los servicios que ofrecen, y van desde USD 240 mensuales aproximadamente por instituciones que ofrecen servicios básicos de personal médico, enfermería, administración de medicamentos, y alimentación, hasta más de USD 1,000 mensuales por residenciales “de lujo” que ofrecen, además de los servicios básicos, hidroterapia, sala de cine, y diversas actividades de estimulación física y cognitiva. En el caso de los centros diurnos, el pago es por día, y los precios pueden ir desde USD 8 a USD 27. Existen, además, algunas empresas que ofrecen servicios de acompañamiento a domicilio o fuera de él, como por ejemplo, acompañamiento a citas médicas, diligencias, o actividades sociales. También ofrecen servicios de enfermería, cuidados hospitalarios y post-hospitalarios. Nuevamente, el precio varía dependiendo del número de horas (desde 6 hasta 24 horas) y de las tareas para las que se contrate al acompañante, y pueden ir desde USD 8 a USD 50 diarios³⁹.

En los últimos tiempos, se han venido desarrollando soluciones privadas que se basan en la tecnología de la información para resolver los problemas de cuidados de los adultos mayores, a través, por ejemplo, del desarrollo de plataformas online a través de las cuales se pueden contratar servicios de cuidados personales, o incluso formación para cuidadores, aunque el sector es aún incipiente.

Asimismo, los servicios de teleasistencia domiciliaria son muy recientes e incipientes en Colombia. A la fecha, se tiene conocimiento que el departamento de Antioquia, en el marco de convenios de cooperación⁴⁰ y con el apoyo de varias instituciones, ha desarrollado un modelo de teleasistencia domiciliaria que brinda seguimiento y acompañamiento a personas con alto riesgo obstétrico, cardio cerebrovascular o problemas de salud mental. El modelo integra herramientas tecnológicas, profesionales especializados y una atención personalizada con estrategias costo efectivas enfocadas a la promoción de la salud y el autocuidado.

En el caso de centros de naturaleza pública, muchas veces los mismos no tienen capacidad suficiente para atender la demanda de los municipios, ya que no solamente acogen a la población adulto mayor, sino también a la población víctima del conflicto armado y a personas de otras edades con enfermedades físicas o mentales o en situación de discapacidad (Unión Temporal Econometría-SEI 2016).

La cantidad y calidad de los recursos humanos que trabajan en el sector también parecería ser insuficiente, y se caracteriza por pocas posibilidades de capacitación, recursos

³⁹ Los precios fueron recopilados con base en trabajo de campo, realizado a los efectos de este estudio.

⁴⁰ Actualmente, el BID Lab (CO-T1483) está apoyando al departamento en el desarrollo e introducción de soluciones de tecnología de la salud en cabeza de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, a través del LivingLab, y alineado con las políticas públicas de salud en Colombia.

limitados, y baja estabilidad laboral; además, es generalizada la falta de profesionales como psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras (Unión Temporal Econometría-SEI 2016).

Un estudio sobre la situación de las personas cuidadoras institucionales de personas adultas mayores⁴¹ en las cuatro principales ciudades del país (Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla) (Minsalud – UniValle 2013) confirma lo anterior, al poner en evidencia que más del 70% de los trabajadores reportó no haber recibido capacitación en una institución de educación formal en cuidados de las personas mayores y más del 45% reportó no haber recibido formación alguna para su trabajo. Entre las barreras para acceder a la capacitación está el alto costo de los programas, y la falta de tiempo disponible (Minsalud-Univalle, 2013). La investigación también muestra que más del 50% de personas cuidadoras tienen más de tres años de experiencia en el cuidado de personas adultas mayores y que las principales tareas a las que se dedican tienen que ver con la ayuda en las actividades básicas de la vida diaria. Además, existe un amplio desconocimiento de los participantes respecto al vínculo que tiene con la institución y las implicaciones del mismo (ibid).

El estudio de Minsalud-UniValle (2013) identifica, a nivel nacional⁴²:

- (i) Once programas de formación para el trabajo pertenecientes al sector privado: siete programas certifican como técnicos laborales y cuatro certifican conocimientos académicos. Los programas se ofrecen en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, Buenaventura y Zapatoca.
- (ii) Un programa de educación para el trabajo perteneciente al sector oficial, ofrecido por el SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje) titulado “Desarrollo de Habilidades para Asistencia Integral a Personas Mayores”. Este programa de asistencia integral a personas mayores consta de 440 horas (tres meses) de capacitación, y tiene como objetivo brindar al sector de la salud la posibilidad de incorporar personal con altas calidades laborales y profesionales, que contribuyan con el cuidado integral de las personas mayores funcionales y/o dependientes, ya sea en domicilio o en instituciones. Esta profundización técnica tiene como objetivo fomentar la autonomía del técnico o auxiliar en enfermería, brindándole la capacidad de realizar procesos de cuidados a la persona mayor (Resolución de certificación SENA 1117 de 2013). Se ofrece a las personas cuidadoras que se encuentran vinculadas a las instituciones que prestan servicios a la persona adulta mayor. La institución debe realizar la solicitud formal ante el subdirector del SENA de su regional. El programa se brinda en las regionales del SENA de Antioquia, Bogotá, Cundinamarca, Huila, Nariño, Santander, Sucre, Valle del Cauca y Casanare (Resolución SENA 1117 de 2013).
- (iii) Diecisiete programas registrados de educación superior, de los cuales sólo seis se encuentran activos (tres del sector oficial y tres del sector privado). De los mismos, tres son cursos de pregrado (uno tecnológico y dos universitarios) y tres son cursos de posgrados (dos especializaciones y una maestría). Los programas activos se encuentran en las ciudades de Bogotá, Medellín, Rionegro, Manizales y Armenia.

