



**La salud
es de todos**

Minsalud

**Guía para implementación de
políticas departamentales y
distritales de envejecimiento
humano y vejez, con énfasis en
salud**

Oficina de Promoción Social



La salud
es de todos

Minsalud

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social

IVÁN DARÍO GONZÁLEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA
Viceministro de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

OSCAR JAVIER SIZA MORENO
Jefe Oficina de Promoción Social

JOSUE LUCIO ROBLES OLARTE
Coordinador Grupo Gestión Integral en Promoción Social

Elaboración:
Jaime Eduardo Pérez Castillo
Profesional Especializado
Grupo Gestión Integral en Promoción Social
Bogotá, D.C., Enero de 2020



Presentación

1. Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez

- 1.1 Marcos analíticos de la política pública de envejecimiento humano y vejez.
- 1.2 Estructura general de la Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez.
- 1.3 Plan de acción.
- 1.4 Procesos de monitoreo y evaluación.

2. Orientaciones para la formulación e implementación de Políticas Departamentales y Distritales de Envejecimiento Humano y Vejez

- 2.1 Participación de las Personas Adultas Mayores: metodología MIPSAM.
- 2.2 Condiciones de vida y situación socio-económica de las personas adultas mayores.
- 2.3 Marco conceptual: envejecimiento activo y saludable, vejez dependiente y cuidado.
- 2.4 Coordinación intersectorial y marco político-administrativo.

3. Medidas para el diseño y ejecución de Planes Municipales de Atención Integral de Personas Adultas Mayores, Envejecimiento Humano y Vejez

- 3.1 Campos de intervención de la situación de las Personas Mayores basados en derechos.
- 3.2 Metas, indicadores y medios de verificación.
- 3.3 Responsables y competencias de municipios y departamentos.
- 3.4 Definición de plazos de cumplimiento.
- 3.5 Financiación y gestión presupuestal.

4. Atención integral de salud y coordinación socio-sanitaria para la asistencia de Personas Adultas Mayores

- 4.1 Intervenciones poblacionales, colectivas y de gestión en salud pública que incluyen a las personas mayores.
- 4.2 Atención integral de salud.
- 4.3 Coordinación socio-sanitaria para la atención de personas adultas mayores.

Referencias bibliográficas



Presentación

La guía para implementación de políticas departamentales y distritales de envejecimiento humano y vejez, con énfasis en salud, tiene como propósito establecer orientaciones para la formulación e implementación de Políticas Departamentales y Distritales de Envejecimiento Humano y Vejez, y medidas para el diseño y ejecución de Planes Municipales de Atención Integral de Personas Adultas Mayores.

Para dar desarrollo al propósito descrito, la guía inicia con la presentación de la Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez, respecto de la cual destaca aspectos centrales como: 1) los marcos analíticos de la política pública de envejecimiento humano y vejez, 2) la estructura general de la Política Nacional, 3) el Plan de acción de la Política y 4) los procesos de monitoreo y evaluación.

Con base en la Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez, la guía define las orientaciones para la formulación e implementación de políticas departamentales y distritales, proceso que requiere gestionar la participación de las personas adultas mayores, precisar las condiciones de vida y la situación socio-económica de este grupo humano, elaborar un marco conceptual que incluya como mínimo las nociones de envejecimiento activo y saludable, y de vejez dependiente y cuidado, y apalancar la coordinación intersectorial a partir del marco político-administrativo de distritos y departamentos.

La guía también avanza en la determinación de medidas para el diseño y ejecución de planes municipales de atención integral de personas adultas mayores, con base en la delimitación de los campos de intervención de la situación de las personas mayores basados en derechos, y en la definición tanto de metas, indicadores y medios de verificación como de responsables, competencias y fuentes de financiación de municipios y departamentos.

Por último, la guía para implementación de políticas departamentales y distritales de envejecimiento humano y vejez, con énfasis en salud, constituye un complemento obligado del lineamiento para identificación y uso de fuentes de información nacionales sobre personas adultas mayores, envejecimiento humano y vejez.



1. Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez

A continuación realizamos una breve presentación de la estructura general e interrelaciones básicas de los diferentes componentes de la Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez.

1.1 Marcos analíticos de la Política Pública de Envejecimiento Humano y Vejez

La Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez está dirigida a todas las personas residentes en Colombia y en especial, a las personas de 60 años o más. Con énfasis en aquellas en condiciones de desigualdades sociales y económicas, en particular desigualdades de clase social, género, etnia y edad, con referencia permanente al curso de vida. Es una Política Pública, de Estado, concertada, que articula a todos los estamentos del gobierno y a las organizaciones sociales con un propósito común: visibilizar, movilizar e intervenir la situación de las personas adultas mayores, el envejecimiento humano y la vejez de las y los colombianos.

Los marcos analíticos que integran Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024 son de orden conceptual, ético, normativo y político. Desde lo conceptual se desarrollan y relacionan los enfoques de derechos humanos, envejecimiento social, curso de vida, envejecimiento activo, longevidad, protección social integral, dependencia y organización del cuidado (MSPS, 2015a). Algunos de estos conceptos son desarrollados en la sección 2 del presente documento y de manera amplia en la Política Nacional.

Acorde con el marco ético de la política se incorpora, ejerce y promueve un conjunto mínimo de imperativos éticos estructurados a través de valores y principios, los cuales implican acepciones más amplias, profundas y elaboradas. La política define y acoge valores y principios, dentro de los primeros destaca a la autonomía, dignidad, humanización y solidaridad. Y dentro de los segundos a la universalidad, igualdad, justicia social, participación, diversidad y descentralización.

Respecto al marco normativo, la Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez integra el conjunto de normas internacionales vinculantes y reconocidas por el Estado colombiano, como parte del bloque de constitucionalidad. Entre otras normas recoge la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Americana de Derechos Humanos, el Protocolo de San Salvador y la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores, en trámite de adhesión por parte del Congreso de la República. También integra lo ordenado por la Constitución Política de Colombia y por las Leyes 1091 de 2006, 1171 de 2007, 1251 de 2008, 1276 de 2009 y 1315 de 2009, entre otras.

Sobre esto último es importante destacar la importancia del cumplimiento de lo ordenado por la Ley 100 de 1993, artículos 261 y 262, en relación con la implementación de Planes Locales de Servicios Complementarios a cargo de los municipios o distritos. Estos últimos deben garantizar la infraestructura necesaria para la atención de las personas mayores en pobreza extrema y la elaboración de un plan municipal de servicios complementarios para la población adulta mayor residente en su jurisdicción, como parte integral del plan de desarrollo municipal o distrital.



En lo político, se fundamenta en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, formulado por Naciones Unidas en 2002, adoptado para nuestra región en el marco de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe adelantada en Santiago de Chile en 2003, así como de la Declaración de Brasilia “hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos”, la Carta de San José sobre “sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe”, entre los principales.

1.2 Estructura general de la Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez

La Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez se estructura a partir de retos, objetivos generales y específicos, ejes estratégicos, líneas de acción y metas de Política. Los ejes estratégicos definidos por esta política pública se agrupan de acuerdo con cuatro grandes temáticas: 1) Protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores, 2) Protección social integral, 3) Envejecimiento activo, satisfactorio y saludable y 4) Formación de talento humano e investigación. La descripción detallada de los anteriores componentes de Política puede ser consultada accediendo directamente al documento completo.

