

# Envejecer

¿Sin protección?

HERNANDO TORRES CORREDOR

Escuela de Pensamiento  
Vicerrectoría de Investigación



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

## **Hernando Torres Corredor**

Abogado de la Universidad Nacional de Colombia, magíster en Economía de la Pontificia Universidad Javeriana y Ph. D. en Derecho de la Universidad Externado de Colombia. Especialista en Derecho del Trabajo, Seguridad Social y Contratación por la Universidad de Salamanca. Realizó estudios de posgrado en Desarrollo Económico en la Carleton University (Ottawa) y en Economía y Estadística en el Institut National de la Statistique et des Études Économiques (París). Es director del Centro de Pensamiento en Derecho a la Salud y profesor asociado de la Universidad Nacional de Colombia. Ha sido magistrado del Consejo Superior de la Judicatura, secretario general de la Procuraduría General de la Nación y asesor en políticas sociales de Bogotá. Autor de libros y artículos académicos sobre igualdad, pensiones, salud, mercado laboral y género.

Correo: htorresc@unal.edu.co

## **Grupo de estudio Hermes:**

### **Docentes**

Hernando Torres  
Diana del Pilar Colorado

### **Estudiantes**

Nicolás Saavedra Torres (F. Medicina)  
Alejandro Polanco Mancera (F. Ciencias Humanas)  
Diana Sofía Donneys Plazas (F. Medicina)  
Valerie Kalulambi Baéz (F. Derecho, Ciencias Políticas y Sociales)  
Anamaría Delgado Duarte (F. Derecho, Ciencias Políticas y Sociales)  
Brian Steven Torres Lozano (F. Derecho, Ciencias Políticas y Sociales)  
Luisa Fernanda Rojas Ruiz (F. Derecho, Ciencias Políticas y Sociales)  
Juan Manuel Alejandro Benítez (F. Medicina)

### **Colaboración especial de:**

Jairo Humberto Restrepo (Universidad de Antioquia)  
Mónica Paola Quintero Jiménez (UNAL)  
Daniel Santiago Flechas Aguilar (UNAL)

**Envejecer**

¿Sin protección?



# Envejecer

## ¿sin protección?

**Hernando Torres Corredor**



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

Bogotá, D. C., 2026

© Universidad Nacional de Colombia  
© Editorial Universidad Nacional de Colombia

© Hernando Torres Corredor  
Primera edición, 2026

ISBN 978-628-503-068-0 (papel)  
978-628-503-069-7 (PDF)

Cuidado editorial: Editorial Universidad Nacional de Colombia  
<https://portaldelibros.unal.edu.co/>

Dirección de arte: Mauricio Arango

Edición de obra: Valentina Martín-Roa

Corrección de estilo: Hernando Sierra

Diagramación: Ricardo González Angulo

Ilustraciones de cubierta: Rembrandt, H. (1631). *Una anciana leyendo*. [Pintura al óleo].

Rembrandt, H. (1631). *Dos sabios leyendo*. [Pintura al óleo]

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio  
sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Impreso y hecho en Bogotá, D. C., Colombia

### **Grupo de estudio Hermes:**

#### **Docentes**

Hernando Torres  
Diana del Pilar Colorado

#### **Estudiantes**

Nicolás Saavedra Torres (F. Medicina)  
Alejandro Polanco Mancera (F. Ciencias Humanas)  
Diana Sofía Donneys Plazas (F. Medicina)  
Valerie Kalulambi Baéz (F. Derecho, Ciencias Políticas y Sociales)  
Anamaría Delgado Duarte (F. Derecho, Ciencias Políticas y Sociales)  
Brian Steven Torres Lozano (F. Derecho, Ciencias Políticas y Sociales)  
Luisa Fernanda Rojas Ruiz (F. Derecho, Ciencias Políticas y Sociales)  
Juan Manuel Alejandro Benítez (F. Medicina)

#### **Colaboración especial de:**

Jairo Humberto Restrepo (Universidad de Antioquia)  
Mónica Paola Quintero Jiménez (UNAL)  
Daniel Santiago Flechas Aguilar (UNAL)

---

### Catalogación en la publicación Universidad Nacional de Colombia

Torres Corredor, Hernando, 1945-

Envejecer : ¿sin protección?/Hernando Torres Corredor; [estudio especial, Jairo Humberto Restrepo].  
– Primera edición. – Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Vicerrectoría de Investigación: Editorial  
Universidad Nacional de Colombia, 2026.

304 páginas : ilustraciones (principalmente a color), diagramas. – (Colección Escuela de Pensamiento)

Incluye referencias bibliográficas e índice analítico

ISBN 978-628-503-068-0 (impreso). – ISBN 978-628-503-069-7 (digital)

1. Vejez – Aspectos sociales – Colombia 2. Enfermedades – Factores asociados a la edad 3. Edadismo  
– Investigación 4. Discriminación por edad 5. Envejecimiento de la población 6. Ancianos – Salud e  
higiene 7. Protección social 8. Condiciones de trabajo – Aspectos sociales 9. Ancianos – Trabajo –  
Derecho y legislación 10. Accesibilidad de la asistencia sanitaria 11. Asistencia a la vejez – Aspectos  
jurídicos – Colombia 12. Personas adultas mayores – Política gubernamental – Colombia 13. Economía  
de la salud 14. Colombia – Política demográfica 15. Colombia – Política social I. Restrepo Zea, Jairo  
Humberto, 1985-, autor II. Título III. Serie

CDD-23 362.609861 / 2026

# Contenido

<b>Presentación</b>	14
<b>Capítulo 1.</b> ¿Por qué hablar de envejecimiento en la era de la eterna juventud?	20
<b>Capítulo 2.</b> Envejecimiento demográfico	54
<b>Capítulo 3.</b> Una mirada integral a la salud en la alta edad	102
<b>Capítulo 4.</b> Trabajo y envejecimiento	182
<b>Capítulo 5.</b> Medidas del Estado: legislación nacional, jurisprudencia e instrumentos internacionales	222
<b>Estudio especial</b> Economía y salud en las edades mayores Jairo Humberto Restrepo	280



# Figuras

Figura 1.	Pirámide poblacional mundial según edad y número de millones de habitantes en el año 1950	66
Figura 2.	Pirámide poblacional mundial según edad y número de millones de habitantes en el año 2000	66
Figura 3.	Pirámide poblacional mundial según edad y número de millones de habitantes en el año 2024	67
Figura 4.	Pirámide de proyección poblacional mundial según edad y número de millones de habitantes en los años 2050 (izquierda) y 2100 (derecha)	68
Figura 5.	Cantidad de personas de sesenta años o más edad en países desarrollados y países en desarrollo, 1950-2050	69
Figura 6.	Región de las Américas: esperanza de vida al nacer, por subregión y sexo, 1950-2060	71
Figura 7.	Región de las Américas: tasa global de fecundidad, por subregión, 1950-2060	72
Figura 8.	Tasa actual de crecimiento de la población total por grupos de edad en América Latina y Colombia en el periodo de 1950-2100	73
Figura 9.	Estructura de la población de América Latina y proyección para el 2100 de población mayor de 64 años	73
Figura 10.	Relación de dependencia demográfica según grupos dependientes en América Latina y Colombia entre 1950 y 2050	74
Figura 11.	Transformación demográfica en Colombia: análisis de pirámides poblacionales 1951 y 2018	76
Figura 12.	Distribución de los grupos poblacionales en Colombia 1985-2018	77

Figura 13. Relación de feminidad en personas de alta edad por zona geográfica desde 1985 y sus proyecciones al 2050	78
Figura 14. Porcentaje de hogares unipersonales con persona mayor y hogares con solo personas mayores en Colombia para 1990 y el 2010	79
Figura 15. Distribución porcentual de la población de ambos sexos, según grupos de edad entre 1950 y 2050	88
Figura 16. Tasa de migración en América Latina y Colombia desde 1950 hasta el 2050	89
Figura 17. Migración de población venezolana a Colombia desde 2016 y proyecciones hasta 2025	90
Figura 18. Principales diagnósticos de las personas de sesenta años o más respecto a la población general	164
Figura 19. La salud como componente del bienestar	287
Figura 20. La UPC en Colombia 2023 (en pesos colombianos)	289
Figura 21. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles [ECNT] en adultos mayores y resto de la población, Colombia 2019 (autorreporte en encuesta de calidad de vida)	294
Figura 22. Estado de salud percibido, Colombia 2019 (adultos mayores y resto de la población)	295

# Tablas

Tabla 1. Síndromes geriátricos	119
Tabla 2. Parámetros de The Staff Assessment Persona-Directed Care centrados en la persona	132
Tabla 3. Parámetros de The Staff Assessment Persona-Directed Care entornos facilitadores	133
Tabla 4. Porcentajes de pensionados discriminados por sexo y rango etario	235
Tabla 5. Evolución de cobertura BEPS 2016-2020	238
Tabla 6. Normativa nacional en materia de personas de alta edad	247
Tabla 7. Población mayor ocupada según sexo y rama de actividad, total nacional (2020)	256
Tabla 8. Metas de los ODS asociadas a las personas mayores	291
Tabla 9. Dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria, Colombia 2019 (adultos mayores y resto de la población)	295





# Presentación

**E**ste libro es el resultado de un abordaje académico sobre un fenómeno social que expresa cambios profundos en la forma de convivencia humana en el siglo XXI: el envejecimiento de la población.

La lectura de este proceso se enmarca en una era atravesada por diversas revoluciones, además de la transición demográfica y la convergencia ecológica. En efecto, no se trata de registrar cambios coyunturales, sino de atender a la gran transformación de la sociedad industrial que anuncia una nueva época, con nuevos ciudadanos cuya configuración se amoldará a paradigmas emergentes.

La transición demográfica no solo evidencia un mayor nivel promedio de edad —mucho más alto que el de hace un siglo—, sino también la tendencia de las personas a vivir cada vez más años. Este fenómeno ha sido ampliamente estudiado por las ciencias de la salud, las ciencias humanas, la demografía y las ciencias jurídicas, disciplinas convocadas en este texto para analizar los retos de la convivencia, los nuevos escenarios demográficos y sociales, y los interrogantes que enfrentan las instituciones encargadas de gestionar los problemas sociales.

Este conjunto de saberes invita a reflexionar sobre la naturaleza de la vejez: ¿qué es envejecer?, ¿por qué envejecemos?, ¿se envejece de la misma forma en todas las épocas y sociedades?, ¿cuáles son sus características biológicas, sociales, económicas y políticas? En un contexto donde confluyen cambios climáticos, tecnológicos, demográficos y jurídicos, cabe preguntarse si la vejez constituye

un logro humano. ¿Se acerca la humanidad al ideal de la inmortalidad, propio de los dioses griegos, a través de la prolongación de la vida? O, como en *La Odisea*, ¿preferiría Ulises la mortalidad y el retorno a su tierra antes que la inmortalidad?

Las percepciones sobre la vejez han sido diversas a lo largo del tiempo. Mientras algunas sociedades han asociado a las personas mayores con la sabiduría, el conocimiento y la experiencia, otras han manifestado rechazo, considerándolas una carga o símbolo de decadencia.

Si en la crítica de Séneca la vida era breve, hoy se constata una existencia más prolongada. Nacer en la sociedad posindustrial implica, según algunos investigadores, una expectativa de vida cercana a los cien años. Este aumento plantea interrogantes: ¿constituye una emancipación?, ¿un mejor escenario para ejercer la libertad más allá del trabajo?, ¿o una etapa cargada de incertidumbre?

Desde la demografía se establece, una edad de referencia para el inicio de la vejez, que oscila entre los 60 y 65 años, según el nivel de desarrollo de los países. Aunque la expectativa de vida ha aumentado globalmente, persisten diferencias según género y condiciones sociales.

El médico italiano Umberto Veronesi señaló factores como la disminución de enfermedades, la mejora en la alimentación, el estilo de vida y el azar como determinantes de la longevidad, lo que evidencia la complejidad del envejecimiento como fenómeno biológico y social.

La baja fecundidad y el desplazamiento de la mortalidad hacia edades más avanzadas han incrementado la proporción de personas mayores. Este fenómeno ha sido sintetizado como: “pocos bebés, vidas largas”. Aunque el envejecimiento no es nuevo, hoy se caracteriza por su aceleración, mejores condiciones de salud y su coincidencia con la jubilación, una institución relativamente reciente.

La modernidad liberal consolidó un modelo de trabajo asalariado en los siglos XIX y XX, inicialmente sin garantías laborales. Las luchas obreras lograron avances como la limitación de la jornada laboral y la protección frente a riesgos. Surgieron así sistemas de seguridad social, incluyendo las pensiones como mecanismo de protección en la vejez. Sin embargo, en muchos países, especialmente emergentes, amplios sectores quedaron excluidos de esta protección debido a la informalidad laboral.

Estar protegido implica contar con mecanismos frente a riesgos como enfermedad, desempleo o incapacidad. El sociólogo Robert Castel definió el riesgo social como aquello que compromete la capacidad de los individuos para mantener su independencia. En este sentido, en América Latina, el acceso a la protección social ha sido desigual. Muchos trabajadores no asalariados enfrentan la vejez sin respaldo económico, dependiendo del trabajo informal, la familia o programas asistenciales del Estado.

Esto plantea la necesidad de políticas públicas integrales que articulen familia, mercado y Estado, especialmente frente a fenómenos como la dependencia y la pérdida de autonomía en edades avanzadas.

El envejecimiento se desarrolla, además, en un contexto de profundas transformaciones: la cuarta revolución industrial y la revolución femenina. La primera introduce desafíos tecnológicos que pueden excluir a personas mayores; la segunda ha redefinido el papel de la mujer, transformando las dinámicas familiares y de cuidado. A finales del siglo xx, el auge de políticas orientadas al mercado debilitó mecanismos de solidaridad social, generando nuevas formas de exclusión, particularmente en la población mayor.

Este texto busca contribuir a la construcción de una política integral de la vejez, centrada en la dignidad humana, que supere la discriminación y promueva derechos en ámbitos como la salud, el trabajo, la educación y la participación social. Desde la Constitución de 1991 se reconocen principios como la autonomía, la igualdad y el cuidado de las personas mayores. En este sentido, resulta fundamental consolidar el derecho a envejecer con dignidad.

El semillero de investigación que da origen a este libro surge en el Observatorio de Seguridad Social del Centro de Pensamiento del Derecho Fundamental a la Salud, con un enfoque interdisciplinario sobre el envejecimiento. Participaron estudiantes de la Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Facultad de Medicina. Agradezco la contribución de los estudiantes Daniel Santiago Flechas, Nicolás Saavedra Torres, Alejandra Polanco Mancera, Diana Sofía Donnys Plaza, Valerie Kalulambi Báez, Ana María Delgado Duarte, Brayan Steven Torres Lozano y Luisa Fernanda Rojas.

Para el desarrollo, este docente contó con la asesoría académica de la profesora Diana del Pilar Colorado Acevedo y la profesora Mónica Paola Quintero Jiménez a quienes les agradezco los largos meses de trabajo para darle cuerpo e integralidad a este libro.

En el marco de estos escenarios académicos se hace un reconocimiento a la Vicerrectoría de Investigación y Extensión de la Universidad Nacional de Colombia para desarrollar esta reflexión sobre un fenómeno que inquieta a todos los ciudadanos, pero con mayor intensidad a los protagonistas de este proceso de envejecimiento.

El texto se estructura en seis capítulos que abordan, desde distintas perspectivas, los desafíos del envejecimiento en la sociedad contemporánea.

En el capítulo uno, el texto aborda el envejecimiento como un fenómeno de creciente relevancia, retomando discusiones filosóficas e históricas sobre el sentido de la vejez y su evolución hacia un enfoque jurídico que reconoce a las personas mayores como sujetos de derechos. En el capítulo dos, se explica la transición demográfica global, caracterizada por la reducción de la natalidad y

el aumento de la esperanza de vida, lo que transforma la estructura poblacional y plantea nuevos desafíos sociales y económicos.

En el capítulo tres, se desarrolla un enfoque integral de la salud en la vejez, considerando dimensiones físicas, mentales, sociales y sexuales, así como el papel de disciplinas como la geriatría y la gerontología. En el capítulo cuatro, se analizan las relaciones entre envejecimiento, trabajo y seguridad social, destacando problemáticas como la informalidad, las brechas de género y los estereotipos en el ámbito laboral.

En el capítulo cinco, se enfatiza el desarrollo de un marco jurídico en Colombia orientado a garantizar el derecho a envejecer con dignidad mediante políticas públicas e instrumentos legales. Finalmente, en el capítulo seis, se examinan las implicaciones del envejecimiento acelerado en la salud y la economía, resaltando la necesidad de estrategias integrales basadas en la prevención, el envejecimiento activo y la adaptación de los sistemas sociales a esta nueva realidad demográfica.



## Capítulo 1.

# ¿Por qué hablar de envejecimiento en la era de la eterna juventud?

De inmediato se plantea una cuestión. La vejez no es un hecho estadístico; es la conclusión y la prolongación de un proceso. ¿En qué consiste ese proceso? En otras palabras, ¿qué es envejecer? Esta idea está ligada a la de cambio. Pero la vida, el embrión del recién nacido, del niño, es un cambio continuo. ¿Cabe concluir, como lo han hecho algunos, que nuestra existencia es una muerte lenta? Seguramente que no. Esa paradoja desconoce la verdad esencia de la vida, es un sistema inestable en que el equilibrio se pierde y se reconquista a cada instante; la inercia es, en cambio, sinónimo de muerte.

Morir prematuramente o envejecer: no hay otra alternativa. Y sin embargo, como escribió Goethe “La edad se apodera de nosotros por sorpresa”.

SIMONE DE BEAUVOIR, *La Vejez*

Podemos seguir vivos hasta una avanzada edad, pero ¿seguimos existiendo, en el sentido en que Heidegger distinguió el ser consustancial del existente, que se proyecta hacia adelante.

Para un hombre la carga más pesada es vivir sin existir

La longevidad no es una mera suma de años, sino que cambia profundamente nuestra relación con la existencia.

PASCAL BRUKNER, *Un instante eterno: filosofía de la longevidad*

**E**l 1 de octubre de 1990, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas [ONU] declaró el día internacional de las personas mayores a nivel mundial. Así, aunque la ONU había comenzado a establecer iniciativas de derecho internacional en la materia desde 1982, el mundo volcó su atención hacia los derechos de las personas mayores solo hasta entrada la década de 1990, cuando se empezó a avizorar un mundo que envejecía a velocidades insospechadas, sin diagnósticos y sin previsión sobre las consecuencias de esta revolución demográfica.

En ese contexto, actores públicos y privados comenzaron a abordar el envejecimiento desde múltiples perspectivas, recogiendo los esfuerzos por visibilizar las discriminaciones históricas a las que se venía sometiendo a las personas de alta edad, por el simple hecho de haber llegado a la vejez.

Sin embargo, pese a los esfuerzos enunciados, los problemas aún están lejos de acabarse, pues durante años han sido muchos los interrogantes que han surgido al hablar de vejez. Por una parte, las preguntas acerca de esta etapa de la vida han rodeado cuestiones como: ¿Qué es ser viejo?, ¿la vida es corta?, ¿se aprovecha el tiempo de vida?, o ¿a partir de qué momento empezamos a envejecer?, entre otras cuestiones abordadas por la filosofía, la cultura, la sociología, la medicina, la política y el derecho, solo por mencionar algunos debates y abordajes sobre un tema que tanto ha aquejado a intelectuales de tantas épocas.

De otra manera, el panorama demográfico que enfrenta al mundo de hoy en un contexto de envejecimiento acelerado ha dado paso a nuevas preguntas que, además de comprometer la esfera del pensamiento humano, ponen en cuestión las instituciones y el mundo que parecen haber sido creados para una sociedad joven.

Pero no se puede ser indiferente ante la realidad. El mundo está envejeciendo y las cuestiones sobre este fenómeno denotan la urgencia de atender los sistemas pensionales, la protección social, la dependencia por la discapacidad física y cognitiva, la prolongación de la vida laboral, la atención médica de perfiles epidemiológicos cada vez más complejos, el aumento de la expectativa de vida y la transformación general del futuro, pues la inminencia del cambio demográfico es una alerta que lleva a repensar estos y otros escenarios para los que, tal vez, no estamos preparados.

No en vano, Lewis Wolpert hizo una pertinente reflexión sobre una de las cuestiones más complejas y que más debate suscita alrededor del proceso de envejecer: la velocidad y la sorpresa que genera su llegada. Para este autor, la inesperada vejez genera cambios físicos y psicológicos que guardan relación con un proceso biológico natural; no obstante, muchas veces el proceso se asocia a la enfermedad o a una causa de muerte inexistente, pues nadie muere por vejez (p. 283).

En ese sentido, la pertinencia de incurrir en este trabajo salta a la luz si se pone de presente que, aunque urgente, hablar de envejecimiento implica tomar postura en un debate incómodo e inesperado, pues los estereotipos, el edadismo y la vorágine que surge al intentar cambiar el relato a fin de repensar un mundo a medida para los mayores de cincuenta años, son factores del contexto que ya no pueden ser obviados.

Por lo dicho, el propósito de este libro reside en problematizar una de las principales cuestiones que aquejan a nuestra humanidad: envejecer con salud. Para ello, se apunta a demostrar que la discriminación contra las personas mayores ha sido una constante histórica, y que envejecer significa, entre muchas otras cosas, enfrentar barreras de discriminación de varias clases.

En ese orden de ideas, se da paso a esbozar un panorama conceptual que dé cuenta de los significados de la “vejez”, el “envejecimiento”, la consecuente discriminación y los estereotipos a los que se somete a este grupo etario, lo cual es conocido como “edadismo”.

Posteriormente, se precisan algunas concepciones sobre el envejecimiento a través de la historia y de las culturas, lo cual sirve de base para comprender algunos de los debates actuales sobre el significado de envejecer en el mundo, y particularmente en Colombia, pues es allí donde reside el marco territorial del presente estudio.

Por último, se expone el caso colombiano, con el cual se pretende profundizar en debates sobre el escenario demográfico nacional, la estructura de la fuerza laboral, el panorama de salud de las personas de alta edad y las medidas adoptadas por el Estado para enfrentar este fenómeno etario.

## **Evolución conceptual de la vejez, el envejecimiento y la discriminación**

A lo largo de la historia, muchas han sido las concepciones y atribuciones dadas al proceso de envejecimiento y, propiamente, a la etapa final del ciclo de vida a la que se reconoce como vejez. Es así como este fenómeno biológico ha sido caracterizado y asociado a cualidades, defectos, imaginarios, estereotipos y creencias de diversa índole que, inevitablemente, buscan dar sentido a los cambios físicos y psicológicos de las personas “mayores”, o “de alta edad”, y su relación con el resto de la sociedad y sus instituciones.

Sin embargo, el concepto actual de lo que significa la vejez es producto de una evolución histórica que se remonta a la Antigüedad, y que, con el paso del tiempo, ha sido modificado por los contextos, las culturas y los estudios de disciplinas como la psicología y la gerontología que han ido forjando su entendimiento.

No en vano, a la vejez se le ha enunciado de distintas maneras con el propósito de precisar su significado y agregar pautas para entenderlo. Una de las formas más reconocidas es el término “tercera edad”, que alude al período o tercera etapa de la vida posterior a la infancia y la adultez. Dicho concepto tuvo gran calado en Francia en el siglo xx, ya que “expresaba una ética activista de jubilación puesta en práctica varios años antes en los países del norte de Europa; una nueva palabra en oposición a la vejez, con aspiraciones grupales de convertirse en una nueva juventud” (González, 2021, p. 27).

A pesar de ello, con miras a definir con mayor precisión el enfoque de la política social se ha utilizado el término “cuarta edad” para agrupar a los mayores dependientes, sin que ello implicara establecer criterios sobre su delimitación. De allí que Vincent Caradec (como se cita en Goumala, 2003) asegure que la ambigüedad de ambos conceptos alude a la fragilidad de las representaciones sociales de la vejez y el envejecimiento (p. 127).

Un segundo concepto destacable es el de “personas mayores”, acuñado en las resoluciones 47/5 y 8/98 de la Asamblea General de la ONU, el cual se deriva de las pautas de los servicios estadísticos de las ONU para agrupar a las personas de sesenta años y más (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [CESCR], 1995). Este concepto ha sido clave en el propósito de establecer los

lineamientos de la regulación normativa internacional en materia de derechos de este grupo etario.

En consonancia con el concepto jurídico precitado, es importante destacar el desarrollo que han tenido los derechos de las personas mayores. El punto de partida fue la realización de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena en 1982, mediante la Resolución 33/52, cuyo propósito fue servir como foro para iniciar un plan de acción internacional enfocado en garantizar la seguridad económica y social de las personas de alta edad.

En dicha asamblea, los participantes adoptaron el Plan de Acción Internacional de Viena, por el cual se reconoce el envejecimiento como una fase natural y significativa de la vida que requiere intervenciones a través de políticas y programas que “eviten los desequilibrios entre grupos de edad, respetando el derecho de los ancianos a la vida” (ONU, 1982, p. 11). En este sentido, la prolongación de la vida humana debe estar acompañada de esfuerzos para evitar que el envejecimiento ocupe un puesto marginal y pasivo en la sociedad, asegurando que todas las personas mayores “tengan la sensación de cumplir un fin y realizar actos positivos” (ONU, 1982, p. 11).

Bajo esta perspectiva, los esfuerzos y las políticas adoptados se fundamentan “en el concepto del envejecimiento de la sociedad como oportunidad que ha de aprovecharse” (ONU, 1982, p. 12). Por consiguiente, concluye que todo esfuerzo encaminado a mejorar la calidad de vida de las personas mayores incrementa a la vez su posibilidad de realización personal, así como de continuar activas y presentes en la sociedad. Asimismo, enfatiza la importancia de que las políticas abarquen los ámbitos de la salud, la alimentación, la seguridad del ingreso y las actividades sociales y de esparcimiento (ONU, 1982).

A partir de eso, la ONU ha adoptado varias resoluciones para abordar el tema, como, por ejemplo, el Plan de Acción de Madrid 2002, el cual pretende encarar el reto del envejecimiento en el siglo XXI, fomentar la participación de los ancianos en la vida económica, política y social de las sociedades y generar oportunidades de desarrollo personal.

De manera consonante, se han adoptado resoluciones específicas, como la Resolución 67/139, que promueve los derechos y la dignidad de las personas mayores. Además, la ONU, a través de la Organización Mundial de la Salud [OMS] ha proclamado la Década de Envejecimiento Saludable (2021-2033), promoviendo acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de estas personas al introducir el concepto de “envejecimiento saludable”, el cual:

consiste en desarrollar y mantener a edades avanzadas la capacidad funcional que hace posible el bienestar. La capacidad funcional viene determinada por la capacidad intrínseca de una persona (es decir, por la combinación de todas sus capacidades físicas y mentales), por el entorno en el que vive (entendido

en su sentido más amplio e incluyendo el entorno físico, social y político) y por las interacciones entre ambos. (OMS, 2020, p. 3)

Por otro lado, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal] ha sido pionera en el desarrollo de importantes documentos sobre la vejez y el envejecimiento en la región. Estos documentos abordan el envejecimiento desde un enfoque de los derechos humanos, subrayando la necesidad de crear entornos propicios y favorables para las personas mayores, así como de prevenir la discriminación y la violencia en su contra. La Cepal (2022) propone considerar que “el proceso de envejecimiento poblacional se tome como una oportunidad y no como un problema, con acciones en el marco de los derechos humanos y el objetivo de disminuir las desigualdades sociales” (p. 22).

El desarrollo de este marco normativo a nivel internacional también ha servido como referente para la legislación colombiana. Por tal motivo, el Ministerio de Salud y Protección Social (2022) establece que las personas mayores:

son sujetos de derecho y de especial protección constitucional, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia, su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona mayor es una persona de 60 años o más.

No obstante, autoras como Elisa Dulcey-Ruiz hacen un llamado a entender el envejecimiento como el “transcurrir de la vida”, un proceso constante que debe analizarse a la luz de los contextos y las circunstancias socioculturales de las personas (2018, p. 29), y que debe reconocer y valorar la heterogeneidad de las experiencias de vida en la vejez misma (p. 46).

En igual sentido, tal y como señala García (2021), “las ideas modernas de la vejez están conectadas a transformaciones sociales, culturales y relaciones de poder” (p. 58). Así, al tenor de los postulados de académicos como Ballenger, Ariés y Lenoir, la autora establece las mutaciones de las representaciones de la vejez a través de la historia, indicando la asociación del envejecimiento a la debilidad física, la demencia, el alzhéimer y la improductividad relacionada con la imposibilidad de generar valor y riqueza en la sociedad capitalista (p. 60), lo cual desencadenó el afianzamiento de estereotipos negativos sobre la vejez (p. 62).

En ese orden de ideas, puede decirse que una posición dominante a nivel conceptual asegura que la división de la población en grupos de edad gira en torno a la productividad que el individuo representa para el sistema. De esa manera, se considera que:

la población activa oscila entre los 16 y 64 años, y la población inactiva o dependiente a los menores de 16 y mayores de 65. Siguiendo esta división, los mayores de 65 años son los viejos y los menores de dieciséis años son los menores; en el gran grupo interior se encontraría la población madura y apta para el trabajo productivo. (Giro, 2006, p. 23)

Esta clasificación fue determinada por los sistemas de jubilación en los que se dividieron los ciclos de la vida en tres etapas, siendo así el valor social de la persona medido por la productividad que esta aporta al mercado. Sin embargo, considerar la vejez como una etapa improductiva que comienza después de los 65 años no puede ser un estándar general de medición, dado por las condiciones sociales de cada individuo.

La clasificación por edades también la da el factor de incapacidad física y/o mental, pues las personas mayores ya no poseen las capacidades necesarias para desarrollar las actividades cotidianas de manera óptima. A saber, el envejecimiento:

Desde un punto de vista biológico, es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. La diversidad que se aprecia en la vejez no es una cuestión de azar. Más allá de los cambios biológicos, el envejecimiento suele estar asociado a otras transiciones vitales, como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y el fallecimiento de amigos y parejas. (OMS, 1 de octubre de 2022)

Frente a lo anterior, es necesario recordar que el envejecimiento no solo ha sido producto de la evolución biológica, sino que se trata de una categoría construida socialmente. Varios autores han señalado sobre la fase final del proceso de envejecimiento que:

Equivale a vivir muchos años, en comparación con otras personas del mismo grupo poblacional. Sus límites, excepto la muerte, han sido y son siempre imprecisos y dependientes; sin embargo, la definición de vejez depende del contexto y del grupo de personas al que se refiere. Por otro lado, hace referencia a la última etapa de la vida del ser humano, es el estado de una persona que por razones de aumento en su edad sufre una decadencia biológica en su organismo. (Alvarado y Salazar, 2014, p. 58)

En esa corriente de pensamiento se enmarca lo dicho por Veronesi (2013), cuando asegura que la longevidad es “un deseo y un temor: el deseo es inherente al hombre, sobre todo si se refiere a una añorada inmortalidad; el temor, por

su parte, tiene que ver con el modo en que se envejece” (p. 7). Al respecto, el autor desarrolla, en perspectiva histórica, lo que significa envejecer, pues aclara que la expectativa de vida se ha incrementado como consecuencia de la transformación de las condiciones de vida a partir de la Revolución Industrial (p. 8).

Por consiguiente, lejos de reproducir las ideas de ancianidad y senilidad tradicionales, Veronesi destaca que envejecer bien depende de un modelo en el que la alimentación, los estímulos, las actividades y los intereses personales tienen un papel protagónico (2013, p. 13), pues considera que el elemento clave en el bienestar es la autopercepción y los motivos para seguir viviendo que cada uno construye (p. 17), así como el respeto social que se le infunde a las personas mayores, especialmente en Oriente (p. 90).

Por último, vale destacar que, de manera más amplia, el Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano (2022) define el envejecimiento como:

un proceso continuo, multifacético e irreversible de múltiples transformaciones biopsicosociales a lo largo del curso vital, que no son lineales ni uniformes y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años. Estos cambios están influenciados por factores epigenéticos y por la toma de decisiones acumuladas del individuo, pero, además, por las condiciones sociales, económicas, ambientales y políticas del entorno en que tiene lugar el desarrollo humano y que, en conjunto, permiten predecir bienestar y un buen funcionamiento físico y mental o pérdidas y enfermedad. En consecuencia, el envejecimiento no solo comprende los inevitables efectos biológicos y fisiológicos ocasionados por los daños moleculares y celulares, sino la adaptación paulatina a nuevos roles y posiciones sociales, transiciones vitales y del propio crecimiento psicológico, con manifestaciones heterogéneas de una persona a otra.

En este contexto, es fundamental abordar los conceptos de “discriminación” y “estereotipo”, los cuales permiten comprender cómo estos se han asociado con la vejez. Para Denis Ramond y Dominique Lagorgette (2023), el estereotipo se presenta como una visión distorsionada de la realidad, legitimando formas de dominación y discriminación hacia ciertos grupos poblacionales, por lo cual se deduce que tienen un impacto significativo en las interacciones humanas.

Así las cosas, haciendo alusión a la teoría de Walter Lippmann sobre los estereotipos (citado en Ramond y Lagorgette, 2023) se plantea que estos consisten en “creencias compartidas sobre las características personales [...] de un grupo de personas” (p. 9). Estas características reducen a las personas a unos pocos rasgos clasificados y categorizados. Además, a través del análisis del discurso, estos estereotipos y los sesgos cognitivos subyacentes implican procesos de generalización, perpetúan la construcción del *otro* como enemigo y niegan la individualidad de las personas.

De esta perspectiva, la edad se percibe como un factor de discriminación, lo que llevó a que el término *edadismo* fuera acuñado por Rober Butler en 1969 para resaltar los diferentes estereotipos y las discriminaciones relacionados con la edad. Claudia Mahler, experta independiente sobre los derechos humanos de las personas mayores en el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, define el edadismo como:

el conjunto de estereotipos, prejuicios y acciones o prácticas discriminatorias contra las personas mayores que están basados en la edad cronológica o en la percepción de que son “viejas” (o “ancianas”) [...] el término “anciano” se utiliza a menudo para describir a una persona de edad, o a las personas de edad en general. Sin embargo, el uso de este término perpetúa los estereotipos edadistas sobre las personas mayores, al sugerir que son frágiles y vulnerables y que carecen de capacidad. (ONU, 2022, p. 7)

De acuerdo con la ONU (2022), en el *Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad*, las personas mayores experimentan discriminación en dos niveles: el nivel individual y el nivel comunitario. El primer nivel se manifiesta a través de las creencias, los estereotipos y los prejuicios interiorizados por las personas mayores, lo que se refleja en su abstención de realizar ciertas actividades y en la comunicación personal, caracterizada por una mirada paternalista y condescendiente hacia esta etapa. El segundo nivel se evidencia en que “las actitudes, percepciones y expectativas en cuanto al comportamiento y los roles de las personas mayores suelen estar determinadas por normas sociales y culturales” (ONU, 2022, p. 7). Finalmente, es crucial resaltar la importancia de incorporar la perspectiva de género en el estudio del envejecimiento. Según Dulcey-Ruiz (2018), el género se entiende como una construcción cultural que refleja significados construidos histórica y socioculturalmente, relativos a lo femenino y a lo masculino, de manera que impactan a lo largo de la vida tanto a hombres como a mujeres.

En particular, se debe destacar el fenómeno de *la feminización del envejecimiento*, que refleja el notable peso demográfico de las mujeres en la población de edad alta. Esto se debe a la mayor expectativa de vida que suelen tener las mujeres, lo que a menudo se traduce en la perpetuación de estereotipos de género en diversos contextos.

De acuerdo con la ONU en su Recomendación General n.º 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos (2010), “la feminización del envejecimiento revela que la mujer tiende a ser más longeva que el hombre y que el número de mujeres de edad que viven solas supera al de hombres en la misma situación” (p. 2). Asimismo, según estimaciones de las ONU, las mujeres

representaban el 55.7 % de las personas de 65 años o más en todo el mundo para el año 2022 (ONU, s. f).

En este sentido, las mujeres enfrentan una mayor susceptibilidad a ser objeto de estereotipos relacionados con lo sexual y el edadismo. Según Livson y Matlin (citados por Castaño y Martínez, 1990, p. 164), en esta etapa de la vida las mujeres deben lidiar con diversas variables que son importantes:

tienen que asumir el deterioro físico con lo que esto conlleva para su auto-percepción como sujeto sexuado; la frustración personal al no poder sostener la imagen de “supermujer” que la sociedad le exige; la ambivalencia con que vive, si es que la vive, su sexualidad y la de su pareja. Igualmente, tiene que sostener la imagen negativa de la sociedad hacia la vejez —las mujeres son viejas, los hombres son maduros—.

En relación con los estereotipos que enfrentan las mujeres en su etapa de envejecimiento, la psicóloga española Anna Freixas (citada por Dulcey-Ruiz, 2018) destaca el peso de las presiones sociales relacionadas con los estándares de belleza asociados al género y a la juventud, y que dificultan a muchas en su etapa media y mayor lograr el reconocimiento y la aceptación de su cuerpo.

Además de estos desafíos mencionados, es fundamental destacar también el fenómeno de *la feminización de la dependencia*. A pesar de que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor a la de los hombres, enfrentan mayores problemas de salud y mayores índices de dependencia y discapacidad, ya que las condiciones de vida de las mujeres mayores cuentan con mayor prevalencia de situaciones de enfermedad, fragilidad o dependencia que acentúan las brechas de género y perpetúan las desigualdades (Rodríguez, 2021).

Añadiendo una capa de complejidad a la experiencia del envejecimiento femenino, es necesario aludir al concepto de *interseccionalidad*, el cual refiere a la intersección que se produce entre las categorías de género, raza y clase. Siguiendo a Nash (2008), la interseccionalidad refleja que “la subjetividad está constituida por vectores de raza, género, clase y sexualidad que se refuerzan mutuamente” (p. 2). La interseccionalidad permite entender, de acuerdo con Crenshaw (citado por Martines, 2021), “la multidimensionalidad de las experiencias marginales de los sujetos marginados” (p. 2). Además, Crenshaw (1991) señala que la interseccionalidad estructural permite comprender cómo las mujeres tienen que enfrentarse a variadas formas de dominación cotidianas, pues en el caso de las mujeres de color tanto el género como la raza actúan para dar forma a múltiples dimensiones:

Muchas mujeres de color, por ejemplo, se enfrentan a la pobreza, la responsabilidad del cuidado de niños y niñas, y la falta de habilidades laborales. Estas cargas para las mujeres de color son consecuencia de las opresiones de

género y clase, e incluyen prácticas discriminatorias raciales en el empleo y la vivienda. Además, las mujeres de color se enfrentan a una tasa de desempleo desproporcionalmente alta para las personas de color. (Crenshaw, 1991, p. 91)

Del mismo modo, Lugones (2008) indica que la intersección de las categorías de raza y género ha permitido a las feministas de color analizar cómo las categorías invisibilizan a quienes han sido dominadas y victimizadas a través de la categoría de “mujer”, asimismo, a las mujeres de color quienes han sido invisibilizadas bajo categorías raciales como “black”, “hispanic” o “Native American”. Por lo tanto, el término *mujer* ha seleccionado históricamente al grupo dominante de “las mujeres burguesas blancas heterosexuales y por lo tanto ha escondido la brutalización, el abuso, la deshumanización que la colonialidad del género implica” (Lugones, 2008, p. 82).

En este sentido, los conceptos de la feminización de la vejez y la interseccionalidad permiten visibilizar no solo la homogeneización que ha girado en torno a los procesos sociales y estructurales del envejecimiento y la vejez, sino también la homogeneización del envejecimiento femenino, la cual se entretiene entre experiencias variadas y heterogéneas en razón de la categoría de género, raza y clase; categorías que, además, entreven las desigualdades sociales y de género de las que están expuestas las mujeres de alta edad.

De conformidad con las definiciones expuestas, es claro que, en aras de profundizar en la evolución histórica de los conceptos de “vejez” y “envejecimiento”, debe acudirse a los referentes antiguos, modernos y contemporáneos en la materia. El objetivo es identificar los elementos comunes en su entendimiento, las claves teóricas más relevantes y los asuntos prácticos y debates vigentes hoy. Así mismo, es necesario acudir al diálogo intergeneracional y al concepto de “edadismo” para denotar la discriminación estructural reconocida por la misma ONU como un problema que requiere atención prioritaria por parte de los Estados.

## **Evolución histórica del envejecimiento**

### **Vejez en la Antigüedad**

En la Grecia Antigua, la vejez no fue un asunto ajeno al pensamiento filosófico. Varios grandes pensadores otorgaron atributos y percepciones, negativas y positivas, para describir este fenómeno biológico. De esa manera, en términos generales, cabe decir que en Grecia “la búsqueda incesante de la belleza, la

fuerza y la juventud, relegó a los ancianos a un puesto secundario”, de tal forma que, además de indeseable, la vejez tuvo un hábito de debilidad, que desconocía la perfección de las deidades mitológicas (González, 2021, p. 12).

Pese a esta visión panorámica de la vejez, destaca la concepción platónica durante la República, que respeta la experiencia y las vivencias de los ancianos, así como la prudencia, la sagacidad y el juicio, que permitían desarrollar funciones superiores de estima social como labores administrativas y directivas (Gómez, 2020, p. 15).

En contraposición, la postura aristotélica equipara el envejecimiento con un periodo de simple decadencia y ruina. Esta percepción negativa también se acogió durante la época clásica, cuando se entendió el envejecimiento como algo parecido a un “mal por vencer” e incluso lo tildaban de ser un castigo divino (Carbajo Vélez, 2008, p. 241).

En este periodo, posturas disidentes como la de Séneca reivindicaron la idea del envejecimiento como una etapa digna de ser vivida, que no solo era un periodo de ocaso, sino que su vivencia aludía al momento óptimo para dedicarse a la filosofía de alto valor en ese entonces (Gómez, 2020, p. 17).

En *Sobre la brevedad de la vida*, se deduce que para Séneca (2010) la vejez, al igual que cualquier otra etapa, deberá ser vivida con la plena conciencia de nuestra fragilidad y de que el viaje de la vida es incesante y efímero. Refiriéndose a la pérdida de tiempo, Séneca señala que, al final de la vida es significativo “echar las cuentas” para evaluar qué tanto de nuestro tiempo ha sido robado por los demás, desperdiciado en placeres en vano y en actividades sin sentido.

De esta manera, para Séneca no basta pensar que alguien ha vivido mucho tiempo juzgando solo por sus canas y arrugas; más bien, afirma, “ese no ha vivido mucho, sino que ha estado ahí mucho tiempo” (2010, p. 23). Por lo tanto, lo importante no es vivir mucho sino vivir bien. Desde esta perspectiva, la vejez puede ser gratificante para quienes aprovecharon su vida, le añadieron el tiempo todo, adquiriéndolo para sí mediante la sabiduría, y combatieron toda dilación, que para Séneca (2010) representa el mayor desperdicio de la vida.

Por el contrario, para quien no ha apreciado el tiempo, la vejez puede llegar como una etapa de la vida “desprevenida e inerme” (Séneca, 2010, p. 28). Cuando se enfrenta la muerte, aquellos que siempre estuvieron ocupados pensando en el mañana solo desearán tener más tiempo para vivir, buscando consuelo en la holganza. Sin embargo, esto es superfluo, pues quien ha llevado una vida alejada de los negocios, ha vivido el presente sin confiar en la suerte y ha dedicado su tiempo a la sabiduría, enfrentará la muerte con un paso decidido (Séneca, 2010).

Otro referente que sostuvo una visión optimista de la vejez fue Cicerón. En *De Senectute* (*Sobre la vejez*), se aborda el temor comúnmente asociado a la vejez: la cercanía de la muerte. Sin embargo, argumenta que nadie es dueño del

mañana y que la enfermedad y la muerte pueden afectar a cualquier persona, independientemente de su edad. Cicerón invita a enfrentar la vejez con valentía y a reconocer que es una etapa natural de la vida<sup>1</sup>.

De manera detallada, es importante profundizar en *De Senectute*, una obra clásica en la que Catón el Viejo, un hombre de 84 años, admirado por su ánimo y vigor a pesar de su avanzada edad, sostiene una conversación con dos jóvenes y aborda los defectos que a menudo se atribuyen a la vejez. Este diálogo desafía el estereotipo común del envejecimiento al afirmar que no todos los ancianos son iguales, y que la necedad senil no es inherente a la edad en sí misma, sino más bien a la falta de virtud y sabiduría en el individuo.

Corolario de lo anterior, Cicerón exalta la vejez como una etapa de autoridad, afirma que la vejez, especialmente cuando está adornada con honores públicos, vale más que todos los placeres de la juventud. Así, concluye que llevar una vida honorable otorga a los ancianos una autoridad que no se adquiere de manera repentina por las canas o las arrugas, sino como la cosecha de una vida bien vivida.

Así las cosas, en el desarrollo de la obra, Catón advierte que los cuatro motivos que dificultan la vejez son: (i) apartarse de los negocios; (ii) la debilidad y enfermedad del cuerpo; (iii) la privación de los deleites; y (iv) la cercanía a la muerte. Sin embargo, reconoce que la ancianidad trae consigo la moderación y el goce de otros placeres, como la reunión con los amigos, la conversación agradable y sabia y la reflexión (Márquez, 1996, p. 7).

Otras perspectivas de valioso análisis son aquellas sintetizadas por González (2021) en su texto *Historias para aprender sobre el envejecimiento y la vejez*. Por una parte, en la India, se acuñó el término *ayurveda*, que significa “conocimiento de la longevidad”. De este concepto emana la valoración de la calidad de vida bajo el concepto de vida bien vivida. De esta manera, se creía que solo se puede vivir bien cuando la mente y el cuerpo están en armonía, pues no puede haber longevidad si no hay satisfacción (p. 8).

Otro ejemplo es el caso de China, que tiene como referente sobre el envejecimiento *El manual de medicina interna del Emperador Amarillo*, el cual data del año 200 a. C. En este compendio se describen los efectos de la vejez y se afirma que envejecer “es una enfermedad debida al desequilibrio corporal entre los principios universales y opuestos del yin y el yang”; por lo cual, la decrepitud solo es el producto de apartarse de la naturaleza humana (Minois 1987, p. 33). Bajo otra perspectiva, Confucio, en *Analectas*, habla de tres maneras de abordar la vejez: la física, que alude al deterioro del cuerpo, la de la personalidad y la de la distribución de los cargos públicos después de los cincuenta años (Choe, 1995, 24-25). Por su parte, en Roma, la figura del *pater familias* reinó, otorgándole

---

1 Véase Rodríguez Sutil (2018).

un poder simbólico y jurídico sobre la familia y los esclavos. Así, esta figura que continúa vigente —aunque con diferencias sustanciales— en algunas legislaciones civiles, se decantó en nuevas representaciones de emperadores y gobernantes. Sin embargo, los retratos de los poderosos siempre emanaron la eterna juventud (González, 2003, p. 13).

Posteriormente, en la Edad Media la perspectiva bíblica del Nuevo Testamento “confirió a los ancianos la función de presidir asambleas, ejercer el ministerio de la palabra, imponer las manos y hacer la unción de los enfermos” (González, 2021, p. 15). Es así como “la apreciación de un viejo que gozase de buena salud solo podía explicarse por una intervención diabólica o por un favor divino en un ser virtuoso” (Martínez *et al.*, 2002, p. 41).

En su lugar, los referentes filosóficos de san Agustín y santo Tomás de Aquino dejaron un legado de visiones antagónicas sobre el envejecimiento, pues mientras el primero defendía la dignidad del viejo y le otorga la virtud de la liberación de los placeres mundanos, el segundo, siguiendo a Aristóteles, solo ve en la vejez la decrepitud (Carbajo, 2008, p. 142).

## Vejez en la Modernidad

Durante el Renacimiento, el arte no daba lugar a la vejez y el envejecimiento, sino que apenas se enunciaba para referir experiencia y sabiduría (Carbajo, 2008, p. 143). Sin embargo, la aparición de los primeros esfuerzos científicos por explorar el proceso de envejecimiento consiguió que pensadores y médicos como Leonardo Da Vinci, Roger Bacon y Gabriele Zerbi dieran los primeros pasos en la comprensión de este fenómeno, al consagrar pautas y caracterizaciones, así como al proponer debates racionales sobre el particular.

Indudablemente, sus publicaciones dieron pie a la evolución del tratamiento de la vejez en la Modernidad, que tuvo como uno de sus hitos iniciales la obra *History of Life and Death* de Francis Bacon, en 1636, en la cual planteó este autor que la vida humana se prolongaría en el momento en el que la higiene y otras condiciones sociales y médicas mejoraran; una profecía que tardó en cumplirse tres siglos (González, 2021, p.19).

Así las cosas, con ocasión de la consolidación de los estudios científicos del envejecimiento y la consecuente evolución de la atención médica en gerontología, en el marco de la Revolución Científica y la Ilustración, las concepciones de la vejez comenzaron a establecerse sobre parámetros objetivos a nivel físico, psicológico, anatómico y fisiológico. Todo ello fue determinante para propiciar el escenario de creación de la geriatría por Leo Nascher como una apuesta por estudiar y “responder a los requerimientos de la senilidad y sus enfermedades” (González, 2021, p. 22).

Bajo otro enfoque, en 1970 Simone de Beauvoir escribió *La vejez*, hito de los estudios modernos sobre el envejecimiento, en el que se pretendía recopilar y analizar los aportes realizados hasta entonces sobre esa última etapa de la vida humana. De esa manera, la obra planteó que la vejez no podía definirse como un mero hecho biológico, sino como una circunstancia cultural que determina cómo será el desarrollo y la calidad de vida en este proceso.

La autora aclara que, a nivel biológico, la vejez es la prolongación de un proceso de declinación de funciones cognitivas y físicas; en otras palabras, que es la fase de transición o de cambio irreversible y desfavorable en la que el final es el fallecimiento (De Beauvoir, 1970, p. 33). Asimismo, refirió que la teoría sobre vitalidad y sexualidad desarrollada por Masters y Jhonson (1966) indicó cómo la vejez tenía relación directa con la pérdida de la capacidad de deseo y ser deseados, por lo que también se perdía parte de la identidad y, con ello, la decadencia de la vitalidad física ante la respuesta a estímulos externos. Esto, se sabe, es un tabú en la senectud.

En otro sentido, el texto destaca que uno de los temores de los hombres llegados a la vejez y no hablados abiertamente por las mujeres de alta edad es el disturbio personal que acarrea consigo la pérdida del goce del placer sexual. Para Simone de Beauvoir, hay dos fenómenos principales que suceden ante la reducción e incluso desaparición de las funciones sexuales: *la primera* y más frecuente en las mujeres es la que recoge la teoría moralista, en la cual por razones políticas o ideológicas han hecho la apología de la vejez como una liberación del individuo de su cuerpo. Por una especie de movimiento de balanza, lo que pierde el cuerpo lo ganaría el espíritu: “Los ojos del espíritu sólo empiezan a ser penetrantes cuando los del cuerpo empiezan a decaer”, dice Platón (Beauvoir, 1970, p. 390).

La segunda perspectiva relevante se plasma en la teoría de Sigmund Freud. Esta establece que lo sexual no se reduce a lo genital, y que la libido no es un instinto o un comportamiento prefabricado, con un objeto y un fin fijos (Freud, 1905). En razón a lo anterior insiste en que las personas de alta edad conservan el anhelo de mantener su vida sexual activa desde la remembranza de experiencias únicas y desde la satisfacción de una vida sexual placentera desde la juventud. La sexualidad los vincula a la autodeterminación e integridad, otorgando a la misma un valor positivo que desea prolongarse.

Sobre el particular, De Beauvoir afirma: “Deseamos la juventud eterna y ella implica la supervivencia de la libido. Algunos tratan de combatir con medicamentos la involución genital. Pero otros en mayor medida insisten en afirmarse de una u otra manera como individuos sexuados” (De Beauvoir, 1970, p. 426).

Paralelamente, con ello viene *la transformación en la percepción social y el trato interpersonal*, pues pareciese ineludible la deshumanización al entrar dentro del conjunto de personas viejas y la pérdida de reconocimiento como

agente político al que se le permite reivindicar sus derechos. De acuerdo con De Beauvoir, las personas, al entrar en la vejez, pierden su valor social cuando dejan de constituir la fuerza económica y de producir de manera activa los bienes y servicios a los que aún deben acceder.

En ese orden de ideas, transversal a este proceso de decadencia, la salud acude como una de las variables más afectadas, al depender del *nivel y la calidad de vida de los individuos*, y al transformar la percepción que se tiene de un fenómeno físico a una faceta producto de la posición social y el bienestar personal desde la infancia hasta la adultez.

En consonancia, Sheffield, en la década de 1950, demostró que la involución senil de un hombre se da siempre en el seno de una sociedad y que depende de su naturaleza y del lugar que ocupa el individuo en cuestión (De Beauvoir, 1970, p. 47). Así, lo anímico y lo físico están estrechamente ligados, de modo que para cumplir con la readaptación a este nuevo rol social se tiene que haber conservado el gusto de vivir.

De esta manera, al extrapolar esta idea a un concepto desarrollado en años posteriores, se puede referir que la experiencia y la vivencia de los años de vejez es interseccional. Es decir, en palabras de Kimberlé Crenshaw, lo interseccional es todo aquel “fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio con base en su pertenencia a múltiples categorías sociales que determinan el camino personal en esos años” (Crenshaw, 1989). Aquí se incluyen los temas de género, raza, capacidad económica, vínculos familiares y lugar de origen, entre otras etiquetas, que dan pie al desarrollo de estudios más complejos.

Por ende, De Beauvoir ya advertía que los datos estadísticos revelaban que, en Francia, las mujeres, pese a vivir en promedio siete años más que los hombres, se veían más afectadas por las cadenas de violencia y pobreza que no eran tan fuertes en el sexo opuesto (De Beauvoir, 1970, p. 46).

Otro argumento en el que hace hincapié De Beauvoir es la autopercepción a la que se enfrentan las personas de alta edad cuando inician y transitan por esta etapa de la vida, pues muchas de las personas que ya empiezan a ser conscientes de su decaimiento físico y mental se rehúsan a ser percibidos como inactivos dentro de la sociedad en la que se desarrollan y se empecinan por luchar contra su declinación.

En síntesis, asegura que la persona,

sabe también que, en sus desfallecimientos psíquicos, y bajo el ojo implacable de quienes lo rodean encuentra la prueba de esa decadencia generalizada que expresa la palabra vejez. Pretende demostrar a los otros y demostrarse a sí mismo que sigue siendo un hombre. (De Beauvoir, 1970, p. 389)

En virtud de las referencias señaladas, la autora concluye que, a fin de comprender la realidad y la significación de la vejez es indispensable examinar qué lugar se les asigna a las personas en esta etapa y qué representación se tiene de ellos en diferentes tiempos y lugares.

Adicionalmente, De Beauvoir asegura que el prestigio de la persona de alta edad por sus conocimientos y aportes ya no era suficiente, puesto que con los procesos de globalización e industrialización se transformó en concebirlos como cargas familiares y estatales para las próximas generaciones que deben asumir sus cuidados. Al respecto, De Beauvoir indica:

Hoy en día, en muchas sociedades, los hombres y mujeres de edad están en estrecha relación con los niños, hay una analogía entre la impotencia del lactante y la del decrepito. [...] Prácticamente son todos bocas que alimentar y brazos inútiles; terminan por ser parásitos que compiten entre ellos por los recursos y cuidados; y que en caso de penuria los niños terminan por robar la parte de los viejos. (De Beauvoir, 1970, p. 104)

Por lo tanto, estas visiones de la Modernidad traen consigo la caída simbólica de la vejez en la sociedad y la consolidación de estereotipos discriminatorios para esta población: el manto de oscurantismo sobre la sexualidad, la asociación de la alta edad con la enfermedad, la consideración de inutilidad por no ser productivos para el sistema capitalista de trabajo y por requerir cuidados en su fase de dependencia, entre otros.

## **Debates actuales sobre el envejecimiento: ¿qué está sucediendo en Colombia?**

### **Los debates actuales acerca del envejecimiento**

Para estudiar el tratamiento del fenómeno de la vejez en el mundo contemporáneo se presentan los textos *Envejecer con sentidos*, de Martha Nussbaum y Saul Levmore, y *Pasos hacia una nueva vejez*, de Javier Yanguas. El primero aborda un tratamiento filosófico de las diversas contradicciones que nacen de la realidad de envejecer, mientras que el segundo presenta los retos de la vejez en el siglo XXI y la necesidad de cambiar la forma de entender la vejez y el envejecimiento. Inicialmente, Martha Nussbaum y Saul Levmore (2018), en su texto *Envejecer con sentidos*, reivindican los significados del envejecimiento, frente a lo cual proponen reflexiones sobre la discriminación social e institucional de la

vejez. Apuestan por transformar estas percepciones, a través de un contexto histórico y cultural por medio del cual se comprende el envejecimiento como un proceso natural, atravesado por variables biológicas, antropológicas y sociales a considerar.

Haciendo referencia a la obra *El rey Lear* de Shakespeare, Nussbaum señala dos generalizaciones comunes de lo que es la vejez: (i) la vejez como etapa lastimosa y anodina que concluye en la decadencia física de la persona, y (ii) la del reto moral de descubrir una nueva identidad al asumir las limitaciones de sus poderes de “Dios” una vez llegada la vejez. Esto refleja el paso de generalizaciones descriptivas a normativas que, según la profesora, en el ámbito filosófico puede ser peligroso.

Por tal razón, para criticar el abuso de generalizaciones en torno a la vejez, Nussbaum acude al precitado libro de Simone De Beauvoir, pues, aunque considera adecuada la primera parte empírica de dicha obra por proporcionar datos relevantes acerca de la vejez en Francia a mediados del siglo xx, cuestiona el intento de generalizar la subjetividad. Nussbaum expresa que, en su lectura, le “ha parecido algo más que absurdo: lo considero un acto de colaboración con el estigma y la injusticia social” (Nussbaum y Levmore, 2018, p. 35).

Según Nussbaum y Levmore (2018), De Beauvoir cae en estereotipos y casi prescribe lo que es el fenómeno de la vejez para todos, sin reconocer la infinidad de opciones que pueden cobijar sus experiencias de vida. Consideran que De Beauvoir no reconoce la variedad, y la vejez únicamente como una etapa infeliz, de la cual solo unos pocos intelectuales pueden escapar de su cruel destino. Esto desconoce la posibilidad de crear sentido y significancia para el mundo de las personas que no se dedican a labores intelectuales.

Este punto permite enfocarse en uno de los debates actuales sobre el tema, referente al fenómeno de la discriminación, que surge de los estereotipos socialmente construidos en relación con esta etapa de la vida. Los estereotipos, como señalan Denis Ramond y Dominique Lagorgette (2023), juegan un papel fundamental en el establecimiento de generalizaciones que pueden asociarse con la pertenencia a un grupo considerado “detestable”. En el caso de las personas de alta edad, esto favorece la permanencia y prolongación de los prejuicios y discriminación hacia este grupo poblacional, lo que limita su oportunidad de realización personal, su capacidad de ejercer su agencia y de estar presentes en la sociedad desde su individualidad. Esto se da a través de una visión distorsionada de esta etapa de la vida.

En otro apartado, retomando la obra de Shakespeare, Nussbaum y Levmore (2018) analizan el tema del altruismo y la herencia, indicando que el rey Lear utiliza como criterio para repartir su herencia el amor que sus hijas le demuestran, un acto que Levmore califica de absoluta vanidad. Además, destaca el autor que el rey otorga su herencia antes de morir y decide depender económicamente.

Sobre dicho suceso, Nussbaum y Levmore (2018) arguyen que permanecer con las posesiones hasta la muerte y realizar la repartición *postmortem* permite conservar la autonomía y evita condicionar y distorsionar la respuesta y el vínculo entre benefactor y beneficiario, especialmente en el caso de la herencia entre hijos y padres. Como segundo factor, proponen que la herencia repartida igualmente puede generar resentimientos entre los beneficiados, ya que los cuidados de los adultos mayores no se distribuyen de manera equitativa.

Nussbaum y Levmore terminan por considerar que, aunque no resuelve completamente el dilema, se puede conceder esta responsabilidad a un tercero encargado específicamente de la labor de evaluar, según los criterios establecidos por el benefactor, cuánto y en qué condiciones repartir la herencia. Además, enfatizan en que la herencia deberá ser un beneficio que se reparta después de la muerte del benefactor.

En virtud de lo anterior, el autor propone un nuevo dilema contemporáneo relacionado con el altruismo: ¿Cuándo es conveniente desprenderse de los recursos? Según Nussbaum y Levmore (2018), existen dos razones para no dilatar la decisión de donar y hacerlo de inmediato. La primera es que, mediante la donación, se puede ejercer cierto control sobre cómo la organización beneficiaria utiliza el dinero. La segunda es que, al retrasar la elección, surge el arrepentimiento y no hay garantía de que uno se haga más sabio con el tiempo.

Una segunda paradoja es que la parte mejor situada para redistribuir y motivar los efectos de la familia es la más capaz de causar resentimientos y suscitar problemas. Según Nussbaum y Levmore (2018), “la paradoja se revela cuando no somos capaces de redistribuir como nos gustaría que el gobierno lo hiciera” (p. 273). Para abordarlo, los testamentos pueden incluir instrucciones con miras a que un tercero analice la situación económica y decida con justicia después de la muerte del beneficiario.

En cuanto al altruismo, Nussbaum y Levmore (2018) se refieren a cuatro variedades: (i) emprendedores que hacen obras benéficas por un objetivo egoísta, (ii) filántropos que apoyan causas con aprecio, pero esperando beneficio personal, (iii) quien realiza una acción para los demás, pero considerando importante su participación, y (iv) personas altruistas desinteresadas que solo buscan realizar una buena acción.

Dicha clasificación permite a Nussbaum y Levmore (2018) introducir el altruismo condicionado por el miedo a la muerte. Al respecto, destacan que, según Platón, el miedo a la muerte es la causa del altruismo, que impulsa a las personas a dejar su huella a través de beneficios a la comunidad. Por otro lado, asegura que Epicuro sostiene que el miedo a la muerte es la causa de todo mal.

De esa manera, los autores adoptan un punto intermedio, ya que el miedo a la muerte puede nublar el juicio y centrar la perspectiva en el propio ego, lo cual afecta negativamente el altruismo. Sin embargo, el deseo humano de tener

un propósito y el advenimiento de la muerte también puede fomentar el altruismo. Por lo tanto, es importante controlar el temor a la muerte que obstaculizan el altruismo y enfocar la atención en los demás en lugar de uno mismo. Solo mediante la educación, la virtud podrá superar al terror.

Además, Nussbaum y Levmore (2018) señalan que las personas mayores deben prepararse para la interdependencia, abandonar el ideal de fuerza de la cultura occidental, centrarse en el autocontrol emocional, comprender las perspectivas de los seres queridos y fomentar la visión positiva por encima de las negativas. Encontrar y construir una nueva identidad en el proceso de envejecimiento, centrada en la virtud.

Por otro lado, al abordar los debates desde una perspectiva integral, para Nussbaum y Levmore (2018) envejecer con sentido implica, entre otras cosas, la capacidad de conservar una amistad significativa durante la vejez. Para la autora, estas relaciones representan una contradicción frente a la soledad y el aburrimiento, situaciones que pueden deteriorar la salud de las personas mayores e intensifican sus periodos de ansiedad y melancolía.

Así, a través de las obras *De la amistad* y *Del envejecimiento* de Cicerón, Nussbaum y Levmore (2018) destacan la importancia de la amistad en el envejecimiento y mencionan las críticas que este filósofo planteó hacia la concepción clásica de amistad mantenida por los filósofos griegos. Estas ideas se centran en dos puntos principales: (i) la necesidad de evitar una intimidad excesiva entre los amigos y (ii) la idea de que la buena voluntad hacia los amigos está determinada por la buena voluntad hacia uno mismo. Cicerón alude que uno de los pilares más importantes de la amistad es la lealtad y el amor, y que estos aspectos se manifiestan a través de la intimidad y la confianza mutua. Además, Nussbaum recalca que la amistad no debe ser vista como una transacción y no debe estar sujeta a limitaciones.

Según este filósofo, la amistad prospera cuando hay afinidad en los gustos y creencias de las personas. Sin embargo, Nussbaum (2018) destaca que esta afirmación carece de veracidad, ya que en muchas ocasiones son las divergencias de opiniones, de temperamentos y de gustos lo que fortalecen la amistad. Como ejemplo de lo anterior, mencionan la amistad entre Cicerón y Ático, la cual se fortalece y complementa a través del desacuerdo, como se evidencia en las cartas intercambiadas.

De acuerdo con Nussbaum y Levmore (2018), en su obra *Del envejecimiento*, Cicerón desestima la reputación negativa que tradicionalmente ha acompañado a la vejez, y rebate cuatro acusaciones perjudiciales dirigidas hacia ella: (i) la creencia de que las personas mayores son inactivas e improductivas; (ii) la idea de que carecen de fuerza física; (iii) la noción de que ya no pueden —ni quieren— disfrutar de los placeres físicos; y (iv) la suposición de que la cercanía los somete a una ansiedad fatigosa.

Para contradecir estas concepciones, Nussbaum y Levmore (2018) destacan las afirmaciones de Cicerón en sus obras. En relación con la primera y segunda concepción, este filósofo argumenta que la idea de una decadencia inevitable en la vejez es falsa, y respalda su argumento con diversos ejemplos de personas mayores que han tenido contribuciones significativas en la sociedad. Además, señala que, aunque algunas actividades físicas pueden resultar más desafiantes para las personas de alta edad, la actividad intelectual no disminuye con el paso de los años. Ante esto, Cicerón (como se cita en Nussbaum y Levmore, 2018) sugiere que tanto el deterioro de la memoria como la pérdida de fuerza física pueden ser contrarrestados mediante el uso y la práctica continua de las facultades mentales y físicas.

En relación con la tercera concepción, Cicerón (como se cita en Nussbaum y Levmore, 2018) argumenta que la vejez no implica automáticamente una renuncia a los placeres físicos, pero reconoce que las personas mayores pueden priorizar aspectos que les brinden una mayor satisfacción, ya sea a nivel mental o físico. Además, destaca la capacidad de adaptación y búsqueda de alternativas que tienen las personas mayores para encontrar el placer y el disfrute en diferentes áreas de su vida (Nussbaum y Levmore, 2018).

En cuanto a la cuarta concepción, Cicerón (como se cita en Nussbaum y Levmore, 2018) sostiene que la muerte no debe ser temida, sino aceptada con buena disposición. Sin embargo, según las cartas de Cicerón, Nussbaum y Levmore (2018) señalan que este no aceptaba la muerte de manera serena, sino que experimentaba miedo y tristeza ante ella. En este punto, los autores destacan la importancia de la amistad como un refugio en el que las personas pueden encontrar apoyo, expresar sus verdaderos sentimientos sin restricciones y comunicar sus emociones.

En conclusión, la importancia de mantener la mente y el cuerpo activos para enfrentar los desafíos del envejecimiento y disfrutar de una vida plena en todas las etapas de la vida se basa en los argumentos de Cicerón para desafiar las concepciones negativas sobre el envejecimiento y abogar por un enfoque más positivo y activo en esta etapa de la vida. Además, la autora enfatiza que la vejez puede traer consigo momentos de aburrimiento, decepción y ansiedad, pero sostiene que es a través de la amistad, las conversaciones, el humor, el apoyo mutuo y el amor que se puede experimentar una vejez plena y satisfactoria.

Ahora bien, Nussbaum y Levmore (2018) utilizan la representación de mujeres mayores en la cultura popular como punto de partida para explorar el amor y la sexualidad en esta etapa de la vida. Para ello hacen referencia a la obra *El caballero de la rosa* de Richard Strauss, en la que La Mariscala, una mujer mayor arrojada a un matrimonio sin amor y abandonada por su esposo, decide buscar satisfacción sexual en Octavio, un joven mucho menor que ella. Sin

embargo, a medida que avanza el drama, se da cuenta de que, “como una mujer buena y prudente”, debe renunciar y volver a su vida en el convento (p. 200).

Ante este drama, sostiene que la obra plantea varias falsedades socialmente aceptadas sobre la sexualidad y las mujeres mayores. Estas incluyen: (i) la idea de que las mujeres deben renunciar a disfrutar libremente de su sexualidad a medida que envejecen; (ii) la noción de que las mujeres, al darse cuenta que están envejeciendo, optarán por una opción erótica, a veces inapropiada, abandonando la búsqueda del amor y de una relación satisfactoria; y (iii) la creencia de que una mujer mayor, después de elegir la opción erótica, considerada como equivocada, renunciará a disfrutar libremente de su sexualidad, de manera que solo entonces será “aceptada” por la sociedad.

Nussbaum y Levmore (2018) critican estas concepciones porque refuerzan estereotipos negativos y limitantes sobre las mujeres mayores y su capacidad de experimentar el amor y la sexualidad de manera plena. En cambio, argumentan que las personas de alta edad tienen derecho a explorar y disfrutar de su sexualidad de manera libre y satisfactoria, sin ser juzgadas o limitadas por las expectativas sociales. Por lo tanto, en lugar de reproducir las mentiras socialmente aceptadas, abogan por una visión inclusiva y respetuosa de la sexualidad femenina en todas las etapas de la vida.

No obstante, la autora propone una visión opuesta derivada de las obras *Antonio y Cleopatra* y *Romeo y Julieta* de Shakespeare, ya que ambas representan el amor y el deseo en dos fases distintas de la vida.

Por una parte, *Romeo y Julieta* son la expresión de un amor juvenil, extravagante, abstracto y superficial, que, según Nussbaum y Levmore (2018), refleja “el narcisismo infantil del amor más joven” (p. 209). Al evitar conocer a la otra persona a profundidad y al idealizar en exceso se desconocen las necesidades reales del otro. Por otro lado, *Antonio y Cleopatra* encarnan el amor maduro, manifestado en una relación entre dos personas que disfrutaban mutuamente de su compañía, incluso en actividades ordinarias. Este tipo de amor considera la realidad del cuerpo del otro, en lugar de una imagen idealizada, y se centra en aspectos complejos de la personalidad de cada uno en lugar de superficialidades.

Mediante esta comparación, Nussbaum y Levmore (2018) destacan el aprecio y el valor de las diversas manifestaciones del amor a lo largo de la vida, pues ni el amor ni el deseo se limitan a la juventud. Al explotar estas representaciones en la cultura popular, los autores abogan por una comprensión profunda y compleja de la sexualidad y el amor, rompiendo con estereotipos y valorando las experiencias y elecciones sexuales de las personas mayores.

Finalmente, en cuanto a los estereotipos, Nussbaum y Levmore aseguran que “impiden a las personas buscar remedios a las enfermedades y achaques tratables” (p. 156), al mismo tiempo que obstaculizan un adecuado rendimiento

mental y otros problemas determinantes para la salud. Un ejemplo de esto son los estereotipos en el ámbito laboral de las personas mayores:

La sensación de que la discriminación hacia los trabajadores mayores es “natural” y que no es discriminación en absoluto está muy extendida. Un estudio exhaustivo sobre la discriminación hacia trabajadores mayores de cincuenta y cinco años en Estados Unidos demuestra que este problema es muy profundo y ha sido confirmado experimentalmente a través de *test* en los que se enviaron currículos falsos: algunos sugerían la edad del aspirante y otros no. El estudio concluye que la gente no considera este tipo de discriminación como injusta: es simplemente natural. (Nussbaum y Levmore, 2018, p. 156)

Del estudio sobre los estereotipos concluye que encasillar a las personas de alta edad puede generar obstáculos en el adecuado desarrollo de sus actividades, ya que el hecho de afirmar que no pueden hacer determinado trabajo o cierta actividad los disminuye; es por ello por lo que insiste en la pertinencia de motivar la realización de actividades dirigidas a mejorar su salud mental y física.

En resumen, el texto de Nussbaum y Levmore (2018) se fundamenta en la crítica a estereotipos que, ya vistos en la Antigüedad y la Modernidad, continúan vigentes en la actualidad: las personas mayores son improductivas o carecen de fuerza física y mental, no pueden trabajar, deben renunciar al disfrute de placeres físicos, no son sujetos de la sexualidad e, incluso, se les juzga por vivirla. Asimismo, Nussbaum y Levmore exponen la necesidad de abordar el envejecimiento visto desde la perspectiva de la heterogeneidad, en contraposición a la homogeneización con la que suele ser tratado, incluso por autoras como De Beauvoir. Además, resaltan la importancia de construir un sentido de la vida en la avanzada edad y establecer relaciones sociales para enfrentar, entre otras cosas, la soledad.

Estos últimos aspectos mencionados permiten introducir un segundo referente del envejecimiento en la era contemporánea, pues son retomados acuciosamente por Yanguas en su obra.

A lo largo del texto *Pasos hacia una nueva vejez*, Javier Yanguas (2021) presenta los retos de la vejez en el siglo XXI y reivindica la necesidad de cambiar la forma de entender la vejez y el envejecimiento. Al respecto, indica que la prolongación de la cantidad y calidad de los años de vida ha cambiado la estructura poblacional, por lo que la pirámide demográfica de antaño ha pasado a ser más equilibrada en razón al aumento de la población en vejez. Esto constituye una nueva realidad que implica retos para la sociedad en materia de cuidado, pacto intergeneracional y sistema de pensiones, entre otros.

Bajo esta premisa, Yanguas (2021) demuestra que la vejez actual presenta una creciente heterogeneidad debido a que el aumento de la esperanza de vida

ha implicado un cambio en la percepción de las diferentes etapas que desarrolla una fragmentación no solo de estas, sino también de la vejez misma.

Por lo anterior, alerta sobre el anticipo en los cambios de la vejez del futuro, abarcando jubilaciones más tardías y flexibles, menor cantidad de hijos y de parejas, población dependiente conformada cada vez más por adultos mayores en lugar de niños, aumento de las personas que requieren ayuda y reducción de potenciales cuidadores. Asimismo, observa una transición hacia una vejez en la que el ascenso social ya no es una expectativa, lo cual conduce a desafíos en materia de individualismo y fractura social. En consecuencia, se pone en duda el Pacto Intergeneracional, tal como lo conocemos.

Seguidamente, Yanguas (2021) presenta un resumen de las perspectivas teóricas predominantes al analizar la vejez que han condicionado el diseño de las políticas sociales en este ámbito. La primera, *teoría de la desvinculación*, sostiene que los humanos, de manera natural en la vejez, orientan la vida interior y el cerco social, la cual supuestamente satisface a las personas en esta etapa.

En esa medida, la insatisfacción en esta edad provendría de la no aceptación por la persona de esta realidad. Sin embargo, esta teoría recibió críticas. Por un lado, por quienes consideraban que si bien había una desvinculación, esta era cualitativa, que realmente no la había o que esta se presentaba incluso desde la adultez. Por otro, porque no tenía base empírica y solo era un modelo biomédico (Yanguas, 2021).

La segunda, la *teoría de la actividad*, surgió con el propósito de justificar la necesidad de “sumar vida a los años”, argumentando que esto solo se lograría siendo útil en la vejez. Sobre el particular reconoce que hay una pérdida de roles en la vejez, pero estos deben ser sustituidos o continuados para alcanzar la satisfacción y la felicidad. Así, se parte del supuesto de que todos desean y necesitan tal actividad, respaldado por una concepción utilitarista de que “somos lo que hacemos” (Yanguas, 2021, pp. 49-51).

Ahora, no se detiene a señalar que estos roles deban ser significativos o darle sentido a un proyecto de vida, la cual es una crítica reiterada por el autor. Según Yanguas, no es la participación en actividades simplemente lo que genera satisfacción, sino el intercambio social con sentido.

Finalmente, la tercera teoría se trata del *envejecimiento exitoso*. Esta se alimenta de tendencias tales como la consideración por la OMS de la salud como un todo bio, psico y social; el crecimiento poblacional; la teoría del ciclo vital; la psicología positiva, y la atención de este tema por gobiernos y ONG (Yanguas, 2021).

Por su parte, las premisas clave de esta teoría son, de acuerdo con el autor, que el envejecimiento no es inexorable y se puede modular, dado que la genética no lo es todo, ya que el estilo de vida condiciona si se sufrirá una vejez patológica o no, así pues, existe la posibilidad de hacer prevención. Todo lo anterior partiendo desde una mirada multidimensional, que tiene en

cuenta aspectos ambientales, de conducta, significado, relaciones, apoyo y cuidados, entre otros. En ese sentido, se clasifica al envejecimiento entre tres posibilidades: usual, patológico o exitoso (Yanguas, 2021).

Por supuesto, sostiene Yanguas (2021) que esta teoría también ha sido criticada ante la necesidad de considerar más aspectos subjetivos, a fin de expandir el modelo y definirlo más inclusivamente, con el propósito de evitar el estigma y la discriminación y así corregir sesgos occidentales. En ese sentido, agrega el autor que no se puede perder de vista que los biomarcadores y la genética sí son predictores, y que se deben considerar en su conjunto variables psicológicas, económicas y sociales.

Al respecto, Yanguas (2021) afirma que el paradigma predominante, en la respuesta política y la agenda de investigación, ha sido el del *envejecimiento activo*, el cual sostiene una relación directa entre la actividad y la oportunidad de estar sano. Así se reconoce, por ejemplo, en las prioridades establecidas por la Conferencia Ministerial sobre Envejecimiento de 2012. Asimismo, en la definición que realiza acerca del envejecimiento, agrupando elementos como: participación, mercado laboral, compromiso, actividades productivas no remuneradas, salud y seguridad. De esta se desprende la elaboración de una herramienta para su evaluación, a saber, el Índice de Envejecimiento Activo (Yanguas, 2021, pp. 60-65).

Ahora bien, en enero del 2021 se publica *El libro verde sobre el envejecimiento*. Este sostiene, fundamentalmente, que un estilo de vida saludable determinará un envejecimiento sano y activo y, por lo tanto, un efecto positivo en el mercado laboral, en el crecimiento económico y la productividad (Yanguas, 2021, pp. 65-68).

Al respecto, Yanguas (2021) critica y señala que si bien el *Envejecimiento Activo* ha traído consecuencias positivas, también plantea varios asuntos que requieren revisión: excluye aspectos claves de la vida, como el sentido y las emociones, y homogeneiza lo que se considera vejez. Además, cada vez más se encamina a modelar la vejez como un asunto menos colectivo y más individualista. Esta perspectiva, además de no ser realista, justifica la desigualdad. El autor sostiene que la capacidad de agencia no garantiza una vida larga y saludable, e implica desmoralización en la vejez, castigo y culpa, entre otros (Yanguas, 2021, pp. 68-74).

Así pues, en una mirada hacia el futuro, Yanguas (2021) menciona que es necesario un paradigma más personalizado y transversal, con una perspectiva más subjetiva y relacional. Esto implica pasar de enfocarse exclusivamente en el hacer a reconocer también el ser, así como examinar la vulnerabilidad, la importancia de la participación y abordar la problemática de la soledad.

Para construir este paradigma, Yanguas (2021) otorga relevancia a dos asuntos: los tipos de bienestar y el sentido de la vida. Lo primero, porque

hay una “relación causal entre el bienestar subjetivo, la salud y la longevidad” (p. 116). Sin embargo, no siempre se habla de lo mismo. Según Ryan y Deci, podemos aludir a dos significados: bienestar hedónico, alusivo al placer, y bienestar eudaimónico, referente al potencial humano. El primero es en el que se ha centrado la consideración sobre el bienestar como la búsqueda de experimentar frecuentemente afecto positivo, poco afecto negativo y alta satisfacción vital. El segundo, por el contrario, ha sido marginado de los estudios y solo se ha empezado a estudiar su perspectiva hasta la década de los ochenta del siglo xx.

Yanguas (2021) recuerda que la eudaimonía está vinculada con la salud, la regulación biológica y ciertos procesos cerebrales, lo que ha llevado a los teóricos a atribuirle una función adaptativa y protectora contra las amenazas a la salud, el envejecimiento y las desigualdades sociales (p. 125). Sin embargo, sostiene que no es necesariamente mejor una forma de bienestar que otra, y que no se trata simplemente de elegir entre placer o virtud, sino que “necesitamos conocer las consecuencias y elegir” (Yanguas, 2021, p. 128). Además, señala que responder “eudaimónicamente” implica un proyecto social para la vejez del que carecemos” (Yanguas, 2021, p. 127), tal como se demuestra en la síntesis de los paradigmas que han orientado las políticas públicas para el envejecimiento.

Por lo tanto, Yanguas (2021) subraya la importancia de comprender el bienestar eudaimónico, sintetizando algunas definiciones. Para Seligman, este concepto se compone de “una vida placentera, dirigida a la experimentación de emociones positivas; una vida comprometida con la realización de actividades relacionadas con el bien común, y una vida con significado” (p.119).

Luego, el mismo autor desarrolla el modelo “Perma”, que consiste en: emociones positivas, implicación, relaciones positivas asociadas a la necesidad de tener vínculos sociales positivos, significado y logros positivos, vinculado con la necesidad de proponerse retos y tener metas hacia las que se dirige. Ryan y Deci, con base en la *teoría de la autodeterminación*, sostienen que el bienestar es la satisfacción de tres necesidades psicológicas básicas: de vinculación, competencia y autonomía; además de un sistema de metas coherente con nuestros intereses, valores y necesidades psicológicas. Carol Ryff alude a seis dimensiones básicas, cada una de ellas un reto para las personas: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (pp. 118-123).

Se han observado diferencias significativas en el bienestar psicológico, en función de varios factores: nivel educativo, nivel socioeconómico, cultura, manera de interpretar las experiencias vitales, implicación en metas con los propios valores, intereses y motivos personales. Asimismo, se han identificado disparidades relacionadas con el género. Por ejemplo, las mujeres suelen obtener puntuaciones más altas cuando se trata de “relaciones positivas con los demás y en las de crecimiento personal” (Yanguas, 2021, pp. 123-124).

Por otro lado, Yanguas (2021) menciona que “la gerontología ha dedicado poco tiempo y poco espacio [...] a lo que es el sentido de la vida” (p. 129). Esta carencia es notable, ya que, como menciona citando a Viktor Frankl, “al ser humano no le basta únicamente con vivir para conseguir el equilibrio biológico, psíquico y social, sino que necesita algo más” (p. 130). Además, Martin Seligman propone que el sentido de la vida es uno de los tres componentes fundamentales de la felicidad, junto con el placer y el compromiso.

Es importante abordar el tema del sentido de la vida debido a que, como señala Yanguas (2021), “se asocia íntimamente con la salud, [...] prevención de algunas enfermedades —por ejemplo, neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer y otras demencias—” (p. 136). Asimismo, se destacan sus beneficios que incluyen un mejor ajuste ocupacional, ser una piedra angular del bienestar, una mayor autorregulación conductual y la implicación en autocuidado y actividad física. Por lo tanto, hablar del sentido de la vida, según Yanguas, equivale a discutir un problema de salud pública. Yanguas (2018) adopta la definición de Steger, la cual describe el sentido de la vida como “la red de conexiones, comprensiones e interpretaciones que nos ayudan a entender nuestra experiencia y a formular planes que dirigen nuestras energías hacia el logro de nuestro futuro deseado” (p. 133). Además, afirma que el sentido de la vida se puede resumir en tres componentes principales: (i) cognitivo, “en el cual la visión del mundo y el esquema de los individuos guían los objetivos y las elecciones vitales de la persona”; (ii) motivacional, “que incluye deseos y necesidades”; y (iii) afectivo, “que proporciona una sensación de satisfacción y realización personal” (Yanguas, 2021, p. 133).

Acerca de las fuentes a través de las cuales obtenemos sentido en nuestras vidas, Yanguas (2021) cita a Mercé Pérez Salanova, quien enfoca el “sentido último” que buscan las personas mayores en diferentes actividades y relaciones, como, por ejemplo, la participación, el desarrollo de situaciones significativas, la búsqueda del placer, la implicación en un proyecto colectivo, la ayuda a otros y proporcionarse ayuda mutua, la transmisión de saberes, y el aumento del poder en las decisiones sobre cuestiones que les conciernen.