⁴¹ Se refiere a personas encargadas de ayudar a las personas adultas mayores a realizar actividades de la vida diaria en instituciones. En particular, define Persona Cuidadora: Personas que laboran en las Instituciones de Protección Social (ancianato, hogar, dormitorio, centro de bienestar, albergue), Instituciones de Protección Social (centro DIA, centro VIDA) que ayudan a realizar actividades básicas de la vida diaria, instrumentales y/o avanzadas (Minsalud y UniValle 2013).

⁴² El estudio realizó la descripción con información obtenida de las páginas web oficiales del Ministerio de Educación Nacional y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) sobre programas de educación para el trabajo y desarrollo humano y sobre programas de educación superior (Minsalud-Univalle 2013).

3.2 Servicios de atención a la dependencia no remunerados

En Colombia la gran mayoría del trabajo de cuidado a adultos mayores es proporcionado por las familias de forma no remunerada (Pineda Duque 2014, Díaz Oramas 2015). En cuanto a la provisión de cuidados no remunerados, tanto a niños, personas mayores, y personas con discapacidad, de acuerdo con los datos de la ENUT 2012-2013, Zumaeta Aurazo (2018) indica que (i) 11.8% de la población del país (5.4 millones) declara ser cuidador de personas que requieren cuidado diario; (ii) el 79.4% de los cuidadores son mujeres; (iii) el 85.3% está a cargo de personas que se consideran dependientes debido a su edad (esto es, menores de 6 años, entre 6 y 14 sin discapacidad, y mayores de 60 años sin discapacidad); (iv) el principal tipo de cuidador es el de menores de 6 años (83.7%). En los hogares que sólo viven adultos mayores, el 74.5% de las personas que proveen el cuidado son miembros del hogar, el 10.7% son miembros de otro hogar no remunerado, y el 7.9% son cuidadores remunerados (ibid). Es decir, gran parte del cuidado requerido lo proveen miembros del hogar. Cabe destacar que en la ENUT 2016/17 no es posible caracterizar a los cuidadores no remunerados⁴³.

Por otra parte, de acuerdo con datos de la encuesta SABE 2015⁴⁴, el 83.9% de los cuidadores de personas mayores son mujeres, con una edad promedio de 49 años. En la mayoría de los casos (58.2%) son los hijos, independientemente del sexo, quienes cuidan a las personas adultas mayores. Dos terceras partes de los cuidadores familiares, ya sean hombres o mujeres, manifestaron que realizan las labores de cuidado por iniciativa propia; el 50% de los cuidadores dedica diez horas o menos diariamente a las labores de cuidado, y la mayoría (87.2%) realiza las actividades de cuidado todos los días. El 74.5% de los cuidadores cuida a una persona adulta mayor y el 20% a dos personas. Las actividades de los cuidadores son para ayudar a realizar actividades instrumentales (91.9%), tareas domésticas (71.9%), y cuidados personales (36.5%). Más de la mitad (54%) de las personas cuidadoras manifestó que su labor no tiene ningún tipo de consecuencias profesionales o económicas, mientras que el 20% reportó problemas económicos; el 18% indicó que ha tenido que reducir su jornada de trabajo debido a las responsabilidades de cuidado y el 15% que no puede trabajar fuera de la casa por el mismo motivo (Minsalud y Colciencias 2016 a).

Sección 4. Análisis y perspectivas de los servicios de apoyo

Colombia, al igual que los demás países de la región latinoamericana, está viviendo transformaciones demográficas que inciden de manera directa sobre las necesidades de apoyo de la población dependiente. El envejecimiento acelerado y la transición epidemiológica llevan a que los principales demandantes de servicios de cuidados y apoyo pasen a ser los adultos mayores, en detrimento de los niños. Las estimaciones indican que, en 2015, 1.1 millones de personas adultas mayores eran funcionalmente dependientes, equivalente a más de una quinta parte (21.2%) de la población de 60 años o más. Si la tendencia de la prevalencia de enfermedades crónicas —y sus factores de riesgos

⁴³ Cabe destacar que la ENUT 2016/17 eliminó la pregunta directa sobre quién cuidaba a quién en el hogar, básica para identificar y caracterizar a los cuidadores no remunerados del hogar y a los cuidadores miembros de otro hogar. En particular, en la ENUT 2016/17 se eliminó la pregunta 7 del capítulo E-Salud de la ENUT 2012/13 que decía: "Quién se ocupa del cuidado diario de ...: (a) uno o más personas no remuneradas pertenecientes a este hogar; (b) uno o más personas no remuneradas pertenecientes a otros hogares; (c) una o más personas contratadas para ayudarlo; (d) No requiere cuidado; (e) No tiene quien lo cuide."