La estructura de la Política también incluye un plan de acción, fuentes de financiación y principales competencias y obligaciones de los actores involucrados en la gestión de la Política. En virtud de su importancia, la presentación del plan de acción de la Política la realizaremos en el apartado siguiente.

Respecto a la financiación, la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez apoya su financiamiento en las siguientes fuentes de recursos: Presupuesto General de la Nación, Sistema General de Participaciones, Sistema General de Seguridad Social, recursos derivados de la aplicación de la Ley 1276 de 2009 para la dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar y Centros Vida para Personas Adultas Mayores, recursos propios de las entidades territoriales, Recursos de la Cooperación Técnica y otros recursos parafiscales.

La Política incluye las competencias y obligaciones de los principales actores públicos del orden nacional tales como Ministerios, Departamentos Administrativos e Institutos, de modo que facilite el desarrollo y cumplimiento de las líneas de acción y metas establecidas por la Política Pública.

1.3 Plan de acción

Con el propósito de facilitar, visibilizar y mejorar el cumplimiento de metas y compromisos, la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024, incluye un plan de acción que precisa las competencias de Nación, Departamentos, Distritos y Municipios así como la cuantificación y los alcances temporales de corto, mediano y largo plazo de las metas priorizadas. El Plan emplea un horizonte temporal de diez años, fundado en los actuales ejercicios de planeación de largo plazo gestionados por diferentes entidades del orden nacional, de modo que garantice la continuidad, estabilidad, gestión y cumplimiento de la política pública a través de diferentes periodos de gobierno.

Las metas formuladas por el Plan de Acción se agrupan según cada eje estratégico de la Política, para una mejor identificación, monitoreo y evaluación de los resultados esperados, y se ajustan

cuatrienalmente, de acuerdo con los avances, retrocesos o dificultades evidenciados durante cada periodo de gobierno nacional.

1.4 Procesos de monitoreo y evaluación

Con el propósito de facilitar el monitoreo y el cumplimiento de las metas de la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez, para cada meta el Plan de Acción de la Política define indicadores y medios de verificación, instituciones responsables de la Nación y de las Entidades Territoriales, así como los plazos para el pleno cumplimiento de las metas.

Consideramos, además, que la evaluación constituye un proceso activo y permanente del desarrollo de una política pública que contribuye tanto al control del proceso de gestión como a la identificación de los avances y retrocesos de su implementación. El proceso de evaluación se concibe, entonces, como un proceso continuo, con cortes periódicos, semestrales o anuales, que permiten analizar, revisar y ajustar los resultados de la aplicación y gestión de la política. Respecto al proceso de evaluación consideramos de gran utilidad los indicadores construidos por la CEPAL e incluidos en el “Manual sobre Indicadores de Calidad de Vida en la Vejez” (CEPAL, 2006), agrupados en los diversos temas que aborda la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez.

La gestión de metas, indicadores y medios de verificación también involucra a las autoridades municipales, distritales, departamentales y nacionales tal como quedó establecido en el Plan de Acción de la Política Nacional, descrito más arriba.

Para una referencia más amplia recomendamos revisar el documento completo de esta política pública, disponible a través del siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

2. Orientaciones para la formulación e implementación de Políticas Departamentales y Distritales de Envejecimiento Humano y vejez

De acuerdo con el ordenamiento constitucional y legal colombiano, la formulación de políticas públicas corresponde a los niveles de gobierno nacional, departamental y distrital, en tanto su implementación es competencia de las entidades territoriales sean estas departamentos, distritos o municipios. En particular, con el objeto de dar cumplimiento a los principios constitucionales de coordinación, concurrencia y subsidiariedad, la política pública en materia de personas adultas mayores, envejecimiento humano y vejez debe formularse por parte de la Nación, desarrollarse por Departamentos y Distritos, y aplicarse por parte de los municipios mediante planes municipales de atención integral de las personas adultas mayores, envejecimiento humano y vejez.

Para facilitar la realización de lo anterior es indispensable adelantar, como mínimo, las actividades presentadas a continuación.

2.1 Participación de las Personas Adultas Mayores: metodología MIPSAM



El punto de partida para la formulación de política pública se funda en el proceso de participación social y ciudadana requerido para consultar las necesidades y demandas percibidas por los sujetos con quienes se consensua la política, en coherencia con el debido cumplimiento del catálogo de derechos fijados tanto por el bloque de constitucionalidad como por la Carta Política colombiana y la legislación interna que los desarrolla.

Para facilitar el proceso de participación social y ciudadana, el Ministerio de Salud y Protección Social construyó la Metodología de Participación Social de y para Personas Adultas Mayores – MIPSAM con el objetivo de fortalecer la participación social, fomentar la capacidad de asociación y promover el trabajo en redes, organizaciones y asociaciones de y para Personas Adultas Mayores, a nivel municipal.

La MIPSAM es una herramienta de aplicación metodológica, concreta, inserta en los procesos de planificación del desarrollo municipal. Construida en el marco del paradigma democrático de enfoque de derechos, basada en dinámicas de colaboración y de consenso, tanto en la identificación de problemas como en la formulación de alternativas de solución viables, donde la participación se constituye en un principio que aporta valor a las acciones, y un recurso que permite cualificar los resultados. (MPS-UNAL, 2007)

La Metodología de participación social de y para personas adultas mayores – MIPSAM, incluye una ruta metodológica de 6 pasos y puede accederse a través del siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Documents/MIPSAM/FramesetPrincipal.html>

2.2 Condiciones de vida y situación socio-económica de las personas adultas mayores

El segundo punto de partida para la formulación de política pública lo constituye el conocimiento más completo posible de las condiciones de vida de las personas adultas mayores, el envejecimiento y la vejez, dentro de cada una de las divisiones político administrativas de nuestro país, sean estas departamentos o distritos.

La estructuración de conocimiento e información especializados sobre condiciones de vida de las personas mayores y la vejez requiere del uso de las fuentes de información disponibles en los órdenes nacional y territorial, dirigidas o a la construcción de líneas de base sobre la materia o a la caracterización de la situación de salud, bienestar y condiciones de vida de las personas mayores y la vejez, como mínimo.

Las líneas de base surgieron como consecuencia de la necesidad de evaluar proyectos sociales, específicamente cuando se buscaba obtener información concreta de la situación al momento de iniciarse las acciones planificadas, estableciendo un 'punto de partida' para la intervención. En este sentido, la línea de base ha tomado un papel fundamental dentro de los sistemas de información para la toma de decisiones, permitiendo reducir algunos problemas de asimetrías de información estadística y con ello reducir también la selección adversa de políticas públicas. (DANE, 2009)

La línea de base inicia con la medición de una batería de indicadores en un año específico, la cual constituye la referencia para hacer comparaciones a través del tiempo. Este conjunto de indicadores debe diseñarse de tal forma que responda a las necesidades presentes y futuras de las acciones



estratégicas, operativas y de seguimiento que permitan detectar cambios en la evolución de la situación de salud y bienestar de la población adulta mayor así como del comportamiento de los servicios de salud en áreas específicas: enfermedades crónicas, capacidad funcional, uso de servicios de salud, uso de medicamentos, seguridad alimentaria, entre otras.

Por otro lado, para la realización de estudios de caracterización departamental, distrital y municipal sobre salud, bienestar y condiciones de vida de las personas adultas mayores, el Ministerio de Salud y Protección Social recomienda utilizar la metodología y el cuestionario validados estadísticamente por la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento –SABE Colombia 2015, por cumplir con criterios de pertinencia, exactitud, interpretabilidad y comparabilidad que facilitan la normalización de la información de modo que variables y datos puedan ser interoperables entre los diferentes departamentos, distritos y municipios del país.