Sin embargo, no hay fórmulas universales para la felicidad, el bienestar y el sentido. Señala Yanguas (2021) que “cada uno de nosotros debemos escoger cómo queremos vivir, qué queremos hacer en esta vida y hasta dónde queremos llegar” (p. 140). La tarea de la sociedad radica en “acompañar a sus ciudadanos en el desarrollo de esa vida buena implementando modelos de envejecimiento —hasta ahora inexistentes— que abran la puerta a una vejez eudaimónica que, además, tenga sentido y significado” (Yanguas, 2021, p. 140).

De lo expuesto por Yanguas (2021) se destaca la perspectiva de heterogeneidad y diversidad inherente a la vejez, la cual se refleja, por ejemplo, en el ámbito de la salud, en el que el proceso de envejecimiento biológico está diferenciado

por condiciones sociales y sexuales, entre otras. Por lo tanto, el enfoque hacia la atención del envejecimiento debe partir por no homogeneizar esta realidad, reconocer y respetar la diversidad y buscar progresivamente la perspectiva subjetiva de quién recibe la atención como, por ejemplo, en los centros en los que residen las personas mayores, lo cual se expondrá en el capítulo de salud.

Por otro lado, el marco teórico con el cual se entiende la vejez debe superar la consideración de que el único objetivo en esta etapa de la vida es mantenerse activo. Aunque esta corriente teórica ha elevado la oferta de servicios para la población de alta edad, peca por, entre otras cuestiones, despreciar la construcción del sentido de la vida en esta etapa sin acudir a la subjetividad. Sobre ello cabe ratificar que solo la persona puede determinar qué da sentido a su existencia, por lo que las políticas públicas deben diseñarse para acompañarlo, tal y como se aborda en detalle en el quinto capítulo.

### ¿Qué está sucediendo en Colombia?

Colombia no es ajeno al fenómeno de envejecimiento ni a las barreras y los estereotipos que fundamentan la discriminación contra las personas de alta edad. Por ende, si bien no se puede aducir que el envejecimiento en este país sea un proceso de igual magnitud que el de otros Estados, especialmente en Europa y Asia, sí presenta un acelerado cambio en las estructuras demográficas que obliga a repensar los debates enunciados, las instituciones pensionales y de protección social, el papel del Estado en la atención de las personas de alta edad y las medidas que deberán adoptarse para que el ejercicio de los derechos no siga siendo obstaculizado por los estereotipos.

Si bien en el siguiente capítulo se presenta un análisis extendido de la revolución demográfica mundial y nacional, es primordial dejar como abre-bocas que el aumento de cincuenta años de expectativa de vida en el último siglo, la significativa disminución de la tasa de fecundidad y la desaceleración del crecimiento poblacional son la base de un cambio absoluto en la dinámica demográfica colombiana (Rueda, 2018). Esto sirve de panorama para justificar la necesidad de atender las otras tres variables de estudio del presente trabajo: la fuerza laboral, la atención en salud y las medidas del Estado para atender las necesidades de esta población.

En este sentido, en Colombia la población mayor de sesenta años experimenta un crecimiento constante, y a pesar de las medidas adoptadas a nivel nacional para salvaguardar los derechos humanos de este sector de la población, persisten problemas significativos en cuanto a su protección y defensa. De acuerdo con el último informe de la Defensoría del Pueblo (2020), *Hacia un cambio de paradigma sobre la vejez en Colombia: del asistencialismo a la garantía de derechos*,

la desprotección económica, la exclusión social, el maltrato y la discriminación por edad son problemas latentes que enfrentan las personas mayores tanto por parte de sus familias como de la sociedad y el Estado.

Según los cálculos realizados por la Fundación Saldarriaga Concha e Inclusión S. A. S., a partir de datos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) 2021, se observa una tendencia positiva desde el 2012 en la reducción de los niveles de exclusión de la población mayor en Colombia. Desde este periodo, los niveles de exclusión en áreas rurales disminuyeron del 43 % al 32 % en el 2018, mientras que en áreas urbanas pasó del 22 % al 14 % en el mismo año. Sin embargo, a partir del 2018 se ha notado una pausa en la disminución de este indicador.

A pesar de estas mejoras a nivel nacional, los niveles de exclusión no son homogéneos entre localizaciones, ya que varían considerablemente según el departamento. De acuerdo con análisis llevados a cabo por la Unidad para la Atención y Reparación Integral de las Víctimas, se ha evidenciado que en regiones como “la Guajira, Chocó y Córdoba, el porcentaje de personas mayores excluidas es más de 5 veces el porcentaje de Bogotá” (2021, p. 9). Esto resalta que los procesos de exclusión y discriminación hacia la población de alta edad depende de diversas dinámicas territoriales, sociales, económicas y culturales.

Además, la población de alta edad en Colombia enfrenta otros problemas que limitan su capacidad de disfrutar de esta etapa de la vida, siendo la pobreza una de las más significativas. Según los datos de la GEIH 2012-2020, en el 2020 cerca de “1.8 millones de personas de 60 años o más se encontraban en pobreza monetaria” (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [Dane], 2021, p. 45), lo que representa dos de cada diez personas mayores en Colombia. Además, en los centros poblados y áreas rurales, “el 31.8 % de las personas de 60 años y más se encuentran en situación de pobreza multidimensional” (Dane, 2021, p. 46).

Por otra parte, dentro del panorama laboral, los mismos análisis revelan que las personas de alta edad son el grupo con menor participación en trabajos remunerados, pero el que más actividades realiza sin remuneración. Las actividades sin remuneración “son 2.7 veces más alta que las actividades remuneradas” (Dane, 2021, p. 48).

Además, resultan evidentes las barreras que enfrenta la población mayor en cuanto a la cobertura del régimen de pensiones. Según el informe del Dane de 2021, solo el 25.5 % de personas mayores accedieron a una pensión (Dane, 2021, p. 48). De acuerdo con las cifras reportadas por Colpensiones y la Superintendencia Financiera de Colombia a diciembre del 2023, hay 1 968 872 pensionados.

A partir del contexto general, resulta esencial abordar la revolución demográfica con mayor detalle en el siguiente capítulo, pues la reconfiguración de la

estructura poblacional impacta directamente las dinámicas sociales, económicas y políticas en las que se desarrollan las variables de discriminación contra las personas de alta edad.

Por tanto, comprender la reestructuración de la composición etaria de la población a nivel global y local ayuda a dimensionar las dinámicas de inclusión, exclusión, discriminación y acceso de las poblaciones de alta edad a las diferentes esferas de análisis del presente trabajo, las cuales abarcan el escenario laboral, de salud y de medidas adoptadas por el Estado colombiano para su mitigación.

## Referencias

- Alvarado, A. y Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>.
- Choe, H. (1995). *Aging in Korea: Today and Tomorrow*. Chung-Ang Publisher.
- Carbajo Vélez, M. del C. (2008). La historia de la vejez. *Ensayos*, 18, 237-254.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores*. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e345daf3-2e35-4569-a2f8-4e22db139a02/content>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). (1995). Observación general n.º 6. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3592.pdf?view=1>
- Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. University of Chicago. <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclfhhttps://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>
- De Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Éditions Gallimard.
- Defensoría del Pueblo Colombia. (2020). Hacia un cambio de paradigma sobre la vejez en Colombia: del asistencialismo a la garantía de derechos. [https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/Informe\\_defensorial\\_vejez\\_colombia\\_agosto2020.pdf](https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/Informe_defensorial_vejez_colombia_agosto2020.pdf)
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [Dane]. (2021). *Personas mayores en Colombia, hacia la inclusión y la participación*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/nov-2021-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia-presentacion.pdf>
- Dulcey-Ruiz, E. (2018). La perspectiva del transcurso de vida: una mirada biográfica y contextual. En *Envejecimiento: del nacer al morir (29-53)*. Siglo del Hombre.

- Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre teoría sexual*. Alianza Editorial.
- García, C. (2021). Vejez, juventud e infancia: una síntesis sobre las representaciones. En *Envejecer en el siglo XXI* (51-62). Universidad del Rosario.
- González, F. (2021). Miradas actuales al envejecimiento y la vejez. En *Envejecer en el siglo XXI* (3-114). Universidad del Rosario.
- González, F. (2003). *Vejez y enfermedad en el arte*. Editorial Universidad de Caldas.
- Gómez, J. (2020). Reflexiones bioéticas acerca de la ancianidad desde el estoicismo de Séneca. *Revista Anáhuac*, 31(1), 13-29. <https://revistas.anahuac.mx/index.php/bioetica/article/view/155/434>
- Gourmala, N. (2003). V. Caradec. Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 32(4), 733-734.
- Hernando Ibeas, M. V. (2021). Teorías sobre el fenómeno del envejecimiento. En J. Giró (coord.), *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*. Universidad de La Rioja.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa. Bogotá-Colombia*, 9, 73-101. <https://www.revistatabularasa.org/numero-9/05lugones.pdf>
- Márquez, J. (1996). Verdades y falacias sobre la vejez. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica*, 10(4).
- Martínez, M., Polo, M. y Carrasco, B. (2002). Visión histórica del concepto de vejez desde la edad media. *Revista Cultura de los Cuidados*, 11, 40-46. <https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/72f30151-9e86-448b-990d-8d9651018cc0/content>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). ¿Quiénes son las personas mayores? <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- Minois, G. (1987). *Historia de la vejez*. Nerea.
- Nussbaum, M. y Levmore, S. (2018). *Envejecer con sentido: conversaciones sobre el amor, las arrugas y otros pesares* (A. F. Rodríguez, trad.) Paidós.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (1982). Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. [https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Plan\\_Viena\\_sobre\\_Envejecimiento\\_1982.pdf](https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Plan_Viena_sobre_Envejecimiento_1982.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2002). Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2022). *Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Claudia Mahler\**. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g21/215/66/pdf/g2121566.pdf?token=ShJaoJSnhKxc9durWb&fe=true>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). Década de envejecimiento saludable 2020-2030. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/>

- decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc\_28&download=true
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022, octubre 1). Envejecimiento y salud. <https://n9.cl/7etqq>
- Ramond, D. y Lagorgette, D. (2023). *Lutter contre les stéréotypes*. PUF.
- Rodríguez, P. (2021). Género y envejecimiento en España: perfiles, datos y reflexiones (Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal n.º 6). <https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2021/03/GE%CC%81NERO-Y-ENVEJECIMIENTO-EN-ESPAN%CC%83A.pdf>
- Rodríguez Sutil, C. (2018). Reseña de la obra: envejecer con sentido. Conversaciones sobre el amor, las arrugas y otros pesares. *Clínica e Investigación Relacional*, 12(13). [https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIRV12N3\\_2018/14Rodriguez-Sutil\\_Review-Envejecer-con-sentido\\_CeIRV12N3.pdf](https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIRV12N3_2018/14Rodriguez-Sutil_Review-Envejecer-con-sentido_CeIRV12N3.pdf)
- Rueda, J. (2018). Más personas viviendo más: la revolución de la longevidad en Colombia 1950-2050. En *Envejecimiento: del nacer al morir* (55-63). Siglo del Hombre.
- Séneca. (2010). *Sobre la brevedad de la vida* (F. S. Gavilán, trad.). Junta de Andalucía.
- Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas. (2021). *Informe de vejez y envejecimiento de la población víctima mayor de 60 años en Colombia*. <https://www.unidadvictimas.gov.co/wp-content/uploads/2022/04/informe-personamayor-fsc-unidad27122021.pdf>
- Veronesi, U. (2013). *Longevidad*. Adriana Hidalgo Editora.
- Wolpert, L. (2018). La sorprendente naturaleza del envejecer. En *Envejecimiento: del nacer al morir*. Siglo del Hombre.
- Yanguas, J. (2021). *Pasos hacia una nueva vejez: los grandes retos sociales y emocionales de la madurez*. Editorial Planeta.





## Capítulo 2.

# Envejecimiento demográfico

Frente al tiempo que nos hace y nos deshace, tenemos al menos dos estrategias: el disfrute del instante o la despreocupación de la duración, este doble postulado fue defendido por los antiguos que anunciaron dos mandamientos contradictorios: “Vive como si fueras a morir en cualquier momento, y vive como si nunca fueras a morir”.

Quédate con este engaño fundamental: Lo que la ciencia y la tecnología han prolongado no es la vida, sino la vejez.

PASCAL BRUCKNER, *Un instante eterno: filosofía de la longevidad*

El edadismo es un prejuicio consistente en discriminar a las personas por razón de la edad. Una discriminación nueva, pues hasta hace poco la ancianidad no ha sido una fuente de problemas económicos, políticos, sociales y familiares. Más que discriminación, quizá sería adecuado hablar de abandono y de invisibilidad.

VICTORIA CAMPS, *Tiempo de cuidados: otra forma de estar en el mundo*

**E**l envejecimiento de la población, como fenómeno global, ha sido ampliamente reconocido por su impacto en la estructura demográfica de los países. A pesar de este reconocimiento, el envejecimiento enfrenta una serie de desafíos sociales que condicionan su abordaje. De allí que la hipótesis central de este libro desataca la necesidad de considerar el envejecimiento no solo como un dato demográfico, sino como un proceso con profundas implicaciones sociales y culturales. En particular, resalta la importancia de enfrentar los estereotipos arraigados, el edadismo y la discriminación por género, que han sido constantes históricas y siguen influyendo en cómo se percibe y se trata a las personas de alta edad.

En ese contexto, para entrar a desarrollar la hipótesis de esta investigación es indispensable presentar el panorama demográfico de la población de alta edad, en el que se evidencian las tendencias poblacionales y el fenómeno de variación de la pirámide demográfica mundial, producto de la disminución de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, por solo mencionar los principales indicadores.

Pese a ello, es mandatorio aclarar que, lejos de proponer un examen exhaustivo de la transición demográfica que sirve de panorama de análisis a la tesis respaldada, este trabajo toma como referente algunos estudios con el fin de

evaluar el impacto demográfico a profundidad, los cuales pueden consultarse libremente para mejorar la comprensión del tema.

En ese orden de ideas, establecido el marco conceptual y las reflexiones del capítulo 1, se procederá al estudio del comportamiento de la población de alta edad en Colombia, especialmente del proceso de envejecimiento poblacional, en tres dimensiones: (i) envejecimiento demográfico, producto de la transición y la interacción de indicadores demográficos generales; (ii) envejecimiento doméstico, que alude al incremento de personas de alta edad en los hogares y sus cambios socioeconómicos; y (iii) envejecimiento individual o aumento de la edad cronológica (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015, p. 24).

Con tal propósito, la estructura del presente capítulo abarca seis subtítulos que procuran abordar el panorama demográfico y los desafíos que conlleva el creciente fenómeno de envejecimiento. Así, el primer apartado expone las causas de este fenómeno global, el contexto histórico y los factores determinantes para la revolución demográfica del siglo xx que fundamentó las teorías del ciclo de vida y de las generaciones que denotan el creciente envejecimiento y el cambio de los indicadores demográficos mundiales, lo cual será explicado en el segundo apartado.

En tercer lugar, se esboza un panorama estadístico de la transición demográfica mundial, latinoamericana y del caso colombiano. En este acápite se evidencia el fenómeno de envejecimiento a nivel de cifras, lo cual a su vez permite apreciar la velocidad con que ocurren las transiciones y la disparidad del proceso entre las naciones. Analizado el estado de la transición demográfica nacional, en el cuarto subcapítulo se alude a la caracterización de la población de alta edad y las particularidades de las brechas y discriminaciones de este sector etario en Colombia.

En el quinto apartado, al tenor de los referentes teóricos se conceptualiza y analiza el bono o dividendo demográfico, en aras de discutir la existencia y el aprovechamiento de los potenciales de este cambio estructural. Finalmente, se emiten las conclusiones y recomendaciones que sirvan para articular los panoramas de salud, laboral y de medidas estatales frente a la discriminación de personas de alta edad en los siguientes capítulos del texto.

## **Origen y causas de la revolución demográfica**

La transición demográfica, también conocida como la “revolución demográfica”, es un modelo teórico utilizado para explicar el cambio demográfico y el crecimiento de la población a nivel mundial, mediante el comportamiento de las tasas de mortalidad y fertilidad a lo largo del tiempo. Este proceso se describe en cuatro etapas. La primera se caracteriza por altos niveles de mortalidad y

natalidad; en la segunda, la mortalidad disminuye mientras la natalidad se mantiene alta; la tercera etapa implica una reducción tanto en la mortalidad como en la natalidad; y en la cuarta, tanto la tasa de mortalidad como la de natalidad son bajas (Roser, 1 de junio de 2019).

El crecimiento de la población mundial tiene como principal antecedente la Edad Moderna de la Europa occidental, especialmente durante la Revolución Industrial en el siglo XVIII. En este periodo, la tasa de fecundidad se mantuvo alta y sin ningún control, con un descenso de la mortalidad (Patarra, 1973). Este proceso se inscribe en el marco de la transición demográfica y se produce a través de un periodo intermedio en el que la mortalidad desciende antes que la natalidad, resultando en un rápido crecimiento poblacional (Patarra, 1973).

Durante la Revolución Industrial, los cambios tecnológicos y económicos no solo transformaron los métodos de producción, sino que también incrementaron la demanda de mano de obra. Este aumento en la producción y la necesidad de trabajadores propiciaron un crecimiento económico que se retroalimentó con el crecimiento poblacional, creando un periodo de expansión recíproca (Viciano, 2003). Este panorama llevó a Thomas Malthus a escribir el *Ensayo* sobre el principio de la población, en el cual sostenía que la población tendía a crecer más rápido que los alimentos necesarios para su subsistencia, y que este crecimiento sería eventualmente limitado por epidemias, hambrunas y guerras (como se cita en Shojjet, 2005).

Aunque el proceso de crecimiento demográfico para poblaciones como las de América y África no puede explicarse únicamente a través del contexto industrial y las tasas de natalidad y mortalidad, debido a la diferencia en su desarrollo económico, político, social y cultural, es necesario considerar otros factores, como el proceso de colonización, la situación de dependencia y el contacto con nuevas enfermedades, los cuales tuvieron consecuencias demográficas variadas en estos países (Alcañiz, 2008).

Las verdaderas explosiones demográficas se produjeron en el siglo XX, cuando el tamaño de la población mundial pasó de 1.65 mil millones de personas en 1900 a 6.14 mil millones en el 2000 (Banco Mundial [BM], 2024). Según la Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2019), la tasa de crecimiento de la población mundial alcanzó su máximo entre 1965 y 1970, con un incremento promedio anual del 2.1 %, siendo varios los factores que explican este proceso.

Primero, se produjeron avances significativos en las condiciones sanitarias y ambientales. Estos avances incluyeron la implementación de mejores servicios de higiene ambiental, el acceso a agua potable, así como la implementación de políticas de salud pública que redujeron la incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias (Viciano, 2003). Estas mejoras resultaron en una reducción de la mortalidad infantil y un incremento en la esperanza de vida. Además, la transición epidemiológica cambió el panorama de la salud global, en el que

las enfermedades infecciosas fueron reemplazadas por enfermedades crónicas y degenerativas (por ejemplo, el cáncer) como principales causas de muerte (Viciano, 2003). Por último, el desarrollo tecnológico permitió mejoras en la agricultura y la industria, lo que a su vez mejoró la capacidad de las sociedades de mantener poblaciones más grandes.

Desde el punto de vista de la transición demográfica para los países de la Europa occidental, este proceso inició con un descenso de la mortalidad, seguido de una reducción de la natalidad, lo que llevó a aumentar y disminuir el crecimiento poblacional. Al respecto, según Ronald Lee (2003), el incremento de la esperanza de vida en Europa estuvo influenciado por las medidas de salud pública implementadas desde finales del siglo XIX, que contribuyeron al descenso de la mortalidad. Estas medidas incluyeron la implementación de programas de vacunación para enfermedades como la viruela, la poliomielitis y el sarampión, al igual que el control de enfermedades infecciosas a través de la mejora en la higiene y el saneamiento. Además, destaca el desarrollo de la medicina preventiva, la evolución de tecnologías médicas y el aumento de la nutrición (Lee, 2003).

Por otra parte, en los países en vía de desarrollo, el descenso de la tasa de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida comenzaron a principios del siglo XX y se aceleraron significativamente después de la Segunda Guerra Mundial (Lee, 2003). Sin embargo, el crecimiento demográfico en estos países ha seguido un patrón diferente. Según Pizarro (2010), su verdadera transición demográfica se da entre 1950 y 1975, cuando se produjo una rápida reducción de la mortalidad, pero las tasas de natalidad se mantuvieron aún elevadas. Esto contrasta con la transición demográfica de los países desarrollados, donde el proceso comenzó antes y se caracterizó por una evolución más gradual.

En los países desarrollados, algunos teóricos emplean el término “revolución demográfica” para describir el notable crecimiento exponencial de la población que se produjo como resultado de la disminución de la mortalidad, mientras que la natalidad se mantuvo alta inicialmente y luego comenzó a descender. En contraste, el término “explosión demográfica” se usa para referirse a la fase de rápido y sostenido crecimiento poblacional en los países en desarrollo. Este fenómeno es el resultado de una reducción significativa en la mortalidad combinada con tasas de natalidad aún elevadas, lo que llevó a un crecimiento poblacional mucho más acelerado durante la segunda mitad del siglo XX (Pizarro, 2010).

En este sentido, el principal motor del crecimiento demográfico durante el siglo XIX e inicios del XX en los países desarrollados fue la industria, y luego el desarrollo de la medicina y la asistencia sanitaria, mientras que para los países de renta baja la medicina desempeñó el papel principal, teniendo un impacto

significativo en la reducción de la mortalidad infantil, materna y pediátrica, lo que a su vez incrementó la esperanza de vida (Dumont, 2013).

En ese contexto, con la finalización de la Segunda Guerra Mundial y el establecimiento de la paz internacional a través de la ONU, las preocupaciones demográficas ocuparon un papel central en la política mundial. Las consecuencias de la guerra y la reconstrucción de las relaciones internacionales destacaron la importancia de comprender y gestionar las dinámicas poblacionales, lo que subrayó la necesidad de medir con precisión la población (Pérez, 1994). Por lo tanto, este tema es incorporado en la agenda internacional, creándose organismos especializados para su tratamiento.

En la carta fundacional de la ONU de 1945, el artículo 68 ordenó al Consejo Económico y Social establecer comisiones de orden económico y social. Como resultado, una de las primeras comisiones creadas en 1946 fue la Comisión de Población, la cual promovió la realización de censos en todo el mundo (Pérez, 1994). La creación de la Comisión de Población fue crucial para mejorar la recogida de información demográfica, considerando que las variables demográficas y el desarrollo son interdependientes. Por ello, las políticas demográficas se convirtieron en una parte esencial de las políticas de desarrollo socioeconómico, sustentadas ante la afirmación general de que, a mayor desarrollo económico, menor es la tasa de crecimiento de la población (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía [Celade], 1995, p. 13).

Posteriormente, a partir de 1954 se empezó a publicar el *Demographic Yearbook*, una colección de estadísticas demográficas realizadas por la ONU, la cual se convertiría en una fuente principal para la demografía mundial, en la que “las primeras proyecciones señalan una población total de 2500 millones de personas en 1950” (Pérez, 1994, p. 7). En este año se realizó la Primera Conferencia Mundial de Población ante la preocupación por el crecimiento demográfico y la necesidad de promover el control del crecimiento poblacional, en concreto, mediante la planificación familiar en aquellos países donde el aumento de la natalidad era significativo (Alcañiz, 2008).

Ahora bien, de acuerdo con Merino (2022), tras la Segunda Guerra Mundial en Occidente surgió una generación conocida como los “Baby Boomers”, caracterizada por el aumento de la tasa de natalidad acaecida entre 1946 y 1964. No obstante, antes de este aumento, se produjo una disminución en la tasa de natalidad, dando lugar a la llamada “generación silenciosa”, que fue afectada por la Gran Depresión de la década de 1930 y la posguerra, factores que influyeron en el descenso de la natalidad (Merino, 2022).

Este descenso en la natalidad estuvo vinculado a profundos cambios demográficos y sociales. La caída en las tasas de natalidad se relacionó con una serie de transformaciones en los modelos familiares y las relaciones de género que impactaron el número de nacimientos y en la tasa de fecundidad. Este proceso,

conocido como la “segunda transición demográfica”, se manifestó especialmente en países con un alto desarrollo económico y social. Según Felitti (2008, p. 4), esto se reflejó en:

el retraso en la edad de matrimonio, la postergación del primer parto y la reducción del número total de hijos, haciendo un uso intensivo de la planificación familiar y sus dispositivos tecnológicos, así como la expansión de las uniones consensuales y de los nacimientos extramatrimoniales, el alza de los divorcios y la diversificación de las estructuras familiares.

En este sentido, la revolución femenina que desencadenó la desvinculación de las mujeres de los roles tradicionales del hogar y su inclusión cada vez más significativa en el mercado laboral y educativo tuvo un impacto en el descenso del tamaño de las familias. Además, la implementación de políticas y programas en torno a la salud sexual y reproductiva de las mujeres por parte de la ONU y de los gobiernos estatales coadyuvaron el objetivo de controlar el crecimiento poblacional.

No obstante, esta revolución inacabada está advertida por Victoria Camps, al indicar que la formal paridad de género en el ámbito público presenta dos grandes desafíos para materializar una igualdad aceptable en este siglo. Por un lado, mitigar y eliminar la discriminación y la división sexual del trabajo, por otro, promover el acceso de las mujeres a los cargos de decisión (2019). Ambas propuestas coadyuvan una realidad mundial imparables: el cuestionamiento permanente de los roles tradicionales de género cambia la perspectiva y amplía la participación de las mujeres en otros ámbitos distintos al hogar y la maternidad. Sin lugar a duda, la ciudadanía de las mujeres tiene un impacto directo en la transición demográfica.

## Tendencias en América Latina

De acuerdo con Espinosa (2012), “en 1900, América Latina tenía una población de unos 60 millones de habitantes, y para 1950 alcanzaba sus más altas tasas de crecimiento [...] con una cifra aproximada de 160 790 000 de habitantes” (p. 221). En la segunda mitad del siglo xx, se implementaron en diversas partes del mundo políticas de salud reproductiva y planificación familiar con el objetivo de reducir la mortalidad materna y disminuir la fecundidad para moderar el crecimiento poblacional (Celade, 1995). Estas políticas se complementaron con iniciativas dirigidas a eliminar inequidades demográficas, reconociendo la correlación entre altas tasas de fecundidad y pobreza (Celade, 1995). Por lo tanto, se promovieron políticas de educación destinadas a aumentar las

tasas de alfabetización y políticas laborales que mejoraran la cobertura en seguridad social.

Estas iniciativas comenzaron a implementarse en varios países de América Latina. En el caso de Colombia, según Espinosa (2012), la distribución de los métodos anticonceptivos estuvo dirigida por el sector privado a través de organizaciones como la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana [Profamilia]. Como resultado, América Latina en general experimentó un descenso significativo en sus niveles de crecimiento poblacional y, por ende, en sus tasas de fecundidad. De acuerdo con Prada (como se cita en Espinosa, 2012), las tasas de fecundidad disminuyeron cerca al 50 % entre 1950 y 1990 en países como Colombia, República Dominicana, México, Brasil, Costa Rica, Panamá y Venezuela, mientras que en países como Cuba, Chile, Argentina y Uruguay el descenso comenzó en la primera mitad del siglo. En Colombia, los datos indican que las tasas de fecundidad disminuyeron de 6.8 en 1950 a 3.2 en los años noventa (Espinosa, 2012).

En el caso colombiano, Mejía *et al.* (2009) realizaron un estudio sobre la transición demográfica en el país a través del Banco de la República en el que indican que, durante la primera mitad del siglo xx, Colombia experimentó una notable mejora en los estándares de vida y un mayor crecimiento del ingreso, provocando la disminución de la tasa de mortalidad infantil y un incremento de la expectativa de vida que pasó de 39.5 años en 1905 a 48.8 años en 1950. En los años setenta la tasa de fecundidad se vio impactada por las políticas reproductivas y el mayor coste de oportunidad que enfrentaban las mujeres tras su creciente participación en el mercado laboral, generando que, entre 1965 y 2010, la tasa de fecundidad pasara de 6.18 hijos a 2.45 hijos por mujer (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [Dane], s. f.).

A pesar de las variaciones en las tasas de fecundidad, la población mundial es actualmente tres veces mayor que a mediados del siglo xx (ONU, 2022). Este crecimiento se debe principalmente al aumento gradual de la esperanza de vida que impulsó los procesos de urbanización y migración, factores que, a su vez, impactaron los cambios en la tasa de fertilidad. De acuerdo con el informe de la ONU World Population Prospects 2022, la población mundial alcanzó los 8000 millones de habitantes en 2022, considerando los 2500 millones de personas estimadas para 1950, y se estima que podría alcanzar los 8500 millones en 2030, 9700 en 2050 y 10 400 en 2050 (ONU, 2022).

En el contexto actual, la migración internacional está modelada por las disparidades salariales entre países y, además, por las dinámicas de envejecimiento y la disminución de las tasas de fecundidad en naciones de ingresos altos y medios (Banco Mundial, 2023). Esta migración es impulsada en parte por la búsqueda de oportunidades económicas y la necesidad de hacer frente a la presión de los sistemas de seguridad social derivadas del envejecimiento poblacional.

## Hipótesis del ciclo de vida y generaciones

Para entender las relaciones sociales entre las generaciones de un grupo social es útil comenzar con el modelo económico propuesto por Albert Ando y Franco Modigliani (1962), conocido como “la hipótesis del ciclo de vida”. Estos autores señalan que la vida de las personas se compone de al menos tres etapas.

La primera etapa se refiere a la infancia, la adolescencia y parte de la juventud, hasta los veinticuatro años. Durante esta fase, “las personas consumen (o invierten en capital humano), pero no generan ingresos ni ahorran [...] su consumo es mayor que su ingreso y usan recursos que la sociedad ya había generado” (Tenjo, 2023, p. 257). La segunda etapa corresponde a la fase productiva de las personas, en la que comienzan a generar ingresos con posibilidad de ahorrar. La etapa dura hasta la edad de retiro o jubilación y se refleja entre los 25 y 59 años. Finalmente, la tercera etapa es una fase de transición de acumulación a desacumulación, en la que las personas, a partir de los sesenta años, viven de sus ahorros (Tenjo, 2023).

La *hipótesis del ciclo de vida* permite prever los desafíos que enfrentará la sociedad según la distribución demográfica entre las tres etapas. Según Tenjo (2023), en las primeras fases de la transición demográfica la mayoría de la población es joven (menor de veinticuatro años), por lo cual se pronostica que “los niveles de ahorro personal probablemente son bajos porque la proporción de los generadores de empleo es relativamente pequeña y la de consumidores es alta” (Tenjo, 2023, p. 257).

Luego, en el proceso de transición demográfica, se entra en una fase en la que predomina la población en edad productiva. En esta etapa “se esperaría una fuerte acumulación de fondos pensionales y de incrementos en la inversión en bienes de consumo durable como la vivienda” (Tenjo, 2023, p. 257). Finalmente, en la última etapa, en la que se encuentra la población de alta edad, “nuevamente los ahorros personales comienzan a disminuir” (Tenjo, 2023, p. 257).

Como se observará más adelante, en Colombia la mayoría de las personas se encuentra en edad productiva, por lo que, según el modelo de ciclo de vida, “debería ser la etapa en la que tienen ingresos mayores a los gastos y la sociedad como un todo debería estar viendo un proceso de acumulación de ahorros personales” (Tenjo, 2023, p. 258).

Sin embargo, la realidad en Colombia y en el resto del mundo no es tan sencilla como plantea el modelo, aunque este sea útil como un punto de partida para el análisis. Es preciso abordar en detalle las condiciones de vida, ya que estas determinan si las personas en su edad productiva logran acumular exitosamente “recursos para financiar su retiro” (Tenjo, 2023, p. 258).

Ahora bien, no solo es el ciclo de vida lo que define la conducta de los individuos y grupos sociales. Los investigadores han identificado tres efectos

separados relacionados con la edad: (i) el efecto del ciclo de vida, (ii) el efecto de periodo y, (iii) el efecto de cohorte.

El “efecto del ciclo de vida” alude a las acentuadas diferencias entre generaciones debido a la posición de cada persona en el ciclo de vida, lo cual contribuye a la creación de brechas en la participación de cada grupo etario en distintos escenarios (Pew Research Center, 2015).

El “efecto de periodo” corresponde a los impactos que generan acontecimientos y circunstancias sociales que afectan a toda la población, independientemente de su edad. Por ejemplo, guerras, movimientos sexuales, avances científicos o tecnológicos, visibilidad de la diversidad sexual, entre otros (Pew Research Center, 2015). Por otra parte, el “efecto de cohorte” se refiere a las diferencias observables entre generaciones, debido a circunstancias históricas únicas que experimentan las personas dentro de una cohorte de edad (Pew Research Center, 2015).

Por lo anterior, entre la literatura sociológica del estudio de las generaciones destaca el ensayo “The Problems of Generations” de Mannheim (2014), en el cual se identifica la ubicación generacional como un aspecto clave para determinar el conocimiento, además de definir las formas de comportarse, sentir y pensar. Estas características están especialmente moldeadas por las experiencias formativas durante la juventud (Pilcher, 2016, pp. 482-483).

Sobre el particular, cabe aclarar que el establecimiento de los límites entre generaciones depende de factores como la demografía, los eventos históricos, la cultura, etc., pues, aunque son útiles para los análisis generacionales, deben ser comprendidos como guías flexibles en lugar de distinciones incontrovertibles.

Por ejemplo, para Estados Unidos, se ha consensuado la existencia de las siguientes generaciones durante el siglo xx: (i) Silent, de 1928 a 1946, (ii) Boomers, de 1946 a 1965, (iii) Gen X, de 1965 a 1981 y, (iv) Millennial, de 1981 a 1997 (Pew Research Center, 2015). El caso de los Boomers está fuertemente influenciado por la demografía, pues sus miembros más antiguos son resultado del pico de fertilidad que inició en 1946, mientras que sus miembros más jóvenes nacieron justo antes de una disminución significativa de la fertilidad, debido a la comercialización de la píldora anticonceptiva (Pew Research Center, 2015).

Hecha la consideración precedente se puede prever, entonces, la estrecha relación de las generaciones y el cambio social. Mannheim señala que las unidades generacionales pueden ser agentes de cambio; sin embargo, indica que no todas las generaciones adoptan una conciencia original y distintiva, debido a que el desarrollo de este potencial está estrechamente relacionado con el cambio social. Así mismo, indica que, en épocas de acelerado cambio social y cultural, se requiere una adaptación más rápida de las actitudes básicas, a pesar de que la evidencia empírica muestra que el envejecimiento es una de las fuerzas más

significativas de cambio social a largo plazo, tal y como se evidenciará en el análisis del panorama laboral del capítulo 4.

En ese orden de ideas, es concluyente que el envejecimiento demográfico seguirá siendo uno de los principales condicionantes en la configuración de las generaciones en las sociedades y, en consecuencia, de las relaciones intergeneracionales (Pilcher, 2016, pp. 491-492).

En virtud del abordaje sociológico de las teorías de las generaciones, se proporciona un esbozo general de la transición demográfica mundial, continental y nacional, a fin de analizar los cambios demográficos en Colombia y las condiciones sociales en las que se han desarrollado, para identificar si el bono demográfico del país fue o está siendo aprovechado.

Pese a lo anterior, antes de analizar el bono demográfico, es preciso preguntarse, ¿cómo es el proceso que conduce a cambios en la distribución de la población entre los grupos de edad?, pues este aspecto es crucial para comprender las implicaciones de la hipótesis del ciclo de vida y la configuración de las generaciones. Por lo tanto, en el siguiente capítulo, se profundiza en el concepto de transición demográfica.

## **Dinámica demográfica del envejecimiento y su desarrollo en Colombia**

Con el propósito de visibilizar el panorama de cambio demográfico, es menester acotar un periodo de estudio que sirva de contexto para evidenciar la urgencia de atender el fenómeno de envejecimiento. En ese sentido, el presente estudio analiza la reciente transición demográfica posterior a la Segunda Guerra Mundial, desde la década de 1950 hasta el año 2050, según las proyecciones estudiadas por algunas organizaciones.

Al respecto, tal y como se adujo en el capítulo precedente, el siglo xx experimentó una transformación en muchos ámbitos de la vida misma, la cual trajo consigo una revolución o transición demográfica. En ese sentido, con miras a comprender integralmente el contexto histórico con el objeto de estudio que ocupa la atención de este capítulo es indispensable acudir a la definición de “transición demográfica”.

La transición demográfica se refiere al fenómeno “que se produce cuando la natalidad y la mortalidad, o por lo menos uno de los dos fenómenos, ha dejado sus elevados niveles tradicionales para dirigirse hacia porcentajes más bajos” (Pizarro, 2010, p. 130).

Así las cosas, el cambio en las tasas de natalidad y mortalidad implica desafíos de distinta índole, máxime cuando se está en un contexto generalizado de envejecimiento, en el cual las tasas de mortalidad comienzan a disminuir

producto de “los avances científicos, el mejoramiento de condiciones sanitarias y la misma capacidad de generación de ingresos de las familias”. Pese a ello, dentro de la transición, “las tasas de natalidad comienzan también a bajar, con lo cual el crecimiento poblacional disminuye” (Tenjo, 2023, pp. 253-254).

## Panorama mundial

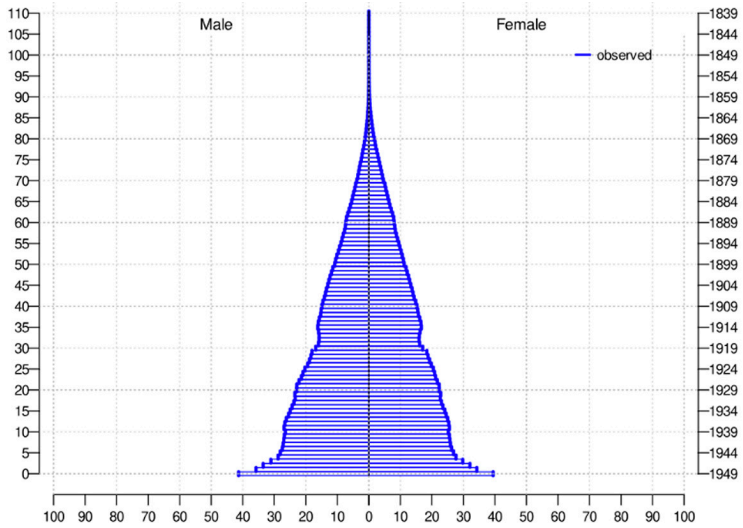
La población del mundo alcanzó los 8 mil millones de personas a mediados de noviembre del 2022, y se estima que seguirá creciendo, alcanzando su pico antes del 2100, lo cual abarcaría entre 8.9 mil millones y 12.4 mil millones de personas. Sin embargo, al igual que ahora, la distribución poblacional no será homogénea, pues el mayor porcentaje seguirá concentrado en Asia central, Asia oriental y el Sudeste Asiático (ONU, 2022, pp. 3-4).

Al tenor de lo expuesto, una evolución general de la transformación demográfica muestra que el envejecimiento es una tendencia mundial. Así lo demuestran las pirámides demográficas, las cuales parecen haber encontrado en la actualidad una forma invertida que denota cómo las personas de alta edad son cada vez más representativas del total mundial.

En ese sentido, con el propósito de comparar las pirámides poblacionales mundiales, se tomará la información obtenida de la base de datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales-División de Población de Naciones Unidas.

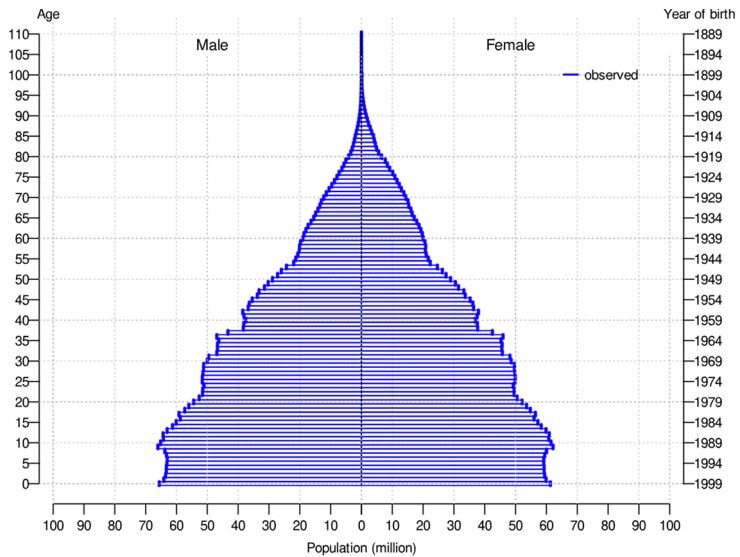
En primer lugar, en la década de 1950, la pirámide poblacional mundial evidenciaba una base ancha, lo cual alude al protagonismo de las personas más jóvenes en la estructura demográfica global. Por consiguiente, a medida que se incrementa la edad, la pirámide se estrecha hasta terminar en punta, esto es, sin un número significativo de personas mayores de ochenta años.

**Figura 1.** Pirámide poblacional mundial según edad y número de millones de habitantes en el año 1950



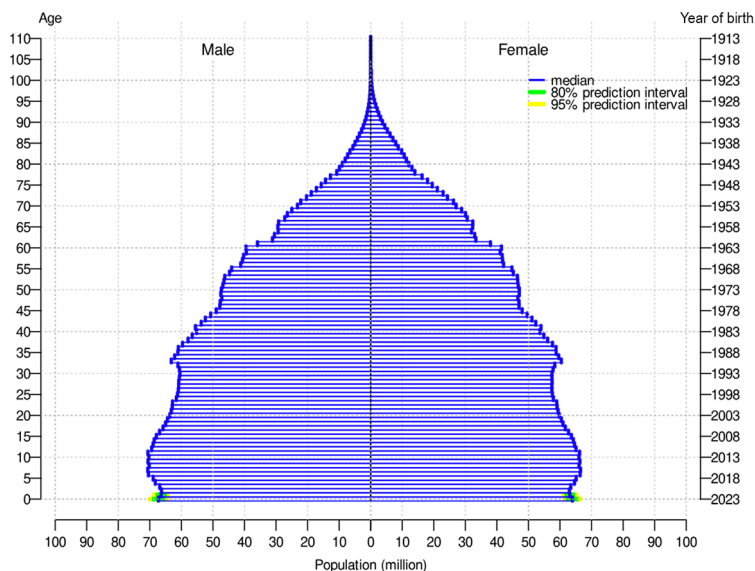
Fuente: elaboración propia según la base de datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.

**Figura 2.** Pirámide poblacional mundial según edad y número de millones de habitantes en el año 2000



Fuente: elaboración propia según la base de datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.

**Figura 3.** Pirámide poblacional mundial según edad y número de millones de habitantes en el año 2024



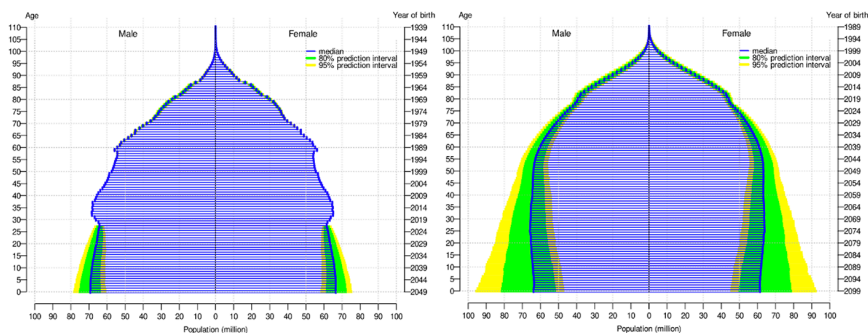
**Fuente:** elaboración propia según la base de datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.

Es claro que, a inicios del siglo XXI, la pirámide poblacional, además de contemplar un incremento notable de la población mundial, también evidenció el crecimiento de grupos etarios de mayor edad. De esa manera, el ensanchamiento de la punta de la pirámide muestra el crecimiento de la población mayor de sesenta años; la base se vuelve más pareja hasta el rango etario de quince años, denotando que la mayoría de la población ya no reside en niños y niñas menores de cinco años; por último, ocurre un incremento notable de las poblaciones en edad productiva.

Ahora bien, para el 2024, el gráfico no evidencia una estructura piramidal clara, lo cual es producto del crecimiento de las poblaciones en edad productiva, e incluso, de los mayores de sesenta años. De esa manera, la tendencia de que la edad promedio mundial sea cada vez mayor obtiene un nuevo alcance, en el cual la desaceleración de la tasa de fecundidad es evidente y la representación de personas cada vez con mayor edad es la regla general.

Por último, los gráficos de las proyecciones demográficas para 2050 y 2100 avizoran un panorama que apunta a la inversión de la pirámide poblacional. Por consiguiente, la estructura del gráfico poblacional muestra mayor representación de las personas entre treinta y cuarenta años para el 2050, y una distribución equitativa entre los recién nacidos y las personas de hasta sesenta años por el acelerado envejecimiento para el 2100.

**Figura 4.** Pirámide de proyección poblacional mundial según edad y número de millones de habitantes en los años 2050 (izquierda) y 2100 (derecha)



**Fuente:** elaboración propia según la base de datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.

Los gráficos expuestos coinciden con las afirmaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, el cual proyecta que, con independencia del nivel de desarrollo del país que se analice, el incremento de la población mayor de sesenta años es exponencial, de tal manera que, para el 2050, la población superará los dos mil millones de habitantes, esto es, casi el doble del mismo grupo etario en la actualidad (figura 5).

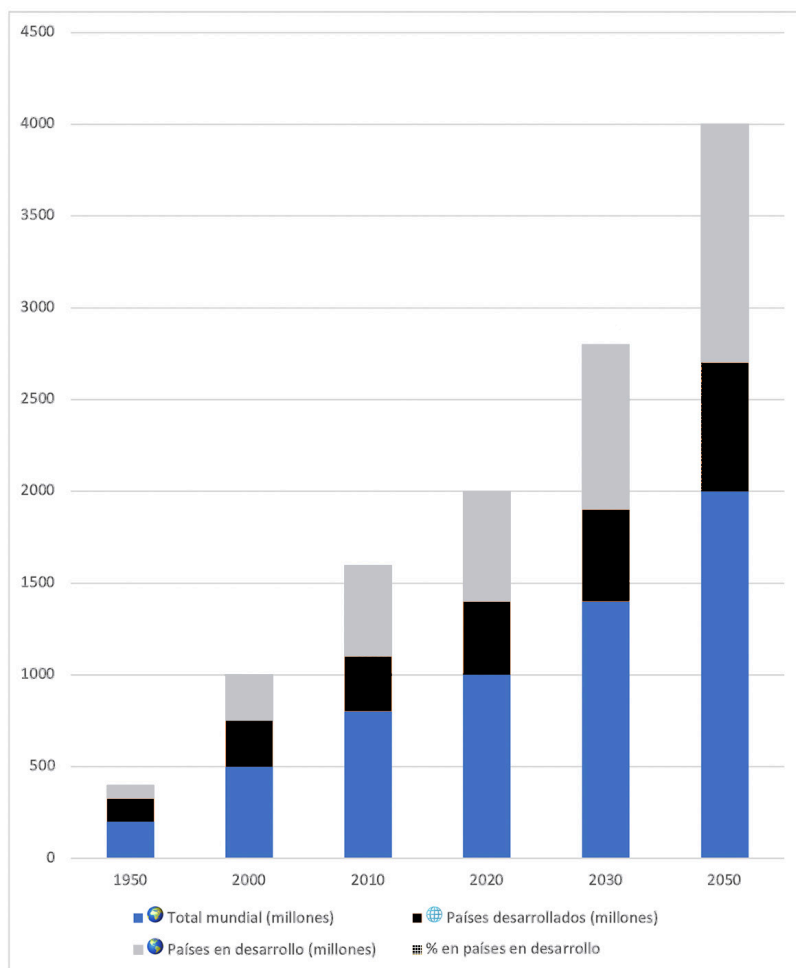
En igual sentido, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal], a nivel mundial la población de sesenta años o más para el 2015 era de aproximadamente novecientos millones de personas; esto es, el 12.16 % del total. Sin embargo, tal y como se viene advirtiendo, su distribución no es homogénea, pues existen regiones y países que tienen una pirámide poblacional etaria con mayor concentración en las partes superiores que otros (Cepal, 2018, p. 11). De esa manera, el envejecimiento, si bien se enmarca en una transición global, no lo hace de manera equitativa, pues algunos países concentran mayor población de alta edad y envejecen más rápido que otros.

En virtud de lo anterior, según el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud de la OMS, para el 2015 solo Japón tenía una población de sesenta años o más superior al 30 % de sus habitantes. Sin embargo, en los países del norte de Asia (sin contar Mongolia) y la América anglosajona este porcentaje fue entre el 20 % y el 24 %. Asimismo, en algunos países de Europa (como Francia, Italia, Alemania, Grecia y Suecia) este porcentaje representaba entre el 24 % y el 29 % de su población, mientras que la mayoría de los países del denominado “Sur global” la población en este rango etario era menor al 19 % (OMS, 2015, p. 46).

En cuanto a las proyecciones del envejecimiento mundial, según la Cepal, para el 2030 se prevé un aumento del 64 % de la población en este rango de edad, alcanzando así los mil cuatrocientos millones de personas, lo cual im-

plicaría constituir el 16.4 % de la población total. De lo anterior se deriva que una de cada seis personas en el mundo tendrá sesenta años o más para el final de la década (Cepal, 2018, p. 11).

**Figura 5.** Cantidad de personas de sesenta años o más edad en países desarrollados y países en desarrollo, 1950-2050



**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos del Fondo de Población de la ONU (2012).

No obstante, al tenor de la distribución heterogénea de las personas de alta edad, es claro que este aumento también será diferencial entre países. En el caso de Japón se proyecta para el 2060, según el Instituto Nacional de Investigaciones Demográficas y de la Seguridad Social, un porcentaje de 39.9 % de personas mayores de 65 años (Nippon, 2014), mientras que las proyecciones de la OMS aseguran que, para el 2050, en Europa (a excepción de Bielorrusia, Lituania,

Suecia y Noruega) el grupo poblacional de mayores de 59 años habrá superado el 30 % (OMS, 2015, p.46).

De lo anterior, resalta el caso de Suecia, cuyo grupo poblacional mayor de sesenta años en el 2050 no aumentará significativamente en comparación al 2015, pues como ese caso existen otras predicciones contraintuitivas como las de China, Irán, Chile y Cuba, ya que, en principio, se esperaría que la población mayor no se agrupe al mismo ritmo del resto del mundo en la parte superior de la pirámide poblacional etaria; sin embargo, las proyecciones muestran todo lo contrario: la velocidad de cambio en esta tendencia global es más acelerada (OMS, 2015, p. 46).

En razón al panorama presentado, pese a que la tendencia es global, es claro que, tal y como se viene sugiriendo, el envejecimiento no se produce con el mismo ritmo en todos los países del mundo. Así, aunque no se puede abordar el caso concreto de cada nación, es menester esbozar un panorama general, al menos para los casos relevantes en la materia.

Por un lado, el continente europeo, durante el siglo XXI ha experimentado un creciente envejecimiento. En los últimos veinte años, la población mayor de 65 años creció un 5 %, alcanzando el 21 % del total continental. En consonancia, los mayores de ochenta años llegaron al 6 %, duplicando así su número en el mismo periodo, especialmente en países del ala oriental europea (Medina *et al.*, 2022, p. 20).

En consonancia, el sistema estadístico oficial de la Unión Europea [Eurostat], en su portal web<sup>2</sup> aduce respecto a la transición demográfica que: (i) las mujeres son más y viven más, pues su expectativa de vida alcanza los 81.5 años, superando por 5.3 años a los hombres del continente; (ii) la edad promedio de sus habitantes cambió de 39 años en el 2003 a 44.5 años en el 2023; (iii) la población menor de quince años ha decrecido 1.5% en la región desde el 2003; y (iv) desde 2012, el cambio natural de la población europea viene siendo negativo, es decir, se reportan más muertes que nacidos vivos.

Ahora bien, Asia, por su parte, es y seguirá siendo el continente con la mayor cantidad de habitantes del mundo, por lo cual tiene un papel preponderante en la revolución demográfica y el envejecimiento. No obstante, en el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* del Banco Mundial llama la atención la disparidad que existe entre países asiáticos, en los que Japón presenta los mayores índices, muy por encima de otras naciones como la Federación Rusa, China y la India, a pesar de que el continente tenga una tendencia similar a la mundial, incluso en lo que atañe a las proyecciones para el 2050.

---

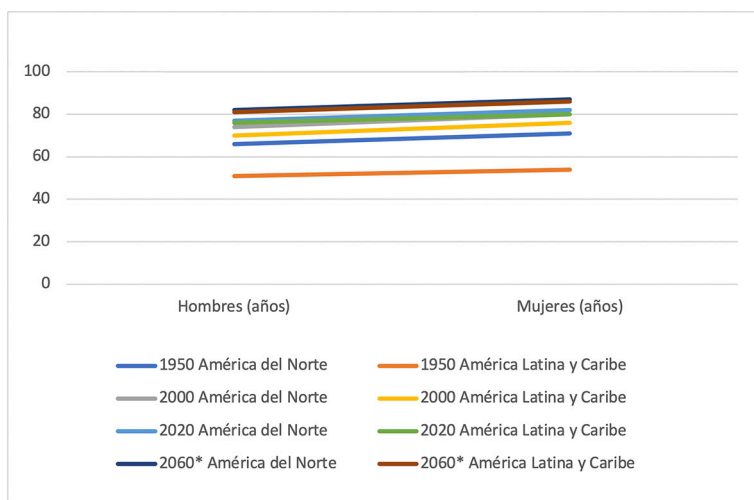
2 Véase [https://migration-demography-tools.jrc.ec.europa.eu/atlas-demography/data/EU\\_regional?selection=EU27\\_2020#OVER](https://migration-demography-tools.jrc.ec.europa.eu/atlas-demography/data/EU_regional?selection=EU27_2020#OVER)

Por último, en África se evidencian bajos índices de envejecimiento. Incluso, al validar en la base de datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, particularmente la División de Población de Naciones Unidas, la pirámide poblacional de África para el 2050 no avista un envejecimiento notable como los demás continentes. Por tal razón, dentro de las proyecciones, África mantiene su gráfico poblacional con estructura piramidal, conservando una base ancha en la que la tasa de natalidad supera la de mortalidad, y en la que los más jóvenes continúan superando a los mayores de sesenta años.

A diferencia del caso expuesto, América Latina ha experimentado una variación demográfica digna de análisis. Por una parte, la tendencia global de reducción de la tasa de fecundidad y aumento de la expectativa de vida también aplican, aunque de manera diferenciada por países. En ese sentido, de manera general es concluyente la transición demográfica del continente, la cual denota el envejecimiento poblacional progresivo y acorde a la media mundial.

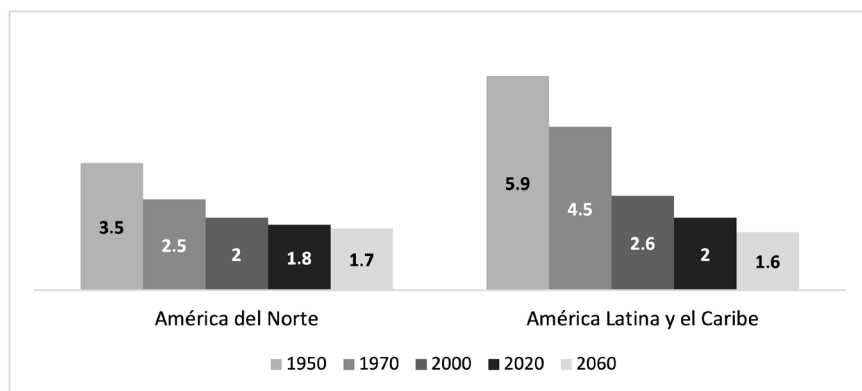
En consonancia, del informe *Perspectivas demográficas del envejecimiento poblacional en la Región de las Américas* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se extrae que la disminución de la tasa de fecundidad y el aumento de la expectativa de vida también han sido progresivos y correlativos, tal como lo evidencian las gráficas que se presentan en las figuras 6 y 7.

**Figura 6.** Región de las Américas: esperanza de vida al nacer, por subregión y sexo, 1950-2060



**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos extraídos del informe de la OPS (2023, p. 14).

**Figura 7.** Región de las Américas: tasa global de fecundidad, por subregión, 1950-2060



**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos extraídos del informe de la ops (2023, p. 18).

Así mismo, del informe precitado se concluye que América Latina y el Caribe (ALC) contaba con casi 650 millones de personas en el 2020 (ops, 2023, p. 33), siendo Brasil el país más poblado de la región, con 215 millones de personas. No obstante, las proyecciones revelan que para el 2058 alcanzará el tope poblacional con 767.6 millones de habitantes (ops, 2023, p. 34), cumpliendo así con la tendencia global.

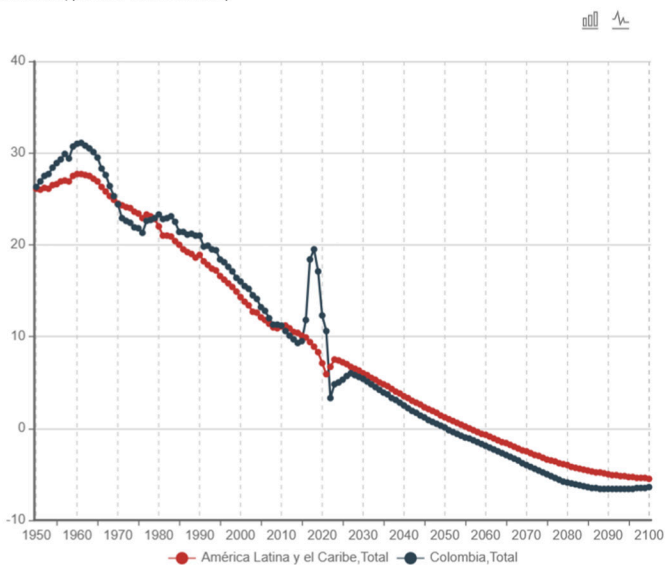
En igual sentido, el Celade cuenta con un aplicativo de indicadores demográficos que permite apreciar la dinámica demográfica desde 1950 y sus respectivas proyecciones para el 2100.

En ese sentido, es mandatorio resaltar que esta entidad de la Cepal extrae conclusiones sólidas sobre la urgencia de atender el fenómeno de envejecimiento en el continente, pues denota: (i) la desaceleración del crecimiento poblacional, teniendo como pico la década de 2050 para alcanzar el punto máximo de población; (ii) el correlativo aumento de personas mayores de sesenta años en las proyecciones hasta el 2100; (iii) el significativo aumento de la tasa de dependencia, la cual se fundamenta, de manera prioritaria, en el aumento de la población mayor de sesenta años; y (iv) el cambio en las variables asociadas a la fecundidad, mortalidad y migración adentro del continente, dando luces sobre el panorama demográfico de cara al estudio del bono demográfico.

En las figuras 8, 9 y 10 se exponen las gráficas que denotan las conclusiones extraídas.

**Figura 8.** Tasa actual de crecimiento de la población total por grupos de edad en América Latina y Colombia en el periodo de 1950-2100

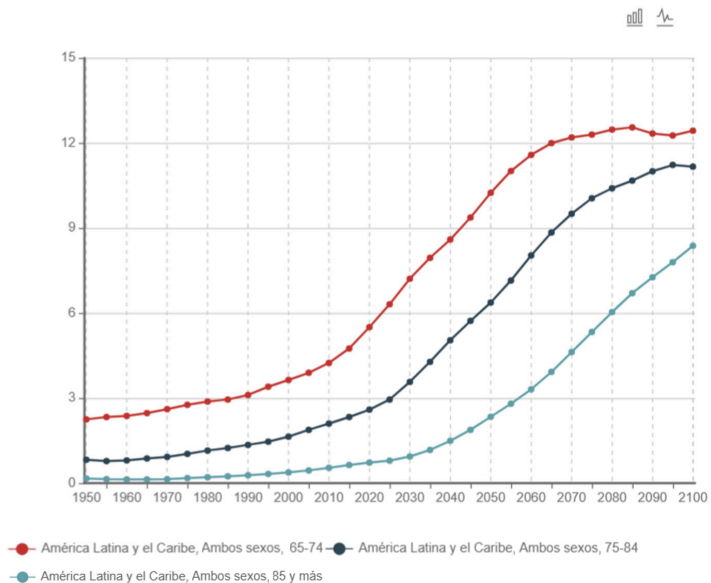
(Tasa anual media, por cada 1.000 habitantes)



**Fuente:** elaboración propia según la base de datos Cepalstat del Celade.

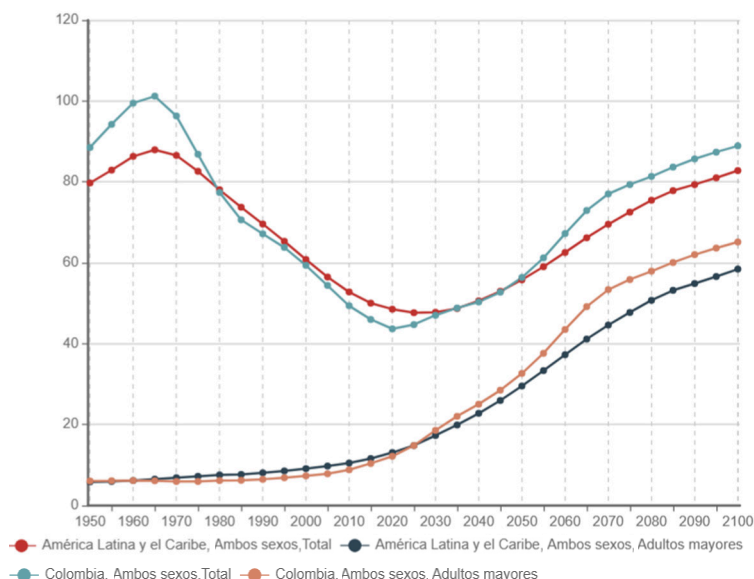
**Figura 9.** Estructura de la población de América Latina y proyección para el 2100 de población mayor de 64 años

(Porcentaje)



**Fuente:** elaboración propia según la base de datos Cepalstat del Celade.

**Figura 10.** Relación de dependencia demográfica según grupos dependientes en América Latina y Colombia entre 1950 y 2050



**Fuente:** elaboración propia según la base de datos Cepalstat del Celade.

De las gráficas aludidas se reitera que la tendencia continental y nacional se correlacionan. Desde 1950 los indicadores advierten el envejecimiento poblacional, la desaceleración del crecimiento y el aumento de la población en situación de dependencia. No obstante, es menester señalar que la tasa de dependencia toma forma de “V”, pues mientras a mediados del siglo xx las altas tasas de fecundidad incrementaron el número de recién nacidos y menores de quince años, desde el 2010 se aprecia un incremento significativo de personas dependientes mayores de sesenta años, a costa del correlativo decrecimiento del grupo de menores de quince años.

De lo anterior, valga resaltar que las poblaciones señaladas son las que definen la situación de dependencia para la toma estadística, sin desconocer que las personas con funcionalidad diversa pueden representar otros rangos etarios.

No obstante, al margen del análisis previsto, es mandatorio indicar que la transición demográfica será más acelerada en comparación con otras regiones como Europa, pues este continente, si bien cuenta con un mayor porcentaje de población en este grupo de edad, demoró 65 años para que la representación de este grupo etario llegará al 25 % de la población total de la región, mientras que en ALC tardará tan solo 35 años proyectado para el 2050 (Aranco *et al.*, 2018, p. 8). Según la Cepal, el grupo poblacional mayor de sesenta años en el 2018 lo

componían alrededor de 76 millones de personas, y para el 2037, será de 147 millones de personas, llevándolo a superar en ese mismo año la proporción de personas menores de quince años (Cepal, 2018, p. 11).

Pese a las gráficas generales de ALC, dentro de la región existen también diferencias notables. Según el Banco Interamericano de Desarrollo [BID], en el 2015 los países con mayor porcentaje de personas mayores a los sesenta años fueron Barbados, Uruguay y Chile, con un 19.8 %, 19.1 % y 15.7 %, respectivamente. Por el contrario, los países con menor porcentaje fueron Belice, Guatemala y Haití, con 5.9 %, 7 % y 7.1 %, respectivamente. De esa manera, las proyecciones para el 2050 muestran que Chile repuntará con el mayor porcentaje de población mayor de sesenta años, con un 32.9 %. Por otro lado, Guyana será el de menor porcentaje, con un 13.8 % (Aranco *et al.*, 2018, p. 9).

Es importante señalar que, para el 2060, en América del Sur todos los países (exceptuando Paraguay, Bolivia y Guyana) estarán conformados mayoritariamente por una población mayor de sesenta años (Cepal, 2018, p. 36). En aras de categorizar los grupos etarios para facilitar su análisis, la Cepal utiliza las divisiones etarias de (i) Población juvenil entre 0 y 19 años, (ii) Población adulta joven entre 20 y 39 años, (iii) Población adulta entre 40 y 59 años, y (iv) Población de alta edad mayores de 60 años, las cuales permiten evidenciar la transformación demográfica que sufrirá el continente hasta el 2060.

En ese contexto, Colombia parece ubicarse dentro de la media continental, sin que aviste un panorama de envejecimiento tan acelerado como Chile, Uruguay o Cuba, pero sin mantener tampoco los índices acostumbrados de población joven en las proyecciones demográficas señaladas. De esa manera, por ser el objeto principal de este trabajo, se profundizará en la transición demográfica colombiana, en aras de denotar la magnitud del fenómeno de envejecimiento en el caso concreto.

## Panorama de envejecimiento en Colombia

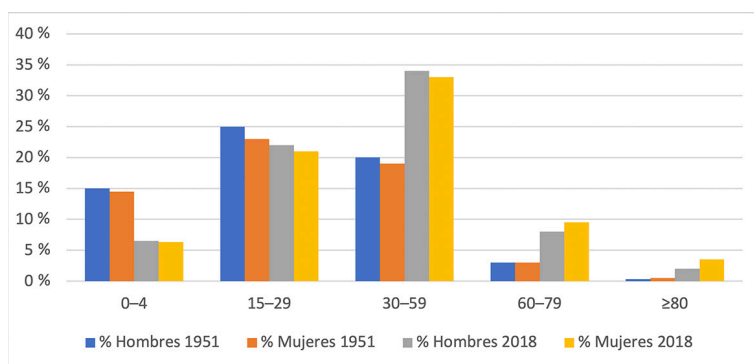
En el marco de la revolución demográfica, Colombia se encuentra en una etapa avanzada de la transición, pues está alcanzando los niveles de reemplazo, luego de “una etapa de alto crecimiento poblacional en la segunda mitad del siglo xx, cuya consecuencia fue la de incrementar notablemente el peso de la proporción de población joven” (Tenjo, 2023, p. 329).

No obstante, en la actualidad, ante el aumento de la expectativa de vida de la población y la correlativa disminución de la tasa de fecundidad, que apenas mantiene los niveles de reemplazo, “el peso de los jóvenes tiende a disminuir y la proporción de personas de edades mayores aumenta considerablemente” (Tenjo, 2023, p. 332).

En otras palabras, la reconfiguración de las familias en los últimos años, que ya no se caracterizan por estar constituidas por un número de hijos que garanticen la tasa de reemplazo, desencadena una reestructuración de la pirámide poblacional, en la cual se estrecha la base de la pirámide —por la reducción en los nacimientos— y se ensancha la población mayor, especialmente la de alta edad.

De esa forma, Colombia ha transitado en apenas algunas décadas lo que otros lugares del mundo hicieron en varios siglos, de tal manera que en el lapso de cien años acaecidos entre 1950 y 2050 es posible entrever un comportamiento de envejecimiento acelerado con cuatro etapas de la transición: (i) “una fase de alta mortalidad y fecundidad, o periodo pre transicional”; (ii) “una fase de caída de la mortalidad, mientras la fecundidad se mantiene en sus niveles altos y en consecuencia el crecimiento de la población comienza a acelerarse”; (iii) “una fase de baja mortalidad y media fecundidad, completa aceleración del crecimiento poblacional”; y (iv) “una fase de baja mortalidad y fecundidad, donde retomamos crecimientos muy bajos o lineales de la población” (Urdinola, 2023, p. 453).

**Figura 11.** Transformación demográfica en Colombia: análisis de pirámides poblacionales 1951 y 2018



**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos extraídos de Urdinola (2023, p. 455).

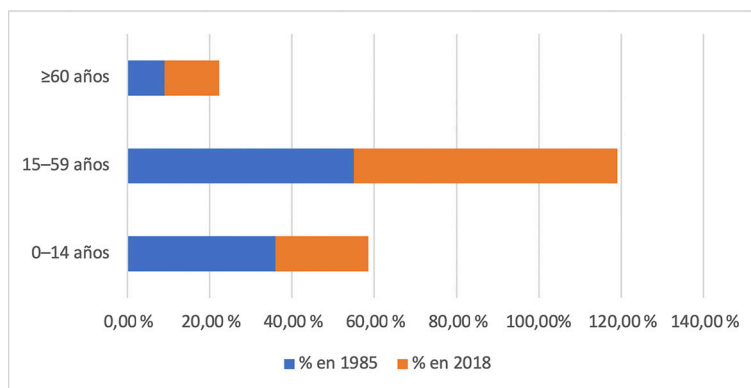
El gráfico de la figura 11 evidencia una primera fase de bajo crecimiento por la paridad de las tasas de natalidad y mortalidad. Posteriormente, en las dos siguientes fases, el crecimiento de la población se acelera, “hasta el punto en que la fecundidad llega a niveles más bajos y la pirámide va tomando forma de diamante” (Urdinola, 2023, p. 454). Esto en razón a la reducción de la tasa de fecundidad, lo cual acentúa el nivel de población en edad productiva y desencadena el bono demográfico.

Respecto a la tercera y cuarta fase, “se evidencia la disminución de la tasa de fecundidad, incluso por debajo de la fecundidad de reemplazo” (Urdinola, 2023, p. 456), pese al incremento de la fecundidad adolescente. Sin embargo, el volumen poblacional se estanca ante la aproximación a cero de las tasas de natalidad y mortalidad, tal y como la primera fase (Urdinola, 2023).

En conclusión, la transición demográfica en Colombia radica principalmente en: (i) el aumento de la esperanza de vida, que es la edad media que pueden alcanzar los individuos de cierta población en una época determinada (OPS, 2015, p. 4), y (ii) la reducción de la tasa de fecundidad, entendida como el número promedio de hijos que nacerían por mujer, si todas ellas vivieran todos sus años fértiles y dieran a luz según la tasa específica de fecundidad en un periodo o región determinada (OPS, 2015, p. 3).

Ahora bien, conforme al último censo poblacional realizado por el Dane en el 2018, Colombia tenía una población estimada de 48 258 494 de habitantes (Dane, 2019, p. 1). Así, para el 2019, según los boletines poblacionales de la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud, el 13.2 % eran mayores de sesenta años, lo que equivale a un total de 6 509 512 de personas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021, p. 4).

**Figura 12.** Distribución de los grupos poblacionales en Colombia 1985-2018



**Fuente:** elaboración propia a partir de Dane (2019a).

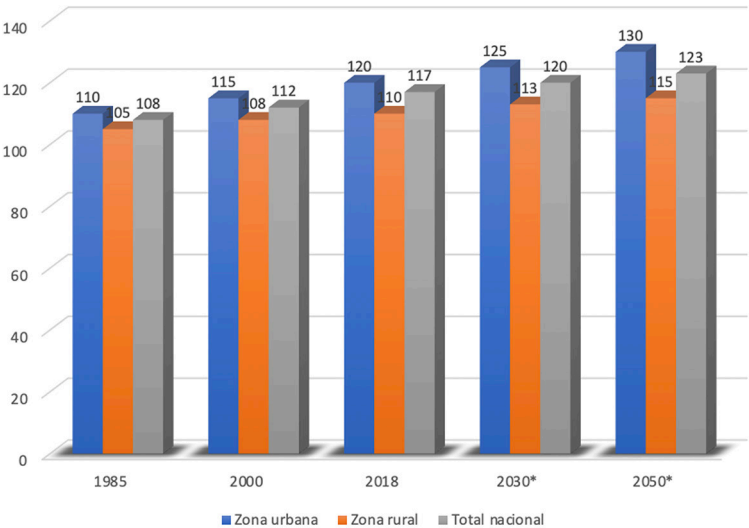
Por otro lado, según las proyecciones de la Cepal en el informe de Proyecciones Poblacionales del 2019, para el 2050 Colombia tendrá 56 millones de personas aproximadamente, alcanzando así el pico de población máxima del siglo (Cepal, 2020, p. 57).

En ese contexto, según el BID, para el 2050 la población mayor de sesenta años oscilará en 27.6 %, denotando un aumento en 14.4 puntos porcentuales en apenas 31 años de transición (Aranco *et al.*, 2018, p. 9). De otra manera,

frente a la desagregación poblacional por sexo, se proyecta que la tendencia de mayor representatividad de mujeres en el total nacional se mantendrá hasta el 2100 (Cepal, 2020, p. 57). En consonancia, las mujeres también representan mayorías en los rangos etarios de alta edad; de esa forma, según el Dane, en el 2020 el 55 % de la población eran mujeres (Dane, 2021a, p. 5). Además, con una expectativa de vida al nacer que es superior a la de los hombres (Cepal, 2020, p. 58).

En virtud de lo anterior, es menester indicar que la relación de feminidad, que es el número de mujeres por cada cien hombres, se mantiene superior a cien a nivel general. No obstante, al hacer la desagregación urbana y rural, se encuentra que en la ruralidad la relación de feminidad es inferior a los cien, lo que indica que estas zonas hay más hombres de alta edad que mujeres (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015, p. 74). Esta tendencia se presume que se mantendrá hasta el 2050.

**Figura 13.** Relación de feminidad en personas de alta edad por zona geográfica desde 1985 y sus proyecciones al 2050



**Fuente:** elaboración propia a partir de Fedesarrollo (2015, p. 74).

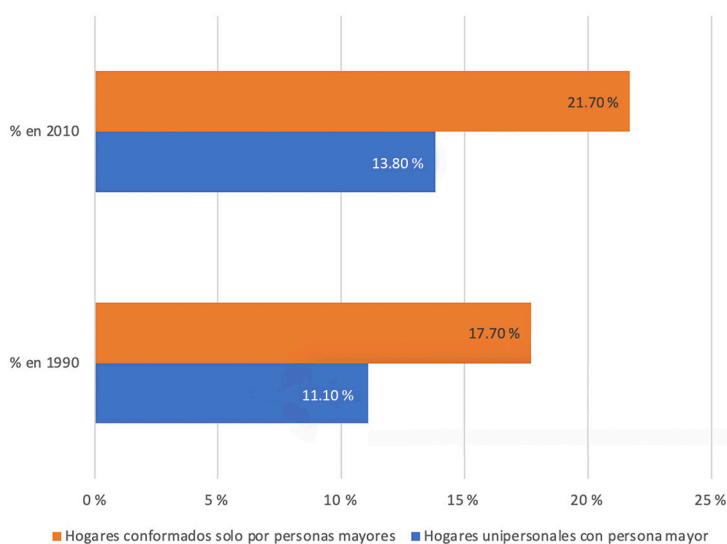
Por lo aludido, las personas de alta edad en Colombia están principalmente en las ciudades, pues en las zonas rurales hay apenas más de un tercio de este sector etario. Así lo demuestra la misión Colombia Envejece cuando asegura que el proceso de cambio estructural por edades de la población rural en sus



proyecciones no tendrá un proceso tan acelerado, como sí está sucediendo en las zonas urbanas (Fedesarrollo, 2015, pp. 61-62).

En el 2010, pese a la brecha aludida en zonas rurales y urbanas, el porcentaje de hogares colombianos con al menos una persona mayor de sesenta años fue mayor en la ruralidad (34.5 %) que en zonas urbanas (29.6 %), lo que indica el aumento de hogares unipersonales, de pareja, sin generaciones intermedias y sin generaciones de niños, causando la correlativa reducción de hogares multigeneracionales. Lo anterior alerta el aumento de hogares en los que las personas de alta edad viven solas o con miembros de su mismo grupo etario.

**Figura 14.** Porcentaje de hogares unipersonales con persona mayor y hogares con solo personas mayores en Colombia para 1990 y el 2010



**Fuente:** elaboración propia a partir de Fedesarrollo (2015, p. 66).

El proceso de transición demográfica guarda relación directa con las transformaciones y los patrones sociales que inciden en el estado de salud, los ingresos, las relaciones y la calidad de vida general. En consecuencia, aunque el proceso no haya sido homogéneo, su variación depende de las diferencias que “tienen que ver con el tiempo de inicio y el ritmo de los cambios, tanto en las variables demográficas como en las socioeconómicas y culturales asociadas” (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015, p. 18).

En cualquier caso, se puede identificar generalmente que, como consecuencia de la última fase de la transición demográfica, se puede “disfrutar de vidas más largas, tasas de fecundidad más bajas y, por tanto, menor tiempo proporcional dedicado a la crianza de los hijos” (Urdinola, 2023, p. 457). Sin

embargo, el aumento de adultos mayores conlleva el correlativo incremento de la población en situación de dependencia, similar a lo que ocurría en la primera fase descrita, en la que los recién nacidos eran el grueso de la carga asociada a la dependencia.

## Reconfiguración de los vínculos sociales

En esta nueva etapa, la dependencia adquiere una nueva dimensión, pues los años de vida en dicha situación son mayores en las personas de alta edad, teniendo como consecuencia “cambios en las estructuras familiares, servicios de salud, instituciones del ahorro y pensionales e incluso en los flujos intergeneracionales de tiempo y capital” (Urdinola, 2023, p. 458). Todo lo anterior conduce a una reconfiguración del contrato social, diseñado hace más de un siglo para sociedades demográficamente en la etapa pre transicional.

### Caso de estudio: Colombia frente a países de acelerado envejecimiento.

Ahora bien, expuesto el panorama colombiano, cabe realizar un ejercicio comparativo entre países en el que se exponen las dinámicas de las variables demográficas de los últimos años a la luz de los estudios de caso de Colombia, Chile, Uruguay y Japón, por tratarse de países con un avanzado proceso de envejecimiento poblacional a nivel mundial y continental, tal como se evidenció en el análisis respectivo.

Así las cosas, a manera de síntesis, es mandatorio relacionar que, en Colombia, la esperanza de vida para 1960 era de 58.6 años y en el 2015 de 76 años. En lo que respecta a tasa de fecundidad, para estos mismos años los valores son de 6.64 y 1.82, respectivamente (Cepal, 2020, p. 58).

Por su parte, en el caso chileno la esperanza de vida para 1960 fue de 58.3 años y para el 2015 de ochenta años (Cepal, 2020, p. 55). En cuanto a la tasa general de fecundidad, para los mismos años, dichas variables fueron de 4.85 y 1.65.

En tercer lugar, para Uruguay, la esperanza de vida en 1960 osciló en 68.3 años, mientras que en el 2015 fue de 77.7 años. En cuanto a tasa de fecundidad general, en los mismos años comparados alcanzaron respectivamente las cifras de 2.9 y 1.98 (Cepal, 2020, p. 86).

Por último, según el Banco Mundial, la esperanza de vida en Japón para 1960 era de 68 años, y para el 2015 fue de 84 años (Banco Mundial, s. f.). Además, durante el mismo periodo, la tasa de fecundidad en Japón fue de 1.8 y 1.4, respectivamente.

Los casos de estudio mencionados permiten evidenciar un proceso similar de envejecimiento a lo largo de los últimos 55 años, especialmente bajo el análisis de las variables demográficas de esperanza de vida y tasa de fecundidad general.

Por una parte, se observa que la esperanza de vida tiende al aumento y la tasa de fecundidad disminuye, aunque las diferencias se manifiestan en la velocidad con que estas tendencias cambian. En particular, se destaca que para el 2015 Uruguay reportó un porcentaje superior a Chile en personas mayores de sesenta años, mientras que las proyecciones para el 2050 posicionan a Chile como el país con el porcentaje más elevado de esta misma población.

Por otro lado, resulta concluyente cómo los datos explican por qué Japón fue el país con el mayor porcentaje de población en este rango de edad a nivel mundial, pues su tasa de fecundidad había sido muy baja al corresponder con menos de dos hijos por mujer desde 1960 y, por el contrario, la esperanza de vida ha sido la más alta entre los cuatro países estudiados. Esta situación ha llevado a que el número de nacimientos no sea suficiente para superar en porcentaje a la población de sesenta años o más.

En ese sentido, el cambio demográfico estructural en los tres países latinoamericanos se caracterizó por una alta tasa de fecundidad en 1960 (aunque se tendiera a la baja paulatinamente), toda vez que lograron paliar el cambio demográfico debido a las altas tasas de natalidad y mortalidad, lo que evitó que se formara una densidad poblacional considerable en los rangos de edad más altos a causa de los fallecimientos.

De esa manera, en estos países nacían más personas y la esperanza de vida era más corta, permitiendo que la mayoría de la población se concentrara en las partes inferiores de la pirámide demográfica durante gran parte del siglo pasado.

Ahora bien, en el 2015 se observa una esperanza de vida considerablemente mayor en Chile y Uruguay, en comparación con Colombia. Además, en Chile se evidencia un importante descenso en la tasa de fecundidad, acentuando las diferencias entre Chile y Colombia en relación con el caso de Uruguay, ya que el decrecimiento paulatino de la tasa de fecundidad de las colombianas contribuyó a desacelerar el cambio demográfico, mientras que en Uruguay se experimentó el fenómeno del cambio de manera más temprana debido a que baja la tasa de fecundidad presentada desde 1960. En resumen, lo alegado prueba que las bajas tasas de fecundidad y la alta esperanza de vida aceleran el cambio estructural, mientras que los fenómenos opuestos lo retrasan.

Bajo el análisis alegado, el cambio estructural puede clasificarse en etapas, utilizando como indicadores el porcentaje de población mayor de sesenta años y la tasa global de fecundidad. Por lo tanto, una etapa más avanzada del proceso de envejecimiento corresponde a un incremento en el porcentaje de población mayor de sesenta años y a una menor tasa de fecundidad en

el país. La Cepal (2018), a través de un modelo por cuadrantes, clasifica a los países de la región de América Latina y el Caribe para los años 2015 y 2020 basándose en estos indicadores, denotando así la heterogeneidad del envejecimiento a nivel continental, en el cual Uruguay y Cuba protagonizan el mayor índice de envejecimiento.

En ese orden de ideas, Uruguay se encuentra en una etapa de envejecimiento muy avanzada debido a una baja tasa de fecundidad, que alcanza el 1.98, y a un alto índice de envejecimiento que se posicionó en 89.4 en el 2015, pero que crecerá a 115.1 en el 2030 (Cepal, 2018, p. 47). En consonancia, Chile se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzada, pero con un porcentaje menor de personas mayores, que se encuentra entre el 15 % y el 17 % (Cepal, 2018). Por su parte, Colombia se encuentra en una etapa de envejecimiento moderadamente avanzado, lo cual acarrea retos y desafíos particulares y diferenciados de los otros dos ejemplos.

## **Caracterización sociodemográfica de la población de alta edad en Colombia**

Con el propósito de abordar una caracterización de la estructura demográfica de la población de alta edad en Colombia, se utilizarán como principales fuentes de información los informes sobre envejecimiento realizados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane), de acuerdo con el último Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en el 2018. Además, se considerarán los estudios e informes realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez.

### **Caracterización demográfica**

De acuerdo con las proyecciones de población realizadas para el 2021, el Dane estima que, de acuerdo con la nota estadística, “Personas mayores en Colombia: hacia la inclusión y la participación”, en Colombia residen aproximadamente 7.1 millones de personas mayores de sesenta años o más, lo que representa el 13.9 % de la población del país. En comparación, según el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2018, las personas de alta edad constituían el 13.3 % de la población.

Con respecto a la distribución por género de la población de sesenta años o más en Colombia, el Dane (2021) muestra que el 44.9 % son hombres, lo que equivale a 3 189 614. En contraste, el 55.1 % son mujeres, lo que equivale a 3 918 300, por lo cual, la participación de las mujeres en la población de alta

edad en Colombia es mayor, representando así el fenómeno de la “feminización del envejecimiento”. De igual manera, el Dane (2021) señala que, “en Colombia 23 117 personas tienen 100 años o más (0.3 %), de quienes el 37.3 % son hombres y el 62.7 % son mujeres” (p. 19).