⁴⁴ La encuesta SABE 2015 incluyó una submuestra (intencional) de mil 141 cuidadores en 125 municipios, con el objetivo de caracterizar a las personas cuidadoras familiares de personas adultas mayores (incluidas en la encuesta) (Minsalud y Colciencias 2016 a). Definió como cuidador a la persona encargada de ayudar a la persona adulta mayor en la realización de al menos una de las actividades de la vida diaria en el hogar.

asociados— continúan al alza como hasta ahora, la población adulta mayor en condición de dependencia puede llegar a sobrepasar los 2.1 millones en los próximos diez años, representando más de la cuarta parte (26.4%) de la población de 60 años o más.

Estas cifras evidencian las necesidades actuales y potenciales de servicios de apoyo a la dependencia que puede llegar a enfrentar el país, y plantea retos en cuanto a la capacidad de la oferta de responder a esta demanda, tanto en lo que respecta a las respuestas institucionales del Estado y del sector privado, como a los diversos arreglos familiares y comunitarios que se den con este fin. En este sentido, cabe destacar que, en la actualidad, la gran mayoría del trabajo de brindar apoyo a los adultos mayores es proporcionado por las familias, y especialmente por las mujeres, quienes a su vez tienen otras cargas laborales remuneradas y no remuneradas.

Si bien el país cuenta con leyes, normas y programas específicos para las personas adultas mayores, existe una clara ausencia de programas públicos que tengan como objetivo la provisión de servicios de cuidados a la dependencia funcional. La normativa identificada se enmarca en políticas más amplias para los adultos mayores, las cuales no se centran en el tema del cuidado, sino en la regulación de servicios de atención a esta población, especialmente centros día o de larga duración, con un amplio desconocimiento de su cobertura, calidad del servicio y gestión de los recursos recaudados por la estampilla para su financiamiento⁴⁵.

Los pocos programas que existen tienen un enfoque asistencialista, de entrega de subsidios, directos e indirectos, a la población adulta mayor en condición de pobreza y vulnerabilidad, con poco impacto debido a su bajo monto y alcance.

En cuanto a la oferta institucional, actualmente no existe un registro consolidado a nivel nacional sobre las diferentes instituciones que brindan servicios de apoyo a la población con dependencia funcional y/o con discapacidad, a pesar de existir una ley desde el año 2008 que responsabiliza al Ministerio de Salud y Protección Social por la creación y puesta en marcha dicho registro. Por lo tanto, a la fecha se desconoce la oferta, su calidad, y su capacidad para poder responder a la creciente demanda de servicios de apoyo a la dependencia.

4.1 Logros y retos del Sistema Nacional de Cuidados en Colombia

La presencia del tema de cuidados en la agenda pública es reciente en el país. Como respuesta a las presiones que la creciente demanda de servicios de apoyo a la dependencia impone sobre las familias (en especial sobre las mujeres), y debido a la falta de coordinación, orientación y articulación de las políticas en el área, a partir del 2010 se empezó a trabajar en la incorporación de los trabajos de cuidados no remunerados en las Cuentas Nacionales. Se han realizado dos encuestas nacionales de uso del tiempo (en 2012/13 y 2016/17), y el Estado incorporó en el Plan de Desarrollo 2014-2018 la definición de la Agenda Nacional de Economía del Cuidado y el diseño e implementación del Sistema Nacional de Cuidados (SINACU). Sin embargo, podría decirse que, hasta el momento, la agenda pública se ha centrado en las inequidades de género evidentes en el cuidado no remunerado, mientras que aún se invisibiliza el cuidado para personas con dependencia

⁴⁵ Hay que tener en cuenta que los recaudos por la estampilla pro-bienestar adulto mayor no son nada despreciables. En el anexo 4 se reporta, a nivel nacional y departamental, la suma de los ingresos totales recaudados por los municipios por concepto de la estampilla para 2017.

funcional permanente, tema crucial frente al envejecimiento acelerado que vive el país. Sólo a principios del 2019 se elabora un documento que contiene una propuesta de lineamientos de política de cuidado en Colombia (DNP 2019 a).