Para una información más amplia sobre identificación y uso de fuentes de información recomendamos consultar el “Lineamiento para identificación y uso de fuentes de información nacionales sobre personas adultas mayores, envejecimiento humano y vejez”, elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2.3 Marco conceptual: envejecimiento activo y saludable, vejez dependiente y cuidado

Un tercer aspecto, indispensable para la formulación de política pública, se constituye mediante la estructuración de un marco conceptual básico. En este apartado buscamos dar contenido a este aspecto y presentar las interrelaciones de conceptos que permiten configurar el marco conceptual mínimo en materia de envejecimiento humano y vejez. En específico, a partir del concepto de envejecimiento social haremos explícitas las relaciones con el envejecimiento activo y con la vejez dependiente.

Si bien todos los seres vivos envejecen, el envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; en la esfera individual inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y finaliza con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo (Fernandez-Ballesteros, 2000). El orden multidimensional del proceso de envejecimiento humano implica, entonces, dimensiones tanto biológicas, psicológicas y sociales como económicas, políticas, culturales y espirituales.

En este orden de ideas, más allá del fenómeno del envejecimiento poblacional emerge el envejecimiento social entendido como la construcción que una sociedad realiza por sí misma para explicar los cambios que trascurren en la historia local, nacional y global (Montes de Oca, 2010), y la relación de tales cambios con la diversidad presente entre personas adultas mayores expresada en términos de clase social, de diferencias de género (papeles culturales asignados a hombres y mujeres), de diferencias debidas a razones de pertenencia étnica (Bazo, 1992) y a grupos específicos de edad, a partir de los 60 años.

Envejecimiento social. De acuerdo con Neugarten (1999) el estudio de las vidas individuales y el de los cambios sociales debe verse como una interrelación permanente del tiempo vital, el tiempo definido socialmente y el tiempo histórico. De acuerdo con esta tesis, cada sociedad construye representaciones, discursos y prácticas culturales del envejecimiento humano y la vejez que se transforman a lo largo del devenir histórico, generacional e individual. En la sociedad moderna el



envejecimiento de la población adquiere su mayor complejidad, pues se encuentra en la intersección de numerosos cambios sociales, producto del transcurrir del siglo XX. La sociedad envejece, dentro de un contexto caracterizado por cambios sociales en la familia, el trabajo y la jubilación. A su vez, el envejecimiento humano y la vejez se transforman adoptando nuevos patrones socioculturales, estructurales e institucionales en el interior de las sociedades modernas, sobre las cuales se configuran y sustentan (Osorio, 2006).

Las consecuencias del rápido envejecimiento de las sociedades en los países en desarrollo, como Colombia, se manifiestan en cambios estructurales tales como las modificaciones en la composición familiar, en los patrones de trabajo, en la migración de los jóvenes a las ciudades, en la profundización de los procesos de urbanización, en el mayor ingreso de las personas al mercado laboral y en la mayor sobrevivencia de las mujeres a edades avanzadas.

A nivel individual, el envejecimiento es un proceso dinámico y discontinuo, que para ser entendido requiere superar la mirada estática del estado de vejez e incorporar su carácter de construcción social y biográfica. Lo anterior implica comprender el envejecimiento individual como un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, oportunidades, capacidades y fortalezas humanas. La vejez, en consecuencia, representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano que se produce en función de las identidades de género, las experiencias, los eventos cruciales y las transiciones afrontadas, entre otros aspectos, durante el transcurso de cada vida. Es decir, la vejez implica procesos tanto de desarrollo como de declinación.

Las personas adultas mayores, desde un punto de vista social, son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Para el caso colombiano, las personas mayores constituyen sujetos de especial protección constitucional tal como lo ha precisado la Corte Constitucional, de tal condición se deriva el grueso de obligaciones públicas para con este colectivo y para con las personas que envejecen.

Finalmente, es importante resaltar que los sistemas sociales generan desigualdad, manifiesta durante el curso de vida como consecuencia de procesos de desarrollo y de procesos demográficos (Ferraro y Shippee, 2009), a su vez la trayectoria de vida de los individuos es influenciada desde las etapas tempranas de la vida por una acumulación de riesgos y oportunidades. Las trayectorias de desigualdad pueden ser modificadas con los recursos disponibles, y con aspectos subjetivos como la percepción de la propia trayectoria y las decisiones que toman los individuos.

En Colombia, las principales desigualdades sociales en la vejez se manifiestan, de acuerdo con los resultados de la Encuesta SABE Colombia 2015, en que las personas adultas mayores pertenecen a los estratos 1, 2 y 3 en porcentajes del 28,4%, 39,6% y 30,0%, respectivamente. Esto es, las personas adultas mayores tienen una mayor proporción en estratos 1 y 2 y una menor proporción en estratos más altos, en comparación con el promedio nacional. La peor condición socioeconómica evidenciada también se refleja en los demás indicadores de bienestar que evaluó la encuesta.

Entre las personas adultas mayores, la Encuesta SABE Colombia demuestra de manera consistente las marcadas desigualdades existentes en las condiciones económicas y sociales. En particular, las desigualdades injustas respecto de la educación, la afiliación en salud, el nivel de ingresos y la ocupación, que se reflejan en diferenciales de peores condiciones de vida en las mujeres, en las personas de mayor edad, en las de piel oscura, en quienes residen en áreas de estrato



socioeconómico bajo, en la zona rural y en regiones diferentes a Bogotá, especialmente en la región Atlántico y en la Orinoquia/Amazonia.

También resulta indispensable reconocer la producción de desigualdades sociales derivadas del conflicto armado colombiano, por un periodo histórico superior a 50 años. El conflicto armado ha conducido a la victimización de miles de colombianos y colombianas, provocando trastornos en los procesos de envejecimiento de las personas víctimas, en tanto les ha impuesto daños derivados de diferentes hechos victimizantes, ruptura de proyectos de vida, afectaciones emocionales y psicológicas, etc.

Envejecimiento activo y saludable. El envejecimiento social está produciendo un fenómeno paradójico, por una parte, la construcción de una nueva identidad del grupo de edad de personas entre 60 y 79 años conformado por hombres y mujeres con mejor estado de salud, mayor nivel educativo y mejor ingreso, dispuestos a ejercer procesos de envejecimiento activo, y por otra parte, el rápido crecimiento de personas de 80 años o más quienes tienen un mayor riesgo de entrar en procesos de dependencia funcional que requieren de cuidados tanto informales como especializados.

Respecto al proceso de envejecimiento activo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) lo define como “proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.

En desarrollo de esta conceptualización, la OMS identifica ocho determinantes del envejecimiento activo. 1) Económicos: relacionados con los ingresos, el trabajo y la protección social. 2) Del entorno social: materializados en el apoyo social, la alfabetización y educación, y la prevención del abuso, el maltrato y la violencia. 3) Del entorno físico: representados por las viviendas seguras, la prevención de caídas, el acceso a agua limpia, aire puro y alimentos sanos, y la dotación de equipamientos para personas mayores residentes en el medio rural. 4) Factores personales: relacionados con la herencia genética, biología y factores psicológicos como la inteligencia y la capacidad cognoscitiva. 5) Conductuales: actividad física, alimentación saludable, salud bucal, prevención del consumo de productos del tabaco y del alcohol, uso de medicamentos y cumplimiento terapéutico. 6) De los sistemas de salud y los servicios sociales: prevención de enfermedades, servicios de atención de salud y rehabilitación, servicios de salud mental y sistemas de atención a largo plazo. La OMS considera determinantes transversales del envejecimiento activo a: 7) la cultura: expresada en imaginarios, actitudes, valores y prácticas culturales asociadas con el envejecimiento y la vejez, y 8) el género: con referencia a la situación social desigual entre hombres y mujeres.