Para el 2030, se estima que la población de alta edad represente el 17.5 % de la población total, con aproximadamente 9 739 701 personas (Dane, 2021). De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (Department of Economic and Social Affairs United Nations, 2019), la población mundial está envejeciendo a un ritmo aproximado del 3 % anual, lo cual implica el incremento de las personas de alta edad cada año, por lo que se espera que dicha proporción aumente del 12 % en el 2015 al 21 % para el 2050.

En cuanto a la representatividad a nivel nacional, los departamentos de Quindío, Caldas, Risaralda, Tolima y Boyacá presentan las mayores concentraciones de la población de alta edad, con porcentajes del 19.7 %, 19.3 %, 18.4 %, 17.6 % y 16.8 %, respectivamente (Dane, 2021). En este sentido, las proyecciones del Dane (2021) identifican que el 22.7 % de la población de alta edad reside en centros poblados y zonas rurales dispersas, lo que equivale a 1 615 950 personas. Mientras tanto, el 77.3 % de esta población reside en las cabeceras municipales, lo que equivale a 5 491 964 personas.

Por otra parte, en 2020, el 6.3 % de la población de alta edad se auto-reconoció como negra, mulata, afrodescendiente o afrocolombiana, mientras que el 2.6 % se identificó como indígena (Dane, 2021b, p.12). De acuerdo con informes del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en el 2023 se estima que la población mayor de sesenta años representó el 14 % de la población total, correspondiendo a 7.6 millones de personas, y se proyecta que para el 2050 llegue a ser “la cuarta parte del total de la población (25 %)” (UNFPA, 2023, p. 4).

En cuanto a la representatividad por género, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2023) continúa la tendencia de las proyecciones realizadas por el Dane, señalando que en el 2023 las mujeres representaron el 55.4 % de la población de alta edad en Colombia, mientras que los hombres constituyeron el 44.5 %.

Igualmente, estas proyecciones plantean un aceleramiento del envejecimiento. Para el 2023, en el índice de envejecimiento se estimaron 65.5 adultos mayores de sesenta años o más por cada cien menores de quince años, para el 2070 se espera que esta relación aumente a 297 personas mayores (UNFPA, 2023). Del mismo modo, “la mitad de la población en 2023 tendría máximo 34.5 años, mientras en 2070 tendría 48 años” (UNFPA, 2023, p. 7).

## Discapacidad y educación

En cuanto a la variable de discapacidad, las proyecciones del Dane (2021) indican que el 14 % de la población de alta edad en Colombia reportó tener discapacidad, lo que equivale a 818 814 personas. Los departamentos más representativos en cuanto a esta variable son Putumayo, Nariño, Cauca y Huila, con porcentajes de 25 %, 23.9 %, 23 % y 20.1 %, respectivamente (Dane, 2021).

Por otro lado, en cuanto a educación se proyectó que en el 2020 el 13.1 de las mujeres en la población de alta edad reportó que no sabía leer ni escribir, mientras que este porcentaje para los hombres fue del 12.6 % (Dane, 2021). Adicionalmente, el Dane (2021) señaló que el 48.5 % de las mujeres dentro de este grupo de edad reportó haber alcanzado la primaria como máximo nivel educativo; para los hombres, este porcentaje fue de 47.6 %. De igual manera, el 13.2 % de las mujeres de la alta edad no alcanzó ningún nivel educativo, para los hombres la cifra fue similar, siendo el 12.9 %.

## Pobreza, ocupación y cobertura

Según las proyecciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2023), el grupo de alta edad en Colombia presenta la menor incidencia de pobreza monetaria en comparación con otros grupos etarios. En el 2020, aproximadamente 1.8 millones de personas de sesenta años o más vivían en condiciones de pobreza monetaria, lo que representaba un 28.4 % de esta población (Dane, 2021, p. 10). Este porcentaje muestra un aumento significativo en comparación con el 2016 y el 2017, cuando la incidencia de pobreza entre las personas de alta edad era del 10.7 %, según la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo del Dane (2021). En cuanto a las personas de la alta edad en situación de calle, el Censo de Habitante de Calle 2017 para Bogotá D. C y 2019 para veintiún municipios principales identificó que, de las 22 790 personas en situación de calle, el 10 % tenía más de sesenta años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 6).

En concordancia, según el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (Sispro) y la base de datos de víctimas del conflicto armado, a finales del 2019 “se registraron 988 785 personas víctimas mayores de 60 años, lo que representó el 12 % de la población víctima total” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 6).

Así mismo, para el año 2020, solo el 23 % de la población de alta edad en Colombia manifestó vivir de jubilación, pensión o renta (Dane, 2021). De acuerdo con el Ministerio de Salud (2021), “apenas el 5 % cotizó a un fondo de pensiones y cerca del 70 % no cotizó” (párr. 9). Esto evidencia las brechas en

el acceso al mercado laboral y los determinantes socioeconómicos que afectan la calidad de vida de este grupo poblacional.

Sobre el particular, es menester referir que el panorama de ingresos, especialmente en lo que respecta al análisis del sistema pensional y de protección social de las personas de alta edad en Colombia, se abordará al detalle en el capítulo que hace alusión a las medidas adoptadas por el Estado para mitigar la discriminación de este grupo etario.

Ahora bien, en consonancia con los indicadores expuestos, las tareas del hogar se encuentran concentradas entre las personas de alta edad, especialmente mujeres, pues el 34.2 % de las personas de 65 años o más se dedicaron a realizar oficios del hogar durante el 2020. En consonancia, el Dane (2021) asegura que son las mujeres las que se ven afectadas en la sobrecarga de las tareas domésticas evidenciado por el contexto de la pandemia. Al respecto, señala que:

el 60.9% de las mujeres de 70 a 74 años reportó realizar oficios del hogar, en contraste con el 7.8% de los hombres en este mismo rango de edad. Esto, nuevamente reafirma que las actividades de trabajo no remunerado en los hogares recaen principalmente sobre las mujeres, independientemente de la edad. (Dane, 2021, p. 39)

Según el Dane (2021), entre julio del 2020 y julio del 2021, las personas de alta edad presentaron el mayor porcentaje de desempleo e inactividad laboral. Para este periodo, el 55.0 % de los hombres informó no estar empleado ni realizar actividades laborales, mientras que este porcentaje asciende al 68.9 % en el caso de las mujeres. En consonancia con estos datos, la Tasa Global de Participación (TGP) de las personas de alta edad en el mercado laboral muestra una brecha significativa entre géneros, con una participación del 20.2 % para las mujeres y del 48.7 % para los hombres (Dane, 2021).

En cuanto al aseguramiento en salud de las personas de edad alta en el 2020, se observan similitudes con la población general, presentando una tasa del 95.97 % (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Dentro de este grupo poblacional, el porcentaje de afiliación al régimen subsidiado es del 47.8 %, al régimen contributivo es del 46.3 %, y un 5.9 % se encuentra en un régimen especial” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Por lo tanto, los datos demuestran una brecha de género significativa en términos de educación, discapacidad, ocupación y participación laboral. Es importante destacar que esta brecha se mantiene a lo largo de la vida, afectando de manera desproporcionada a las mujeres. Según Urdinola (2023, p. 465):

La totalidad del ciclo de vida de las mujeres es deficitario, nunca alcanzan a tener un tramo de la vida superavitario [...] se vincula a los roles tradicionales

de división de trabajo doméstico, realizado por las mujeres, y trabajo de mercado realizado por los hombres.

Esto resulta en una base económica débil para las mujeres de alta edad, mientras que los hombres tienden a permanecer activos en el mercado laboral por más tiempo debido a la falta de acceso a ingresos por pensión (Urdinola, 2023).

Por su parte, López (2019), en su investigación “Evaluación de políticas pensionales para reducir la brecha de género en la etapa de retiro en Colombia”, revela que las mujeres enfrentan desventajas significativas en comparación con los hombres en materia de ingresos mensuales recibidos, la probabilidad de contribuir al sistema pensional y el tiempo dedicado a las actividades del cuidado y del hogar, máxime cuando se considera que las mujeres tienen una esperanza de vida más alta.

A manera de resumen, cabe recalcar que en términos generales es evidente la marcada vulnerabilidad de las personas de alta edad, no solo debido a la reducción de su capacidad económica en esta etapa de la vida, sino también por la significativa proporción de esta población en situación de calle y como víctimas del conflicto armado, lo que demuestra, a su vez, que existen condiciones estructurales que aún obstaculizan la optimización de las oportunidades para el goce efectivo de sus derechos y para una vida digna.

## Bonos demográficos

Como última reflexión del presente capítulo, es menester acudir al concepto y repercusión del *bono demográfico*, un fenómeno que se produce por la “disminución del peso relativo de la población económicamente dependiente respecto de quienes están en la actividad económica” (Villa-Soto, 2018, p. 76), lo cual genera una aparente ventaja de inversión y crecimiento económico.

Un ejemplo mundial que denota cómo la transición demográfica trae potenciales bonos demográficos lo exponen David Bloom y Jeffrey Williamson, en su artículo *Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia* (1997). En particular, los autores explican por qué y cómo sucedieron los denominados milagros económicos de los países del este de Asia, como Japón, Corea del Sur, Singapur y Taiwán, posterior a las guerras que enfrentaron entre 1939 a 1953, pues el panorama era desalentador. Sin embargo, el enorme desarrollo económico que experimentó la región generó un gran impacto por su crecimiento y rapidez, específicamente respecto al proceso de industrialización acelerada que fue señal de su éxito económico en el mundo contra todo pronóstico.

Los autores indican que las dinámicas de una población eran determinantes en el crecimiento económico de un país, pero que tenía poco que ver con la población total; más bien se trataba de la distribución etaria (Bloom y Williamson, 1997, p. 17). A esta propuesta se le conocería después como bono/dividendo demográfico o ventana demográfica de oportunidades.

No obstante, refieren que el bono demográfico es transitorio y se divide en tres etapas. En la primera hay un incremento significativo en la proporción de población menor de catorce años; después, las tasas de fertilidad descienden, por lo que la proporción de menores de catorce años disminuye, mientras que la gran cantidad de niños nacidos antes llegan a la edad de trabajar. Finalmente, por la continua disminución de la tasa de fertilidad, la población se agrupa en la parte superior de la pirámide etaria, produciendo el fenómeno de envejecimiento.

En ese contexto, se atribuye el milagro asiático al incremento significativo en la proporción de población en edad de trabajar, de quince a 64 años, y la disminución correlativa de población dependiente, menor de catorce años y mayor de 65, así como a la gestión de políticas públicas para el aprovechamiento de la ventana demográfica de oportunidades, fundamentadas en (i) inversión en capital cultural, (ii) generación de empleo y salud de los trabajadores, y (iii) estimulación del ahorro y la inversión (Bloom y Williamson, 1997, p. 2).

Estos elementos se abordarán en capítulos posteriores, ya que sirven de ejemplo mundial para aprovechar el bono demográfico en el contexto de envejecimiento. De esa forma, el envejecimiento activo, la inclusión laboral de las personas de alta edad, la economía plateada y las medidas estatales adoptadas para hacer frente a la transición demográfica constituyen puntos esenciales dentro del análisis.

Ahora bien, como se ha explicado, la existencia de este bono demográfico tiene que ver con la relación entre población en capacidad de trabajar y población dependiente. Justamente esta relación es la que muestra el índice de dependencia, que consiste en el valor porcentual de esta relación. Dicho lo anterior, existen dos maneras de considerar la extensión del bono demográfico: la primera alude al punto más bajo de este índice, una vez empieza a aumentar nuevamente después de su rango mínimo significa que el bono ha finalizado; la segunda amplía esta ventana de oportunidad y la considera terminada cuando existen menos de tres personas en posibilidad de trabajar por cada dos personas dependientes (Martínez Gómez, 2013, p. 19).

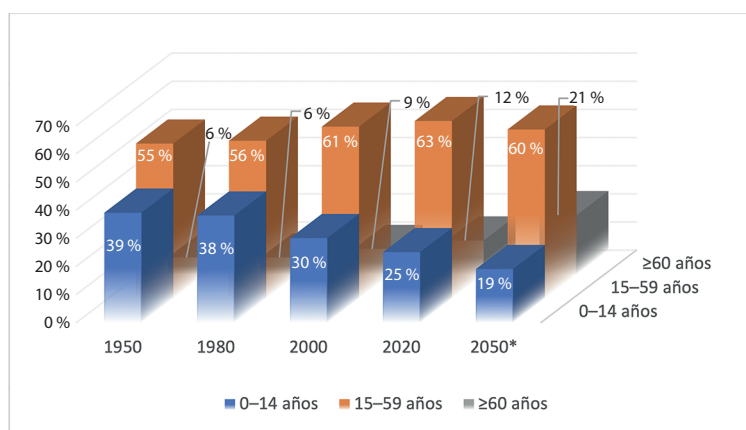
Al respecto, como se viene indicando, el bono demográfico en el caso colombiano puede implicar una ganancia económica, pero es necesario:

    aumentar sus ingresos [de los adultos jóvenes] para que así incrementen sus tasas de formalidad laboral, alcanzando mayores contribuciones en el sistema de seguridad social y, a la vez, aumenten sus tasas de ahorro, que les servirán

también para protegerse ante eventualidades, la vejez y se profundice el capital en la economía, vía inversiones. (Urdinola, 2023, pp. 347-348)

En ese entendido, se espera que el primer bono demográfico de Colombia se agote en el 2027, conforme con el hecho de que la relación entre la población en capacidad de trabajar y la población dependiente alcanzará su punto más bajo en la década de 2020, de conformidad con las proyecciones demográficas expuestas, pues en Colombia la relación de dependencia ha venido disminuyendo desde 1950, y en la década de 2020 alcanzará su punto más bajo. Es en este punto que la relación empieza a aumentar, hasta que en la década de 2070 se alcance el mismo punto de dependencia que había para la década de 1950, tal y como lo asegura Martínez Gómez para el 2027 (Cepal, 2020, p. 56; Martínez Gómez, 2013, p. 46).

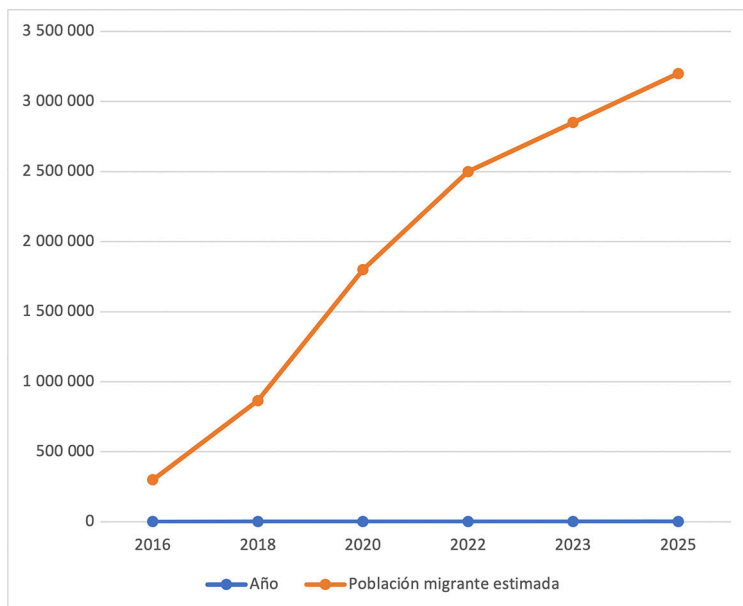
**Figura 15.** Distribución porcentual de la población de ambos sexos, según grupos de edad entre 1950 y 2050



**Fuente:** elaboración propia a partir de Cepal (2022, p. 16).

Consonantemente, hay que añadir que la migración es una variable de análisis al evaluar la actualidad y la proyección del bono demográfico, pues constituyen fenómenos de entrada y salida correlativa de población en edad productiva que aportan formal o informalmente a las economías mundiales.

Por tal razón, al comparar los panoramas de América Latina y el Caribe con el caso particular colombiano, es evidente que en la década del 2010 Colombia experimentó una distinguida ola migratoria producto del llamado “éxodo venezolano”, denotando una tasa migratoria de 10 puntos positivos, en contravía de la tasa general negativa del continente.

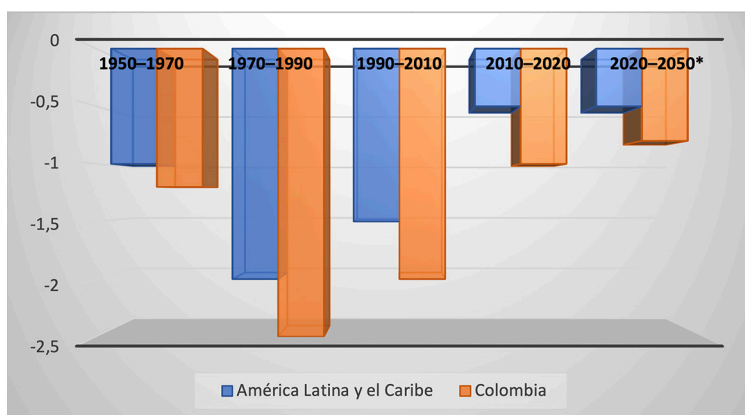
**Figura 16.** Tasa de migración en América Latina y Colombia desde 1950 hasta el 2050

**Fuente:** elaboración propia según la base de datos Cepalstat del Celade.

Como se viene advirtiendo, la inmigración de personas venezolanas en edad de trabajar al país es un factor que puede extender este primer bono demográfico. Para el 2013, Martínez Gómez elaboró sus proyecciones al respecto, indicando que la inmigración de población venezolana no estaba tan acentuada en todo el país. No obstante, el Proyecto Migración Venezuela, en su informe del bono demográfico del 2020, señala que, seis años después, la inmigración de venezolanos ha incrementado de alrededor de 500 000 personas en el 2016 a un poco más de millón y medio de personas en el 2019. Además, se proyecta que para el 2025 habrá un poco más de cuatro millones de inmigrantes venezolanos, lo que representa un crecimiento de casi tres millones y medio de personas en edad de trabajar en solo nueve años (Proyecto Migración Venezuela, 2020, p. 6).

Esto implica la posibilidad de que exista en el país una mayor proporción de personas en edad de trabajar, lo que podría llegar a generar mayores tasas de ahorro y de crecimiento económico (Proyecto Migración Venezuela, 2020). De acuerdo con un estudio realizado por el Fondo Monetario Internacional [FMI], se prevé que el aumento del PIB para el 2030 debido al impacto de la migración venezolana sea del 3.70 % para Colombia (Álvarez *et al.*, 2022).

**Figura 17.** Migración de población venezolana a Colombia desde 2016 y proyecciones hasta 2025



**Fuente:** elaboración propia a partir de Proyecto Migración Venezuela (2020, p. 6).

Pese a lo anterior, el aumento de la ventana de oportunidad dependerá de la formación en capital humano y de empleo, además de la región específica del país y la proporción de población que represente la inmigración en cada una, dado que la distribución y estructura por edades varía entre las regiones. A pesar de que el 20.8 % del total de inmigrantes venezolanos en el 2019 estaba concentrado en Bogotá, su efecto en el índice de dependencia será menor que en regiones como el Norte de Santander, donde en ese mismo año se ubicaba el 9.9 % de la población inmigrante venezolana. Esto se debe a que en departamentos como Norte de Santander al menos cuatro de cada diez venezolanos son menores de quince años, mientras que en Bogotá al menos seis de cada diez venezolanos están en edad productiva (Proyecto Migración Venezuela, 2020).

Para comprender la relación entre dependencia y bono demográfico el estudio acude a las tres fases del bono demográfico, señalando que, después de la tercera fase relacionada al aumento del envejecimiento poblacional, se ingresa a un periodo que la Celade (como se cita en Proyecto Migración Venezuela, 2020) denomina “impuesto demográfico”; en este la población dependiente crece más rápido que la población en edad de trabajar, superando los niveles óptimos deseados.

Teniendo en cuenta lo anterior, tanto Bogotá como Norte de Santander se encuentran en la fase tres del bono demográfico. Sin embargo, en Bogotá la entrada a la fase de impuesto demográfico se retrasará en tan solo dos años. Mientras tanto, en Norte de Santander la migración hará que la región retorne a la fase primera del bono, debido al aumento de la población menor de quince años, retrasando la fase del impuesto demográfico hasta el 2042. Según este informe demográfico, la extensión de la ventana de oportunidad de la nación

en general es de un año, terminando en el 2028 (Proyecto migración Venezuela, 2020, pp. 6-8).

Anexo a lo anterior, según el Dane, para el 2035 la población dependiente mayor de 65 años superará en proporción a la menor de quince años. Por lo tanto, la carga fiscal para el país a lo largo del siglo en los costes de salud aumentará. Por otro lado, los costes en educación disminuirán. Esto implica un desafío en el sector de la salud, pero también una oportunidad en el sector de la educación para responder a los desafíos de cobertura y de calidad (Dane, 2021b, p. 35).

Aunque técnicamente el bono demográfico está próximo a terminar en Colombia, esta no es la única ventaja que puede proporcionar el cambio de estructura etaria de la población: Andrew Mason formula la existencia de un segundo bono demográfico.

Sobre este punto aduce que el primer bono se centra en la relación de productores y consumidores, mientras que el segundo en la relación de poseedores de riqueza y productores. Así, el segundo bono empieza en la etapa de la transición demográfica una vez finaliza el primero, pues se hace latente la preponderancia de la proporción de personas entre los cuarenta y los setenta años, la cual se considera a la población con mayor capacidad de acumulación. En consecuencia, a diferencia del primer bono, esta segunda ventana no está limitada en el tiempo a un fin determinado (Pinto, 2015).

Este segundo bono demográfico es posible por la previsión de la población de su larga expectativa de vida, lo cual permite que la población aumente su nivel de ahorro y su consumo. Es por ello por lo que aparecen grandes acumulaciones de capital en edades altas que incentivan a las personas del rango etario a tener más activos y ahorros que personas de edades bajas. De esa manera, el ahorro sucede si las transacciones generacionales no se dan; por ejemplo, si existe la promesa de subvención de los gastos futuros por parte de miembros de la familia o el Estado. Esta cantidad de ahorro hecha por los individuos o los Estados puede ser invertida, y de esta inversión resulta un aumento de los ingresos per cápita en una economía. En palabras del propio Mason: “The pro-growth effect of capital accumulation is the source of the second demographic dividend”<sup>3</sup> (2005, p. 89).

---

3 “El efecto favorable del crecimiento de la acumulación de capital es la fuente del segundo dividendo demográfico”. Traducción propia.

## Conclusiones y recomendaciones

De acuerdo con los hallazgos presentados, se identifican las siguientes conclusiones con relación a la demografía de la población de alta edad.

- *La revolución demográfica de mediados del siglo xx* se caracterizó por el crecimiento poblacional, el aumento de la expectativa de vida y la reducción de las tasas de natalidad y mortalidad. Estos cambios, que tuvieron su origen en la Revolución Industrial, son resultado del avance tecnológico y la creación de nuevos nichos altamente especializados en materia de salud y bienestar, la difusión de políticas anticonceptivas, la inversión en capital humano, especialmente en educación, la reconfiguración de los roles tradicionales en torno a la mujer y la disminución en las brechas salariales de género.
- Las tendencias poblacionales que impactarán en el cambio estructural del futuro son el aumento en la esperanza de vida, la disminución en la tasa de fertilidad y la migración, pero son los dos primeros factores los que guiarán el índice de envejecimiento. Así las cosas, las políticas públicas deben considerar estos tres factores para cumplir el objetivo de garantizar los derechos de las personas de alta edad.
- *La vejez constituye un invaluable motor de cambio social.* En el contexto de la transición demográfica, el cambio de los límites etarios de las generaciones conduce a un análisis fundamental sobre la injerencia de las personas de alta edad en la toma de decisiones sobre lo público. Cada vez la expectativa de vida aumenta más, y la necesidad de atender a los requerimientos de una sociedad que envejece gana terreno en las discusiones sobre los derechos. Así, la participación y el planteamiento de soluciones a los problemas que emanan del envejecimiento demográfico deben erigirse sobre las directrices internacionales y nacionales que claman por repensar una sociedad que no discrimine a las personas en virtud de su edad.
- *El mundo transita un proceso de envejecimiento demográfico.* La población mundial experimenta un desacelerado crecimiento poblacional que desembocará en el cambio de la estructura por edades, siendo cada vez mayor la cantidad de personas mayores de sesenta años. Este fenómeno se presenta en América Latina, y en concreto en Colombia, a una velocidad mayor que otras regiones como Europa, que ya están avanzadas en este cambio demográfico. Así, en LAC algunos países están en una etapa más avanzada de cambio estructural, como es el caso de Cuba, Chile y Uruguay. Por su parte, en Colombia la proporción de población mayor de sesenta años aumentará durante todo el siglo, proyectándose un 34.4 % de adultos de alta edad para el 2100 (Cepal, 2020, p. 57).

- *Colombia no es ajeno al fenómeno de envejecimiento.* Colombia no representa un envejecimiento poblacional tan acelerado como el que denota la Unión Europea, Japón e incluso otros países de América Latina y El Caribe. Sin embargo, el país se enfrenta a una proyección demográfica en la que la población mayor de sesenta años crecerá y llegará a representar más del 30 % para el 2100, cuando actualmente es apenas del 13 %. Dicha estadística alerta sobre la necesidad de repensar los sistemas de atención a la dependencia, seguridad y protección social, e incluso sumerge a la economía nacional en debates alusivos a la productividad de estos rangos etarios y su posibilidad de contribución en el marco de la economía plateada.
- *La caracterización del proceso de envejecimiento en Colombia enmarcada por una acelerada transformación demográfica y significativas brechas de género.* El crecimiento de la población de alta edad en Colombia, que actualmente constituye el 14 % y se estima alcanzará el 17.5 % para el 2030, refleja el cambio demográfico. En ese contexto, la sobrerrepresentación de las mujeres en este rango etario da paso al fenómeno de la “feminización del envejecimiento”, el cual se deriva del incremento diferenciado en la esperanza de vida, que es de 80.13 para las mujeres y 73.8 para los hombres.

El proceso de inclusión social, que abarca el acceso a la educación y a los servicios sociales, así como la inclusión económica evaluada por los ingresos y la actividad laboral, tiende a desfavorecer de manera desproporcionada a la población de alta edad en Colombia. Así, los bajos niveles de escolaridad, la elevada representación de estas personas como habitantes de calle y el alto porcentaje de desempleo e inactividad laboral da pie a la consagración de un panorama social que refleja y perpetúa las dinámicas de discriminación contra esta población, reforzadas por los estereotipos que tanto la sociedad como el Estado construyen en torno al envejecimiento.

De esa manera, la discriminación por edad es una realidad que se articula con la discriminación por género, lo que resulta en impactos diferenciados en hombres y mujeres durante el proceso de envejecimiento. Las mujeres enfrentan mayores tasas de discapacidad y dependencia, así como mayores dificultades en el acceso a la educación y al mercado laboral, en comparación a los hombres en esta etapa de la vida. Además, las mujeres enfrentan una carga significativa en las tareas no remuneradas, limitando aún más su participación en la vida económica y social. Consecuentemente, las mujeres no solo enfrentan los estereotipos relacionados con el edadismo, sino también los relacionados con el género, lo que prolonga la desigualdad y sus dinámicas de inclusión social.

- *Colombia aún puede servirse de ventanas de oportunidad por cambios demográficos.* Los bonos demográficos o ventanas de oportunidad son parte del crecimiento económico que pueden ser aprovechados para ahorro y atención de contingencias futuras. Así, a sabiendas de que existen dos bonos demográficos, el primero caracterizado por el aumento de población en edad de trabajar con respecto a la población dependiente, y el segundo por un aumento en la proporción de población en el rango de edad de mayor acumulación de riqueza y su acumulación de capital, el Estado colombiano debe repensar y ajustar su aprovechamiento mediante políticas públicas.

En esa medida, la primera ventana de oportunidad se aprovecha mediante el aumento en la inversión de capital cultural, generación de empleo y salud en los trabajadores, y estimulando el ahorro y la inversión, pues se cierra cuando el índice de dependencia empieza a aumentar alargándose por unos años. El índice de dependencia en Colombia alcanzó su mínimo en el 2020, por lo que se pronostica el cierre de la ventana para el 2027. A pesar de lo anterior, en Colombia el aprovechamiento del primer bono demográfico fue insuficiente, lo que conduce a que las oportunidades de ahorro y las condiciones de los hogares hagan improbable aprovechar a corto o mediano plazo las ventajas del segundo bono demográfico.

Sobre el particular se debe considerar que la inmigración creciente de ciudadanos venezolanos alargará a nivel nacional el primer bono hasta un año más, probablemente al 2028. No obstante, comoquiera que será diferencial en las regiones del país, es aconsejable el aprovechamiento del bono demográfico en regiones donde la proporción de migrantes según la población total disminuya significativamente el índice de dependencia, como, por ejemplo, el Norte de Santander.

Por otro lado, la segunda ventana de oportunidad se aprovecha mediante políticas que estimulen el ahorro a largo plazo y la inversión, por lo que se reitera la necesidad de respaldar con políticas públicas una dinámica de economía plateada que sirva para fomentar y cambiar el paradigma de baja productividad del sector etario que supera los sesenta años.

De manera propositiva, es menester esgrimir pautas y recomendaciones que se desprenden de estos hallazgos, y que sirven de apuesta preliminar.

- *El diseño de instituciones y políticas públicas debe enfatizar los derechos de la población de alta edad.* Dada la creciente proporción de la población mayor de sesenta años en el país, las demandas institucionales para este grupo etario irán *in crescendo*. Por lo tanto, es necesario promover los principios de participación y democracia para garantizar que las políticas públicas contra la discriminación de las personas de alta edad sean gestionadas por este mismo grupo etario. De esa forma, considerar

la transición demográfica, las realidades que viven las personas en su vejez y el ejercicio integral de los derechos, deben ser la base de la estructuración de las decisiones públicas.

- *La atención de la población de alta edad debe tener enfoque de género y contar con acciones afirmativas.* Dadas las brechas que denotan la discriminación interseccional de las mujeres de alta edad, es indispensable contar con un enfoque diferencial que sirva para reducir la dependencia, la brecha de ingresos y la carga del trabajo no remunerado que las aqueja de manera preferente. En ese sentido, los esfuerzos institucionales y las acciones afirmativas deben reconocer y remediar la discriminación por razón del sexo y género, procurando un ambiente libre de violencias y fomentando la atención diferencial de las necesidades de las mujeres de alta edad.
- *Las experiencias de países latinoamericanos que están en una fase más avanzada de envejecimiento demográfico son valiosas para la toma de decisiones.* Países como Chile, Cuba y Uruguay atraviesan estadios más avanzados de envejecimiento demográfico, de manera que es clave estudiar las políticas públicas generadas por sus instituciones con respecto al cambio en sus estructuras de población. Asimismo, el planteamiento de soluciones en otras regiones envejecidas, como Europa o Japón, son valiosas para forjar la toma de decisiones en el plano nacional y global de las demandas del envejecimiento.

Es importante reconocer el papel de cooperación internacional que exige esta revolución demográfica mundial, pues el fenómeno migratorio y la estructuración de una economía transnacional, especialmente frente a productos financieros, son puntos clave que definen el futuro económico y social de un mundo que envejece y que demanda la reorientación de políticas que sirvan al bienestar y la calidad de vida de los años venideros.

## Referencias

- Alcañiz, M. (2008). Cambios demográficos en la sociedad global. *Papeles de Población*, 14(57). [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252008000300011](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252008000300011)
- Álvarez, J., Arena, M., Brousseau, A., Faruquee, H., Fernandez, E. W., Guajardo, J., Peraza, G. y Yeppez, J. (2022). *Regional Spillovers from the Venezuelan Crisis: Migration Flows and Their Impact on Latin America and the Caribbean*. Fondo Monetario Internacional. <https://www.imf.org/en/Publications/Departmental-Papers-Policy-Papers/Issues/2022/12/01/Regional-Spillovers-from-the-Venezuelan-Crisis-Migration-Flows-and-Their-Impact-on-Latin-525729>

- Ando, A. y Modigliani, F. (1963). The 'Life Cycle' Hypothesis of Saving: Aggregate Implications and Tests. *The American Economic Review*, 53(1), 55-84. <http://www.jstor.org/stable/1817129>
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P. y Medellín, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Banco Mundial. (2023, diciembre 11). La migración mundial en el siglo XXI: el impacto del cambio climático, los conflictos y los cambios demográficos. <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2023/12/11/global-migration-in-the-21st-century-navigating-the-impact-of-climate-change-conflict-and-demographic-shifts>
- Banco Mundial. (s. f.). World Bank Open Data. <https://datos.bancomundial.org>
- Banco Mundial. (2024). Población total (indicador). <https://data.worldbank.org/indicador/SPPOP.TOTL>
- Bloom, D. y Williamson, J. (1997). *Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia*. Massachusetts. [https://www.nber.org/system/files/working\\_papers/w6268/w6268.pdf](https://www.nber.org/system/files/working_papers/w6268/w6268.pdf)
- Camps, V. (2019). *El siglo de las mujeres*. Ediciones Cátedra.
- Castaño, D. y Martínez, I. (1990). Aspectos psicosociales en el envejecimiento de las mujeres. *Anales de Psicología*, 6(2), 159-168. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/28211/27321>
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía [Celade]. (1995). *Las políticas de población en América Latina y El Caribe: algunas reflexiones en el umbral del siglo XXI*. Celade. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/4cc721ec-b050-4f52-8b45-0dbcc4836a50/content>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal]. (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44369-envejecimiento-personas-mayores-agenda2030-desarrollo-sostenible-perspectiva>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal]. (2020). *Proyecciones de Población América Latina y el Caribe*. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45198/4/S1900739\\_mu.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45198/4/S1900739_mu.pdf)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal]. (2022). Tendencias de la población de América Latina y el Caribe Efectos demográficos de la pandemia de COVID-19. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/b11d609e-f264-4828-bfe0-7358942e69f5/content>
- Comisión Europea. (2023). Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social europeo y al Comité de

- las regiones. Cambio demográfico en Europa: conjunto de instrumentos de actuación. [eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52023DC0577](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52023DC0577)
- Crenshaw, K. (1988), Race, Reform and Retrenchment: Transformation and Legitimation in AntiDiscrimination Law. *Harvard Law Review*, 101, 1331-1387.
- Crenshaw, K. (1991). Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color (trads. R. Platero y J. Sáez). *Standford Law Review*, 43(6), 1241-1299. <https://www.uncuyo.edu.ar/transparencia/upload/crenshaw-kimberle-cartografiando-los-margenes-1.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane). (2019a). Gran Encuesta Integrada de Hogares. Explorador de datos distribución por sexo y grupos de edad total nacional. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censonacional-de-pob>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane). (2021a). Adulto mayor en Colombia: características generales. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/presentacion-caracteristicas-generales-adulto-mayor-en-colombia.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane). (2021b). *Personas mayores en Colombia: hacia la inclusión y la participación*. [es/notas-estadisticas/oct-2022-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia.pdf](https://www.dane.gov.co/files/notas-estadisticas/oct-2022-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia.pdf)
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane). (2021c). Proyecciones demográficas. Marzo de 2021. [https://www.dane.gov.co/files/censo2018/proyecciones-de-poblacion/presentacionProyecciones-Demograficas\\_baseCNPV-2018\\_mar21.pdf](https://www.dane.gov.co/files/censo2018/proyecciones-de-poblacion/presentacionProyecciones-Demograficas_baseCNPV-2018_mar21.pdf)
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane). (s. f). La tasa global de fecundidad. [https://geoportal.dane.gov.co/servicios/atlas-estadistico/src/Tomo\\_I\\_Demografico/%E2%80%A2la-tasa-global-de-fecundidad.html](https://geoportal.dane.gov.co/servicios/atlas-estadistico/src/Tomo_I_Demografico/%E2%80%A2la-tasa-global-de-fecundidad.html)
- Dumont, G. (2013). Demografía, transición demográfica y política demográfica. *Lexicon. Palabra*, 183-192. <https://shs.hal.science/halshs-00848806/document>
- Espinosa, G. (2012). Contexto demográfico del siglo xx: efectos en la familia. *Virajes*, 14(1), 209-230. <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/virajes/article/view/904/827>
- Euskadi. (2022, abril 11). Sobre la feminización de la vejez. <https://www.euskadi.eus/noticia/2022/sobre-la-feminizacion-de-la-vejez/web01-a2zesosa/es/>
- Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2015). *Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones*. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. [https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/2724/LIB\\_2015\\_MCE\\_completo.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/2724/LIB_2015_MCE_completo.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

- Felitti, K. (2008). La “explosión demográfica” y la planificación familiar a debate. Instituciones, discusiones y propuestas del centro y la periferia. *Revista Escuela de Historia*, 1(7), 1-20. <https://www.redalyc.org/pdf/638/63818509008.pdf>
- Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2012). *Envejecimiento en el siglo XXI: Una celebración y un desafío*. [https://unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20Report%20Executive%20Summary%20SPANISH%20Final\\_0.pdf](https://unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20Report%20Executive%20Summary%20SPANISH%20Final_0.pdf)
- Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2023). *Envejecimiento y derechos de las personas mayores*. [https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/3.3\\_envejecimiento.pdf](https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/3.3_envejecimiento.pdf)
- Lee, R. (2003). The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change. *Journal of Economic Perspectives*, 17(4), 167-190. <https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/089533003772034943>
- López, A. (2019). *Evaluación de políticas pensionales para reducir la brecha de género en la etapa de retiro en Colombia*. Universidad de los Andes. <https://gobierno.uniandes.edu.co/sites/default/files/books/DT/DT-67.pdf>
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y Género. *Tabula Rasa*, 9, 73-101. <https://www.revistatabularasa.org/numero-9/05lugones>
- Mannheim, K. (1928). The Problem of Generations. En *Essays on the Sociology of Knowledge* (276-320). Routledge and Kegan Paul.
- Martínez Gómez, C. (2013). *Descenso de la fecundidad, bono demográfico y crecimiento económico en Colombia. 1990-2010*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INV/1%20-%20DESCENSO%20DE%20LA%20FECUNDIDAD%20-%20BONO%20DEMOGRAFICO%20Y%20CRECIMIENTO%20ECONOMICO%20EN%20COLOMBIA%201990-2010.pdf>
- Martines, V. (2021). Feminization of Aging: A Multifaceted Phenomenon Beyond the Numbers. *Revista de Administração de Empresas*, 61(2), 1-7. <https://www.scielo.br/j/rae/a/9GTWvFfzYFzHKyBhqGPc4j/?format=pdf&lang=en#:~:text=The%20feminization%20of%20aging%20is%20the%20phenomenon%20whereby%20%E2%80%9Ca%20greater,2>
- Medina, A., González, F., Herreo, F y Plana, J. (2022). *Silver Economy. Oportunidad de oro para las marcas*. Ediciones Pirámide.
- Mason, Andrew. (2005). Demographic Transition and Demographic Dividends in Developed and Developing Countries. <https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/9/mason.pdf>
- Mejía, D., Ramírez, M. y Tamayo, J. (2009). Transición demográfica en Colombia. *Reportes del Emisor*. <https://publicaciones.banrepcultural.org/index.php/emisor/article/view/7824>

- Merino, Á. (2022). Baby boomers, milenials o zoomers: la cronología de las generaciones demográficas. <https://elordenmundial.com/mapas-y-graficos/baby-boomers-milenials-zoomers-generaciones-demograficas/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Boletines Poblacionales: personas adultas mayores de 60 años. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/280920-boletines-poblacionales-adulto-mayorI-2020.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Minsalud actualiza política de envejecimiento y vejez. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-actualiza-politica-de-envejecimiento-y-vejez.aspx>
- Nash, J. (2008). Re-thinking Intersectionality. *Feminist Review*. <https://philpapers.org/archive/NASRI.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2010). Recomendación general n.º 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8335.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2019). *World Population Prospects 2019*. [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2022). *World Population Prospects 2022. Summary of Results*. United Nations. <https://www.un.org/development/desa/pd/content/WorldPopulation-Prospects-2022>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2023). *Perspectivas demográficas del envejecimiento poblacional en la Región de las Américas*. OPS. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57333/9789275326794\\_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57333/9789275326794_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y)
- Patarra, N. (1973). Transición demográfica: ¿resumen histórico o teoría de población? *Democracia y Economía*, VII(1), 86-95. <https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/231/224>
- Pérez, J. (1994). *La política mundial de población en el siglo xx*. <https://digital.csic.es/bitstream/10261/3703/1/Paper90%20.pdf>
- Pew Rearch Center. (2015, septiembre 3). The Whys and Hows of Generations Research. <https://www.pewresearch.org/politics/2015/09/03/the-whys-and-hows-of-generations-research/>
- Pilcher, J. (1994). Mannheim's Sociology of Generations: An Undervalued Legacy. *The British Journal of Sociology*, 45(3), 481-495.
- Pinto Aguirre, G. (2016). El bono demográfico en América Latina: el efecto económico de los cambios en la estructura por edad de una población. *Población y Salud en Mesoamérica*, 13(2). 10.15517/psm.v13i2.21863

- Pizarro, F. (2010). La teoría de la transición demográfica: recursos didácticos. *Enseñanza de las Ciencias Sociales*, 9, 129-137. <https://www.redalyc.org/pdf/3241/324127609012.pdf>
- Proyecto Migración Venezuela. (2020). *Informe del bono demográfico. ¿Se extenderá el bono demográfico de Colombia con la migración venezolana?* [https://s3.amazonaws.com/semanaruralvzla/documentos/1580487478\\_informe\\_de\\_bono\\_demograficopdf](https://s3.amazonaws.com/semanaruralvzla/documentos/1580487478_informe_de_bono_demograficopdf)
- Roser, M. (2019, junio 1). Demographic Transitions: Why is Rapid Population Growth a Temporary Phenomenon? *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/demographic-transition>
- Schoijet, M. (2005). La recepción e impacto de las ideas de Malthus sobre la población. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 20(3), 569-604. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-72102005000300569#:~:text=Sin%20embargo%20es%20mucho%20m%C3%A1s,las%20epidemias%20y%20las%20guerras](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102005000300569#:~:text=Sin%20embargo%20es%20mucho%20m%C3%A1s,las%20epidemias%20y%20las%20guerras)
- Sousa, N. Lima, M. Cesar, C. y Barros, M. (2018). Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(11), 1-14. <https://www.scielo.br/j/csp/a/CgHpmyrd4pDy3yq5dMLmLbs/?format=pdf&lang=pt>
- Tenjo, J. (2023). Transición demográfica, el mercado laboral y el futuro pensional de Colombia. En H. Torres y D. Colorado (eds.), *Reformas pensionales: superar las brechas del sistema dual*. Editorial Unal.
- Urdinola, P. (2023). Perfil demográfico, envejecimiento y el reto pensional en Colombia. En H. Torres y D. Colorado (eds.), *Reformas pensionales: superar las brechas del sistema dual*. Editorial Unal.
- Viciana, F. (2003). *Mortalidad*. <https://n9.cl/3ouc0>
- Villa-Soto, M. (2018). El proceso de envejecimiento poblacional en América Latina. En *Envejecimiento: del nacer al morir* (65-85). Siglo del Hombre Editores.



## Capítulo 3.

# Una mirada integral a la salud en la alta edad

¿Qué significa envejecer bien? La medicina posee instrumentos para evaluar las capacidades cognitivas, la autonomía y las habilidades físicas, pero la de uno mismo es un parámetro fundamental —aun cuando sea subjetivo— para establecer qué tan bien estamos.

A cada instante, cada uno de nosotros puede decidir si existen motivos para seguir viviendo, si lo cotidiano es interesante o no, y si las funciones del cuerpo y la mente están a la altura de nuestras expectativas.

HUMBERTO VERONESI, *Longevidad*.

**E**l envejecimiento es un proceso natural y transversal que comienza con el nacimiento del sujeto. A menudo, se asocia la vejez con enfermedad, limitación, dependencia física, e incluso con la percepción de ser una carga para la familia y el sistema de salud. Si bien el envejecimiento conlleva deterioro de funciones orgánicas y cognitivas, no se debe sesgar la vejez únicamente a la perspectiva patológica. Es por esto por lo que los procesos de salud y enfermedad en el adulto mayor deben analizarse desde una perspectiva integral, que permita hacer un diagnóstico de la situación de salud de este grupo etario en Colombia.

Para abordar esta temática se desarrollará una contextualización inicial desde la óptica de la determinación social y los determinantes sociales de la salud, situándola dentro del ciclo vital humano. Se proporciona así un panorama general de los datos, las cifras y la epidemiología detrás del proceso de envejecimiento en Colombia, se explica el cómo y el porqué del envejecimiento desde el punto de vista biológico y cognitivo, abordando específicamente los síndromes geriátricos, la salud mental y las patologías neurocognitivas en la vejez. También se resalta la importancia de atender la vejez de manera diferencial, bajo el prisma de la diversidad sexual y de género, y se discute el oscurantismo de la sexualidad durante esta etapa de la vida, así como la relación biológica y social del envejecimiento.

En el último tramo se ahonda en los aspectos más institucionales y específicos relacionados con la salud de las personas de alta edad en Colombia. Se presenta el contenido del derecho a la salud según el régimen jurídico colombiano, dentro de los ejes de la Ley Estatutaria de Salud, la jurisprudencia constitucional y la normativa legal. Además, se analiza la configuración del sistema de salud desde sus modelos de organización hasta las etapas de atención en salud, el sistema de afiliación y financiación, con un énfasis en las barreras de acceso.

Como se detallará en las conclusiones al final de capítulo, se evidencia que la vejez constituye un proceso continuo desde el inicio de la vida que, si bien presenta mayores riesgos asociados con el deterioro orgánico y cognitivo, suele recibir una atención deficiente por parte de la sociedad y los actores del sistema de salud (por ejemplo, con la atención estereotipada de los síndromes geriátricos). Por consiguiente, salta a la vista la implicación de la determinación social, los determinantes sociales y la relación con la familia, entre otros aspectos sociales, en la salud de las personas de alta edad. Por lo tanto, la respuesta para buscar su calidad de vida no puede ser solo individual, sino que debe abordarse de manera institucional y social.

Uno de los aspectos relevantes a considerar en el análisis de la salud de las personas en su vejez es el enfoque diferencial según el sexo y el género, ya que la evolución de la salud varía de manera diferente en hombres y mujeres. Las mujeres tienden a enfrentar mayores riesgos, al igual que las personas con diversidades sexuales y de género. Por otro lado, durante esta etapa de la vida son más grandes los riesgos psicosociales y, por ende, es necesario un fortalecimiento institucional en el tratamiento de la salud mental. Así mismo, la discriminación hacia este grupo etario se manifiesta, entre otros aspectos, en la invisibilización de su sexualidad y la exclusión tecnológica.

Todo lo anterior se puede aproximar desde la perspectiva de la salud en Colombia como un derecho fundamental para toda la población, reconocido así por la Constitución Política, la jurisprudencia constitucional y la legislación. Sin embargo, la configuración del sistema de salud mantiene barreras de acceso que le impiden a los ciudadanos del país gozar de este derecho, en particular a las personas mayores. Así pues, los cambios dentro de este sistema se ponen cada vez más a la orden del día dado que, con el envejecimiento demográfico, se prevé un aumento en la demanda de atención de calidad para enfermedades crónicas y no transmisibles, así como de los asuntos relacionados con la salud mental.

## **Determinación social de la salud**

Es necesario realizar un corto abordaje de algunas perspectivas en salud, así como promover una reflexión acerca del proceso de salud de las personas de

alta edad como un bien público. Para comprender el *envejecimiento con salud* se requiere del análisis integral de lo que significa el ciclo de salud-enfermedad, los elementos de orden político que lo transforman y, por lo tanto, su influencia en la consecución del bienestar.

A manera de reseña histórica, se parte del siglo XIX en el marco de la Revolución Industrial y de la jerarquización de las clases sociales. En este momento surgió la necesidad de relacionar la salud con lo social. De allí surgieron dos vertientes que intentaron abordar, conceptualizar, enfocar y razonar la medicina social, el problema de la salud pública y la epidemiología. La primera vertiente, derivada del saber epidemiológico clásico anglosajón con un enfoque en los determinantes sociales de la salud (DSS-a). La segunda, derivada de la alternativa de la epidemiología clásica, más hacia un pensamiento latinoamericano enfocado en la determinación social de la salud (DSS-b) (Morales, 2013).

Cada una de estas vertientes entiende la sociedad de manera distinta. Para la DSS-a, la sociedad es la sumatoria de individuos, mientras que para la DSS -b se concibe como un todo dividido en tres estancias: singular, particular y general. Tanto la DSS-a como la DSS-b comienzan a cuestionar la relación salud-enfermedad en función de los factores que la preceden. La postura anglosajona destaca como elemento importante la desigualdad social en salud dentro de la sociedad. Mientras tanto, la mirada latinoamericana destaca el proceso dialéctico y las especificidades sanitarias individuales y grupales que deben ser analizadas en el contexto social que las determina. No obstante, las dos ponen en tela de juicio la relación que hay entre el proceso biológico, las condiciones del trabajo, la pobreza y el proceso salud-enfermedad, ya que la toma como un posible factor para desestabilizar la homeostasis dentro del bienestar de una sociedad (Morales, 2013).

Otra diferencia radica en que la DSS-a no considera la importancia que tiene la historia dentro de una sociedad, es decir, la evolución de las enfermedades a lo largo de tiempo y en diferentes lugares, cómo se han transformado, exacerbado o se han disipado. Por el contrario, la DSS-b recoge los modos de reproducción, educación y jerarquización a través del tiempo, y cómo estas intervienen en el proceso salud-enfermedad en los ámbitos singular, particular y general. Igualmente destaca cómo el capitalismo, la acumulación de bienes, la explotación laboral, las falencias sociales y las formas culturales conducen a malos hábitos y a malsanas formas de vivir (Morales, 2013).

Una parte fundamental para comprender los enfoques radica en tener en cuenta que los determinantes sociales de la salud están encaminados hacia las teorías multicausal-multifactorial y biopsicosocial de la enfermedad. Destacan como factores de riesgo aspectos no solo en el marco individual, sino también del lado colectivo, como lo son la pobreza, los hábitos de vida, las condiciones precarias del trabajo, etc. Esta corriente tiene más influencia en el campo político y económico, alineada con el capitalismo.

A sabiendas de lo anterior, en tercer lugar, es posible señalar que la DSS-b le da mayor relevancia a los cambios y las transformaciones sociales atendiendo a un campo general para ir a lo particular. De otra manera, la DSS-a enfoca la desigualdad desde una perspectiva individualizada, siendo el resultado de las elecciones propias de las personas. Por lo tanto, es de resaltar que la DSS-b lo plantea desde una mirada social, partiendo desde la perspectiva de que las inequidades y desigualdades sociales son entendidas como el resultado de las relaciones de dominancia y poder, el cual destaca la inequidad de género, de etnia y de clase social como principales (Morales, 2013).

En conclusión, cuando se intenta comprender un paradigma adecuado para explicar el proceso de salud de un adulto mayor, la determinación social de la salud proporciona un constructo teórico integral que abarca en orden jerárquico elementos de orden político, social y económico que guían el devenir en salud de las personas de alta edad.

## El ciclo vital humano y la vejez

Todos los seres vivos tienen un ciclo de vida. En el caso del ser humano comienza con la concepción y finaliza con la muerte. El momento exacto en el que comienza la vida es un tema de debate y controversia entre distintas disciplinas como la biología, la medicina, la filosofía y la religión. Desde el punto de vista biológico, se considera que la vida comienza cuando el material genético del espermatozoide y del óvulo se fusionan, formando un embrión con un material genético distinto al resto de los seres humanos (a excepción de los gemelos monocigóticos donde es el mismo ADN) (Arango-Restrepo, 2016, p. 2). A partir de ese momento, una célula única se desarrolla y se diferencia en distintas células y tejidos, iniciando el proceso de gestación que culminará con el nacimiento de un ser humano (Arango-Restrepo, 2016, pp. 2-3).

El ciclo de vida humano se divide en varias etapas: (i) la infancia, que va desde el nacimiento hasta los dos años; (ii) la niñez temprana, de los dos a los seis años; (iii) la niñez media, de los seis a los doce años; (iv) la adolescencia, de los doce a los dieciocho años; y (v) la adultez, que comienza a los dieciocho años y se extiende hasta la muerte, dentro de la cual se encontrará la etapa de la vejez. Cada etapa tiene sus propios desafíos físicos, cognitivos, emocionales y sociales, y las personas enfrentan desafíos cada vez más complejos a medida que avanzan en la vida.

Sin embargo, no todas las personas llegan a la vejez, debido a diversas condiciones que pueden precipitar la muerte de manera prematura. Según Khan *et al.* (2018) las más frecuentes incluyen las que se enumeran a continuación.

i. Enfermedades y condiciones crónicas o agudas: como enfermedades cardiovasculares, afecciones neurodegenerativas o aparición de distintos tipos de cáncer. Estas condiciones son precipitadas por los cambios paulatinos que se acumulan durante la vida. Sin embargo, pueden aparecer en cualquier momento de la vida, representando una morbimortalidad elevada.

ii. Accidentes: tales como los de tráfico, caídas y lesiones deportivas, que son potencialmente mortales, dependiendo de la gravedad.

iii. Estilo de vida poco saludable: un estilo de vida poco saludable, que involucra una mala alimentación, sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol y drogas puede aumentar el riesgo de enfermedades crónicas que pueden disminuir la esperanza de vida.

iv. Factores genéticos: algunas personas pueden tener una predisposición genética a ciertas enfermedades, incluso congénitas, que reducen significativamente la esperanza de vida.

v. Factores socioeconómicos: los factores socioeconómicos, tales como la pobreza, la falta de acceso a atención médica y la educación limitada, contribuyen a la precarización de las condiciones de vida, lo que resulta en mayor mortalidad de patologías inicialmente tratables (Khan *et al.*, 2018, p. 10).

La vejez es una etapa del ciclo vital humano que se caracteriza por la disminución progresiva de la capacidad funcional y la aparición de enfermedades y condiciones crónicas, lo cual no necesariamente implica que este periodo de vida se encuentre ligado únicamente a la enfermedad. Si bien la prevalencia de comorbilidades en adultos mayores es mayor al promedio sobre los otros grupos etarios, no todas las personas mayores son personas enfermas. Durante la vejez es importante prestar atención a la salud física y emocional, así como a las necesidades sociales y culturales de las personas mayores. El cuidado y la atención a las personas mayores son fundamentales para garantizar su bienestar y su calidad de vida, así como para valorar la experiencia y sabiduría acumulada a lo largo de su vida (Khan *et al.*, 2018, p. 11).

El periodo del final de la vida es un proceso complejo que puede tener diferentes interpretaciones según el contexto en el que se analice. Desde una perspectiva biológica, la muerte se produce cuando cesan las funciones vitales del cuerpo, tales como la respiración, el latido cardíaco y la actividad cerebral. Sin embargo, para la medicina, en múltiples ocasiones se considera que una persona ha llegado al final de la vida cuando existe una patología activa que progresa, amenazando la vida del paciente, sin opciones terapéuticas médicas o quirúrgicas que pueda curar o disminuir la progresión de dicha enfermedad, dando lugar de ese modo a una muerte inminente a corto plazo. En este sentido, el final de la vida se relaciona también con la fase terminal de una enfermedad (Friedman y James, 2008, p. 22).

Por otro lado, desde una perspectiva social y cultural, el final de la vida suele estar vinculado a aspectos espirituales y emocionales, tales como el legado que deja una persona en la sociedad, sus relaciones interpersonales y su sentido de trascendencia. De ese modo, el final de la vida se puede interpretar como una oportunidad para reflexionar sobre el significado y el propósito de la existencia humana misma. En cualquier caso, se considera fundamental respetar la dignidad y la autonomía de las personas al final de su vida, garantizando un cuidado y una atención adecuada y respetuosa (Friedman y James, 2008, p. 22-23).

Partiendo de este punto, se presentará una introducción general sobre la importancia que ha tenido el proceso del envejecimiento durante la historia y lo fundamental que es la discusión de esta para la sociedad actual.

A lo largo de la historia, el envejecimiento ha sido un tema de interés para múltiples disciplinas y áreas del conocimiento, entre ellas la medicina y las distintas áreas de la salud. Esto parte del hecho de que la población envejecida se caracteriza por ser un grupo heterogéneo y complejo desde su comprensión y manejo (debido principalmente a los diferentes cambios fisiológicos que experimentan tanto hombres como mujeres).

Actualmente las personas de la mayor parte del mundo viven más tiempo de lo que lo hacían en el pasado y las poblaciones envejecen de forma más rápida que antes. La longevidad, definida como la “capacidad de un organismo para mantenerse vivo y funcional durante un periodo prolongado de tiempo” (Castelblanco-Toro, 2024, p. 244), se ha convertido en la normalidad e incluso la meta para muchos individuos. Recordando que esta meta se puede tener dependiendo el estado en el que se envejece, que tan “bien” se alcanzan los noventa o cien años, es decir, la calidad de vida de las personas que llegan allí (Veronesi, 2013, p. 9). Se abordarán los diferentes elementos que influyen sobre este tema desde diferentes perspectivas a lo largo de esta sección.

La esperanza de vida se ha extendido gracias al avance precoz en el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, al igual que la prevención de las afecciones maternas, perinatales y nutricionales (Huenchuan, 2018, p. 23) y la longevidad ha sido el resultado tanto de factores propios de cada individuo, como de factores derivados del desarrollo científico, tecnológico y sociosanitario (Castelblanco-Toro, 2024, p. 245). Por lo anterior, se hace necesario que el ámbito de la salud se adapte y se equipare a ese veloz envejecimiento poblacional que implica una creciente demanda de los recursos y de la capacitación del personal para su atención (Huenchuan, 2018, p. 94).

## Envejecimiento biológico

Existen más de trescientas teorías biológicas sobre el envejecimiento, si bien no todas son aceptadas. Muchas de estas teorías permanecen *in vitro* (no parecen replicables en el organismo vivo), mientras que otras se encuentran en etapas incipientes de estudio, en especial las relacionadas con el nivel celular. De acuerdo con las más conocidas, las características definitorias del envejecimiento que reúnen todas ellas son: la universalidad del envejecimiento, su naturaleza intrínseca, su carácter progresivo y los efectos perjudiciales que puede tener (Miquel, 2005, p. 56). En este apartado se discuten los elementos más importantes a considerar a partir de estas teorías y, después, se profundiza teóricamente en cada uno de ellos. Todo esto con el fin de comprender detalladamente la experiencia del envejecimiento que viven la mayoría de las personas mayores a nivel biológico.

A continuación, se exponen algunas de las principales teorías biológicas sobre el envejecimiento.

i. *Teorías evolucionistas y genéticas*. Manifiestan como idea principal la presencia de genes que interactúan con el entorno y desencadenan la degeneración de las células y los órganos. Señalan la presencia de mutaciones del ADN que afectan la síntesis de proteínas, generando así una involución funcional e indican que, debido a un aumento de la prolongación de la vida, se produce una caída pronunciada en el rendimiento funcional y la supervivencia del organismo. Esto se produce dado que los genes no ejercen un control de manera directa sobre la totalidad del proceso, sino que se limitan a generar mecanismos protectores o destructores que prolongan o acortan esa vida, generando de ese modo un envejecimiento constitucional de las células (Pulido, 2003, p. 4).

ii. *Teoría de la acumulación de productos que son de desecho*. Declara que las células acumulan una cantidad mayor de toxinas de las que pueden eliminar, formando así una sustancia conocida como lipofuscina o también llamada “pigmento de la edad”. Este proceso ocurre a medida que un ser vivo o un humano envejece (Pulido, 2003, p. 7).

iii. *Teoría del desgaste natural*. Se refiere al envejecimiento sucedido por la acumulación de daños en los sistemas vitales debido a un desgaste o estrés continuo que afecta las actividades bioquímicas normales que se llevan a cabo en las células, los tejidos y los órganos. Esta teoría parte de la afectación directa de las mitocondrias de las células (órganos que aportan energía para las actividades celulares en general), e implica que la disminución de producción de energía lleva eventualmente a un funcionamiento celular disminuido (Pulido, 2003, p. 4).

iv. *Teoría bioquímica o de radicales libres*. Los radicales libres se producen como una reacción química compleja que se da cuando algunas moléculas

reaccionan con el oxígeno, separándose y formando elementos altamente reactivos, también llamados “radicales libres de oxígeno”. Esta teoría fue propuesta inicialmente por Denham Harman en 1956, quien afirmaba que la vejez es atribuible a los radicales libres y a los peróxidos de origen endógeno (es decir, su origen es netamente celular). Estas moléculas inestables causan reacciones con diferentes moléculas alterando sus funciones y generando que estas sean defectuosas; de ese modo promoviendo el envejecimiento celular (Pulido, 2003, p. 7).

## ¿Cómo y por qué envejecemos biológicamente?

El envejecimiento es definido por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022) como el resultado de una acumulación de gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, llevando a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo del desarrollo de diferentes enfermedades y, en última instancia, a la muerte. Estos cambios no son realmente lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa (OMS, 2022).

Este concepto se puede considerar como el punto de referencia en cuanto a la definición biológica oficial, sin embargo, se enriquece este concepto desde un punto de vista molecular y celular analizando algunos de los mecanismos que participan. Así mismo, se proporciona una visión general de los aspectos importantes desde las áreas de histología, fisiología y anatomía, al mencionar diferencias relevantes de género y brindar una comprensión clara y concisa de los elementos más importantes que participan en este proceso.

Desde un punto de vista celular, el envejecimiento se define como un proceso no reversible y multicausal que afecta a todos los organismos superiores, a través de los cambios moleculares, celulares y funcionales, los cuales incrementan la probabilidad de enfermedades que deterioran su función global y su vitalidad (González y Latorre-Santos, 2021, p. 117).

Los cambios del envejecimiento se explican especialmente mediante el concepto de senescencia celular, el cual consiste en el envejecimiento celular, implicando múltiples efectos a nivel molecular y que se explican mediante tres grandes vías que se enumeran a continuación.

i. *Senescencia replicativa*. Planteada por Hayflick y Moorehead en 1961, se define como la ocurrencia de un acortamiento progresivo de los telómeros (es decir, secuencias especiales de ADN ubicadas en los extremos de los cromosomas —estructuras encontradas en el núcleo de las células que se componen de ADN— que impiden que estos se rompan o se dañen) con cada división celular, es decir, un “problema de replicación celular”. Esta incluye otros problemas como cambios en la composición lipídica de las células y la regulación a la baja

de proteínas reguladoras de autofagia (afectación de procesos elementales para la renovación celular). Todo esto conduciendo a una inestabilidad del material genético organizado y a una mayor probabilidad de desarrollo de neoplasias, lo que lleva finalmente a una consecuente activación de vías de señalización celulares como mecanismo protector (González y Latorre-Santos, 2021, p. 118).

ii. *Senescencia prematura inducida por estrés*. Definida como la presencia de condiciones estresantes que afectan a la célula y su ADN. Entre estas condiciones se encuentran los rayos uv, agentes químicos como peróxidos, superóxidos, radicales hidroxilos, oxígeno singlete, etc. Estos agentes se agrupan bajo el nombre general de especies reactivas de oxígeno [ROS], las cuales son moléculas que contienen oxígeno como molécula importante y que poseen diferente reactividad química capaz de dañar membranas celulares, inactivar proteínas y mutar ADN. Otros factores incluyen temperaturas extremas y la activación de oncogenes que son genes mutados potencialmente productores de cáncer, entre otros (González y Latorre-Santos, 2021, p. 118).

iii. *Senescencia programada para el desarrollo*. Se describe como un proceso indispensable para el funcionamiento ordenado de un individuo y por medio del cual se establece un equilibrio adecuado entre las distintas poblaciones celulares y los tejidos (González y Latorre-Santos, 2021, p. 119).

En este sentido, la senescencia celular cumple un rol importante en el entendimiento del envejecimiento a nivel microscópico desde la célula y su material genético, junto con los numerosos cambios que experimenta a lo largo de su existencia. Ahora, a pesar de que se conoce el rol de determinados mecanismos intrínsecos del ser humano como máquina biológica, en realidad el envejecimiento es un proceso variable y que parte de la acumulación de defectos progresivos. En última instancia, esto deriva en daños y errores aleatorios que se ven afectados no solo por los procesos del mismo organismo, sino que dependen también de factores externos como lo son el ambiente y el comportamiento del individuo (esto respecto a sus hábitos alimenticios, su consumo de cigarrillo, su estilo de vida, la actividad física que realice e incluso su actitud frente a la vida) (González y Latorre-Santos, 2021, p.124).

Considerando, por tanto, que el ser humano no solo se compone de células individuales, se deben realizar puntualizaciones sobre la vivencia del envejecimiento a nivel histológico y fisiológico (de los tejidos y sistemas con sus funciones), y anatómico (la estructura de todo el cuerpo en conjunto).

A nivel histológico, el envejecimiento se evidencia en todos los órganos y sistemas, aunque en algunos de manera más pronunciada que en otros. A continuación, se enlistan los más significativos y que influyen en la calidad de vida del adulto mayor.

- ➔ *Piel y faneras*. Suceden cambios en todas las capas de la piel y se describen en términos de dos tipos de envejecimiento: el intrínseco y el

extrínseco. El primero se define como el propio de la edad y dado por la genética del individuo, en el que se encuentra el aumento de la laxitud de la piel y la aparición de líneas de expresión. El segundo es el asociado a la exposición de luz solar y otros agentes ambientales tóxicos como polución y cigarrillo; este se manifiesta por la deshidratación y la sequedad de la piel, las alteraciones de la pigmentación y la presencia de telangiectasias (vasos pequeños y dilatados visibles en la piel) (González y Latorre-Santos, 2021, p. 159).

A partir de estos dos tipos de envejecimiento, suceden alteraciones fundamentales como la afectación vascular superficial mediante rigidez y fragilidad que tiene como repercusión la apariencia pálida de la piel y la disminución de la temperatura cutánea, por lo que ocurre una disminución de los folículos pilosos (y, por consiguiente, del pelo) que se ven afectados en su patrón de crecimiento y su disminución del diámetro o atrofia (González y Latorre-Santos, 2021, p. 159).

En las mujeres, debido a su estado posmenopáusico, a causa de la pérdida de acción de los estrógenos se genera reducción del número de folículos por lo que el pelo será más corto. En los hombres, los cambios hormonales ocurridos por la testosterona en esta región llevarán a que, progresivamente, se estreche el calibre del pelo y que finalmente se pierda (González y Latorre-Santos, 2021, p. 160).

Además de esto, ocurre la aparición de canas debido a la reducida capacidad de eliminación de radicales libres de oxígeno (molécula inestable que se elabora durante el metabolismo normal de las células) en los folículos pilosos y su consecuente acumulación que daña los melanocitos (los productores de la pigmentación del cabello). Así mismo, se producen cambios en la coloración del cabello por la exposición a luz solar, ya que esta se asocia con la mayor producción de radicales libres (González y Latorre-Santos, 2021, p. 160).

Finalmente, también hay una disminución de glándulas sudoríparas en gran parte de la extensión del cuerpo, por lo que se altera la función de termorregulación corporal y la función de agarre y prensión en las manos (González y Latorre-Santos, 2021, p. 160).

- *Sistema inmune.* Afectación tanto de la inmunidad innata como de la adaptativa. La innata se trata de las barreras que forman la primera línea de defensa del cuerpo y se ve influenciada por la alteración de la vida media de algunas células y la disminución de la respuesta de otras, además de la alteración del tejido que recubre superficies llamado "epitelio", favoreciendo una exposición a gran diversidad de agentes patógenos. La adaptativa consiste en procesos más especializados y específicos empleados por el sistema para la eliminación de patógenos; esta se ve afectada por una disminuida capacidad de proliferación celular, enlentecimiento de la respuesta y disminución de la maduración

de algunas células inmunes como los Linfocitos T (González y Latorre-Santos, 2021, p. 166).

- ➔ *Sistema osteoarticular.* Este es uno de los sistemas que más significativamente se ve alterado por el envejecimiento, ya que es un tejido de recambio constante en el que la eliminación y síntesis de tejido óseo es muy activa a lo largo de la vida. Sin embargo, con la vejez hay un aumento pronunciado de la eliminación más que de la síntesis. Además, se da un proceso de pérdida de la rigidez del cartílago y de la amortiguación de este en las articulaciones, por lo que es frecuente que se desarrollen patologías articulares. De igual manera, se desarrolla una afectación de las propiedades biomecánicas de los tendones perdiendo resistencia a la tensión y adquiriendo rigidez y calcificación (González y Latorre-Santos, 2021, p. 166).

Así mismo, el sistema muscular experimenta sarcopenia, que es la pérdida progresiva de masa muscular, y se explica por la disminución de la capacidad reparadora por menor función y acumulación de daños en el aparato contractor muscular. Cabe destacar que cada región de este sistema se ve afectada de manera diferente en cada individuo, de acuerdo con los factores biomecánicos como lo son el peso y la actividad física (González y Latorre-Santos, 2021, p. 167).

- ➔ *Sistema cardiovascular.* Hay una disminución en la función del ventrículo izquierdo y aumento de su pared, lo que deriva en un engrosamiento de este. Esto se asocia con aumento de la demanda de oxígeno, la generación de mayor cantidad de radicales libres y la consecuente lesión de múltiples regiones del área. Además, estos cambios se ven alterados por el aumento patológico de la tensión arterial. A nivel sistémico, el endotelio, el tejido que recubre el interior de los vasos sanguíneos, se ve afectado por la menor capacidad de producción de un componente conocido como óxido nítrico, que trae como resultado la acumulación de radicales libres y especies reactivas de oxígeno, exacerbación del estado inflamatorio del tejido y aumento de la permeabilidad vascular (González y Latorre-Santos, 2021, p. 169).

Todo esto deriva en el incremento de aterosclerosis (acumulación de placas grasas compuestas por colesterol y otras sustancias en las paredes de las arterias y los vasos sanguíneos), pérdida de la capacidad de reparación del endotelio, disminución de la capacidad de vasodilatación y favorecimiento de la rigidez vascular (fundamental para el control de la hipertensión arterial y de la respuesta en situaciones de vida o muerte para el sistema circulatorio) (González y Latorre-Santos, 2021, p. 169).

- ➔ *Sistema respiratorio.* Se afecta desde la zona del sistema respiratorio superior, que abarca desde la nariz y la faringe, hasta el inferior, que involucra los bronquios y bronquiolos. Se ha observado una

disminución de células olfatorias debido a la pérdida de capacidad de la regeneración del epitelio olfatorio. Además, se han registrado cambios en las propiedades de la voz a causa de las alteraciones en las cuerdas vocales y la capacidad pulmonar, así como pérdida de masa muscular en el músculo vocal. Adicionalmente, se da un incremento de la susceptibilidad a infecciones por disminución en la velocidad del acondicionamiento del aire, menor producción de moco y disminución de la población celular, junto con menor fuerza de la musculatura respiratoria y del reflejo de la tos (González y Latorre-Santos, 2021, p. 171).

- *Sistema digestivo*. En la boca se observa una disminución de los botones gustativos en distintas áreas de la lengua, al igual que un aumento del umbral para la percepción de diferentes sabores; esto explica por qué para algunas personas mayores les resulta más difícil percibir algunos sabores. Además, se produce desgaste de las piezas dentales, lo que genera líneas de fractura y oscurecimiento de los dientes. En el estómago se observa una disminución de la producción de ácido clorhídrico y esto puede influir en el mayor crecimiento bacteriano del intestino, también puede haber pérdida del apetito por disminución de la función endocrina en esta área. En el intestino delgado y grueso se presenta una disminución de la motilidad intestinal, lo que desencadena una disminución del tráfico intestinal y ocasiona cuadros de estreñimiento (esto se debe al compromiso de las neuronas del sistema nervioso entérico y a la alteración del músculo liso intestinal). Adicionalmente, se produce una alteración de la absorción de nutrientes en el intestino delgado debido a menor actividad de las enzimas pancreáticas, causada por una menor secreción de las glándulas de Brunner, las cuales normalmente neutralizan el pH y permiten la activación de las enzimas pancreáticas (González y Latorre-Santos, 2021, p.173).

Otros sistemas relevantes como el sistema urinario inicialmente no experimentan cambios significativos, sin embargo, estos pueden acelerarse debido a procesos patológicos. En general, se presenta un ambiente proinflamatorio en casi todos los sistemas (osteoarticular, cardiovascular, respiratorio y digestivo), junto con un compromiso en la respuesta inmune y una mayor acumulación de tejido adiposo en la médula ósea. A nivel endocrino, se da disminución del tamaño de algunas glándulas importantes (adenohipófisis y zona reticular de la suprarrenal —encargada de la producción de hormonas sexuales—).

Sin embargo, estos cambios no afectan de manera significativa su función, y aunque se observa una calcificación de varias glándulas como la pineal y la tiroides, ninguno de ellos altera drásticamente su función en esta etapa de la vida. La única alteración relevante que debe mencionarse aquí, importante para la calidad de vida de la mayoría de las personas mayores, es la disminución en

la secreción de melatonina en hombres. Esta hormona participa en los ciclos circadianos y desempeña un importante papel crucial en el sueño, el cual se ve gravemente afectado debido a la dificultad para la conciliación del sueño en muchas personas de alta edad (González y Latorre-Santos, 2021, p.176).

El sistema reproductor femenino y masculino se aborda más adelante de manera diferenciada al discutir los procesos de envejecimiento según el género. Ahora, en cuanto al envejecimiento anatómico del cuerpo, es decir, el cuerpo como una estructura completa, es importante recordar que este proceso es progresivo tanto desde una perspectiva morfológica como funcional, y que dicho proceso representa una asimetría en su desarrollo. Los cambios anatómicos resultan de la interrelación entre los sistemas y los cambios que cada uno de ellos experimenta en las diferentes regiones corporales. Se mencionarán los efectos que trascienden a múltiples sistemas y segmentos corporales con el objetivo de brindar un enfoque generalizado respecto al tema.

Se observan cambios en los parámetros antropométricos, entre los que se encuentran: la disminución de la estatura, del peso y cambios en los patrones de composición corporal. La disminución de la estatura tiene un comienzo progresivo y se vuelve más acentuada luego de la sexta década de la vida y se da como resultado de la pérdida de masa ósea vertebral, además de la disminución del tamaño de los discos intervertebrales. Esta pérdida se produce secundaria a los eventos ya mencionados en la parte de cambios histológicos y funcionales del sistema osteoarticular. Adicional a esos, es importante aclarar que, para los humanos, el pico de masa ósea es entre los 30-35 años y se da una pérdida de entre 6-8 % por cada década a partir de esa edad, lo que conduce a que en mayores de 65 años la pérdida de hueso cortical sea de un 25 % y de hueso trabecular sea de un 35 %, aproximadamente (González y Latorre-Santos, 2021, p.187).

También se observa una disminución del peso y un cambio en la composición corporal. Esta disminución del peso se refleja en un aumento del índice de masa corporal [IMC] que inicialmente ocurre entre los cuarenta y los 66 años, pero que parece disminuir a partir de los setenta años. Este cambio puede percibirse principalmente por la pérdida de masa muscular, como se mencionó, más que por la disminución del almacenamiento de grasa corporal. Respecto al almacenamiento de grasas en el cuerpo, normalmente llevado a cabo por tejido adiposo, se cree que ocurre una redistribución del patrón adiposo debido a la pérdida de capacidad de almacenamiento en el espacio subcutáneo, donde típicamente se deposita en personas jóvenes. Esto genera un incremento de los depósitos intrahepáticos, musculares y abdominales en casi un 35 %, muy probablemente asociado al desarrollo de resistencia periférica a la insulina (González y Latorre-Santos, 2021, p.188).

## Síndromes geriátricos

Como se mencionó, el proceso de envejecimiento conlleva una serie de cambios que afectan todas las esferas del ser humano, particularmente las funciones, los tejidos y las estructuras del cuerpo humano. Dado esto, es importante tener en cuenta que, a pesar de que los órganos y sistemas envejecen de manera individual, los cambios acumulativos pueden manifestarse patológicamente, dando lugar a diferentes cuadros clínicos complejos en la persona mayor.

De allí parte la necesidad de organizar estos fenómenos de forma global bajo el nombre de síndromes geriátricos. Estos síndromes, entonces, se definen como el conjunto de cuadros clínicos originados por la concurrencia simultánea de una serie de enfermedades muy prevalentes en las personas de alta edad y que se expresan mediante un conjunto de síntomas o cuadros patológicos no encuadrados en las enfermedades habituales (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2007, p. 145).

Los síndromes geriátricos son situaciones complejas que representan serios desafíos para la atención en salud de las personas mayores, principalmente debido a su heterogeneidad en la presentación clínica. Estos requieren una detallada y cuidadosa valoración para el entendimiento de su significado y etiología, con el objetivo final de realizar un correcto tratamiento. Es por esta razón que son raramente abordados mediante capítulos específicos en reportes demográficos o incluso en libros de patología clínica. Sin embargo, no se cuenta con muchos estudios extensos o datos y cifras de su presentación en la población mayor en Colombia, por lo que es difícil estimar la severidad del asunto y cómo este tipo de situaciones afecta la calidad de vida para las personas mayores a través de datos cuantitativos oficiales.

Es relevante mencionar algunos de los más importantes, ya que afectan de manera muy significativa la perspectiva vital de la población envejecida. Se reconocen principalmente cuatro grandes síndromes geriátricos: inmovilidad, inestabilidad-caídas, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo.

Estos síndromes geriátricos comparten características importantes que son: (i) una alta frecuencia tanto de incidencia como de prevalencia en la población mayor, particularmente los mayores de 65 años; (ii) un carácter denominado “sindrómico”, pues cada uno de ellos puede ser la forma de presentación de múltiples y distintas patologías; (iii) la mayoría se pueden considerar prevenibles si se detectan y tratan tempranamente; tras la aparición de cada uno de estos se genera un deterioro muy importante en la calidad de vida de las personas que los presentan debido a que estos concluyen en necesidades mayores de apoyo social y sanitario; y, finalmente, (iv) su abordaje diagnóstico y terapéutico es interdisciplinario e integral (Gómez, 2005, p. 70).

A continuación, se expone un poco más en detalle cada uno de estos síndromes.

i. *Inmovilidad*. Es la restricción, por lo general involuntaria, de la capacidad de desplazamiento de una persona debido a problemas físicos, funcionales y/o psicosociales, siendo causa común de discapacidad. Se cree que afectan alrededor de un 20 % de las personas mayores de 65 años, y que a partir de los setenta años un 50 % de ellas presentan problemas para salir de sus domicilios por esta condición. Puede deberse a muchas causas, entre las cuales se encuentran las patologías osteoarticulares o cardiovasculares, los trastornos neuropsiquiátricos, los fármacos u obstáculos físicos tales como hospitalización, aislamiento, orden médica, etc.

Entre sus consecuencias más importantes se incluyen fragilidad, debilidad, contracturas musculares, rigidez articular, desarrollo de úlceras por presión, trombosis venosa y arterial, infecciones respiratorias, depresión, desnutrición y dependencia, entre otras. Como recomendaciones importantes es necesario resaltar la importancia de la actividad física (adaptada para la persona mayor), los cambios de posiciones, los efectos secundarios de medicamentos y los cuidados de la piel, además de recursos complementarios como, por ejemplo, barandillas, sillas de ruedas, bastones, etc. (Gómez Ayala, 2005, p. 71).

ii. *Inestabilidad y caídas*. Se define *inestabilidad* como el factor de riesgo más importante para que se produzca una caída. Una caída es la ocurrencia de una precipitación repentina al suelo, de manera involuntaria, y que puede estar acompañada o no de pérdida de la consciencia. Su etiología es prácticamente la misma de la inmovilidad, solo que respecto a obstáculos físicos se refiere más al calzado, a la estructura del domicilio o a la presencia de escaleras, etc. Los principales factores de riesgo para su aparición son las alteraciones de la marcha y el equilibrio, la debilidad muscular, la polimedicación y el deterioro de las funciones mentales.

Dentro de sus consecuencias se destaca la inmovilidad y sus efectos asociados, como, por ejemplo, el síndrome “post-caída”, que incluye la pérdida de confianza en sí mismo, el miedo a caer nuevamente y la restricción de su deambulación, ya sea por los cuidadores o por el paciente mismo. Estos factores aumentan la probabilidad de depresión y de aislamiento. Se recomienda prevenir las caídas sin restringir la movilidad, la independencia o la participación en actividades de la vida diaria, principalmente mediante ejercicios de fortalecimiento y mejora del equilibrio y de los músculos utilizados en la deambulación (Gómez Ayala, 2005, p. 72).

iii. *Incontinencia urinaria*. Es la pérdida involuntaria de orina demostrable objetivamente. Afecta a casi un 60 % de personas mayores hospitalizadas y a cerca de un 50 % de las ingresadas en instituciones, además, su prevalencia aumenta con la edad. Es un problema de gran relevancia que influye sobre la

dependencia de la persona de alta edad y que produce aislamiento social debido a las limitaciones que genera, tales como el uso de transporte público y la asistencia a eventos sociales.

La incontinencia urinaria también tiene una etiología multifactorial con causas como delirio u otros estados confusionales, algunos fármacos, alteraciones psicológicas, movilidad reducida, lesiones medulares, debilidad del suelo pélvico, hipertrofia prostática, incompetencia del esfínter uretral, deterioro cognitivo, etc.

Dentro de sus consecuencias más importantes están las infecciones del tracto urinario, la pérdida de autoestima, el aislamiento social y el desarrollo de dependencia, entre otros. Respecto a las recomendaciones generales, este es un caso un poco más específico en el que se hace necesaria la educación desde edades muy tempranas y la concientización del personal de la salud sobre su importancia. Se cuenta con tratamientos precisos y específicos de acuerdo con el tipo de patología a la que corresponda su etiología, por lo que en realidad lo fundamental es el dar a conocer la importancia de su diagnóstico y tratamiento precoz (Gómez Ayala, 2005, p. 73).

iv. *Deterioro cognitivo*. Se define como la pérdida o reducción, de forma temporal o permanente, de alguna o varias funciones mentales superiores en un individuo que anteriormente las conservaba sin alteraciones. Aquí se incluyen el síndrome confusional agudo y otras patologías como el Alzheimer, enfermedad por cuerpos de Lewy, etc., y los cuadros no tan claros como el llamado “trastorno cognitivo asociado a la edad”.

Es decir, dentro de este síndrome se agrupa una cantidad muy variada de cuadros clínicos con diferentes etiologías, sintomatología y severidad, lo que conlleva un difícil abordaje terapéutico. Las consecuencias más frecuentes son los trastornos del ánimo como la ansiedad y la depresión, insomnio, al igual que otros síndromes geriátricos tales como caídas e incontinencia, un mayor riesgo de infecciones, aislamiento social, dependencia, desnutrición, sobrecarga para el o los cuidadores, alteración de la conducta, entre otros.

Su tratamiento incluye una variada cantidad de medidas, desde terapia ocupacional hasta psicofármacos. La prevención está dirigida al cuadro específico que se pueda desarrollar de acuerdo con el contexto del individuo. Por ejemplo, si es un adulto mayor hospitalizado sin acceso a ventanas o a relojes en la habitación, se recomienda la aplicación de medidas antidelirium, como, por ejemplo, preguntas sobre orientación en las tres esferas (espacio, lugar y tiempo). Además, la no utilización de fármacos que puedan causar el cuadro confusional, facilitar presencia de familiar en la habitación y el asegurarse de que el individuo cuenta con medidas de ayuda de uso frecuente como gafas o audifonos. Igualmente, se abordará con mayor detalle el tema de la salud mental, el cual con frecuencia se relaciona íntimamente con el deterioro cognitivo (Gómez Ayala, 2005, p.74).