La estructuración del SINACU está actualmente en construcción. La propuesta lo articula con los demás sistemas de protección social, como lo recomiendan Rico y Robles (2016), quedando estructurado en subsistemas de acuerdo con la población objetivo que atiendan. El Ministerio de Salud y Protección Social ha venido adelantando trabajos y conceptos del subsistema de cuidado de personas con dependencia funcional permanente pero no se ha dispuesto como la institución líder del subsistema, mientras que el cuidado de menores, de personas con discapacidad y de víctimas del conflicto armado interno, están bajo responsabilidad de instituciones creadas para atender a cada una de estas poblaciones en forma específica. Si bien esta estructura facilitará la creación del subsistema de cuidado para personas con dependencia funcional, aún se deberán enfrentar los retos de (i) identificar la institución adecuada para liderarlo con un enfoque de protección social y no limitado a la salud, y (ii) lograr la articulación entre las entidades a cargo de la coordinación de las políticas de cuidado y los sistemas de protección social.

La definición e implementación del sistema de cuidado requiere no sólo del conocimiento de la demanda, sino de la oferta de servicios para satisfacer esa demanda. El desconocimiento actual de la cantidad y calidad de los servicios disponibles para la población con dependencia funcional permanente plantea un reto que debería atenderse si se quiere lograr un adecuado diseño, en cantidad y calidad, de los servicios requeridos.

A pesar de que en los objetivos del SINACU se hace referencia a los prestadores de servicios de cuidados, la información disponible y la normatividad vigente no tienen en cuenta este grupo. La ENUT 2016/17 no permite identificar y caracterizar a los cuidadores en el hogar. Por otra parte, se constata una relativa ausencia de políticas dirigidas tanto a los trabajadores remunerados en el sector de cuidados, como a los cuidadores no remunerados (Rico y Robles 2016). Así, el SINACU enfrenta el desafío de implementar la perspectiva integrada planteada en sus objetivos, que incluye no solamente a las poblaciones destinatarias sino también a las prestadoras de cuidados.

Actualmente se ofrecen algunos programas de formación y educación para el trabajo que fomentan las calidades laborales y profesionales en el cuidado integral de las personas mayores funcionales y/o dependientes, tanto en domicilio como en instituciones, pero los mismos son pocos y están concentrados en cuatro ciudades. Es importante ampliar la cobertura y generar programas para los cuidadores, tanto institucionales como familiares.

En el proceso actual de construcción del SINACU, es pertinente recapacitar sobre los cuatro elementos que Medellín et al. (2018) consideran deben tenerse en cuenta al diseñar un sistema de cuidados: (1) su población beneficiaria (cobertura universal, priorización por grupos de edades, priorización por nivel de dependencia) (2) la oferta de servicios (cuáles servicios y cómo se entregarán), (3) la calidad de los servicios (criterios de control, medición, y evaluación) (4) el modo de financiación (rentas generales, mecanismos de primas, cuotas o copagos). En Colombia, sólo el primer elemento está en proceso de definición, mientras que los demás deberán ser analizados como parte de la discusión que el país tendrá que realizar para evaluar cómo resuelve el desafío de los cuidados a la dependencia. Es preciso tener en cuenta que la discusión de políticas supone integrar a los distintos vértices del “diamante de cuidado” y asegurar la corresponsabilidad no sólo en la provisión, sino también en el financiamiento (Rico y Robles 2016).

Con respecto al financiamiento, es necesario primero realizar un análisis de costos y una evaluación de posibles alternativas. Para este fin es indispensable contar con proyecciones acerca de la cantidad, características y necesidades de la población dependiente en los próximos años. Los ejercicios de simulación presentados en este documento para los próximos diez años, si bien son informativos, se basan en proyecciones de población que requieren revisión y actualización una vez que se disponga de las cifras oficiales definitivas del censo de población y vivienda del año 2018. Con base en las estimaciones de la población dependiente por nivel de dificultad, y del paquete de servicios que se piense ofrecer, deberá realizarse el análisis de costos y las evaluaciones de posibles alternativas para su financiamiento. En esta fase es importante realizar una evaluación de la gestión de los recursos recaudados por la estampilla para el financiamiento de los centros de atención al adulto mayor que, según el DNP, se estima alcanzaron los \$524.7 mil millones de pesos en 2017 (DNP 2019 b).

Finalmente, dado que actualmente la construcción del SINACU se encuentra en una etapa inicial, es una buena oportunidad para incorporar políticas públicas integradas para superar las desigualdades sociales y de género que actualmente son comunes en la organización social del cuidado en el país.

4.2 Otros retos a futuro

Es fundamental contar con información periódica, oportuna y de buena calidad sobre la demanda y la oferta de servicios de apoyo a la dependencia funcional. En particular, se necesita información sobre las prevalencias de dependencia funcional por nivel, las condiciones y calidad de los servicios de apoyo recibidos, y las condiciones y características de los proveedores de cuidado, con el fin de poder evaluar las coberturas de los programas y la satisfacción de las necesidades, tanto de las personas receptoras como de las proveedoras de cuidados, así como de las condiciones en las que se desarrolla el trabajo de cuidado remunerado y la magnitud del trabajo no remunerado. Las encuestas de uso de tiempo, de salud, y de empleo pueden aportar gran parte de los datos necesarios, aunque se requieren esfuerzos adicionales para contar con información sobre la oferta de servicios existentes en el país.