El envejecimiento activo se aplica tanto a las personas como a los grupos humanos. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo del curso de vida y participar en la sociedad de acuerdo con sus derechos, intereses, preferencias, capacidades, fortalezas y oportunidades. En este contexto es importante destacar el papel de las familias como escenarios en los cuales se favorece el envejecimiento activo, en sus dimensiones de salud, participación y seguridad, tanto por la confluencia de tres o más generaciones en su interior como por la contribución de las personas adultas mayores a la familia, a la comunidad y a la economía.

El término «activo» hace referencia, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar como parte de la fuerza de trabajo, sino a una participación continua en las cuestiones económicas, políticas, sociales, culturales y espirituales. Las personas adultas mayores que se retiran del trabajo



y las que están enfermas o viven en situación de dependencia funcional pueden, y deben, seguir contribuyendo activamente a sus familias, comunidades y sociedades.

Uno de los aspectos más relevantes del envejecimiento activo está constituido por la educación, entendida como derecho fundamental de todas las personas a la educación y al aprendizaje a lo largo de la vida, de acuerdo con la evidencia según la cual la capacidad de aprendizaje sólo disminuye hasta edades muy avanzadas. Los escenarios en que sucede el aprendizaje a lo largo de la vida pueden ser formales, no formales e informales.

Los factores emocionales, cognitivos, psicológicos y comportamentales también son importantes en el envejecimiento activo puesto que implican el desarrollo de fortalezas humanas como auto-estima, resiliencia, optimismo, vitalidad, bienestar subjetivo, satisfacción con la vida o felicidad, durante el curso de vida y particularmente en la vejez. Tales fortalezas humanas también incluyen las capacidades de selección, optimización y compensación que resultan relevantes frente a procesos de declinación funcional.

El envejecimiento activo se orienta a todas las personas y colectivos e impacta positivamente los costos de la atención en salud, y los niveles de bienestar subjetivo y social, pero exige una planificación acorde con las necesidades reales de la población en general, para garantizar el mejoramiento de la calidad de vida de todas y todos los habitantes de un territorio. En este contexto resulta importante considerar las consecuencias de la interacción entre envejecimiento activo y longevidad saludable, toda vez que la longevidad constituye uno de los fenómenos más relevantes de la actualidad y representa la capacidad de las personas de vivir alrededor de 30 años extras, una vez alcanzados los 60 años de edad.

Por último, hacia el año 2015, la Organización Mundial de la Salud estableció una Estrategia y Plan de Acción Mundiales sobre Envejecimiento y Salud con el propósito de que todas las personas puedan tener un envejecimiento saludable. Para iniciar el desarrollo de este propósito la OMS proclamó la realización del Decenio del Envejecimiento Saludable que se adelantará entre los años 2020 a 2030, con la participación, entre otros, de los diferentes sectores gubernamentales, organizaciones sociales, personas adultas mayores, sectores público y privado y otras entidades mundiales y regionales. Los objetivos previstos para el Decenio son: 1) Promover el envejecimiento saludable en todos los países, 2) Crear entornos adaptados a las personas mayores, 3) Adecuar los sistemas de salud a las necesidades de las personas mayores, y 4) Desarrollar sistemas de atención a largo plazo (OMS, 2015a).

La OMS define como envejecimiento saludable al “proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella.” (OMS, 2015b)

Vejez dependiente y cuidado. Resulta fundamental destacar la importancia que en Colombia y América Latina tiene la dependencia funcional de las personas adultas mayores, por sus implicaciones tanto sobre la organización social del cuidado como sobre la demanda creciente de personas cuidadoras. De acuerdo con el Informe Mundial sobre Alzheimer 2013, la prevalencia de dependencia funcional para América Latina se incrementará del 4.7% en 2010 al 5.5% en 2030, lo cual en números absolutos representa un crecimiento de 28 a 40 millones de personas con dependencia funcional en la región (Alzheimer’s Disease International, 2013a). La dependencia funcional se entiende como la pérdida de capacidades corporales o sensoriales para realizar



actividades básicas de la vida diaria, esenciales para el cuidado personal y la autonomía, tales como vestirse, acostarse o levantarse, caminar, usar el baño, bañarse o comer (Gutierrez y otros, 2014).

Para el caso colombiano, la Encuesta SABE 2015 encontró que la dependencia funcional en personas de 60 años o más oscilaba entre el 2.2% con dependencia severa a total y el 19.1% con dependencia leve a moderada. De acuerdo con el criterio según el cual una persona adulta mayor presenta una condición de discapacidad cuando necesita ayuda para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria, el 21,3% de las personas de 60 años o más son personas con discapacidad.

En cuando a demencias, el informe La Demencia en América registra para el año 2009, en América Latina, una prevalencia de demencias en personas de 60 años o más del 8.5%. La prevalencia de demencias correlaciona con la edad y se duplica con cada incremento de 5,5 años de edad. En personas de 60 a 64 años es del 1.3%, en personas de 70 a 74 años es de 4.5%, en el grupo de 80 a 84 años es del 15.4% y en mayores de 90 años del 63.9% (Alzheimer's Disease International, 2013b).

Respecto a la organización de servicios de cuidado, la demanda de cuidado está aumentando en América Latina debido a tres causas principales: el número considerable de niños y niñas, el envejecimiento de la población y el incremento del número de personas con algún grado de dependencia por razones de salud. Actualmente la región enfrenta una demanda de cuidado concentrada en la niñez, sin embargo en el futuro próximo las personas adultas mayores y las personas con dependencia funcional serán las que constituirán la mayor carga de asistencia. Por tanto, en un contexto de transición demográfica como el que ocurre en Latinoamérica, hay que anticipar las acciones y prepararse para enfrentar las transformaciones que ya se anuncian. (Cepal, 2009)

Se calcula que esta inversión en la relación de cuidado, desde los niños y niñas hacia las personas adultas mayores, sucederá en Colombia en menos de veinte años, a juzgar por los estudios sobre velocidad del envejecimiento que demuestran que al año 2037 el 15% de los habitantes del país tendrán edades iguales o superiores a los 65 años.

En consecuencia, es necesario transitar hacia la construcción de la dependencia funcional y el cuidado como asuntos de responsabilidad colectiva, que deben ser atendidos mediante prestaciones y servicios que maximicen la autonomía y el bienestar de los individuos y las familias, en el marco de los sistemas de protección social. (Cepal, 2012b)

Merece especial atención el concepto de cuidado, entendido desde referentes antropológicos como la experiencia por la que atraviesan todos los seres humanos, de recibir cuidado como condición previa e indispensable de supervivencia y, a consecuencia del cuidado recibido, habilitar la capacidad de cuidar de sí mismo y de cuidar de otros.