Tabla 1. Síndromes geriátricos

Síndromes geriátricos	Definición	Causas	Consecuencias
<b>Inmovilidad</b>	Restricción (casi siempre involuntaria) de la capacidad de desplazamiento debido a problemas físicos, funcionales y/o psicosociales.	Patologías osteoarticulares, cardiovasculares, trastornos neuropsiquiátricos, fármacos u obstáculos físicos como hospitalización, aislamiento, orden médica, etc.	Fragilidad, debilidad y contracturas musculares, rigidez articular, desarrollo de úlceras por presión, trombosis venosa y arterial, infecciones respiratorias, depresión, desnutrición, dependencia, entre otros.
<b>Inestabilidad y caídas</b>	Factor de riesgo más importante para caídas. Una caída es una precipitación repentina al suelo, de manera involuntaria, y que puede estar acompañada o no de pérdida de la consciencia.	Misma etiología de la de inmovilidad; respecto a obstáculos físicos se refiere más al calzado, a la estructura del domicilio o a la presencia de escaleras, etc.	Inmovilidad con todos sus efectos y el síndrome "poscaída", que consiste en la pérdida de confianza del paciente en sí mismo, miedo de volver a caer y restricción de su deambulación, ya sea por los cuidadores o por él mismo, aumentando así la probabilidad de desarrollo de depresión y de aislamiento.
<b>Incontinencia urinaria</b>	Pérdida involuntaria de orina demostrable objetivamente.	Etiología multifactorial con causas como delirio u otros estados confusionales, algunos fármacos, alteraciones psicológicas, movilidad reducida, lesiones medulares, debilidad del suelo pélvico, hipertrofia prostática, incompetencia del esfínter uretral, deterioro cognitivo, etc.	Infecciones del tracto urinario, la pérdida de autoestima, el aislamiento social, el desarrollo de dependencia, entre otros.

Síndromes geriátricos	Definición	Causas	Consecuencias
Deterioro cognitivo	Pérdida o reducción, de forma temporal o permanente, de alguna o varias funciones mentales superiores, en un individuo que anteriormente las conservaba sin alteraciones.	Multifactorial y diferentes etiologías.	Trastornos del ánimo como ansiedad y depresión, insomnio y otros síndromes geriátricos como caídas e incontinencia, mayor riesgo de infecciones, aislamiento social, dependencia, desnutrición, sobrecarga para el o los cuidadores, alteración de la conducta, entre otros.

**Fuente:** elaboración propia con base en Gómez Ayala (2005, pp.72-74).

Para casi todos los síndromes geriátricos mencionados, el tratamiento principal es la prevención. Es importante la identificación de los factores de riesgo asociados con cada uno de estos y enfatizar la educación tanto para el cuidado como para el adulto mayor. Además, la capacitación del personal en los servicios de salud es aún más necesaria para abordar estos problemas de manera efectiva.

En conclusión, respecto a los síndromes geriátricos, estos son diagnósticos sindrómicos no muy utilizados en la actualidad por los profesionales de la salud no geriatras/gerontólogos al referirse al estado de salud de las personas mayores con múltiples cuadros patológicos difíciles de comprender. Además, su uso en informes demográficos y estadísticas oficiales es poco frecuente, lo que limita la importancia que se les asigna.

La realidad es que muchas de las dolencias que aquejan a personas de alta edad crónicamente enfermas son catalogadas por el personal de la salud desde una visión de “viejismos” y meros “achaques” con los que la persona mayor enferma debe vivir y lidiar por sí misma. Por su difícil abordaje, la mayoría de las veces este se limita a un enfoque mínimo del manejo sintomático de dicho síndrome sin darle una importancia real a la afectación de estos en la calidad de vida de la persona mayor. No obstante, con el avance del envejecimiento poblacional hoy en día, estas situaciones de salud adquirirán inevitablemente una relevancia mayor para su prevención, detección y tratamiento temprano.

## Envejecimiento cognitivo y salud mental en la población de alta edad

Dentro de los elementos más importantes que se deben tener en cuenta al contemplar el envejecimiento como un proceso complejo y multifactorial se encuentra la salud mental y las afecciones neuropsicológicas. Estas se presentan de manera general a continuación.

### Salud mental en la población envejecida

La situación actual de las enfermedades mentales en las personas mayores en Colombia es preocupante.

En una investigación realizada, el Colegio Colombiano de Psicólogos (2022) destacó que existe un descuido desde la medicina y la psicología a la salud mental de los adultos mayores. Sin embargo, este “descuido” debe interpretarse como un síntoma que enfrentan los adultos mayores dentro del Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI).

Entre los trastornos mentales más comunes en las personas de alta edad en Colombia se encuentran la depresión, la ansiedad y la demencia. Estos trastornos pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas mayores y afectar su capacidad de realizar actividades cotidianas, como, por ejemplo, cuidarse a sí mismos, socializar y mantenerse activos. Además, muchas personas mayores en Colombia no tienen acceso a la atención médica adecuada para sus trastornos mentales debido a barreras como la falta de recursos económicos, la falta de acceso a los servicios de salud y la estigmatización asociada con las enfermedades mentales (González-López y Latorre-Santos, 2021, p. 321).

Para abordar esta situación, se requieren políticas y programas de salud mental dirigidos específicamente a las personas mayores en Colombia. Esto puede incluir la creación de servicios de salud mental especializados para personas de alta edad, así como la implementación de campañas de concienciación enfocadas en abordar la estigmatización asociada con las enfermedades mentales. También es importante que las familias y los cuidadores de las personas mayores en Colombia estén capacitados para identificar los signos de problemas de salud mental y brindar apoyo emocional y práctico a las personas de alta edad que lo necesiten (González-López y Latorre-Santos, 2021, p. 321).

A continuación, se abordan las principales demencias y otras enfermedades mentales con mayor prevalencia en la población envejecida de Colombia, así como un diagnóstico sobre la pérdida de la funcionalidad, la depresión, el abandono y la institucionalización de las personas de alta edad. Es meritorio

mencionar que en Colombia no se cuenta con información suficiente que permita observar las cifras de manera diferencial según el sexo, el género y la orientación sexual.

## Demencias

Las demencias son un grupo de trastornos neurológicos que afectan la memoria, el pensamiento y el comportamiento, y son especialmente comunes en las personas mayores, pero pueden aparecer de manera precoz. Estas enfermedades pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas mayores y de sus familias, y se espera que su incidencia siga aumentando a medida que la población envejece (González-López y Latorre-Santos, 2021, p. 337). En este apartado, exploraremos qué son las demencias, cómo afectan la calidad de vida de las personas de alta edad y cuáles son las medidas que se pueden tomar para mejorar el cuidado y el tratamiento de estas enfermedades.

El manejo multidisciplinario de las demencias en las personas mayores es fundamental para garantizar una atención integral y efectiva a estas enfermedades neurodegenerativas. Es por ello por lo que la colaboración entre diferentes especialidades médicas, como la geriatría, la neurología y la psiquiatría, es esencial en el manejo de estas patologías (Lisko *et al.*, 2021, p. 3).

La geriatría es una especialidad médica que se enfoca en la atención de las personas mayores y es clave en el manejo de las demencias dentro de esta población. Los geriatras pueden identificar las condiciones médicas subyacentes que contribuyen a los síntomas de demencia y diseñar planes de cuidado personalizados que aborden las necesidades específicas de cada paciente. Además, pueden prevenir el deterioro mediante estrategias de rehabilitación física y una detallada conciliación medicamentosa (Farrú y Sepúlveda, 2000, p. 55).

Por otro lado, la neurología se enfoca en el estudio del sistema nervioso. Estos profesionales pueden realizar exámenes neurológicos y pruebas de diagnóstico para determinar el tipo de demencia y su causa subyacente, que sirve para el diseño de un plan de tratamiento efectivo (Farrú y Sepúlveda, 2000, p. 78).

Por otro lado, la psiquiatría es la especialidad que aporta el entendimiento y manejo de las anomalías del comportamiento, las funciones sociales, las funciones de memoria operativa y evocativa, entre otros síntomas cognitivos que puedan dificultar la mejoría en salud (Farrú y Sepúlveda, 2000, p. 97). Por ejemplo, los psiquiatras implementan medidas antidelirium en pacientes con alto riesgo de presentar un síndrome confusional agudo, el cual podría conllevar a una autoextubación u otra condición que obstaculice la terapéutica médica. Igualmente, los psiquiatras son fundamentales para el proceso de duelo en casos de muerte o de enfermedad terminal, en el que es esencial acompañar a la familia resolviendo sus dudas.

## Demencias más relevantes en Colombia

### Alzheimer

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que afecta principalmente a personas mayores de 65 años. En Colombia, se estima que alrededor de 180 000 personas viven con esta enfermedad, y se espera que esta cifra siga aumentando en los próximos años debido al envejecimiento poblacional (Pinilla-Monsalve *et al.*, 2021, p. 1).

La fisiopatología del Alzheimer es bastante compleja, ya que es una enfermedad que afecta el cerebro y provoca la muerte de las células nerviosas. Se caracteriza por la acumulación de dos proteínas anormales en el cerebro: la beta-amiloide y la proteína tau. Estas proteínas forman placas y ovillos que dañan las células nerviosas, lo que conduce a la pérdida de la memoria y otras funciones cognitivas. El impacto del Alzheimer en la calidad de vida de los pacientes es significativo, así como en sus cuidadores y familiares. Los síntomas incluyen la pérdida de la memoria, la confusión, la dificultad para realizar actividades cotidianas y la disminución del juicio y la capacidad de razonamiento. Estos síntomas pueden causar ansiedad, depresión y aislamiento social (Donoso, 2003, p. 3).

En cuanto al tratamiento, actualmente no existe una cura para el Alzheimer, pero hay medicamentos que pueden ayudar a retrasar la progresión de la enfermedad y a mejorar los síntomas en algunos pacientes. También se recomienda la estimulación cognitiva, el ejercicio físico y una alimentación saludable para mantener el cerebro activo y reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad (Donoso, 2003, pp. 3-4).

### Demencia por enfermedad de Parkinson

La demencia por enfermedad de Parkinson es una condición médica que afecta el cerebro y puede ser muy preocupante para las personas que la padecen. En Colombia, se estima que aproximadamente el 40 % de las personas con enfermedad de Parkinson pueden desarrollar algún tipo de demencia a lo largo de su vida (Escobar, 2019, p.16).

Esta condición se presenta cuando las células nerviosas en el cerebro que producen dopamina, una sustancia química importante para el control de los movimientos y las emociones, mueren o se dañan. A medida que la enfermedad de Parkinson progresa, la cantidad de dopamina en el cerebro disminuye, lo que puede llevar a problemas de memoria, cambios en la personalidad, confusión y otros síntomas asociados con la demencia (Caballol *et al.*, 2007, p. 2).

La demencia por enfermedad de Parkinson puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas afectadas y sus seres queridos. Los

síntomas pueden incluir problemas de memoria y de pensamiento, dificultad para comunicarse y realizar actividades cotidianas, y cambios en el estado de ánimo y el comportamiento (Caballol *et al.*, 2007, p. 3).

Actualmente, no hay cura para la demencia por enfermedad de Parkinson, pero existen tratamientos que pueden ayudar a controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Estos pueden incluir medicamentos para mejorar la función cognitiva, la terapia ocupacional y del habla que contribuyen a mantener la independencia en las actividades diarias, así como la terapia conductual con el fin de abordar los cambios de comportamiento (Caballol *et al.*, 2007, p. 5).

### **Demencias vasculares**

En Colombia, las demencias vasculares son la segunda causa más común de demencia después de la enfermedad de Alzheimer. Se estima que alrededor del 15 % de los casos de demencia en Colombia se debe a la demencia vascular (Escobar, 2019, p. 18).

La fisiopatología de la demencia vascular se debe a la falta de oxígeno y nutrientes que llegan al cerebro a causa de la obstrucción de los vasos sanguíneos. Esta disminución del flujo sanguíneo puede dañar diferentes áreas del cerebro, resultando en una variedad de síntomas. Por ejemplo, si el daño se produce en la región del cerebro encargada del lenguaje, la persona puede tener dificultades para hablar o comprender lo que se le dice. En cambio, si la isquemia crónica afecta el lóbulo frontal, el paciente podría experimentar cambios en su comportamiento, como, por ejemplo, agresividad e irritabilidad (Santos *et al.*, 2018, p. 4).

La demencia vascular puede afectar significativamente la calidad de vida de las personas y sus familias. Las personas que padecen esta condición pueden tener dificultades para realizar actividades diarias como vestirse, comer o bañarse. También pueden experimentar problemas de memoria o comunicación. En algunos casos, la demencia vascular puede ser una causa de mortalidad (Santos *et al.*, 2018, p. 7).

El tratamiento de la demencia vascular se centra en tratar las causas subyacentes, como la hipertensión arterial o la diabetes. Además, el tratamiento puede incluir medicamentos para mejorar la circulación sanguínea en el cerebro y para controlar los síntomas de la demencia, como la pérdida de memoria y la depresión. También es importante que las personas con demencia vascular reciban apoyo emocional y psicológico, así como ayuda para realizar actividades diarias (Santos *et al.*, 2018, p. 9).

### **Demencia de cuerpos de Lewy**

Esta demencia es un tipo de trastorno neurodegenerativo que afecta el cerebro y se caracteriza por la acumulación de proteínas anormales en las células

cerebrales, conocidas como cuerpos de Lewy. Este tipo de demencia es común en personas mayores de 65 años y puede afectar tanto a hombres como a mujeres.

En Colombia, la prevalencia de demencias de cuerpos de Lewy aún no ha sido ampliamente estudiada. Esta cifra se espera que aumente en los próximos años debido al envejecimiento de la población y a factores de riesgo como la hipertensión arterial, la diabetes y el sedentarismo (Escobar, 2019, pp. 18-19).

La fisiopatología de las demencias de cuerpos de Lewy es compleja, pero en términos generales se sabe que está relacionada con la acumulación de proteínas anormales en las células cerebrales. Estas proteínas afectan el funcionamiento de las neuronas, especialmente en las áreas del cerebro que controlan la memoria, la atención y el movimiento. Como resultado, las personas con demencia de cuerpos de Lewy pueden experimentar cambios en su capacidad cognitiva, problemas de movilidad y problemas de sueño (Walker *et al.*, 2015, p. 7).

El impacto de las demencias de cuerpos de Lewy en la calidad de vida de las personas puede ser significativo. Los síntomas pueden variar, pero estas incluyen alucinaciones visuales y auditivas, trastornos del sueño, problemas de memoria, problemas para hablar y dificultades de movilidad. Estos síntomas pueden ser muy angustiantes tanto para la persona afectada como para sus cuidadores (Walker *et al.*, 2015, p. 12).

A pesar de que no existe una cura para las demencias de cuerpos de Lewy existen tratamientos que pueden ayudar a reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. El tratamiento puede incluir medicamentos para tratar los síntomas cognitivos y motores, terapia ocupacional y física con miras a mejorar la función física y la calidad de vida, al igual que asesoramiento y apoyo emocional para los cuidadores y la familia (Walker *et al.*, 2015, p. 12).

### **Demencia por enfermedad de Pick**

Es un tipo de demencia caracterizada por la acumulación de proteínas anormales en el cerebro. Aunque no es una enfermedad común, su incidencia ha aumentado en Colombia en las últimas décadas, probablemente debido al envejecimiento de la población. Se estima que alrededor del 2 % de los casos de demencia en Colombia corresponden a la enfermedad de Pick (Escobar, 2019, pp. 18-19).

En términos generales, la fisiopatología de la enfermedad de Pick implica la muerte de las células cerebrales, especialmente en las áreas que controlan la personalidad, el comportamiento y el lenguaje. Esto se debe a la acumulación de proteínas anormales llamadas Tau y TDP-43 en el cerebro, que impiden la comunicación entre las células nerviosas y causan inflamación y degeneración (Kertesz y Muñoz, 1998, p. 1).

Los síntomas de la enfermedad de Pick suelen manifestarse entre los cincuenta y sesenta años. Pueden incluir cambios en la personalidad, dificultades

para expresarse y entender el lenguaje, problemas para tomar decisiones y comportamientos inapropiados. La enfermedad puede afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes y sus familias, ya que puede ser difícil para ellos comunicarse y mantener relaciones sociales (Kertesz y Muñoz, 1998, p. 2).

Aunque no existe cura para la enfermedad de Pick, hay tratamientos disponibles que pueden mejorar los síntomas y la calidad de vida de los pacientes. Estos tratamientos incluyen medicamentos que permiten controlar los síntomas psicológicos y conductuales, terapia ocupacional y de lenguaje dirigida a mejorar la comunicación y la función cerebral, así como apoyo emocional y social para los pacientes y sus familias (Kertesz y Muñoz, 1998, p. 2).

## Otras enfermedades mentales de relevancia

### Depresión

La depresión en personas mayores es un problema de salud mental que afecta a una gran cantidad de personas en todo el mundo. En Colombia, según estudios epidemiológicos recientes, se estima que alrededor del 8 % de las personas de alta edad sufren de depresión (Zapata *et al.*, 2021, p. 5).

Los factores de riesgo asociados con la depresión en las personas mayores incluyen la presencia de enfermedades crónicas, la discapacidad funcional, la pérdida de seres queridos, el aislamiento social, la falta de apoyo familiar y el bajo nivel socioeconómico. Además, la presencia de trastornos cognitivos y el uso inapropiado de medicamentos también pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de depresión en esta población (González-López y Latorre-Santos, 2021, p. 339).

Los factores psicosociales también juegan un papel importante en el desarrollo de la depresión en personas mayores. El cambio de roles y la pérdida de independencia pueden llevar a sentimientos de inutilidad y aislamiento social, lo que puede contribuir a la depresión. Además, los estereotipos negativos sobre el envejecimiento y la discriminación pueden afectar negativamente la autoestima y el bienestar emocional de las personas mayores (Borda *et al.*, 2021, pp. 63-70).

El tratamiento de la depresión en personas de alta edad incluye una combinación de terapia psicológica y medicamentos antidepressivos. La terapia cognitivo-conductual puede ser particularmente efectiva en reducir los síntomas de depresión en esta población, ya que se enfoca en el cambio de patrones de pensamiento negativos y la promoción de comportamientos saludables. Aunque los medicamentos antidepressivos pueden ser eficaces en la reducción de los síntomas de depresión, deben ser utilizados con precaución debido a los posibles efectos secundarios y las interacciones con otros medicamentos (González-López y Latorre-Santos, 2021, p. 340).

## **Ansiedad**

La ansiedad en personas mayores es un problema de salud mental común que puede afectar significativamente la calidad de vida de las personas de alta edad en Colombia. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, el 14 % de las personas mayores de sesenta años experimentan trastornos de ansiedad en todo el mundo (OMS, 2023). En Colombia, se estima que el 9.7 % de las personas mayores padecen algún tipo de trastorno de ansiedad (Acevedo Moreno y Guevara Díaz, 2021, p. 4).

Existen varios factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de que las personas mayores desarrollen trastornos de ansiedad. Algunos de los factores de riesgo más comunes incluyen la pérdida de seres queridos, la falta de apoyo social, la falta de independencia financiera y la presencia de enfermedades crónicas. Además, la discriminación por edad y la estigmatización de la salud mental en las personas mayores pueden contribuir a la aparición de trastornos de ansiedad (Borda *et al.*, 2021, pp. 63-70).

Los factores psicosociales también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de la ansiedad en personas mayores. La soledad, el aislamiento social y la falta de actividades significativas pueden aumentar la probabilidad de que las personas mayores desarrollen trastornos de ansiedad. La preocupación por el futuro, el miedo a la muerte y la pérdida de control también pueden ser factores contribuyentes (Acevedo Moreno y Guevara Díaz, 2021, p. 23).

El tratamiento de los trastornos de ansiedad en personas mayores puede incluir terapia cognitivo-conductual, terapia de apoyo y/o medicación. Es posible que la terapia cognitivo-conductual ayude a las personas de alta edad a identificar y cambiar los pensamientos y comportamientos que contribuyen a su ansiedad. La terapia de apoyo puede proporcionar un espacio seguro para que las personas mayores expresen sus preocupaciones y se conecten con otros. Los medicamentos, como los ansiolíticos, también pueden ser útiles en el propósito de reducir los síntomas de ansiedad en algunas personas de alta edad (Borda *et al.*, 2021, pp. 63-70).

## **Deterioro asociado a otras enfermedades mentales**

El deterioro causado por otras enfermedades mentales como la esquizofrenia y el trastorno afectivo de bipolaridad, en las personas mayores en Colombia es un tema preocupante que requiere atención y acción inmediata. A medida que la población colombiana envejece, el número de personas mayores que sufren de enfermedades mentales aumenta. De hecho, según el Dane, se espera que el número de personas mayores de 65 años en el país aumente a más del doble para el 2050, lo que implica que el impacto de las enfermedades mentales en esta población también podría aumentar (como se cita en González-López y Latorre-Santos, 2021, p. 331).

La esquizofrenia y el trastorno afectivo de bipolaridad son enfermedades mentales graves que pueden afectar significativamente la calidad de vida de una persona y su capacidad de realizar actividades diarias. Los síntomas de estas enfermedades incluyen cambios en el estado de ánimo, pensamientos y comportamiento, y pueden ser especialmente desafiantes para las personas de alta edad que ya están lidiando con los cambios en su cuerpo y en su entorno (Borda *et al.*, 2021, pp. 63-70).

Además, la falta de acceso a servicios de salud mental adecuados para las personas mayores en Colombia agrava aún más la situación. A menudo, las personas de alta edad tienen problemas para obtener el tratamiento que necesitan debido a barreras como la falta de transporte, la falta de recursos financieros y la estigmatización asociada con las enfermedades mentales (Borda *et al.*, 2021, pp. 63-70).

La deficiencia de concientización y de atención sobre la salud mental de las personas mayores en Colombia también contribuye a esta problemática. Muchas personas mayores que experimentan síntomas de enfermedades mentales pueden optar por no buscar ayuda porque no comprenden lo que les está sucediendo o creen que es un resultado natural del envejecimiento (Borda *et al.*, 2021, pp. 63-70).

Es fundamental abordar estos problemas para mejorar la salud mental de las personas mayores en Colombia. Se requiere aumentar la concientización y la educación sobre la salud mental en la población en general y en particular entre las personas mayores. Además, es necesario implementar políticas públicas y programas que atiendan las necesidades específicas de las personas mayores en términos de atención médica, incluida la salud mental.

Es crucial que las personas mayores tengan acceso a servicios de atención de salud mental de calidad, incluidas terapias de conversación y medicamentos, y que estos servicios sean asequibles y accesibles. Así mismo, se debe trabajar en la eliminación de las barreras que impiden que las personas mayores accedan a la atención médica adecuada (González-López y Latorre-Santos, 2021, p. 332).

## Riesgos psicosociales en la tercera edad

### Suicidio

El suicidio en personas mayores es un tema preocupante en Colombia. Según estadísticas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el 2020 se registraron cuatrocientos casos de suicidio en personas mayores de sesenta años en el país. Para el 2021 esta cifra aumentó a 471 y se mantuvo casi igual para el 2022, con 467 casos (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2020; 2021; 2022).

Existen diversos factores que pueden contribuir al aumento del riesgo de suicidio en personas mayores. Uno de ellos es la soledad y el aislamiento social, especialmente en aquellos que viven solos o que tienen una red social limitada. La depresión y otros trastornos mentales también pueden ser un factor de riesgo importante. Además, la pérdida de seres queridos, la jubilación, la disminución de la salud física y la falta de recursos económicos pueden generar estrés y ansiedad en personas de alta edad, lo que puede aumentar el riesgo de suicidio (González-López y Latorre-Santos, 2021, p. 344).

Es importante que se tomen medidas para prevenir el suicidio en personas mayores en Colombia. Una estrategia efectiva puede ser la implementación de programas y servicios que fomenten la participación social y la integración de las personas mayores en la comunidad. También se debe ofrecer servicios de atención médica y mental de calidad y accesibles para todos. Otras medidas fundamentales incluyen el fomentar la concientización sobre el tema del suicidio en personas mayores y proporcionar información sobre cómo detectar los signos de alerta y cómo buscar ayuda en caso de necesitarla. La prevención del suicidio es un esfuerzo colectivo que requiere la colaboración de todos los sectores de la sociedad.

### **Abandono**

La situación del abandono y negligencia en personas mayores con discapacidad física o mental en Colombia es una problemática cada vez más alarmante. A pesar de los avances normativos y políticas públicas en materia de protección de los derechos de las personas mayores, muchas de ellas continúan siendo víctimas de situaciones de abuso, abandono y negligencia por parte de sus familiares, cuidadores y de la sociedad en general (González-López y Latorre-Santos, 2021, p. 65).

Esta situación es especialmente grave en el caso de las personas mayores con discapacidad física o mental, quienes requieren una atención especializada y un cuidado permanente. Sin embargo, muchas veces estas personas son abandonadas o maltratadas por sus familiares o cuidadores, quienes no tienen las capacidades o los recursos para brindarles el cuidado que necesitan.

De esta manera, se hace necesario que la sociedad y las autoridades determinen medidas efectivas para prevenir y sancionar estas situaciones de abandono y negligencia, garantizando el respeto a los derechos de las personas mayores con discapacidad física o mental. Esto implica fortalecer los programas de atención y cuidado a estas personas, así como promover una cultura de respeto y protección de los derechos humanos de las personas de alta edad en Colombia. Solo de esta manera se podrá asegurar una vejez digna y justa para todos (González-López y Latorre-Santos, 2021, pp. 66-67).

## La pérdida de la funcionalidad

La pérdida de funcionalidad en las personas mayores es un problema común y preocupante que puede limitar su capacidad de realizar actividades diarias y disminuir su calidad de vida. Las enfermedades físicas y mentales son las principales causas de este deterioro funcional, ya que pueden afectar la movilidad, el equilibrio, la memoria y otras funciones cognitivas. Es importante evaluar la funcionalidad y el grado de deterioro cognitivo en las personas mayores para identificar las necesidades de atención y brindar el cuidado adecuado. Herramientas como el índice de Barthel y el índice de Katz son ampliamente utilizadas en este propósito (Patnode *et al.*, 2020, p. 6).

El índice de Barthel es una herramienta de evaluación de la funcionalidad que mide la capacidad del individuo de realizar actividades básicas de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse y usar el baño. Este índice se basa en una escala de puntuación de 0 a 100, donde una puntuación más alta indica un mayor nivel de independencia en la realización de actividades básicas. El índice de Barthel es útil para evaluar la capacidad funcional de las personas mayores con discapacidades físicas (Patnode *et al.*, 2020, p. 4).

Por otro lado, el índice de Katz es una herramienta de evaluación de la funcionalidad que se enfoca en las actividades básicas de la vida diaria, pero también incluye la capacidad de movilizarse. Al igual que el índice de Barthel, el índice de Katz se basa en una escala de puntuación de 0 a 6, donde una puntuación más alta indica un mayor nivel de independencia en la realización de actividades básicas. El índice de Katz es útil para evaluar la capacidad funcional de personas mayores con discapacidades físicas y cognitivas (Patnode *et al.*, 2020, p. 4).

Además de las herramientas mencionadas, existen otras para evaluar el deterioro cognitivo en personas mayores, como el Mini-Mental State Examination [MMSE] y la Evaluación Cognitiva de Montreal [MoCA]. Estas herramientas se emplean para evaluar la capacidad cognitiva en áreas como la memoria, el lenguaje y la atención.

## Respecto a los asilos de personas mayores - institucionalización

Es frecuente que los adultos mayores se conviertan en sujetos de cuidado crónico, pero es fundamental reconocerlos como sujetos individuales con derechos, anhelos, sueños y proyectos. Es necesario brindar un cuidado especializado que no implique la limitación del desarrollo de su personalidad. Lamentablemente, suele ocurrir que, ante la presencia de condiciones particulares de salud, la respuesta sea la limitación y el aislamiento social. Esto es evidente en asilos y centros de institucionalización, donde simplemente se cubren las necesidades básicas de los sujetos, y se homogeneiza a la población,

suponiendo, equivocadamente, que todos disfrutan de las mismas actividades, juegos, lecturas y demás (Yanguas, 2021, pp. 178-190).

A lo largo de este libro se ha demostrado que el cambio surge al reconocer a los adultos mayores como iguales en todas las etapas de la vida: niñez, adolescencia, adultez y vejez. Por lo tanto, limitar el libre desarrollo de la personalidad que ocurre en los institutos y asilos atenta directamente contra su bienestar. Los adultos mayores son obligados a seguir protocolos con rutinas prediseñadas y horarios estructurados, participando en actividades programadas, menoscabando su bienestar y su autonomía.

Es fundamental que el adulto mayor, dentro de sus capacidades cognitivas, decida dónde y cómo envejecer. Javier Yanguas introduce el concepto de “los minutos de la basura”, refiriéndose al momento en el que el adulto mayor se siente con “la vida por delante” (Yanguas, 2021, pp. 178-190). Mientras el adulto mayor ya pasó por esto, simplemente se dedica a vivir, como si se le hubiese limitado el poder seguir soñando, anhelando y realizando actividades que encuentre satisfactorias.

Cuando esta elección del modo y lugar en el cual envejecer no sea posible, por alguna enfermedad neurocognitiva y/o degenerativa, se debe abogar al máximo por el bienestar del sujeto. Por lo tanto, si bien no se critica el hecho mismo de los asilos, sí se critica la homogeneización que se hace de la población y los casos de abandono por parte de la familia.

Aunque idealmente el adulto mayor debería poder elegir el lugar dónde envejecer, a veces esto no es posible, ya sea por las condiciones socioeconómicas del hogar o las condiciones de salud. En cualquier caso, se propone que la elección del lugar en el que los adultos mayores deben pasar el resto de sus años siga un modelo denominado “atención centrada en la persona”, en el que se cumplan los requerimientos básicos, pero también se aborde una atención diferencial que permita asegurar que el adulto mayor estará en un espacio donde se le respete la autonomía, la intimidad y se promueva su bienestar. Además, el centro debe asegurar el conocimiento del paciente, una comunicación adecuada, proponer actividades cotidianas que resulten agradables a los residentes, contar con un espacio físico adecuado y fomentar las relaciones sociales entre ellos y con los familiares. Esto último se resume en el Staff Assessment Persona-directed Care, centrado en la persona, en el que se evalúa en una escala los ítems mencionados (Yanguas, 2021, pp. 193- 200).

Kitwood definió las cinco necesidades universales de toda persona que deben estar presentes hasta los últimos días de vida. Estas necesidades incluyen el confort, la identidad, el apego, la ocupación y la inclusión, en las que se otorgue una atención centrada en la persona entendida como un ser individual, sin descuidar la atención a las preocupaciones, inquietudes, quejas y felicitaciones del adulto mayor (como se cita en Mitchell, 2015, p. 1).

**Tabla 2.** Parámetros de The Staff Assessment Persona-Directed Care centrados en la persona

Parámetros	Descripción	Enfoque diferencial de ACP
Conocimiento	Hace referencia a conocer cada persona del instituto, sus aspectos biográficos, pero también sus patologías, morbilidades y riesgos, a fin de dar una atención individualizada.	Se deben incluir las creencias, los hábitos y las actividades que les brindan bienestar o malestar, así como sus preferencias en cuanto a cuidados y gustos personales. Es importante que estos profesionales reconozcan y respeten a cada individuo como alguien único y valioso.
Autonomía	El nivel de facilitación y respaldo que el centro y sus profesionales brindan a las personas mayores para que tomen decisiones por sí mismas, participen en su atención y tengan control sobre las elecciones y los aspectos de su vida diaria.	Incluso en el caso de personas con un deterioro cognitivo avanzado, estas decisiones se toman considerando su historia de vida, valores y el bienestar observado de la persona.
Comunicación	El nivel de interacción de los profesionales con las personas mayores se evalúa en función de su respeto y capacidad para fortalecer su autonomía.	Es importante que los profesionales se comuniquen con las personas mayores de manera comprensiva, teniendo en cuenta su perspectiva, incluso cuando enfrentan un deterioro cognitivo significativo.
Individualización Bienestar	La evaluación se basa en el nivel de flexibilidad y adaptabilidad de la atención brindada, con el objetivo de satisfacer las necesidades y preferencias individuales de cada persona mayor, priorizando tanto su bienestar físico como emocional.	El bienestar del adulto mayor se fundamenta en que pueda seguir desarrollando libremente su personalidad y gustos. Así como evitando las actividades o situaciones que les generan malestar.
Intimidad	Maximizar la privacidad de las personas mayores tanto en la prestación de cuidados físicos como en la protección de su información personal.	Se debe abarcar problemas de salud, creencias, espiritualidad, relaciones afectivas, necesidades y orientación sexual, identidad de género, entre otros.

**Fuente:** elaboración propia con base en Barbosa (2022, pp. 3-4).

Tabla 3. Parámetros de The Staff Assessment Persona-Directed Care entornos facilitadores

Parámetros	Descripción	Comentario
Actividad cotidiana	Nivel de propuesta por parte del centro y sus profesionales de actividades estimulantes, agradables y significativas para las personas mayores, así como la provisión de apoyos que permitan su participación, en caso de que así lo deseen.	La estimulación del adulto mayor debe ser propuesta con base en su condición clínica, pero también en sus gustos y preferencias. Se debe evitar obligar en actividades que puedan ser molestas o simplemente el adulto no quiera participar de ellas.
Espacio físico	Nivel de adecuación del entorno físico del centro a las necesidades de las personas mayores, caracterizado por su accesibilidad, seguridad, personalización y la creación de un ambiente confortable y acogedor.	Se debe prestar asegurar al adulto mayor un espacio propicio para su intimidad, sin descuidar los cuidados especiales y adecuaciones a las que haya lugar según las necesidades específicas.
Familia y amistades	Nivel de fomento y oportunidad para que las familias (o amigos cercanos) puedan involucrarse activamente en la atención, colaborando en los cuidados y participando en la vida diaria del centro.	La institución debe promover e incentivar las visitas familiares, puesto que son lugares de cuidado especial, donde el aislamiento y abandono es usual.
Comunidad	Nivel en el que el centro promueve el contacto social, la integración de personas de la comunidad en la vida diaria del centro, y proporciona apoyo para que las personas mayores puedan acceder a servicios, participar en actividades locales y mantener relaciones sociales con individuos externos al centro.	Las relaciones entre los coetáneos son fundamentales para que el adulto mayor pueda crear un sentido de pertenencia social, y se sienta parte activa e importante dentro de la comunidad local.
Organización	Nivel de compromiso y liderazgo de la organización en la implementación de un modelo de Planificación Anticipada de Cuidados (ACP), brindando capacitación y apoyo a sus profesionales, utilizando enfoques facilitadores, mostrando flexibilidad y adaptando su estructura organizativa para facilitar su implementación.	Se debe propender a que los centros día o de institucionalización cumplan todos los requisitos propuestos en estos modelos, pues es lo mínimo para la dignificación de la vida a través de la atención especializada.

Fuente: elaboración propia con base en Barbosa (2022, pp. 4-9).

Los centros de atención permanente o semipermanente del adulto mayor deben siempre respetar la dignidad y la autonomía. Así, abogar por su bienestar, potenciando al máximo su vida y dejando a un lado “viejismos” clichés. Igualmente, la familia debe escoger lugares en los cuales esto se garantice. Recluir a un adulto mayor donde no quiera o donde se le maltrate es una vulneración directa a sus derechos más fundamentales (Yanguas, 2021, pp. 178-190).

En Colombia, los asilos de personas mayores y las instituciones para personas de alta edad con enfermedades mentales son una realidad cada vez más presente, debido al envejecimiento de la población y la falta de recursos económicos y familiares para brindar atención adecuada a esta población vulnerable (Yanguas, 2021, pp. 178-190).

La falta de recursos económicos y familiares, el abandono y la discriminación son las principales causas que llevan a las personas mayores a buscar un hogar en instituciones geriátricas. Además, en muchos casos, la falta de servicios especializados y la estigmatización que rodea a las enfermedades mentales en Colombia hace que muchas personas mayores con trastornos mentales terminen institucionalizadas en asilos y centros de atención que no están diseñados para satisfacer sus necesidades específicas. De esta manera, es importante destacar que, en muchos casos, estas instituciones no cuentan con los recursos necesarios para garantizar una atención de calidad a las personas mayores, lo que puede afectar su bienestar físico y mental. Es necesario que el Estado y la sociedad en general se comprometan a mejorar las condiciones en las que se encuentran estas personas, garantizando el acceso a servicios de atención médica, actividades recreativas y sociales que promuevan su bienestar (González-López y Latorre-Santos, 2021, p. 77).

Como se pudo evidenciar, la salud mental es fundamental para la salud de las personas mayores. En este aspecto Colombia ha experimentado un incremento de la epidemiología de estas entidades como resultado del aumento de la expectativa de vida de la población. Sin embargo, parece que la respuesta estatal no ha crecido a un ritmo similar, de este modo incrementando los factores de riesgo que tiene un impacto en los determinantes sociales de la salud respecto a esta área.

### **La soledad como fenómeno en la alta edad**

Como ya se ha mencionado, el envejecimiento poblacional afecta de forma significativa las dinámicas intergeneracionales y las relaciones interpersonales de las personas mayores. Esto, considerando, además, el hecho de que los tipos de familias cambian y de que el número de personas que viven solas aumenta cada vez más. Esto, sin embargo, no es equivalente al fenómeno de la vejez. En este punto, es entonces necesario hacer distinción entre tres grandes conceptos que suelen colisionar y que en muchos contextos son utilizados de manera

indistinta, como si fueran sinónimos entre uno y otro. Estos son: el “vivir solo”, el estar “aislado socialmente” y el experimentar la soledad o “sentirse solo”.

El “vivir solo” es uno de los resultados del cambio demográfico que se está experimentando actualmente y transforma tanto los vínculos sociales como los relacionales. Se percibe hoy en día como algo cada vez más habitual y se reconoce como un “logro” a nivel social. Es, además, más frecuente en adultos y en personas mayores, pues, por lo general, el grupo poblacional de jóvenes no cuenta con los recursos económicos necesarios. No obstante, el impacto de este fenómeno puede tener consecuencias a nivel de las “vulnerabilidades” que el individuo potencialmente vivirá al aumentar sus necesidades de ayuda y de apoyo, como sucede en la vejez (Yanguas, 2021, pp. 141-142).

Estar “aislado socialmente” se refiere a la ausencia de relaciones sociales, no necesariamente se relaciona con el “vivir solo”. El aislamiento social es complicado de percibir y reconocer. Se da principalmente en función del sitio de residencia del individuo, así como de su estado de salud. Se ha visto que habitar en centros urbanos de gran tamaño aumenta esta probabilidad, en comparación a vivir en entornos más rurales (donde se construyen redes sociales intra e intergeneracionales más extensas). El estado de salud afecta de manera significativa este aspecto, considerando lo ya nombrado en el apartado de síndromes geriátricos, en los que la funcionalidad y dependencia de la persona mayor juegan un papel muy importante en su capacidad de relacionarse socialmente, así como de su necesidad de apoyo, de recursos y/o de acompañamiento a largo plazo (Yanguas, 2021, pp. 142-143).

También Yalom, en la *Psicoterapia existencial*, expone el término del “aislamiento interpersonal”, el cual por lo general se entiende como sinónimo de soledad, pero que en realidad se refiere al aislamiento de otros individuos y en el que participan múltiples factores, condicionando de esa manera un “aislamiento geográfico”. Este concepto es claramente diferente al “aislamiento existencial” descrito en el mismo texto, que consiste en la presencia de un aislamiento más profundo al referido respecto a otros individuos, sino a uno de carácter básico que es inherente a la existencia y que permanece a pesar del establecimiento de relaciones con otros individuos (Yalom, 1984, p. 427).

Es mediante este concepto que se puede comprender la diferencia entre un aislamiento social o interpersonal del término en sí del individuo que se siente solo, que vendría siendo parte del aislamiento existencial. Este carácter existencial se manifiesta en la sensación de soledad al alcanzar la edad avanzada (Yalom, 1984, p. 429).

“Sentirse solo” o experimentar la soledad es distinto tanto de estar aislado socialmente como de vivir solo. Por supuesto, al vivir solo y al estar en una situación de aislamiento social es enteramente posible sentirse solo, pero ello no se limita únicamente dentro de estas dos situaciones. La soledad se

encuentra más estrechamente relacionada con el aislamiento social (situación de ausencia de contactos sociales y vínculos) o “existencial” según Yalom, que con vivir solo o con otras personas. Es incluso posible que muchas personas que viven con otras se sientan solas. La soledad se caracteriza por un elemento casi exclusivamente subjetivo y se puede vivir prácticamente a cualquier edad (siendo claramente más significativo en las etapas en las que se dan transiciones y pérdidas de manera más frecuente). Se presenta de manera importante sin diferencia de género, de clase social o de nivel educativo. Además, se puede ver influenciado tanto por factores intrínsecos (respecto al individuo mismo) como extrínsecos (de su contexto) (Yanguas, 2021, pp. 143-144).

La soledad, entonces, es un concepto bastante complejo de definir. Sin embargo, se puede entender mediante diversos enfoques y perspectivas. Partiendo de la idea de que la soledad es una experiencia personal y subjetiva, algunos autores la definen como resultado de una autoevaluación del sujeto que juzga las características que considera deficientes respecto a sus relaciones sociales, en cuanto al no cumplimiento de sus expectativas de ellas (discrepancia entre lo que desearía y lo que es realmente) (Yanguas, 2021, pp. 150-151).

Otros autores definen la soledad como la ocurrencia no de “estar solo”, sino de la deficiencia de relaciones significativas o vínculos comunitarios que proveen un rol para el individuo dentro de la sociedad. Con todo, algunos autores la definen como una realidad inevitable del ser humano mediante el argumento de que “nacemos solos, vivimos solos y morimos solos” (Yanguas, 2021, pp. 151-153).

Aunque es importante definir y diferenciar los conceptos de “vivir solo”, estar “socialmente aislado” y “sentirse solo”, esta diferenciación no nos da un marco de comprensión de lo que realmente significa el fenómeno de la soledad durante la vejez. Los cambios en las dinámicas familiares y poblacionales influyen en la percepción de las personas mayores, por lo que se hace necesaria una reconceptualización respecto a este tema. Esto es especialmente relevante dado el rápido aumento de la población que vive sola y de las dinámicas que favorecen la independencia individual de las personas.

Sin embargo, dado que esto es un aspecto que hoy en día no se menciona de manera tan importante al hablar de la población de alta edad, es necesario destacar algunos matices relevantes. Esto permitirá un mayor entendimiento de la vivencia de la vejez desde esta perspectiva, considerando también la frecuente sensación de soledad que experimentan las personas mayores por el cambio de su rol dentro de la familia y de la autopercepción de “inutilidad” e “improductividad” mencionada más arriba.

La soledad propicia que se dé una sensación de aislamiento de los otros, por la que la persona siente que no tiene comunicación con los que la rodean. Se genera así un sentimiento de malestar emocional acompañado en múltiples

ocasiones de tristeza, melancolía, frustración, vergüenza, abandono, vacío, desesperación e indefensión. También, aparentemente se da una necesidad de intimidad con quienes están alrededor, no solo de interacción sino de un vínculo más profundo y real. Importante, además, porque la vejez es una etapa que frecuentemente se acompaña de pérdidas, de deterioro en el estado de salud de los individuos y de cambios de rol en la familia, de más vulnerabilidad y de necesidad de cercanía y compañía (Yanguas, 2021, pp. 157-158).

La vejez se presenta como una época de eventos importantes que generan en la persona mayor soledad. La persona de alta edad siente rechazo, incompreensión y separación, experimenta la falta de un proyecto vital y de una razón para vivir, que en ocasiones tiene que ver con la percepción de encontrarse al final de la vida (Yanguas, 2021, pp. 157-158).

Adicionalmente, se vive una situación de estrés y de desagrado debido a la ocurrencia de situaciones de demanda que pueden exceder los recursos y una sensación de imposibilidad debido a eventos como la necesidad de cuidado de la pareja que también es mayor, el aumento de la vulnerabilidad y dificultad para vivir de manera autónoma como en el pasado, así como el no saber dónde buscar ayuda en situaciones en las que se necesite (Yanguas, 2021, pp. 157-158).

Dado este panorama, es evidente que la soledad es un fenómeno complejo y doloroso para las personas de alta edad. Es especialmente susceptible a ser experimentado en la vejez, debido a las múltiples realidades que se afrontan en este momento de la vida. Por todo esto, es importante comprender la profundidad y el impacto que esta tiene sobre la calidad de vida de las personas y es necesario conocer algunas herramientas que pueden ser útiles para responder ante estas situaciones. A continuación, se enumeran algunas.

i. *El acompañamiento*. Aunque no es “solución” para todas las aristas de la soledad, es ciertamente un elemento esencial y apropiado. Sin embargo, no es la única herramienta y para una intervención significativa se debe actuar desde diferentes posiciones.

ii. *El empoderamiento*. Brindar recursos que capaciten a las personas en soledad para que aprendan a vivir con ella, mediante la gestión de las emociones y de la realidad.

iii. *Respuestas personalizadas combinadas con un trabajo colectivo*. Es fundamental abordar las situaciones concretas e individuales, teniendo en cuenta el contexto de cada persona mayor. Además, se deben implementar cambios en la comunidad a través de la concientización y la creación de espacios de colaboración. Estos esfuerzos contribuirán al fortalecimiento de redes de apoyo.

iv. *Sensibilización de la sociedad en general respecto a las relaciones sociales y la soledad*. Esto con el objetivo de ejercer un trabajo conjunto y una posición empática con aquellas personas que se puedan sentir solos y solas (Yanguas, 2021, p. 159).

## El escenario de salud en las personas mayores y la diversidad de género

### El envejecimiento según el sexo y el género

Envejecer es un proceso individual y diferente para cada persona. Cada ser envejece a su manera y según sus condiciones internas y externas; sin embargo, existen diferencias notables en cuanto al deterioro de la salud, una vez se analiza la variable de género. Envejecer como hombre, mujer y persona transexual implica exponerse a diferentes riesgos psicosociales y biológicos propios de las diferencias de la fisiología del influjo de las hormonas andróginas (Oksuzyan *et al.*, 2008, p. 3).

En términos psicosociales, las mujeres enfrentan mayores desafíos debido a la discriminación y la desigualdad de género en la sociedad, como ocurre, por ejemplo, en los casos de violencias basadas en género; falta de acceso y/o atención médica diferenciada por prejuicios; limitaciones a la autonomía económica, debido a la brecha salarial, la discriminación y el acoso sexual y laboral en el lugar de trabajo, solo por mencionar algunos escenarios. Además, tal y como se abordó, el enfoque interseccional denota que la marginalización y estigmatización suma condiciones de discriminación, como es el caso de la edad, la cual da lugar a la percepción de que las mujeres mayores son menos valiosas en la sociedad (Hall, 2007, p. 1).

En ese sentido, es menester resaltar que los factores biológicos del envejecimiento femenino están asociados, principalmente, a la menopausia. Este es un proceso natural en el que los ovarios agotan su reserva de óvulos y dejan de producir hormonas reproductivas (como los estrógenos y la progesterona) de forma abrupta, lo que conlleva a experimentar una serie de cambios hormonales y físicos conocidos como “climaterio”.

Ocurre la pérdida de protección de estrógenos frente a la salud ósea, cardiovascular y cerebral, y la protección contra cánceres de mama y de ovario, aumentando el riesgo de osteoporosis, infartos agudos de miocardio y trastornos neurocognitivos. Además, esta pérdida estrogénica ocasiona síntomas tales como cambios del estado de ánimo, sofocaciones, bochornos, diaforesis nocturna o sudoración y atrofia vaginal, lo que puede causar prurito (comezón), dispareunia (dolor o molestia durante las relaciones sexuales), disminución de la libido y otros síntomas que disminuyen la calidad de vida (Hall, 2007, pp. 1-2).

En contraposición, la vejez de los hombres (personas con órganos sexuales masculinos) en términos psicosociales se enfrenta a estereotipos de género que los obligan a mantener una imagen de fuerza y capacidad, lo que puede llevar a una falta de acceso a la atención médica y una introspección y prospección de los problemas de salud. También genera sentimientos de marginación debido a

la percepción de que los hombres mayores son menos valiosos en la sociedad (Oksuzyan *et al.*, 2008, p. 5).

De igual manera, los hombres pueden enfrentar mayores riesgos biológicos de enfermedades como la enfermedad de Parkinson y la enfermedad cardíaca a una edad más temprana en comparación con las mujeres. También pueden enfrentar mayores riesgos de aislamiento y depresión debido a que es más usual el retraimiento social y la pérdida de redes de apoyo (Oksuzyan *et al.*, 2008, pp. 5-6).

Respecto a la vejez de la población transexual, los riesgos biológicos, psicosociales y de salud son mayores respecto a la población cisgénero debido a los efectos del envejecimiento y a los riesgos adicionales asociados con el uso prolongado de hormonas sexuales, lo cual genera implicaciones directas en esta población (Lufkin *et al.*, 1988, p. 2).

Al respecto, es frecuente que las personas trans acudan al uso de la terapia de reemplazo hormonal [TRH] como opción para alinear sus características sexuales secundarias con su identidad de género. Sin embargo, como cualquier tratamiento hormonal, la TRH puede tener efectos secundarios y, aún más, riesgos potenciales a largo plazo (Lufkin *et al.*, 1988, p. 2).

En términos biológicos, las personas trans que han recibido TRH pueden tener un mayor riesgo de enfermedades como diabetes, osteoporosis, enfermedad coronaria o tromboembolismo venoso, y un notable aumento del riesgo de desarrollar algún tipo de cáncer de mama. El riesgo parece ser mayor en hombres transexuales (asignadas femeninas al nacer) que reciben terapia con testosterona, ya que puede causar un aumento en los niveles de colesterol [LDL] y triglicéridos, así como un aumento en la presión arterial, que sin duda cobrará más valor hacia la vejez (Lufkin *et al.*, 1988). Adicionalmente, las personas trans pueden experimentar un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual debido a la falta de educación y acceso a la atención médica adecuada, secundario a la discriminación y disgregación social (Lufkin *et al.*, 1988, p. 3).

Es de resaltar que estos riesgos son relativamente bajos y que el beneficio de la TRH para las personas trans en términos de mejorar su calidad de vida y bienestar psicológico a menudo supera los riesgos potenciales. A pesar de ello, es fundamental que las personas trans que reciben TRH se sometan a exámenes regulares y trabajen juntamente con un profesional de la salud para minimizar el riesgo de efectos secundarios y complicaciones.

Por otra parte, la cirugía de reasignación sexual es un procedimiento quirúrgico que busca modificar los genitales y las características sexuales secundarias de una persona para que coincidan con su identidad de género. Esta cirugía puede mejorar la calidad de vida, el bienestar psicológico y la satisfacción sexual de las personas transexuales a largo plazo. Además, la cirugía puede ayudar a reducir los sentimientos de disforia de género y mejorar la autoimagen y la

autoestima. No obstante, es relevante considerar los posibles efectos a largo plazo, como ocurre con la población trans envejecida, pues el historial de infecciones, cicatrizaciones inadecuadas, pérdida de sensibilidad, función y/o pérdida de la capacidad de sentir placer, además de dificultades para orinar o tener relaciones sexuales (Selvaggi y Bellringer, 2011, p. 3) están a la orden del día.

En términos psicosociales, las personas transexuales mayores pueden enfrentar desafíos adicionales debido a la discriminación y el estigma relacionados con la identidad de género. Así, experimentan aislamiento social, falta de apoyo y problemas de salud mental como depresión y ansiedad, dificultades para acceder a la atención médica y de apoyo adecuado debido a la falta de capacitación y conciencia sobre las necesidades de atención individualizada específicas de este grupo poblacional (Selvaggi y Bellringer, 2011, p. 3).

Normalmente el envejecimiento se trata de manera homogénea entre hombres y mujeres. Sin embargo, se ratifica que dicho abordaje es equivocado, pues desconoce dos premisas fundamentales: (i) las necesidades y los cambios en el estado de salud de hombres y mujeres difieren, por lo que debe contemplarse dicha distinción para la toma de decisiones en salud de las personas de alta edad; y (ii) es indispensable reconocer los componentes específicos entre los sexos durante el envejecimiento para otorgar tratamientos adecuados según las condiciones particulares de cada persona.

De otra manera, es importante fomentar la autopercepción, ya que la influencia la educación proporcionada para afrontarla. Sobre el particular, se reitera que el término “vejez” es una manta que cubre una gama de experiencias sociales y personales, pues la asociación del término con un periodo de inestabilidad y crisis emocional genera especial estigmatización a las mujeres por la interseccionalidad referida (Farré, 1997, pp. 36-37).

Otro punto de análisis es la desigualdad. Por una parte, el análisis demográfico demuestra que la esperanza de vida es mayor en mujeres. No obstante, las tasas de discapacidad, enfermedades cardiovasculares y tasas de dependencia también las aquejan de manera preferente.

Por último, frente a la actividad física, se resalta que presenta indicadores de menor participación de las mujeres mayores debido a la dedicación familiar, la falta de apoyo y la baja autoeficiencia percibida. Adicionalmente, el consumo de fármacos suele desencadenar excesiva medicalización en el envejecimiento para afrontar la menopausia. De igual manera, las brechas de ingresos e instrucción, así como la mayor propensión a la soledad de las mujeres, la desconsideración de la sexualidad femenina por parte de los servicios de salud, las expectativas y emociones truncadas, la violencia de género, entre otros factores innominados, repercuten en el estado de salud y en el envejecimiento saludable femenino de manera diferencial respecto a los hombres (Muñoz y Espinosa, 2008, pp. 306-308).

## **Población LGBTQ+ y envejecimiento: caso de la población transexual en Colombia**

Lejos de que la diversidad sexual afecte los procesos de envejecimiento, son los prejuicios y estereotipos los que promueven trabas al ejercicio del derecho a envejecer con salud y dignidad.

En la tesis *Aproximación al proceso de estigmatización social de las personas mayores LGBTQ+ en Antioquia, Colombia*, se describen casos como el de Sara, quien, siendo una mujer transgénero, ha vivido múltiples casos de discriminación en relación con su familia y trabajo, relegándola al trabajo sexual como medio de subsistencia. Al igual que ella, la comunidad LGBTQ+ es víctima de represión, discriminación y odio por parte de varias instituciones como la familia, el Estado y la religión, independiente de la edad de los y las afectadas (Restrepo *et al.*, 2020, p. 232).

De esa manera, siendo la esperanza de vida de la comunidad trans entre 35.5 y 41.25 años, en comparación con la esperanza de vida latinoamericana que es de 75 años, concluyen los autores del texto que, en la vivencia de las comunidades LGBTQ+, el estereotipo apunta al aislamiento y la soledad inherentes a las personas de alta edad (Ulises, 2013, p. 54).

Además, es recurrente la situación de pobreza, el debilitamiento de las redes de apoyo social y la exclusión, especialmente cuando se es persona mayor, pues propio de la pertenencia a la comunidad LGBTQ+: tiene un doble factor de discriminación que le obliga a vivir en el “closet”, lo cual les hace propensos a no contar con una pensión o un ingreso económico estable y que, conforme a la sociedad heteronormada, sean discriminados por el imaginario de que su sexualidad es inconcebible a esa edad o de que son seres asexuados (Restrepo *et al.*, 2020, p. 241).

## **Sexualidad en la vejez**

Una vez presentada la perspectiva de género en el envejecimiento y el componente teórico del envejecimiento desde el punto de vista biológico, se hace necesario, en esta sección, dar a conocer y ahondar sobre uno de los temas más controvertidos en torno a la población mayor: la sexualidad.

Si bien se tiene claro que la sexualidad es un componente determinante para los seres humanos por el hecho de ser seres sexuados, la escasez de estadísticas y de información que tratan este tema dentro de la población mayor es muy marcada (Loreto, 2006, p. 14).

En este sentido, la sexualidad se define como un constructo social que parte del concepto de “cualidad de ser sexuado o tener sexo”, y que no se limita a una serie de impulsos biológicos que pueden ser liberados o no. De ese modo,

es necesario reconocer que la sexualidad se presenta en dimensiones tanto biológicas como sociales y culturales. Adicionalmente, implica comportamientos, cogniciones y expresión de sentimientos que varían en forma y manifestación a lo largo de la vida (García y Ventura, 2022, p. 20).

La sexualidad es un área que cambia de significado para cada individuo dependiendo del contexto, el nivel educativo, la cultura, las creencias y los imaginarios en los que se desarrolla una persona. De allí la complejidad de su abordaje, especialmente dentro de la población mayor, pues frente a este grupo etario la sexualidad es de limitada discusión. Para este grupo poblacional se enmarca desde una percepción que niega la posibilidad de interés y actividad sexual a las personas mayores, y que genera mitos y tabúes que dificultan su goce y disfrute placentero como seres sexuados (Giró, 2006, p. 64).

Ahora bien, la sexualidad es un tema que no se puede interpretar sin comprender la vivencia subjetiva de las personas mayores. Por lo tanto, en este capítulo se exponen algunos mitos que rodean la sexualidad en la población mayor, la creciente necesidad de cambio social frente a estos y la importancia de este tema para la calidad de vida de las personas mayores.

### **Estereotipos en torno a la sexualidad en la población mayor**

Según Ana Dolores Llanos en *Fenomenologías de la sexualidad en el adulto mayor*, algunos de los mitos que más frecuentemente rodean el periodo de la vejez son los que se enlistan a continuación.

- *La vejez como una etapa casi totalmente asexualada.* Este aspecto se desarrolla dentro de un panorama en el que se considera la vejez como una época de la vida temida y rechazada, por lo que las personas mayores se sienten discriminadas al intentar expresar o vivir su sexualidad como lo hacían al estar en otras etapas de la vida. Esta idea viene estrechamente enlazada con la percepción de que es normal reducir la actividad sexual con el pasar de los años, la falta de deseo sexual, la pérdida de cualidades físicas consideradas atractivas, la exclusiva asociación del acto sexual con la reproducción y la negación del deseo sexual a las personas mayores (García y Ventura, 2022, p. 83).
- *La vejez como una etapa en la que las personas no son “sexualmente deseables”, o “las personas mayores no tienen deseo sexual”, e incluso la idea de que “las personas mayores no son sexualmente capaces”.* Se fundamenta en puntos de vista erróneos como los que afirman que la sexualidad femenina acaba al momento de llegar la menopausia, que el amor y la sexualidad son propiedad única de las personas jóvenes al representar “belleza y juventud”, que la población mayor no tiene intención ni posibilidad de vivir plenamente su sexualidad y de que las personas mayores no tienen orgasmos o que es dañino para este grupo

poblacional ejercer su práctica sexual con libertad (García y Ventura, 2022, p. 83).

- *Las mujeres mayores no deberían sentir deseo sexual.* La mera consideración ha desencadenado que una mujer de alta edad que refiere sentir deseo sexual pueda ser tachada con expresiones despectivas y discriminatorias como “prostituta” o “mujer caliente”, lo cual habilita socialmente a que se le trate con desdén por la población más joven e incluso por sus núcleos familiares debido al hecho de tener vida sexual activa (García y Ventura, 2022, p. 85).
- *Los hombres mayores sufren pérdida de la capacidad eréctil.* Esta apreciación determina cierto carácter asexuado e incapaz de mantener el deseo sexual, por una parte. En contraposición, la denominación del “viejo verde” para referirse al hombre mayor que se enamora o siente deseo sexual. Estas concepciones invisibilizan la dimensión sexual de las personas mayores (García y Ventura, 2022, p. 86).

### **Desmitificación de la sexualidad en la población mayor**

Por lo anterior, es evidente que los mitos en torno a la sexualidad de la población mayor no son solo factores que influyen en su vivencia personal sobre la sexualidad en sí misma, sino que son adoptados por la sociedad entera. Así pues, la sexualidad tiene un carácter cultural y, por ende, es fundamental la reconceptualización en lo que atañe a la población mayor. Este asunto está influenciado por concepciones individuales de la sexualidad, pero también por concepciones del núcleo familiar, de la religión y del contexto sociocultural de la persona, condicionando de manera significativa la etapa de la vejez en su ciclo vital (García y Ventura, 2022, p. 89).

Por ello, para desmitificar la sexualidad de las personas de alta edad es necesario concientizar a la sociedad respecto a que el envejecimiento es una realidad inevitable, y que la sexualidad sigue siendo parte de la naturaleza humana como ser sexuado, incluso en la vejez. Por ello, asumir una nueva visión o actitud ante la vejez requiere un cambio de percepción sobre el envejecimiento como un proceso de cambio y evolución progresiva. Se debe partir de la visión de la sociedad en general y de la posición propia de autoestima, autonomía y autoafirmación de las personas mayores y su entorno (García y Ventura, 2022, pp. 90-91).

Para lograr esta meta es necesario abolir los mitos y establecer una conversación con los integrantes del núcleo social de las personas de alta edad que permita asumir posturas conscientes de la propia sexualidad. De esa manera, el actuar no se debe limitar al rechazo, la prohibición o el desprecio, sino que debe permitir la “socialización” del compromiso a lograr una vida propia y digna,

con clara comprensión colectiva de las funciones vitales, incluso en la etapa de la vejez (García y Ventura, 2022, p. 91).

En consecuencia, se involucra no solo el empoderamiento de las personas de alta edad dentro de sus necesidades vitales, sino también el de sus núcleos familiares y la sociedad entera. La educación se convierte en un factor fundamental en esta área, pues es el pilar de la socialización que lleva a entender la experiencia cotidiana de los mayores como seres que sienten, piensan y actúan también desde su sexualidad (García y Ventura, 2022, p. 94).

### **Calidad de vida y sexualidad para las personas mayores**

Corolario de lo expuesto, es clave destacar que las personas mayores no son simples seres biológicos que se pueden definir y comprender desde un punto de vista meramente científico, o de las células y moléculas que lo comprenden. De igual manera, tampoco es viable su entendimiento social por su papel dentro de la estructura familiar que le asigna el rol de abuelo, abuela, madre, padre o persona en situación de abandono. En ese entendido, para abordar la calidad de vida de las personas de alta edad se ratifica la necesidad de contemplar la sexualidad como parámetro de sí mismo en su naturaleza humana de ser sexuado.

Por tal razón, es relevante tener en cuenta que, aunque la sexualidad es aún un tema tabú en la vejez, ciertamente las personas mayores siguen teniendo deseo e interés sexual. Lo anterior no limita el debate solo al acto sexual en sí, sino a cualquier manifestación sexoafectiva que opera de manera indistinta a cualquier edad. Además, la libre expresión de emociones y afectos influyen en la calidad de vida; también lo hace las relaciones interpersonales, la comunicación, el amor y la posibilidad de compartir y sentir placer, con o sin relaciones sexuales. En resumen, las relaciones personales en la vejez priorizan la “calidad de la relación”, pues impulsan sensaciones que parecen motivarle a iniciar o recibir estímulos y emociones (García y Ventura, 2022, p. 101).

A manera de conclusión, el deseo sexual está influenciado por aspectos físicos y biológicos, psicológicos y sociales (este al parecer es un importante modulador en la vejez) del ser humano. Múltiples fuentes y estudios demuestran que la sexualidad en la vejez no es un factor que se atenúe o elimine deliberadamente, sino que se relega e ignora por culpa de los prejuicios, lo cual impide que el deseo sea satisfecho o, al menos, expresado. Así, muchas personas de alta edad expresan sus propias vivencias y su experiencia como sujetos de deseo sexual que no se agota al terminar la juventud y que, sin embargo, no se satisface gracias a los prejuicios y estereotipos impuestos sobre sí mismos (García y Ventura, 2022, p. 104).

El bienestar personal e individual se alcanza fundamentalmente por el deseo natural de ser abrazado, acariciado, de tener intimidad y de ser amado,

y claramente la vejez es una etapa que no es inmune a este deseo. La salud física, mental y emocional se beneficia de una vida sexual activa y la idea de las personas mayores como seres humanos activos no está en contravía de los conceptos clásicos de sexualidad como un beneficio exclusivo de la juventud y la belleza. En ese orden de ideas, es imprescindible la construcción de un concepto de sexualidad saludable y activa en la vejez, sin preconcepciones negativas y mitificadas que influyan en la construcción social y personal (García y Ventura, 2022, p. 107).

### **Desmitificación biológica de la sexualidad en la vejez**

Ahora bien, es importante anotar como en el libro *Fenomenologías de la sexualidad en el adulto mayor*, en los capítulos “Mitos sexuales en personas de 65 a 75 años” y “Deseo erótico y bienestar en personas de 65 a 85 años”, se indica que “el sexo se asocia con belleza y juventud, y por ello conciben la sexualidad del anciano como una perversión” (García y Ventura, 2022, p. 82). Lo anterior fue ampliamente desarrollado en los acápites precedentes.

Sin embargo, la libido y el deseo erótico no desaparecen con la edad, puesto que en la especie humana el sexo no tiene exclusivamente un fin reproductivo. Así, pese a los cambios físicos y hormonales asociados con la edad, especialmente con el estado posmenopáusico de las mujeres, la sexualidad en las personas mayores únicamente haya limitación en la propia sociedad y el estigma. De esa manera, incluso contemplando dificultades de salud, se aclara que la administración de sildenafil para la disfunción eréctil, o la suplencia tópica de estrógenos en la atrofia vulvar son tratamientos avalados que mitigan estas condiciones. No obstante, la discriminación social persiste (García y Ventura, 2022, p. 106).

En esa medida, aunque la producción de hormonas sexuales, como, por ejemplo, la testosterona, la progesterona y los estrógenos puede disminuir, estas hormonas siguen teniendo niveles suficientes para mantener la libido y la respuesta sexual. Además, los órganos sexuales mantienen su estructura y función básicas en las personas mayores, pues de haber cambios fisiológicos el envejecimiento no implica una incapacidad total para disfrutar de la actividad sexual, la cual es parte del goce y disfrute individual e interpersonal (García y Ventura, 2022, p. 106).

La sexualidad humana es un fenómeno complejo que va más allá de lo puramente biológico, y factores psicológicos, sociales y emocionales también influyen en ella. Las actitudes positivas hacia el envejecimiento y la sexualidad, así como la comunicación abierta y la intimidad emocional con la pareja son aspectos clave para mantener una vida sexual satisfactoria, incluso en la vejez (García y Ventura, 2022, p. 93).

## Relación biológica y social del envejecimiento

A continuación, se aborda la dimensión social y su relación biológica con el envejecimiento desde dos posiciones: la perspectiva de la familia y la relación de la población mayor con la tecnología, con el fin de comprender a la población mayor y su interacción con los miembros de sus núcleos cercanos y los medios tecnológicos, lo cual se enmarca en las diferencias generacionales del pasado, el presente y el futuro.

### Las personas mayores y la familia

Partiendo de la definición de envejecimiento desde el punto de vista biológico, se tiene claro que el envejecimiento es un elemento inherente al proceso natural de la vida, de factores que van sucediendo y acumulándose desde el nacimiento hasta la “vejez”. Por lo tanto, el envejecimiento es una sucesión de eventos que se manifiesta al llegar a determinada etapa del ciclo de vida, generalmente a la edad de sesenta años en adelante, como aplica en el caso colombiano (Cubillos *et al.*, 2020, p. 3).

Este proceso está estrechamente ligado con las condiciones y circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y, por supuesto, envejecen. Es decir, con los ya definidos y abordados determinantes sociales de la salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009).

En ese sentido, aunque el envejecimiento se pueda considerar como un desarrollo progresivo a lo largo del ciclo vital, no alude exclusivamente a parámetros biológicos, sino que contempla lineamientos a nivel social y cultural como los procesos de salud-enfermedad, de acuerdo con las condiciones sociales que determinan el envejecimiento de los individuos. De ese modo, se refuerza la teoría multicausal-multifactorial y biopsicosocial de la enfermedad y su estrecha relación con el desarrollo colectivo de estos elementos (OMS, 2009).

Por ello, en este acápite se aborda la dimensión social de la vejez, teniendo en cuenta la exigencia de unos esfuerzos adaptativos de la dimensión biológica desde el escenario en salud. Especialmente se hará énfasis en el escenario familiar como estadio central, destacando algunos estereotipos que enfrentan las personas mayores y el fenómeno de la soledad en la vejez.

En ese sentido, frente al escenario familiar, cabe recalcar las dimensiones del debate, pues a través de las transformaciones sociales, económicas y políticas sociales se generan repercusiones sobre el concepto mismo de la familia, su estructura y sus funciones. Sin embargo, su pertinencia salta a la vista por su relación con el fenómeno de envejecimiento demográfico actual y futuro, pues se reitera el devenir del concepto de vejez y envejecimiento con el paso de los años y las generaciones, así como su significado en los roles que ocupan las personas de alta edad en el ámbito familiar (Ocampo, 2009, p. 1259).

Así, en aras de conceptualizar, la familia se define, según Smilkstein, como una unidad social básica, en la que dos adultos o más que pueden o no tener hijos adquieren el compromiso de nutrirse emocional y físicamente. Se comparten recursos como tiempo, espacio y dinero. Además, los miembros de dicha unidad funcionan en un sitio que usualmente da sensación de “hogar” (Ocampo, 2009, p. 1260).

Así mismo, se indica que la familia se determina, de manera parcial, por la cultura en la que se desarrolla, y funciona como un sistema conformado por muchas unidades que se retroalimentan unas a otras. Su estructura varía dependiendo de subsistemas que componen su organización, ya sea fraternal, parental o conyugal, entre otros. Adicionalmente, maneja sus propias dinámicas, reglas, límites, métodos de adaptación a los cambios y tipos de comunicación (Ocampo, 2009 p. 1260).

Las familias funcionan exponiéndose a diferentes factores biológicos, sociales y psicológicos que actúan en su proceso conjunto de salud y enfermedad. Se caracterizan por poseer una interacción intergeneracional específica de acuerdo con sus miembros, las metas y aspiraciones comunes, y por contar con su curso vital propio que se enfrenta a procesos de desprendimiento, encuentro, llegada de hijos, crianza, reencuentros, formación de nuevas familias derivadas, soledad consecuente de los miembros y muerte (Ocampo, 2009, p. 1261).

Así mismo, es menester indicar que existen distintos tipos de familia según sus necesidades y el contexto en el que se encuentran. Algunas clasificaciones abarcan la familia nuclear, extensa, monoparental, reconstituída, homoparental, separada, entre otros. Respecto a los adultos mayores, la familia en hogares multigeneracionales se divide en dos tipos de organizaciones: extensión ascendente o descendente. La primera refiere a que la persona mayor llega a vivir en la casa de un hijo adulto, y la segunda a que los nietos llegan a vivir en la casa de una persona mayor. Sobre el particular, llama la atención el aumento de hogares con extensión descendente, producto de mayores tasas de divorcios y nacimientos extramatrimoniales. Por el contrario, la extensión ascendente ha disminuido (Ocampo, 2009, p. 1261).

De ese modo, gracias a las nuevas formas de relaciones familiares se ha surtido una transformación caracterizada por la disminución de ajuste a normas sociales y mayor libertad individual de elección. La familia nuclear tradicional, que incluye solamente pareja e hijos, ha descendido considerablemente debido al aumento de mujeres en el campo laboral, el incremento de separaciones y divorcios, y el surgimiento de nuevas formas de familia. Estos cambios atienden al retraso de la edad en el primer matrimonio, la consolidación de las madres solteras, el aumento de hogares con jefatura femenina y el aumento de hogares unipersonales (Ocampo, 2009, p. 1261).

En este panorama, la persona de alta edad se configura dentro de dos categorías transversales determinadas por factores sociales, emocionales y psicológicos.

i. *La relación con los hijos durante la vejez.* De acuerdo con la teoría de la selectividad socioemocional, la vejez es un momento en el que el individuo más desea permanecer con seres queridos y significativos para sus vidas, por lo que tratan de permanecer más tiempo con sus hijos y mantener un vínculo fuerte con los nietos. Así, se construye la responsabilidad filial como una “obligación personal” de los hijos adultos hacia el bienestar de sus padres como personas mayores (Ocampo, 2009, p. 1266).

Sin embargo, es imperante atender al respeto de la autonomía de las personas de alta edad, pues, aunque requieren de ciertas ayudas y cuidados, aún son personas con su propia historia de vida, sus necesidades y derechos (Ocampo, 2009, p. 1266).

A pesar de ello, esto no sucede con la frecuencia que sería deseable, pues esta concepción de ayuda deviene en alta dependencia de las personas mayores de los hijos adultos, otorgando más responsabilidades de las debidas e implementando la autoidea de inutilidad y dependencia de los mismos padres. Si el caso corresponde a personas mayores que no tienen hijos, aumentará el sentimiento de soledad y lamento por estos hechos, intensificándose con el pasar del tiempo (Ocampo, 2009, p. 1267).

ii. *El papel del abuelo.* Es prioritario para la transmisión de valores y tradiciones sociales y familiares, además de que constituye un elemento reconceptualizador de la integración y el apoyo a otros familiares. Se cree que el papel que adquiere la persona mayor al volverse abuelo y colaborar con actividades de cuidado y crianza fomenta su deseo de sobrevivir y aceptar la propia mortalidad, todo esto mediante el ejercicio de un papel estabilizador, catalizador e historiador de la familia (Ocampo, 2009, p. 1267).

Estos son elementos positivos que destacan el papel que adquieren algunos adultos mayores en la familia. Sin embargo, se insiste en que la realidad de las familias varía con el tiempo y su estructura nuclear o extendida (Ocampo, 2009, p. 1267).

Otro punto de análisis es el matrimonio o la convivencia con la pareja durante la vejez, en el que se pueden enfrentar situaciones como la enfermedad, el deterioro progresivo, la imposición de responsabilidad de cuidado de otro adulto mayor o la muerte del ser amado. Estas situaciones pueden acarrear aislamiento del entorno, pérdida de la autoestima por la ruptura del vínculo y, eventualmente, efectos negativos en la salud mental (Ocampo, 2009, p. 1268).

Adicionalmente, la autopercepción como miembros infravalorados y la construcción de estigmas que les asocian a cargas económicas y emocionales también se debe considerar, ya que la vejez es un periodo de gran vulnerabilidad

y necesidad de apoyo dadas las situaciones de salud, económicas, sociales, culturales y familiares particulares de cada persona.

En resumen, el grupo poblacional de personas de alta edad seguirá aumentando y las relaciones intergeneracionales seguirán cambiando con el paso del tiempo. Por ello se requiere una reivindicación social en sintonía con el pronunciamiento del Dr. H. Mahler, exdirector general de la OMS, en el Día Mundial de la Salud el 7 abril de 1982:

Estudios recientes sobre individuos sanos demuestran que incluso a los 70 años de edad, estos pueden hacer mucho más que cuidar simplemente en sí mismos, están en condiciones de realizar una buena jornada de trabajo, utilizar su mente de una forma creativa, mantener relaciones de afecto y desempeñar un papel activo en la comunidad. En consecuencia, es preciso descartar la imagen estereotipada del viejo imposibilitado e inútil. (EFDeportes, s. f.)

Así, se hace urgente el cambio de percepción para que, desde el ámbito personal y familiar, el imaginario de inutilidad dado por el concepto de improductividad laboral y el eventual aislamiento social se reduzca, mejorando así su calidad de vida dentro de la sociedad en su conjunto.

### **La población de alta edad y la tecnología**

Desde la visión social del envejecimiento, es necesario abordar la realidad de las personas mayores respecto a la tecnología y cómo esta ha venido cambiando y modificando la sociedad actual. Como es sabido, la población envejece, ocasionando repercusiones en el ámbito tecnológico, en el cual se configura el elemento segregador de la “brecha digital”, dado por la imposibilidad del uso “universal” y con garantía de accesibilidad a la tecnología (Sánchez, 2007. p. 58).

Al respecto, sobre el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones [TIC] por parte de la población mayor, en las notas estadísticas del Dane, *Personas mayores en Colombia: hacia la inclusión y la participación*, se afirma que, según la ECV del 2020, un 36.3 % de las personas mayores de sesenta años o más utilizó Internet en cualquier lugar del país, en comparación con un 84.3 % de las personas entre quince y veinticuatro años. Igualmente, de las personas de sesenta años o más, solo un 12.4 % utilizaron computador en algún momento (Dane, 2021e, p. 92).

Adicionalmente, el grupo de personas de sesenta años o más presenta el porcentaje más alto (63.7 %) de personas que no utilizan Internet respecto a otros grupos etarios. En el grupo poblacional entre quince y veinticuatro años este porcentaje corresponde solo a un 15.7 % (Dane, 2021e, p. 95).

Ahora bien, es evidente que la brecha digital es significativa en el contexto colombiano y que las nuevas tecnologías de información y comunicación hacen parte fundamental de la vida diaria. Sin embargo, también es claro que el

desarrollo tecnológico ha hecho más prominente el elemento segregador para la población mayor, distanciando el uso de la tecnología y constituyendo un obstáculo para la inclusión social de las personas mayores (Sánchez, 2007, p. 58).

En la era digital actual, la tecnología y la inteligencia artificial [IA] se han convertido en herramientas indispensables para las actividades cotidianas. Sin embargo, esta rápida evolución ha dejado atrás a la población envejecida. La falta de familiaridad con estas herramientas y el limitado acceso a ellas ha creado una barrera que los excluye de diversos servicios y oportunidades, generando discriminación e invisibilización.

La brecha digital se manifiesta en varios aspectos. La falta de acceso a Internet, dispositivos electrónicos y las habilidades para usarlos limitan el acceso de los adultos mayores a servicios como la banca en línea, la telemedicina, la gestión de trámites públicos y la comunicación con familiares y amigos. Esta exclusión tecnológica resulta en discriminación, dificultando su participación activa en la sociedad, el acceso a información crucial y el ejercicio de sus derechos como ciudadanos, volviéndolos invisibles ante las instituciones y empresas que cada vez más basan sus procesos en plataformas digitales (Sánchez, 2007, p. 58).

Un ejemplo claro de esta discriminación es la dificultad que enfrentan los adultos mayores para solicitar citas médicas o realizar pagos de servicios públicos en línea. Además, la falta de familiaridad con las redes sociales los margina de las dinámicas de comunicación e información actuales, aislándolos socialmente.

Por lo anterior, es necesario facilitar el acceso a las nuevas tecnologías de información y comunicación para las personas mayores, mediante la eliminación de barreras tecnológicas y la reducción de la complejidad para su uso, fomentando la asequibilidad y posibilitando su uso universal con miras a fortalecer la comunicación y la conectividad digital (Sánchez, 2007, p. 59).

## Derecho a la salud

Abordados los aspectos teóricos de la salud en la vejez, es conducente analizar ahora el derecho a la salud, el sistema de salud y la epidemiología. Sin embargo, primero se debe examinar el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez, fundamentales en el propósito de abordar la exigibilidad del derecho a la salud en la población de alta edad. Este análisis se complementa en el siguiente capítulo con una revisión jurisprudencial constitucional y legal de otros derechos fundamentales conexos.

De acuerdo con el estudio realizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2018) titulado *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, la muerte suele tratarse como un hecho predictivo, lo que lleva a que “se trate a las personas mayores como cadáveres, aunque estén clínica y biológicamente vivas” (Cepal, 2018, p. 221).

Esta situación hace que las personas mayores sean el grupo demográfico más desprotegido ante la muerte.

Por lo tanto, es necesario que la organización de los asuntos relacionados con el final de la vida, tanto por parte de las familias como de los cuidadores y los prestadores de salud, cumpla con estándares adecuados. Esto permitirá que las personas mayores vivan en condiciones adecuadas hasta el final de sus vidas, asegurando una muerte digna (Cepal, 2018). Según la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, los Estados deben tomar medidas para que las instituciones ofrezcan a las personas mayores un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluyendo los cuidados paliativos (como se cita en Cepal, 2018).

Los cuidados paliativos son definidos por la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores como una “atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus vidas” (citado por Cepal, 2018, p. 222). Por consiguiente, los cuidados paliativos implican el manejo de toda sintomatología relacionada con la enfermedad, incluyendo el dolor, así como, “los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor” (como se cita en Cepal, 2018, p. 222).

En este sentido, los cuidados paliativos son parte integral del derecho a la vida y la dignidad en la vejez. Así mismo, constituyen una obligación jurídica para los Estados, dado que esta responsabilidad ha sido reconocida previamente por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, así como por el Relator Especial sobre la tortura, quien en su informe del 2013 estableció “que negar el alivio del dolor puede constituir un trato inhumano y degradante” (como se cita en Cepal, 2016, p. 226).

El derecho a salud es un derecho fundamental de alta complejidad por sus múltiples dimensiones de análisis. Carlos Lema, en su libro *Salud, justicia y derechos*, hace un esfuerzo por delimitar la definición y el contenido del derecho, pues históricamente ha tenido muchas acepciones. Así, según el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, la salud es el derecho a un nivel de vida adecuado que asegure, entre otras cosas, la salud misma, la asistencia médica y el seguro de enfermedad. En consonancia, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Pidesc], en su artículo 12, considera a la salud como el derecho al “disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental” (Lema Añón, 2010, pp. 37-40). En ese sentido, se ratifica el carácter de derecho complejo, “bien porque agrupa una serie de derechos diversos, o bien porque se despliega en una serie de elementos de alcance diferente” (Lema Añón, 2010, p. 41).

Adoptar una u otra definición es determinante para comprender el alcance del derecho, si es un asunto prestacional, de asistencia sanitaria o si es cuestión de grados en el que la importancia recae en satisfacer el estándar más alto del nivel de vida de la población. En este orden de ideas, Colombia parece adoptar la definición del Pidesc en aplicación del bloque de constitucionalidad, pues en la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional se hace un esfuerzo por esclarecer la naturaleza de este derecho, arguyendo que es constitucional, de carácter fundamental, y que se protegía por la vía de la conexidad con otros derechos fundamentales (a la vida, integridad personal y la dignidad humana), maximizando su alcance a través del reconocimiento de sujetos de especial protección.

A propósito de la definición que brinda el Pidesc, se “parte de que el derecho a la salud no ha de entenderse como un derecho a estar sano, sino más bien como un conjunto de libertades y derechos” (Lema Añón, 2010, p. 53). Libertades que abarcan el control de cada persona sobre su propia salud y su cuerpo, y derechos como la protección de la salud que brinde oportunidades para su más alto disfrute. Bajo esta lógica, la Sentencia T-760 de 2008 atiende a la existencia de facetas positivas y negativas del derecho a la salud, obligaciones de acción y omisión por parte del Estado, quien no intervendrá en aquello que se enmarque en las libertades de la ciudadanía, pero que creará condiciones que aseguren el goce efectivo del derecho (Corte Constitucional, T-760, 2008).

Respecto al debate por el carácter prestacional del derecho, la Corte Constitucional ratifica que todo derecho tiene facetas prestacionales y no prestacionales. Las primeras de cumplimiento inmediato y progresivo, que exigen, a su vez, que toda política pública cuente con un plan encaminado a asegurar el goce efectivo del derecho, con acciones reales y efectivas, y con garantía del derecho a la participación democrática al interior del sistema (Corte Constitucional, T-760, 2008).

Ahora bien, históricamente la Corte Constitucional ha protegido el derecho a la salud en aplicación del criterio de conexidad con otros derechos fundamentales. Sin embargo, desde la expedición de la Sentencia T-760 de 2008 se ha reconocido la autonomía e independencia del derecho fundamental a la salud en sí mismo (Corte Constitucional, 2008). De esta manera, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud, en cumplimiento de la Sentencia precitada, consagra en su artículo segundo la naturaleza y el contenido del derecho a la salud como derecho fundamental “autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo” (Ley 1751, 2015, art. 2).

Por otro lado, respecto al estándar de protección del derecho fundamental, llama la atención que la Sentencia T-760 de 2008 opta por la protección y la prestación de servicios, aun cuando no estuvieren contenidos en el pos (actual Plan de Beneficios en Salud [PBS]). Así, pese a la ausencia de regulación de un procedimiento para su reclamo en la Ley 100 de 1993, la Sentencia SU-480 de 1997 y pronunciamientos posteriores defienden la obligación de prestar el

servicio bajo un criterio de requerimiento con necesidad, pues siempre que una persona deba asumir un riesgo en salud y no cuente con sustento económico para ello, podrá exigir a las entidades prestadoras su garantía, aunque no se contemplase en el POS (Corte Constitucional, T-760, 2008).

Adicionalmente, esta protección será reforzada cuando se trata de ciertos sujetos, debido a que jurisdiccional y legalmente así ha sido reconocido para “niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad” (Ley 1751, 2015, art. 11).

En particular, se destaca el reconocimiento de la población adulta mayor dentro del catálogo de sujetos de especial protección en el interior del sistema de salud. No obstante, dicha formalidad se desdice con el diseño institucional del sistema de salud, el cual no adopta medidas concretas y suficientes para profundizar su protección.