Aunque la SABE es una encuesta completa sobre las condiciones de salud y bienestar de la población adulta mayor, sólo se dispone de información en un punto en el tiempo (2015). Se considera importante poder contar con esta encuesta de forma periódica (por ejemplo, cada cinco años), con el fin de poder analizar cambios en la prevalencia de dependencia funcional y en sus factores de riesgo y protectores asociados, y poder hacer previsiones sobre los requerimientos futuros de necesidades de cuidado. Esta información es indispensable para poder realizar proyecciones de población dependiente por nivel de dificultad y estimaciones de costos.

En la actualidad, la ENUT provee información sobre trabajo no remunerado, pero en la última ola se eliminó la pregunta sobre quién cuida a quién en el hogar, imposibilitando la identificación de los cuidadores del hogar. Dada la importancia del tema, se considera importante retomar esa pregunta en las ENUT futuras.

Por último, se requieren esfuerzos adicionales para implementar el sistema integrado de registros de instituciones prestadoras de servicios, actualizados y de calidad, como lo ordena la Ley 1251 de 2008.

Referencias bibliográficas

- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). 2018. Dirección de Otras Prestaciones. Boletín de resultados proceso de recobros 1 de agosto de 2017 a 31 de marzo de 2018. Bogotá: ADRES/MSPS.
- Albarrán, I. y P. Alonso. 2009. "La población dependiente en España: Estimación del número y coste global asociado a su cuidado". *Estudios de Economía*. Vol. 36, No. 2 (diciembre): 127-163.
- Alvarado, B. E., M.-V. Zunzunegui, F. Béland y J.-M. Bamvita. 2008. "Life Course Social and Health Conditions Linked to Frailty in Latin American Older Men and Women". *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*. Vol. 63A, No. 12: 1399–1406.
- Aguirre, R. 2007. "Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas". En *Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros*. Coordinadora Irma Arriagada Cap. VIII. 187-199. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Aranco, N. y R. Sorio. 2018. "Envejecimiento y dependencia en Uruguay." Por publicar. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C., Estados Unidos.
- Aranco, N., M. Stampini, P. Ibararán y N. Medellín. 2018. "Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe". *Resumen de Políticas Públicas No. IDB-PB-273. División de Protección Social y Salud*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Barrero, C. L., García, S. y Ojeda, A. 2005. "Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación". *Plasticidad y Restauración Neurológica*. Vol. 4, Números 1-2, Enero-Junio, Julio-Diciembre: 81-85.
- Budlender, D. 2008. "The statistical evidence on care and non-care work across six countries". Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.
- Cafagna, G., Aranco, N., Ibararán, P., Oliveri, M.L., Medellín, N., Stampini, M. (2019) "Envejecer con cuidado: atención a la dependencia en América Latina y el Caribe". *División de Protección Social y Salud*. Monografía. Banco Interamericano de Desarrollo. *De próxima publicación*.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL). 2008. "Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe". División de Población de la CEPAL. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). LC/G.2378(SES.32/14). Santiago de Chile: CEPAL/Naciones Unidas.
- Consorcio Colombia Mayor. 2013. Programa Colombia Mayor. <http://www.colombiamayor.co/programas.html>
- Dalmazzo Peillard, M. 2017. "¿Quién cuida en la ciudad? Oportunidades y propuestas en Bogotá (Colombia)". *Serie Asuntos de Género*. No. 148. Santiago de Chile: CEPAL/Naciones Unidas.

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). S.f. Marco Legal de la Discapacidad. Recopilación efectuada por la Vicepresidencia de la República. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/marco_legal.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). 2010. Ficha Metodológica del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad – RLCPD. Dirección de Censos y Demografía. Bogotá: DANE.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). 2017. Resultados de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH– 2017). Bogotá: DANE.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). 2017. Avances de la construcción de las bases del Sistema Nacional de Cuidado (Sinacu). Bogotá: DNP.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). 2018 a. Propuesta Bases y Sistema de Cuidado en Colombia. Dirección de Desarrollo Social Subdirección de Género. Documento para discusión. Bogotá: DNP.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). 2018 b. Marco Referencial para el Cuidado en Colombia. Documento Borrador. Bogotá: DNP.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). 2019 a. Documento de Lineamientos de Política de Cuidado en Colombia. Dirección de Desarrollo Social Subdirección de Género. Documento para discusión. Bogotá: DNP.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). 2019 b. Sistema de Información del Formulario Único Territorial, SISFUT. Ingresos- Reporte información 2017. Bogotá: DNP.
- Díaz, A., Sánchez, N., Montoya, S., Martínez-Restrepo, S., Pertuz, M.C., Flórez, C.E., y González, L. (2015). “Las personas mayores: cuidados y cuidadores.” Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia.
- Díaz Oramas, A. 2015. “El cuidado en la era del envejecimiento poblacional en Colombia”. En *DNP. Observatorio de políticas de familia*. Boletín No. 6. Diciembre de 2015. Bogotá: DNP.
- Dulcey-Ruiz, E., D. Arrubla y P. Sanabria. 2013. “Envejecimiento y Vejez en Colombia”. En *Serie de Estudios a Profundidad Encuesta Nacional de Demografía y Salud- ENDS – 1990/2010*. Bogotá: Profamilia.
- Dunlop, D. D., S. L. Hughes y L. M. Manheim. 1997. "Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability." *American journal of public health* 87(3): 378-383.
- Faur, E. 2017. Hacia la implementación del Sistema Nacional de Cuidado en la República de Colombia. Objetivos e impactos esperados.
- Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. 2015. Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones. Bogotá: Editorial Fundación Saldarriaga Concha.