La organización del cuidado se entiende, por último, como la acción social dirigida a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas que carecen o han perdido la independencia personal y que necesitan ayuda de otros para realizar las actividades básicas de la vida diaria (Huenchuan, 2014). En particular, en nuestro país y de manera reciente ha venido creciendo la importancia de los cuidados a largo plazo durante la vejez, que incluyen servicios de atención de las necesidades tanto médicas como psicológicas y sociales de las personas adultas mayores que no pueden cuidar de sí mismas durante largos períodos.

2.4 Coordinación intersectorial y marco político-administrativo

El último aspecto, mínimo, para la formulación de política pública está representado por el marco político-administrativo de departamentos y distritos, y su correlación con la coordinación intersectorial.

Acorde con lo ordenado sobre Régimen Departamental por la Constitución Política de Colombia, las gobernaciones tienen autonomía para la administración de los asuntos de su jurisdicción y la planificación y promoción del desarrollo económico y social dentro de su territorio. Además, ejercen funciones administrativas, de coordinación, de complementariedad de la acción municipal, de intermediación entre la Nación y los Municipios y de prestación de los servicios que determinen la Constitución y las leyes.

De manera complementaria, el Decreto Ley 1222 de 1986, artículo 7, determina que los departamentos deben promover y ejecutar, en cumplimiento de los respectivos planes y programas nacionales y departamentales las actividades económicas que interesen a su desarrollo y al bienestar de sus habitantes, así como prestar asistencia administrativa, técnica y financiera a los municipios, promover su desarrollo y ejercer sobre ellos la tutela que las leyes señalen.

Respecto a la normatividad vinculante en materia de personas adultas mayores, envejecimiento humano y vejez, enseguida presentamos una síntesis de los aspectos relacionados con la normatividad dirigida a promover, proteger y garantizar el ejercicio de derechos de las personas adultas mayores, al cumplimiento de los cuales deben contribuir los departamentos mediante la formulación e implementación de políticas públicas y la asesoría y acompañamiento de la aplicación de las mismas por parte de los municipios de su jurisdicción, acorde con el principio legal según el cual es competencia de los Departamentos y Distritos el desarrollo de la Política Nacional, y la aplicación de las políticas nacional y departamental por parte de los municipios mediante planes municipales de atención integral de las personas adultas mayores, el envejecimiento humano y la vejez.

Los derechos humanos de las personas adultas mayores se encuentran protegidos por el bloque de constitucionalidad vigente y reconocido por el Estado colombiano, mediante instrumentos como: 1) Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, suscrita por Colombia; 2) el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (aprobado por la Ley 74 de 1968), 3) el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (aprobado por la Ley 74 de 1968); 4) la Convención Americana de Derechos Humanos (aprobada por la Ley 16 de 1972), 5) el Protocolo de San Salvador (aprobado por la Ley 319 de 1996) y 6) la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ratificada por la Ley 1346 de 2009).

Por otro lado, la Constitución Política de Colombia viabiliza la realización y garantía de los derechos civiles y políticos, de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, incluido el derecho al libre desarrollo, así como la eliminación de todas las formas de desigualdad y discriminación, en particular de la discriminación por edad, y la previsión de acciones especiales de protección y asistencia en las situaciones de pobreza extrema, abandono, maltrato y vulneración de derechos de las personas adultas mayores. En específico, la Carta Política de 1991, artículo 46, establece que la protección y asistencia de las personas mayores es una responsabilidad compartida entre las familias, la sociedad y el Estado.



En relación con la coordinación intersectorial, el Ministerio de Salud y Protección Social ha propuesto que la coordinación intersectorial es un proceso pensado, planeado y programado, implica reconocer los factores que intervienen en su desarrollo para orientar acciones, actividades e intervenciones dirigidas a una ejecución efectiva. Esta acción conjunta debe abarcar las dinámicas políticas, culturales, ambientales y económicas identificadas en el territorio y estar centrada en la participación social que se refleje en la construcción de agendas conjuntas equitativas, sostenibles y costo-efectivas. (MSPS, 2016b)

Los objetivos de la coordinación intersectorial se pueden resumir en: 1) Evitar o minimizar la duplicidad y superposición de políticas, 2) Reducir las inconsistencias de las políticas, 3) Asegurar prioridades de políticas y apuntar a la cohesión y coherencia entre ellas, 4) Atenuar el conflicto político y burocrático, y 5) Promover una perspectiva holística que supere la mirada sectorial y estrecha de las políticas.

La coordinación intersectorial produce sinergias asociativas y colaborativas que promueven: el intercambio de información y conocimientos entre las partes, los procesos y actividades necesarias para implementar acciones estratégicas concertadas entre los distintos actores y sectores participantes, los recursos para establecer articulaciones y complementariedades entre los participantes a nivel del presupuesto y de competencias en juego, y de autoridad, pues la coordinación exige decisión y fuerza política para crear convergencias y articulaciones entre diferentes áreas de gobierno.

En el territorio la coordinación intersectorial desempeña un papel central para incrementar la autorresponsabilidad ciudadana, la percepción del riesgo, el empoderamiento y la apropiación de las acciones, así como su sostenibilidad. (MSPS, 2016b)

Para una mayor ilustración sobre coordinación intersectorial recomendamos la consulta del documento Orientaciones para la Intersectorialidad, publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2016.

3. Medidas para el diseño y ejecución de Planes Municipales de Atención Integral de Personas Adultas Mayores, Envejecimiento Humano y Vejez

Con base en los objetivos, metas e indicadores definidos tanto por la Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez como por la Política Departamental de Envejecimiento Humano y Vejez, las administraciones municipales deberán formular un Plan Municipal de Atención Integral de las Personas Mayores, el Envejecimiento Humano y la Vejez que permita la ejecución de acciones, actividades e intervenciones dirigidas a este grupo poblacional, dentro de su jurisdicción.

Para facilitar el proceso de estructuración del plan municipal de atención integral, la administración municipal deberá, además, generar espacios de participación de las personas adultas mayores que consulten sus derechos, necesidades y expectativas para lo cual podrán utilizar la metodología MIPSAM, descrita en la página 8 de la presente Guía.

También deberán elaborar una línea de base o una caracterización de las condiciones de vida de las personas mayores residentes en la entidad territorial, acorde con lo planteado en la sección 2.2 de esta Guía.

La construcción del Plan Municipal de Atención Integral de las Personas Mayores, el Envejecimiento Humano y la Vejez deberá contener como mínimo, además de la línea de base o caracterización de las condiciones de vida de las personas mayores, los siguientes componentes : 1) campos de intervención de la situación de las Personas Mayores, 2) metas, 3) indicadores, 4) medios de verificación, 5) responsables, 6) competencias de municipios y departamentos, 7) definición de plazos de cumplimiento y 8) financiación y gestión presupuestal.

Los anteriores componentes se encuentran estrechamente interrelacionados por lo cual se recomienda que en la estructura y contenido del Plan Municipal de Atención Integral participen todas las entidades municipales corresponsables de su implementación, acorde las directrices propias de la coordinación e integración intersectorial.

A continuación se describen, brevemente, cada uno de los componentes enunciados.

3.1 Campos de intervención de la situación de las Personas Mayores basados en derechos

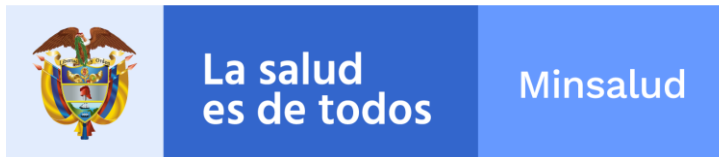
En consistencia con la Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024, los Planes Municipales de Atención Integral de las Personas Mayores, el Envejecimiento Humano y la Vejez deberán incluir, como mínimo, cuatro campos de intervención con el alcance de contenido precisado por las líneas de acción respectivas de las Políticas Nacional y Departamental. Los campos mínimos de intervención son: 1) Promoción y Garantía de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores, 2) Protección Social Integral, 3) Envejecimiento Activo, Satisfactorio y Saludable, y 4) Formación del Talento Humano e Investigación.