## Sistema de salud colombiano

El Sistema General de Seguridad Social en Salud fue diseñado mediante la Ley 100 de 1993, en la cual se impulsó la transformación total del modelo de atención y de financiación de las prestaciones asistenciales y económicas a que tienen derecho las personas en Colombia. Por tal razón, a continuación, se expone el modelo del Sistema y sus principios, se presentan las etapas de atención en salud y, finalmente, se describen los aspectos relacionados con la afiliación y su financiación.

### El modelo de mercado

El sistema de salud colombiano es un sistema de mercado que, en palabras de Iván Jaramillo, hace referencia al “mecanismo por medio del cual se satisfacen las necesidades en salud por la vía de los pagos, con apoyo de la libre competencia, y proporcionalmente a los beneficios individualmente esperados” (Jaramillo Pérez, 1994, p. 22). Lo anterior es producto de la Ley 100 de 1993, que modificó significativamente el Sistema de Seguridad Social en Salud tal y como estaba concebido, pues requirió atender los desafíos que impedían garantizar la prestación del servicio y el derecho fundamental a la salud, modificando la forma de operación del sistema, pues,

el sssi y en especial el sgsss se estructuran en el contexto de la economía de mercado, del modelo de competencia regulada y del pluralismo estructurado bajo la figura de la concurrencia de particulares con ánimo de lucro, en la administración y prestación de los servicios de salud. El Estado, en todo caso,

conserva las potestades de inspección, vigilancia y control, y garantiza el servicio público y esencial de salud. Por eso, garantiza el derecho fundamental a la salud. En ese contexto, el SGSSS permite la coparticipación de las EPS e IPS privadas en el funcionamiento de su régimen contributivo y de su régimen subsidiado, en uso de su derecho a la libertad económica, de empresa y de competencia. Por tanto, el SGSSS entra en operación desde 1995 teniendo como entidades moduladoras del sistema, en la teoría del pluralismo estructurado, a las empresas promotoras de salud, y como prestadoras de los servicios de salud a las IPS. Las primeras, con claras funciones de aseguradoras del riesgo y de representantes entre los afiliados y las prestadoras. Las segundas, como proveedoras de los servicios contemplados en el POSC o en el POSC. (Gañán Echavarría, 2013, p. 261)

Como consecuencia de la reforma se estipularon los principios de la seguridad social como son la universalidad, la solidaridad y la eficiencia. Sin embargo, es lógico que la implementación de un modelo de mercado en la prestación del servicio de salud supone varios retos a la hora de satisfacer estos estándares. Por un lado, la universalidad es definida como “la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida” (Ley 100, 1993, art. 2), e implica la cobertura universal en salud. Se trata de un asunto de distribución de recursos y alcance respecto a la población colombiana, asunto con el que el país ha atravesado varias dificultades precisamente sobre el punto económico (Jaramillo Pérez, 1994, pp. 41-48).

Respecto de la solidaridad, el artículo 2 de la Ley 100 de 1993 señala que:

Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.

Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el régimen de Seguridad Social mediante su participación, control y dirección del mismo.

Los recursos provenientes del erario público en el Sistema de Seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables.

En resumen, el principio de la solidaridad es aquel que, por definición, más se ve afectado por la implementación de un sistema de mercado como es el modelo colombiano de seguridad social en salud. Anteriormente, el Instituto de Seguro Social representaba un modelo de reposición proporcional a la necesidad, en el que los aportes eran proporcionales a los ingresos y no se definían por los riesgos que asumió el usuario. Ahora, el cierre de un modelo semejante representaría que la población más vulnerable solo podría acceder a beneficios

más restringidos y estarían más expuestos a la enfermedad, contradicción que supone un riesgo inminente en la implementación de un modelo de mercado, aunque pueda combatirse con la intermediación de otros mecanismos como lo sería la recaudación de impuestos o solidaridad parafiscal (Jaramillo Pérez, 1992, pp. 48-57).

Finalmente, con ocasión a la eficiencia, la ley en mención, también en su artículo 2, lo define como, “la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente”.

Se trata entonces de un asunto de gestión y manejo de los recursos, proveer los “mejores servicios al menor costo posible”, lo cual supone la necesidad de implementar un modelo de competencia, pues si se establece un modelo de mercado con entidades privadas, en el que persista el monopolio de una de ellas, va a prosperar la corrupción y la precarización de los servicios, fenómeno que se combate con la coexistencia de varias entidades oferentes. De la misma manera, este modelo implica una aparente soberanía del consumidor para escoger la entidad a la que se afiliará, un fenómeno de descentralización y autonomía administrativa de las entidades, entre otros (Jaramillo Pérez, 1992, pp. 57-66).

Por otro lado, vale la pena referenciar la presencia de colisiones que sobrevienen entre el derecho fundamental a la salud y el derecho a la libertad económica, propias de la implementación de un modelo de mercado. Para estos efectos, es claro que:

El sgsss está basado en el equilibrio financiero, tanto del sistema como de las entidades e instituciones que en él participan. Precisamente, los requerimientos de reconocimiento y autorización de servicios de salud por parte de los afiliados y beneficiarios a las EPS y de los servicios a las IPS, en no pocas veces han provocado choques frontales entre los derechos en análisis. (Gañán Echavarría, 2013, p. 135)

### **Etapas de atención en salud**

La atención en salud es indispensable en la realización del derecho a la salud y en el cumplimiento de los objetivos mismos del sistema. Por ello, la legislación colombiana, desde el punto de vista institucional, se preocupa por diseñar mecanismos y determinar etapas claras de atención en la prevención, la promoción, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación de la enfermedad. En ese sentido, el artículo 162 de la Ley 100 de 1993 dispone que existe un plan obligatorio de salud, cuya garantía de acceso para toda la población corresponde al Estado, y que:

este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

En consonancia, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en su artículo 15, respecto a la prestación del servicio de salud, defiende que:

El sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

Es evidente que la legislación ha dado un paso importante en el reconocimiento del derecho a la salud como un derecho fundamental, y es responsabilidad del ente Estatal la protección y la garantía de la prestación servicio en salud, en cuanto mecanismo orientado a la realización del mismo derecho, comprendido por una serie de etapas claras, de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad.

### **Afiliaciones y financiación**

El sistema general de seguridad social en salud se encuentra regulado por la Ley 100 de 1993 y otras disposiciones, como la ley estatutaria 1751 de 2015, que han venido delimitando y desarrollando su alcance. A saber:

El sistema de salud en Colombia opera según un esquema de competencia regulada. En este esquema las Empresas Promotoras de Salud [EPS] son las responsables de garantizar la prestación de un paquete predefinido de servicios de salud a sus afiliados, conocido como el Plan Obligatorio de Salud [POS]. (Fedesarrollo, 2015, p. 355)

Por su parte, para efectos de la afiliación al sistema, la Ley 100 de 1993 regula la operatividad e indica quiénes son los participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS] de la siguiente manera:

A partir de la sanción de la presente Ley, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados. (Ley 100, 1993, art. 157)

En cuanto a los afiliados al régimen contributivo, los autores Hernando Torres Corredor y Diana del Pilar Colorado señalan que hacen parte del sistema como cotizantes los servidores públicos, pensionados, pensionados y

trabajadores independientes, y como beneficiarios el núcleo familiar del cotizante (Torres Corredor y Colorado, 2019, p. 65). Así las cosas, el “cotizante” será toda persona que, contando con un empleo, haga aportes periódicos al sgsss.

A propósito, es mandatorio indicar que la cotización “es un recurso parafiscal, por su carácter de recurso público con una destinación específica establecida legalmente” (Torres Corredor y Colorado, 2019, p. 105). El aporte mensual al sistema corresponde al 12.5 % del ingreso base de liquidación [IBC] que reporte el cotizante para dicho periodo, el cual se divide en 4 % para el trabajador y 8.5 % para el empleador, con excepción del caso del trabajador independiente, quien deberá asumir la totalidad de la carga prestacional por sí mismo. El [IBC], a su vez, “es el salario del trabajador dependiente o independiente que se toma como base para aplicar el porcentaje de aporte respectivo al momento de realizar la cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud” (Torres Corredor y Colorado, 2019, p. 109).

Respecto a los beneficiarios al sistema, conforme al artículo 100 de 1993, podrán ser los miembros del núcleo familiar del afiliado cotizante, compuesto por hijos, cónyuge o compañero permanente, y excepcionalmente, “a falta de cónyuge o compañera o compañero permite y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de este” (Ley 100, 1993, art. 163), entre otros.

Sobre el particular, llama la atención el mecanismo de protección alternativo del adulto mayor, pues a sabiendas de la alta tasa de dependencia económica de las personas de alta edad con sus hijos, se les otorga un papel secundario en la escala de afiliación. De esa manera, preocupa cómo la ley delega su protección en ausencia de otros miembros del núcleo familiar para poder ser beneficiarios del sgsss, pues pareciera una protección residual poco prometedora y protectora de las personas de alta edad.

Respecto a los integrantes del régimen subsidiado en salud, vale la pena hacer una breve referencia a lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016 que regula la materia. La norma señala que podrán afiliarse todas aquellas personas que, sin cumplir con las calidades para afiliarse al régimen contributivo, cumplen una serie de requisitos, entre ellos, la condición de vulnerabilidad económica y la participación en el Sisben niveles 1 y 2, o 3 cuando ya se era miembro del régimen, entre otros (Decreto 780, 2016, art. 2.1.5.1).

A propósito, se destaca la presencia de adultos mayores en centros de protección que operan como alternativa de protección de la población de alta edad respecto a su afiliación al sgsss. No obstante, igual que como se advirtió en el régimen contributivo, parece ser una garantía residual que deja desprotegida a gran parte de la población de alta edad; dado que el requisito es claro en su ubicación en centros de protección. Es decir, para ser miembros del régimen

subsidiado estas personas han de estar en situación de abandono y carecer total o parcialmente de apoyo familiar.

Ahora bien, con respecto al segundo ítem de financiación del sgsss, vale la pena hacer referencia a la entidad encargada de la administración de los recursos destinados al sector salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social (Adres), la cual entró a regir desde el primero de agosto del 2017. Dicha entidad fue introducida con la expedición del Decreto 1429 de 2016, modificado por el Decreto 546 de 2017, disposiciones que definieron las funciones y estructura de la Adres, respectivamente.

En concreto, los recursos que administra la Adres corresponden a los señalados en los artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015, incluyendo aquellos anteriormente conocidos como Fondo de Solidaridad y Garantía [Fosyga], el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud [Fonsaet], recursos del Sistema General de Participaciones, recursos de las Cajas de Compensación Familiar [CCF], entre otras fuentes de financiación (Adres, 2021, p. 2).

Específicamente, el Sistema General de Participaciones se compone de los recursos destinados a las entidades territoriales para la financiación de servicios varios, por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política. En el interior de estos recursos existe una distribución presupuestal, en la que el 4 % del monto total se destina a asignaciones especiales, y del 96 % restante para su distribución sectorial, el 24.5 % de los recursos son destinados al sector salud (Ministerio de Salud, 2016).

La totalidad de estos recursos son destinados para financiar una serie de servicios que componen, entre otros, el régimen subsidiado de salud, la salud pública y la prestación del servicio de salud en lo no cubierto por subsidio a la demanda (Adres, 2021, p. 3).

Igualmente, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) administra otros recursos provenientes de distintas formas de financiamiento, entre ellas destacan los aportes del Presupuesto General de la Nación, que se destinan a la financiación de Unidades de Pago por Capitación [UPC] a los regímenes tanto subsidiado como contributivo, así como las obligaciones señaladas en los artículos 237 y 245 de la Ley 1955 de 2019.

Adicionalmente, se incluyen recursos a cargo de las CCF. Específicamente, deben reconocer directamente ante la Adres, recursos del subsidio familiar a su cargo en virtud del artículo 217 de la Ley 100 de 1993, correspondientes al 5 % de los dineros que recaudan, “a más tardar el tercer (3) día hábil siguiente a la fecha límite establecida en las normas para el giro de los aportes del subsidio familiar por parte de los empleadores” (Decreto 780 de 2016, art. 2.3.2.1.9).

De igual manera, en virtud del artículo 2 de la Ley 1929 de 2018, las CCF que hayan administrado recursos en salud y/o se encuentren en proceso de liquidación, tendrán la posibilidad de acudir al Fondo de Solidaridad de

Fomento al Empleo y Protección al Cesante [FOSFEC] para retirar hasta un 40 % de sus recursos para satisfacer sus pasivos, quedando obligados a destinar al menos un 10 % de esos dineros apropiados para cumplir sus obligaciones con el sector salud.

Ahora bien, a propósito del Plan Básico de Salud, se encuentra financiado desde una perspectiva micro, haciendo referencia a la UPC, que consiste en el valor anual atribuible por afiliado al sistema a cargo de las EPS, y que para el 2022, en el régimen contributivo, experimentó un aumento histórico respecto del año inmediatamente anterior del 18.2 %; y en el régimen subsidiado, uno de 10.6 %, igualmente destacable.

En una perspectiva macro, referente al incremento de recursos destinados a mantener el aseguramiento, así como los servicios y tecnologías no cubiertos por el PBS que en el 2022 alcanzaron los 60.1 billones de pesos apropiados por la Adres para dichos fines, representa un incremento del 5.9 % respecto al 2021 (Casas Bustamante, 2022, p. 5).

Por otro lado, es claro que el sgsss debe asumir gastos relacionados con la prestación del servicio, atención de los afiliados y tratamiento de enfermedades; se sabe que estos gastos varían en concordancia con el grupo etario al que se dirijan. Por ejemplo, la población de alta edad tiende a ser más sensible a ciertas enfermedades que implican la necesidad de acudir a una atención especial y mucho más recurrente. En este mismo sentido,

mientras que solo el 63 % de los menores de 60 años requieren una atención en el año, el 91 % de los mayores de 70 años y el 85 % de las personas de 65 a 69 años requieren una atención. El número de atenciones en promedio por cada persona que la necesitó pasa de 4.6 a 7.6 entre los menores de 60 años y los mayores de 70. (Fedesarrollo, 2015, p. 371)

En concordancia con lo anterior, el sgsss debe asumir mayores costos en la atención en salud de la población mayor de sesenta años, y en la medida en que esta población sigue aumentando, mayores son los costos que debe asumir el sistema respecto a ella:

Además del incremento en la afiliación y del valor del paquete de beneficios, el gasto total en aseguramiento está determinado por el cambio de la estructura poblacional. La upc varía por edades: es más alta para los menores de 4 años y los mayores de 60. En la medida en que la población envejece, los mayores de 60 años comienzan a tener más peso en la población total, y el gasto en aseguramiento aumenta. (Fedesarrollo, 2015, p. 369)

### Cobertura y barreras de acceso a salud de la población de alta edad

La “cobertura” se refiere a la proporción de la población que tiene acceso a los servicios de salud. Es un indicador que muestra el grado de protección y atención que se brinda a la población en términos de salud (Restrepo-Zea *et al.*, 2014). De igual manera, también se refiere al porcentaje de personas aseguradas por el sgsss, el cual ha experimentado un aumento significativo en los últimos años (Ayala, 2017).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], al año 2020 la tasa de aseguramiento correspondía al 95.97 % (Cubillos, 2020). Por otro lado, para el 2021 la cobertura de aseguramiento en el sgsss era del 100 % en las personas de alta edad (Minsalud, 2021). Aunque no siempre se ha mantenido así. Existen reportes de la variación en el acceso desde 1997 al 2012 en los que la población entre los 50 a 75 años presentaba un porcentaje de 84 % a 1997, con una variación negativa al 2012 pasando a 78.8 %, disminuyendo cerca de un 5.4 %, la mayor tasa de disminución respecto a los demás grupos de edad (Ayala, 2017).

La opinión generalizada sobre el sgsss resalta el hecho de que las reformas introducidas por la Ley 100 de 1993 lograron alcanzar una cobertura prácticamente universal de la población colombiana. Sin embargo, aunque formalmente todas las personas colombianas tengan garantizado recibir servicios de salud, en la práctica existen barreras de acceso que impiden que el goce del derecho sea efectivo, que se interponen entre el usuario y el sistema. La población de alta edad no es ajena a estas barreras.

Se entiende “acceso” como a la capacidad de recibir y solicitar servicios de salud por parte de los usuarios, así como a la responsabilidad del usuario de llevar a cabo el proceso de solicitar el servicio. Así mismo, se refiere a las garantías de servicios que ofrecen las instituciones mediante la contratación o la instalación de una oferta adecuada (Restrepo-Zea *et al.*, 2014). El acceso a los servicios médicos también es definido como el porcentaje de personas que utilizan los servicios cuando los necesitan, el cual ha disminuido en el mismo periodo. Esto indica que, aunque las personas estén aseguradas, pueden enfrentar barreras que les impiden recibir atención médica (Ayala, 2017).

Algunas barreras son: la falta de infraestructura en zonas rurales, la escasez de profesionales de la salud en áreas remotas, la desigualdad en el acceso a servicios especializados y el alto costo de los tratamientos médicos. Distintas limitaciones contribuyen a la exclusión y acentúan las desigualdades en la salud, afectando especialmente a las poblaciones más vulnerables, como son las personas de alta edad (Ayala, 2017).

Múltiples barreras se han identificado que impiden el goce del derecho fundamental a la salud para las personas de alta edad. Algunas barreras son

de tipo geográficas, socioeconómicas, administrativas, jurídicas, entre otras (Agudelo-Suárez *et al.*, 2014; Álvarez y García, 2016).

Las barreras geográficas representan obstáculos para acceder a los servicios de salud de manera oportuna y adecuada. Pueden surgir debido a la ubicación de las comunidades, la falta de infraestructura de comunicación adecuada o la distribución física de los servicios de salud. Se experimentan tanto en áreas urbanas como rurales y se ven influenciadas por el contexto centro-periferia. En las ciudades, en especial, se presentan por el fraccionamiento de los servicios de salud en diferentes instituciones. Esto implica desplazamientos extensos dentro de la ciudad o entre municipios, agravado por restricciones económicas, distancias significativas y dificultades de transporte (Álvarez y García, 2016).

En las zonas rurales, las distancias que deben recorrer las personas para acceder a los servicios de salud son considerablemente grandes. Esto provoca que una gran proporción de la población no busque atención médica, incluso pasando largos periodos de tiempo sin acudir. Los usuarios deben encontrar formas de financiar sus desplazamientos, ya sea buscando apoyo de conocidos y familiares para proporcionar transporte o solicitar préstamos de dinero. En ocasiones, algunos usuarios deciden pagar exámenes de manera particular, debido a que los costos de desplazamiento al lugar donde se encuentra el servicio contratado por la EPS pueden resultar más costosos en términos de tiempo y gastos (Álvarez y García, 2016).

Es importante destacar que la distancia no solo se refiere a la dimensión espacial, sino también puede tener implicaciones económicas o sociales. La falta de recursos, o la falta de familiaridad con determinadas áreas de la ciudad, lleva a que los usuarios prefieran acceder a los servicios de salud a través de urgencias. Algunos usuarios, debido a la dificultad para obtener una cita o los largos tiempos de espera, acuden al farmacéutico con el fin de adquirir productos que puedan ayudarles con su problema de salud o para sobrellevar su situación, hasta que puedan acceder a la cita médica o especialista (Álvarez y García, 2016).

En cuanto a las barreras socioeconómicas, se ha evidenciado que estas empeoran y limitan aún más su acceso a los servicios de salud. Aunque ha habido incrementos en la supervivencia, no se han logrado mejoras comparables en el bienestar económico, social y en las condiciones de salud. Mientras que en Estados Unidos un bajo porcentaje de personas mayores expresa tener una salud regular o mala, en América Latina la mayoría de las personas mayores informa tener una salud regular o mala. El contexto social y económico de la región complica el manejo de los problemas de salud de las personas adultas mayores. Un alto porcentaje de entrevistados en estudios indicó no tener recursos suficientes para cubrir sus necesidades diarias. Lo que está determinado

por la situación de pobreza y carencia de pensión o empleo remunerado que vive buena parte de las personas mayores de 65 años (Álvarez y García, 2016).

Por otra parte, la necesidad de incurrir en gastos propios con miras a acceder a servicios de salud o medicamentos es una fuente importante de desigualdad. A medida que disminuye el nivel socioeconómico, aumentan las dificultades para acceder a la atención médica. Aquellos con un nivel socioeconómico muy bajo no tienen acceso a la atención en salud. Tradicionalmente, la familia ha sido un apoyo fundamental en la sociedad, tanto en términos sociales como económicos. Sin embargo, los cambios en la estructura familiar han llevado a que, en ocasiones, la familia también se convierta en una barrera para el acceso a la salud, especialmente en el caso de las personas adultas mayores (Álvarez y García, 2016).

Los procesos de modernización, el modelo global de desarrollo económico y la transición demográfica han generado diversidad y heterogeneidad en los países latinoamericanos. Además, el crecimiento económico lento y desigual ha generado pobreza e inequidad. La modernización ha llevado a una mayor especialización de las instituciones y a la concentración de funciones afectivas en la familia, mientras que otras instituciones asumen funciones tradicionalmente familiares. Esto ha debilitado los lazos de dependencia mutua entre los miembros de la familia y ha transformado las relaciones interpersonales (Álvarez y García, 2016).

Finalmente, las barreras administrativas, se refieren a las dinámicas y los procesos burocráticos que dificultan el acceso a los servicios de salud. Se ha observado que los pacientes que solicitan atención médica, especialmente en casos de urgencia, deben enfrentar múltiples procesos administrativos antes de recibir la atención necesaria. Estos procesos incluyen la identificación del afiliado, la verificación de derechos y la obtención de autorizaciones, con el objetivo de caracterizar al paciente según su régimen de afiliación y aseguradora. Estos trámites suelen ser complejos y las bases de datos utilizadas para gestionar la información pueden presentar deficiencias en términos de inconsistencias y actualización, lo que retrasa aún más el acceso a los servicios de salud (Álvarez y García, 2016).

Se ha identificado que la integración vertical y la fragmentación de los servicios de salud constituyen otra barrera administrativa significativa. Si bien el sistema de salud permite que la atención básica sea brindada por el mismo asegurador, se observa una fragmentación en el acceso a niveles de atención superiores, lo que afecta el bienestar de los adultos mayores. Tanto los usuarios como los profesionales de atención primaria han expresado percepciones negativas sobre las aseguradoras y las redes de instituciones prestadoras de servicios de salud, considerándose obstáculos para el acceso de los pacientes a la atención médica. Esto indica discrepancias importantes con los gestores

de las entidades prestadoras de servicios de salud y los profesionales de atención especializada, lo que dificulta aún más el acceso a los servicios necesarios (Álvarez y García, 2016).

La falta de coordinación entre los diferentes niveles y lugares de atención, la duplicación de servicios, la infraestructura subutilizada y la prestación de servicios en lugares inapropiados, como, por ejemplo, hospitales, también contribuyen a la fragmentación y a la dificultad de acceso a los servicios de salud. Esta falta de coordinación y congruencia con las necesidades de los usuarios se ha observado en los sistemas de salud de América Latina, generando una pérdida de continuidad en la atención y dificultades en el acceso a los servicios adecuados. Mientras que los actores encargados del aseguramiento y la prestación de servicios de salud tienen acceso diario a esta información debido a su naturaleza laboral, los usuarios, especialmente los adultos mayores, carecen de acceso a la misma. Esto crea una barrera administrativa, ya que los adultos mayores dependen de referencias subjetivas y pueden no estar completamente informados sobre sus derechos y opciones en el sistema de salud. Esta desigualdad en el acceso y conocimiento de la información brinda una ventaja informativa a las entidades responsables de la materialización del derecho a la salud, dificultando aún más el acceso de los adultos mayores a los servicios de salud necesarios (Álvarez y García, 2016).

## Epidemiología de la población de alta edad en Colombia

Como se mencionó más arriba, hoy en día se está experimentando un proceso de envejecimiento poblacional. Según la OMS, hablando más concretamente sobre las afecciones más frecuentes a nivel mundial, hoy en día se destacan la pérdida de la audición, las cataratas y los problemas de la refracción, problemas osteoarticulares como dolores de espalda, cuello y osteoartritis, las neumopatías obstructivas crónicas, trastornos metabólicos como la diabetes y enfermedades como la depresión y la demencia (OMS, 2022).

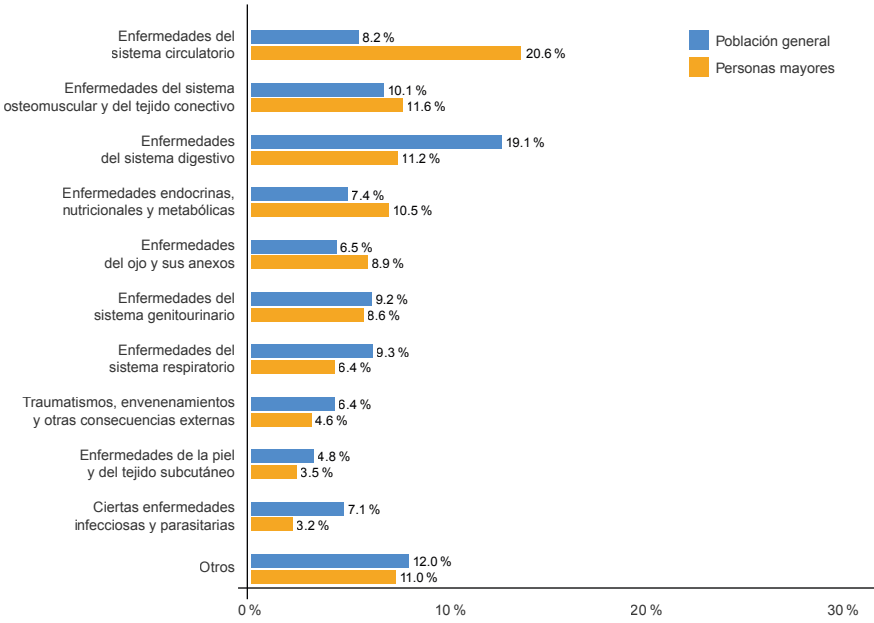
Respecto al envejecimiento en la región de las Américas, de acuerdo con la OPS, también el proceso de envejecimiento poblacional es marcado. Se estima que, en la región, para el 2022, el número de años vividos con al menos una discapacidad para la población de ochenta años o más había aumentado casi un 77 % durante la última década y media (OPS, 2022).

En Colombia, así como en la mayor parte de la región de LAC, el enfoque diferencial en salud encuentra la existencia de grupos étnicos y raciales, además de distintos grupos vulnerables que requieren un análisis diferenciado a la hora de entender su situación en salud. En ese sentido, existen distinciones

estadísticas en la prevalencia e incidencia de algunas patologías para las personas mayores, en comparación a la de otros grupos etarios (Huenchuan, 2018, p. 88).

Según los Boletines Poblacionales: *Personas Adultas Mayores de 60 años* (corte a junio de 2020), en Colombia, de acuerdo con el RIPS con el mismo corte, los principales diagnósticos de las personas de sesenta años o más, durante el primer semestre del 2020, correspondieron a enfermedades del sistema circulatorio (27.3 %), enfermedades endocrinas (11.4 %) y enfermedades del sistema osteomuscular (10.4 %). Bastante similar al comportamiento en la población general, exceptuando de los diagnósticos, los relacionados con enfermedades del sistema digestivo (16.3 %), estos representan el principal diagnóstico a nivel nacional. Para ese momento se hace relevante mencionar los diagnósticos relacionados con las enfermedades del sistema respiratorio, esto debido a la situación de contingencia relacionada con el COVID-19, ya que representaron un 5.2 % para este grupo poblacional (séptimo lugar) (Cubillos *et al.*, 2020, p. 9).

**Figura 18.** Principales diagnósticos de las personas de sesenta años o más respecto a la población general



Fuente: elaboración propia a partir de Cubillos *et al.* (2020, p. 9).

En el área de la salud mental, dentro de la población mayor, al demandar servicios en salud fue diagnosticada con enfermedades mentales y del comportamiento en una proporción del 2.7 % frente a un 3.2 % para la población general. Dentro de este grupo, los principales diagnósticos encontrados durante el mismo periodo fueron trastornos neuróticos relacionados con estrés en un

29 %, seguido por los trastornos mentales orgánicos en un 28 %, y al final los trastornos del humor en un 25.3 %. Esto trae como conclusión que dentro del panorama de la salud mental, en comparación con la población general, los trastornos relacionados con estrés y los trastornos del humor representan proporciones parecidas, a diferencia de los trastornos mentales orgánicos que hasta el momento parecían ser el principal diagnóstico para las personas mayores y se presentaban en mayor proporción respecto a los diagnósticos de las enfermedades mentales totales; este tema complejo de abordar ya se profundizó en la sección de salud mental y patologías neurocognitivas (Cubillos *et al.*, 2020, p. 9).

Ahora bien, llevando la discusión a un panorama más internacional, mencionaremos a Chile como referente comparativo. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, se menciona mediante el documento de trabajo sobre *Envejecimiento en Chile: Evolución, características de las personas mayores y desafíos demográficos para la población*, que la caracterización epidemiológica del país se puede observar a través del análisis de las principales causas de muerte de personas mayores entre el 2010 y el 2019. En primer lugar, se encuentra que la principal causa de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio (igual que en Colombia), con un total de muertes de 28.2 % de todas las personas mayores. En segundo lugar, se encuentran las causas de muerte relacionadas con tumores malignos con un 26.3 % para el 2019, luego se tiene como tercera causa las enfermedades del sistema respiratorio con un 14.5 % total de defunciones y, finalmente, en cuarto lugar, las enfermedades relacionadas con el sistema digestivo, que en Colombia se menciona en los boletines dentro de los principales diagnósticos realizados a nivel nacional (Rojas *et al.*, 2022, pp. 67-68).

Es importante mencionar que en el documento de trabajo de Chile se hace distinción según el sexo de las personas fallecidas, mencionando que los hombres mayores en el 2019 tuvieron como principal causa de defunción las enfermedades originadas por tumores malignos con un 28.3 %. Y que, para las mujeres, la principal causa fueron enfermedades del sistema circulatorio en el 2019 con 28.2 %, y luego las enfermedades relacionadas con tumores malignos, siendo un 24.4 %. Es necesario acotar este punto, pues en los boletines poblacionales de Colombia no se hace distinción entre sexos dentro de los datos adquiridos (Rojas *et al.*, 2022, pp. 68-69).

## La situación de la COVID-19 en la población de alta edad

Con todo eso, para entender mejor la salud de la población mayor es necesario recordar que la realidad del panorama actual se pinta en el escenario de una era pospandemia y que la COVID-19 fue un evento muy significativo para

la humanidad. COVID-19, que es la enfermedad provocada por el virus del SARS-CoV-2, parte de una gran familia de virus llamados coronavirus (Acevedo Moreno y Guevara Díaz, 2021, p. 92) .

Los síntomas comunes se caracterizan por la fiebre, la tos seca, el cansancio y otros como el dolor de garganta, la congestión nasal y la rinorrea (exceso de secreción nasal de moco). Sin embargo, la COVID-19 no siempre se limita a una simple “gripe” y la presencia de comorbilidades preexistentes del individuo o el hecho de que pertenezcan a grupos vulnerables —como el de las personas mayores— incrementan el riesgo de progresar a una enfermedad más grave, e incluso la muerte. Se cree que la manera en que cada persona se vea afectada por la COVID-19 depende de su salud física y mental, entre muchos otros factores (Acevedo Moreno y Guevara Díaz, 2021, p. 92).

Así pues, la OPS afirmó que las personas mayores habían sido las más afectadas por la COVID-19 en la región de las Américas. De acuerdo con algunas cifras, la incidencia de contagios en este grupo es mayor a cualquier otro, y lo más importante es la mortalidad que produce. En esta área geográfica se tiene que, respecto a otros continentes, se presentaron el número más alto de casos (con 35 511 445) y de fallecimientos (con 858 406) por COVID-19 en el 2020. Colombia estuvo entre los doce países con mayor incremento de casos acumulados a final del 2020 y principios del 2021 (Acevedo Moreno y Guevara Díaz, 2021, p. 93).

Para Colombia, según datos al 21 de enero del 2021 y contando desde el 6 de marzo del 2021, los fallecidos en el grupo mayor de sesenta años sumaban más del 70 % de letalidad acumulada. En proporción, un 26.6 % ocurrió entre el grupo de 70-79 años, un 7.5 % entre el de 60-69 y un 22 % entre el de 80-89 años. Esto demuestra que este grupo es uno de los más afectados por este evento en salud (Acevedo Moreno y Guevara Díaz, 2021, p. 97).

La vacunación contra el COVID-19 ha demostrado ser una herramienta fundamental para reducir significativamente la mortalidad en este grupo poblacional, lo que ha contribuido a mantener estable, e incluso disminuir, la cantidad de diagnósticos y muertes por COVID-19 en la población general. Los recientes boletines epidemiológicos han mostrado una disminución sustancial en las tasas de mortalidad por COVID-19 entre los adultos mayores de sesenta años. En el 2023 se registraron 838 muertes en personas mayores de sesenta años relacionadas con este virus o con complicaciones derivadas de él, en contraste con los 858 406 fallecimientos registrados en el 2020 (Acevedo Moreno y Guevara Díaz, 2021, p. 93). Esta reducción en la mortalidad se atribuye a la capacidad de las vacunas para prevenir la infección por COVID-19 y disminuir la gravedad de la enfermedad en quienes la desarrollan.

Para finalizar, es fundamental tener en cuenta que los datos epidemiológicos pospandemia son bastante diferentes a los prepandemia. Aun así, las

enfermedades no transmisibles son de las más prevalentes en este grupo (como ya se mencionó). Adicionalmente, cabe resaltar que la presencia de estas enfermedades aumenta el riesgo de mortalidad por COVID-19, y que para el grupo de personas mayores esto es un rasgo distintivo e imposible de ignorar el impacto de este evento epidemiológico. Así mismo, la presencia de enfermedades no transmisibles en la población mayor ha sido y no dejará de ser muy significativa (Acevedo Moreno y Guevara Día , 2021, p. 97).

## Conclusiones y recomendaciones

Para finalizar esta sección del documento se presentan las conclusiones más importantes de todo lo abordado a lo largo del capítulo, desde la perspectiva del vivir bien y envejecer mejor: una mirada integral a la salud en la tercera edad.

### Conclusiones

Sobre el envejecimiento biológico, cognitivo y la salud mental se concluyen los puntos que se enlistan a continuación.

- *El ciclo de vida es un proceso continuo desde el principio de la vida hasta el final.* En primer lugar, el envejecimiento biológico en general se expone desde el ciclo de vida como un proceso que sucede desde el principio de la vida y se explica mediante mecanismos moleculares a nivel celular, a nivel de los órganos y sistemas, y finalmente a nivel del cuerpo como estructura completa. Todos estos aspectos afectan al individuo envejecido de diferentes maneras.
- *Los síndromes geriátricos son situaciones complejas que influyen sobre la calidad de vida de las personas mayores y que además se encuadran en un marco de “vejismos”.* Lo anterior va de la mano con los mencionados síndromes geriátricos, los cuales se definen como situaciones complejas de salud de la persona mayor enferma crónica que, por lo general, no se presentan como cifras significativas dentro de informes poblacionales y demográficos. Ahora, representan importantes afectaciones de la calidad de vida para las personas mayores. Especialmente son: inmovilidad, inestabilidad y caídas, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo. Se resalta el hecho de que dentro del personal de la salud estos síndromes frecuentemente se pasen por alto y se encuadran en una perspectiva de “vejismos”, restando importancia en torno a su prevención, diagnóstico y tratamiento tempranos.
- *La salud mental juega un papel fundamental en situaciones de abandono, institucionalización y suicidio en la vejez.* La salud mental adquiere un papel fundamental como piedra angular en el tratamiento integral

de los pacientes mayores, presentando grandes implicaciones neurocognitivas que podrían dificultar su tratamiento y llevar al deterioro de su calidad de vida. Funge como factor de riesgo en situaciones de abandono, institucionalización e incluso de suicidio. Además, es claro que las enfermedades mentales vienen en aumento y razonablemente tenderán a aumentar debido al inevitable envejecimiento de la población colombiana en general.

Sobre los fenómenos psicosociales en la vejez se enlistan las siguientes.

- *La institucionalización de los asilos para la población de alta edad se caracteriza por la limitación y el aislamiento social.* Los centros de residencia para personas mayores se caracterizan por la homogeneización de su atención y la satisfacción únicamente de “necesidades básicas”. En estos lugares suelen terminar estas personas por el abandono o el aislamiento social de sus familias. La decisión familiar y la carencia institucional de estos lugares condenan a miembros de este grupo etéreo a vivir la última etapa de su vida, de manera que no se respeta su autonomía y su dignidad. Se hace patente aquí también la discriminación en la vejez.
- *La soledad es un fenómeno complejo que se manifiesta de manera significativa en la vejez, comprender su definición es fundamental para contextualizar el tema del envejecimiento.* Dentro de este panorama se resalta la soledad, cuya definición se puede entender como un fenómeno diferente al de “vivir solo” y al de estar “aislado socialmente”. Este fenómeno se entiende como uno complejo de dimensionar durante la vejez, dados los cambios en las dinámicas generacionales y poblacionales de este grupo. Por lo anterior, es necesario comprender esta definición para brindar algunas herramientas con el fin de tratarlo sin estereotipos.

Respecto a los estereotipos del envejecimiento, la diversidad de género y la sexualidad en la vejez, se enlistan las conclusiones a continuación.

- *Las mujeres enfrentan retos particularmente más complejos debido a discriminación y desigualdad de género.* A pesar de que el proceso de envejecimiento es, en general, similar para todos los individuos, existen notables diferencias en el deterioro de la salud relacionadas con el género. Las mujeres particularmente pueden llegar a enfrentar mayores retos psicológicos y sociales, debidos principalmente a la discriminación y a la desigualdad de género, así como a la violencia, a la falta de acceso a la atención sanitaria, a la inseguridad económica y a la marginación social que este grupo etario y de género enfrentan en sí mismos.
- *La menopausia es un factor biológico que provoca importantes cambios hormonales y físicos para las mujeres durante el envejecimiento.* Los factores biológicos que afectan al envejecimiento de las mujeres están relacionados principalmente con la menopausia, un proceso inherente

del género femenino que puede provocar importantes cambios hormonales y físicos, incluidos un mayor riesgo de osteoporosis, infartos de miocardio y trastornos cognitivos.

- *Los hombres enfrentan expectativas de género estereotipadas que condicionan situaciones de aislamiento social y deterioro de la salud mental.* Por otro lado, para el caso de los hombres también se cuenta con ciertas particularidades. Pueden enfrentar marcadas expectativas de género estereotipadas que les impiden buscar asistencia sanitaria. Estas situaciones, además, los pueden llevar a experimentar complejas condiciones de aislamiento social y de deterioro de la salud mental, expresándose entonces mediante cuadros de depresión y/o ansiedad.
- *El envejecimiento implica riesgos biológicos, psicosociales y sanitarios para las personas mayores transexuales.* Respecto al envejecimiento de las personas transexuales, este proceso puede implicar mayores riesgos biológicos, psicosociales y sanitarios, especialmente relacionados con el uso a largo plazo de hormonas sexuales, lo que conlleva un aumento de los niveles de colesterol LDL y triglicéridos, así como al desarrollo de hipertensión arterial. Todo esto acompañado de un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, debido a la falta de educación respecto a estos temas dentro de este grupo particular, condicionando por mayores dificultades de acceso a la atención médica, por motivos relacionados con salud sexual en la población transexual.
- *A pesar de que la sexualidad es un área de gran importancia para la calidad de vida de las personas, es ampliamente mitificado durante la vejez.* Respecto a la sexualidad en la población mayor, se reconoce que este es un tema que siempre ha sido sesgado y tomado como tabú. Constantemente ha estado rodeado de múltiples mitos respecto a la actividad y la vida sexual de las personas mayores que desmejoran su calidad de vida, pues se sabe que la sexualidad está determinada no solo por aspectos biológicos, sino también psicológicos. Estos mitos se caracterizan por ser percepciones estereotipadas del concepto que se tiene hoy en día de la población mayores. Entre otras se considera que: son personas asexuadas, no pueden ser objeto o sujeto de deseo sexual, no tienen capacidad sexual y se les caracteriza negativamente (“mujeres calientes”, “viejos verdes”) si disfrutan de su sexualidad. Sin embargo, las personas mayores son seres sexuados, al igual que todos los otros seres humanos. Aunque, por supuesto, hay cambios biológicos y hormonales, ninguno de estos implica que se extinga el deseo sexual.

Con respecto a la sociedad y la vejez, una visión desde la familia y la tecnología, se enlistan las siguientes conclusiones.

- *La relación de la familia con la persona mayor, y los cambios en la estructura de las familias, condiciona la calidad de vida en la vejez.* Respecto a la familia, esta siempre ha sido el vínculo social más importante de la población en esta etapa del curso de la vida. Allí la persona mayor juega un papel de cuidador, de padre envejecido y de abuelo, entre otras. Ahora, hay que cuestionar la dependencia, la falta de autonomía, que típicamente se ha desarrollado entre las personas de alta edad y, por ejemplo, sus hijos. Así mismo, con los cambios en las estructuras familiares surgen nuevos escenarios para la población en su vejez, por ejemplo, riesgo de soledad por una proporción más significativa de hogares pequeños, sin hijos o mayor tasa de divorcios.
- *La discriminación a la población mayor también se manifiesta en una “brecha tecnológica”.* Existe una segregación y discriminación en contra del conjunto de personas mayores en torno a la tecnología. La población mayor se encuentra alejada de los avances y de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones, mediante lo que se conoce hoy en día como la “brecha tecnológica”. Este grupo etario es el que porcentajes más bajos de uso de internet y de computadores presenta.

En torno a la salud como derecho y su lugar dentro del sistema de salud colombiano se formulan las conclusiones que se enlistan a continuación.

- *El derecho a la salud de las personas de alta edad es de carácter fundamental.* El derecho a la salud en el régimen jurídico colombiano se ha reconocido como un conjunto de libertades y derechos, con una faceta positiva y negativa con respecto a la actuación del Estado, y con una cara prestacional y otra no prestacional. Así mismo, en un principio se consideró un derecho fundamental solo en conexión con otros derechos, pero con la evolución de la jurisprudencia constitucional y la legislación llegó a consolidarse como un derecho fundamental autónomo. Además, formalmente se reconoce a la persona mayor como un sujeto especial de protección constitucional.
- *El sistema de salud colombiano está construido bajo un modelo de mercado del que surgen contradicciones entre el derecho a la salud y la libertad económica.* Con la Ley 100 de 1993 se adoptó un nuevo modelo de sistema de salud que se fundamenta en la concurrencia de particulares con ánimo de lucro en la administración y prestación de servicios de salud, es decir, un modelo de mercado. Tiene como principios la universalidad, la solidaridad y la eficiencia. De lo anterior nacen colisiones entre la garantía del derecho a la salud y la protección de la libertad económica, que protege el modelo del sistema.
- *A pesar de la formal universalización en la cobertura del sistema de salud, la población de alta edad enfrenta barreras para el acceso de calidad a la salud.*

Un logro de la Ley 100 de 1993, generalmente reconocido y resaltado, ha sido la práctica universalización de la afiliación al SGSSS, en especial de las personas de alta edad. Sin embargo, no se ha garantizado el acceso efectivo a los servicios de salud y, por ende, el goce del derecho fundamental a la salud. La población colombiana enfrenta barreras de acceso al sistema de salud de carácter (i) geográfico (ubicación de los beneficiarios, falta de infraestructura o distribución física de los servicios de salud); (ii) socioeconómico (costos de transporte, incidencia de la pobreza, gastos en medicamentos); (iii) administrativo (procesos burocráticos, integración vertical, fragmentación de servicios), entre otros.

En cuanto a datos, cifras y epidemiología importante en el marco de la vejez actual se enlistan los siguientes.

- *Las enfermedades más prevalentes en la vejez son las crónicas y las no transmisibles y la situación pospandemia de la COVID-19 es un tema de gran impacto para este grupo etario.* Con relación a la situación epidemiológica, es evidente que las enfermedades más prevalentes son las no transmisibles y crónicas, así como es necesario reconocer la participación protagónica de la COVID-19 en la sociedad de pospandemia actual. Estos son temas de importancia para la comprensión de la situación en salud de la población mayor en el mundo, en la región de las Américas y en Colombia. Sin embargo, en este apartado solo se abordaron las cifras estadísticas significativas en términos de salud y enfermedad. Con miras a un mejor abordaje de la situación nacional respecto al envejecimiento, se trata de las medidas del Estado en el siguiente capítulo.

### Recomendaciones

De acuerdo con lo anterior se enlistan las siguientes recomendaciones en esta materia.

- *Cuantificación de los niveles de calidad de vida a nivel poblacional en la vejez.* Es imperativo que el tema de la vejez se aborde mediante recomendaciones desde diferentes ángulos y de una manera integral e interdisciplinaria. Como tema central de esta sección se recomienda que, para la comprensión y contextualización de la calidad de vida en la población mayor, se creen indicadores que faciliten la cuantificación de los niveles de calidad de vida y de funcionalidad de las personas mayores colectivamente. Es insuficiente la cuantificación individual de la calidad de vida que ya existe si no se buscan datos agregados del total de la población. Lo anterior con el fin de que se tome en cuenta la evaluación de estos parámetros como grupo poblacional dentro de

la sociedad y, acorde con ello, se puedan tomar decisiones desde la creación de políticas públicas.

- *Medición de los niveles de dependencia y funcionalidad de las personas mayores como indicador de calidad de vida.* Una estrategia para llevar a cabo la materialización de esta meta desde la capacidad funcional sería el uso de cuestionarios e índices que evalúan la funcionalidad de la persona mayor de acuerdo con su contexto y su situación de salud, de manera generalizada en el grupo de personas mayores, con una consecuente recolección y descomposición de datos en conjunto que permitan el análisis del nivel de dependencia y de capacidad de dichas personas mayores para la realización de actividades de la vida diaria.
- *Para cuantificar los niveles de calidad de vida es posible la adecuación de cuestionarios previamente elaborados por la OMS como el WHOQOL-OLD.* En la medición de calidad de vida de la población mayor se puede también hacer uso de cuestionarios diseñados para la medición de este parámetro en personas mayores residentes en centros de larga estancia. Y si es necesario, plantear modificaciones que faciliten su aplicación a nivel masivo. Uno de estos podría ser la prueba WHOQOL-OLD, elaborada por la OMS para medición de calidad de vida de personas de alta edad.
- *Fomento de la educación sobre los síndromes geriátricos y su prevención, detección, tratamiento y diagnóstico temprano.* Aquí tienen cabida los síndromes geriátricos que influyen de manera importante en la calidad de vida de las personas mayores y la relevancia de su prevención, detección, diagnóstico y tratamiento temprano. Como recomendación, es pertinente una capacitación adecuada del personal sanitario respecto a este tema, aplicando una enseñanza activa a la población en general, facilitando la identificación de estas afecciones, ya sea para las personas mayores en sí mismas o en su núcleo cercano. Incluso para que las personas de otros grupos etarios los identifiquen en las personas mayores y que, de ese modo, se direccionen a recibir la orientación y el manejo oportuno. Así se cambia la percepción en torno a los “achagues” y la visión desde los “viejismos” de estas situaciones particulares en salud.
- *Tamización y/o prevención de las enfermedades mentales mediante pruebas mentales y neurocognitivas.* Se propone también la consolidación de datos que funcionen como indicadores de enfermedades mentales en personas mayores, pues estas son condiciones muy significativas que influyen sobre la capacidad de vivir de manera independiente y funcional de la persona mayor, y, por ende, sobre su calidad de vida. Procurar la adquisición de estos valores a nivel poblacional y su división según grupo poblacional podría ser útil para tamización y/o prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de estas patologías, por

medio de pruebas mentales y neurocognitivas, facilitando así la planificación de acciones colectivas y el establecimiento de redes de apoyo en las comunidades desde una política pública.

- *Acceso a los servicios de atención de salud mental.* Desde esta posición es fundamental la concientización respecto a estos temas y el entendimiento de las necesidades en salud y de apoyo del grupo de personas de alta edad. La recomendación en este aspecto recae sobre la posibilidad de acceso a servicios de atención de salud mental de calidad, incluidas terapias de conversación y medicamentos, y que estos servicios sean asequibles. Además de la eliminación de barreras que limiten el acceso de las personas mayores a estos servicios de manera adecuada y oportuna.
- *Incentivos para el uso del modelo de Atención Centrada en la Persona en centros de residencias de personas mayores.* Ante la cuestionable realidad de aislamiento social y limitación que suelen vivir las personas mayores en asilos es necesaria la intervención institucional para garantizar su autonomía y dignidad en la etapa final de su vida. Entre otros modelos de atención que pueden usarse para buscarlo está la atención centrada en la persona, que se basa en el conocimiento, la autonomía, la comunicación, la individualización del bienestar y la intimidad. Es oportuno el diseño de incentivos que faciliten su incorporación en la oferta de atención a la población de alta edad. Por ejemplo, promoviendo la creación de programas dentro de planes de estudio universitario y de formación para el trabajo, inversión en investigación y reconocimientos públicos, entre otros.
- *Estrategias para enfrentar la soledad en la vejez como el acompañamiento, el empoderamiento y las respuestas personalizadas.* En cuanto a la soledad, también desde esta perspectiva algunas estrategias útiles para responder ante estas situaciones pueden corresponder al acompañamiento, el empoderamiento, las respuestas personalizadas combinadas con un trabajo colectivo, así como la sensibilización de toda la sociedad respecto a las relaciones sociales y la soledad.
- *Enfoque diferencial de sexo, género y orientación sexual en la atención de la población de alta edad.* Ya en el apartado de caracterización demográfica se había presentado la discriminación estructural de las mujeres y de las diversidades sexuales y de género, por lo que se exigía un enfoque diferencial en el diseño de políticas públicas y acciones afirmativas a favor —en especial— de las mujeres. Se ratifica en este capítulo que esta discriminación estructural aumenta los riesgos en la salud de las mujeres y población LGBTQ+, por lo tanto, es necesario aplicar en la atención de la salud de las personas de alta edad un enfoque diferencial por su sexo, género y orientación sexual. Incluso, porque los hombres

(socialmente privilegiados) también tienen riesgos a salud particulares asociados a su condición sexual y de género.

- *Desmitificación de la sexualidad en la vejez.* Para hablar de la desmitificación de la sexualidad en la población mayor es importante la construcción de un concepto más humano de la vejez y del establecimiento de una red de comunicación con la población mayor para lograr una aceptación, un acuerdo y un empoderamiento de las personas mayores respecto a este tema. Todo lo anterior para que se entienda que la sexualidad también se vive y se puede disfrutar durante la vejez, sin que sea objeto de ser juzgado o invisibilizado.
- *Acceso a la tecnología y la eliminación de barreras para las personas mayores con el fin de mitigar su discriminación y reducir la “brecha tecnológica”.* Respecto al tema de la tecnología, las recomendaciones giran en torno a la facilitación del acceso para las personas mayores mediante la eliminación de barreras tecnológicas y la reducción de la complejidad en su uso, de modo que sean más asequibles y se posibilite su uso universal.
- *Medidas para la superación de las barreras de acceso al sistema de salud y atención de enfermedades más prevalentes en la población de alta edad.*

## Referencias

- Acevedo Moreno, A. y Guevara Díaz, G. (2021). *Ansiedad, depresión y estrés en el personal de la salud relacionado con la pandemia Sars-COVID-19 en Colombia.* Fundación Universitaria del Área Andina. <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/4164>
- Arango Restrepo, P. (2016). Estatuto del embrión humano. *Escritos*, 24(53), 307-318. <https://doi.org/10.18566/escr.v24n53.a04>
- Ayala, J. (2017). *La salud en Colombia: una perspectiva regional.* En J. A. Bonnet-Morón, K. K. Guzmán-Finol y L. W. Hahn-de-Castro (eds.). Banco de la República de Colombia. <https://doi.org/10.32468/Ebook.664-357-3>
- Barbosa, M. M., Teixeira, L., Yanguas, J., Paul, C. y Afonso, R. M. (2022). Staff Assessment Person-Directed Care Questionnaire: Adaptation and Validation for the Portuguese Population. *Gerontology And Geriatric Medicine*, 8. <https://doi.org/10.1177/23337214221103394>
- Borda, M., Anaya-Torres, M., Pertuz, M. y León, L. de. (2021). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte*, 29. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n1/v29n1a08.pdf>

- Caballol, N., Martí, M. J. y Tolosa, E. (2007). Cognitive Dysfunction and Dementia in Parkinson Disease. *Movement Disorders*, 22(S17), S358-S366. <https://doi.org/10.1002/mds.21677>
- Castelblanco-Toro, S. M. (2024). Longevidad: la mejor oportunidad en el siglo XXI. *Medicina*, 46(1), 242-252. [revistamedicina.net. https://doi.org/10.56050/01205498.2343](https://doi.org/10.56050/01205498.2343)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal]. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44369-envejecimiento-personas-mayores-agenda2030-desarrollo-sostenible-perspectiva>
- Congreso de la República de Colombia. (2015, febrero 16). Ley estatutaria 1751 de 2015: por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. D. O. 49427.
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2002). *Psicología, psicólogos y envejecimiento: contribución de la psicología y los psicólogos al estudio y la intervención sobre el envejecimiento*. <https://medes.com/publication/7166>
- Cubillos Alzate, J. C., Matamoros, C. M. y Perea Caro, S. A. (2020). Boletines Poblacionales: personas adultas mayores de 60 años. Oficina de Promoción Social Ministerio de Salud y Protección Social I-2020.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane). (2021). *Personas mayores en Colombia: hacia la inclusión y la participación*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/nov-2021-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia.pdf>
- Donoso, A. (2003). La enfermedad de Alzheimer. *Revista chilena de Neuro-Psiquiatría*, 41(2). <https://doi.org/10.4067/s0717-92272003041200003>
- EFDeportes. (s. f). Los procesos biológico y social en la tercera edad. <https://www.efdeportes.com/efd189/los-procesos-biologico-y-social-en-la-tercera-edad.htm>
- Escobar, W. (2019). Divulgando consensos sobre enfermedad de Parkinson en Colombia. *Acta Neurológica Colombiana*, 35(1). <https://doi.org/10.22379/24224022243>
- Farrú, C. C. y Sepúlveda, J. D. (2000). *Manual de terminología médica latina*.
- Farré, A. F. (1997). Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 31-42.
- Fedesarrollo. (2015). Informe Mensual de Fedesarrollo N.º 159.
- Friedman, R. y James, J. W. (2008). The Myth of the Stages of Fying, Death and Grief. *Skeptic*, 14(2). <https://link.gale.com/apps/doc/A182976246/AONE?u=anon~b0dd6804&sid=googleScholar&xid=e398920c>
- Gañán Echavarría, J. (2013). *Los muertos de Ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficacia*.

- Caso del plan obligatorio de salud del régimen contributivo. Universidad de Antioquia-Facultad de Derecho y Ciencias Políticas.
- García, J. y Ventura, M. (2022). *Fenomenologías de la sexualidad en el adulto mayor*. Editorial Universidad de Almería.
- Gómez Ayala, G. (2005). Grandes síndromes geriátricos. *Farmacia Profesional*, 19(6), 70-74. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-grandes-sindromes-geriatricos-13076255>
- Gómez, J. (2020). Reflexiones bioéticas acerca de la ancianidad desde el estoicismo de Séneca. *Revista Anáhuac. Ciudad de México. Medicina Ética*, 31(1), 13-47. <https://revistas.anahuac.mx/bioetica/article/view/155/434#:~:text=S%C3%A9neca%20insiste%2C%20adem%C3%A1s%2C%20en%20que,la%20edad%2C%20es%20una%20insensatez>
- González-López, F. y Latorre-Santos, C. (2021). *Envejecer en el siglo XXI: visiones multidisciplinarias de la vejez y el envejecimiento* (vol. 1). Universidad del Rosario.
- Hall, J. (2007). Neuroendocrine Changes with Reproductive Aging in Women. *Seminars in Reproductive Medicine*, 25(5), 344-351. <https://doi.org/10.1055/s-2007-984740>
- Huenchuan, S. (Ed.). (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Cepal.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2020). Boletín estadístico mensual: diciembre de 2020. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia-CRNV. Subdirección de Servicios Forenses. <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/494197/Boletin+diciembre.pdf>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2021). Boletín estadístico mensual: diciembre de 2021. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia- CRNV. Subdirección de Servicios Forenses. [https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/628335/Boletin\\_Dic\\_2021.pdf](https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/628335/Boletin_Dic_2021.pdf)
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2022). Boletín estadístico mensual: diciembre de 2022. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia- CRNV. Subdirección de Servicios Forenses. [https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/742818/Boletin\\_diciembre\\_2022.pdf](https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/742818/Boletin_diciembre_2022.pdf)
- Jaramillo Pérez, I. (1994). *El futuro de la salud en Colombia ley 100 de 1993: política social, mercado y descentralización*. Fundación Corona.
- Kertesz, A. y Muñoz, D. G. (1998). Pick's Disease, Frontotemporal Dementia, and Pick Complex. *Archives of Neurology*, 55(3), 302. <https://doi.org/10.1001/archneur.55.3.302>
- Khan, S. Q., Berrington de Gonzalez, A., Best, A. F., Chen, Y., Haozous, E. A., Rodriquez, E. J., Spillane, S., Thomas, D. A., Withrow, D., Freedman, N. D. y Shiels, M. S. (2018). Infant and Youth Mortality Trends by Race/Ethnicity

- and Cause of Death in the United States. *Jama Pediatrics*, 172(12), e183317. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.3317>
- Lema Añón, C. (2010). *Salud, justicia, derechos. El derecho a la salud como derecho social*. Editorial Dykinson, S.L.
- Lisko, I., Kulmala, J., Annetorp, M., Ngandu, T., Mangialasche, F y Kivipelto, M. (2021). How Can Dementia and Disability be Prevented in Older Adults: Where Are We Today and Where Are We Going? *Journal of Internal Medicine*, 289(6), 807-830. <https://doi.org/10.1111/joim.13227>
- Loreto, C. (2006). La sexualidad en la vejez. *Revista Índice*, 15, 14-16.
- Lufkin, E. G., Carpenter, P. C., Ory, S. J., Malkasian, G. D. y Edmonson, J. H. (1988). Estrogen Replacement Therapy: Current Recommendations. *Mayo Clinic Proceedings*, 63(5), 453-460. [https://doi.org/10.1016/s0025-6196\(12\)65642-0](https://doi.org/10.1016/s0025-6196(12)65642-0)
- Mitchell, G. F y Agnelli, J. (2015). Person-Centred Care for People with Dementia: Kitwood Reconsidered. *Nursing Standard*, 30(7), 46-50. <https://doi.org/10.7748/ns.30.7.46.s47>
- Miquel, J. (2005). Integración de teorías del envejecimiento Parte I. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 41(1), 55-63. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13084824>
- Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C. y Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 810-813.
- Ocampo Chaparro, J. M. Valencia Pelaez A, L. y González Rojas, F. (2009). Envejecimiento y Familia. *Revista Asociación Colombiana Geriatria y Gerontologia*, 23(2), 1259-1274.
- Oksuzyan, A., Juel, K., Vaupel, J. W. y Christensen, K. (2008). *Men: Good Health and High Mortality. Sex Differences in Health and Aging. Aging Clinical and Experimental Research*, 20(2), 91-102. <https://doi.org/10.1007/bf03324754>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). *Salud mental de los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Patnode, C. D., Perdue, L. A., Rossom, R. C., Rushkin, M. C., Redmond, N., Thomas, R. y Lin, J. S. (2020). Screening for Cognitive Impairment in Older Adults. *Jama*, 323(8), 764. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.22258>

- Pinilla-Monsalve, G. D., Vergara-Aguilar, J. P., Machado-Noguera, B., Gutiérrez-Baquero, J., Cabezas-Vargas, Z. y Bejarano-Hernández, J. (2021). Estudio de la epidemiología neurológica en Colombia a partir de información administrativa (Esencia). Resultados preliminares 2015-2017. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*, 53(1). <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21025>
- Pulido, M. E. (2005). *Envejecimiento y longevidad*. <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2011/06/ENVEJECIMIENTO-Y-LONGEVIDAD.pdf>
- Restrepo J., López, A. y Arismendy, A. (2020). Aproximación al proceso de estigmatización social de las personas mayores LGBT en Antioquia, Colombia. *Papeles de Población*, 26(105), 219-251. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252020000300219#:~:text=Los%20hallazgos%20permitieron%20identificar%20tres,piensa%20que%20estas%20personas%20no](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252020000300219#:~:text=Los%20hallazgos%20permitieron%20identificar%20tres,piensa%20que%20estas%20personas%20no)
- Restrepo-Zea J., Silva-Maya C., Andrade-Rivas F y VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 242-265. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>
- Sánchez, D., Eizmendi, G. y Azkoitia, J. (2007). Envejecimiento y nuevas tecnologías. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 41(S2), 57-65. 10.1016/S0210-5705(09)71003-9
- Santos, M. C., Bezerra, L. S., Da Cunha Correia, C. y Bruscky, I. S. (2018). Neuropsychiatric Symptoms in Vascular Dementia: *Epidemiologic and Clinical Aspects. Dementia & Neuropsychologia*, 12(1), 40-44. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-010006>
- Selvaggi, G. y Bellringer, J. (2011). Gender Reassignment Surgery: An Overview. *Nature Reviews Urology*, 8(5), 274-282. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2011.46>
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [SEGG]. (2007). *Tratado de geriatría para residentes*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Torres Corredor, H. y Colorado Acevedo, D. (2017). *Derecho fundamental a la salud: ¿nuevos escenarios?* Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Ulises, I. (2013). *La transfobia en América Latina y el Caribe*. Red Lactrans. <http://redlactrans.org.ar/site/wp-content/uploads/2013/05/La-Transfobia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Veronesi, U. (2013). *Longevidad*. Bollati Boringhieri Editore.
- Walker, Z., Possin, K. L., Boeve, B. F y Aarsland, D. (2015). Lewy Body Dementias. *The Lancet*, 386(10004), 1683-1697. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00462-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00462-6)
- Yalom, I. D. (1984) *Psicoterapia existencial*. Herder.



- Yanguas, J. (2021). *Pasos hacia una nueva vejez: los grandes retos sociales y emocionales de la madurez*. Editorial Planeta.
- Zapata, C. S., Gómez, M., Sánchez, T. A., Rúa, M. I. P., Blandón, A. T., Castaño, A. y Quintero, A. P. (2021). Depresión mayor en población general de Envigado (Colombia): prevalencia y factores asociados. *CES Psicología*, 14(3), 117-133. <https://doi.org/10.21615/cesp.5283>





## Capítulo 4.

# Trabajo y envejecimiento

La vejez está sometida a un estigma social generalizado y virtualmente universal. El relato social vinculado a la vejez está lastrado de estereotipos, la mayoría de los cuales denigran a las personas mayores atribuyéndoles fealdad, incompetencia e inutilidad.

MARTHA NUSSBAUM y SAÚL LEVMORE, *Envejecer con sentido*

De esta manera, bajo ciertas condiciones, el proceso de cesación de la actividad, que interrumpe la necesidad social de reproducción de la fuerza de trabajo, es de hecho un proceso de producción de la muerte.

ANNE-MARIE GUILLERMARD, *De la retraite mort sociale a la retraite solidaire*

No tenemos poco tiempo, sino que perdemos mucho. La vida es suficientemente larga y se nos ha dado con largueza para la realización de las más grandes empresas, con tal de que todas ellas se empleen bien.

Así es: no recibimos una vida corta, sino que somos nosotros quienes la acortamos, y no somos indigentes sino pródigos de ella.

A vivir hay que aprender toda la vida y, cosa que quizá extrañe más, toda la vida hay que aprender a morir.

La vida más breve y más angustiosa es la de aquellos que se olvidan del pasado, descuidan el presente y sienten temor por el futuro.

LUCIO ANNEO SÉNECA, *La brevedad de la vida*

**E**n este capítulo se presentan los escenarios del trabajo productivo y asalariado que fundamentan las medidas de protección social y las rupturas desde la primera modernidad liberal hasta los procesos de deconstrucción del trabajo industrializado, y los escenarios que están determinando los cambios en los mercados del trabajo: la revolución femenina gestada desde la primera mitad del siglo xx, los impactos de las tecnologías en los procesos del trabajo, la vulnerabilidad de los empleos, el desempleo estructural y la extensa mano de obra ubicada en actividades de informalidad y su precaria protección.

Esto induce a preguntar: ¿Si las trabajadoras y los trabajadores en la segunda mitad del siglo xx y primera del siglo xxi gozan de alguna protección y de qué tipo? ¿Las sociedades que han centrado sus valores en la productividad laboral y la rentabilidad han logrado proteger al conjunto de los trabajadores?

## **El signo de las edades**

El proceso de envejecimiento de la población y de su fuerza de trabajo es un hecho evidente en la sociedad occidental y afecta no solo de forma individual, sino que modifica la configuración de todo el colectivo en su conjunto. Los

investigadores Lorenzi, Albouy y Villemeur, en su texto “El error de Fausto”, expresan que es interesante abordar el fenómeno del envejecimiento no solo como fenómeno demográfico que afecta la estructura de edades, sino que, de manera más general, en tanto que se prolonga la edad se hace susceptible de comprometer a toda la sociedad e interrogar sobre las representaciones y los mecanismos sociales existentes (2019, p. 19).

No cabe duda de que este proceso acusa diferentes dimensiones y genera impactos sobre diversos colectivos. Esto regularmente conduce a estudiar una parte de un fenómeno complejo, como se ha señalado en este texto, cuando analizamos el envejecimiento biológico, el envejecimiento social, el envejecimiento familiar y ahora que dedicamos este acápite consagrado al envejecimiento en los escenarios del trabajo.

La edad atraviesa todo el curso de la vida de las personas y esa marca va caracterizando cada fase de la existencia; en cada periodo se establecen comportamientos, conductas y expectativas según se trate de la niñez, la juventud, la vida adulta y la vejez. El profesor Peter Laslett, en *A Fresh Map of The Life* (1991), propone cuatro grandes ciclos en los que se divide la vida.

- El primero, la infancia y la adolescencia, en el que en esencia se prepara para la vida productiva. Se educa y se socializa.
- La segunda corresponde a la madurez y se focaliza sobre el trabajo y la supervivencia de la descendencia; se prepara para las responsabilidades familiares y profesionales; se desarrolla esta etapa en paralelo con la etapa productiva.
- La tercera corresponde a la fase posproductiva, cuando por razones de edad se dejan cargas anteriores y se goza del retiro. Se caracteriza por la independencia y la madurez, y se dedica a la realización de sí mismo.
- El cuarto periodo es una fase caracterizada por la pérdida significativa de capacidad de autonomía y de resistencia (Laslett 1991, pp. 140 y ss).

Se subraya que la clasificación del profesor Laslett distingue, bajo la línea de vejez, los segmentos tercero y cuarto, de los cuales el último acusa pérdida de habilidades y las personas entran regularmente en estado *de dependencia*.

Esa ubicación en la línea de la vida establece roles y reglas de comportamiento, cuando no estereotipos y discriminaciones. La investigadora de la Universidad de Málaga, Raquel Castro Medina, en su libro *Las personas mayores en el contexto de las políticas laborales*, analiza los diversos matices y las perspectivas desde las cuales se abordan los debates y las controversias sobre este tópico, así como señala que este fenómeno de naturaleza multidimensional,

supone todo un reto en el momento en que comienzan a desplegarse la desafiante trama ligada al hecho de que el ser humano es más que un ente biológico; somos un producto social y la sociedad como tal es, a su vez, un sistema de relaciones interpersonales y colectivas. (Castro, 2023, p. 37)

De esta forma, se precisa que los valores, las ideas y las expectativas que se tienen sobre las personas de alta edad surgen de la misma sociedad en cada momento histórico; así lo destaca la investigadora Castro al estudiar el mundo clásico expresaba que:

mientras en el mundo antiguo persistía un ideal de sabiduría en torno a los ancianos relacionado con aspectos proféticos y religiosos, en la narrativa de la mitología griega esta última etapa de la vida era descrita como algo indeseable y doloroso para los seres humanos. (Castro, 2023, p. 38)

Las reproducciones y las imágenes sobre las personas de alta edad que emergen de la propia comunidad se articulan con el concepto que tienen sobre el trabajo, bien sea este productivo o improductivo, formal o informal; de igual forma, establecen categorías de personas que determinan las actividades de aquello “que” les está permitido realizar, v. gr., hasta qué edad pueden ejercer su derecho al trabajo, ora lo establezca una norma jurídica, ora la actividad empresarial; estas características determinan aquellas actividades que les están restringidas laboralmente a las personas de alta edad, cuando no se les prohíbe.

## La edad tejedora de relaciones

Se constata, por la vía de la edad, el establecimiento de parámetros-límites o parámetros mínimos, como lo sería el uso de la fuerza física, la visión para utilizar medios electrónicos o tareas digitales. Sin embargo, lo básico sería no colocar barreras en el ejercicio del derecho al trabajo en personas de alta edad, lo cual se entiende bajo las condiciones de salubridad que demanden los empleos.

El ejercicio de los derechos laborales de las personas de alta edad se va a tensionar con normas jurídicas existentes, inadecuadas, dadas las dinámicas y transformaciones que, cada vez más, están presentes en los escenarios laborales; se constata con el uso de la flexibilización que genera modalidades de tiempo, salarios y condiciones de trabajo diferentes, a más del impacto por la incorporación de nuevas tecnologías, que estamos caminando hacia nuevos escenarios de los derechos laborales y su ejercicio.

Habría entonces que interrogarse sobre la permanencia o las nuevas vinculaciones a la vida activa laboral de personas de alta edad, ¿qué requerimientos se necesitarían para su permanencia de cara a los límites fijados por la ley laboral o por el mercado?, ¿qué características han de tener los trabajadores de alta edad? Si el trabajador se encuentra en retiro de la vida activa, ¿qué le ofrecería la familia, el mercado y el Estado para su propia autorrealización?

Esta “data”, la edad, es básica para estructurar relaciones sociales, laborales, jurídicas, obligaciones y deberes, vínculos familiares y políticos. No en vano, la

investigadora Castro subraya la dualidad en las representaciones socioculturales de la vejez, en la cual las narrativas sobre la edad se contraponen entre sectores etarios, privilegiando y realzando la juventud en detrimento de lo “viejo”. Las reflexiones que aporta la investigadora sobre la difusión y publicidad de ciertas narrativas, relacionadas con la imágenes de la edad-vejez, refuerzan valores de la modernidad posindustrial o líquida, al afirmar: “lo cierto es que nuestras sociedades contemporáneas presididas por valores de juventud como la fuerza, la rapidez, la innovación o la eficacia- las personas de alta edad se enfrentan a una percepción dual en los diferentes medios” (Santa Marina Vaccari<sup>4</sup>, como se cita en Castro, 2023, p. 40).

No sería suficiente con describir los procesos de envejecimiento y las mutaciones cualitativas o cuantitativas de la fuerza de trabajo, cuyas narrativas más próximas se ubican en los capítulos 1 y 2 de este texto, sino que, además, se requiere abrir las puertas a otras reflexiones aparejadas con la disminución de número de hijos por mujer, el fenómeno de la fecundidad y sus contrastes con el aumento de los años de vida de los adultos mayores o el fenómeno de la longevidad.

Esta ruptura en la línea de la vida se inicia en un gran número de países a la edad de los sesenta años. En otras sociedades industrializadas la línea corresponde a los 65 años, lo cual, contrastado con la expectativa alta de vida, indica que estos adultos se han ganado cerca de veinticinco o treinta años más de vida; en los registros de los países emergentes indica unas ganancias esperadas entre los quince y los veinte años. Las mezclas entre el comportamiento de la baja fecundidad y el aumento de los años de vida en los adultos mayores necesariamente modifican la estructura de las edades de la sociedad y generan cambios significativos en la composición de la población económicamente activa —fuerza de trabajo—, así como en su permanencia en la actividad productiva como trabajadores de alta edad.

Esta relación natalidad/longevidad modifica las estructuras del trabajo afectando la composición de los componentes del empleo y de la formación del bono demográfico, de modo que altera significativamente el volumen y la composición de la estructura del empleo posmoderno.

Las cimentaciones de estas nuevas tendencias permiten colocar las bases de una *nueva sociedad* con formas diferentes de producir y generar empleos, de consumir y de ahorrar, lo cual hace pensar en la configuración de nuevas maneras de organización de la sociedad, de otras formas de participación ciudadana y del establecimiento de diálogos sociales entre diversas generaciones en este proceso de envejecimiento.

4 De acuerdo con Santamarina Vaccari (2004), en ocasiones se le identifica con profunda sabiduría y experiencia, y su narrativa es positiva, respetada y admirada en edades avanzadas; en otras la narrativa es ridiculizante, negativa e incluso estigmatizante.

El siglo que corre podrá auscultar esas nuevas construcciones económicas y sociales, como lo anota George Magnus en “Era del envejecimiento”, cuando expresa que, aunque la proporción de personas mayores de 65 años en los países industrializados tardó casi cincuenta años en duplicarse a su tasa actual de casi 15 %, este grupo de edad se duplicaría en la mayoría de los países en vía de desarrollo en poco más de veinte años. En el 2005 los mayores de 65 años representaban alrededor del 6 % de la población en Asia y América Latina y poco más del 3 % en África; en el 2030 las proporciones de Asia y América Latina se habrán duplicado y llegarán al 17.5 % 18.5 % en el 2050, respectivamente (Magnus, 2011, p. 150).

Significan estas cifras que ahora en el siglo que corre las mutaciones se acelerarán, los cambios son estructurales y en ocasiones impredecibles, lo cual dificulta la identificación de los nuevos volúmenes de adultos mayores, hombres y mujeres que se interrogan sobre su futuro como individuos, como trabajadores, como familias y como sociedad, porque han ganado más espacio y más tiempo, contando con más años de vida. Estos procesos de cambio están acompañados de crisis, desencantos e incertidumbres, tal como lo señalan los estudiosos Lorenzi *et al.* (2019, p.93):

se puede considerar que las sociedades modernas están atravesando por fenómenos de rompimientos colectivos, de desprendimientos, de pérdidas de identidad, de pérdida de sentido, que son próximos, sino en síntomas, al menos en sus causas de depresiones que afectan a personas de alta edad.

Los cambios generan tensiones, conflictos, contradicciones, incertidumbres y pérdida de autonomía, lo cual induce a los investigadores a plantear que es preciso deshacerse de *dos evidencias engañosas* que incomodan la reflexión sobre el envejecimiento y conducen a menudo a recomendar políticas económicas o medidas sociales, inadaptadas, como las que se enlistan a continuación.

- ➔ La primera representación, muy arcaica, consiste en considerar al viejo como un enfermo, la vejez como una enfermedad y la muerte como una redención.
- ➔ La segunda consiste en no considerar a los viejos más que como *inactivos*, un no productor, un retirado (Lorenzi *et al.*, 2019 p. 94).

De manera muy simplificada, la primera representación engañosa correspondería en la clasificación poblacional de Leslett al último segmento de población que se concentra en los ciudadanos *dependientes*, quienes acusan una pérdida notable de autonomía y de habilidades y capacidades; las reflexiones sobre los tópicos de la salud se configuraron en el capítulo 2, sin dejar de señalar, como lo hacen Lorenzi *et al.*, que solo el 14 % de las personas de más de 85 años, en el ejemplo de Francia, entran en dependencia, es decir que seis personas sobre siete no conocen —afortunadamente— ese periodo, el más

doloroso del ciclo de la vida (Lorenzi *et al.*, 2019, p. 95). Estos fenómenos tendrán en cada sociedad su propia especificidad.

Las reflexiones sobre la segunda evidencia, de considerar a los viejos como inactivos, se analizan, bajo la invención del trabajo en la modernidad naciente y toda la metamorfosis que han afectado el concepto de trabajo en los últimos tres siglos.

## La configuración del concepto de trabajo en la Modernidad

La construcción de la sociedad moderna generó una serie de rupturas con su pasado reciente, la edad feudal, y emprendió el diseño de nuevos paradigmas económicos y sociales en la conformación de la *sociedad de los individuos*, en expresión de los escritores Alain Renault (1989) y Luis Dumont (1985), en la que las personas llegarían a ser autónomas, soberanas y dueñas de sí mismas, y la libertad individual constituiría el eje para afirmar su propio desarrollo. De manera simultánea, surge la concepción moderna sobre la propiedad privada que brindará seguridad civil y social a los nuevos poseedores, y excluirá de la protección de los riesgos sociales a aquellas personas que, siendo trabajadores, no son propietarios, de modo que establece *coetáneamente la sociedad de la inseguridad social*, en afirmación del profesor Robert Castel (2015).

Este proceso tiene como escenario los siglos *xvi* y *xvii*, para lo cual los teóricos de la época, ya sea Petty, Genovesi, Hobbes o Locke, darían cuenta de la forma como se va a concebir y a moldear el concepto de trabajo. En ese contexto, los postulados de la economía política generaron la idea moderna del trabajo, bajo el amparo del mercantilismo, tal como lo analiza el profesor Díez Rodríguez en su texto *Homo Faber*. El autor señala la progresiva sensibilidad de esta escuela sobre la importancia del trabajo para hacer poderosas a las naciones, así como que,

será en la segunda etapa el mercantilismo tardío, cuando el trabajo obre como el dispositivo central de las propuestas para la promoción de la riqueza y prosperidad públicas cuando se elabore una teoría de la riqueza nacional en la que el trabajo validará su posición central. (Díez Rodríguez, 2014, p. 21)

Esta corriente económica, con su complejidad, desarrolló las tareas sobre la balanza comercial, el comercio internacional, el desarrollo económico, la teoría del valor-utilidad, la acumulación y el trabajo productivo como pieza clave en la creación y la promoción de la riqueza en el sistema capitalista (Díez Rodríguez 2014, p. 22).

Esta concepción del trabajo *productivo e improductivo* en los orígenes de la construcción del capitalismo en los siglos xvii y xviii dará cuenta, con todas sus mutaciones, del origen de la segunda “evidencia engañosa”, al considerar a la población envejecida como inactivos y no productores y, por lo tanto, no generadores de riqueza.

En el análisis del profesor Díez Rodríguez la categoría de *trabajo productivo* será un dispositivo central de la economía pública mercantilista, de la cual surgirá una segunda idea moderna del trabajo, *la sociedad ocupada*: muy unida a la teoría del valor-utilidad, aparece el valor económico de los bienes, articulado con la satisfacción de las necesidades humanas. El trabajo será pues el fundamento de la creación de riqueza, pero será el trabajo productivo el que se vincula a su configuración, de tal manera que solo su aplicación para la creación de “bienes útiles” dará paso a la productividad, entendida “como la movilización extensiva e intensiva de la capacidad laboral de la nación para producirlos” (Díez Rodríguez, 2014, p. 25).

De la sociedad del vasallaje se ha de transitar a nuevas visiones del mundo de la racionalidad, de la laicidad, de la naturaleza, de la formación de sociedad con reglas hacia una realidad en la que se afirmará al individuo libre y su identidad se fundamentará en la propiedad privada; en otras palabras, se producirá la armonización del derecho natural con la propiedad privada y con el trabajo.

Al respecto, sería John Locke quien publicara en 1690 el *Segundo tratado del gobierno civil* y consignaría en él las tesis principales sobre la ley natural, la propiedad privada, el poder, el Estado y la configuración de los acuerdos políticos y sociales para establecer el gobierno civil y su entendimiento sobre el trabajo.

El enfoque sobre la idea de trabajo lo apoyará en la *teoría de la apropiación*, vía para devenir propietario y, por ende, ciudadano. En efecto, a partir de la ley natural, en la que precisa Locke que todas las cosas de la naturaleza han sido dadas en común a todos los hombres para su soporte y comodidad de su existencia, se pregunta el filósofo si hay algún medio para apropiárselos, antes de que sean utilizados por algún hombre en particular; ha de entenderse que del conjunto de la propiedad común “cada hombre tiene, sin embargo, una propiedad que pertenece a su propia persona [...] el trabajo de su cuerpo y la labor producida por sus manos, podemos decir que son suyos” (Locke, 1994, sección 27).

De esta forma nace el concepto de *propiedad privada*, objeto de múltiples debates en la Modernidad, los cuales se asocian con la concepción de sociedad civil organizada a través de un pacto social y en el que el concepto de propiedad cobija la propiedad de sí mismo, de sus libertades y de las cosas.

De allí que en el tránsito de las sociedades agrarias de artesanos y de corporaciones de oficios se abran espacios de fundamentación para materializar la primera Revolución Industrial en Inglaterra, que servirá de plataforma a la

sociedad del trabajo constituida en los siglos XVIII y XIX por las nacientes economías capitalistas.

La centralidad la tendrá el trabajo productivo que aporta riqueza a la nación. No obstante, el *individualismo posesivo*, sustentado por el profesor Crawford Brough MacPherson, sirve de fundamento a la participación política y económica sobre la propiedad, pues genera, de una parte, adeptos para quienes afirman su identidad mediante la propiedad, y, por otra, inseguridades para los trabajadores no propietarios, quienes empiezan a forjar su camino como obreros o trabajadores industriales; en medio de este escenario ha de aparecer la sociedad de la *inseguridad social*.

## **Raíces y ciclos en la construcción de la idea del trabajo**

El proceso de conceptualización de la idea del trabajo en brevedad lo analiza Díez Rodríguez y lo clasifica en su investigación en tres etapas cuyos periodos van de 1675 a 1945, los cuales se identifican como se expone a continuación.

### **Primera etapa**

La *formación de la idea moderna del trabajo* que va de 1675 hasta 1789 rompe con la idea tradicional de trabajo y estructura, lo que habrá de ser la fase teórica o técnica de la sociedad del trabajo; la argumentación girará en torno a las figuras del trabajo productivo y motivado (Díez Rodríguez, 2014, p. 21).

### **Segunda etapa**

Surge tras la Revolución francesa y abarca hasta 1850. En este periodo se desarrollan transformaciones en el concepto de trabajo, lo que el autor denomina “metamorfosis del trabajo”. Por otra parte, avanzan las críticas al original concepto de los mercantilistas y va a aparecer el *trabajo asalariado* (resaltado propio), profesionalizante y emancipado. Además, se produce la primera Revolución Industrial acompañada del florecimiento de las ideas de la Ilustración, lo que a su vez tendrá grandes efectos sobre los oficios de los artesanos, las gildas, la sociedad salarial y el fondo de salarios (Díez Rodríguez, 2014, p. 219).

### Tercera etapa

Esta etapa de *trabajo exaltado* data de la mitad del siglo XIX y permanece hasta finales de la segunda mitad del siglo XX, en 1945. Se exalta mediante la revitalización novedosa de las capacidades económicas, sociales y psicológicas del trabajo, en razón a que hace parte el programa de la revolución de la eficiencia empresarial, la productividad y la resolución de conflictos estructurales y sociales. El tipo de trabajo que se articula en la tercera parte es la recuperación del trabajo artesanal, nueva concepción del trabajo profesional, la tradición “de la felicidad en el trabajo”, la organización científica del trabajo como empleo y la concepción estatutaria del trabajo (Díez Rodríguez, 2014, p. 461). En consecuencia, se produce la *Segunda Revolución Industrial*, caracterizada por un enfoque de producción y consumo de masas.

La historiografía del “Homo-faber” no consignó información ni análisis del periodo posterior a 1945 hasta nuestros días, cuando se producen significativos eventos en la transformación de la producción, las tecnologías y la *metamorfosis del trabajo*. Sin embargo, es dable reconocer que luego de este momento se inicia el ciclo denominado “La Edad de Oro del Estado de Bienestar”, en la cual se consolidan mecanismos de protección al trabajo a quienes dejan el mercado de trabajo, personas de alta edad, afirmando de esta manera los sistemas de seguridad social en escenarios de los países desarrollados de Occidente.

Pese a ello, a partir de 1979, cuando se expide por parte de la primera ministra Thatcher en Inglaterra la ley denominada “Financial Act”, que junto con las políticas públicas sobre el manejo económico y social, animado por la administración del presidente Reagan en Estados Unidos, se inaugura el ciclo neoliberal de la economía, animando la competencia y la desregulación de los mercados. Surgen en este contexto de globalización los enfoques liberalizantes y flexibilizadores de las relaciones individuales y colectivas del trabajo; el mercado de trabajo en su regulación se aleja del Estado del bienestar y los mercados entran a gobernar los procesos de la producción y del empleo.