- Flórez, C. E. 2000. *Las transformaciones ociodemográficas en Colombia durante el siglo XX*. Bogotá: Banco de la República-Tercer Mundo Editores.
- Flórez, C. E. 2016. *Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX*. Segunda edición (versión revisada): abril 2016. Documento de Trabajo Facultad de Economía. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Flórez, C. E. y H. Cote. 2016. "Tipologías de familias en Colombia: Evolución 1993 – 2014". *Observatorio de Política de la Familia. Documento de Trabajo No. 3 (enero)*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Flórez, C. E. y H. Cote. 2015. "La familia y la persona adulta mayor en Colombia". Departamento Nacional de Planeación. *Boletín del Observatorio de Políticas de Familia*. No. 6. Diciembre: Pp. 6-17.
- Flórez, C. E. y L. Álvarez. 2017. "Uso diferencial del tiempo entre hombres y mujeres en los hogares en Colombia. 2012-2013". *Observatorio de Política de la Familia. Documento de Trabajo No. 5 (agosto)*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Gobierno Nacional. 2006. Plan Nacional de Discapacidad 2002-2006.
- González-González C., M. Stampini, G. Cafagna, C. Hernández y P. Ibararán. 2019. "Simulaciones del costo de un sistema de apoyo para la población mayor en situación de dependencia en México". Nota técnica 1033, *de próxima publicación*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- González Rivas, N. 2018. "Caracterización socioeconómica de la población del cuidado remunerado de Colombia". Análisis cuantitativo. Organización Internacional del Trabajo.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2017. Life Expectancy & Probability of Death Data Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington. Disponible en <http://vizhub.healthdata.org/le/> (Consultado en julio, 2018).
- Katz, S.. 1983. "Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living." *Journal of the American Geriatrics Society* 31(12): 721-727.
- Latorre M. L. y S. D. Barbosa. 2012. "Avances y retrocesos en la salud de los colombianos en las últimas décadas". En O. Bernal y C. Gutiérrez (Eds.), *La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones* (p. 11). Bogotá: Universidad de los Andes
- Mahoney, F. y D. Barthel. 1965. "Functional evaluation: The Barthel Index." *Maryland State Medical Journal* 14: 56-61.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). 2007. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019. Bogotá: MSPS.

- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). 2008. Lineamientos Técnicos para los Centros de Promoción y Protección Social para Personas Mayores. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). 2015. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. 2015-2024. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). 2014. Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social. 2013-2022. Oficina de Promoción Social. Grupo de Gestión en Discapacidad. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) – Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación (Colciencias). Universidad del Valle y Universidad de Caldas. 2016. Encuesta SABE Colombia: Situación de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia. Bogotá: MSPS. 476 páginas.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) – Universidad del Valle. 2013. Cuidador Institucional de Personas Adultas Mayores. Características, situación actual y redes de apoyo. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). 2016. Propuesta de subsistema de cuidado para personas con dependencia funcional permanente y personas cuidadoras. Pptx. Septiembre.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y Profamilia. 2017. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2015. Tomo I Componente Demográfico. Bogotá: MSPS. 427 páginas.
- Organización Mundial de la Salud. 2002. Envejecimiento activo: un marco político. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 37(S2):74-105.
- Organización Mundial de la Salud. 2004. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. 2015. “Envejecimiento y salud”. Nota descriptiva N. 404. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. 1999. Parte I: Módulos de Valoración Clínica. Módulo 4. Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. Oficina Regional de la OMS.
- Palacios, J. E. 2014. *El trabajo no remunerado en Colombia*. Seminario de Grado. Especialización en Finanzas y Administración Pública. Facultad de Ciencias Económicas. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada.
- Pineda, D. J. 2014. “Trabajo de cuidado de la vejez en una sociedad en envejecimiento”. *La manzana de la discordia*. Enero-junio, 2014 Vol. 9, No. 1: 53-69.