La orientación conceptual, además de la señalada en el apartado 2.3 de esta Guía, deberá ceñirse al enfoque de derechos, con el cual se encuentra comprometido el Estado Colombiano. Esto implica el cumplimiento de las obligaciones que se derivan de los instrumentos internacionales de derechos humanos, la normativa constitucional, la legislación interna y la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

En particular, el eje estratégico de la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez referido a Promoción y Garantía de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores, busca materializar la crucial importancia que el Estado Colombiano da a la garantía de derechos de los colectivos y personas adultas mayores como sujetos de especial protección constitucional, respecto del disfrute de los cuidados adecuados, acceso a la vivienda, a la alimentación, al agua de buena calidad, a la provisión de ingresos, acceso universal a la seguridad social, a los servicios de salud, a programas de protección social, al cuidado y soporte familiar, a promover y garantizar un envejecimiento activo, satisfactorio y saludable que permita a todas las personas, independientemente de la edad desarrollar capacidades ciudadanas para la exigencia de los derechos, su plena participación en la sociedad, favorecer su empoderamiento y el ejercicio activo de la ciudadanía.

Con referencia a la Protección Social Integral, la Ley 789 de 2002 estableció el sistema de protección social en Colombia y lo definió como “el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo”.

El sistema de protección social en Colombia ha migrado de un enfoque de asistencia social a un enfoque de asistencia y previsión social como derecho, en el cual se enfatiza la igualdad, la



democratización, la ampliación de capacidades, competencias y realizaciones y el reconocimiento de diversidades sociales y culturales mediante estrategias, políticas, planes, programas y proyectos públicos dirigidos a personas, familias y comunidades insertas en procesos de desigualdad social.

Se asume la Protección Social Integral y no la Protección Social en Salud, con el propósito de integrar a otros sectores del desarrollo en un marco de derechos para lograr intervenciones pertinentes, coordinadas y potenciadoras del desarrollo económico y social de las personas y colectivos sujetos de esta política. Constituyen escenarios de la protección social integral: además de la seguridad de ingresos, la seguridad social en salud y la organización de servicios de cuidado, la promoción y asistencia social, vivienda, seguridad alimentaria y educación.

El componente de Envejecimiento Activo, Satisfactorio y Saludable se fundamenta en una visión de futuro y busca generar las condiciones necesarias para una vida autónoma, digna, larga, y saludable, para todos los habitantes del territorio nacional. Es un componente de largo plazo, que debe permitir al país actuar en forma oportuna ante el crecimiento del índice de envejecimiento poblacional; las acciones propuestas buscan que el aumento de las personas de 60 años o más, no se considere como una crisis social y económica, sino como una alternativa y oportunidad de desarrollo.

Las acciones del componente de Envejecimiento Activo y Saludable se fundamentan en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y fomentan la autonomía y desarrollo de capacidades y fortalezas de las personas. Las acciones previstas por esta estrategia se dirigen a todas y todos los colombianos, buscan promover estilos de vida saludables y lograr cambios en los hábitos de las personas para garantizar calidad de vida a lo largo de las diferentes trayectorias vitales, para mantener a las y los colombianos sanos y productivos.

Por otro lado, mediante el componente de Formación del Talento Humano e Investigación la política pública busca influir en los currículos de la educación básica, media y de formación profesional en el área de ciencias de la salud, ciencias sociales, ciencias económicas, y otras afines para la inclusión de contenidos dirigidos al desarrollo de capacidades y competencias para el auto cuidado, también para la planificación de escenarios sociales en condiciones de envejecimiento intermedio y avanzado, de ciudades amables y seguras para las y los ciudadanos, de desmitificación de la vejez como problema y de creación y consolidación de culturas del envejecimiento humano que provean espacios reales de participación de las personas mayores, y para superar los estereotipos discriminatorios y crear imaginarios positivos de la vejez.

En síntesis, este último componente busca desarrollar dos temas fundamentales, la investigación y la formación de talento humano especializado en asuntos de envejecimiento humano y vejez.

3.2 Metas, indicadores y medios de verificación

Los Planes Municipales de Atención Integral de las Personas Mayores deberán incluir metas, indicadores y medios de verificación. Las metas se entienden como los logros o resultados cuantitativos y cualitativos esperados con base en las acciones, actividades o intervenciones realizadas por los actores públicos o sociales responsables, durante un determinado periodo de tiempo. El Departamento Nacional de Planeación -DNP (s.f.) precisa que las metas deben medirse en términos de tiempo, cantidad y si es posible calidad.

Acorde con lo definido por el DNP (s.f.), los indicadores constituyen una “representación cuantitativa, verificable objetivamente, a partir de la cual se registra, procesa y presenta la



información necesaria para medir el avance o retroceso en el logro de un determinado objetivo. En consecuencia, es a partir de indicadores que se pueden determinar objetivamente, los resultados de las intervenciones públicas y valorar su desempeño”. Los indicadores deben ser claros, relevantes, económicos, medibles y adecuados.

A su vez, los medios o fuentes de verificación representan la evidencia tangible del avance o cumplimiento de las metas. Los medios de verificación pueden plasmarse en documentos oficiales, informes, boletines, evaluaciones, encuestas, registros administrativos, registros contables, ordenanzas departamentales, acuerdos municipales y actos administrativos, entre otros.

3.3 Responsables y competencias de municipios y departamentos

El Plan Municipal de Atención Integral de las Personas Mayores, el Envejecimiento Humano y la Vejez deberá identificar con precisión cada una de las entidades y sectores públicos responsables de las actividades e intervenciones definidas, tanto del orden municipal como del orden departamental.

De acuerdo con las competencias de las entidades públicas municipales se concertará el alcance de cumplimiento de la meta, en el corto y mediano plazo, es decir a dos (2) y cuatro (4) años, respectivamente, en consistencia con el periodo de gobierno de los mandatarios locales.

Además, es necesario avanzar en la concertación de acciones, actividades e intervenciones intersectoriales que complementen el trabajo sectorial, fundadas en las características de problemáticas que trascienden los límites de sectores específicos.

3.4 Definición de plazos de cumplimiento

En general, es recomendable que los Planes Municipales de Atención Integral de las Personas Mayores, el Envejecimiento Humano y la Vejez se proyecten a diez años, o como mínimo deberán estructurarse para que su cumplimiento coincida con el periodo de gobierno de los alcaldes municipales, precisando metas de corto plazo a un año o dos años, y metas de mediano plazo a tres o cuatro años.

3.5 Financiación y gestión presupuestal

Para la financiación del Plan Municipal de Atención Integral de las Personas Mayores, el Envejecimiento Humano y la Vejez deberán utilizarse los recursos derivados de la Ley 1276 de 2009, modificada por la Ley 1850 de 2017, destinados a mejorar la calidad de vida de las personas mayores mediante la entrega de diferentes servicios sociales dentro de las modalidades de atención representadas por los centros vida y por los centros de bienestar para personas adultas mayores.