### **El modelo de la empresa industrial instala el trabajo productivo**

El periodo de construcción de la sociedad industrial se acompaña con la creación del Estado del bienestar y fundamenta su naturaleza en el desarrollo del trabajo productivo, dando prelación a las políticas de protección al trabajo asalariado y de armonización entre el capital y el trabajo.

Una buena síntesis del modelo industrial la presenta el profesor Alain Supiot en *Trabajo y empleo*<sup>5</sup>, en el cual funge como coordinador de la evaluación de las políticas de empleo en los países europeos. En este proyecto explica el trabajo jerárquico, ajeno y subordinado que caracteriza el “modelo fordista” de la gran empresa industrial y con líneas de producción masivas especializadas, particularmente en los Estados Unidos. En síntesis, la caracterización fundamental de este modelo reside en el afianzamiento de la contratación laboral, “basada en un intercambio entre el elevado nivel de subordinación y de control disciplinario por parte del empresario y un elevado nivel de estabilidad y de compensaciones en prestaciones sociales y garantías para el trabajador” (Supiot, 1999, p. 36).

En esta época se hace más robusto el concepto de trabajo por enmarcarse en la era del capitalismo industrial. Para André Gorz, si bien el ámbito rural y doméstico sirvió para la satisfacción de necesidades en la era preindustrial, en la Modernidad se forja propiamente la noción de trabajo como actividad remunerada, del espacio público, y aparece como una prestación *mensurable, canjeable e intercambiable* (Gorz, 2023, p. 101).

En la misma dirección se pronuncia Dominique Meda al unir el trabajo como fruto de enriquecimiento, actividad que agrega valor a los objetos materiales, significando el trabajo como *trabajo productivo*, que es el que “se realiza sobre objetos materiales e intercambiables en los cuales el valor añadido puede verse y medirse” (Meda, 2001, p. 56).

## Los mercados modernos de trabajo

Los siglos XVIII y XIX darán fundamento dentro del marco del capitalismo industrial a la configuración de los modernos mercados de trabajo, en los que se miden los aportes al producto final por parte de los obreros y se dimensiona el trabajo como una *mercancía*. En estos escenarios prevalece la *desapropiación*, es decir, la consolidación de la idea según la cual el producto del trabajo corresponde a quien paga al trabajador o la *ajenidad*. Igualmente, se establecen los derroteros para articular las demandas de los obreros, sus expectativas y las luchas por lograr un reconocimiento y posicionamiento de cara al capital industrial. Se procura equilibrar las relaciones de poder entre los trabajadores y los empresarios mediante el mecanismo del contrato individual y el contrato colectivo de trabajo, para lo cual se hace necesario la organización de los trabajadores mediante la creación de uniones y la configuración de sindicatos de obreros.

5 Alan Supiot como coordinador presenta *Trabajo y empleo: transformaciones del trabajo y futuro del derecho del trabajo en Europa* (1999).

De la sociedad del trabajo se avanza hacia la “sociedad asalariada”; de la apropiación que se realiza a través del cuerpo y las manos, como lo describía Locke, se pasa a la remuneración para la subsistencia, incluso asumiendo la tesis del mercantilismo que predica los salarios bajos y la utilidad de la pobreza, como narra Díez Rodríguez. Karl Marx, desde la crítica a las formas de producción capitalista, analiza la alienación del trabajador, quien vende su fuerza de trabajo en un mercado, regido por la oferta y la demanda en condiciones de desigualdad; de esa manera, como sea que el obrero solo posee su capacidad laboral y genera una dependencia o subordinación de carácter estructural, se afirma la condición del trabajo como mercancía (Marx, 1968).

La configuración de las formas de producción industrial, o sea el capitalismo industrial, que junto con la incorporación del concepto científico del trabajo validado por Taylor-Ford materializa los enunciados de Adam Smith, en el texto *Investigación sobre la naturaleza y causa de la riqueza de las naciones* (1776), en el que describe los conceptos de *división y especialización del trabajo*, generando para su desarrollo una métrica ingenieril con miras a determinar el ritmo del trabajo. En el estudio que adelanta el profesor Coriat Benjamín en *El taller y el cronómetro*, se establece que la corriente taylorista nota solo se detiene en las labores del taller, sino que utiliza una estrategia económica para el capitalismo americano. Dentro de los varios axiomas básicos Coriat extrae uno fundamental que da razón de la teoría del crecimiento económico: “En efecto, solo el aumento de la productividad del trabajo puede favorecer el desarrollo de la acumulación de capital” (Coriat, 1982, p. 34).

## La desprotección de los trabajadores en el capitalismo industrial sobre la clase trabajadora

En la construcción de la sociedad moderna la protección formal de los individuos y los trabajadores aparecerá bien entrada la sociedad industrial, dado que para la época del *individualismo posesivo* solo aparecerá bajo el ámbito de la *sociedad de la inseguridad social*. Según Castell, un conjunto de medidas asociadas a la pertenencia a la comunidad y a las familias —según la estructura jerárquica de las sociedades— como garantía misma de la seguridad del individuo (Castel, 1997, p. 17) son las denominadas “protecciones de proximidad”.

Sin dudar, la protección o la desprotección de los ciudadanos afecta a todos los órdenes de edades y cobija a todos los ciclos de la vida, incluyendo a las personas de alta edad, en su escenario demográfico y en cada época en particular; pero, ¿qué es estar protegido?, ¿contra qué se protege?, ¿qué consecuencias ha de acarrear?, ¿a quiénes se protege?

Así pues, de manera abreviada, con el profesor Castel se protegen ante todo contra los *riesgos sociales*, que se caracterizan:

como un acontecimiento que comporta la capacidad de los individuos, para asegurar por sí mismos su independencia social. Si no está protegido contra esas contingencias, se vive en la inseguridad. (Castel, 1997, p. 17)

El fenómeno descrito incluye eventos tales como las enfermedades, los accidentes de trabajo, el desempleo y el retiro de la actividad laboral por edad, como sería el caso de las personas de alta edad cuando culminan su ciclo laboral.

Años más tarde, el profesor Castel, en su texto *El ascenso de las incertidumbres*, precisa que ser protegido significa responder a la inquietud, pues los individuos que pertenecen a una comunidad pueden aprovechar recursos mínimos para garantizar su existencia cuando tienen necesidades y no pueden hacer frente por sí mismos a la situación” (2010, p. 145).

## Medidas inespecíficas

En consonancia con lo planteado por el profesor José Almanza Pastor, en su obra *Derecho a la seguridad social*, en la que clasifica las medidas proteccionistas en dos subconjuntos: (a) unas de carácter inespecífico, y (b) de carácter específico en el periodo preindustrial.

Las primeras inespecíficas corresponden a los enfoques de protección por parte de las familias y las comunidades. Se clasifican como se expone a continuación.

1. Medidas asistenciales, que comprenden los apoyos que reciben las personas indigentes por parte de su grupo familiar, en ocasiones acudiendo a la legislación civil en procesos de alimentación, en otras ocasiones derivadas de la generosidad caritativa de personas privadas, y otras auspiciadas por colectivos privados o por la asistencia pública. Dentro de este conjunto se desarrolla la *asistencia social*.
2. Medidas de previsión, que las clasifican según su origen en:
  - a. De carácter individual: derivan del ahorro, que indica que, aun cuando no tiene destinación específica, logra atender el principio estipulado en el verbo *prever*, o sea anticiparse, y el verbo *proveer*, que permite contar con unos recursos para reparar los posibles riesgos sociales.
  - b. De carácter colectivo: la organización colectiva, realizada a través de fondos comunitarios y de organizaciones mutuales, en la que

- se empieza a desarrollar el principio de la solidaridad; en el caso de la mutual los miembros son aseguradores de sí mismos.
- c. Dentro de las otras modalidades aparece el contrato de seguro mercantil, el cual, aun cuando había sido creado para asegurar cosas y mercancías, se aplicará a finales del siglo XIX a los eventos dirigidos a proteger a las personas.

## Medidas específicas

Los teóricos de la primera modernidad liberal, como Locke y Hobbes, se preguntaban si era posible proteger a todos los miembros de la sociedad. Sobre el particular, cabe resaltar que el liberalismo, bajó los postulados de la igualdad y la libertad, fue generando el capitalismo industrial que crea, de una parte, a la clase trabajadora, y, de otra, a la clase burguesa. Así, en consecuencia, dicha distinción estima que durante los siglos XVIII y XIX los trabajadores, en los eventos de los accidentes de trabajo, las enfermedades, la asistencia a los trabajadores envejecidos, no contaban con protección alguna, pues no había propuestas específicas ni universales para los trabajadores, e incluso para los asociados a la producción.

Como respuesta, los obreros logran organizar colectivos que movilizan sus demandas e inconformidades a finales del siglo XIX, llegando a obtener una respuesta a sus luchas por medio del Gobierno alemán, presidido por Bismark, quien expide una serie de leyes proteccionistas entre 1883 y 1889 que cobijan los riesgos sociales, originados en los accidentes del trabajo en las industrias, las enfermedades y la vejez. Se subraya que bajo el halo del Estado de derecho se van a garantizar estas medidas protectivas.

Esa soberanía individual y social, fundada en la propiedad privada, generó en paralelo miseria y alta vulnerabilidad en los trabajadores no propietarios, los cuales van a requerir del Estado para estar en capacidad de superarla. En ese contexto, la sociedad industrial requería de la política social para evitar que,

los modos preindustriales de reproducción social, tales como la familia, la iglesia y la solidaridad gremial son destruidas por las fuerzas que forman parte de la modernización, tales como la movilidad social, la urbanización, el individualismo y la dependencia del mercado. (Esping-Andersen, 1993, p. 31)

De esa forma, el crecimiento del modelo capitalista daría paso al origen y la consolidación del Estado de bienestar (Esping-Andersen, 1993).

## Escenarios para enfrentar la inseguridad

Ahora bien, corolario de lo expuesto, es mandatorio poner en escena algunas tesis que permitan entender los escenarios en los que se desenvuelven, hoy en día, las personas de alta edad en cuanto a la articulación entre empleo y protección. El profesor Robert Castel esboza dos posibles rutas: “i) concediendo protecciones fuertes al trabajo; ii) construyendo un nuevo tipo de propiedad concebida y puesta en marcha para asegurar la rehabilitación de los no propietarios, la propiedad social” (Castel, 2015, p. 41).

En el marco de la protección social, Castel establece que el trabajo se ha vuelto empleo con un estatus que incluye garantías no comerciales, como el derecho a un salario mínimo, las prestaciones que genera el derecho al trabajo y las coberturas de protección contra los riesgos sociales. Esa condición salarial le proporciona al trabajador “la disposición de una base de recursos y garantías sobre los cuales el trabajador puede apoyarse para gobernar el presente y dominar el futuro” (Castel, 2015, p. 42). Bajo este reconocimiento, la población activa y productiva, que es asalariada, podría acceder a la ciudadanía social.

Por otra parte, Phillippe van Parijs, en *Refundar la solidaridad* (1996), esboza los fundamentos de los tres modelos de Estado providencia. En el modelo bismarckiano los trabajadores renuncian a una parte de sus ingresos presentes para constituir unos fondos que intervendrán en los pagos de los cuidados de salud cuando haya necesidad, por lo que se les proporcionará unos ingresos cuando hayan pasado de cierta edad o tenido un accidente, una enfermedad, o hayan caído en desempleo involuntario que les impida trabajar.

En el modelo beveridgeano todos los titulares de ingresos primarios —capital o trabajo— renuncian voluntariamente a una parte de sus ingresos para construir unos fondos que proporcionarían a todos los miembros de la sociedad un nivel mínimo de recursos con miras a atender las cargas de los riesgos sociales debido a la edad, la enfermedad, o que no sea capaz de alcanzar un mínimo de ingresos.

En el tercer modelo, denominado “painano”, los titulares de todo ingreso renunciarían obligatoriamente a una parte de sus ingresos con el fin de constituir unos fondos que sirvan para pagar incondicionalmente a todo miembro de la sociedad un ingreso uniforme.

El primer enfoque parte de la noción de *seguro* y se enfoca en el riesgo de pérdida de los ingresos de los trabajadores; el segundo modelo recurre a la noción de *solidaridad* y discute sus formas de distribución interna; el tercer modelo hace énfasis en la necesidad de contar con un *ingreso base* o *salario ciudadano*, lo que el profesor Parijs denominaría “alocación universal”.

## Acercamiento al Estado del bienestar

El investigador Gosta Esping-Andersen analiza a profundidad el carácter del Estado de bienestar en las economías desarrolladas del mundo occidental; su estudio parte de evaluar la tesis que asimila a estos Estados de bienestar con su postura frente al *gasto social*, para lo cual se puede afirmar que es su parámetro (1993).

Recurre al investigador Therborn (1983), quien sostiene que se debe partir de un concepto de *estructura del Estado*, y se pregunta: ¿cuáles son los criterios a tener en cuenta si un Estado es un Estado de bienestar? De lo cual colige que hay tres enfoques sobre esta temática, los cuales Gosta Esping-Andersen explica y se enlistan a continuación.

1. La primera propuesta es la de Therborn, quien afirma que, en un auténtico Estado de bienestar, la mayoría de las actividades rutinarias de cada día deben estar dedicadas a atender las necesidades del bienestar social de sus hogares. Sin embargo, la mayoría de los actos rutinarios atañen a la defensa, la aplicación de la ley y el orden, la administración y otras actividades rutinarias.
2. La segunda propuesta procede de la diferenciación clásica que realiza Richard Titmuss (1958) entre los Estados de bienestar, *residuales e institucionales*; en los primeros, el Estado asume la responsabilidad solo cuando falla la familia o el mercado, procura limitar sus obligaciones a los grupos sociales marginados y necesitados. Por su parte, el segundo modelo se dirige a toda la población, pues es de carácter universal, y abarca un compromiso *institucionalizado* de protección social.
3. La tercera propuesta presupone seleccionar *teóricamente* los criterios con los cuales se juzgan los diferentes tipos de Estado de bienestar, dado que es un modelo abstracto que se podría medir en su conjunto, o evaluarlo a través de programas concretos. Sin embargo, el autor señala que sobre el modelo pesa la crítica de ser ahistórico y no capturar los ideales de los actores sociales.

El investigador Esping-Andersen, luego de realizar las comparaciones de diferentes tipos de Estados realiza una *reespecificación* del Estado del bienestar en la que referencia a Marshal D. H. (1950) a partir del concepto de *ciudadanía social* como ideal social del Estado de bienestar. No obstante, insiste en que,

Hay que dar un mayor contenido a este concepto; sobre todo, debe implicar la concesión de los derechos sociales. Si se da a los derechos sociales el estatus legal y práctico de los derechos de propiedad, si son inviolables, si se conceden en base a la ciudadanía y no al comportamiento, supondrá una *desmercantilización* del estatus de los individuos con relación al mercado. (Esping Andersen, 1993, p. 41)

Advierte, sin embargo, que el Estado del bienestar no se puede entender solo en términos de otorgar derechos, dado que en la prevención social acuden igualmente el mercado y la familia.

Estos fundamentos de la protección social son muy significativos para los países emergentes, tal y como se ha observado en precedente de este texto, pues es concluyente que la centralidad de la protección se ha afirmado sobre el trabajo asalariado, no solo para reconocer derechos de los trabajadores, sino también con el propósito de avanzar hacia la conformación de la propiedad social, es decir, para los trabajadores no propietarios. Así las cosas, es mandatorio transitar de esta centralidad hacia la condición de ciudadano —que necesariamente incluye la de trabajador—, cualquiera sea la condición de trabajo, formalizado o no, a fin de que genere en la sociedad y en el Estado un posicionamiento sobre la universalidad de los derechos sociales. Ello ha de inducir a la reconceptualización de los enfoques, que desde la larga tradición bismarkiana como sociedad de los seguros se ha institucionalizado para construir el ámbito de la demografía del trabajo y atender la metamorfosis de los conceptos de este, y así incluir unas instituciones que se adecúen a los rápidos cambios que tienen tanto las sociedades centralizadas como las emergentes.

Algunas de estas robustas experiencias que han caminado los países industrializados han de servir de espejo en la concepción de las instituciones que se diseñen para la protección social universal. Sin embargo, las grandes diferencias estructurales entre las instituciones de los mercados de trabajo formales y las modalidades de la informalidad han generado exclusiones para el acceso a la protección social y muy débiles programas asistenciales no contributivos, de atención a la ciudadanía de alta edad.

## **Deconstrucción de los fundamentos del modelo industrial**

Luego del auge del Estado de bienestar, como modelo estatal, reductor de riesgos y de la extensión del proteccionismo (Castel, 2015, p. 44), y de haber transitado por una sociedad industrial de alto reconocimiento de derechos, se inicia a partir de la década de los setenta del siglo xx un importante proceso de deconstrucción el binomio empleo estable y régimen de protección social.

Esta deconstrucción, que se instala con el advenimiento de la *nueva economía*, genera profundas transformaciones en las relaciones laborales consignadas en la clásica legislación laboral que acompaña a la sociedad industrial, esto es, estabilidad, principio de normas favorables e irrenunciabilidad de los derechos, por lo cual cambian las nuevas instituciones económicas y jurídicas. En palabras de Antonio Ojeda en su texto *La deconstrucción del derecho del trabajo*,

esta *deconstrucción* se define “como una panorámica hecha de oposiciones jerárquicas y de subsiguientes inversiones provisionales de dichas jerarquías” (Ojeda, 2010, p. 28).

En esta década de los setenta, se inicia una profunda mutación de la economía mundial, de las formas de producción y de la presencia de nuevas tecnologías que dan forma a otros canales de comunicación; es conveniente agregar los impactos que se producen con los novedosos procesos informáticos, de la genética y de la inteligencia artificial entre otros. De esa manera, las empresas que habían logrado una relativa estabilidad empiezan a perderla, ante el surgimiento de nuevas dinámicas económicas, todo ello en el marco de una volatilidad y mutación del paradigma económico global sin precedente (Ojeda, 2010, p. 78).

Con mayor velocidad y con mayores ritmos se harán sentir los efectos de la tercera y cuarta revoluciones industriales, las cuales van a llevar a nuevas preguntas sobre la metamorfosis del trabajo, sus nuevas formas y su necesaria articulación con la protección social.

Los cambios en la estructura de producción fragmentada y adaptada a los nuevos costos generará cambios, a su vez, en los conceptos de trabajo y en sus formas de mercantilización o desmercantilización: la contratación temporal, la subcontratación, la tercerización, el trabajo a destajo y a obra, así como la mezcla de muchas figuras jurídicas que llevan a varios tratadistas del derecho del trabajo a calificar los desplazamientos hacia el derecho civil o mercantil como una “huida del derecho del trabajo”, según la expresión que invoca el profesor Ojeda de los tratadistas Rodríguez-Piñero-Bravo-Ferrer (2010, p.23).

En efecto, el modelo fordista se empieza a deconstruir y surgen diversas formas de organización del trabajo y de reducción de los costos del trabajo por el advenimiento de nuevas tecnologías, elevados niveles de competencia y productos del comercio internacional como efecto del fenómeno de la globalización. Ese derrumbamiento del modelo industrial se empieza a manifestar de diversas formas, tal como lo expresa Alain Supiot en el estudio que coordina sobre “trabajo y empleo”, en el cual se identifican tres niveles de grandes transformaciones:

- a. El de la promoción o desarrollo del *trabajo por cuenta propia* (autoempleo) con respecto al trabajo por cuenta ajena.
- b. El de la evolución del criterio de *subordinación* que caracteriza el contrato de trabajo.
- c. De la externalización o la subcontratación del trabajo hacia empresas económicamente *dependientes*.

Sobre dicha clasificación cabe alegar que la evaluación de las formas de trabajo independiente, contrario al trabajo ajeno, restringe bajo el esquema clásico del vínculo laboral la protección para las personas de alta edad. Por otra parte, la subordinación abre un espacio de mayor autonomía de los trabajadores

al ir mutando esta figura jurídica, eje del contrato laboral, hacia una subordinación, pero de carácter económico más que jurídico. Así mismo, las empresas dependientes que se integran a la cadena productiva y organizan procesos de trabajo de conformidad con lo que indique la unidad matriz y otras empresas que desarrollen actividades periféricas (Supiot, 1999, pp. 37-56).

## Ciudadanas en el mundo del trabajo

Ellas quieren todo a la vez, trabajar y consagrar el tiempo a sus hijos, a su compañero y a ellas mismas, representan su identidad y su anclaje, como pluralidad incluso si es difícil de construir y es producto de un combate encarnado —ellas reivindican altamente esa pluralidad.

DOMINIQUE MÉDA, *Le Temps des Femmes: Pour un Nouveau Partage des Rôles*, 2001

La revolución femenina iniciada en la segunda mitad del siglo XX provocó profundas transformaciones en la configuración de los mercados de trabajo, en las políticas de empleo y en el diseño del Estado de bienestar, en el marco de la posguerra en los Estados europeos y en los Estados Unidos. Las diferentes olas que generaron los movimientos de mujeres marcaron los espacios de vindicaciones en la época moderna.

El feminismo ilustrado, en los siglos XVII y XVIII, surge en el Siglo de las Luces y evoca la igualdad y la diferencia de los sexos; el sufragismo se enfoca en la lucha por los derechos políticos que pasarán luego por el reconocimiento de los derechos económicos y sociales. En el siglo pasado, en expresión de Amelia Valcárcel en *La revolución feminista*, “las mujeres que se estaban formando en la universidad en los años 60 y primeros 70 son las que protagonizan la revuelta femenina que iniciarán la tercera ola” (2023, p. 56).

Por lo anterior, de cara al siglo XXI se hace necesario explicitar aún las vindicaciones no logradas y agregar en la temática feminista nuevas libertades y debates asociados sin alcanzar sus objetivos plenamente. De esa forma, Valcárcel subrayaría la urgencia de “someter a la crítica el monto de esos saberes heredados, por cuanto distorsionaban la imagen de las mujeres o servían ideológicamente para perpetrar la dominación masculina” (2023, p. 56).

A pesar de todos los avances en la paridad entre hombres y mujeres en muchos aspectos, Victoria Camps aduce en *El siglo de las mujeres* que aún hay obstáculos para lograr una igualdad aceptable y destaca dos ámbitos: el primero, en la vida privada, donde mantiene una división del trabajo muy tradicional; y, segundo, un acceso de la mujer de puestos y cargos de mayor responsabilidad.

A propósito, Camps indica que en el ámbito del trabajo “la mujer ha entendido que su liberación pasará por el trabajo fuera de casa y equipararse al varón en cobrar por su trabajo. El Estado de bienestar la ha ayudado en esa empresa, pero solo a medias” (2013, p.10).

En efecto, la mujer sale del hogar tradicional al espacio público y el Estado de bienestar favorece ese proceso, pues “ha ayudado a efectuar “la transición de la dependencia privada a la pública”, citando a Ernest Helga María, quien afirma que “la vida de la mujer depende más de las políticas de los Estados que de los hombres” (como se cita en Camps, 2013, p. 43). No obstante, los procesos de deconstrucción del Estado de bienestar en los países del norte y de los pilares de la sociedad industrial irrumpen este proceso de liberación de las mujeres y del espacio doméstico a la vida pública mediante diversas formas de incorporación al mercado de trabajo. Este proceso de ruptura no solo pretende que las mujeres sean trabajadoras, obreras, educadoras, funcionarias, gerentes e intelectuales, sino que se posicionen en la sociedad como ciudadanas plenas y con espacios para el ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones con los varones.

Corolario de lo anterior, Camps concluye que el trabajo concede el estatus de ciudadanía, el cual ya no se basta con ser un mero propietario como aducía Locke. De allí que “ser ciudadano de pleno derecho implica tener una renta. Y la renta, salvo en el caso de cuatro privilegiados se adquiere a través del trabajo” (2013, p. 44).

Desde el nacimiento de la sociedad industrial se ocupa a niñas, niños y mujeres en los procesos del trabajo, bajo las formas de máxima explotación y en condiciones penosas, como diría Benjamín Coriat en *El taller y el cronómetro* (1979): en el discurso de los fabricantes, se invoca ante todo el consumo productivo del niño, como una necesidad técnica, la finura de sus dedos, la pequeñez de su estatura y de sus miembros hacen de ellos los únicos aptos para efectuar ciertos trabajos. Aún más, agrava este investigador: “las leyes sobre el trabajo de los niños constituyen sin duda, en Occidente, una de las primeras políticas burguesas sistemáticas de administración de la fuerza de trabajo obrera” (1991, p.18).

Consolidada la sociedad industrial, y ante la metamorfosis del concepto de trabajo, Supiot consideró que la distribución social del trabajo por género aseguraba que la distinción masculino-femenino se correspondería con las dualidades de lo público-privado y del ámbito productivo-reproductivo, respectivamente, asignando a la figura masculina la actividad en el mercado de trabajo asalariado, y a las mujeres el espacio familiar privado y regulado por la legislación civil (1999, p. 249).

En consonancia, Gosta Esping Andersen y Bruno Palier en *Los tres grandes retos del Estado del bienestar* señalan que se ha ignorado de manera sistemática que la fuerza de cambio más profunda ha sido la revolución femenina, pues

enaltecen la ruptura generacional de las mujeres, quienes ya no quedan relegadas al ámbito doméstico, sino que abren la posibilidad de consolidar su lugar en el mercado de trabajo y, por ende, de acceder a un salario y a la autonomía económica (1993, p. 19).

## Transformaciones en la familia

No obstante, al estudiar los efectos de esta revolución, entre otras consecuencias que serán básicas para las estrategias de protección social, se destacan los cambios en la familia tradicional, en la que se experimentan mutaciones asociadas al papel de la mujer en la estructura familiar. Algunos factores importantes de esta ruptura son la disminución de la fecundidad y la “proliferación de las familias ‘atípicas’, muchas de las cuales sufren la vulnerabilidad económica” (Esping-Andersen y Palier, 1993, p. 20).

No hay duda de que esas tendencias han de afectar el cambio demográfico y, como lo expresan los investigadores, acelerarán el ritmo de envejecimiento de la sociedad. Además de percibirse los efectos socioeconómicos propios de la economía del cuidado, los cuales se manifiestan en la necesidad de procurar en el mercado los servicios del hogar, antes satisfechos por la figura del ama de casa. De allí otra urgencia, la relacionada con atender la contribución económica de la asistencia social y el cuidado en el sistema capitalista encabezado por las mujeres (Esping-Andersen y Palier, 1993, p. 21).

Por otro lado, Esping-Andersen y Palier también ponen de presente la *revolución silenciosa* que se va gestando en el marco del crecimiento económico, sin el correlativo aumento de puestos de trabajo, lo que pone en crisis el enfoque de Beveridge y la apuesta por el pleno empleo (1993, p. 194). El capitalismo de la posguerra procurará ampliar la base del pleno empleo para abarcar a todas las mujeres y, en realidad, a todos los que desean trabajar.

Es claro que la sociedad industrial y su forma de capitalismo tenía un sesgo de exclusión de las mujeres o, al menos, una estructura de subordinación desde el ángulo del derecho, como bien señala Supiot en *Trabajo y empleo* cuando afirma que el sesgo masculino originario del derecho concebía la relación contractual laboral exclusivamente para hombres trabajadores del sector industrial y proveedores del sustento económico de las familias (1999, p. 250). En consecuencia, el perfil masculino en el escenario de incorporación femenina al mercado de trabajo obligaría a las mujeres a superar barreras de dos tipos: de actores y de legislación masculina.

La revolución silenciosa de las mujeres, profundizada en la segunda mitad del siglo xx, contaba con un eje que permitía articular algunos requerimientos de los movimientos feministas, relacionados con el reconocimiento de ejecución los

derechos económicos y sociales y la superación de las desigualdades estructurales entre hombres y mujeres, en el marco de una sociedad patriarcal. Era necesario romper el binomio consolidado de la modernidad liberal: la especialización de las mujeres en las tareas del hogar y la familia, por un lado, y la centralidad del trabajo productivo y remunerado de los hombres, que ejercían sus actividades laborales en fábricas, empresas e instituciones públicas, por el otro.

Gran parte de la vinculación de las mujeres al mercado de trabajo se genera, inicialmente, en las áreas de los servicios públicos y privados, tales como las atenciones en salud y en educación; más tarde, el acceso al empleo se va a desarrollar en la producción manufacturera, los servicios comerciales y financieros. Sin embargo, es preciso tener presente que este proceso de acceso al empleo productivo tiene sus complejidades para quienes ofrecen su fuerza de trabajo, como, por ejemplo, las mujeres, e igualmente para las empresas y las instituciones públicas. Al respecto, Dominique Méda señala que este proceso de transición del hogar al empleo remunerado no se puede analizar si no se tiene en cuenta el trabajo doméstico no remunerado, además la atención al conjunto de las relaciones parentales y al cuidado de los niños, las niñas, las personas discapacitadas y de alta edad.

En resumen, la profesora Méda propone que el trabajo doméstico, como concepto construido por las feministas en los años setenta, tiene diferentes enfoques desde el mundo económico. A propósito, invoca a la investigadora M. Glaude para recordar la definición más general dada por los economistas sobre producción doméstica, entendida como:

Todos los bienes y servicios fabricados por los hogares para sus propias necesidades fuera de sus actividades profesionales, concepto que, desde luego, se extiende a las actividades culturales, de descanso, que permiten entretener o mejorar la fuerza de trabajo o el capital humano. (Méda, 2001, p. 82)

Sin embargo, algunos economistas consideran el trabajo doméstico como fundamentalmente idéntico al trabajo remunerado, sobre el cual se podía estimar una hipótesis de productividad.

Los escenarios en el uso del tiempo de la mujer activa han de generar tensiones en la configuración de las familias y en su atención, particularmente donde hay hijos menores y/o personas de alta edad para su cuidado. De allí que hoy en día se encuentra una fuerte heterogeneidad en la formación de las familias: unidades monoparentales, unidades tradicionales integrados por un hombre y una mujer, parejas del mismo sexo, madres solteras, hombres y mujeres solteras sin decendencia, transformaciones de la pareja en segunda o tercera unión, disoluciones, divorcios y otras formas que ha generado el mundo patriarcal.

De estas configuraciones surgen múltiples formas de relaciones, por ejemplo, cuando se trata, en vía de ilustración, de parejas que trabajan de forma remunerada, se está en presencia de un escenario en el que los arbitrajes del tiempo serían más equilibrados; cuando los dos miembros trabajan en el mercado remunerado, pero tienen niños o niñas para su cuidado, ¿quién lo asume?, ¿quién restringe su tiempo de trabajo? En el esquema de la sociedad industrial los tiempos son relativamente homogéneos y contrapuestos bajo el esquema del trabajo realizado por hombres, bajo rígidos reglamentos de trabajo. En contraposición, la mujer entra al mundo de la producción industrial o ahora posindustrial, muy alejada del mundo de la “reproducción”. A la mujer le corresponde restringir el tiempo de su trabajo al tener que asumir una mayor carga no solo con el cuidado de sus hijos, sino también con las personas enfermas o de alta edad que integran sus familias.

Estos desencuentros entre el trabajo profesional de la mujer y las actividades del hogar, de la reproducción y del cuidado, dan lugar al surgimiento de figuras como *la doble jornada*; a lo cual la profesora Méda interroga: ¿Por qué las mujeres deben acumular esos dos o múltiples roles? Se responde al señalar que la sociedad no ha acompañado su inserción en la vida profesional, y los hombres “permanecen aún monolíticos, no extraen su identidad más que del trabajo y tampoco toman parte suficiente en las otras tareas” (Méda, 2002, p. 67).

La sociedad industrial en proceso de deconstrucción no ha cambiado aún, de manera estructural, sus fundamentos de convivencia y de reconocimiento de los derechos al trabajo de las mujeres y los aportes que ellas hacen al desarrollo como ciudadanas trabajadoras. Dicha tesis, ya advertida por Supiot al señalar que el modelo social de la división del trabajo no resulta modificado en la misma proporción, ha generado brechas entre las instituciones que tiene la sociedad (como la regulación del trabajo y sus normas) y las condiciones de las prácticas laborales de las mujeres.

En ese contexto, Supiot señala que, además del trabajo remunerado, las mujeres son responsables de la reproducción en la sociedad, lo cual le genera una “doble jornada” de trabajo pagado y no pagado, dado que lo que implica la reproducción es una carga real de trabajo “que supone una competencia desigual entre hombres y mujeres en el mercado de trabajo, más allá del reconocimiento de la igualdad formal en el plano de la ley” (Supiot, 1999, p. 253).

## Las sombras del capitalismo industrial

La historia de la igualdad, como lo señala el investigador Rosanvallon, estaría “marcada por una ruptura decisiva que cambiará su curso: la de la revolución industrial y el advenimiento del capitalismo” (Rosanvallon, 2011, p. 101). La

perspectiva de una sociedad de semejantes debe ser replanteada, dado que hay cambios muy importantes en la producción y el empleo en el siglo XIX.

En el escenario de este siglo se han de profundizar las desigualdades, la miseria en la ciudad de los trabajadores, la inconformidad y las revoluciones en los años treinta y cuarenta, como producto de la sociedad industrial. Si se esperaba el progreso, no solo de la burguesía, sino también de los trabajadores asalariados, no ocurrió; el espejo para la fuerza de trabajo sería la pobreza extrema, la miseria y la proletarización de la clase trabajadora.

En el texto sobre *La sociedad de los iguales* (2015) el profesor Rosanvallon analiza la trayectoria intelectual del economista Simon de Sismondi, quien inicialmente era un animador de la libertad económica en todas sus dimensiones, y así la configura en su libro *De la riqueza comercial* publicado en 1813; posteriormente hará entrega en otro texto de los “Nuevos principios de la economía política”, presentado en 1819, en el que hará una defensa diametralmente opuesta a la obra precedente. En los nuevos principios Simon de Sismondi se dedicará al estudio de los desarrollos y las interrelaciones entre la producción y la población y, no solo como lo habían señalado las corrientes económicas de la época la producción de la riqueza nacional.

Se pregunta Rosanvallon cuál es la razón de esta brecha. En efecto, en la introducción de los principios, señala el economista Simon de Sismondi que esta brecha se presenta por la comprobación de los “sufrimientos crueles de los obreros de las manufacturas” (Rosanvallon, 2011, p. 102), situación que le había abierto los ojos y agregaba, además, que ello acontecía en el marco de la libre competencia, donde el trabajo y el capital se potenciaban, de forma separada, en la lucha de una contra la otra. La narrativa de la pauperización del proletariado en el centro de Europa no era distinta de lo que sucedía en el otro lado de la Mancha, en Inglaterra, base de la modernidad económica, pero también de la descomposición que corría con el nombre de “pauperismo”.

En la primera mitad del siglo XIX se genera una abundante literatura sobre la situación social en la Gran Bretaña, la cual se ilustra con la narrativa que presenta el escritor Maurice Rubichon en *Del mecanismo de la sociedad en Francia o en Inglaterra* publicado en 1833, que detalla una población “aglomerada por miríadas” en los talleres, “consagrada a trabajos más humillantes y más pesados que aquellos de los galeotes”, reducida a “alimentos, ropas y alojamientos tan escasos y hasta tan precarios que cada día duda si habrá de ver la próxima mañana” (Rubichon, 1833, p. 224).

De otro lado, Eugene Boret, apoyado por Louis René Villarmé, ofrecerá una visión oscura e impactante del proletariado de la manufactura: “Inglaterra, el país de la gran industria, es también el país de la guerra social” (Boret, 1840, p. 50). En Europa y en el mundo entero el nombre de Manchester se convertirá así en uno de los apellidos del infierno (Rosanvallon, 2011, p. 103); no dejaría

de sorprender la caracterización de la miseria que afecta a la clase proletaria, donde evocando nuevamente la narrativa de Boret, señala que “el pauperismo equivale a una verdadera interdicción social: los miserables son hombres fuera de la sociedad, *outlaws*” (Rosanvallon, 2011, p. 107).

Brota de esta manera una fuente de contradicciones y enfrentamientos entre los propósitos del proletariado y los intereses de acumulación de la burguesía, y en este proceso, en el siglo XIX, se constatarán diversas formas de rebeldía del proletariado, como lo fueron las propuestas elaboradas por los obreros de las manufacturas textiles en la ciudad de Lion en 1831, las manifestaciones de los años cuarenta y la revolución de 1848. Además de ello, se produce el auge de la formación de las organizaciones de obreros —sindicatos— y las políticas que acogieron los idearios de la clase obrera.

En este mismo siglo se elaborarán diversos proyectos e imaginarios de la burguesía, en los que se inculpa a los obreros por sus vicios, del atraso y de la miseria; la denominada “condición obrera” o “condición proletaria” será incorporada por los trabajadores en una doble dimensión: de quienes consideraban que muchas de esas desigualdades y la pobreza se podrían superar con reformas sobre las mismas instituciones económicas. de una parte, y de otra quienes consideraban que para erradicar esa miseria sembrada en los barrios de Londres, Leeds, Manchester o Lion era preciso erradicar el capitalismo industrial de raíz.

Aparecerá lo que algunos tratadistas han de denominar “la nueva pobreza”, surgida de la condición proletaria que era producto, para la dirigencia industrial, de los vicios y las malas prácticas del vivir de los proletarios en los suburbios en las ciudades industrializadas. ¿Aparece una nueva cuestión social? Explica el profesor Díez Rodríguez que el problema de la sociedad industrial no es un problema de relaciones industriales que les exigen a los empresarios asumir unas nuevas responsabilidades y tomar consciencia de su función social y moral; no, ahora “el problema se traslada a las mismas instituciones económicas del capitalismo concurrencial a las que se denuncian como responsables últimas del proceso de proletarización y de la muy conflictiva estructura social que necesariamente crea” (Díez Rodríguez, 2014, p. 316).

Dadas las condiciones de pobreza y de carencia de los bienes básicos para la sobrevivencia de la clase trabajadora, no habría nada que esperar sobre medidas de protección para los trabajadores industriales y sus familias, y menos aún sobre personas de edad avanzada en su época. El advenimiento de la sociedad industrial, en su desarrollo, no apareja la creación de medidas protectivas; estas estrategias serán impulsadas por instituciones caritativas bajo el paradigma de la asistencia social, la cual se considera alejada de las instituciones en las que se desarrolla el trabajo asalariado.

En el tránsito del siglo XIX al siglo XX se va a abrir, según el profesor Rosanvallon, la revolución de la distribución, dirigida a reducir las desigualdades

que se han generado sobre tres grandes reformas: la institución del impuesto progresivo, el establecimiento de mecanismos de seguros para proteger a los individuos contra los riesgos de la existencia, y uno tercero relativo a la creación de procedimientos de representación y de regulación colectiva del trabajo (2011, p. 203). Este proceso se inicia con el establecimiento del seguro obligatorio de enfermedad en 1883, en Alemania, al cual le seguirán los seguros sobre accidente de trabajo y los de vejez en 1889; en Gran Bretaña aparecerá el National Insurance Bill de 1911, y en Francia las leyes de seguros sociales de 1928.

## Cesación de la vida activa

Dentro del proceso de envejecimiento de la población, especial atención merece el estudio de las condiciones de trabajo de las personas de alta edad. Al final de la trayectoria laboral se ha de decidir sobre la permanencia del trabajador en su puesto de trabajo o en una eventual salida del mercado; se evalúa si le es posible reincorporarse posteriormente y bajo qué condiciones.

Las políticas de empleo tendrán presentes estrategias que señalen cuáles serían los límites en el tiempo para llevar una vida activa, o a qué edad ha de comenzar la vida pasiva y, por tanto, ser sujeto de medidas preventivas por parte de las autoridades estatales, de las instituciones del mercado o de la familia, o una combinación de ellas.

En la sociedad industrial, al término de la vida laboral los trabajadores asalariados y dependientes gozarán de una protección económica mediante el otorgamiento de unas estrategias pensionales; quienes no lo hacen, desean combinar simultáneamente unos ingresos producto de su trabajo y otra parte de la pensión. Los países del norte desarrollado han avanzado con esa figura que denominan “envejecimiento y jubilación activas”, haciendo tránsito a una vejez pasiva. No ocurre lo mismo en países emergentes, como la mayoría de los latinoamericanos, donde esta institución aún no extendida traerá mayores complejidades, dado que la fuerza de trabajo recién empieza a experimentar un proceso de disminución de su volumen.

Se anota que desde la segunda mitad del siglo xx se ha venido trabajando en el concepto de *envejecimiento activo*, así como de *jubilación activa*, lo cual en principio estaría afectando el paradigma de la sociedad industrial que establecía límites legales a la vida activa, entre otras razones por la creencia sobre el posible debilitamiento de las habilidades productivas y como mecanismo de renovación de la mano de obra.

La investigadora Raquel Castro indica que sería preciso consolidar nuevos paradigmas, introduciendo el concepto de *esperanza de vida laboral saludable*<sup>6</sup>, lo que significa que con ese indicador crucial se puede medir el periodo en el cual los individuos pueden trabajar de forma activa y productiva sin comprometer su salud (Castro, 2023, p. 113). Agrega la profesora Castro que ello tiene su fundamento en dos motivos: “En primer lugar las mejoras en la esperanza de vida [...] y el aumento del deseo de las personas mayores a continuar trabajando. En segundo lugar, el continuo aumento de la edad de ingreso al mercado laboral” (Castro, 2023, p. 113).

La deconstrucción de los cimientos de la sociedad industrial y su desplazamiento hacia una sociedad de servicios, inducida por las sucesivas crisis económicas, la globalización de las economías, el impacto de la cuarta revolución industrial y el acceso masivo de las mujeres al escenario de la producción modificarían el comportamiento del empleo, su naturaleza, las formas de ejecutarlo, las jornadas y los salarios, todo lo cual reclamaría cambios permanentes en la legislación laboral.

Antes se tenía como referente del crecimiento económico la configuración de la gran empresa industrial: ahora aparecerá *la desintegración vertical de la producción*, que no es otra cosa sino el espejo mundial de la transformación del modelo fordista (Cohen, 2007, p. 52). Estos cambios mueven la estructura de la producción hacia una nueva división internacional del trabajo, por la cual las diferentes etapas de la producción, otrora concentradas en un mismo escenario, van a estar separadas las unas de las otras.

Si anteriormente se establecían límites formales estandarizados para la realización del empleo en jornadas, tiempos, movimientos, organización de los horarios y obligaciones, representadas en los reglamentos de trabajo y por unidad de producción, ahora los nuevos paradigmas se expresarán en las flexibilidades, los turnos, los trabajos en casa, el teletrabajo, la virtualidad y la informática, dando lugar a un debilitamiento del volumen de trabajadores de traje azul. Surgirán nuevos perfiles de trabajadores del conocimiento, de la información, de la inteligencia artificial, y a no dudarlo se seguirá presentando una gran fragmentación de los antiguos mercados de trabajo.

Se demandarán de nuevos marcos jurídicos que faciliten diversas opciones de trabajo, bajo el entendido de que estas nuevas actividades transformadas estarán cubiertas por el trabajo digno y decente, que es el que genera un entorno de derechos. En los escenarios del envejecimiento y de la flexibilización aparecerán los espacios para el desarrollo del trabajo activo, que en muchos de sus componentes buscan trascender los límites legales impuestos por el modelo industrial. Si antes se prohibía permanecer en el puesto de trabajo más allá del

6 Surge el concepto de “Esperanza de vida de buena salud”, Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia de Gobierno de España (2021).

límite fijado por la ley (bien fuesen los 55, 60 o 65 años), en el momento de las mutaciones al mercado del empleo se predica continuar trabajando bajo una figura voluntaria y ser protegido al prolongar su permanencia allí.

Las modificaciones del mercado del empleo conducen igualmente a cambiar la ruta formalmente establecida de las pensiones forzadas hacia instituciones protegidas de manera más flexible, como lo han sido las pensiones anticipadas, las pensiones parciales o aquellas que permiten recibir parte de una pensión y, simultáneamente, adelantar un trabajo paralelo. Esta institución de la sociedad industrial deja por fuera de medidas protectivas a los trabajadores no formalizados o informales, quienes en sociedades desarrolladas tienen un peso relativo del total de la fuerza del trabajo; distinto es lo que sucede en sociedades emergentes que, como la colombiana, cuentan con niveles de informalidad que oscilan entre el 55 % y el 59 % de los trabajadores en el último periodo. Para estas poblaciones continúan las medidas de carácter asistencial, como es el caso del programa Colombia Mayor, cuyo monto se sitúa alrededor de los ochenta mil pesos colombianos y, de otra parte, el otorgamiento de algunos subsidios para los programas que se definen como beneficio económico permanente [BEPS].

La transición entre la vida profesional y la jubilación se marcó bajo los modelos de la seguridad social instaurados en el siglo xx. La Organización Internacional del Trabajo [OIT], reconociendo los cambios que se han producido en el mercado del empleo, propugna por una mayor flexibilidad en el tránsito, sugiriendo en la Resolución 161 que ese tránsito a la vida pasiva, por la vía de las pensiones, se realice bajo la modalidad voluntaria y siga los pasos de la progresividad. La profesora Castro así lo afirma cuando expresa que: “la jubilación activa y el envejecimiento activo, son conceptos interrelacionados que reflejan una transición gradual del trabajo al retiro, permitiendo a los individuos mayores continuar participando en la vida laboral y social de manera productiva en términos económicos” (Castro, 2023, p. 127).

El tránsito en un gran número de países de Occidente se inicia en la franja de edades que va desde los sesenta y hasta los 67 años, en promedio. El profesor Álvarez de la Universidad de Málaga, en su texto “Políticas activas y pasivas de empleo para personas de edad avanzada” (2016), ilustra sobre el tratamiento que se debe establecer en las políticas de empleo a los trabajadores de alta edad, en la versión de la Unión Europea, y que en este escrito lo hemos tomado como referente de política pública. Manifiesta el profesor que en una política de empleo se cuenta con diferentes enfoques, de los cuales subraya tres en particular: (a) el normativo como prohibición de la discriminación por razón de edad, (b) el envejecimiento activo, y (c) sostenibilidad de los sistemas de protección social.

En el *ámbito normativo*, la prohibición de la discriminación por razón de edad atiende lo señalado en la Recomendación 162 de 1980 sobre trabajadores

de alta edad, por parte de la OIT. En este texto se señala, en todos los acápites, sobre los efectos discriminatorios por edad (edadismo), pero igualmente discriminación por otras razones como el sexo, la etnia, la raza, la religión y la salud. Estas prohibiciones se han consagrado en gran número de constituciones que para el caso colombiano se estipulan en los artículos 2, 13, 42, 48 y 49. A más de las declaraciones de Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo, la Unicef y la Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.

De hecho, como lo recuerda Javier Barraicoa *et al.*, en “Nueva empleabilidad, retos y oportunidades ante la longevidad” (2022), a finales del siglo xx se celebró en Viena la primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (1985), de la que salió el documento “Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento”, complementado con una segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento, ante lo cual expresa: “estas acciones internacionales han permitido que el envejecimiento se avisto desde otra perspectiva, donde las personas mayores pasan de ser una carga, a ser un recurso. Estamos hablando de un nuevo paradigma de ciudadanía” (2022, p. 17).

El segundo enfoque que agrega Álvarez en el escenario de las políticas de empleo se produce sobre el *envejecimiento activo*, dirigido a trabajadores que, estando en el mercado del empleo, pueden continuar trabajando. De otra parte, el diseño de acciones para trabajadores de alta edad, en estado de desempleo de larga duración y poblaciones desfavorecidas ha sido insuficiente; es de anotar que para estos colectivos se han generado múltiples barreras de acceso y estereotipos sobre sus niveles de productividad, las habilidades cognitivas y el impacto de las tecnologías. Para los ciudadanos incorporados al mercado de los empleos y con deseos de continuar trabajando, las estrategias y normas se dirigen a garantizar su permanencia: obreros, técnicos y profesionales. Las estrategias —Unión Europea— se estructuraron para generar más empleo, a mayor edad, y de otra parte se complementan con las estrategias dirigidas a retrasar la salida de los trabajadores del mercado de trabajo (Álvarez, 2016, pp. 14-15). Para esto habrá que generar ambientes de fortalecimiento del envejecimiento activo y la solidaridad entre generaciones.

Como precedente se indica que para dar aliento y orientar el envejecimiento activo se adoptó una declaración del Consejo Europeo de Dirección del 2012, la cual trataba los siguientes asuntos: educación y formación profesional permanente, entornos laborales saludables, gestión estratégica de la edad para la adopción de carreras profesionales, atención especializada de servicios de empleo, evitar discriminación por razón de edad, rentabilizar el conocimiento y la experiencia de los trabajadores, fiscalidad favorable del empleo para que entre trabajadores les compense más trabajar que jubilarse (Álvarez, 2016, p. 15).

A medida que las personas envejecen, dice la profesora Castro, a pesar de la experiencia acumulada, estos colectivos se vuelven más vulnerables a ciertos riesgos, debido a los cambios fisiológicos y al impacto de las enfermedades crónicas, lo cual sitúa al trabajador de alta edad en una probabilidad de salir del mercado (2023, p. 42). Esta realidad incrementa la vulnerabilidad de estas personas:

la fragilidad de las relaciones y la inserción en un medio idóneo para vivir dignamente, peligran ante la falta de un puesto de trabajo digno que permiten obtener una remuneración adecuada y cuya permanencia en el tiempo posibilite cierta estabilidad. (Castro, 2023, p. 52)

En el tercer enfoque, referencia Álvarez (2016) el poder sostener los sistemas de protección social: más años de longevidad, más costo para los aparatos de seguridad social. El asunto de la sostenibilidad de las estrategias pasivas, se agrega, que no solo ha de mirar el ingreso del trabajador, sino también de sus sobrevivientes.

La configuración normativa de la jubilación ha de tener presente tres elementos que les permite a las instituciones evaluar los niveles de sostenibilidad de los regímenes pensionales: la edad de retiro, la relación del pensionado con la actividad laboral y la tasa de sustitución o tasa de remplazo que va a sustituir los salarios percibidos. El diseño específico para cada sociedad permitirá hacer una integración de estos elementos: se abre una ventana para el retiro de los trabajadores por la que no solo contarán con una protección social, sino que permitirán generar nuevos escenarios de vida.

## **Impacto de la revolución tecnológica en los trabajadores de alta edad**

De los cambios más significativos registrados en el siglo **xxi**, el de mayor impacto sobre el conjunto de la sociedad y las estructuras de la producción y del empleo ha sido el provocado por la revolución tecnológica; materializa un proceso que se venía gestando desde la segunda mitad del siglo **xx**, anunciando el tránsito de la sociedad industrial a la nueva sociedad posindustrial, la del conocimiento y de la información.

La revolución tecnológica producto de las semillas regadas en los Estados Unidos en las décadas de los sesenta y setenta del siglo **xx** va a tener una rápida expansión y se va a caracterizar por, en expresión de la profesora Sofía Olarte, por los siguientes componentes.

En primer lugar, la ambivalencia inherente a las tecnologías de la información y la comunicación [TIC]; estas tecnologías son, a su vez, factor de cambio de la economía global basadas en el conocimiento, factor de competitividad y

progreso social, que lleva a su vez un riesgo de profundizar en la fragmentación y desigual distribución de la riqueza (Olarte, 2017, p. 287). En esa misma dirección han de aparecer los estudios de la ONU, la Unesco y la OIT, dando cuenta de la universalidad del Internet y de la fragmentación que este proceso genera en los colectivos de la sociedad.

En segundo lugar, se caracteriza esta revolución, como lo consignó la profesora Olarte, por su amplio impacto y la diversidad de variables sobre las que incide: información, saberes, globalización, mercados de trabajo, producción capitalista, de modo que desplaza “el trabajo como factor de producción, en favor del conocimiento y la tecnología. En la economía del conocimiento el acceso a la información es un imperativo de la competitividad en el mercado global” (Olarte, 2017, p. 289).

La retroalimentación entre los procesos de globalización económica, la revolución tecnológica y la deslocalización empresarial sería la tercera característica que subraya la investigadora; estos procesos interactúan y combinan las tendencias de desindustrialización en países ricos y el desplazamiento de la producción industrial a varios países en desarrollo (Olarte, 2017, p. 289).

Aludiendo a la primera característica de esta revolución, la ambivalencia, se afirma que,

quien no tiene acceso a la red se encuentra aislado de la vida civil o social [...] puede decirse que el círculo virtuoso de la tecnología se concentra en un círculo vicioso en relación con las personas que no tienen acceso a ella. (Cabeza, 2020, p. 16)

La otra cara, visto desde el impacto de la revolución tecnológica, corresponde al crecimiento de las desigualdades; para el profesor Cabeza (2020) se identifican en medio de la diversidad dos grandes barreras para acceder a las tecnologías: la primera barrera se asocia con las desventajas previas, en las que acusan una falta de experiencias elementales de aproximación a la red, lo cual causa desinterés hacia el conocimiento tecnológico; y una segunda que se origina por la falta o deficiente acceso a los medios telemáticos y a la red. Ello no hace otra cosa que señalar como gran barrera el analfabetismo digital (p. 17). Estas distancias colocan a los individuos y a los colectivos en los escenarios de las “brechas, cuyos trechos van a incidir no solo para que técnicamente se pongan al día, sino que rompan en una sociedad del conocimiento y la información, los vínculos sociales y generen caminos de exclusión”.

Pero nos hemos de preguntar: ¿por qué hablar de “brecha digital” en los escenarios de los mercados de trabajo, donde participan ciudadanos trabajadores de alta edad? Este concepto, como lo anuncia la profesora Olarte, es polisémico, con significados distintos, según los ámbitos científicos en los que se aloja.

“Comportaría entender la brecha como una ruptura o herida de la sociedad. También se define brecha como boquete, apertura, agujero, separación, resquebrajamiento por donde algo empieza a perder seguridad o diferencia difícil de salvar” (Olarte, 2017, p. 240).

El paralelo neologismo “brecha digital” se refiere a la “separación entre grupos (por países y dentro de cada Estado) que tiene acceso y utiliza TIC como parte de su rutina diaria (saber utilizarlas y obtener rentabilidad de ellas) y los grupos que no” (Olarte, 2017, p. 290).

Esta conceptualización de “brecha digital” o “informativa” ha sido acogida en su esencia por muchas organizaciones internacionales, empezando por la ONU en la que la OCDE tiene participación.

La determinación, o no, de que exista “brecha digital” está condicionada por el acceso a la tecnología, la cual cada vez se desarrolla más, y su cierre se dificulta en la medida en que no se muevan las desigualdades estructurales que cobijan a los colectivos de trabajadores; las barreras de no acceso a la tecnología como la educación, las habilidades, las competencias para usar y desarrollar nuevas aplicaciones se debilitan con los años y hacen que las personas de alta edad sean aún más discriminadas y se les aleje del ejercicio que como ciudadanos adultos tienen de sus derechos fundamentales, como lo son el acceso a la información, a los servicios públicos, a la participación política y al trabajo. Estas deficiencias en los elementos de acceso a las tecnologías van creando climas de analfabetismo digital y de exclusión asociados a la desintegración social.

Uno de los escenarios en los que más impacta la “brecha digital” es el laboral, bien sea por las barreras de acceso a un empleo, o bien para mantenerlo o reconvertirlo. Al respecto, la profesora Olarte nos precisa que “junto a la oferta de empleo en el sector de las tecnologías de la información y las comunicaciones, se produce un cambio en la oferta de la totalidad de servicios de la economía, en lo que es preciso una adaptación” (2017, p. 297).

Sin embargo, la revolución tecnológica no afecta solo el mercado del empleo que cada vez utiliza más instrumentos y herramientas para desarrollar sus actividades, “ya sea la fabricación o la prestación de un servicio, como los avances de la informática, la robótica, ofimática, cibernética, temática, digitalización, tratamiento de datos o *big data*, inteligencia artificial, *machinelearning*” (Fernández, 2022, p. 22); también afecta las formas de producción y los modelos de organización del trabajo, pues es preciso recordar que se está transitando de una economía industrial a una economía digitalizada, formalizada y en contacto con el medio ambiente; esta revolución afecta los paradigmas de los modos de producción del capitalismo clásico.

También ha de afectar la estructura y organización del Estado, la administración y los servicios públicos prestados por órganos e instituciones especializadas. Estos eventos conducen a

la ciudadanía a la necesidad de usar herramientas electrónicas para cumplir con sus obligaciones tributarias [...] solicitud de ayudas, acceso a información pública, autorizaciones, ejercicio de derechos [...] afecta la igualdad de oportunidades y el pleno y efectivo desarrollo del Estado Social. (Olarte, 2017, p. 297)

Los adultos mayores han sido igualmente parte de esa metamorfosis del trabajo bajo la revolución de las TIC, y ese proceso avanza y se profundiza cada vez más, sustituyendo la mano de obra actual con “nativos digitales”, y excluyendo a los trabajadores mayores que han sido desplazados por el cambio tecnológico. Afirma la profesora Castro que la “digitalización, la inteligencia artificial, la robotización o, en general, la implantación de las [TIC] como en cualquier ámbito de la vida, aparecen como una realidad imparable, también en las relaciones laborales” (2023, p. 31); lo que significa que el perfil y el desarrollo de los nuevos empleos va a estar ligado al cambio tecnológico con todas sus consecuencias.

La creación de puestos de trabajo, la transformación de los perfiles y las remuneraciones irán de la mano de esa revolución tecnológica. De cara a la regulación corresponderá al Estado social enfrentar los retos de la alfabetización digital, la formación tecnología para el empleo naciente y la evaluación de políticas públicas de protección social para aquellos adultos que la tecnología excluye en plazos relativamente cortos.

Dentro de los escenarios de grandes cambios, la profesora Castro se pregunta si esta disparidad en el uso de habilidades digitales genera una nueva forma de discriminación contra los trabajadores de alta edad. Una de las principales características que acompañan a las personas de alta edad tiene que ver con las dificultades para acceder a nuevos empleos o mantenerse, dada la discriminación que sufren por cuestiones de edad. En los procesos de selección no dejan de figurar los estereotipos preconcebidos (negativos), como puede ser contar con una menor motivación, rendimiento y capacidades físicas y mentales, o de ser calificados como lentos o con probabilidad de tener un accidente, desconociendo sus experiencias y conocimientos prácticos adquiridos (Castro, 2023, p. 61).

La “brecha digital” llega a ser más significativa si a ella se le asocian condiciones que han de necesitar una especial consideración, tal como lo indica el profesor Cabeza (2020): se trata del sexo, la edad y la discapacidad, causas recurrentes de discriminación. Los efectos de la brecha no dejan de ser valorados como si se tratara de un proceso de precarización y, debido a su extensión en varios países de la región, no dejan de ser identificados como los espacios donde se construye una nueva “cuestión social”. Ello amerita que esa gran cantidad de ciudadanos trabajadores no propietarios tengan una respuesta por parte del Estado en la formulación de la política pública que logre mitigar la transición

del modelo industrial excluyente, mediante estrategias integrales de formación continua a lo largo de toda la vida.

La revolución tecnológica no es de carácter coyuntural, al contrario, está acarreado cambios profundos en los modelos clásicos de producción y empleo, lo que implica la necesidad de estructurar respuestas a mediano y largo plazo para los países emergentes de América Latina y del Caribe, las cuales puedan mitigar las afectaciones negativas. La banca mundial en estudio reciente señala que en la región el 74 % utiliza Internet, pero excluye a una cuarta parte de la población. La Unesco señala que el uso de Internet en personas mayores de 65 años solo alcanza al 10 %, según un estudio realizado en el 2017. En Colombia, el Ministerio de la Tecnologías de la Información y las Comunicaciones señala que en el 2022 el índice de “brecha digital” fue de 0.400 (escala de 0 a 1, donde 0 significa ausencia de la brecha digital).

En la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del Dane (2025), el porcentaje de hogares con acceso a Internet a nivel nacional es del 65.6 %, con una marcada brecha entre centros poblados y área rurales dispersas. Significativa es la brecha por edad en el acceso y uso de tecnologías digitales: mientras que el 30.1 % de personas mayores de sesenta años o más utiliza el Internet en cualquier lugar, el registro para el resto de la población nacional es significativamente mayor, alcanzando el 65%. Así mismo, solo el 13.8 % de las personas mayores usa un computador, diferente al grupo de edades menores que alcanza el 39.6 %. (Dane, 2021, p. 25)

En esa misma dirección, la Encuesta Nacional de 2020 reveló que entre las personas de sesenta años o más que utilizan Internet, el 84.4 % lo usa para acceder a redes sociales. Además, solo el 45.9 % lo emplea para obtener la información, excluyendo la búsqueda con fines informativos o de aprendizaje. Esta información logra ilustrar algunos efectos excluyentes de las personas de alta edad de cara al proceso de la revolución tecnológica. Es de anotar que el Dane remarca que entre las principales razones por las cuales las personas de sesenta años o más no usan Internet es porque no saben utilizarlo, no lo consideran necesario o lo encuentran muy costoso (Dane, 2021).

Estos datos señalan para este grupo etario el aislacionismo y la exclusión de las tecnologías digitales, lo que limita su acceso a los mercados de trabajo y, más grave, al ejercicio como ciudadanos de muchos de sus derechos fundamentales. Al tenor del análisis expuesto, es crucial abordar programas de formación continua en atención a que la principal barrea de discriminación es la falta de conocimiento sobre el uso de estas herramientas para los ciudadanos y las ciudadanas de alta edad en Colombia.

## Conclusiones

1. En el escenario del trabajo la vejez presenta desafíos múltiples. Por una parte, la connotación social de la vejez genera que las personas de alta edad carguen con estereotipos asociados a la falta de capacidad productiva, la dificultad en el desarrollo de ciertos tipos de trabajo por sus requerimientos físicos y/o intelectuales o la presunción de no acreditar el mismo nivel de competitividad en materia digital y tecnológica, entre otros estigmas que dificultan su inserción y permanencia en el mercado laboral, especialmente con garantía plena de derechos, propios únicamente de los escenarios de formalidad.  
Dichas representaciones sociales de las personas de alta edad constituyen una barrera en la adecuada valoración de sus capacidades, pues la constante alusión del envejecimiento como un proceso que camina a la par de la enfermedad, la inactividad, la pérdida de capacidades y la ineficiencia acaban por irradiar la percepción del desempeño laboral de este grupo etario.
2. El contexto de transición demográfica que augura el acelerado envejecimiento poblacional a nivel mundial, regional y nacional, propone una coyuntura que no parece ser atendida adecuadamente por las medidas adoptadas para la inclusión de las personas de alta edad en el mundo del trabajo. Así, la consecuente propagación de la sociedad de la “inseguridad social” conforma un peligro latente, en el cual la desprotección es la regla general. De esa manera, es urgente el replanteamiento del alcance de los derechos de la protección social y las condiciones para garantizarlo, pues las proyecciones del incremento porcentual de los mayores de 65 años a nivel global dan cuenta de la insostenibilidad de los sistemas constituidos hasta ahora para tales fines.
3. La intersección de variables denota un panorama aún más complejo para las mujeres. La feminización de la vejez, de la informalidad, de la dependencia y de las labores del cuidado aluden a un escenario de vulnerabilidad y desprotección para las mujeres de alta edad. Si bien, en principio, las tendencias demográficas concluyen que su expectativa de vida es más alta que la de los hombres, dicha variable no se traduce en mejor calidad de vida. Por el contrario, su permanencia en el mercado de trabajo informal, muchas veces no remunerado, y en el cual se evidencia una extensa jornada del cuidado para muchas de ellas, resalta la necesidad de replantear el sistema mismo desde las críticas que claman por mayor autonomía económica para las mujeres, reconociendo el valor del trabajo históricamente no remunerado, y velando por la mejora en las condiciones de envejecimiento, de tal manera que

la mayor expectativa de vida no acarree consigo mayor enfermedad y dependencia en la vejez.

4. Si bien las iniciativas por la promoción del envejecimiento activo y la economía plateada contribuyen a la mitigación de los estereotipos y la reducción de barreras para el reconocimiento de las personas de alta edad como sujetos de derecho que tienen cabida dentro del mundo productivo, dichas tendencias son objeto de dos críticas principales. Por una parte, se concentran en iniciativas privadas que priorizan la atención de las necesidades de los sectores de mayores ingresos, alejándose del carácter universal que debe guiar las políticas del derecho a envejecer con dignidad. Por otra parte, su incipiente cobertura visibiliza aún más las brechas existentes entre personas de alta edad por ingresos y educación formal; de esa manera, al no ser de carácter público, son insuficientes las medidas para hablar de una garantía real de los derechos.

## Referencias

- Álvarez, J. (2016). Políticas activas y pasivas de empleo para las personas de edad avanzada. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5837059>
- Barraycoa, J., Lasaga, O. y Cirera, R. (2022). *Una nueva empleabilidad: retos y oportunidades ante la longevidad*. Bosch Editor.
- Boret, E. (1840). *De la misère des classes laborieuses en France et en Angleterre*. Forgotten Books.
- Cabeza, J. (2020). La digitalización como factor de fractura del mercado de trabajo. *Temas laborales*, 155, 13-39.
- Camps, V. (2013). *El siglo de las mujeres*. Ediciones Cátedra.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*. Paidós.
- Castel, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres: trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Fondo de Cultura Económica.
- Castel, R. (2015). *La inseguridad social ¿qué es estar protegido?* Ediciones Manantial.
- Castro, R. (2023). *Las personas mayores en el contexto de las políticas socio-laborales: la importancia de un cambio de paradigma*. Atelier Libros Jurídicos.
- Cohen, D. (2007). *Tres lecciones sobre la sociedad postindustrial*. Katz Editores.
- Coriat, B. (1979). *El taller y el cronómetro*. Siglo XXI Editores.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [Dane]. (2021). Adulto mayor en Colombia: características generales. Enero 2021. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/presentacion-caracteristicas-generales-adulto-mayor-en-colombia.pdf>

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [Dane]. (2024). Encuesta de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en Hogares (ENTIC Hogares)– 2024: Boletín Técnico. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/tecnologia-e-innovacion/tecnologias-de-la-informacion-y-las-comunicaciones-tic/encuesta-de-tecnologias-de-la-informacion-y-las-comunicaciones-en-hogares-entic-hogares>
- Díez Rodríguez, F. (2014). *Homo faber: historia intelectual del trabajo, 1675-1945*. Siglo XXI Editores.
- Dumont, L. (1985). *Essais sur l'individualisme: Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*. Editions du Seuil.
- Gorz, A. (2023). *Crítica de la razón productivista*. Los Libros de la Catarata.
- Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado del bienestar*. Alfons El Magnamin.
- Fernández, F. (2022). *Significado de las nuevas tecnologías en el porvenir de las relaciones laborales*. Aranzadi.
- Laslett, P. (1991). *A Fresh Map of Life*. Harvard University Press.
- Locke, J. (1994). *Segundo tratado sobre el gobierno civil*. Edit Altaya.
- Méda, D. (1998). *El trabajo: un valor en peligro de extinción*. Gedisa.
- Méda, D. (2001). *Le temps des femmes-pour un nouveau partage des roles*. Champs Flammarion.
- Marx, K. (1968). *Trabajo asalariado y capital*. Universidad Complutense de Madrid.
- Marx, K. (2001). *El capital: crítica de la economía política* (tomo 8). Siglo XXI de España.
- Magnus, G. (2011). *La era del envejecimiento*. Océano.
- Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia de Gobierno de España. (2021). *España 2050. Fundamentos y Presupuestos para una Estrategia Nacional de Largo Plazo*. Ministerio de la Presidencia.
- Olarte, S. (2017). Brecha digital, pobreza y exclusión social. *Temas Laborales*, 138(217), 285-313.
- Rosanyallon, P. (2011). *La sociedad de los iguales*. Emanantial. <https://www.emanantial.com.ar/archivos/fragmentos/RosanyallonLSIfragmento.pdf>
- Rubichon, M. (1833). *Du mecanisme de la santé en France et en Angleterre*. Nabu Press.
- Lorenzi, J., Albouy, F. y Villemeur, A. (2019). *L'erreur de Faust: Essai sur la Société du Vieillessement*. Descartes & Cie.
- Ojeda, A. (2010). *La deconstrucción del derecho del trabajo*. Editorial La Ley.
- Olarte, S. (2017). Brecha digital, pobreza y exclusión. *Temas Laborales*, 138, 285-313.
- Renault, A. (1989). *La era del individuo*. Destino.



- Santamarina Vaccari, C. (2004). La imagen de las personas mayores. En J. Giró Miranda (coord.), *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva multidisciplinaria* (19-48). Universidad de la Rioja.
- Supiot, A. (Coord.). (1999). *Trabajo y empleo: transformaciones del trabajo y futuro del derecho del trabajo, informe para la Comisión Europea*. Tirant Lo Blanch.
- Valcárcel, A. (2023). *La civilización feminista*. Esfera de los Libros.





## Capítulo 5.

# Medidas del Estado: legislación nacional, jurisprudencia e instrumentos internacionales

El nacimiento de lo que hoy en día se ha convenido en llamar “política de la vejez” correspondió a una metamorfosis de ocuparse del objeto vejez. Ella atestigua el abandono de un modelo tradicional de asistencia fundado en el otorgamiento de un auxilio o en el alojamiento en un asilo [...]. El nuevo modelo de gestión sustituye la segregación social por la idea de una integración en el medio natural de vida.

ANNE MARIE GUILLEMARD, *Vieillesse et L'Etat*, p. 43

El reto más importante que enfrenta el mundo en vías de desarrollo es la falta de preparación para el envejecimiento, que aún es mayor que en el caso de los países industrializados.

GEORGE MAGNUS, *La era del envejecimiento*, p. 149

## El Estado importa

**E**l Estado ocupa un papel central en el desarrollo de los derechos sociales y su protección, en los cuales se encuentran las prerrogativas de las personas de alta edad. El proceso de envejecimiento de la población a nivel universal es irreversible, si bien se produce bajo diferentes modalidades en los países del norte y en las sociedades emergentes. Se ha estudiado la complejidad de este fenómeno, en el que convergen varias disciplinas de las ciencias sociales, de la vida, jurídicas y de la política.

A finales del siglo pasado, estas inquietudes sobre la alta edad se reflejaban muy poco en las políticas públicas de los Estados, y muchos menos en las sociedades, aun relativamente jóvenes en su estructura etaria. Sin embargo, las preocupaciones se van a reflejar en los resultados de los cambios demográficos, motivados por las mayores ganancias en edad de las personas que han cruzado el horizonte de los sesenta años, aunque igual se reflejan estas mutaciones en los procesos cada vez más acelerados de los cambios en la natalidad y en la mortalidad. Además de las señales que arrojan los extendidos procesos migratorios en América y en la zona de la comunidad europea, se tiene certeza del avance y la mayor presencia de importantes volúmenes de los segmentos de población de alta edad. Esta comunidad va generando espacios económicos que

genéricamente se han denominado *silver economy* (OCDE, mayores de sesenta años), o economía “plateada”, de manera que se consolida una oferta de bienes y servicios para ciudadanos y ciudadanas de alta edad.

Este proceso de profundos cambios en la estructura demográfica afecta al conjunto de los aparatos del Estado encargados de la gestión de la protección social, bien sean contributivos o bien asistenciales. La mayor longevidad también cambia las vivencias de los adultos mayores, así como su presencia en la vida social y política, y demarca cambios en el acceso y retiro del mercado del empleo.

Los aparatos de gestión de la seguridad social, incluyendo la atención médica o la incorporación de tecnologías nuevas para su relacionamiento, inducen a crear grupos de apoyo y a desarrollar toda un área de cuidados para estos adultos mayores, particularmente para los ciudadanos y ciudadanas dependientes, quienes han perdido gran parte de su autonomía.

Sin embargo, las instituciones de atención traen unas dinámicas que las distancian de las prácticas cotidianas, un desbalance entre las necesidades que acusan y las respuestas institucionales, en razón a que la cultura del envejecimiento no ha podido socializar la convivencia entre las diferentes generaciones. Se requiere repensar, replantear las formas como enfocamos el proceso de envejecimiento y el trato diario a esta población, la mayoría de las veces excluida e invisibilizada.

En Colombia se ha constatado que en la actualidad hay un registro del 14 % de la población envejecida (2025) y ha aumentado la longevidad incluso en el grupo poblacional mayor de ochenta años, denominado “de la cuarta edad”. A nivel global este crecimiento lleva a estimar que el segmento superior a sesenta años registraría 1400 millones de adultos mayores en el 2030 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

Importa que el Estado, ahora social y democrático, juegue un papel más determinante en la formulación de la política pública sobre el envejecimiento, así como en el reconocimiento y ejercicio de los derechos de esa población. En los países desarrollados el Estado ha sido el constructor de la gestión y de los mecanismos de protección social; aún permanece el halo del Estado del bienestar y los logros obtenidos por su intervención y evaluación de las estrategias propuestas. Los Estados han acompañado los cambios del perfil del consumo y el uso del tiempo, al igual que de su relacionamiento con las familias, un lugar natural para la protección. Esta población tiene una enorme capacidad de compra e induce igualmente a participar en actividades económicas para generar bienes y servicios que les permitan estar en el mercado y satisfacer esas nuevas necesidades. No sucede lo mismo con las sociedades emergentes, en las que los colectivos, bien sea de trabajadores o bien de organizaciones cívicas, deben enfrentar diversos retos de cara a la protección social.

En este acápite centramos el análisis sobre los cambios que ha tenido el Estado liberal, ahora social y democrático de derecho, de cara a la protección social en estos segmentos de población de hombres y mujeres de alta edad, sus posibles articulaciones con las estructuras familiares y con los mecanismos con los que participan en los mercados.

En los apartes de este capítulo nos interrogamos sobre las varias dimensiones en las que participa, dado que es un actor principal: ¿Qué cosa protege, el Estado?, ¿a quiénes se protege y qué sistemas de protección se han estructurado?, ¿el Estado ha generado un marco institucional y jurídico propicio para poner en marcha una política pública de carácter universal?, y, ¿en qué escenarios de carácter laboral actúan las personas de alta edad? Finalmente, si este conjunto de cambios que se viene produciendo en el marco del envejecimiento supone el nacimiento de un nuevo tipo de sociedad (posindustrial o posfordista) que para algunos investigadores de los países del norte serían por su elevado nivel (personas de alta edad) ¿sociedades del envejecimiento? que aún no ha visto la historia, ¿qué tan preparado está el Estado para afrontar a la sociedad del envejecimiento?

## Ámbito de la protección

El profesor Robert Castel distingue en su texto *La inseguridad social* dos tipos de protección: uno que garantiza las libertades fundamentales y la seguridad de bienes y de personas en el marco del Estado de derecho, que las denomina “protecciones civiles”; otro, el que se refiere a las protecciones sociales, que cubren los principales riesgos capaces de entrañar una degradación de la situación de los individuos tales como las enfermedades, los accidentes de trabajo o la vejez empobrecida, la cual coloca a los individuos en situación de decadencia social (2015, p. 11).

Este desarrollo de los conceptos y de las medidas de protección han sido acompañados con la consolidación y el fortalecimiento del Estado del bienestar derivado del mundo de la producción industrial capitalista. De las aún lejanas protecciones de proximidad, comunitarias y precapitalistas, se ha pasado a la inseguridad social, fenómeno que se estructuró en la sociedad de los individuos.

El profesor Castel, al interrogarse sobre las dinámicas de la protección social, señala que los individuos sin ninguna protección quedan a merced de los acontecimientos, y precisa: “Se podría caracterizar un riesgo social como un acontecimiento que compromete la capacidad de los individuos para asegurar por sí mismos su independencia social” (2015, p. 35). Un ciudadano o ciudadana de alta edad que no esté cobijado con medidas protectivas sería excluido y viviría necesariamente en la inseguridad.

En otra publicación, *El ascenso de las incertidumbres*, el mismo profesor Castel (2007) se pregunta, ¿qué significa ser protegido?, ¿cómo pueden hacer uso de canales en su comunidad para beneficiarse de recursos mínimos asegurando su existencia?, ¿quiénes les procuran las garantías mínimas contra el riesgo de su existencia social?, ¿epidemias, hambres, desempleo de larga duración y masivo? La respuesta sería el Estado social: “Es una de las instancias susceptibles de intervenir para hacer frente a esas situaciones, en suma, para conjurar los riesgos del desenganche, de la ruptura del vínculo social, de la desafiación que ellos comparten” (p. 188). Así pues, el Estado social interviene de manera más contundente en los países del norte y sus respuestas se adecúan más a las configuraciones nacionales y a su época histórica; en los países emergentes, con estructuras más frágiles y el Estado muchas veces en construcción, incluso en su configuración social, tendría una intervención más restringida.

El Estado, ¿qué tanto hace para obtener la cohesión social?, ¿qué responsabilidades tiene de cara a la protección social?, ¿qué dificultades tiene?, ¿las cargas de las transferencias de las rentas solo corresponden al Estado?, y, ¿qué papel juegan las familias y las instituciones del mercado?

¿Contra qué se protege? Se ha destacado la institución del riesgo, y más específicamente la configuración de los riesgos sociales. Sin embargo, se ha de subrayar que para una mayor comprensión del movimiento de la protección social es necesario abordar la pregunta planteada en el título del siguiente punto.

### ¿Qué es un riesgo?

Hemos de tomar las reflexiones del investigador social François Ewald, quien profundiza estas categorías que acercan a economistas, sociólogos, juristas y actuarios, y las consigna en su obra *L'état providence* (1985). En ese texto precisa Ewald que, “en el lenguaje corriente el término de riesgo es tomado como un sinónimo de peligro, de evento desafortunado que puede llegar a cualesquiera; él designa una amenaza objetiva” (p. 173). Esta noción de riesgo se debe inclinar ante aquellas de suerte, azar, probabilidad, eventualidad o alea, de una parte, de pérdida o de daño, de otra, y en el encuentro entre estas dos corrientes se centra la noción de accidente, agrega el investigador social (p. 173).

En el *Nuevo Diccionario de Economía Política* de L. Say (1900) se lee: “toda la teoría del aseguramiento reposa sobre la noción fundamental de riesgo”. La noción de riesgo se encuentra de esta manera en el centro de la definición jurídica del aseguramiento: “el riesgo es el elemento fundamental del aseguramiento” (Picard y Besson, 1938).

El concepto de *aseguramiento* designa, antes que todo, el conjunto de instituciones, cualquiera que sea su objeto y forma social: corporaciones privadas,

aseguramiento social, mutuales, seguros de vida, seguros contra accidentes, etc. Son muchísimas las formas por las que el aseguramiento se identifica como una institución de carácter público o privado.

En un segundo sentido, agrega el investigador Ewald, el aseguramiento como tecnología es el arte de las combinaciones, el cual actúa sobre un conjunto de reglas específicas y combina elementos de la realidad económica y social; esos ejercicios van a llevar a que se identifique el aseguramiento como una tecnología del riesgo. En un tercer sentido se va a configurar su identidad con las formas de aseguramiento.

La comparación de estas instituciones ha de permitir un mejor análisis de la protección social, más aún si se tiene en cuenta que el aseguramiento del riesgo cuenta con tres características: (a) es calculable, (b) es colectivo, y (c) es un capital, significando que el asegurador garantiza la pérdida o una compensación financiera.

En los escenarios en los que juegan las variables sociales hay daños que son irreparables, como, por ejemplo, el deceso de una persona cercana; esa persona física no se puede remplazar ni reparar, pero sí se podría compensar a sus allegados. Se ha de interrogar si la salud o la vida humana, tienen un precio. Por lo cual nos hemos interrogado: ¿qué es lo que se protege?

## El riesgo social

En la sociedad industrial la protección social estaba asociada a la centralidad del trabajo asalariado, en el que concurrían varios de los derechos sociales; a su alrededor estaban los ingresos, el acceso al trabajo, las pensiones, la salud en el trabajo, la formación para el trabajo, el subsidio familiar y, particularmente, el accidente de trabajo que necesariamente evoca los términos de la responsabilidad del empleador y del trabajador en la fábrica. El asunto, cuando devenía el conflicto, lo tramitaba la legislación civil, con teorías y procedimientos que no corresponderían al espíritu de la nueva sociedad capitalista.

El profesor Ewald, caracterizando la historia de la responsabilidad del siglo XIX, expresa que en el conflicto de las responsabilidades apareció con el desarrollo de las necesidades industriales: “demasiado temprano se evidencia que las categorías del derecho civil eran insuficientes para resolver los problemas puestos por la industrialización” (p. 225).

Para la sociedad industrial y sus agentes se requería otra respuesta desde el Estado, al igual que desde el derecho. Era preciso pensar en otra racionalidad y en un esquema que incorporara un nuevo régimen de responsabilidad. Esta, señala el profesor Ewald, “tendría que permitir la programación de un derecho social, alternativo al civil, con una base de reconocimiento del derecho a la

vida” (p. 226). Esa nueva racionalidad se ha de expresar en las mutaciones del Estado de derecho y el surgimiento del Estado providencia.

Del proceso de discusión en el siglo XIX —¿responsabilidad del obrero?, ¿responsabilidad del patrón?—, que se extiende más de dieciocho años, pasaría del riesgo profesional al riesgo social, generando espacios jurídicos para los nuevos hechos producidos en el mundo industrial: derecho obrero.

En 1898 se materializa la ley sobre accidente de trabajo en Francia, limitada a solucionar el tema del derecho del trabajo; esa vocación específica limitaba el alcance sobre otras demandas de derechos que tenían los trabajadores. En Francia se producen dos normas sobre “asistencia obligatoria a viejos, enfermos e incurables indigentes”, en 1905; la otra ley, que versó sobre pensiones de obreros y campesinos iría acompañada de una solicitud de reconocimiento del derecho a la vida, el derecho a la existencia, en 1910. En Alemania, en la década de los noventa del siglo XIX se expide la ley sobre accidente de trabajo en el modelo de aseguramiento formulado por Bismark, denotando la tendencia que se da en el capitalismo europeo y las manifestaciones de los obreros para el reconocimiento de sus derechos.

Manifiesta el investigador Ewald que se utilizaría esa misma noción de riesgo para pensar en la responsabilidad del Estado “social”: “en la expresión riesgo social no designaría un cierto tipo de objetos o de problemas, el mejoramiento de la suerte de algunos, las relaciones de igualdad [...] pero sí la relación del hombre y del ciudadano, es decir del individuo como ser social” (p. 323).

A propósito del derecho a la vida, que reivindicarían los trabajadores de cara a la responsabilidad, se ha de cuestionar si: la vejez es natural. Si la vejez es un “hecho fatalmente previsto”, un término previsible y deseable, envejecer no es el testimonio de una disfuncionalidad; al contrario, es una necesidad desde la cual ninguno escapará (p. 324). La cuestión del envejecimiento escapa de entrada al derecho civil, y si ella debe dar lugar a un derecho, este no podría ser más que un derecho de tipo nuevo: un derecho social, “un derecho que sería necesariamente un derecho de transferencias y de repartición de cargas” (p. 324). El derecho al trabajo, a la seguridad social, a la existencia, hacen parte de ese nuevo derecho: social.

¿Qué se protege? Inicialmente a los trabajadores asalariados contra los riesgos sociales, la mayoría de estos en el escenario clásico industrial asociada alrededor del trabajo: desempleo, pérdida de ingresos, acceso al empleo, enfermedad, incapacidades, prestaciones familiares y accidentes de trabajo; son los denominados “riesgos sociales clásicos”. Al profesor Castel, además de este grupo enunciado, le preocupa, en una sociedad del riesgo llena de incertidumbres, la nueva generación de riesgos como lo son los industriales, los tecnológicos, los sanitarios y los ecológicos, entre otros.

## Aseguramiento social

En concepto del académico Ewald se ha tenido por costumbre estudiar por separado los seguros privados, regulados por el derecho civil, y los seguros sociales, dos tipos de investigaciones que utilizan técnicas diferentes: la cobertura de los riesgos “civiles” obedece al principio de proporcionalidad de la prima de riesgos, que se opone a los “riesgos sociales”, los cuales pueden hacer transferencias y distribución de cargas, según el principio de solidaridad (p. 390). A partir de la técnica del riesgo, los unos y los otros derivan hacia la mutualización y al reparto de las cargas.

Si bien fue el siglo XIX el periodo de surgimiento de la cultura de la seguridad y de los seguros privados, a finales de este se presenta un ascenso de los seguros privados hacia los seguros sociales, a los cuales se les llamó “seguros de segunda generación”. La responsabilidad será uno de los temas de profundo debate, en atención a que ella reposaba en los mecanismos y las normas establecidas en la legislación civil. Es oportuno subrayar que en esta época se estaba consolidando la sociedad industrial y uno de los temas que se debatía eran el de la responsabilidad en los accidentes de trabajo, ligado a los intereses de los empresarios y los trabajadores. Es de entender que las nuevas dinámicas económicas y laborales demandan la construcción de un nuevo marco normativo que permita solucionar estos nuevos acontecimientos.