- Rieker, Patricia P. y Chloe E. Bird. 2005. "Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives." *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 60 (SE2): 40-47
- Sierra T., M. de L. Ildeliza. 2009. "Estimación de la talla, adaptando la técnica de medición altura talón-rodilla con regla y escuadra". *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. Vol. 6, Año 6, Número 3 (julio-septiembre): 14-20.
- Unión Temporal Econometría-SEI. 2016. Evaluación del impacto del programa Colombia Mayor. Bogotá: DNP.
- Vásquez, R. E. 2015. "Participación laboral según la edad y duración en el mercado laboral de la población. Colombia 1951-2005". *Revista IB*. Vol. 4 Número 1 (enero - diciembre): 200 – 226.
- Villamizar, M. E. 2011. "Uso del tiempo de mujeres y hombres en Colombia. Midiendo la inequidad". *Serie Mujer y Desarrollo No.107*. División de Asuntos de Género, CEPAL. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- World Health Organization. 2013. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. Octubre 2013. Geneva: WHO.
- Zumaeta Aurazo, M. 2018. Perfil de sujetos de cuidado y cuidadores. Elementos a tomar en cuenta en el diseño del Sistema Nacional de Cuidado. Documento de Trabajo. Washington: Banco Mundial.

Bases de datos

- Naciones Unidas, División de Población. The 2017 Revision of World Population Prospects. <https://esa.un.org/unpd/wpp/>
- Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016). Disability-Adjusted Life Years and Healthy Life Expectancy 1990-2016. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2016>
- Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). 2017. Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. Revisión 2016. División de Población de la CEPAL.

Anexos

Anexo 1. Índice de Barthel

Según Barrero et al. (2005), el índice de Barthel es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria, consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia. Los valores asignados a cada actividad se basan en el tiempo y la cantidad de ayuda física requerida si la persona no puede realizar dicha actividad. Su puntuación será baja cuando el adulto mayor no pueda realizar la actividad. En el siguiente recuadro se muestra el puntaje que otorga el índice según el nivel de dependencia.

Actividades Básicas de la vida diaria	Puntaje según nivel de independencia
Comer	Comer por usted mismo, comer independiente 10 puntos Necesita ayuda de otra persona 5 puntos Necesita ser alimentado por otra persona 0 puntos
Bañarse	Bañarse solo 5 puntos Necesita ayuda de otra persona para bañarse 0 puntos
Vestirse	Vestirse solo 10 puntos Necesita que alguien lo ayude a vestirse 5 puntos Lo tienen que vestir 0 puntos
Arreglarse	Arreglarse sin ninguna ayuda 5 puntos Necesita de la ayuda de otra persona 0 puntos
Continencia fecal	No tuvo accidentes 10 puntos Ha tenido accidentes ocasionales 5 puntos No es capaz de retener 0 puntos
Continencia urinaria	No tuvo accidentes 10 puntos Ha tenido accidentes ocasionales al menos una vez por semana 5 puntos No es capaz de retener o usa pañal 0 puntos
Usar inodoro	Ir solo al sanitario y utilizarlo 10 puntos Necesita algún tipo de ayuda cuando usó el sanitario 5 puntos Requiere ayuda total cuando entra al sanitario 0 puntos
Traslado cama-silla	Es capaz de pararse solo de la cama a una silla 15 puntos Necesita algún tipo de ayuda para pararse de la cama a una silla (mínima ayuda) 10 puntos No puede solo, necesita ayuda de otra persona (gran ayuda) 5 puntos No es capaz de pasarse y necesita que lo carguen 0 puntos

Moverse dentro de casa	Camina solo sin problema 15 puntos Necesita algún tipo de ayuda para caminar 10 puntos Está en silla de ruedas 5 puntos No puede caminar 0 puntos
Subir y bajar escaleras	Es capaz de subir y bajar escaleras solo 10 puntos Necesita ayuda para subir y bajar escaleras 5 puntos No es capaz de subir ni bajar escaleras 0 puntos

Para la creación del nivel de dependencia funcional medido por el puntaje en la escala Barthel, se suma el puntaje de las diez actividades básicas de la vida diaria y se categoriza en los siguientes rangos:

Rangos de Barthel según nivel de dependencia	Puntaje Barthel
Total	0-20
Severa	21-60
Moderada	61-90
Escasa	91-99
Independiente	100

Anexo 2. Prevalencia de Enfermedades crónicas: su medición con base en la ENUT 2016/17 y la encuesta SABE Colombia 2015