También deberán utilizarse los recursos previstos por la Ley 715 de 2001, artículo 76, numeral 11, destinados a la atención de grupos vulnerables dentro de los cuales se incluyen a las personas mayores.

Además podrán aplicarse recursos derivados del Sistema General de Regalías, previo cumplimiento de los requisitos y el procedimiento determinados por la Ley 1530 de 2012 y del Acuerdo 45 de 2017, o normas que las modifiquen o sustituyan.

Los recursos propios de las administraciones municipales también deben aplicarse a la atención integral y mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores residentes en la respectiva jurisdicción político-administrativa, en cumplimiento y desarrollo, entre otras, de la Constitución Política de Colombia, artículos 13 y 46, de la Ley 100 de 1993, artículos 261 y 262, y de la Ley 136 de 1994, artículo 3, numerales 3, 4 y 5.

Lo anterior en relación, respectivamente, con el derecho a la igualdad y no discriminación y a la protección, asistencia e integración comunitaria de las personas mayores; al plan municipal de servicios complementarios para la vejez y a la prestación de servicios sociales para las personas mayores; y a las funciones de los municipios de promover el mejoramiento social y cultural de sus habitantes, planificar el desarrollo económico, social y ambiental de su territorio y de solucionar las necesidades insatisfechas con énfasis en la niñez, las mujeres, las personas mayores y las personas con discapacidad.

4. Atención integral de salud y coordinación socio-sanitaria para la asistencia de Personas Adultas Mayores

El presente apartado desarrolla aspectos relacionados con las intervenciones poblacionales, colectivas, de gestión en salud pública, de atención integral de salud y de coordinación socio-sanitaria para la atención de las personas mayores.

4.1 Intervenciones poblacionales, colectivas y de gestión en salud pública que incluyen a las personas mayores

En desarrollo de la Ley 1751 de 2015 y de la Ley 1753 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social formuló la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), en el marco de la cual adoptó tanto las estrategias de atención primaria de salud y de gestión integral del riesgo en salud así como el enfoque de cuidado de la salud y el enfoque diferencial de derechos en salud.

La Política de Atención Integral en Salud fue definida como “el conjunto de enfoques, estrategias, procesos, instrumentos, acciones y recursos que centra el sistema de salud en el ciudadano, permite atender a la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud para generar mejores condiciones de salud de la población, ordenando la intervención de los integrantes del sistema de salud y de otros actores responsables de garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación y la muerte digna, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutoria.” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019)



El desarrollo de la Política de Atención Integral en Salud se concreta con la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial –MAITE, entendido como conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo de departamentos y distritos. El modelo MAITE, a su vez, dispone de las siguientes líneas y herramientas articuladas e integradas: aseguramiento, salud pública, prestación de servicios de salud, talento humano en salud, financiamiento, enfoque diferencial, intersectorialidad y gobernanza.

Para materializar las acciones del modelo MAITE en los territorios, se requiere formular, ejecutar, monitorear y ajustar periódicamente un plan de acción en cada entidad territorial que especifique las prioridades en cada línea de acción, responsables, compromisos, productos, indicadores y tiempos de ejecución de las acciones requeridas para el logro de los objetivos concertados.

En lo relacionado específicamente con las intervenciones poblacionales, colectivas y de gestión en salud pública que incluyen a las personas mayores, el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido las Resoluciones 1841 de 2013, 3202 de 2016 y 3280 de 2018. Mediante las cuales se desarrolla, respectivamente, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS y los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

En materia de personas mayores, envejecimiento y vejez, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 reconoce e interviene el impacto del envejecimiento poblacional, facilita su gestión efectiva mediante políticas de Estado orientadas a materializar la atención integral y la prestación de servicios para la población de 60 años o más, enfocándose en la articulación programática, el trabajo intersectorial y la complementariedad de acciones e intervenciones entre nación y entidades territoriales. Las metas del Plan Decenal referidas a personas mayores, envejecimiento y vejez fueron incluidas en la dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables.

A su vez, las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS están dirigidas, en general, a regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en salud para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del SGSSS y demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud para contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad.

En coherencia con lo anterior, la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud prioriza como intervenciones colectivas a las políticas públicas que inciden en los determinantes de la salud, la gestión de información en salud y la participación social. Por su parte las intervenciones colectivas se concretan en los diferentes entornos en los cuales actúan las personas, familias y comunidades, en particular en los entornos hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional.

De acuerdo con la Resolución 3280 de 2018, las intervenciones poblacionales son de carácter estructural y requieren de la acción intersectorial para su desarrollo. Se realizan con liderazgo de la nación y las entidades territoriales y tienen alcance nacional, departamental o municipal. Las

intervenciones poblacionales deben estar incluidas, entre otros, en los planes de desarrollo territorial, en los planes sectoriales y en los planes territoriales de salud.

Las intervenciones colectivas se definen como “un conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio.” (MSPS, 2015b). Las intervenciones colectivas también deben hacer parte del Plan Territorial de Salud y ser complementarias de las intervenciones poblacionales e individuales.

4.2 Atención integral de salud

El Ministerio de Salud y Protección Social ha definido la Atención Integral en Salud como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. (MSPS, 2015b)

Las intervenciones individuales para personas de 60 años o más se detallan en el anexo de la Resolución 3280 de 2018, estas intervenciones son de obligatorio cumplimiento para las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud, entre otros. Las intervenciones individuales para personas adultas mayores tienen como finalidad la valoración integral, la detección temprana, la protección específica, y la educación en salud de modo individual, grupal o familiar.

De manera complementaria, la Resolución 1378 de 2015 adopta medidas para la atención en salud y protección social de las personas adultas mayores, y fomenta el acceso a servicios preferenciales, ágiles y oportunos en salud. Las entidades territoriales, las entidades administradoras de planes de beneficios y los prestadores de servicios de salud deben actuar coordinadamente para brindar, además, una atención en salud humanizada y con calidad, en ningún caso podrán negar los servicios de atención a una persona adulta mayor por razones administrativas o económicas.

También es importante precisar, respecto a la prestación de servicios de salud, que el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, se dirige a la totalidad de la población que habita el territorio nacional, lo cual incluye al grupo de personas de 60 años o más. Este plan se define como el conjunto de servicios y tecnologías en salud contenidos en la Resolución Resolución 3512 de 2019, o norma que la modifique o sustituya, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección del derecho fundamental a la salud para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en salud.

4.3 Coordinación socio-sanitaria para la atención de personas mayores

En principio, tanto las políticas departamentales y distritales como los planes municipales de atención integral de las personas mayores, el envejecimiento humano y la vejez deben promover, gestionar y facilitar la coordinación de los servicios de salud y de los servicios sociales dirigidos a



las personas adultas mayores en virtud, primero, del envejecimiento acelerado de la población residente en departamentos, distritos y municipios de Colombia. De acuerdo con datos preliminares del Censo Nacional de Población y Vivienda Colombia 2018, se estima que nuestro país cuenta con 48.2 millones de habitantes, de los cuales el 13.4% corresponde a personas de 60 años o más, esto equivale a un total de 6.4 millones de personas. Segundo, el incremento de enfermedades crónicas y trastornos mentales en personas de 60 años o más. Según la Encuesta SABE Colombia (MSPS-UNIVALLE-UNICALDAS, 2015) presentan simultáneamente dos condiciones crónicas el 23,8% de las personas mayores y tres condiciones crónicas el 26,8%, depresión el 49.9%, deterioro cognitivo el 17.6% y demencias el 9,4%. Y tercero, por el aumento del número de personas mayores con dependencia funcional, la cual asciende al 21% de las personas de 60 años o más de acuerdo con la Encuesta SABE Colombia.