Explica el profesor Ewald que la práctica liberal del seguro reposaba sobre dos pilares: conforme a la política de prevención, el seguro debe ser libre y voluntario, y la prima debe corresponder al riesgo, según los principios básicos de la justicia y del derecho; de esta manera no se producen transferencias: “el aseguramiento social corresponde a una invención en el orden de los seguros. Su técnica es empleada en función de un nuevo programa y según nuevos esquemas” (p. 343). Agrega el investigador que,

los seguros sociales son históricamente nacidos de una reforma de los seguros privados de una suerte de repliegue político de la técnica del aseguramiento de manos de los aseguradores, la voluntad de entender la beneficencia, así como la de racionalizar el funcionamiento. (1985, p. 390)

Se afirma que este nuevo enfoque del aseguramiento no es una extensión de los clásicos seguros en el escenario social; subraya el académico que “nace una nueva forma de seguro ligada a un nuevo imaginario político” (p. 343).

Se precisa que este cambio en los enfoques del aseguramiento no es solo aplicación de las técnicas del aseguramiento liberal a los problemas sociales, sino que es la construcción de una nueva dimensión de los mecanismos de protección en la que se establecen y convergen las nociones de Estado y aseguramiento.

Además, cómo el aseguramiento no se ha concebido como una institución dentro del Estado y que este debe organizar, sino que “el Estado sea el mismo concebido a partir de la idea del aseguramiento. Que el aseguramiento no sea solamente una función del Estado, sino que ella afecte su naturaleza” (p. 343).

Con esta ruptura epistemológica y política del aseguramiento, el Estado no solo aparece como asegurador, sino como integrador y formulador de estrategias dirigidas a enfrentar los riesgos sociales, lo cual para el Estado será un inmenso reto y un acrecentamiento de sus responsabilidades. Las poblaciones hasta ahora excluidas de los accesos a las estrategias de protecciones sociales tienen unos nuevos mecanismos de integración; ya no es si el Estado organiza los aseguramientos para la clase trabajadora, sino que esa naturaleza del aseguramiento social hará parte de su política, la cual posteriormente integrará en la concepción del “Estado social”.

De lo anterior se colige,

la noción de justicia que el Estado debe hacer respetar: una justicia del cambio de equivalentes de la justicia que se dice conmutativa. El aseguramiento social corresponde a otro tipo de contratos, de relación del todo y de las partes, con una noción de justicia. (1985, p. 345)

## Sistemas de protección social: los enfoques

En el tránsito de la sociedad del trabajo, en la que se configurará el sistema de producción industrial hacia la sociedad asalariada, se va construyendo el Estado providencia y se diseñarán formas de protección social; luego, con la centralidad del trabajo y las demandas y luchas de los asalariados se reconocerán importantes derechos sociales.

El Estado providencia, en el ámbito de la Modernidad, toma de forma progresiva diversas modalidades durante el proceso de construcción de la sociedad industrial, la formación de la clase trabajadora y la aparición de nuevas fuerzas políticas. Esta línea de formación del Estado providencia tiene para el profesor Bruno Palier (*Goberné l'a securité social*, 2002) un periodo de desarrollo que descompone en tres fases: la primera, de fines del siglo XIX y hasta la Segunda Guerra Mundial, es la fase de la génesis. La segunda fase se desarrolla entre 1950 y mediados de los años setenta, que corresponde a la etapa de crecimiento y maduración de los sistemas de protección social. La tercera arranca a finales de los setenta y se extiende bajo la denominación de “crisis del Estado providencia” (p. 303).

El Estado sí ha tenido importancia en la construcción y el desarrollo de los sistemas de protección social, de sus contenidos, de su gestión, de sus reformas y evaluaciones. El profesor Bruno Palier en sus estudios sobre estos tópicos de la protección social incorpora lo estipulado por el investigador Gosta Spin-Andersen (*Los tres mundos del Estado del bienestar*) y algunos elementos desarrollados por el profesor Parij (*Refunder la solidarité*) y va a señalar que las diferentes concepciones que se tienen de la protección social se distinguen “según el lugar dado al Estado del lado de otros factores de la protección social (familia, mercado, asociaciones) según los objetivos colectivos en términos de situación o bienestar social de los ciudadanos” (2002, p. 22).

Estas tres formas de pensar la protección social, bajo la significación del Estado, permiten ampliar los alcances de las políticas y/o estrategias que se materializan en cada sociedad para el conjunto de ciudadanos y ciudadanas de la alta edad.

El modelo liberal va a expresar las distancias que existen entre los *aparatos estatales* y los regímenes de protección social. El principio fundamental de este modelo consiste en privilegiar al mercado antes que al Estado, en tratándose de los mecanismos de asignación de recursos. Bajo los parámetros de contar con un Estado pasivo frente al mercado se ha de preguntar cuál ha de ser el trato y las medidas protectivas para los ciudadanos de alta edad. Las medidas de aseguramiento social han de ser mínimas, básicas, bajo las condiciones de que haya recursos para realizar esas intervenciones; estas medidas regularmente son acompañadas por el estigma y la discriminación de la edad.

El otro grupo, también de alguna manera privilegiado, puede estar afiliado a los regímenes del mercado bajo la modalidad de los sistemas de aseguramiento privado. Este modelo genera para los ciudadanos una gran dependencia del mercado y estimula el *dualismo* del mercado laboral (pp. 22 y 23). Se predica que este modelo de pensar la protección social hace parte del diseñado por los países anglosajones como Estados Unidos e Inglaterra.

El modelo de Estado “conservador-corporativo” de la protección social organiza la sociedad a través de unas categorías, apuntando menos a la reducción de las desigualdades que a la conservación el estatus profesional y su categoría, gracias a los mecanismos que permiten mantener el ingreso y garantizar el aseguramiento social. Es la marca sobre el mercado de trabajo, la situación en el empleo la que debe determinar el nivel de protección social que debe enfrentar cada beneficiario. Este modelo de carácter contributivo genera prestaciones sociales para los asalariados y garantiza una relativa independencia de cara a un riesgo social. Bajo esta lógica los trabajadores son dependientes del “salario familiar” y de los derechos sociales asociados al salario del trabajador. Significaría para un adulto mayor que, si ha cumplido con los requisitos para el reconocimiento de una pensión, esta se constituye en su mecanismo de protección

social para la vejez; en caso contrario y de que no haya lugar para acceder a una pensión, se deben activar los mecanismos de la corriente asistencial (pp. 23 y 24). Este modelo correspondería al aplicado en los países del centro de Europa.

Otra manera de *pensar* la protección social, siguiendo los parámetros planteados por Gosta Spin-Andersen y analizados por el profesor Palier, tiene como eje central el principio de igualdad que está en el corazón de la concepción social demócrata. Este enfoque tiene como propósito asegurar la igualdad, la cohesión y la homogeneidad de los grupos sociales. Los derechos sociales están principalmente asociados a la ciudadanía y las prestaciones entregadas por el sector público se dan bajo las formas de servicios gratuitos o de prestaciones bajo una modalidad fija. Según Spin-Andersen, la sola concepción social demócrata es verdaderamente universal.

Los sistemas de protección social que se desarrollan bajo esta modalidad garantizan el ejercicio de los derechos sociales y su independencia en relación con el mercado. Un modelo de estas características asegura una prestación social de alto nivel y proporciona legitimidad política a este sistema de protección social que dignifica a todos los ciudadanos (Palier, 2022, p. 23).

Cualquiera que sea el modelo de protección social, agrega el profesor Palier, requiere una evaluación que se debe adelantar, en su concepto, bajo tres parámetros que se configuran como se expone a continuación.

### **¿Quiénes son los protegidos?**

En el marco de los modelos sobre la protección social, el profesor Palier se pregunta: ¿Quién tiene derecho a una protección social? Se habla no solo del acceso a una afiliación a los regímenes de protección social, sino de los derechos prestacionales que puedan tener los trabajadores. Su origen puede provenir de un pago de cotizaciones sociales, o de un pago de una prima o bien derivado de un contrato de trabajo. Pero también puede provenir de una situación particular o familiar, de derechos fundamentales de la ciudadanía o de residencia. Este tipo de prestaciones pueden ser entregadas a todos —universalidad— quienes han demostrado una necesidad (p. 19).

### **¿De qué se benefician?**

En el dominio de lo social se encuentran varios contenidos: salud, vejez, accidente de trabajo, desempleo, familia, pobreza y exclusión, y las prestaciones sociales han de corresponder a las condiciones de cada *riesgo*. Podría ser en especie, en el caso de los riesgos en salud, o monetario si se convierte en el reconocimiento de una pensión.

En los eventos de personas de alta edad, si a más de ser beneficiario cuenta con el estatus de *dependiente*, recibirá una prestación monetaria, combinada con la protección de servicios de cuidado (Palier, pp. 19-20).

### Gestión y financiamiento

¿Quién paga? El régimen de financiamiento permite el funcionamiento del sistema, cualquiera que él sea, pero a su vez las fuentes de financiamiento deben permitir el logro de la sostenibilidad del sistema a mediano y largo plazo. El envejecimiento de la población y de la fuerza de trabajo, así como el mayor volumen de personas en retiro de alta edad constituyen un desafío permanente para cualquier sistema de protección en tanto que se evidencia la prolongación de la vida, mediante el fenómeno de la longevidad.

Hay sistemas de protección social cuyos recursos centrales provienen de las finanzas públicas y/o de los impuestos (directos o indirectos), o bien de las cotizaciones pagadas por los trabajadores y/o empresarios; de la misma forma se establecen los sistemas mixtos, en los que concurren el Estado y los agentes privados.

Las estructuras de decisión de organización y de gestión convocan a precisar: ¿quién toma las decisiones?, ¿qué tipo de organización se pone en marcha?, ¿la gestión es directa por parte de la institución o se delegan funciones? Se pueden dar múltiples formas de organización de los aparatos de la administración y de la gestión en las que entra en juego el papel del Estado. ¿Se centraliza la administración o de descentraliza?, ¿qué papel juegan los representantes de las organizaciones sindicales, de los pensionados y de las organizaciones sociales? (p. 20).

El conjunto y la combinación de estos componentes va a generar el perfil del sistema y del aparato de protección social, situación que facilita la identificación y los procesos de afiliación, pero también el tipo de prestaciones sociales que se han de otorgar. El Estado está en el centro del diseño, de la configuración y la puesta en marcha de las medidas específicas, en las áreas que conforman el mundo de los riesgos sociales.

Se narró que la mayor parte de los derechos sociales se adquiere por la vía del trabajo, de los que se extraen parte de los recursos vía cotizaciones, coadyuvados por los empresarios y el Estado mismo. Significa que el mayor número de beneficiarios son los trabajadores dependientes asalariados y/o ciudadanos vinculados con la administración pública; pero igualmente, el diseño del Estado puede decidir la incorporación de aquellos trabajadores excluidos por el sistema industrial y generar nuevos espacios como formas de inclusión social, para quienes ejercen el derecho al trabajo de forma diferente: informales, precarios, pequeños agricultores, campesinos, intermitentes y otras formas más.

## Los ciclos de la protección social en Colombia

Los países emergentes de América Latina han tenido otras trayectorias sobre los asuntos de la protección social, diferentes a las que han tenido los países del Norte, donde el capitalismo industrial y financiero se ha afirmado. Se pueden analizar los elementos que se desatacan en las diferentes etapas de la construcción de la protección social, sin la pretensión de hacer historiografía de cada uno de esos momentos.

El espejo de las sociedades desarrolladas se ha de reflejar en la incorporación de los modelos elaborados por la sociedad industrial; en efecto, países como Brasil y Chile, en la década de los veinte del siglo xx, adoptaron como escenario de la protección social el modelo diseñado de la sociedad del trabajo a finales del siglo xix en Alemania. Las sociedades emergentes recién inician su proceso de industrialización, en cuya centralidad se va a establecer la clase trabajadora industrial y dependiente. Posteriormente, se irrigaría el modelo de aseguramiento bismarkiano al sur del continente, al norte con México, y a mediados el siglo se adoptará en los países de las zonas andinas, entre ellos Colombia.

### Inicios de la protección social

En 1945 entran a regir dos leyes muy importantes que darán cuenta de la protección social para los trabajadores privados y los servidores públicos (Ley 6.<sup>a</sup> de 1945 y Ley 90 de 1946). Cabe denotar que será en 1967 cuando entre a operar el régimen de prima media escalonada. El modelo de desarrollo denominado en su momento “cepalino” tendría que ir de la mano con el régimen de protección social. Luego de un cuarto de siglo con este sistema, las respuestas no fueron satisfactorias no solo en términos de cobertura (20 %), ni en términos de suficiencia en las prestaciones económicas, ni en términos de sostenibilidad financiera, fenómeno que se discutió en el Congreso de la República cuando se tramitaba el proyecto de ley que daría origen a la Ley 100 de 1993.

### Modelo dual

El nuevo ciclo de la protección social —construido bajo la ola del neoliberalismo e influenciado por organismos financieros internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional— ha de incorporar el concepto de seguridad social y sus contenidos: regímenes de pensiones, seguridad social en salud, riesgos laborales y servicios complementarios.

Este modelo denominado “dual o paralelo” se aparta del régimen bismarkiano, público, individualizado y contributivo a través de cotizaciones, dirigido a una población obrera industrializada y con la gestión en manos del Estado.

La arquitectura del sistema corresponde a un modelo “competitivo” en el que confluyen el sector público (régimen de prima media) y el sector privado (régimen de ahorro individual con solidaridad [RAIS]), tomando este último las formas de empresa competitiva en un mercado abierto, en el que su propósito es generar *ahorro nacional a través de cuentas individuales*, gestionado por fondos privados de pensiones. Este modelo de mercado emula los fundamentos de las reformas adelantadas en Chile en 1981, y convierte a la protección social no en un principio de solidaridad, si no en un propósito individual no solidario.

El esfuerzo cooperado entre los trabajadores y el Estado dirigido a contar con pisos de protección social, con el sistema de capitalización, se convierte en una tarea de carácter individual. La evaluación surgida después de tres décadas de implementación presenta un sistema bastante deficiente y sus propósitos iniciales, enunciados en la Ley básica, escasamente avanzan a una cobertura del 24.6 % para el 2023 y a una gran desafiliación, tal como se puede observar en la tabla 4.

**Tabla 4.** Porcentajes de pensionados discriminados por sexo y rango etario

Grupo edad	Hombres	Mujeres	Total
60 a 69	25.35 %	24.75%	25.02 %
70 a 79	44.05 %	30.96 %	36.59 %
80 y más	40.95 %	29.99 %	34.36 %
<b>Total</b>	<b>33.12 %</b>	<b>27.46 %</b>	<b>29.90 %</b>

### Corriente asistencialista

La protección del riesgo encaminada a quienes contaban con una vinculación laboral deja a un amplio volumen de excluidos del sistema, lo cual llevó a que los Estados implementen políticas asistencialistas para paliar las necesidades de ingreso de la población de alta edad.

En el caso colombiano, el Gobierno nacional y las entidades territoriales han diseñado y ejecutado programas de gestión con el fin de atender la población mayor de sesenta años que, aunque cuentan con un buen propósito, su alcance es limitado para atender integralmente las necesidades de este grupo etario. Esto se han concretado en los siguientes programas que se consideran asistencialistas,

por cuanto su protección es limitada y no cumple con los estándares mínimos para cubrir las necesidades básicas de los beneficiarios.

### **Programa de Protección al Adulto Mayor-Colombia Mayor**

Es un programa de protección social creado en Colombia para las personas de alta edad, aplicable a quienes se encuentren en condiciones que les impidan obtener una pensión, en condición de indigencia o pobreza extrema. Pretende mediante un ingreso mínimo de ochenta mil pesos colombianos (80 000 COP) unos dieciocho (18) dólares para el 2024, contribuir en la atención integral de esta población.

El pago del ingreso que se le otorga a las personas de alta edad mediante el programa de protección social Colombia Mayor se puede realizar de dos maneras: a través de entidades financieras, por medio de una transferencia directamente a las personas de alta edad, o mediante el envío de una transferencia a los Centros de Protección de Social al Adulto Mayor, con la finalidad de cubrir servicios básicos tales como alimentación, alojamiento, salubridad, medicamentos y aquellos que no sean incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, al igual que los complementarios de la persona de alta edad.

Así pues, para ser beneficiario del programa Colombia Mayor se debe cumplir con requisitos tales como ser colombiano, residir durante los últimos diez años en Colombia, tener mínimo tres años o menos de la edad que se requiere para pensionarse, y no contar con rentas o ingresos suficientes para subsistir. Con la finalidad de lograr una efectiva cobertura, mediante el Decreto 1833 del 2016 se establecieron criterios de priorización para acceder al programa Colombia Mayor como son la edad, el puntaje Sisbén, si la persona de alta edad está en situación de discapacidad, si tiene personas a cargo, si tiene algún grado de dependencia económica y si cuenta con algún ingreso para su subsistencia (en algunos municipios o departamentos estos criterios pueden variar según el municipio).

Cabe resaltar que se prioriza también a las madres comunitarias y a los adultos mayores residentes en el departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, fijando como valor del subsidio el monto máximo establecido.

Ahora bien, en lo que respecta al acceso y a la cobertura del programa de protección social Colombia Mayor, según el documento *Personas mayores en Colombia hacia la inclusión y la participación*, emitido por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística [Dane], este programa benefició a 1 386 083 personas. Esta cantidad equivale aproximadamente al 77 % de la población mayor en situación de pobreza monetaria. El 38.7 % de las personas beneficiadas reside en centros poblados y rural disperso, y el 61.9 % en cabeceras municipales. Datos de los cuales se puede concluir que, si bien un gran

porcentaje de personas de alta edad puede acceder a este beneficio, todavía un 23 % de esta población no lo hace (Dane, 2021).

Otra información relevante aportada por el Dane es que el 99 % de los beneficiarios son personas que no están pensionadas. De quienes 611 627, equivalentes al 44.1 %, se encuentran en situación de pobreza monetaria, aun recibiendo la ayuda del programa (Dane, 2021). De esto se puede inferir que, si bien el programa busca cubrir algunas necesidades básicas, no disminuye los índices de pobreza de la población de alta edad.

### **Beneficios Económicos Periódicos (BEPS)**

Los BEPS han sido reglamentados mediante la Ley 1151 de 2007, a través de la cual se crea la Administradora Colombiana de Pensiones, siendo un esquema flexible de protección para la vejez. Su propósito principal es que los trabajadores que mensualmente devenguen menos de un salario mínimo puedan realizar un ahorro voluntario y flexible para su vejez, en el que las personas puedan guardar sus recursos en el momento en que sus finanzas lo permitan (Rankia Colombia, 12 de enero de 2022).

Este programa de ahorro, cuyas principales características son su carácter individual, autónomo y voluntario que sirve como protección para la vejez, es gestionado por Colpensiones y ofrece incentivos para que los colombianos de escasos recursos ahorren y participen de forma voluntaria en la construcción de un capital que les permita mejorar sus ingresos en la alta edad. Su naturaleza brinda flexibilidad en el monto ahorrado y en la periodicidad del mismo en el momento de realizar el aporte. Esto quiere decir que el beneficiario podrá “ahorrar lo que se pueda y cuando se pueda” (Rankia Colombia, 12 de enero de 2022).

Los BEPS constituyen entonces uno de los principales instrumentos de ahorro para corregir los desequilibrios en materia pensional. Son,

concebidos como parte de los Servicios Sociales Complementarios, para los colombianos con ingresos inferiores a 1 Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMLMV) y destinado a asegurar el acceso a quienes llegan a la edad de jubilación sin haber cumplido los requisitos para acceder a una pensión. Mediante este mecanismo las personas mayores pueden acceder al ahorro periódico o esporádico que hayan hecho en el transcurso de su vida y que se complementa con un subsidio estatal que se calcula anualmente y corresponde al 20 % del aporte. (Ministerio de Salud [Minsalud], 2021a)

Cabe destacar que los BEPS no son una pensión y no sustituyen a las aportaciones para pensión que los trabajadores tanto dependientes como independientes deben hacer en Colpensiones o en alguna de las administradoras de fondos de pensiones [AFP] del sistema privado. Esto significa que el ingreso por

los BEPSBEPS siempre será inferior a un salario mínimo legal mensual vigente [SMLMV] (Rankia Colombia, 12 de enero de 2022).

Los beneficiarios del programa BEPS de Colpensiones reciben su ingreso cada dos meses y el monto dependerá de la cantidad ahorrada. Los requisitos para ser beneficiario del programa de BEPS-Colpensiones son: ser ciudadano colombiano mayor de dieciocho años, en caso de ser miembro de comunidades indígenas residentes en resguardos deberán presentar el listado censal, y contar con ingresos inferiores a un SMLMV (Rankia Colombia, 12 de enero de 2022).

Los BEPS presentan unas características diferenciadoras con las pensiones. En primer lugar, su pago se realiza cada dos meses, mientras que en las pensiones su pago se realiza mes a mes. El pago de las pensiones debe ser igual o superior al salario mínimo, mientras que los BEPS no deben superar el monto de 85 % de un SMLMV. Los aportes para pensiones de vejez, invalidez y sobrevivencia no cuentan con subsidios por parte del Gobierno, mientras que los aportes para BEPS tienen un auxilio del 20 % sobre el valor ahorrado, el cual es financiado por el Fondo de Solidaridad Pensional [FSP].

Aunque los BEPS acarrean beneficios que se asemejan a los de una prestación pensional, ya que garantizan un ingreso fijo, indexado, vitalicio y seguro para las personas de alta edad, el hecho de haber sido concebido como parte integral de la seguridad social no garantiza que cumpla con el mismo objetivo. En esa lógica, si bien no puede desconocerse que la política de BEPS ha procurado cerrar la brecha de desigualdad de ingresos y mitigar el desamparo pensional de las personas de alta edad en Colombia, al no constituir una medida propia del derecho fundamental a la seguridad social, no abarca una protección integral de los adultos mayores (Minsalud, 2021).

En la tabla 5 se evidencia un informe emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS] en aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento del 2002, del cual se puede concluir que del 2016 al 2020 han aumentado el número de personas que han accedido a los BEPS. Se resalta que el número de mujeres ha sido superior al número de hombres.

**Tabla 5.** Evolución de cobertura BEPS 2016-2020

Año	Mujeres	Hombres	Total
2016	1 206 825	553 678	1 760 503
2017	1 925 406	843 152	2 768 588
2018	2 578 035	1 142 509	3 720 544
2019	2 802 493	1 253 288	4 055 781
2020	2 895 514	1 301 190	4 2196 704

Este informe señala algunas recomendaciones y falencias del programa BEPS. En primer lugar, analiza información emitida por Misión de Empleo, según la cual:

La mesada promedio entregada en el programa BEPS para el año 2019 fue de \$103 000 COP (12 % de un SMMLV). Contaba con cerca de 578 000 personas ahorrando bajo este esquema y cerca de 833 000 personas inscritas sin haber sido activados como ahorradores, por lo que se concluye que la mesada es demasiado baja y su cobertura reducida. (Minsalud, 2021a)

Por otra parte, recomienda que en cuanto a los programas para la protección para la vejez, es necesario:

reglamentar la asesoría y asistencia técnica en el evento en que los afiliados al Sistema General de Pensiones obtengan como prestación sustitutiva, una devolución de saldos o indemnización sustitutiva de vejez, para el traslado de los mismos al mecanismo de los BEPS, como reconocimiento de una anualidad vitalicia en las condiciones legalmente establecidas y, por otra parte, permitir que los usuarios de este sistema puedan ahorrar hasta el 85 % de un salario mínimo legal mensual vigente, con el objeto de que al final de la vida laboral logren una reserva. (Minsalud, 2022)

### **Programa de Subsidio al Aporte en Pensión [PSAP]**

Este programa, financiado desde el Fondo de Solidaridad Pensional [FSP], Es administrado y operado por el Ministerio de Trabajo, entrega un aporte a grupos poblaciones que, por sus características y condiciones, no tienen acceso a los sistemas de seguridad social, tales como personas mayores de 40 años y menores de 65 años, personas con discapacidad, madres sustitutas y ediles.

Los beneficiarios deben aportar un porcentaje del monto total de cotización, que generalmente oscila entre el 5 % y el 30 %, dependiendo del grupo poblacional al que pertenezcan, el restante lo subsidia el Gobierno nacional y al vincularse al sistema la persona queda cubierta, como cualquier cotizante, contra los riesgos de invalidez y vejez. Se considera que ayudará a la vinculación al sistema de seguridad social contributivo, orientado a incrementar la base de personas que logran acceder a una pensión al cumplir la edad de jubilación, disminuyendo así la vulnerabilidad económica que enfrentan actualmente las personas mayores. (Minsalud, 2021a)

## Sistema de protección social integral para la vejez, invalidez y muerte de origen común

El último ciclo de la protección social en Colombia se refleja en los escenarios que presenta la Ley 2381 de 2024. Producto de la ruptura con las instituciones económicas y jurídicas que había consagrado la Ley 100 de 1993, el enfoque de la universalidad del derecho a la protección sustituye el modelo dual y genera su propia estructura, asigna funciones, derechos y obligaciones a los actores y crea sus propias instituciones; la pretensión es arropar al ciudadano y asignarle un espacio en el nuevo modelo, de conformidad con sus propias condiciones vinculadas a los mercados de trabajo, formales o informales. Esto significa que el origen de la protección va a trascender el vínculo mismo de su vinculación a los mercados del trabajo y, sin desconocerlos, se afirma la universalidad.

¿A quiénes protege este nuevo sistema?

Dado que los derechos sociales, y ese derecho en particular, están soporados en el atributo de la ciudadanía, ha de afirmarse que protege de cara a los riesgos sociales a todos los colombianos, residentes en el país, quienes deben afiliarse a uno de los pilares establecidos en el artículo 3º de la Ley, tal como se enlistan a continuación.

- *Pilar solidario.* Serán beneficiarios de una renta básica solidaria los colombianos y las colombianas mayores de 65 años y mujeres mayores de sesenta que se encuentren en condiciones de pobreza extrema y vulnerabilidad, y serán financiados con recursos del presupuesto general de la nación. Es una estrategia de incorporación de las personas de alta edad que han sido tradicionalmente excluidos de los sistemas de protección social.
- *Pilar semicontributivo.* Serán beneficiarios de manera proporcional a una pensión las personas afiliadas al sistema que cuenten con 65 años o más si es hombre o sesenta años o más si es mujer y no hayan cumplido con los requisitos para acceder a una pensión contributiva mínima. Este grupo de población podrá acceder a una renta vitalicia; muchas de las personas de alta edad podrán acceder a este pilar.
- *Pilar contributivo.* Este segmento está constituido por dos unidades:

-*Componente de prima media:* lo integran todas las personas afiliadas al sistema que reciban unos ingresos base de cotización entre uno y 2.3 salarios mínimos mensuales legales vigentes. Las prestaciones se obtienen del fondo común se vejez con el mecanismo de prestación definida, y del fondo del pilar contributivo creado por la ley.

-*Componente complementario de ahorro individual*: recibirá las cotizaciones que excedan los 2.3 salarios mínimos mensuales legales vigentes y hasta veinticinco. Este componente lo ofrecerán los fondos generacionales reglamentados el Gobierno nacional que se llamarán Administradora del Componente Complementario de Ahorro Individual [ACCAI]. La complementariedad de los dos componentes no competitivos generará la mesada que va a recibir el ciudadano.

Este modelo que supera los parámetros del mercado cambia radicalmente lo estipulado en el modelo dual y abre el escenario para que todas las personas de alta edad puedan contar con un espacio de protección social.

## Marco jurídico de protección

### Legislación internacional para la población de alta edad

El Bloque de Constitucionalidad en Colombia incluye instrumentos normativos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos [DUDH] de 1948, al igual que diversos tratados y convenios que protegen los derechos de las personas de alta edad. Estos regulan aspectos clave en su protección, al orientar el seguimiento a políticas públicas sobre envejecimiento y la implementación de medidas que garanticen sus derechos.

Al respecto, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948 establece derechos fundamentales como la seguridad social y obliga a los ciudadanos a asistir y proteger a los padres en situación de necesidad.

De otra parte, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966, aunque no aborda directamente los derechos de las personas mayores, establece principios generales de protección. En contraste, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Pidesc] de 1966 exige el reconocimiento del derecho a la seguridad social y condiciones de vida adecuadas para todos los miembros de la familia. El artículo 12 de este pacto subraya el derecho a la salud, promoviendo el acceso a servicios médicos y estableciendo la observación general n.º 14, que integra principios clave como accesibilidad, calidad y no discriminación en el acceso a la salud.

A su vez, la Convención Americana de Derechos Humanos de 1979 también proporciona una protección generalizada a las personas de alta edad, aunque indirecta. En cambio, el Protocolo de San Salvador de 1988 establece de manera más explícita la exigencia de los derechos económicos, sociales y

culturales, reconociendo la dignidad humana y proporcionando mecanismos legales para garantizar su cumplimiento. Este protocolo resalta la importancia de la protección de los derechos fundamentales como la base para una vida digna, especialmente para las personas mayores.

Es de resaltar que la Organización Internacional del Trabajo [OIT] ha establecido importantes marcos de protección para las personas de alta edad en el ámbito laboral. El Convenio 100 de 1951, que promueve la igualdad de remuneración sin discriminación por género, también se extiende a las personas mayores, contribuyendo a la lucha por sus derechos laborales. Esta normatividad marca un hito en la promoción de la igualdad de oportunidades en el trabajo, abarcando diversas situaciones —incluidas las de las personas mayores— en su ámbito de protección.

El Convenio 128 de 1967 de la OIT sobre prestaciones de vejez, invalidez y sobrevivientes fue clave para definir los estándares del sistema pensional colombiano. Este regula la pensión por invalidez, estableciendo requisitos de cotización y calificación (art. 11), así como la readaptación profesional (art. 13). Además, aboga por pensiones de vejez basadas en cotizaciones (art. 18) y pensiones para sobrevivientes con miras a proteger a las familias ante la desprotección económica (art. 24). Estas regulaciones garantizan una red de seguridad dineraria para las personas mayores.

Por otro lado, el Convenio 168 de 1988 sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo establece principios clave para garantizar empleo formal y productivo, y regula indemnizaciones o auxilios en caso de pérdida de empleo (art. 22). Además, la Recomendación 162 de 1980 sobre trabajadores de alta edad es fundamental al reconocer la igualdad de oportunidades, la protección de derechos y el acceso a la jubilación. Este documento aboga por la capacitación, la igualdad salarial y el acceso a prestaciones y seguridad social para las personas mayores en el ámbito laboral.

Entre 1948 y 1973, la Asamblea General de la ONU solicitó información sobre la población de alta edad, enfocándose en temas como seguridad social, vivienda, salud y entretenimiento. Además, instó a los Estados miembros a implementar políticas internas para proteger los derechos de estas personas (Dulcey, 2015). Esto llevó a la emisión de resoluciones clave: la 217 A (III) de 1948 (DUDH), la 2542 de 1969 (Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo Social) y la Resolución 46 de 1991, que destacó las contribuciones de las personas mayores a sus sociedades.

En 1982 se celebró la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, orientada a generar conciencia global sobre el envejecimiento poblacional e individual. Se adoptó el Plan de Acción Internacional de Viena, que analizó el envejecimiento demográfico mundial y propuso principios para políticas y recomendaciones. Este plan enfatizó el fortalecimiento del papel de los gobiernos

y las organizaciones internacionales, abordando áreas como salud, economía, educación y empleo, y subrayando que cada Estado tiene la soberanía y responsabilidad de implementar dichas políticas (Dulcey, 2015).

En el 2002 tuvo lugar la segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento en Madrid, cuyo objetivo fue abordar los retos y las oportunidades del envejecimiento en el siglo XXI, promoviendo una sociedad inclusiva para todas las edades (ONU, 2002). De esta Asamblea surgió la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid, centrados en tres áreas: desarrollo de las personas mayores, promoción de la salud y bienestar en la vejez, así como creación de entornos propicios. Este documento reafirmó compromisos previos, destacando el acceso universal e igualitario a derechos como el trabajo y la salud (ONU 2003, p. 3).

En esa lógica se trazaron objetivos en el numeral 12 del mencionado plan, relacionados con la garantía de los derechos de las personas de alta edad, tales como:

- Plena garantía de derechos humanos.
- Envejecimiento seguro y eliminación de la pobreza.
- Participación de las personas mayores.
- Desarrollo personal y bienestar a lo largo de la vida.
- Garantía de derechos y eliminación de discriminación.
- Apoyo intergeneracional y rol de las familias.
- Atención sanitaria y protección social.
- Colaboración multisectorial.
- Uso de la ciencia y la tecnología.
- Inclusión de poblaciones indígenas.

En coherencia, se esbozaron recomendaciones y se determinó cómo se realizará la aplicación y el seguimiento, estableciendo (i) medidas en el plano nacional y proponiendo la creación de organismos encargados del envejecimiento y comités nacionales, y (ii) medidas de carácter internacional en las que se plantea la necesidad de aumentar la cooperación internacional y la asistencia financiera de los países desarrollados con aquellos que se encuentran en una transición.

La Declaración de Brasilia, surgida de la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe en el 2007 promovió la protección de los derechos de las personas mayores, destacando la necesidad de integrar el envejecimiento en las políticas públicas y asignar recursos para su seguimiento. En el 2011 se reforzó esta iniciativa al proponer una convención específica para proteger y garantizar estos derechos. De manera complementaria, la Carta Mundial por el Derecho a la Ciudad (2004) enfatizó la ciudadanía plena, la igualdad y la no discriminación hacia las personas mayores.

En el ámbito colombiano, el Bloque de Constitucionalidad incluye normas internacionales relevantes, como la Ley 74 de 1968, la cual ratifica los Pidesc y destaca la importancia de proteger a las personas mayores. También, la Ley 16 de 1972 respalda el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos, asegurando derechos fundamentales en la ancianidad. Por su parte, la Ley 2055 de 2020 aprueba la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores, reconociendo derechos como vivienda, salud, privacidad y esparcimiento, al igual que al promover su inclusión y participación social.

En el 2020, la ONU lanzó el Plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030, alineado con la Agenda 2030 y centrado en los derechos humanos universales e indivisibles. Este plan se enfocó en cuatro áreas: cambiar las percepciones sobre el envejecimiento, fortalecer las capacidades de las personas mayores, garantizar una atención en salud integral y personalizada, y proporcionar servicios de cuidado a largo plazo. Estas directrices buscan mejorar la calidad de vida de las personas mayores y fomentar comunidades inclusivas.

El plan también abordó los retos demográficos y las inequidades, especialmente las que afectan a las mujeres mayores. Como parte de la estrategia se propuso alinear los objetivos de desarrollo sostenibles [ODS] con acciones específicas en cinco áreas clave: cambio cultural respecto al envejecimiento, fomento de capacidades, atención integral en salud, acceso a cuidados prolongados y creación de alianzas para el cumplimiento de los objetivos. Estas medidas buscan atender las necesidades de esta población de manera integral y equitativa.

## Legislación nacional para la población de alta edad

La discusión por los derechos de las personas de alta edad en los años recientes tiene como premisa fundadora al Estado social y las reformas laborales de los años cuarenta del siglo xx encabezadas por el gobierno liberal.

La promulgación del Código Sustantivo del Trabajo y su regulación procesal establecieron un sistema inicial de asistencia frente a la invalidez, basado en los riesgos laborales asumidos por el empleador. Posteriormente, la Ley 6 de 1945 creó la Caja de Previsión Social para empleados y obreros nacionales, y la Ley 90 de 1946 instituyó el Instituto de Seguro Social, proporcionando cobertura ante invalidez, muerte, vejez y enfermedad, de modo que se configuró el sistema de seguridad social que rigió por décadas. Paralelamente, surgieron fondos especiales de pensión para gremios específicos, como el caso de Caprecom y las cajas de entidades públicas descentralizadas.

En complemento, se promulgaron leyes para atender a personas mayores en situación de vulnerabilidad. La Ley 29 de 1975 creó el Fondo Nacional de

la Ancianidad Desprotegida, ofreciendo servicios gratuitos de albergue, vestuario, alimentación y atención médica. Este esfuerzo se fortaleció con el Decreto 2011 de 1976, por el cual se estableció el Fondo Nacional de Protección de Ancianos, destinado a brindar bienestar integral en centros especializados, reflejando un enfoque estatal de asistencia social para las necesidades básicas de las personas mayores.

Con la Constitución de 1991, el sistema de seguridad social cambió, introduciendo la participación de actores privados en el aseguramiento para vejez, enfermedad e invalidez. Este modelo dual permitió a los ciudadanos elegir entre el sistema público de prima media y el privado de ahorro individual, transformando el paradigma de protección social hacia un enfoque mixto con intervención del mercado.

El punto de partida de las medidas adoptadas por el Estado colombiano para la protección integral de las personas de alta edad tiene arraigo constitucional. Al tenor del artículo 13 de la Constitución Política de Colombia, el Estado tiene la obligación de:

promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptar medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

A partir de este artículo, las personas de alta edad deben ser garantes del derecho a la igualdad por su condición de personas de especial protección constitucional, razón fundamental por la cual el Estado deberá sancionar los tratos diferentes, desiguales y los abusos o maltratos que contra las personas de alta edad se ocasionan. Esta garantía de derechos de las personas de alta edad es una responsabilidad compartida con la sociedad, y en especial de la familia. Así lo establece el artículo 46:

El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración en la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.

Otros artículos constitucionales que amparan y garantizan los derechos de las personas de alta edad corresponden a medidas concernientes con políticas de rehabilitación de personas con discapacidad (art. 47), el derecho a la seguridad social (art. 48), el derecho a la salud, así como el acceso a los servicios de salud, especialmente en lo que respecta a la atención gratuita y obligatoria,

y el deber de cuidado integral de la salud de las personas de la comunidad. En lo que respecta al derecho al trabajo, el artículo 54 asegura que “*el Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar* [cursivas añadidas]”. Como mandato constitucional que excluye el deber del Estado de procurar la inclusión de personas de alta edad en el ámbito laboral, lo cual, parcialmente, ha desencadenado la proliferación de la informalidad laboral tal y como se analizó en el capítulo respectivo.

Las disposiciones mencionadas no pretenden sino señalar los pronunciamientos expuestos constitucionales de cara a satisfacer y garantizar los derechos de las personas de alta edad. Sin embargo, por la perspectiva de interpretación integral de los derechos, los demás derechos reconocidos en la Carta Política bien podrían aplicarse al objeto de estudio: el envejecimiento digno y saludable.

Con la promulgación de la Constitución de 1991 y la Ley 100 de 1993 se transformó el sistema de seguridad social en salud y pensiones, introduciendo programas de apoyo a ancianos indigentes y políticas de preretiro mediante alianzas con entidades privadas. Posteriormente, el Decreto 731 de 1995 creó una comisión para proteger a las personas mayores, y el Decreto 36 de 1998 impulsó políticas de preparación para la jubilación. Estas disposiciones reflejan el compromiso estatal hacia una atención integral de las personas mayores, fortaleciendo su dignidad y bienestar.

Por su parte, la Ley 1171 de 2007 otorgó beneficios específicos a las personas mayores, tales como tarifas diferenciales y prohibiciones de discriminación por edad en el acceso a la educación superior, destacando su condición como sujetos de especial protección constitucional. Complementariamente, la Ley 1251 de 2008 estableció derechos y deberes para promover la participación de los adultos mayores en la sociedad, fomentando el envejecimiento saludable y la toma de decisiones sobre políticas que los afecten. Estas medidas incluyen la creación de centros de atención regulados por la Ley 1315 de 2009, la cual garantiza condiciones dignas en espacios destinados a esta población vulnerable.

En el 2009, la Ley 1276 autorizó la emisión de una estampilla para financiar la construcción y mejora de Centros de Bienestar y Vida para la Tercera Edad, enfocados en brindar servicios integrales como alimentación, salud, recreación, capacitación y redes de apoyo. Estos centros buscan no solo atender necesidades básicas, sino también ofrecer orientación psicosocial, fomentar actividades culturales y deportivas, así como promover la inclusión digital, asegurando protección especial para quienes enfrentan violencia intrafamiliar. Estas iniciativas consolidan el marco legal para garantizar el bienestar de los adultos mayores en Colombia.

Además de lo anterior, la Ley 1276 de 2009 también asigna funciones a los Centros Vida en materia de lucha contra la violencia sobre los adultos mayores; sobre la creación de redes de apoyo y políticas para dar a conocer las obliga-

ciones alimentarias de los adultos mayores se refiere al maltrato por descuido, negligencia o abandono de las personas mayores de sesenta años. Por su parte, la Ley 1251 de 2008, en su artículo 6, establece las responsabilidades que deben tener el Estado, la sociedad civil, la familia y los medios de comunicación con las personas de alta edad. A propósito, el literal w indica:

Realizar acciones, programas y proyectos que dignifiquen el envejecimiento a través de la promoción de la autonomía económica del adulto mayor con empleos formales, acorde con sus capacidades y la normatividad y acuerdos internacionales vigentes.

Esta norma le asigna funciones a los Centros Vida, como, por ejemplo, promover las políticas públicas relacionadas con el empleo del adulto mayor, que propendan a la autonomía económica para el tránsito a una vejez digna, a través de un informe al Congreso de la República. Además, instaura el sello amigable como una medida que identificará a las empresas que incorporen dentro de la planta laboral a las personas que no sean beneficiarias de la pensión de vejez familiar o sobrevivencia, y que hayan cumplido requisito de edad para pensionarse.

Otra disposición es la Ley 1850 de 2017, la cual establece y regula medidas de protección al adulto mayor, especialmente cuando sus condiciones de salud no son las ideales, o por el abandono en lugares como hospitales e incluso en la calle. En el mismo sentido se pronuncia la Ley 2040 de 2020, en lo que respecta a impulsar el empleo en esta población, especialmente en aquellos que no han podido lograr acceder a una pensión. Así mismo, establece un beneficio impuesto sobre la renta a las personas naturales y jurídicas que contraten adultos mayores que no sean pensionados, y beneficios para desempatar procesos de contratación pública.

A continuación, la tabla presenta un cuadro que pretende evidenciar la normativa actual dividida en categorías, conforme lo mencionado en el Decreto n.º 681 de 2022.

**Tabla 6.** Normativa nacional en materia de personas de alta edad

Categorías de protección de las normas			
<b>Proteger y respetar la condición de las personas mayores, reducir las brechas y asegurar el acceso efectivo a la justicia y su participación social</b>	Garantizar la atención en salud, los servicios sociosanitarios y su financiación	Generar un mercado laboral inclusivo y seguridad de los ingresos	Promover el envejecimiento saludable

### Categorías de protección de las normas

Leyes 1171 de 2007, 1251 de 2008, 1850 de 2017, 1857 de 2017, 1996 de 2019, 2055 de 2020 y los Decretos 460 de 2020 y 163 de 2021	Leyes 100 de 1993, 1251 de 2008, 687 de 2001, 1315 de 2009, 1438 de 2011, 1751 de 2015, 1850 de 2017, 1276 de 2009 y 1955 de 2019.	Las Leyes 797 de 2003, el Acto Legislativo 01 de 2005, las leyes 1328 de 2009, 1151 de 2007, 2010 de 2019, y 2040 de 2020.	Ley 1355 de 2009 y 2120 de 2021 y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
---	--	--	---

Finalmente, en el 2020 se promulgó la Ley 2055, mediante la cual se adopta la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la cual desarrolla quince principios centrados en los derechos humanos, el curso de vida con equidad e igualdad de género, la protección integral y la atención preferencial, y reconoce un catálogo base de derechos humanos de especial atención para personas de alta edad.

### El papel de la justicia: jurisprudencia sobre envejecimiento

La aplicación en la realidad de los postulados constitucionales y legales lleva a que los jueces tengan que adoptar decisiones con miras a protección a los derechos fundamentales de las personas de alta edad. En ese entendido, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha desarrollado una protección especial para estas personas, reconociéndolas como sujetos de derechos que requieren amparo del Estado, la sociedad y la familia bajo el principio de solidaridad.

Así pues, en desarrollo del artículo 46 constitucional diversas sentencias de la Corte, como la T-252 de 2017, enfatizan que el Estado es el principal responsable de garantizar la integración y participación de esta población, promoviendo el avance progresivo de sus derechos frente a su situación de vulnerabilidad. Esto se complementa con instrumentos internacionales y programas nacionales, como el Fondo Nacional de Protección del Anciano, a fin de restablecer derechos y superar la debilidad manifiesta de las personas mayores.

Cabe anotar que la Corte Constitucional destaca que la especial protección no implica asociar la vejez con incapacidad o enfermedad, sino atender las circunstancias que generan vulnerabilidad, como el deterioro de la salud o la afectación del mínimo vital. A través de sentencias, como la T-655 de 2008, se subraya la necesidad de garantizar la dignidad y los derechos de las personas mayores sin discriminación. Además, en decisiones como la C-395 de 2021, la Corte ratificó la constitucionalidad de la Ley 2055 de 2020, reafirmando el

deber estatal de trabajar junto con la sociedad y la familia con miras a construir un entorno de inclusión y respeto para las personas mayores.

Lo anterior, dado que, a pesar del marco normativo, las personas mayores enfrentan discriminación, negligencia y abandono, lo que las lleva a recurrir a la acción de tutela para proteger sus derechos. La Corte ha señalado que este mecanismo es esencial para garantizar justicia efectiva, especialmente en contextos como la pandemia de 2020-2021, cuando el confinamiento agudizó la vulnerabilidad de esta población.

Al tenor de lo expuesto, es necesario analizar la evolución jurisprudencial constitucional de cada uno de estos derechos por medio del análisis de diferentes pronunciamientos de la Corte Constitucional que evidencian el progresivo reconocimiento y la protección de las personas de alta edad en el ordenamiento jurídico nacional.

### **Derecho a la seguridad social**

La seguridad social, consagrada como un derecho fundamental en el artículo 48 de la Constitución Política, busca garantizar a las personas y sus familias medidas institucionales para afrontar riesgos sociales que puedan afectar su dignidad y sustento (Corte Constitucional, Sentencia T-036, 2017).

Inicialmente, su reconocimiento como derecho fundamental dependía de su conexidad con otros derechos esenciales, como la vida y la dignidad humana (T-827, 1999). No obstante, la jurisprudencia avanzó hacia el reconocimiento de su autonomía, destacando la obligación estatal de garantizar este derecho de manera integral, especialmente para personas en situación de vulnerabilidad, como, por ejemplo, los mayores (T-505, 2011).

El derecho a la seguridad social está estrechamente vinculado a otros fundamentales, como los son la salud, la dignidad humana y el mínimo vital, cobrando especial relevancia para las personas de alta edad, quienes son titulares de una protección constitucional reforzada (T-013, 2020). Este derecho, irrenunciable y esencial para el Estado social de derecho, debe ser garantizado mediante un servicio público regulado por principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (SU-140, 2019). Así, su alcance no solo responde a necesidades básicas, sino que también asegura un mínimo de bienestar y protección frente a contingencias como la vejez, la invalidez o el desempleo.

El Estado tiene obligaciones específicas derivadas de este derecho, según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre las que se incluye garantizar prestaciones adecuadas, asegurar cobertura universal frente a riesgos comunes, garantizar niveles mínimos de protección social y asistencia familiar, así como fomentar la accesibilidad universal con mecanismos de participación e información (T-577, 2012). Este enfoque resalta la seguridad social como una

herramienta fundamental para la justicia social y la promoción de la dignidad humana en todas las etapas de la vida.

### **Derecho a la salud**

El derecho a la salud, definido por la ONU como un estado de bienestar físico, mental y social, debe garantizarse sin discriminación alguna (Corte Constitucional, Sentencia T-716, 2014). Para las personas de alta edad, este derecho tiene un carácter preferente debido a su condición de vulnerabilidad, lo que obliga al Estado a asegurar una atención integral y oportuna en salud (T-096, 1999). Aunque inicialmente era reconocido como fundamental solo por conexidad, la Corte Constitucional lo declaró autónomo en el 2008, subrayando su protección directa y especial, particularmente para quienes requieren mayor amparo, como es el caso de los adultos mayores (T-760, 2008).

La salud de las personas mayores, según el artículo 46 y 49 de la Constitución, implica garantizar acceso a servicios de promoción, prevención y recuperación. La Corte Constitucional enfatiza la responsabilidad del Estado en diseñar políticas públicas y ejecutar acciones concretas dirigidas a cumplir con este mandato (T-1081, 2001). Además, el principio de integralidad en la atención en salud, adoptado por la Corte, exige que los servicios cubran todas las necesidades del paciente, desde diagnóstico hasta recuperación, con especial enfoque en las personas de alta edad, quienes son sujetos de protección reforzada (T-239, 2015).

Esta orientación se alinea con los principios de la Ley 1751 de 2015, por la cual se establece la salud como un derecho fundamental con garantías de disponibilidad, acceso equitativo, aceptabilidad ética y participación, así como calidad en los servicios (SU-124, 2018). En este contexto, el acceso integral a la salud no solo responde a un mandato constitucional, sino que refuerza la dignidad y calidad de vida de los adultos mayores, destacando el deber prioritario del Estado hacia esta población vulnerable.

### **Derecho al cuidado de las personas de alta edad**

El cuidado en la legislación y jurisprudencia colombiana ha sido tradicionalmente entendido como una responsabilidad familiar, pero la Corte Constitucional ha ampliado su alcance hacia la protección de derechos fundamentales en casos específicos. En la Sentencia T-015 de 2021 se garantizó el cuidado en casa para un adulto mayor con enfermedad terminal, subrayando el principio de continuidad en la prestación de servicios médicos y destacando que estos no se limitan al cuidado personal, sino que deben atender necesidades profesionales dentro del Plan de Beneficios en Salud [PBS]. Este precedente refuerza el deber del sistema de salud de garantizar la atención médica domiciliaria en casos de enfermedades graves o degenerativas.

La Sentencia T-570 de 2023 abordó la negativa de ingreso a una institución geriátrica pública por falta de cupos, enfatizando el derecho a la salud mental y la eliminación de barreras administrativas que vulneran los derechos de las personas mayores. Con base en la Ley 1616 de 2013 y estándares internacionales, la Corte ordenó la evaluación e internación de la paciente en una institución adecuada, estableciendo la obligación estatal de adoptar medidas afirmativas para garantizar asistencia social integral. Asimismo, en la Sentencia T-182 de 2024 se desarrolló el derecho fundamental a la protección social para adultos mayores en situación de abandono, instando al Estado a construir, equipar y asegurar cupos en centros de atención integral como parte del cumplimiento progresivo de sus obligaciones internacionales.

Finalmente, en la Sentencia T-077 de 2024 la Corte destacó el derecho a la autonomía y la capacidad jurídica de una persona mayor al decidir sobre su atención médica. La decisión subrayó la obligación compartida entre las entidades promotoras de salud [EPS] y el Estado para garantizar la atención médica, incluso en ausencia de acompañantes, priorizando los derechos a la salud, el diagnóstico y la dignidad del paciente. Estas decisiones demuestran un enfoque progresivo en la jurisprudencia que resalta el cuidado como un derecho fundamental y una responsabilidad compartida entre la familia, el Estado y el sistema de salud.

### **Derecho a los alimentos**

Las personas de alta edad son sujetos de especial protección, y el Estado, bajo el principio de solidaridad, debe velar por su cuidado, protección e integración, junto con la sociedad y la familia. Esto incluye la implementación de políticas públicas específicas para garantizar sus derechos fundamentales. Uno de estos es el de alimentos, que permite a una persona reclamar lo necesario para su subsistencia de quien esté legalmente obligado a proporcionarlo (Corte Constitucional, C-657, 1997).

La Corte Constitucional ha establecido que, si una persona mayor no puede subsistir por sus propios medios y no recibe una pensión o prestación económica, la familia debe asumir el costo de su subsistencia, siempre que esto no afecte su calidad de vida (Corte Constitucional, T-462, 2021). Esta obligación alimentaria recae principalmente sobre la familia, en virtud del principio de solidaridad (Corte Constitucional, C-451, 2016). El incumplimiento de esta obligación puede afectar el derecho fundamental al mínimo vital, desatendiendo el deber constitucional del Estado y de las familias de velar por la seguridad de las personas en situación de debilidad manifiesta (Corte Constitucional, T-685, 2014).

La pensión alimentaria es un derecho subjetivo personalísimo que puede ser exigible cuando concurren la carencia de bienes del beneficiario, la posibilidad

de suministrar alimentos por parte de quien se solicita y la existencia de un vínculo que justifique la obligación (Corte Constitucional, T-685, 2014). En conclusión, la obligación alimentaria recae principalmente en la familia, asegurando que la persona de alta edad tenga lo suficiente para vivir dignamente y garantizando sus derechos a una adecuada calidad de vida, de modo que se brinde amor, respeto y trato digno (Corte Constitucional, C-451 de 2016).

### **Derecho al mínimo vital**

La Corte Constitucional destaca la importancia del derecho al mínimo vital, esencial para asegurar una vida digna dentro de las posibilidades económicas del Estado (Corte Constitucional, T-426 de 1992). Este derecho garantiza los requerimientos básicos con miras a la subsistencia íntegra de una persona y su familia, incluyendo alimentación, vestido, educación, vivienda y seguridad social (Corte Constitucional, T-698, 2009). Es un requisito fundamental en el ejercicio de todos los derechos fundamentales (Corte Constitucional, T-335 de 2004).

El derecho al mínimo vital está intrínsecamente relacionado con otros tales como el de alimentos y la mesada pensional, esenciales para las personas de alta edad. La falta de garantía de estos derechos vulnera el mínimo vital y afecta la calidad de vida de los jubilados (Corte Constitucional, T-169, 2016). La Corte subraya que la protección especial de las personas mayores es crucial cuando se afecta el mínimo vital o cuando los trámites judiciales son excesivamente gravosos (Corte Constitucional, T-339, 2017).

El Estado debe proporcionar un trato diferencial a las personas mayores que les permita superar su condición de desigualdad, en línea con el principio de solidaridad (Corte Constitucional, C-177, 2016). La protección del mínimo vital también implica obligaciones para el Estado, la sociedad y la familia, asegurando condiciones mínimas de vida digna (Corte Constitucional, T-772, 2003). La inclusión en programas de subsidios debe basarse en investigaciones concretas que determinen la vulnerabilidad real de los beneficiarios (Corte Constitucional, T-193, 2019).

### **Derecho a la igualdad**

El derecho a la igualdad, establecido en el artículo 13 de la Constitución Política, es un objetivo fundamental del Estado y busca promover condiciones con el propósito de que esta sea real y efectiva, así como adoptar un trato diferenciado para las poblaciones marginadas, a fin de lograr la igualdad material (Corte Constitucional, T-894, 2014).

La igualdad se manifiesta en dos facetas: la formal ante la ley, que asegura la misma protección y el mismo trato sin discriminación, y la material, que

busca superar las desigualdades de las personas vulnerables o marginadas (Corte Constitucional, C-220, 2017).

El mandato de igualdad material implica desarrollar acciones afirmativas para favorecer a personas o grupos discriminados, eliminando desigualdades sociales, culturales o económicas, y aumentando la representación de grupos subrepresentados (Corte Constitucional, C-371, 2000). La Corte ha indicado que estas acciones deben incluir medidas necesarias y dirigidas a que la igualdad sea real y efectiva, al igual que a proteger a aquellos en circunstancias de debilidad manifiesta, como las personas de alta edad (Corte Constitucional, C-184, 2003).

De otra parte, la Corte Constitucional sostiene que los artículos 13 y 46 de la Constitución reconocen la necesidad de otorgar especial protección a sujetos vulnerables para alcanzar la igualdad material ante la ley (Corte Constitucional, T-252, 2017). Los adultos mayores deben ser considerados sujetos de especial protección constitucional debido a sus condiciones físicas, económicas o sociológicas, lo que requiere un trato preferencial del Estado y así garantizar la igualdad material y el goce efectivo de sus derechos (Corte Constitucional, T-066, 2020). La Corte insiste en que las personas de alta edad deben estar en capacidad de desplegar su autonomía en igualdad de condiciones con los demás miembros de la sociedad, sin menoscabo de su dignidad (Corte Constitucional, T-193, 2019).

### **Medidas proteccionistas durante el COVID-19**

Durante la pandemia generada por el COVID-19, las personas mayores fueron las más afectadas en la región de las Américas, con una alta incidencia de contagios y fallecimientos. En respuesta, el Estado implementó medidas de confinamiento generalizado, aplicando restricciones más severas a este grupo debido a las enfermedades preexistentes comunes en la vejez. Entre estas medidas se incluyó el aislamiento preventivo obligatorio para mayores de setenta años y restricciones en la realización de actividades físicas al aire libre. Estas acciones fueron acusadas de discriminación y paternalismo, ya que afectaban los derechos fundamentales a la igualdad, la dignidad humana y la libertad de locomoción de las personas mayores (Corte Constitucional, SU-109, 2022).

Frente a lo expuesto, la Corte Constitucional, al revisar las demandas sobre estas medidas, resolvió que no todas las acciones diferenciadas por edad constituyen discriminación. Aunque la edad es un criterio sospechoso de discriminación, el Estado puede aplicar medidas diferenciadas siempre que sean razonables y no afecten gravemente los derechos de los individuos. La Corte destacó que la igualdad no siempre implica trato idéntico, sino que permite diferenciaciones cuando estas son necesarias con miras a la protección de grupos

vulnerables, como los adultos mayores, sin que supongan una carga excesiva para sus derechos (Corte Constitucional, C-221, 2011).

A pesar de reconocer la intención de protección, la Corte determinó que las medidas adoptadas durante la pandemia generaron un trato desigual, pues las personas mayores de setenta años fueron sometidas a restricciones más severas que los adultos de menor edad. Esta disparidad resultó en una situación más gravosa para las personas mayores, lo que llevó a la Corte a concluir que las medidas no eran proporcionales y debían revisarse (Corte Constitucional, SU-109, 2022).

En una sentencia posterior, la Corte abordó otro caso relacionado con la discriminación por edad durante la pandemia, en el que se cuestionó la utilización de la edad como criterio para priorizar la atención en salud. La Corte reafirmó los principios de no discriminación y el derecho a la salud, destacando que cualquier criterio de priorización debe ser basado en la igualdad y no en la edad o la discapacidad. Asimismo, subrayó la importancia de garantizar la igualdad en el acceso a la salud, incluso en situaciones de emergencia, y ordenó al Ministerio de Salud la adopción de un protocolo claro para la asignación de recursos durante la pandemia (Corte Constitucional, T-237, 2022).

## Entorno laboral de los ciudadanos de alta edad

En el 2023, Colombia se encontraba en la segunda etapa de transición demográfica, es decir, aquella en la cual hay un alto ahorro pensional por encontrarse la mayoría de la población en edad productiva (Tenjo, 2023, p. 334). No obstante, en virtud del fenómeno de transición demográfica que dicta el creciente envejecimiento poblacional, es mandatorio señalar que los ingresos en la alta edad constituyen un desafío a tener en cuenta, pues solo el 29.9 % de la población mayor de sesenta años recibe un ingreso pensional (Tenjo, 2023, p. 336).

Así las cosas, si bien los ingresos pensionales no son los únicos percibidos por esta población, sí son los más relevantes y los que mejor determinan la desigualdad, pues un pensionado llega a multiplicar hasta cuatro veces en promedio los ingresos de una persona desprotegida que no percibe un derecho pensional. La estadística es más acentuada en favor de los hombres, quienes perciben más ingresos que las mujeres en esta etapa (Tenjo, 2023, p. 337). De igual manera, es más acentuada la pobreza extrema en los mayores de sesenta años que en otros sectores etarios (Tenjo, 2023, p. 341).

Ahora bien, en ese contexto, el profesor Tenjo (2023) analiza la participación de la población colombiana en el mercado laboral de cara a obtener un derecho pensional en la vejez y concluye que: (i) la tasa de participación femenina disminuye mucho más rápido que la masculina con el pasar de

los años, lo cual dificulta el acceso de las mujeres a la pensión por dificultades en la permanencia en el ahorro (p. 346); (ii) las tasas de cotización son bajas en la población que trabaja en la informalidad, y ello contiene un componente de género ineludible en el que las mujeres cotizan menos para un ahorro pensional que los hombres; (iii) la tasa de participación laboral de Colombia se corresponde con la del continente, pero excluye de la protección a la gran mayoría de los trabajadores, quienes se encuentran en la informalidad (p. 353).

En igual sentido se pronuncia el profesor Hugo López-Castaño (2018), al referir tendencias de largo plazo del mercado de trabajo, el prematuro ingreso y la salida de las personas con bajo índice de escolaridad al mercado de trabajo, en especial de las personas de alta edad, en quienes reside una alta probabilidad de ejercer trabajo no remunerado o de quedar relegados a la informalidad o el desempleo (p. 93). Así, advierte los efectos ineludibles en el escenario pensional, el cual presenta bajas coberturas y marcadas brechas por ingresos fomentando la desprotección de las personas de alta edad.

Un estudio realizado por la OIT para el año 2023 revela que en América Latina y el Caribe un porcentaje significativo de las personas de alta edad continúa participando en el mercado laboral:

En los últimos 30 años, la tasa de participación laboral de las personas mayores de 65 años se mantuvo cercana al 30 por ciento, es decir que casi una de cada tres personas mayores trabaja. En 2022, este indicador fue de 28.7 %. En comparación, en los países de altos ingresos de la OCDE un 11.9 % de los adultos mayores de 65 participaba del mercado laboral en ese año. (OIT, 2023, p. 102)

Este fenómeno se ve influenciado por diversos factores, incluyendo una mayor prolongación de la vida activa (por el fenómeno de la longevidad), así como la insuficiencia de los sistemas de seguridad económica para la vejez (OIT, 2023). Entre las razones para una mayor permanencia en el mercado laboral se encuentran la falta de ingresos debido a la escasa capacidad de ahorro de algunos hogares, elecciones personales motivadas por el deseo de continuar activos, cambios demográficos (p. ej., una mayor participación laboral femenina) y cambios institucionales, dada la escasez laboral y la sostenibilidad pensional.

Con el propósito de ofrecer un panorama sobre el mercado laboral en Colombia y el posicionamiento de las personas de alta edad, se recurre a los boletines estadísticos del Dane, como, por ejemplo, la Gran Encuesta Integrada de Hogares [GEIH] que abarca datos sobre empleo y desempleo, sexo, población fuera de la fuerza de trabajo y empleo informal. Además, se toma como base el estudio realizado por Fedesarrollo, la Fundación Saldarriaga Concha, la Proesa y el Dane titulado “Misión Colombia Envejece: Una Investigación Viva”.

Es importante no pasar por alto que a fin de entender mejor el impacto de este panorama en el ámbito económico, cualquiera de los conceptos utilizados en la medición del mercado laboral responde a un paradigma ideológico. Es discutible en ocasiones su pertinencia para representar la realidad. Por ejemplo, en la realización de la GEIH se descartan como razón válida o justificable para estar desempleado argumentos tales como las responsabilidades familiares, la alta o temprana edad o los problemas vinculados al estado de salud. Desconocer en el país estos factores que repercuten en no encontrarse como Población Económicamente Activa [PEA] es omitir las altas cifras de desempleo, la frecuencia del ejercicio de actividades informales, la vulnerabilidad a partir del factor de edad y las grandes dificultades que presentan estos grupos poblacionales para acceder a empleos bien remunerados que les permitan cumplir con sus actividades de cuidado personal y familiar.

La participación laboral de las personas de alta edad en Colombia ha aumentado en las últimas décadas a causa de factores demográficos como el incremento en su esperanza de vida y la insuficiencia de ingresos por falta de cobertura en protección social. Sin embargo, esta participación no es homogénea en términos de género. Paralelamente, la población de alta edad en el país se ve seriamente afectada por la informalidad laboral y la baja calidad de vida, ligada a condiciones de pobreza, desprotección y desconexión entre las políticas públicas y la realidad.

Para ilustrar la participación de las personas de alta edad en el mercado laboral, el Dane (2021), en su informe *Personas mayores en Colombia: hacia la inclusión y la participación laboral*, señala que para el 2020 la tasa general de participación [TGP] de las mujeres mayores fue del 20.2 %, mientras que la de los hombres fue del 48.7 %. En comparación, el grupo de 26 a 56 años tuvo una TGP del 65.1 % para las mujeres y del 92.2 % para los hombres. Además, el informe destaca en ese año las mujeres de sesenta años o más presentaron menores niveles de ocupación que los hombres en general. La tasa de ocupación de las mujeres en ese grupo etario se ubicó en 18.6 %, mientras que la de los hombres fue de 44.1 %. Sin embargo, es notable la disminución de este porcentaje para las mujeres en relación con el año anterior, cuando su tasa de ocupación fue del 23.8 % (Dane, 2021). Una ilustración de lo expuesto se evidencia en la tabla 7.

**Tabla 7.** Población mayor ocupada según sexo y rama de actividad, total nacional (2020)

Rama de actividad	Hombres (miles)	Mujeres (miles)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Agricultura, pesca, ganadería, caza y silvicultura	443.0	64.5	34.4	9.8
Construcción	102.1	1.8	7.9	0.3

Rama de actividad	Hombres (miles)	Mujeres (miles)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Explotación de minas y canteras	6.3	2.0	0.5	0.3
Industria manufacturera	110.3	80.9	8.6	12.2
Suministro de electricidad, gas y agua	18.9	5.3	1.5	0.8
Comercio y reparación de vehículos	217.8	159.7	16.9	24.1
Alojamiento y servicios de comida	41.5	94.1	3.2	14.2
Transporte y almacenamiento	104.0	3.7	8.1	0.6
Información y telecomunicaciones	7.1	2.1	0.5	0.3
Actividades financieras y de seguros	5.3	4.1	0.4	0.6
Actividades Inmobiliarias	22.1	6.4	1.7	1.0
Actividades profesionales, científicas, técnicas y servicios administrativos	61.6	42.2	4.8	6.4
Administración pública y defensa, educación y atención de la salud humana	68.4	84.1	5.3	12.7
Actividades artísticas, entretenimiento, recreación y otras actividades de servicios	81.0	109.9	6.3	16.6
No informa	0.2	0.6	0.0	0.1
<b>Total</b>	<b>1289.6</b>	<b>661.5</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Dane (2021, p. 43).

Esta distribución permite evidenciar que son los sectores de la agricultura y el comercio en los que se presenta una mayor demanda laboral de las personas de alta edad. Además, el Dane (2021) revela que, en el 2020, el 64.0 % de las mujeres de la población de alta edad trabajó por cuenta propia, mientras que el 10.9 % se desempeñó como empleadas particulares y el 7.9 % como empleadas domésticas. En contraste, el 65.8 % de los hombres en el mismo grupo de edad trabajó por cuenta propia, el 15.2 % como empleados particulares y el 7.4 %

fueron patrones o empleadores. Estos datos demuestran, además, que el trabajo doméstico es realizado principalmente por las mujeres de alta edad que por los hombres de este mismo grupo poblacional.

Por otra parte, la Fundación Saldarriaga Concha (2023), en su estudio *Misión Colombia Envejece: Una Investigación Viva*, informa que en Colombia la proporción de personas mayores empleadas y/o ocupadas disminuye con la edad, ya que,

mientras que el 53.6 % de las personas mayores entre los 60 y 65 años se encuentran ocupados, esta tasa disminuye a 9.7 % para la población entre 80 y 85 años, mientras que tan solo el 3.7 % de las personas mayores de 85 años se están ocupados. (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2023, p. 235)

Sin embargo, considerando que las personas durante esta etapa de la vida se encuentran en edad de jubilación, el estudio concluye que la población de alta edad en Colombia presenta una alta tasa de ocupación, pues una de cada tres personas dentro de este grupo etario está ocupada con un porcentaje del 35.8 %. Esta situación evidencia que las personas de alta edad necesitan trabajar para generar ingresos de subsistencia (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2023, p. 235).

Finalmente, de acuerdo con los análisis estadísticos del Dane, el desempleo en las personas de alta edad supera al de la población entre diez y 59 años, afectando en mayor proporción a las mujeres. Entre el 2019 y el 2020, la tasa de desempleo de las mujeres de alta edad pasó de 4.0 % a 7.8 %, mientras que la de los hombres pasó de 6.3 % a 9.5 %.

En conclusión, los datos mencionados evidencian que la participación de las personas de alta edad en el mercado laboral disminuye considerablemente con la edad, y que la brecha de género persiste a lo largo de la vida. De acuerdo con la Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha (2023), esta menor participación en el mercado laboral se debe principalmente a dos factores: menor interés en continuar trabajando o barreras estructurales que dificultan su acceso al mercado laboral, relacionados ambos con la discriminación o a la falta de oportunidades adecuadas. Sin embargo, la falta de ingresos suficientes se constituye en una razón principal para que muchas personas de alta edad continúen trabajando, a pesar de las dificultades que enfrentan.

## Informalidad laboral

De acuerdo con las estadísticas de empleo formal e informal en total nacional del Dane, compilando los boletines trimestrales emitidos entre septiembre del 2022 y febrero del 2023, las cifras presentan que no hay variaciones considerables.

No se observa alguna una disminución de la empleabilidad informal en el país. Esto es negativo, debido a la influencia del tipo de vinculación laboral con la calidad de vida individual y familiar de ese trabajador en el presente y futuro cercano, así como el acceso y goce a bienes y servicios para la planificación de una vejez asegurada por una renta fija o activos.

En ese sentido, Torres (2020) asegura que, “ante la exacerbación de la heterogeneidad estructural, se ha incrementado la desigualdad y se ha deshilitado la cohesión social propuesta por la agenda de la igualdad, así como la institucionalidad del trabajo, segmentando el acceso a la protección social” (p. 141). De esa manera, dicha correlación entre heterogeneidad estructural y desigualdad social conlleva a la inequitativa distribución de ingresos laborales, la baja productividad y la discriminación laboral, especialmente por edad y género (Torres, 2020, p. 164).

Lo anterior cobra relevancia si se insiste en que, en el marco de la sociedad asalariada, el salario se constituye en un elemento protector de derechos y de ciudadanía, tal como indica la teoría del profesor Castel. En consecuencia, el seguro como elemento de protección social aparece con el propósito de generar una cobertura generalizada y fortalecer el acceso mismo a la ciudadanía (Torres, 2023, p. 159).

No obstante, la divergencia entre el estándar del trabajo decente y el panorama laboral colombiano está a la orden del día. Así, al tenor de las consideraciones expuestas, se abordan debates conexos, en aras de profundizar en el análisis y denotar que las brechas afectan de manera desproporcionada a las personas de alta edad.

### **Trabajo no remunerado: brecha de género en personas de alta edad**

El trabajo no remunerado, especialmente en el contexto de las personas de alta edad y las mujeres, revela una brecha significativa en la distribución equitativa del trabajo doméstico. Las mujeres mayores asumen roles de cuidadoras y demandantes de cuidado, perpetuando estereotipos y cargas familiares sin reconocimiento como trabajo productivo (Aguirre y Scavino, 2016). Esta situación se agrava por la histórica asignación de roles de cuidado a las mujeres, lo cual las obliga a conciliar su tiempo personal con el trabajo no remunerado (Mestre *et al.* 2012).

Carolina Rincón (2019) analiza cómo el trabajo de cuidado acompaña todo el ciclo de vida de las mujeres, consolidando relaciones de dominio y opresión patriarcal que relegan a las mujeres mayores al trabajo invisible en la esfera privada. A pesar de la creciente preocupación estatal, las cargas domésticas

siguen recayendo en las mujeres, perpetuando la división sexual del trabajo (Rincón, 2019). La vulnerabilidad de los sujetos demandantes de cuidado genera preocupaciones por la atención de estas personas, a costa de las necesidades de las mujeres cuidadoras (Rincón, 2019).

El concepto de “mujeres entre generaciones” describe a las mujeres que cuidan de sus hijos y familiares mayores, combinando responsabilidades de cuidado con trabajo remunerado para mantener la cohesión familiar (Dolors, 2017). En Colombia, la mayoría de las cuidadoras superan los cincuenta años, enfrentando la brecha de ingresos por género y la carga del cuidado intergeneracional (Dane y ONU Mujeres, 2020). La OIT (2019) señala que las horas de cuidado no remunerado se reducen con la edad, pero la falta de servicios adecuados aumenta la participación de mujeres mayores en estas labores.

En Colombia, el 43 % de los cuidadores de personas mayores dependientes son otras personas de alta edad, generalmente sin remuneración (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2023). La pandemia ha incrementado la demanda de cuidado, exponiendo la “brecha del cuidado” y la baja cobertura de servicios no remunerados. El 17.4 % de las personas mayores realiza actividades de cuidado, con las mujeres dedicando más tiempo que los hombres, evidenciando la persistente brecha de género en estas labores (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2023).

Al tenor de lo expuesto, queda en evidencia (i) la feminización de las labores del cuidado durante todo el ciclo de vida de las mujeres, y (ii) la dominancia de los estereotipos alrededor de las cargas del cuidado, las cuales se desconcentran en gran parte en las personas de alta edad, toda vez que adquieren una dimensión familiar que sirve de justificante para invisibilizar y no remunerar dichas actividades.

Sobre el particular, la legislación y la jurisprudencia colombiana han desarrollado el principio de solidaridad familiar, el cual tiene arraigo constitucional y sobre el que la Corte Constitucional, en Sentencia T-320 de 2020 ha señalado que:

elimina la idea de una dependencia absoluta de la persona y de la comunidad respecto del Estado, en tanto que bajo su imperio se reconoce que este no es el único responsable de alcanzar los fines sociales, sino que en tal objetivo también se encuentran comprometidos los particulares. (Corte Constitucional, 2020)

La Corte Constitucional establece que el cuidado de otros es una responsabilidad primaria de la familia, no del Estado, que debe enfocarse en la promoción de capacidades. La tradición católica que rige la familia colombiana, reflejada en el artículo 42 de la Constitución, enfatiza la solidaridad entre sus miembros, justificando que se busque asistencia primero en la familia antes que en el Estado. La Corte concluye que la obligación principal del cuidado recae en la familia, sin desconocer la responsabilidad concurrente de la sociedad y del Estado (Corte Constitucional, 2020).

El desarrollo jurisprudencial del principio de solidaridad familiar refuerza la idea de que el cuidado es una cuestión familiar, aunque no celebra la feminización de estas labores ni reconoce un papel protagónico del Estado en su materialización. Esto plantea la necesidad de cuestionar el papel del Estado en garantizar la igualdad y no discriminación de las personas de alta edad, asegurando que estas problemáticas sean discutidas y solucionadas en el ámbito público. Victoria Camps sugiere que las mujeres están en mejores condiciones para entender el modelo de trabajo reproductivo y no productivo, incluso después de la jubilación (2019, p. 51).

## Sociedad del envejecimiento

Los conceptos asociados al envejecimiento se han venido transformando, tal como lo expresa Anne-Marie Guillermand, a propósito de la reformulación de la definición social, de la categoría de envejecimiento y sus fronteras:

la vejez comienza cada vez más temprano con la desvalorización cada vez más precoz sobre el mercado de trabajo, con la fuerza del trabajo adulta. Ella se define mayoritariamente como el tiempo de la negación del derecho del trabajo, los cuales son arrojados al mundo de los improductivos. (2002, p. 61)

Como lo señala la autora, la vejez se encuentra con dispositivos para declarar a estas poblaciones que salen previamente del mercado del empleo como de “inutilidad pública”, condenando a las personas de alta edad a vivir de ingresos de sustitución.

Como se analizó en textos anteriores, al final de la vida activa y del retiro se dan grandes transformaciones, de modo que aparecen los países del norte con grandes cambios, aunque contradictorios: de una parte, un movimiento de relativa integridad económica de poblaciones envejecidas, y, de otra, la marginalización y la exclusión social de esas poblaciones (p. 62).

La paradoja de Europa “es haber marcado una victoria innegable sobre el alargamiento de la vida humana, las transferencias para los retirados, sin embargo, simultáneamente ha desvalorizado y excluido grandes contingentes de la población envejecida” (p. 62).

Bajo las nuevas dinámicas de los cambios demográficos, por las que se acentúa el proceso de envejecimiento, se van creando los fundamentos de una nueva sociedad, la *sociedad envejecida*. Durante mucho tiempo el fenómeno del cuidado de las personas de alta edad pasaba por el ejercicio privado y la familia, sin embargo, cada vez más, estos escenarios se hacen más públicos y se requiere de una apropiación real, no solo jurídica de la protección social.

La dinámica demanda una nueva mirada sobre la población de alta edad, un nuevo enfoque que permita construir bases más solidarias para las vivencias de las personas de diferentes generaciones; esto es, como analiza la profesora Guillerman, que la existencia no se reduzca a actos reflejos destinados al mantenimiento del cuerpo, al inmovilismo, al aislamiento, a la ausencia de proyección hacia el pasado o hacia el futuro (p. 54), y lograr pasar de lo que ella denomina “el retiro como muerte social” al retiro solidario.

Ahora bien, cabe preguntar: ¿qué tanto es el empoderamiento de este proceso, por parte de los poderes públicos?, ¿es un tema de política pública?, ¿qué tanto los mecanismos estatales están materializando una política preventiva contra la segregación, la discriminación y la invisibilidad?

Aun cuando en expresión de los investigadores Lorenzi *et al.* (2019), “¡Una sociedad del envejecimiento no ha existido jamás”, se evidencian varios componentes que nos colocan en la ruta de cambios cada vez más profundos en el transcurso del siglo XXI, hacia unas sociedades que requieren para su convivencia de un “nuevo enfoque”. Hay varios motores que impulsan este proceso y lo acentúan.

Todo ello tiene como telón de fondo unas sociedades que desean ¡envejecer bien!, en el ejercicio de sus derechos humanos.

¿Qué acercamientos hay para visibilizar lo que se denomina “una sociedad del envejecimiento”? En los términos de Lorenzi *et al.* se puede expresar:

Una sociedad en la cual se realiza la armonía entre las generaciones, donde la vida para los senior son juzgadas satisfactorias, donde se generalice una actividad socializadora para cada uno y para cada una, apremiante y altruista, donde es reconocido como primer valor la inquietud por sí misma, es decir, la permanente adquisición de conocimientos, el desarrollo de las actividades reflexivas psíquicas, intelectuales y espirituales y, se dé una prioridad a la investigación de la longevidad con buena salud. (2019, p. 13)<sup>7</sup>

Además, subrayan los investigadores, este enfoque surge de múltiples trabajos de la economía del bienestar y de las enseñanzas de la filosofía clásica del cuidado de sí mismo.

## Derecho fundamental al envejecimiento digno

El proceso vital de envejecimiento es una realidad cada vez más visible y latente en la agenda de discusión pública. No solo las tendencias demográficas proyectan un panorama poblacional cambiante, sino las dinámicas mismas del

---

7 Traducción libre realizada por el autor.

mercado y de la cultura ponen de presente la injerencia de la categoría *senior* (o mayores de sesenta años) en la actualidad.

Lo anterior no determina por sí mismo la génesis de un nuevo derecho fundamental, sino que posiciona la discusión en otro nivel de análisis que resalta el desarrollo progresivo de un derecho antes reducido a la esfera privada y familiar, en la que las connotaciones y los estereotipos negativos impedían asociar esta fase de vida al ejercicio de una ciudadanía distinta, con otro nivel de derechos y, por ende, de protección.

Las circunstancias particulares que aquejan a las personas de alta edad son objeto de discusión milenios atrás, pero el panorama jurídico apenas está descubriendo y proclamando su relevancia para el derecho nacional e internacional. De esa manera, ante la inclusión cada vez más preponderante de los debates sugeridos en este trabajo, es permitido concluir, en principio, que el envejecimiento digno satisface los requisitos para obtener el estatus de *derecho fundamental*, esto es, que se desprende de una relación inescindible con el valor y el principio de la dignidad humana.

Sobre dicha teoría, la Corte Constitucional, en la Sentencia T-095 de 2016 aborda el carácter fundamental de los derechos a partir de varias premisas, las cuales se ponen de presente a continuación para justificar la necesidad de conceder dicho escalafón al *envejecimiento digno*.

i. Si bien no existe una consagración positiva de este derecho que exija su aplicación inmediata en virtud del artículo 85 superior, la cláusula de libertad e igualdad (art. 13), libre desarrollo sin limitaciones (art. 16), libertad de escogencia de profesión u oficio (art. 26) y libertad de enseñanza (art. 27) atañen directamente a la inclusión de las personas de alta edad, quienes se encuentran cobijados por la protección constitucional. No obstante, a nivel internacional existen disposiciones expresas sobre el reconocimiento y la obligación de garantía que recae en los Estados por su cumplimiento. Sin embargo, esta teoría ha sido abandonada para dar paso a una comprensión más integral y extensa de los derechos y de sus mecanismos de exigibilidad.

ii. La relación de la dignidad humana como valor y como principio con el envejecimiento implica la aplicación de los principios de igualdad, libertad y autonomía, los cuales son indispensables para materializar los demás derechos puntuales que atañen a las personas de alta edad, en virtud de sus contextos y problemáticas asociadas. En ese sentido, condensando los debates abordados, es latente la necesidad de abordar la vejez con dignidad, no como mera aspiración constitucional (art. 46), sino con el mandato que exige cumplir uno de los fines del Estado.

iii. En la Sentencia T-227 de 2003, la Corte estableció que los derechos fundamentales devienen de su relación con la dignidad humana, por lo que debe evaluarse el consenso —dogmático, legislativo, constitucional o de derecho

internacional de los derechos humanos—y valorarlo en concreto. De esa manera, tal y como se viene reiterando, el creciente interés por el derecho a envejecer dignamente halla un respaldo nacional e internacional en la promulgación progresiva de instrumentos destinados exclusivamente a la protección de los derechos de las personas de alta edad. Al respecto, cabe resaltar que el abordaje específico de dichos contenidos obedece a las condiciones de vida puntuales de las personas mayores.

iv. Por último, salta a la vista la traducción del derecho a envejecer en derechos subjetivos. El análisis concreto permite evidenciar la vulneración del derecho al identificar un titular, un destinatario y el contenido mismo del derecho vulnerado con el enfoque respectivo. De esa manera, el reconocimiento de las particularidades que aquejan a las personas de alta edad y los determinantes mismos del envejecimiento son clave para identificar la vulneración especial a la que se ven enfrentadas.

Así las cosas, en virtud de la autonomía del derecho a envejecer dignamente, el cual tiene arraigo constitucional y se fundamenta en la Carta Política y el bloque de constitucionalidad, al tratarse de un derecho que aborda distintas dimensiones de un mismo fenómeno biológico requiere de regulación especial, armónica e integral con las disposiciones normativas promulgadas hasta la fecha. Para ello, existe la figura de la ley estatutaria en Colombia.

### Determinantes sociales del envejecimiento

En el estudio denominado “Calidad de Vida en la Vejez: Propuesta Metodológica y Teórica para sus Caracterización”, realizado por Sura y la Universidad de Antioquia, se enfatiza en el *índice global de envejecimiento*, el cual determina la calidad de vida de las personas de alta edad para concluir que Colombia se encuentra en deuda frente al manejo de los indicadores de calidad de vida distribuidos en ingresos, estado de salud, empleo y educación, y sociedad y entorno (Zuluaga *et al.*, 2019, p. 45). Por tal razón, aduce que la adaptabilidad a los cambios físicos, emocionales y sociales comprometen la percepción en la calidad de vida de las personas de alta edad. Lo propio ocurre con el padecimiento de discapacidad, los vínculos sociales y familiares, así como con el general acceso a los derechos.

Esta situación parece agravarse con el manejo asistencial de la protección social, pues lejos de acatar el mandato constitucional y otorgar un tratamiento propio de un derecho fundamental a envejecer, el Estado colombiano ha creado una dicotomía sobre el particular, sugiriendo el estatus jurídico de fundamental al envejecimiento con salud y dignidad, pero proponiendo respuestas desde lo asistencial, sin intervenir los estructurantes de la discriminación y la falta de garantías para el pleno ejercicio de los derechos.