La prevalencia de enfermedades crónicas en Colombia generalmente se mide por el autorreporte registrado en las encuestas. En este documento usamos la ENUT 2016/17 y la SABE 2015. En la ENUT se pregunta a todas las personas del hogar encuestado si le han sido diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud: enfermedades respiratorias como alergia crónica, enfisema o asma; enfermedades cardiovasculares, hipertensión; insuficiencia renal; enfermedades digestivas como úlcera gástrica, hernia hiatal o intestinal; enfermedades de los huesos o lesiones como artrosis, artritis reumatoide; diabetes; tumores malignos, cáncer (leucemia, linfoma, etc.); epilepsia; o enfermedades mentales, trastornos de la conciencia o conducta. El encuestado responde SÍ o NO a cada una. En la SABE se pregunta a cada persona de 60 años o más encuestada si alguna vez un médico o enfermera le dijo que tenía: hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, infarto o pre-infarto o problemas del corazón, derrame o trombosis cerebral, artritis artrosis o reumatismo, y osteoporosis. El encuestado responde SÍ o NO a cada una. Para la identificación de hipertensión, seguimos al Ministerio de Salud y Protección Social en la publicación de los resultados de la encuesta SABE Colombia 2015 (Minsalud et al. 2016): una persona se considera hipertensa si autorreporta hipertensión arterial (“Alguna vez un médico o enfermera le dijo que tiene presión arterial alta, es decir, hipertensión”) o si tiene una medición de presión arterial sistólica > 140 mmHg o de presión arterial diastólica > 90 mmHg (en ambos casos, se selecciona la medida más alta de la toma de presión en ambos brazos).

Anexo 3. Servicios de apoyo remunerados- Definiciones modalidades de centros de atención

Centros residenciales para persona mayor

Centros destinados al albergue permanente o temporal de personas mayores, donde se ofrecen servicios de hospedaje, alimentación, recreación, sociales, de bienestar y cuidado integral a la persona mayor (MSPS 2008).

Centros de día para persona mayor

Centros que funcionan en horario diurno, generalmente ocho horas diarias durante cinco o seis días a la semana, orientada al cuidado y bienestar integral de la persona mayor y promoción social (MSPS 2008). En los centros de día, un grupo de profesionales se dedica a la prevención, tratamiento y cuidado de las personas mayores. Los mayores pueden continuar en sus casas, pasando las noches y fines de semana, de este modo no existe una desvinculación total con su ambiente de referencia, su entorno, ya que no se encuentran en situaciones de total dependencia. Los centros de día podrían considerarse el eslabón intermedio entre la total independencia del mayor y la estancia en residencias. Constituyen un factor importante para mejorar la calidad de vida, ralentizando síntomas propios de la edad.

Centros de atención domiciliaria para persona mayor

Servicios orientados al cuidado y bienestar de la persona mayor en la residencia del usuario (MSPS 2008).

Centros de teleasistencia domiciliaria para personas mayores

Son servicios orientados a la asistencia telefónica en crisis personales, sociales o médicas de las personas mayores, para proporcionar seguridad y mejorar la calidad de vida, mediante el contacto inmediato con un centro de atención especializada (MSPS 2008).

Anexo 4. Total de ingresos recaudados a nivel municipal por concepto de Estampilla pro bienestar adulto mayor para 2017. Datos agregados a nivel departamental y nacional.

	2017	
	Ingreso total (en COP\$)	Ingreso per cápita (en COP\$)
Antioquia	64,228,303,200.66	78,509.49
Bogotá	61,977,211,000.00	62,286.84
Cundinamarca	40,656,210,177.88	127,546.09
Atlántico	38,140,533,459.12	136,828.01
Santander	33,627,715,423.40	125,796.67
Boyacá	28,074,769,082.37	152,555.39
Bolívar	21,899,818,731.03	95,372.52
Meta	20,067,846,156.56	209,255.86
Córdoba	19,797,083,104.24	113,415.24

Cesar	17,876,641,417.67	189,403.30
Nariño	17,488,380,032.12	89,473.39
Tolima	16,554,338,554.83	84,055.64
Casanare	14,750,182,523.91	515,002.36
Valle del Cauca	13,918,818,865.64	22,848.60
Norte de Santander	13,094,427,679.43	86,723.81
Cauca	12,813,537,008.39	80,821.60
Magdalena	12,084,312,302.45	94,091.86
Sucre	11,057,645,119.71	115,323.15
Caldas	10,394,153,446.03	69,098.58
Risaralda	8,780,223,003.22	63,378.18
Hulia	7,359,077,924.37	59,847.42
Caquetá	7,279,599,021.70	173,571.75
Arauca	7,158,288,966.28	338,325.41
Putumayo	5,521,029,678.00	201,747.78
Quindio	5,182,870,393.00	61,623.08
Chocó	4,847,685,530.85	130,153.19
La Guajira	3,221,004,140.00	42,686.05
Vichada	2,508,007,298.96	470,633.76
Guaviare	1,485,119,512.11	176,926.32
Amazonas	1,232,991,449.84	298,545.15
Vaupés	927,773,007.00	262,676.39
Guainía	473,467,827.00	168,613.90
Archipiélago de San Andrés	255,202,177.00	28,177.34
Total Nacional	524,734,267,392.00	91,211.21

Nota: Para el cálculo del ingreso per cápita se toma como base la población de 60 años o más.

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del SISFUT- ingresos reporte de información 2017, DNP. Proyecciones de la población 2005-2020 a nivel departamental por grupos quinquenales de edad, DANE.