La dependencia funcional se entiende como la pérdida de capacidades corporales o sensoriales para realizar actividades básicas de la vida diaria, esenciales para el cuidado personal y la autonomía, tales como vestirse, acostarse o levantarse, caminar, usar el baño, bañarse o comer (Gutierrez y otros, 2014).

El anterior escenario exige de las administraciones territoriales adoptar medidas, acordes con el principio de descentralización, dirigidas a regular y financiar la organización social del cuidado, la identificación de los beneficiarios de los servicios, la definición del conjunto servicios requeridos por las personas mayores en condición de dependencia funcional o demencia y la garantía de calidad de tales servicios (BID, 2018a). Las acciones articuladas, combinadas y simultáneas de los servicios de salud y de los servicios sociales, por sus especiales características, son indispensables para aumentar la autonomía, paliar las limitaciones o sufrimientos y facilitar la realización de las actividades de la vida diaria de las personas en condición de dependencia funcional o demencia.

Dentro del conjunto de servicios de cuidado es necesario incluir: 1) atenciones domiciliarias (visitas de enfermería, cuidados de día o noche, cuidados de corto plazo por respiro, ayuda doméstica como limpieza o lavandería y cuidado personal como bañarse o rasurarse, por ejemplo), 2) Atenciones en instituciones (centros de bienestar o instituciones de atención) y 3) Transferencias en efectivo para casos especiales.

Por último, y de manera complementaria, para promover la participación ciudadana en los procesos descritos es recomendable que las entidades territoriales establezcan Consejos Municipales de Personas Mayores. Estos consejos pueden elegirse cada cuatro años, a partir del voto de los ciudadanos de 60 años o más quienes pueden elegir o ser elegidos para conformar el consejo. Cada municipio quedaría obligado a consultar a su Consejo Municipal de Personas Mayores sobre cualquier tema relevante, propio la población adulta mayor de su respectiva jurisdicción.

Referencias bibliográficas

- Alzheimer's Disease International. (2013a). World Alzheimer Report 2013. London: ADI.
Alzheimer's Disease International. (2013b). La Demencia en América. Londres: ADI.



Banco Interamericano de Desarrollo. (2018a). Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados. Nueva York: BID.

Banco Interamericano de Desarrollo. (2018b). Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia. Nueva York: BID.

CELADE. (2006). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la Vejez. Santiago de Chile: El Centro.

CEPAL. (2004). Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento. Santiago de Chile: Cepal.

CEPAL. (2007). Declaración de Brasilia: Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento. San José: Cepal.

CEPAL. (2009). Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis? Santiago de Chile: CEPAL.

CEPAL. (2012a). Carta de San José: Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento. San José: Cepal.

CEPAL. (2012b). Envejecimiento, solidaridad y protección social: La hora de avanzar hacia la igualdad. Santiago de Chile: Cepal.

Colombia. (2002). Constitución Política de Colombia 1991. Bogotá: Editorial Unión.

Colombia. Comisión Rectora del Sistema General de Regalías. Acuerdo 45 de 2017: Acuerdo único del Sistema General de Regalías.

Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993: sistema de seguridad social integral

Colombia. Congreso de la República. Ley 1091 de 2006: reconoce al colombiano y colombiana de oro

Colombia. Congreso de la República. Ley 1171 de 2007: beneficios para las personas adultas mayores

Colombia. Congreso de la República. Ley 1251 de 2008: protección, promoción y defensa de derechos de las personas mayores

Colombia. Congreso de la República. Ley 1276 de 2009: nuevos criterios de atención integral de personas mayores en los centros vida.

Colombia. Congreso de la República. Ley 1315 de 2009: condiciones mínimas para dignificar la estancia de las personas mayores en centros de protección, centros de día e instituciones de atención.

Colombia. Congreso de la República. Ley 136 de 1994: organización y funcionamiento de los municipios.

Colombia. Congreso de la República. Ley 1530 de 2012: organización y funcionamiento del sistema general de regalías.

Colombia. Congreso de la República. Ley 16 de 1972: Convención Americana de Derechos Humanos.

Colombia. Congreso de la República. Ley 1850 DE 2017: medidas de protección para personas mayores en Colombia y penalización del maltrato intrafamiliar por abandono.

Colombia. Congreso de la República. Ley 1955 de 2019: Plan Nacional de desarrollo 2018 – 2022 ‘Pacto por Colombia, pacto por la equidad’.

Colombia. Congreso de la República. Ley 319 de 1996: Protocolo de San Salvador.

Colombia. Congreso de la República. Ley 715 de 2001: normas orgánicas en materia de recursos y competencias.

Colombia. Congreso de la República. Ley 789 de 2002: normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social.

Colombia. Congreso de la República. Ley 74 de 1968: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

Colombia. Congreso de la República. Ley 74 de 1968: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

- DANE. (2009). Metodología línea base de indicadores. Bogotá, D.C.: DANE.
- DNP. (s.f.). Guía del módulo de capacitación en teoría de proyectos. Bogotá: DNP.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social. Madrid: Pirámide.
- Ferraro, K. F. y Shippee, T. P. (2009). Aging and Cumulative Inequality: How Does Inequality Get Under the Skin? *The Gerontologist*, 49 (3), 333–343.
- Gutierrez, L. M. et al. (2014). Envejecimiento y dependencia: realidades y previsión para los próximos años. México: Intersistemas editores.
- Huenchuan, S. (2014). “¿Qué más puedo esperar a mi edad?” Cuidado, derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado. En Huenchuan, S. y Rodríguez, R. I. *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. México: ONU.
- IMSERSO. (2011). Envejecimiento activo: libro blanco. Madrid: IMSERSO.
- Ministerio de Protección Social, Universidad Nacional de Colombia. (2007). MIPSAM: metodología integrada de participación social de y para adultos mayores. Bogotá: La Universidad.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Universidad del Valle y Universidad de Caldas. (2016). Encuesta SABE Colombia: Situación de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia. Bogotá: Las Universidades.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Resolución 1841 de 2013: Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez, 2015-2024. Bogotá, D.C.: El Ministerio.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015b). Resolución 1378 de 2015: disposiciones para la atención en salud y protección social de las personas mayores.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Resolución 3202 de 2016: Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). Orientaciones para la Intersectorialidad. Bogotá: El Ministerio.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018: Lineamientos técnicos y operativos de la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 2626 de 2019: Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE.
- Montes de Oca, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Revista Bazo*, M. T. (1992). La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos. *Revista REIS*, (60), 75-90.
- Neugarten, B. (1999) Los significados de la edad. Barcelona: Herder.
- Organización de Estados Americanos. (2015). Convención Interamericana de Derechos Humanos de las Personas Adultas mayores. Washington: OEA.
- Organización de Naciones Unidas. (2002). Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Madrid: ONU.
- Organización de Naciones Unidas. (2015). Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. Nueva York: ONU.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 37 (S2): 74-105.



La salud
es de todos

Minsalud

Organización Mundial de la Salud. (2015a). Estrategia y Plan de Acción Mundiales sobre Envejecimiento y Salud. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2015b). Informe mundial sobre envejecimiento y salud. Ginebra: OMS.

Osorio, P. (2006). La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales. Papeles del CEIC, (22), 1-28.