Bajo esa lógica, los autores acuden a los *determinantes del envejecimiento activo* propuestos por la OMS para “generar indicadores teóricos de medición de la calidad de vida de la población mayor” (Zuluaga *et al.*, 2019, p. 76). Así, la consolidación de estas variables sirve de fundamento mismo para la promulgación de la Ley estatutaria, pues de allí se deriva parte del desarrollo del articulado constitucional que procura la protección integral de la vejez.

A propósito, la OMS propone, en primer lugar, *determinantes del espacio físico* que procuran la descripción de *ciudades amigables* con las personas de alta edad, con accesibilidad, adecuación y sostenibilidad del espacio que se habita tanto a nivel ecológico (que abarca acceso al aire, al alimento y al agua potable) como a nivel urbanístico (en referencia a la eliminación de barreras físicas) (Zuluaga *et al.*, 2019, p. 81). En ese orden de ideas, la vivienda segura, con funciones de protección ambiental, salubridad, independencia habitacional, estabilidad residencial e inserción fungen como garantía del acceso al derecho a habitar, siempre que se contemple su estructura familiar, sus necesidades y sus percepciones (Zuluaga *et al.*, 2019, p. 84), así como su acceso efectivo al espacio urbano.

En segundo lugar, los *determinantes del entorno social* aluden principalmente al soporte social, oportunidades de educación y aprendizaje, y protección frente al abuso y la violencia (Zuluaga *et al.*, 2019, p. 92), lo cual se debe analizar a la luz de variables transversales como el género, la cultura y su transformación, la participación y la imagen social de la vejez. De esa manera, el análisis de indicadores objetivos y subjetivos son relevantes para entender y visibilizar la posición social de las personas de alta edad de cara a priorizar sus necesidades en la agenda pública.

En tercer lugar, los *determinantes económicos* pugnan por la seguridad económica, la cual ya se ha analizado en el texto arrojando una conclusión preocupante respecto a las brechas de pobreza, de informalidad y de acceso a una prestación pensional. Sobre este punto se hace un llamado de atención a procurar la independencia y la autonomía económica de las personas de alta edad, quienes no pueden quedar marginados de los esquemas de protección públicos.

En cuarto lugar, los *determinantes de servicios* concentran su atención en prevención, promoción y atención en salud a propósito del cambio demográfico y de los perfiles epidemiológicos que se consolidan en las personas de alta edad. Al respecto, el aseguramiento en salud, así como el acceso al cuidado y la recreación, se convierten en ejes para el envejecimiento activo tanto en las actividades básicas como instrumentales de la vida diaria (Zuluaga *et al.*, 2019, p. 132) que deben mediar entre el autocuidado y la asistencia de cuidadores.

En quinto lugar, los *determinantes personales* se enmarcan en la dimensión biológica, genética y psicológica de las personas de alta edad. De esa forma, variables como la cognición, la emoción, la sexualidad, la autonomía, la intimidad, el apoyo social, la funcionalidad, la resiliencia, etc., son indispensables en la

percepción de sí mismos, de sus vidas y del cumplimiento de sus objetivos y su significado personal.

Por último, *los determinantes conductuales* ponen de presente la urgencia de evaluar los hábitos y los estilos de vida en el envejecimiento para mitigar los riesgos asociados a la vejez, especialmente en materia de salud. De esa manera, la atención terapéutica, el bienestar psicológico propio de una actitud resiliente y de buenos hábitos de vida tienen una influencia directa en el envejecimiento con dignidad y salud, propio de lo que se espera de un derecho fundamental.

Así, una vez analizados los determinantes del envejecimiento, la articulación con los principios orientadores de la norma es fundamental para la arquitectura legislativa. No es suficiente enumerar las variables precitadas si no representan la aplicación de los principios del derecho y, con ello, de la materialización del núcleo del derecho fundamental a envejecer.

### Economía plateada

En el contexto de la transición demográfica, el mercado no ha sido ajeno a las nuevas demandas de una población que envejece, por lo que ha diseñado la *silver economy* (o economía plateada) como respuesta a las necesidades de las personas de alta edad en distintas materias que abarcan desde el aseguramiento y el bienestar, hasta la cultura, el sector financiero y la accesibilidad en vivienda, transporte y otros servicios.

Esta iniciativa, además, procura incrementar la contribución económica de las personas de alta edad (Sánchez *et al.*, 2020) a través de la generación de nuevas oportunidades de empleo, emprendimiento e innovación en la atención de mercados históricamente desatendidos e insostenibles. Así, a la luz del creciente nivel de consumo de las personas mayores de sesenta años a nivel global, y en particular en América Latina, el Banco Interamericano de Desarrollo [BID] ha señalado la posibilidad de fomentar el impulso de esta economía que ya demuestra impactos positivos en países como Japón (Sánchez *et al.*, 2020, p. 6).

En consonancia, en algunos países, altos porcentajes de la riqueza, de la renta media y del gasto se han concentrado en manos de personas de alta edad, como es el caso de la Unión Europea y de Estados Unidos, lo cual augura que la economía plateada, lejos de ser una mera oportunidad, constituye un escenario de potencial crecimiento económico a nivel global (Medina *et al.*, 2022) que abarca elementos diversos del mercado, pero con especial predilección por el sector privado y la prestación de servicios de salud, atención a la dependencia y cuidados (Stampini *et al.*, 2021).

Así las cosas, si bien las iniciativas en el marco de la economía plateada procuran la diversificación del mercado a través de la creación de oferta de bienes y servicios para poblaciones de alta edad, es claro que las apuestas deben procurar la coordinación con el sector público para su financiamiento, regulación y, especialmente, garantía de inclusión de las personas más vulnerables (Sánchez *et al.*, 2020, p. 19).

No se debe perder de vista que la cobertura de protección social para las personas de alta edad no es total, y como se ha dilucidado en el texto, la discriminación y las brechas existentes no propician un escenario apto para el acceso general a la dinámica de la economía plateada. Al respecto basta acudir a las cifras de pobreza multidimensional acuñadas por el Dane, las cuales señalan que el 18 % de los mayores de sesenta años está en esa situación, agravada al 38.1 % en el sector rural (2021, p. 46).

En la misma dirección apunta la pobreza monetaria y la percepción de esta por parte de los hogares conformados por al menos una persona de alta edad, la cual alcanza indicadores de 28.4 % y 39 %, respectivamente (Dane, 2021, pp. 45 y 47).

En ese sentido, Fericgla (1992), en su libro *Envejecer*, analizando la representación de las personas de alta edad en las sociedades industriales, reconoce que en la economía de mercado es definitiva la posibilidad de intercambio comercial; así, las personas de alta edad que no cuentan con ingresos o bienes que les permitan participar del mercado, como la economía plateada, “son aisladas de la cadena de producción, se convierten en carga para las familias cada vez más desarticuladas y en objeto de maltrato y abandono” (Roa *et al.*, 2021, p. 66).

Bajo esta premisa, el desafío es inminente atendiendo a la clasificación de personas de alta edad en *activas, dependientes y frágiles*, pues de esa manera se diferencian los nichos de mercado y las diferentes necesidades a satisfacer. Para ello, la coordinación entre la administración pública y el sector empresarial es clave (Ortega, 2022, pp. 25-26), pues de lo contrario la exclusividad en la atención de la demanda de personas de alta edad con altos patrones de gasto genera un nuevo escenario de discriminación que desatiende el objetivo mismo de la economía plateada.

A eso se refería John Keynes (1926, p. 11) al indicar: “Lo importante para el Gobierno es no hacer cosas que los individuos ya están haciendo [...], sino hacer esas cosas que en el momento actual nadie hace”, pues de ello depende que los derechos sean satisfechos. Allí reside el debate central sobre la economía plateada, pues no es preguntarse ni buscar opciones solo para el consumidor senior que representa el poder adquisitivo y la acumulación de la riqueza de las naciones. Se trata de procurar la participación estatal para atender a aquellos excluidos del privilegiado sector que goza de una vejez con ingresos.

Así concluye el profesor Restrepo en el artículo anexo a esta investigación al resaltar la importancia en la gestión de programas orientados a la productividad, el crecimiento, la generación de empleo y la satisfacción de la demanda de bienes y servicios para la población de alta edad, pues la creciente y sostenida injerencia de dicha población en el panorama demográfico y económico de los países es una realidad ineludible de cara al planteamiento de los desafíos económicos futuros, especialmente en materias como la salud.

### **Ley estatutaria del derecho fundamental al envejecimiento digno**

Bajo el panorama expuesto con anterioridad, y atendiendo a los escenarios analizados en materia demográfica, social, económica, laboral y de protección integral por parte del Estado, urge la adopción de medidas tendientes no solo a atender necesidades particulares a través de un enfoque asistencial, sino a la consagración de un instrumento guía que ponga los lineamientos de una apuesta por garantizar el *derecho fundamental al envejecimiento digno*, que no es más que el desenlace del progresivo y pacífico reconocimiento de los derechos de los adultos mayores.

Por tal razón, la consagración de un derecho fundamental, a la luz del ordenamiento jurídico, requiere de su reconocimiento y su regulación, no como cualquier materia objeto de estudio jurídico, sino a través del arraigo constitucional del derecho mismo y de su consecuente desarrollo a través de la figura de *ley estatutaria*.

Tal ha sido el caso del derecho a la salud, que requirió de un amplio desarrollo jurisprudencial de la Corte Constitucional y de la orden expresa por otorgarle el reconocimiento de fundamental. De esa manera, luego de proferir la Sentencia T-760 de 2008, la orden de hacer seguimiento para solucionar los problemas estructurales que se venían evidenciando en su garantía, decantaron en la creación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Lo anterior ha permitido, en virtud de la jerarquía que ostenta la ley, fijar unos criterios base para la creación y el funcionamiento del sistema de salud, pues su rango la hace parte del bloque de constitucionalidad, por lo que es de obligatoria aplicación y a ella se debe fijar el resto del ordenamiento que rige el sistema normativo en la materia.

Este ejemplo denota la importancia de fijar los criterios del derecho fundamental para su materialización. Por tal razón, la Ley Estatutaria del Derecho al Envejecimiento obra como una propuesta por consolidar los estándares internacionales sobre el particular, así como para unificar los criterios jurisprudenciales con la legislación y las políticas públicas que se vienen gestionando desde el desarrollo del derecho a envejecer con salud.

Al respecto, es imperante acotar que, al margen del procedimiento establecido para la promulgación de una ley estatutaria, la Corte Constitucional, en la Sentencia C-044 de 2015 desarrolla el debate respecto a los elementos constitutivos y las reglas de interpretación que permiten conocer la regulación de derechos objeto de ley estatutaria a considerar:

- i) La reserva de ley estatutaria en materia de derechos fundamentales es excepcional, en tanto que la regla general se mantiene a favor del legislador ordinario.
- ii) La regulación estatutaria u ordinaria no se define por la denominación adoptada por el legislador, sino por su contenido material. [...] En consecuencia, el trámite legislativo ordinario o estatutario será definido por el contenido del asunto a regular y no por el nombre que el legislador designe.
- iii) Mediante ley estatutaria se regula únicamente el núcleo esencial del derecho fundamental, de tal forma que, si un derecho tiene mayor margen de configuración legal, será menor la reglamentación por ley estatutaria.
- iv) Las regulaciones integrales de los derechos fundamentales deben realizarse mediante ley cualificada.
- v) Los elementos estructurales esenciales del derecho fundamental deben regularse mediante ley estatutaria. De esta forma, es claro que la regulación puntual y detallada del derecho corresponde al legislador ordinario.

De conformidad con el pronunciamiento de control de constitucionalidad, es claro que el “envejecimiento” ha sido objeto de regulación por el legislador ordinario, pero, parcialmente, la inclusión de principios orientadores y regulaciones del núcleo de derechos como la salud han protegido el derecho a envejecer. Así lo denota el artículo 11 de la Ley Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud, al señalar la especial protección que cubre a los adultos mayores, así como la consagración de los principios de accesibilidad, adaptabilidad, equidad y solidaridad intergeneracional.

Sin embargo, es mandatorio resaltar la confluencia de varios instrumentos normativos nacionales e internacionales promulgados en años recientes, los cuales propician un escenario idóneo para unificar criterios y adoptar la legislación estatutaria sugerida. Por una parte, la declaratoria de la *Década de Envejecimiento Saludable 2021-2030* de las Naciones Unidas, la cual se deriva de los mismos objetivos de desarrollo sostenibles, la Agenda para su cumplimiento en 2030 y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

Por otro lado, la adopción de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez mediante el Decreto 681 de 2022, así como los esfuerzos por erigir el Ministerio de la Igualdad y Equidad y por promulgar la Ley 2381 de 2024, por la cual se reforma el Sistema de Protección Social Integral para la Vejez, Invalidez y la Muerte de Origen Común, constituyen esfuerzos significativos en

la protección integral de la vejez. No obstante, la difusión de dichas normativas sin un criterio orientador puede perpetuar la brecha existente en la protección misma de las personas de alta edad y de sus derechos.

En esa medida, la regulación cualificada exigida en materia estatutaria permite abrir la oportunidad de analizar y configurar el contenido del derecho fundamental a envejecer que, si bien no cuenta con una consagración positiva por parte del legislador o la jurisprudencia, sí se deriva del contexto demográfico y socio-jurídico que se viene desarrollando en el presente trabajo.

Para tales fines, exige el precedente constitucional C-791 de 2011 que se debe determinar la reserva estatutaria en la ley cuando acredita tres criterios:

(i) cuando la ley actualiza o configura el contenido de los elementos estructurales de un derecho fundamental debe ser expedida mediante el procedimiento legislativo más exigente, (ii) igual exigencia se predica cuando se regula o precisa los aspectos inherentes a su ejercicio y los elementos que hacen parte de su ámbito constitucionalmente protegido y (iii) por el contrario, cuando la ley tenga como cometido armonizar o ponderar derechos, que sin duda es su función más común, deberá ser tramitada por procedimientos ordinarios.

Finalmente, debe la Sala precisar que cuando el legislador regula de manera integral, estructural y completa un derecho fundamental, requiriendo para una ello el trámite consagrado en el artículo 153 Constitucional<sup>8</sup>, la pretensión de integralidad y exhaustividad debe referirse a los elementos estructurales del derecho, es decir, en concordancia con lo expresado previamente, (i) a las prerrogativas que se derivan del derecho y que se convierten en obligaciones para los sujetos pasivos, (ii) a los principios que guían su ejercicio –cuando haya lugar, y (iii) a las excepciones a su régimen de protección y otras limitaciones de orden general.

Ante tal cometido, la Ley Estatutaria de Salud sirve de referente en lo que concierne a los principios, las obligaciones, los derechos y deberes de los actores, y los señalamientos de políticas complementarias al desarrollo del derecho a envejecer dignamente. De esa manera, las disposiciones adoptadas en el marco jurídico encuentran lugar en la proyección de una ley estatutaria que regula, integra y delinea los estándares de protección.

---

8 Veáse: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?dt=S&i=4125#153>

Por lo expuesto, en el contexto actual de la década mundial del envejecimiento, y en el que se implementa la reforma pensional en Colombia, la promulgación de la Ley Estatutaria de Envejecimiento Digno refuerza el compromiso internacional adquirido en cumplimiento de los instrumentos jurídicos internacionales y el déficit normativo ante la omisión de regular un fenómeno de especial relevancia global.

En ese sentido, producto del desarrollo legal y la jurisprudencial del derecho al envejecimiento digno y el derecho a la salud y al trabajo, en especial en lo que refiere a las personas de alta edad y su estatus de sujetos de especial protección, es imperante que entre los principios mínimos que rijan la promulgación de la ley estatutaria se encuentren los que se enlistan a continuación.

- *Igualdad*. El principio de igualdad y no discriminación funge como un mandato estructural constitucional que se predica de variables como la edad, el sexo, el género y la raza; todas ellas categorías aplicables para el análisis de un envejecimiento digno.
- *Pro homine*. La interpretación de las disposiciones debe ser más favorable a las personas de alta edad.
- *Equidad*. En virtud de las brechas existentes en materia de ingresos y género, este principio debe irradiar la construcción de cualquier actuación tendiente a garantizar el derecho a envejecer dignamente.
- *Solidaridad*. En su materialización, es indispensable el apoyo intergeneracional y la actuación coordinada del sector público, el privado y la familia, por tratarse de postulados derivados del desarrollo jurisprudencial y de política pública.
- *Progresividad*. La actividad prestacional por parte del Estado es necesaria para crear las condiciones materiales, económicas e institucionales propicias para el ejercicio pleno del derecho a envejecer dignamente con cobertura y eficacia de las prestaciones.

De manera consonante, la adopción de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez y de otras políticas sin desarrollo, como es el caso de la Economía Plateada, la Política Nacional de Cuidados y otras enfocadas en la garantía de los derechos a recreación, capacitación, cultura, etc., de las personas de alta edad, deben estar integradas como parte de un proyecto estatutario a la altura de la demanda global.

En conclusión, avanzar en la regulación del derecho fundamental al envejecimiento digno debe ser una política de Estado, concretizada en una ley estatutaria que lo regule y permita su reconocimiento autónomo, desde los determinantes que lo impactan, para que su aplicación en la realidad sea efectiva.

## Conclusiones

1. La discusión por el aseguramiento del riesgo ha tenido una evolución en la construcción del Estado constitucional moderno. La obligación pública de velar por la protección de los ciudadanos, lejos de quedarse relegada al ámbito privado e individual, dio pie a la constitución de los sistemas de seguridad y protección social, los cuales se ampararon en cotizaciones de la sociedad asalariada para el sostenimiento mismo del sistema. Sin embargo, el contexto de envejecimiento global dio cuenta de la necesidad de reformular el acceso al derecho a la protección social, pues el funcionamiento del sistema no puede limitarse a la cobertura parcial y sectorizada de las personas de alta edad.
2. El derecho internacional ha sido clave en la construcción de lineamientos para el desarrollo del derecho a envejecer con dignidad. Por una parte, los organismos internacionales han proferido instrumentos de protección progresiva de los derechos de las personas de alta edad, identificando los determinantes clave para un envejecimiento saludable y acorde a los estándares mismos de los derechos humanos. Así mismo, la adopción interna de los países de cada una de estas disposiciones ha forjado un panorama creciente de legislación en la materia, priorizando así el debate sobre la atención del envejecimiento dentro del marco jurídico de las naciones.
3. De manera consonante, en el caso colombiano, la legislación y, especialmente, la jurisprudencia constitucional, ha desarrollado pacíficamente el alcance de los derechos de las personas de alta edad, otorgando a este grupo poblacional el estándar de sujetos de especial protección constitucional. Así mismo, la construcción particular de estándares de garantía para cada uno de los derechos analizados evidencia la complejidad de efectuar un análisis detallado de las necesidades particulares, pues es en este escenario que se promueve la discusión por la protección de los derechos subjetivos y, por ende, de la necesidad de constituir precedentes.
4. El panorama laboral, pensional y de protección social de las personas de alta edad en Colombia alerta de la insuficiencia de las medidas adoptadas por el Estado colombiano de cara al contexto de transición demográfica. No obstante, la apuesta reciente detrás de las reformas legales y la priorización enmarcada en la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez son clave y abordan muchas de las discusiones detrás de una posible construcción de la Ley Estatutaria de Envejecimiento Digno.

Si bien no se pretende agotar las respuestas en la expedición formal de instrumentos normativos, sí constituye un compromiso estatal contar con este tipo de herramientas para la transformación de la realidad y la garantía misma de los derechos de las personas de alta edad.

## Bibliografía

- Aguirre, R. y Scavino, S. (2016). Cuidar en la vejez: desigualdades de género en Uruguay. *Papeles del Ceic: Contar la investigación de frontera*, 1. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=6032>
- Benamouzig, D. (2004). Bruno Palier, Gouverner la Sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945, Puf, coll. « Le lien social », Paris, 2002. *Sociologie du travail*, 46(1). <https://doi.org/10.4000/sdt.28217>
- Camps, V. (2019). *El siglo de las mujeres*. Ediciones Cátedra.
- Castel, R. (2015). *La inseguridad social: ¿qué es estar protegido?* Ediciones Manantial.
- Castel, R. (2007). *El ascenso de las incertidumbres*. Editorial Seuil.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [Dane]. (2021). Adulto mayor en Colombia. Características generales. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/presentacion-caracteristicas-generales-adulto-mayor-en-colombia.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [Dane.] (2021a). Personas mayores en Colombia, hacia la inclusión y la participación. En *XV Congreso Internacional de Envejecimiento y Vejez: "Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030"*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/nov-2021-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia-presentacion.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [Dane] y Organización de las Naciones Unidas [ONU] Mujeres. (2020). *Cuidado no remunerado en Colombia: brechas de género*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/publicaciones/Boletin-estadistico-ONU-cuidado-noremunerado-mujeres-DANE-mayo-2020.pdf>
- Dulcey, E. (2015). *Envejecimiento y vejez: categorías y conceptos*. Siglo del Hombre Editores.
- Ewald, F. (1985). *Letat providence*. Grasset.
- Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2023). *Misión Colombia Envejece: una investigación viva*. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. <https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2023/11/MCE-00-1-Completo-Octubre12-2023.pdf>

- Fericgla, J. (1992). *Envejecer: una antropología de la ancianidad*. Herder Editorial.
- Guillermard, A. (2002). De la retraite mort sociale á la retraite solidaire. *Gerontologie et société*, 102.
- Stampini, M., Castillo, A., Okumura, M., Jiménez, C., Requejo, J. y Foces, M. (2021). *Economía plateada: mapeo de actores y tendencias en América Latina y El Caribe*. Grupo BID LAB. <https://publications.iadb.org/es/economia-plateada-mapeo-de-actores-y-tendencias-en-america-latina-y-el-caribe>
- Keynes, J. (1926). *The End of Laissez-Fairé*. <https://www.stephenhicks.org/wp-content/uploads/2015/03/Keynes-J-The-End-of-Laissez-Faire.pdf>
- López-Castaño, H. (2018). Transcurso de la vida e inseguridad laboral en Colombia. En *Envejecimiento: del nacer al morir* (87-96). Siglo del Hombre.
- Lorenzi, J., Albouy, F y Villemeur, A. (2019). *L'erreur de Faust: Essai sur la Société du Vieillessement*. Descartes & Cie.
- Medina, A., González, F, Herreo, F y Plana, J. (2022). *Silver economy. Oportunidad de oro para las marcas*. Ediciones Pirámide.
- Mestre, J., Guillén, J. y Caro, F. (2012). Abuelas cuidadoras en el siglo XXI: recurso de conciliación de la vida social y familiar. *Portularia*, 12, 231-238. <https://www.redalyc.org/pdf/1610/161024437025.pdf>
- Ministerio de Salud [Minsalud]. (2021). *Informe Nacional sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid Sobre el Envejecimiento (2002)*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/informe-nal-plan-accion-internacional-madrid-envejecimiento-2022.pdf>
- Ministerio de Salud [Minsalud]. (2022). Decreto 681 de 2022. [https://minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%20No.%20681%20de%202022.pdf](https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20681%20de%202022.pdf)
- Sánchez, M., Stampini, M., Ibararán, P., Vivanco, F, Castillo Martínez, P, Buena-dicha Sánchez, C., Castillo, A. y Okumura, M. (2020). *La economía plateada en América Latina y El Caribe. El envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión*. Grupo BID.
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2019). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_737394.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_737394.pdf)
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2023). *Panorama laboral 2023. América Latina y el Caribe*. [https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/documents/publication/wcms\\_906617.pdf](https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/documents/publication/wcms_906617.pdf)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2025). *Envejecimiento: Población mundial*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing>

- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Naciones Unidas. <https://docs.un.org/es/A/CONF.197/9>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2003). Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Naciones Unidas. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Ortega, A. (2022). *Silver economy: un sector de oportunidades para el sector del seguro y previsión social*. Editorial Aranzadi.
- Palier, B. (2002). *Gouverner la sécurité sociale*. Presses universitaires de France.
- Piccard, M. y Bessons, A. (1938). *Trate general des assurances terrestres en droit Français*. L. G. D. J.
- Rankia Colombia. (2022, enero 12). BEPS Colpensiones 2022: requisitos, características y beneficios. <https://www.rankia.co/blog/pensiones-iss-cesantias/3477458-beps-colpensiones-requisitos-caracteristicas-beneficios>
- Rincón, C. (2019). *Mujeres mayores: cuidado y proyectos de vida*. Universidad Nacional de Colombia. <https://bffrepositorio.unal.edu.co/server/api/core/bitstreams/6aa72254-1d57-4ff1-b21e-0e2aa34ea9a8/content>
- Roa, V., Pinto, B. y Castro, M. (2021). Reconocimiento y autonomía de la persona mayor: dimensiones bioéticas del envejecimiento. En F. González y C. Latorre, *Envejecer en el siglo XXI: visiones multidisciplinarias de la vejez y el envejecimiento*. Universidad del Rosario.
- Say, L. (1900). *Nuevo Diccionario de Economía Política*. Guillaumin.
- Tenjo, J. (2023). *Transición demográfica, el mercado laboral y el futuro pensional de Colombia. Reformas pensionales: superar las brechas del sistema dual*. Editorial Unal.
- Torres, H. (2020). *El principio de igualdad en la configuración de los regímenes pensionales*. Universidad Externado de Colombia.
- Torres, H. (2023). Repensar los sistemas pensionales. En *Reformas pensionales: superar las brechas del sistema dual* (116-152). Universidad Nacional de Colombia.
- Zuluaga, M., Galeano, M. y Saldarriaga, G. (2019). *Calidad de vida en la vejez. Propuesta metodológica y teórica para su caracterización*. Universidad de Antioquia.

## Leyes y Sentencias

- Corte Constitucional de Colombia, Sala Segunda de Revisión. (1992, junio 24). Sentencia T-426/92. [M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Plena. (1997, diciembre 3). Sentencia C-657/97. [M. P. José Gregorio Hernández].

- Corte Constitucional de Colombia, Sala Segunda de Revisión. (1999, febrero 18). Sentencia T-096/99. [M. P. Alfredo Beltrán Sierra].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Séptima de Revisión. (1999, octubre 21). Sentencia T-827/99. [M. P. Alejandro Martínez Caballero].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Plena. (2000, abril 27). Sentencia C-371/00. [M. P. Carlos Gaviria Díaz].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Sexta de Revisión. (2001, octubre 11). Sentencia T-1081/01. [M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Plena. (2003, marzo 4). Sentencia C-184/03. [M. P. Manuel Cepeda Espinosa].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Tercera de Revisión. (2003, septiembre 4). Sentencia T-772/03. [M. P. Manuel Cepeda Espinosa].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Novena de Revisión. (2004, abril 15). Sentencia T-335/04. [M. P. Clara Vargas Hernández].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Octava de Revisión. (2008, julio 1). Sentencia T-655/08. [M. P. Humberto Sierra Porto].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Segunda de Revisión. (2008, julio 31). Sentencia T-760/08. [M. P. Manuel Cepeda Espinosa].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Octava de Revisión. (2009, octubre 2). Sentencia T-698/09. [M. P. Humberto Sierra Porto].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Plena. (2011, marzo 29). Sentencia C-221/11. [M. P. Luis Vargas Silva].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Quinta de Revisión. (2012, julio 5). Sentencia T-505/12. [M. P. Jorge Iván Palacio].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Octava de Revisión. (2012, julio 19). Sentencia T-577/12. [M. P. Humberto Sierra Porto].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Séptima de Revisión. (2014, septiembre 16). Sentencia T-716/14. [M. P. Jorge Pretelt Chaljub].
- Corte Constitucional de Colombia. (2014, noviembre 24). Sala Séptima de Revisión. Sentencia T-894/14. [M. P. Jorge Pretelt Chaljub].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Octava de Revisión. (2015, abril 30). Sentencia T-239/15. [M. P. Martha SÁCHICA Méndez].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Tercera de Revisión. (2017, enero 26). Sentencia T-036/2017. [M. P. Alejandro Linares Castillo].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Sexta de Revisión. (2017, abril 26). Sentencia T-252/17. [M. P. Iván Escrucería Mayolo].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Séptima de Revisión. (2014, septiembre 11). Sentencia T-685/14. (M. P. Jorge Pretelt Chaljub).
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Plena. (2014, marzo 26). Sentencia C-177/16. [M. P. Nilson Pinilla Pinilla].

- Corte Constitucional de Colombia, Sala Segunda de Revisión. (2016, abril 11). Sentencia T-169/16. [M. P. Guillermo Guerrero Pérez].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Plena. (2016, agosto 24). Sentencia C-451/16. [M. P. Luis Vargas Silva].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Quinta de Revisión. (2016, agosto 29). Sentencia T-462/16. [M. P. Gloria Ortiz Delgado].
- Corte Constitucional de Colombia. (2017, abril 19). Sala Plena. Sentencia C-220/17. [M. P. José Cepeda Amarís].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Quinta de Revisión. (2017, mayo 19). Sentencia T-339/17. [M. P. Gloria Ortiz Delgado].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Plena. (2018, noviembre 15). Sentencia SU-124/18. [M. P. Gloria Ortiz Delgado].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Plena. (2019, marzo 28). Sentencia SU-140/19. [M. P. Cristina Pardo Schlesinger].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Séptima de Revisión. (2019, mayo 13). Sentencia T-193/19. [M. P. Cristina Pardo Schlesinger].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Segunda de Revisión. (2021, enero 20). Sentencia T-015/21. [M. P. Diana Fajardo Rivera].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Sexta de Revisión. (2020, enero 22). Sentencia T-013/20. [M. P. Gloria Ortiz Delgado].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Séptima de Revisión. (2020, febrero 18). Sentencia T-066/20. [M. P. Cristina Pardo Schlesinger].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Séptima de Revisión. (2020, febrero 18). Sentencia T-320/20. [M. P. Cristina Pardo Schlesinger].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Plena. (2021, noviembre 18). Sentencia C-395/21. [M. P. Enrique Ibáñez Najar].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Novena de Revisión. (2021, diciembre 16). Sentencia T-462/21. [M. P. Alberto Rojas Ríos].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Plena. (2022, marzo 24). Sentencia SU-109/22. [M. P. Paola Meneses Mosquera].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Primera de Revisión. (2023, julio 4). Sentencia T-237/23. [M. P. Diana Fajardo Rivera].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Séptima de Revisión. (2023, diciembre 18). Sentencia T-570/23. [M. P. Paola Meneses Mosquera].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Primera de Revisión. (2024, marzo 12). Sentencia T-077/24. [M. P. Natalia Ángel Cabo].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Séptima de Revisión. (2024, mayo 12). Sentencia T-182/24. [M. P. Paola Meneses Mosquera].
- Congreso de la República de Colombia. (1993, diciembre 23). Ley 100 de 1993: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. D. O. n.º 41148.

- Congreso de la República de Colombia. (2007, diciembre 7). Ley 1171 de 2007: por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores. D. O. n.º 46835.
- Congreso de la República de Colombia. (2008, noviembre 27). Ley 1251 de 2008: por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. D. O. n.º 47186.
- Congreso de la República de Colombia. (2009, enero 55). Ley 1276 de 2009: a través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida. D. O. n.º 47223.
- Congreso de la República de Colombia. (2009, julio 13). Ley 1315 de 2009: por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención. D. O. n.º 47409.
- Congreso de la República de Colombia. (2013, enero 21). Ley 1616 de 2013: por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. D. O. n.º 48680.
- Congreso de la República de Colombia. (2015, febrero 16). Ley 1751 de 2015: por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. D. O. n.º 49427.
- Congreso de la República de Colombia. (2017, julio 19). Ley 1850 de 2017: por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones. D. O. n.º 50299.
- Congreso de la República de Colombia. (2020, septiembre 10). Ley 2055 de 2020: por medio de la cual se aprueba la «Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores», adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015.
- Congreso de la República de Colombia. (2024, julio 16). Ley 2381 de 2024: por medio de la cual se establece el sistema de protección social integral para la vejez, invalidez y muerte de origen común, y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 681 de 2022. (2022, mayo 22). Por medio del cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031.



## Estudio especial

# Economía y salud en las edades mayores

**Jairo Humberto Restrepo-Zea<sup>9</sup>**

Ser longevo significa vivir muchos años.  
La longevidad es, al mismo tiempo, un deseo y un temor:  
el deseo es inherente al hombre, sobre todo si se refiere a una añorada  
inmortalidad [...] el temor por su parte tiene que ver  
con el modo en que se envejece.

HUMBERTO VERONESI, *Longevidad*

---

<sup>9</sup> Profesor titular y coordinador del Grupo de Economía de la Salud [GES], Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia. Una versión preliminar de este texto fue presentada en el Segundo Encuentro del Taller Economía de la Salud, organizado por el Centro de Pensamiento en Derecho a la Salud de la Universidad Nacional de Colombia. El autor agradece el apoyo de Stefany López Vera, estudiante del programa de Economía de la Universidad de Antioquia, en la búsqueda y organización de material para elaborar la versión final del capítulo.

## Introducción

**E**l mundo está experimentando una transformación demográfica sin precedentes que plantea retos y oportunidades económicas, políticas y sociales cada vez más desafiantes. La pirámide poblacional se invierte gradualmente como consecuencia de la reducción en las tasas de natalidad y mortalidad, así como del aumento en la esperanza de vida, con matices o ritmos que varían según la senda de desarrollo que siguen los diferentes países. Estos factores contribuyen a un crecimiento sostenido en la proporción de personas mayores de 65 años, en relación con otros grupos de edad, al tiempo que provocan una disminución en el número de niños y jóvenes, lo que da lugar a reconocer el fenómeno del envejecimiento como una de las características del mundo actual y uno de los principales desafíos de las políticas públicas y del gasto en salud y protección social.

El envejecimiento poblacional puede medirse de varias maneras. Una primera se refiere a la proporción de las personas mayores de 65 años entre la población total. Sobre el particular, a partir de 1950 se aprecia a nivel mundial un incremento constante, desde 5.1 % en ese año hasta 9.6 % en el 2021, y, según proyecciones de la Organización de las Naciones Unidas [ONU], esta tendencia continuará en las próximas décadas, con una cifra estimada de 16.5 %

en el 2050 y 24 % en el 2100. La segunda medida, conocida como índice de envejecimiento, se obtiene como una razón entre el número de personas mayores de 65 años y las menores de quince, indicando cuántas personas mayores hay por cada cien niños o jóvenes menores de quince años. Este índice pasó en el mundo de 14.8 en 1950 a 37.8 en el 2021, con una proyección de 145.8 para el 2100, guardando correspondencia con la menor participación del grupo de menores de quince años entre la población total, la cual pasó de 34.7 % en 1950 a 25.5 % en el 2021 (ONU, 2022).

En Colombia se cuenta con estudios y diagnósticos que caracterizan muy bien la dinámica demográfica y plantean recomendaciones a futuro para el país, destacándose los resultados que ofrece la Misión Colombia Envejece (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015). En el caso colombiano, la transición demográfica ha estado determinada por la disminución de la mortalidad desde la década de 1930 y un descenso de la fecundidad a partir de 1960, presentando una importante incidencia en el envejecimiento de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Este proceso se evidencia en el aumento de la proporción de personas mayores de 65 años, desde 3.2 % en 1950 a 8.7 % en el 2021, y se estima que llegue a 20.9 % en el 2050 y a 34.5 % en el 2100 (ONU, 2022). También se observa un incremento sostenido del índice de envejecimiento, desde 7.3 en 1950 a 40.4 en el 2021, con estimaciones de 137.7 en el 2050 y 274.3 en el 2100. Como puede verse, en comparación con las cifras globales, Colombia presenta un envejecimiento más acelerado, lo cual resulta propio de los países más desarrollados o con ingreso per cápita más alto.

Ahora bien, las sociedades más longevas parecen ser una de las expresiones de un mayor desarrollo, pero ello también implica una gran transformación económica, social y política, con desafíos más allá de la sostenibilidad de las pensiones, lo cual suele verse como el principal aspecto asociado al envejecimiento. En particular, el cambio demográfico ha generado cambios en la noción de la familia y su composición. En el pasado, durante la segunda mitad del siglo xx, eran muy comunes las familias numerosas en Colombia, caracterizadas por tener varios hijos que fueron el resultado de una explosión demográfica conocida como *baby boomers*. En el presente, la composición de la familia es muy diferente, siendo uno de los cambios más relevantes la disminución en el tamaño promedio y la fuerte reducción en el número de niños. El mayor número de nacimientos en Colombia se dio hacia el año 2000, con 752 834 niños, y desde entonces este número se ha reducido paulatinamente hasta reportar 629 400 nacimientos en el 2020 (Grupo de Economía de la Salud [GES], 2020).

La familia tradicional desempeña un rol crucial al constituir una red primaria de protección social que brinda cobertura y cuidado a sus miembros, especialmente a las personas mayores, quienes suelen tener un acompañamiento constante. Sin embargo, en la medida en que aumentan las familias con pocos

hijos o sin hijos, todos los hijos acceden al sistema educativo, se incorporan al mercado laboral y se independizan de los padres, y al ser mayor el número de hogares unipersonales la estructura familiar se transforma, dejando a las personas mayores en situación de soledad o desamparo. Por consiguiente, se plantean nuevos desafíos en términos de atención y cuidado para las personas mayores, así como la necesidad de proporcionar servicios y apoyos específicos para promover su bienestar y el de sus cuidadores.

En respuesta a esta situación, se han implementado esfuerzos dirigidos a promover un envejecimiento activo, asegurando que las personas mayores se mantengan ocupadas y participen activamente en la sociedad, mediante políticas que se concentran en mejorar su estado de salud y su calidad de vida. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2022) determina la calidad de vida de las personas mayores como una combinación de la esperanza de vida saludable y la seguridad de ingresos, y reconoce la importancia de brindarles protección social mediante pensiones, servicios de salud y servicios de atención a la dependencia como medios para reducir la pobreza y el riesgo de caer en ella, mejorar el bienestar físico y la calidad de vida tanto de las personas dependientes como de sus cuidadores.

Justamente, asegurar la inclusión de la edad en las políticas públicas y orientar el desarrollo global hacia la satisfacción de las necesidades y los derechos de las personas mayores con el objetivo de lograr la sostenibilidad representa un avance significativo desde la perspectiva del derecho. En este sentido, resulta fundamental establecer la manera en que los Objetivos de Desarrollo Sostenible [ODS] deben ser planteados teniendo en cuenta la perspectiva de la edad, y cómo la Agenda 2030 puede ser utilizada como una herramienta para promover los derechos y la inclusión de las personas mayores en las políticas y prácticas de desarrollo (HelpAge, 2020).

Además del nuevo enfoque político, el envejecimiento de la población pone de manifiesto la creciente importancia de la economía plateada, un mercado emergente y dinámico que engloba los sectores económicos que se centran en atender las necesidades y demandas de la población mayor. En muchos países, las personas mayores ejercen una influencia significativa en la economía, especialmente en sectores clave como la atención médica y el cuidado a largo plazo, los cuales se desarrollan inicialmente por iniciativa del mercado, que cuenta con una participación del 90 % en la oferta de este tipo de bienes y servicios (BID, 2021).

Con estas consideraciones y desde una perspectiva centrada en la economía de la salud, en este capítulo se presenta un acercamiento a varios temas relacionados con las edades mayores, de manera especial para el caso colombiano. El capítulo está organizado en cinco secciones, incluida esta introducción. En la siguiente sección se exponen unas consideraciones sobre la relación entre economía

y salud, como base conceptual para adelantar reflexiones aplicadas a los temas de las edades mayores. En la tercera sección se aborda la salud de las personas mayores en el contexto de la Agenda 2030, los ODS. En la cuarta se presenta una aproximación a las condiciones de vida de la población mayor en Colombia. Finalmente, se plantean unas conclusiones destacando algunos aspectos de la que sería una agenda de investigación y de políticas públicas para Colombia.

## **Consideraciones sobre la relación entre economía y salud**

La relación entre economía y salud está caracterizada por tensiones o dilemas, tal como quedó de manifiesto con ocasión de la pandemia generada por el COVID-19, así muchos se niegan a reconocerlo (Georgieva y Ghebreyesus, 3 de abril de 2020). La amenaza de un virus que se expande entre la población, con el riesgo de ocasionar enfermedad y muerte, lleva a los gobiernos a decretar cuarentenas estrictas con el argumentando de privilegiar la salud y la vida. Sin embargo, en la medida en que se prolongan las cuarentenas se asumen unos costos económicos y de calidad de vida, como el atraso en educación y los problemas de salud mental, develando la existencia de lo que puede reconocerse como un dilema de hierro y dando lugar a diferenciar una curva epidemiológica de una curva económica (Baldwin, 2020). De manera que se evidencian los costos, incluso en términos de vidas que irremediablemente se asumen en uno y otro caso, esto es, con cuarentena o sin ella. Una expresión bien clara de los dilemas que reveló o generó la pandemia puede verse en la situación que enfrentaron los médicos en unidades de cuidados intensivos [UCI], al tener unos recursos limitados (camas y equipos tales como los ventiladores) y un número de pacientes que superaban la disponibilidad. El propósito de salvar vidas se vio así complejizado por la necesidad de priorizar a las personas elegidas para recibir atención, por ejemplo, según el orden de llegada o por condiciones de salud, de modo que no podían dar la posibilidad de ingresar a una UCI a quienes no clasificaran para ello (Ramírez, 17 de marzo de 2020).

Lo anterior toma sentido en la medida en que la economía tiene como objeto de estudio la escasez, y eso es lo que hace a los economistas un poco antipáticos. Con razón Robert Malthus se refería a la economía como una ciencia triste, pues con ella se advierte que el aumento de la demanda, de las necesidades o de los deseos es superior al aumento de los recursos disponibles. Precisamente, en la medida en que los deseos, las aspiraciones o las expectativas de la población resultan incluso ilimitadas, es así como definitivamente se genera una fuerte tensión con el derecho, porque si se plantean derechos de manera

ilimitada o absoluta, como pudiera pensarse el derecho a la salud, ¿cómo podrían concretarse o satisfacerse los derechos cuando los recursos no son suficientes?

La tensión entre salud y economía puede evidenciarse en la presión que se tiene sobre el gasto en salud, el cual puede crecer de forma indefinida. Si se compara con lo que, por ejemplo, sucede en educación, en cuyo sector se puede identificar un techo o nivel superior de gasto, en salud esto no es muy fácil o acaso resulta imposible. Es el caso en que se tienen aspiraciones tanto a nivel individual como social de acceder a una educación básica, de acceder a la universidad y alcanzar un título profesional, y acaso muchas personas quisieran continuar estudios de posgrado, de manera que puede reconocerse un techo del gasto en una proporción del producto interno bruto [PIB] destinado a educación, la cual tendería a estabilizarse y acaso puede reducirse en la medida en que es menor la población infantil. En general, realmente muy pocas personas quisieran seguir estudiando hacia el posgrado, y definitivamente no parece normal que se quiera permanecer en la educación formal durante largos periodos. Además, aunque hay mucho desarrollo tecnológico e innovación en educación, y si bien la pandemia generada por el COVID-19 aceleró el uso de herramientas tecnológicas y recordó la importancia de introducir algunos cambios en el modelo educativo, la manera en que se produce este servicio está muy estandarizada, de modo que es fácil estimar los costos y realizar proyecciones sobre estos.

Ahora, a diferencia de educación, ¿qué pasa en salud? El gasto en salud no va a tener el techo, tan fácilmente identificado en educación, porque justo el alargamiento de la vida trae consigo nuevas necesidades o desafíos, como el caso del tratamiento de enfermedades crónicas y el cuidado, pero además el desarrollo de nuevas tecnologías trae más y más alternativas para el diagnóstico y el tratamiento. Permanentemente surgen alternativas adicionales para promover una mejor salud, prevenir la enfermedad, diagnosticarla y tratarla. La pregunta es qué tanto puede seguir creciendo el gasto, porque la mayor demanda y las nuevas tecnologías tienen una expresión económica muy clara, una mayor presión del gasto, de lo que surge la pregunta, ¿quién paga? La tendencia muy generalizada, enmarcada en el derecho, es que pague el Estado, así que será el presupuesto público el principal responsable del incremento de los recursos para salud. Esta particularidad del sector salud difiere de lo que sucede, por ejemplo, en el mercado de automóviles o de dispositivos móviles, en los que se ha desarrollado la tecnología de manera excepcional, a punto de tener vehículos autónomos y vehículos voladores, pero su financiamiento es fundamentalmente privado. En cambio, en la medida en que la salud se considera un bien común, cualquier solución tecnológica va a estar expuesta a la presión por su financiamiento público. De allí que el gasto en salud sea creciente a nivel mundial, y así pasó del 5.5 % en el 2000 hasta el 7.1 % del PIB en el 2020 (OMS, 2023).

En este contexto conviene tener claro lo que se entiende por salud. Desde la perspectiva del desarrollo, siguiendo al premio nobel de economía Amartya Sen, su discurso ante la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud [OMS] de 1999 puede resumirse en el reconocimiento o el llamado al anhelo de “vivir más y vivir mejor”. Este es el anhelo de toda persona, como de toda comunidad, no solo vivir más al lograr una mayor esperanza de vida, como de hecho se logra a nivel mundial, sino sobre todo tener una mejor calidad de vida. De allí surge el indicador de años de vida ajustados por calidad (QALY, por sus siglas en inglés), lo que implica reconocer precisamente la salud como un estado de bienestar físico, mental y social. Es así como, en el contexto de las consideraciones sobre las personas mayores, aparecen expresiones como la funcionalidad, la posibilidad de valerse por sí mismo, el envejecimiento activo, lo que sería contrario a lograr una larga vida, pero con limitaciones físicas (postrados en una cama), lo que definitivamente no significa vivir mejor.

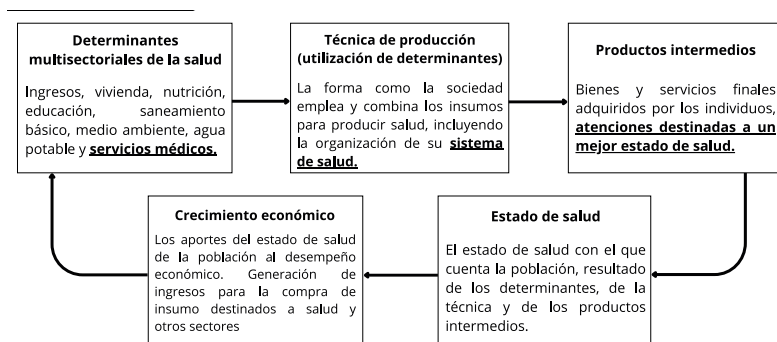
Además de la visión de Amartya Sen, otros economistas ofrecen una mirada o definición sobre la salud. Es de destacar el aporte de Michael Grossman (1972), quien planteó una teoría sobre la demanda por salud. Para Grossman, la salud se refiere a un *stock*, el conjunto de capacidades del que disponen las personas para desarrollar su potencial. Una perspectiva interesante, por cuanto desde la economía y de una manera simple puede advertirse que el *stock* de salud, o el capital salud, se deprecia con la edad. El capital salud se incrementa fuertemente en los primeros años de vida y se desarrolla durante la etapa activa o laboral, y luego declina cuando se llega el envejecimiento. Resulta crucial superar la idea de que simplemente el *stock* se deprecia en la etapa del envejecimiento, sino que sobre él se siga actuando con actividades de promoción de la salud y con acciones preventivas, de manera que se busque un envejecimiento activo a partir de la actividad física y de un conjunto de programas que puedan ayudar a la persona a conservar su mente sana.

La relación entre economía y salud que acá se esboza puede representarse en términos de una relación circular, tal como aparece en la figura 19. Es importante tener presente que la salud, como objetivo primordial, puede medirse a partir de indicadores como la esperanza de vida, idealmente ajustada por calidad, pero también mediante indicadores que dan cuenta de la carga de la enfermedad y cuyo propósito es reducirlos al mínimo, como el caso de la mortalidad infantil o el de la mortalidad por causas prevenibles. La esperanza de vida se refiere a la expectativa de vida que tiene una generación, por ejemplo, las personas que nacen en esta época podrían vivir en promedio unos 75 años en América Latina y el Caribe. Pero la esperanza de vida también puede calcularse para cada uno de los grupos de edad, a manera de años de sobrevivencia, como al estimar la esperanza de vida de las personas que hoy tienen 65 años. Este es un tema vasto en investigación y en la formulación de políticas públicas, teniendo

en cuenta hechos como la mortalidad más temprana en los hombres, aunque su calidad de vida pueda ser mejor. Esto puede significar que los hombres viven menos pero mejor, mientras las mujeres viven más pero no necesariamente mejor, un asunto que especialmente desde la perspectiva de género debe cobrar mayor interés para definir acciones en procura de cerrar brechas.

Una pregunta crucial es entonces cómo lograr los indicadores de salud, a lo cual se le pueden agregar muchos indicadores específicos. Para el envejecimiento habrá que incluir la esperanza de vida en distintos grupos de edad, los mayores de 65 o los mayores de 75 años, y se pueden agregar indicadores de morbilidad, de mortalidad, como cuáles son las causas de muerte, la incidencia y la prevalencia de enfermedades tales como la hipertensión o la diabetes. El logro de los indicadores de salud obedece a un conjunto de determinantes sociales y ambientales, como, por ejemplo, la nutrición, la educación y la calidad del aire. Esta visión hace recordar que muchos de los problemas de salud no los resuelven los servicios médicos, por cuanto su causa está, por ejemplo, en la falta de ingreso, en las precarias condiciones de la vivienda, en los estilos de vida o en la pobreza. Un par de ejemplos: no puede culparse al sector salud de las muertes o lesiones por accidente por tránsito o por violencia. Tampoco puede culparse al sector salud de todas las muertes o de la morbilidad materna extrema, pues en muchos casos están explicados por el contexto social y económico en el que se desenvuelven las madres (figura 19).

**Figura 19.** La salud como componente del bienestar



**Fuente:** Restrepo (2008).

Este reconocimiento resulta crucial para llevar la salud a todas las políticas, especialmente en el envejecimiento, y sobre todo por el tema cultural. La dependencia sobre medicamentos y servicios de salud es alta en las personas mayores, de allí la importancia de reconocer unas debilidades del sistema de salud para ordenar la atención de estas personas. Caben preguntas como: ¿quién está a cargo de la salud de las personas mayores?, ¿qué tanto se está formando personal especializado en geriatría?, y, ¿qué tanto todas las personas están preparadas para las nuevas realidades alrededor de las personas mayores? Ya no se trata, como cuando la generación

de los *baby boomers* eran niños, de atender cientos de niños en tiempos cortos, de ver a una mamá llevando varios niños al médico. Ahora la pirámide da la vuelta, entonces el médico o la doctora, junto con un conjunto amplio de profesionales y cuidadores, deben estar preparados para atender a esas personas mayores con una frecuencia alta, muchos de los cuales podrían estar solos.

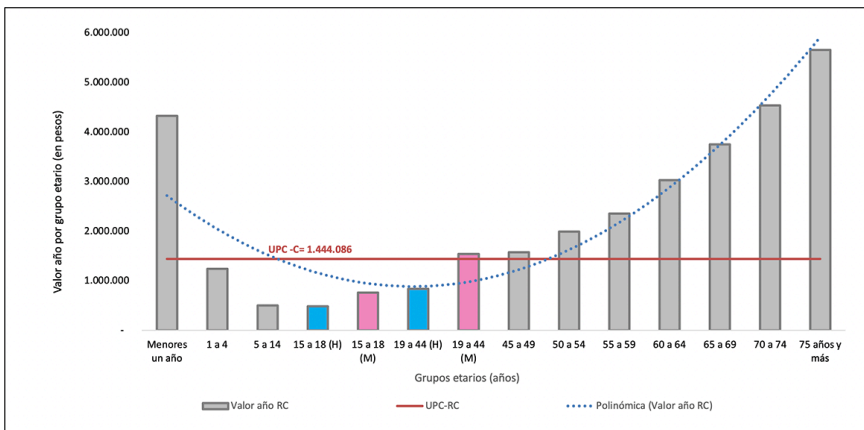
No obstante la importancia que ofrece la economía para analizar la salud y ofrecer recomendaciones de política, es importante tener en cuenta la crítica que desde la propia economía presentan autores como Jeffrey Sachs, un economista muy destacado, con una gran labor en el campo de la salud, pero sobre todo en el medio ambiente y líder mundial del tema de la sostenibilidad. En su libro *El fin de la pobreza: como alcanzarlo en nuestros días* (2006) propone una reflexión muy interesante al comparar su trabajo como economista del desarrollo con el que adelanta su esposa, quien es pediatra. Mientras ante el llamado de una madre, preocupada por la salud de su hijo con fiebre, su esposa hace preguntas inspiradas en la casuística con el fin de establecer el diagnóstico apropiado, teniendo en cuenta que la fiebre es un síntoma y no una enfermedad, el trabajo de los economistas parecía mucho más sencillo cuando se trataba de asesorar países en desarrollo para resolver fenómenos como la inflación o la hiperinflación, pues se contaba con una receta de cartilla, sin consideración por el diagnóstico diferencial, pero, sobre todo, desconociendo muchas veces las causas del fenómeno y dando recomendaciones que podrían provocar mayores problemas, incluso de protesta social si, por ejemplo, se invocaba una reducción de salarios.

Como se sugirió, una manera de ver reflejados los desafíos que trae consigo la relación entre economía y salud en las personas mayores se refiere al gasto en salud. En el marco del modelo de Grossman (1972) y de la aproximación que sobre la demanda por salud realizó Philip Musgrove (1985), realmente la demanda por servicios de salud es reconocida como una demanda derivada de lo que en realidad interesa a las personas, que es la salud, el estado de salud. Aunque unas variables claves que determinan esta demanda son la edad, el ingreso, el género y el nivel educativo, para los propósitos del tema de estudio resulta crucial el análisis considerando fundamentalmente la edad de las personas. Así que la demanda por servicios de salud tiene la forma de una U, indicando que es muy alta en los primeros años de vida, desciende hacia las edades más jóvenes y vuelve a subir en las edades mayores. Este es el caso en Colombia de la denominada unidad de pago per cápita [UPC], que es el reconocimiento que del fondo público [Adres] reciben las aseguradoras [EPS] por cada afiliado para garantizar la atención con los servicios, los medicamentos y las tecnologías que hacen parte del plan de beneficios en salud [PBS]. Como puede verse en la figura 20, este monto varía según el grupo etario y el sexo.

Por ejemplo, el sistema de salud otorga a una EPS alrededor de 3 860 000 COP anuales por garantizar la atención en salud de un niño afiliado menor de un año. Esta cifra decrece gradualmente a medida que se avanza en los grupos de edad, llegando a un promedio de 555 000 COP para los jóvenes de quince a dieciocho años, y es en esta etapa que se genera una disparidad entre los géneros debido a los costos vinculados con la maternidad y su influencia en la atención médica hasta los 44 años. Posteriormente, la UPC experimenta un aumento a partir de los 49 años, subrayando la inversión necesaria para atender las necesidades de salud en grupos de mayor edad con una UPC que alcanza los COP 5 000 000 para las personas mayores de 75 años, reflejando así la forma de U de la demanda por servicios de salud con la edad como un determinante.

En este contexto, resulta importante tener presente la idea del envejecimiento activo, de modo que también haya espacio para la inversión y la prevención. El sector salud no ha de estar simplemente esperando a los mayores que lleguen enfermos, con la cama lista para hospitalizarlos, sino que son necesarias políticas más amplias en el campo de la protección social, a fin de procurar ese envejecimiento activo, incluyendo lo que se está buscando, que es alargar la edad activa y reducir o contener el creciente costo relativo al cuidado.

**Figura 20.** La upc en Colombia 2023 (en pesos colombianos)



**Fuente:** elaboración propia con base en Ministerio de Salud y Protección Social (2022).

**Nota:** la línea horizontal, que representa el valor de 1 289 246, se refiere a la upc promedio del régimen contributivo, esto es, para la población cotizante y su familia. La upc del régimen subsidiado es inferior a esta cifra (1 121 396 cop). Cada una de las barras representa el valor de la upc para cada grupo de edad, y la línea continua que une las barras se refiere al resumen de la tendencia sobre el gasto en salud según la edad: decreciente en las primeras dos décadas de la vida, y luego creciente.

## La salud y las personas mayores en el marco de la Agenda 2030 [ods]

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible [ods] constituyen la Agenda 2030, una iniciativa global destinada a abordar los desafíos económicos, sociales y ambientales que enfrenta el mundo. Esta agenda de desarrollo se fundamenta bajo el principio de “no dejar atrás a nadie” y busca promover la inclusión de toda la sociedad en un enfoque de planificación basado en metas y objetivos comunes. Es así como se plantearon diecisiete objetivos que se desglosan en 169 metas y 232 indicadores asociados a cada uno de ellos, constituyendo el marco de referencia para promover el desarrollo sostenible en todas sus dimensiones.

Un objetivo fundamental que subyace en la formulación de políticas y en la promoción de acciones colectivas, como se mostró atrás en el marco de la teoría del desarrollo de Amartya Sen, es el “vivir más y vivir mejor”. En este sentido, dado que la salud juega un papel esencial en el desarrollo y el bienestar de la población, la mayoría de los ods se vinculan directa o indirectamente con ella, ya sea que se trate de una expresión o dimensión de la salud en sí misma, o bien que se aborden los determinantes de la salud en un sentido amplio (GES, 2019). Por consiguiente, el objetivo 3, que busca “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, se convierte en el propósito fundamental alrededor del cual gravitan los demás objetivos como determinantes.

Bajo este contexto, surge la preocupación sobre cómo se promueven los derechos y la inclusión de las personas mayores en las políticas y acciones de desarrollo, especialmente a través de su incorporación en la agenda mundial. Se reconoce que su mención explícita en la implementación de las metas de la Agenda 2030 es limitada, lo cual plantea la necesidad de identificar y determinar cuáles son las metas que impactan directa o indirectamente en el logro de una vejez saludable y digna, dando lugar a una perspectiva más integral y centrada en las necesidades y los derechos de esta población.

Una lectura de los ods desde la perspectiva de la salud permite identificar siete objetivos fundamentales que consideran y hacen visibles a las personas mayores en la implementación de la Agenda 2030. Estos objetivos incluyen el ods 1 “Fin de la pobreza”, 2 “Hambre cero”, 3 “Salud y bienestar”, 4 “Educación de calidad”, 8 “Trabajo decente y crecimiento económico”, 10 “Reducción de las desigualdades” y 11 “Ciudades y comunidades sostenibles”. Además, de manera específica se pueden encontrar en los ods cuatro referencias explícitas a las personas mayores: metas 2.2, 10.2, 11.2 y 11.7. Así mismo, en la implementación de todos los ods se tiene el compromiso de desglosar los datos por edad en diferentes indicadores, así como utilizar un lenguaje inclusivo que abarque todas las edades (Help Age, 2020).

En cuanto a indicadores de salud, la mortalidad infantil se vuelve una medida crucial en la medida en que se va resolviendo de manera significativa y se logra una mayor esperanza de vida a partir de mejoras en los determinantes de la salud, en la atención prenatal y del parto. Se tienen países como Canadá con indicadores al mínimo, prácticamente de mortalidad no evitable (cuatro a cinco por mil nacidos vivos). Aunque en Colombia la tasa de mortalidad infantil también ha bajado, ubicándose según el Banco Mundial entre once a doce por mil, aún se tiene un alto porcentaje de muertes evitables, usualmente concentradas en zonas con bajo desarrollo. Ahora, en la medida en que se acaba o se lleva al mínimo la mortalidad evitable en los menores, y compatible con el envejecimiento, entonces se asumen nuevos indicadores que dan cuenta de grandes desafíos y de desigualdades entre países y entre grupos de población. Es el caso, por ejemplo, que si bien las enfermedades crónicas adquieren relevancia en el perfil de morbilidad y mortalidad, se asume una muerte prematura si por a morir por un infarto antes de los sesenta años. Ello sigue siendo coherente con la idea de vivir más y vivir mejor.

De este modo, se propone un esquema que destaca la relación entre los objetivos y las metas asociadas a las personas mayores y cómo estas contribuyen al bienestar de esta población, lo que permite visualizar de manera concreta cómo la Agenda 2030 aborda aspectos relevantes para garantizar una vejez que brinde condiciones óptimas de calidad de vida y bienestar (véase la tabla 8).

**Tabla 8.** Metas de los ods asociadas a las personas mayores

ods	Metas relevantes	Impacto en personas mayores
1	1.1 Erradicar la pobreza extrema para todas las personas en el mundo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los esquemas protección social, que aseguran ingresos y atención médica durante el ciclo de vida, permiten reducir la pobreza y mejorar el bienestar económico de las personas mayores, garantizando una vida digna y reduciendo su vulnerabilidad.</li> </ul>
	1.3 Implementar sistemas y medidas apropiados de protección social para todos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las pensiones sociales universales son fundamentales para proporcionar seguridad económica a medida que la población envejece.</li> <li>• Ante las deficiencias en la cobertura de los sistemas se enfatiza en la importancia de esquemas inclusivos, pensiones no contributivas financiadas con impuestos, y niveles adecuados de beneficios que se ajusten a la inflación.</li> </ul>
2	2.2 Poner fin a todas las formas de malnutrición, incluyendo a las personas de edad mayor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar una alimentación adecuada para las personas mayores implica considerar sus necesidades, promover prácticas alimentarias saludables y considerar las limitaciones de acceso. Así, se contribuye a prevenir enfermedades y mantener una buena calidad de vida.</li> </ul>

ODS	Metas relevantes	Impacto en personas mayores
3	<p>3.4 Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.</p> <hr/> <p>3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A medida que las personas envejecen, sus necesidades se vuelven cada vez más complejas. Se requiere un enfoque integrado, basado en los derechos y centrado en las personas, que incluya servicios de salud accesibles y de calidad, y atención y apoyo a largo plazo.</li> <li>• El cambio del patrón global de enfermedades transmisibles a enfermedades no transmisibles [ENT] ha afectado especialmente a las personas mayores. A pesar de que enfocarse en reducir la “mortalidad prematura” debe buscarse que más personas lleguen a la vejez.</li> <li>• La inversión en cobertura universal que englobe todas las edades implica proporcionar servicios de salud que consideren integralmente a cada individuo y no se limiten a enfermedades individuales, profesionales de la salud capacitados para satisfacer las necesidades de las poblaciones en envejecimiento, acceso a servicios de salud, medicamentos y sistemas de información sanitaria sin restricciones de edad, y políticas nacionales de salud que incorporen de manera explícita las necesidades de salud y atención de las personas mayores.</li> </ul>
4	<p>4.3 Asegurar acceso igualitario de hombres y mujeres a formación técnica, profesional y superior de calidad.</p> <hr/> <p>4.6 Asegurar que todos los jóvenes y una proporción considerable de los adultos, hombres y mujeres, estén alfabetizados y tengan nociones elementales de aritmética.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La educación en todas sus formas para adultos mayores permite a esta población tener vidas dignas e independientes y proporciona oportunidades para desarrollar su potencial y habilidades, cumplir aspiraciones y participar activamente en la sociedad.</li> <li>• Asegurar que las personas mayores tengan igualdad de acceso a oportunidades educativas, sin discriminación por edad, implica brindarles la posibilidad de acceder a becas y subvenciones educativas y combatir estereotipos y prejuicios sobre la capacidad para aprender y desarrollarse en todas las etapas de la vida.</li> </ul>
8	<p>8.3 Promover políticas orientadas a la creación de puestos de trabajo decentes y el crecimiento de las empresas, incluso mediante el acceso a servicios financieros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La discriminación por edad en el ámbito laboral afecta a las personas mayores, desde el proceso de contratación y las regulaciones laborales hasta las políticas restrictivas de edad en el acceso a servicios financieros y las edades de jubilación obligatorias.</li> <li>• Muchas personas mayores desean seguir trabajando y contribuyendo a la economía después de la edad de jubilación, ya que esto les brinda seguridad económica y les permite mantener su independencia.</li> <li>• Proporcionar un empleo adecuado y desafiar las prácticas discriminatorias brinda un sentido de propósito y ayuda a reducir el aislamiento.</li> </ul>

ods	Metas relevantes	Impacto en personas mayores
10	10.2 Potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad u otras condiciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las personas mayores son reconocidas como un grupo vulnerable que requiere empoderamiento y atención para no quedarse atrás. Los gobiernos deben tomar medidas para reducir las desigualdades y combatir la discriminación social, política y económica basada en la edad.</li> <li>Es fundamental asegurar la participación activa de las personas mayores en la planificación y toma de decisiones, así como combatir activamente la exclusión y segregación por edad y reformar de leyes y políticas que discriminen en función de la misma.</li> </ul>
11	11.2 Proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles para todos y mejorar la seguridad vial, prestando especial atención a las necesidades de las personas de edad y otros grupos prioritarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>La planificación urbana inclusiva y sostenible debe atender las necesidades de las personas mayores, ya que su número en las ciudades está en aumento, vulnerable a la discriminación y exclusión en el acceso equitativo a vivienda, servicios y espacios públicos.</li> <li>Se requiere desarrollar una infraestructura social y física que fomente la interacción social y garantice el derecho de todos a vivir con dignidad. Esto implica invertir en viviendas seguras y accesibles, así como en sistemas de transporte público que promuevan la interacción entre generaciones.</li> </ul>
	11.7 Proporcionar acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles, en particular para las personas de edad y otros grupos prioritarios	

Fuente: elaboración propia con base en HelpAge (2020).

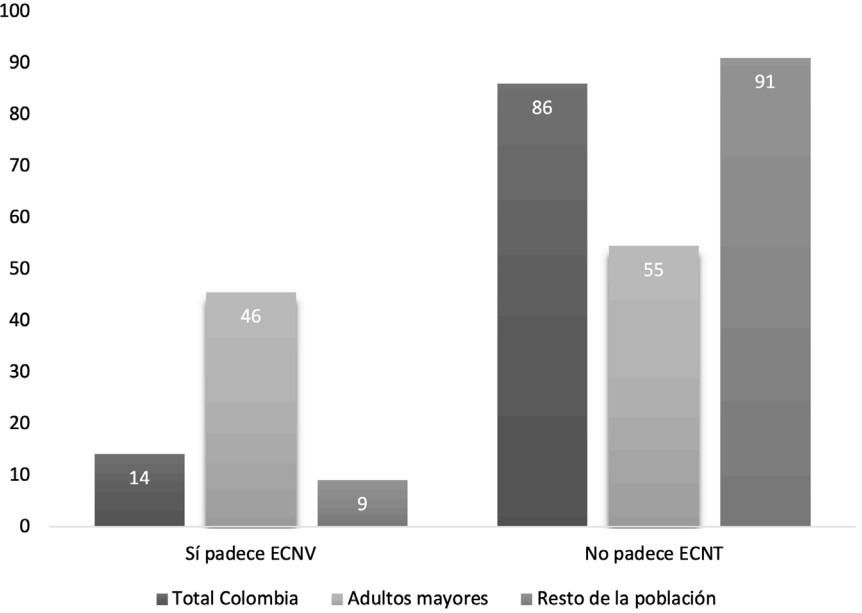
## Condiciones de vida de las personas mayores en Colombia

El panorama de la salud y el bienestar de las personas mayores en Colombia<sup>10</sup> se caracteriza por una amplia cobertura del sistema de salud y una notable prevalencia de enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares-hipertensión, asma, bronquitis crónica, gastritis, lupus, cáncer, gota, leucemia, diabetes, etc.) (véase la figura 21). De acuerdo con HelpAge *et al.* (2023), casi todas las personas mayores están afiliadas al sistema de salud, siendo el régimen subsidiado el más común al tener afiliada a más la mitad de la población mayor.

10 En Colombia se reconocen como adultos mayores a quienes tienen sesenta años o más.

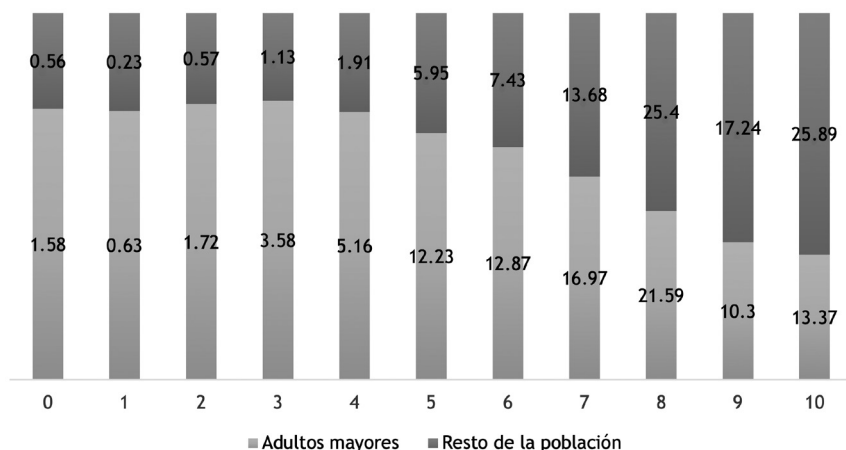
Las principales dificultades de accesibilidad se relacionan con el acceso a la atención oportuna y a la entrega de medicamentos, así como en las limitaciones económicas y de movilidad. Respecto a las enfermedades crónicas, en el 2020 el 45.5 % de las personas diagnosticadas con este tipo de enfermedades tenía sesenta años y más.

**Figura 21.** Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles [ECNT] en adultos mayores y resto de la población, Colombia 2019 (autorreporte en encuesta de calidad de vida)



**Fuente:** GESGES (2021), elaboración con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2019.

Asimismo, al comparar la percepción del estado de salud entre las personas mayores y aquellas de edades entre diez y 59 años, las personas mayores presentan porcentajes más bajos en la categoría de “muy bueno o bueno”, y porcentajes más altos en la categoría de “regular o malo”. Por ejemplo, como se muestra en la figura 22, mientras el 1.58 % de los adultos mayores valora su estado de salud como pésimo o muy malo (un valor igual a cero), y el 13.37 % lo valora como excelente (un valor igual a 10), estas proporciones son de 0.56 % y 25.89 % para el resto de la población.

**Figura 22.** Estado de salud percibido, Colombia 2019 (adultos mayores y resto de la población)

Fuente: elaboración propia con base en la ENCV, 2019.

Nota: en cada barra se presenta la proporción de la población que declara su percepción sobre el estado de salud, desde muy malo (0) hasta excelente (10), en comparación con la población total de cada grupo (adultos mayores y resto de la población).

Consistente con un estado de salud más precario y una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas, entre los adultos mayores se aprecia también mayores dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria, tales como oír, hablar, ver, moverse o entender, lo que resta autonomía e implica la necesidad de contar con apoyo de dispositivos médicos o la compañía de cuidadores (véase la tabla 9).

**Tabla 9.** Dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria, Colombia 2019 (adultos mayores y resto de la población)

Sin ningún tipo de ayuda puede:	Grupo poblacional	No puede hacerlo	Puede con mucha dificultad	Puede con algo de dificultad	Puede sin dificultad
Oír la voz o los sonidos	AMAM	0.47	4.23	11.86	83.43
	RPRP	0.10	0.32	1.20	98.38
Hablar o conversar	AMAM	0.39	1.25	2.82	95.54
	RPRP	0.50	0.36	0.70	98.45
Ver de cerca, de lejos o alrededor	AMAM	0.60	12.44	41.83	45.12
	RPRP	0.09	2.60	11.98	85.34
Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras	AMAM	1.24	7.43	17.45	73.88
	RPRP	0.32	0.77	2.43	96.48

Sin ningún tipo de ayuda puede:	Grupo poblacional	No puede hacerlo	Puede con mucha dificultad	Puede con algo de dificultad	Puede sin dificultad
Agarrar o mover objeto con las manos	AMAM	0.45	2.81	7.35	89.39
	RPRP	0.15	0.37	1.06	98.42
Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)	AMAM	0.82	1.70	5.16	92.33
	RPRP	0.57	0.44	0.97	98.02
Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)	AMAM	1.11	1.14	2.81	94.94
	RPRP	0.62	0.18	0.44	98.76
Relacionarse o interactuar con las demás personas	AMAM	0.52	0.85	1.89	96.75
	RPRP	0.37	0.27	0.51	98.85
Hacer actividades diarias sin mostrar problemas cardíacos, respiratorios	AMAM	0.85	2.72	7.35	89.08
	RPRP	0.20	0.38	1.45	97.97

**Fuente:** GESGES (2021), elaboración con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2019.

**Notas:** AM (adultos mayores); RP (resto de la población)

En cuanto a la reducción de la pobreza y a la protección social, de acuerdo con datos del Dane (2022), en el 2021 se registraron 19 621 330 personas en situación de pobreza monetaria a nivel nacional, lo que representa el 39.3 % de la población. No obstante, se observa que los adultos mayores presentan una menor incidencia de pobreza monetaria en comparación con la población total. Es así como se identifica que el 28.2 % de los hogares encabezados por personas de sesenta años o más se encontraba en condición de pobreza monetaria durante el mismo periodo. Aunque en la marcada diferencia sobre la incidencia de la pobreza puede jugar un papel importante el peso que tienen las personas que reciben una pensión, no deja de ser preocupante que solo el 25.5 % de la población en edad de pensionarse recibe ingresos por pensión, con una brecha de 8.4 puntos porcentuales entre hombres y mujeres (Dane, 2021a). Esto evidencia la falta de cobertura de protección social, planteando desafíos importantes en términos de garantizar la seguridad económica de la población mayor, además con un enfoque de género.

En el ámbito educativo de las personas mayores, una proporción significativa enfrenta dificultades en lectura y escritura. Según el Dane (2021b), en el 2020, el 13.1 % de las mujeres y el 12.6 % de los hombres adultos mayores

indicaron que no saben leer y escribir. En contraste, este indicador entre la población de quince años en adelante es del 4.2 % en las mujeres y el 4.3 % en los hombres. En cuanto a los niveles educativos alcanzados, una proporción considerable de mujeres y hombres mayores no ha superado la educación primaria, alcanzando el 48.5 % y el 47.6 %, entre los mayores de sesenta años, respectivamente. Por su parte, el 12 % de las mujeres mayores han logrado un nivel educativo superior, mientras que en el caso de los hombres es del 13.2 %.

A estos hallazgos se suma la situación laboral, en la que se evidencia un incremento en la tasa de desempleo de las mujeres mayores, pasando del 4.0 % al 7.8 % entre el 2019 y el 2020, y en los hombres mayores, que aumentó del 6.3 % al 9.5 % durante el mismo periodo (Dane, 2021b). A su vez, según HelpAge *et al.* (2023), los trabajos domésticos y las labores de cuidado son las ocupaciones principales de las personas mayores, en especial de las mujeres, las cuales suelen llevarse a cabo sin recibir una remuneración, con una escasa valoración y una considerable carga de responsabilidades.

## A manera de conclusión

### Hacia una agenda de investigación y políticas públicas

Las sociedades experimentan un cambio demográfico que se caracteriza por un incremento en la proporción de las personas de edades mayores, lo cual plantea desafíos significativos para garantizar una calidad de vida digna durante esta etapa de la vida. En particular, Colombia se encuentra en las etapas iniciales del proceso de envejecimiento, aunque este ocurre a un ritmo acelerado. Este cambio demográfico, irreversible en su naturaleza, requiere atención urgente y una respuesta integral por parte de los gobiernos y de la sociedad en su conjunto, pues tiene implicaciones de gran alcance en términos de sostenibilidad, como la disminución de la fuerza laboral, el aumento en la tasa de dependencia y, en especial, los mayores costos de atención médica. A medida que las personas envejecen, su capital salud tiende a depreciarse y se presenta una mayor demanda de servicios de salud, así como un mayor riesgo de enfermedades crónicas y discapacidades, lo cual demanda un mayor volumen de recursos destinados a la salud, tanto lo que ello representa en términos fiscales y financieros como por los requerimientos en talento humano especializado, cuidadores, dispositivos médicos y capacidad hospitalaria.

Ante esta problemática, se hace indispensable promover un envejecimiento activo y saludable que permita a las personas mayores participar plenamente en

la sociedad, mantener su autonomía y contribuir de manera significativa al desarrollo social y económico, abriendo paso hacia una agenda de investigación y de políticas públicas basadas en la edad. Es así como, a instancias de la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre del 2020, se acordó declarar la Década del envejecimiento saludable 2021-2030, con cuatro áreas de acción: (i) cambiar la forma en que pensamos, sentimos actuamos hacia la edad y el envejecimiento; (ii) asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores; (iii) ofrecer atención y servicios de atención primaria que respondan a las personas mayores; y (iv) brindar acceso a la atención a largo plazo (OMS, 2023).

Por otra parte, adoptar una perspectiva centrada en las personas mayores, en el marco de la Agenda 2030 (los ODS), contribuye positivamente al cumplimiento de los objetivos y las metas relacionadas con este grupo poblacional, así como promueve el acceso equitativo a oportunidades educativas, servicios de salud, vivienda, transporte y protección social, sin discriminación por edad. Esta perspectiva permite considerar el envejecimiento como una oportunidad y un recurso valioso para la sociedad, y no como una carga o problema.

Ante este panorama, Colombia ha realizado diversos esfuerzos en los últimos años con miras a promover el bienestar de la población mayor. El país suscribió la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores, estableció el Consejo Nacional de Personas Adultas Mayores y ha adoptado políticas públicas relacionadas con el envejecimiento a través del Decreto 681 de 2022. Sin embargo, a pesar de estos avances, persisten brechas significativas que limitan el pleno desarrollo y la plena integración de las personas mayores en la sociedad. A continuación, se enumeran algunas de las principales medidas y líneas de investigación que permiten orientar las políticas y acciones dirigidas a promover el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores.

1. *Diseño y evaluaciones económicas de intervenciones en personas mayores.* Resulta crucial establecer programas y servicios destinados a la atención y el cuidado de las personas mayores teniendo en cuenta criterios como el de costo efectividad (Hernández *et al.*, 2021). Esto implica el diseño de tales programas al tiempo que se adelantan evaluaciones económicas, incluyendo la búsqueda de revisiones sistemáticas que den cuenta de cuáles pueden ser los mejores programas e intervenciones que pueden ayudar a vivir más y mejor. Entre los servicios que amerita tener muy en cuenta, incluyendo su proyección de crecimiento organización, están todos aquellos asociados a geriatría, con actuaciones integrales a los problemas médicos, mentales y funcionales de las personas mayores con fragilidad. Además, resulta crucial la puesta en marcha de programas de integración multidisciplinarios, con asistencia en el domicilio,

cuidados médicos de enfermería y fisioterapia, así como intervenciones dirigidas a incrementar el nivel de actividad física.

2. *Salud preventiva.* Se hace hincapié en la necesidad de abordar de forma integral la salud y el bienestar de las personas mayores, poniendo énfasis en garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud y adoptar medidas preventivas para reducir la incidencia de enfermedades crónicas y ejercer un buen control sobre ellas. Además, se reafirma la importancia de considerar que los demás ODS actúan como determinantes de la salud con el fin de implementar estrategias efectivas que aborden los desafíos actuales y fomenten un envejecimiento saludable y digno. Un reto muy importante apunta a modificar patrones de comportamiento en una etapa temprana, a fin de que las personas mayores alcancen una mayor edad y sean más sanas, más funcionales y menos dependientes. Acá hay un capítulo muy importante para el envejecimiento activo.

3. *Reformas y políticas de protección social.* Resulta de suma importancia de asegurar la inclusión de personas mayores a las políticas públicas, especialmente en el marco de la Agenda 2030, con el objetivo promover sus derechos en las políticas y prácticas de desarrollo, lo cual implica considerar sus necesidades específicas y promover su integración en todos los ámbitos de la vida, teniendo en cuenta su contribución al desarrollo sostenible del país. De manera específica, debe mantenerse en la agenda pública la necesidad de ampliar la cobertura en pensiones (contributiva y no contributiva), garantizar cobertura, protección financiera y modelos de atención en salud que sean pertinentes dadas las necesidades de las personas mayores. Un tema crucial para las políticas públicas se refiere a la atención a la dependencia y el desarrollo de sistemas de cuidado.

4. *Fomento y apoyo a la economía plateada.* Conscientes de la creciente proporción que adquieren las personas mayores entre la población total, y teniendo en cuenta las acciones encaminadas al envejecimiento activo y saludable y las políticas orientadas a mejorar la protección social, esta población constituye un segmento clave de la demanda por bienes y servicios específicos que bien pueden ser objeto de atención por parte del mercado, de modo que además de atender sus necesidades se fomentan actividades económicas con beneficios para ellos mismos y el resto de la población. Así que desde los programas orientados a la productividad, el crecimiento y la generación de empleo, cabe el capítulo destinado a fomentar la innovación y la oferta de programas en tal sentido, y dentro de esto cobra importancia la atención en necesidades domésticas, educativas y del cuidado de la salud, así como turismo y recreación. En varios de estos tópicos, especialmente en el educativo, la universidad juega un rol muy importante mediante la oferta de programas a lo largo de la vida y programas específicos para población mayor.

5. *Cuidados paliativos y muerte digna.* Finalmente, en el marco de la ética social, reconociendo la inexistencia de la inmortalidad y asegurando el lema

de vivir más y vivir mejor, es necesario abordar la muerte digna o el buen morir como un propósito que debería ser parte de la mirada integral sobre el envejecimiento. Sobre el particular, una revisión sistemática concluye que “uno de los grandes problemas que se ve reflejado en la literatura, y que se puede extrapolar a la realidad del ámbito hospitalario, es la falta de conexión entre lo que el personal de salud y lo que la población general considera que es buen morir (Mejía *et al.*, 2022). Esto implica adelantar una comunicación en doble vía, entre las personas y sus familias, por un lado, y el personal y las instituciones de salud, por el otro, pero más que nada, adelantar un diálogo social que permita reconocer los límites que tiene la atención médica con el propósito de prolongar y garantizar la vida, así como de evitar gastos que no resultan costo-efectivos y que en algunos casos traen sufrimiento y, por tanto, serían consistentes con la idea del buen morir.

## Referencias

Baldwin, R. (2020). The Supply Side Matters: Guns Versus Butter, COVID-Style Voxeu. <https://voxeu.org/article/supply-side-matters-guns-versus-butter-covid-style>.

Banco Interamericano de Desarrollo [BID]. (2021). *Economía plateada: mapeo de actores y tendencias en América Latina y el Caribe*. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/economia-plateada-mapeo-de-actores-y-tendencias-en-america-latina-y-el-caribe.pdf>.

Banco Interamericano de Desarrollo [BID]. (2022). *Envejecer en América Latina y el Caribe. Protección social y calidad de vida de las personas mayores*. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecer-en-América-Latina-y-el-Caribe-proteccion-social-y-calidad-de-vida-de-las-personas-mayores.pdf>

Banco Mundial. (2022). Mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) [Datos]. Banco Mundial. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN?locations=CA-CO>.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística [Dane]. (2021a). *Personas mayores en Colombia, hacia la inclusión y la participación. XV Congreso Internacional de Envejecimiento y Vejez: “Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030”*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/nov-2021-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia-presentacion.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística [Dane]. (2021b). *Personas mayores en Colombia: hacia la inclusión y la participación*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/nov-2021-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia.pdf>.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística [Dane]. (2022). *Pobreza monetaria 2021: Enfoque diferencial*. [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/pobreza/2021/Presentacion-pobreza-moneteria-con-enfoque-diferencial.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2021/Presentacion-pobreza-moneteria-con-enfoque-diferencial.pdf).

Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2015). *Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones*. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. <https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/Mision-colombia-Envejece-Completo.pdf>.

Georgieva, K. y Ghebreyesus, T. (2020, abril 20). Some Say There is a Trade-Off: Save Lives or Save Jobs--This is a False Dilemma. *The Telegraph*. <https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/protecting-health-and-livelihoods-go-hand-in-hand-cannot-save/>.

Grupo de Economía de la Salud [GES] (2019). La salud en el desarrollo: consideraciones para Colombia 2018-2022. *Observatorio de la Seguridad Social* No. 38. <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/338db012-9e15-429a-a5a5-53a0cdd88983/Observatorio+de+la+Seguridad+Social+No+38.pdf?MOD=AJPERES&CVID=nKsDu5G>.

Grupo de Economía de la Salud [GES] (2020). Nacimientos en Colombia: una mirada de largo plazo y efectos recientes de la migración. *Observador del ges*, 7. <https://gesudea.co/observador-del-ges-no7-nacimientos-en-colombia-una-mirada-de-largo-plazo-y-efectos-recientes-de-la-migracion/>.

Grupo de Economía de la Salud [GES] (2021). Condiciones de vida de los adultos mayores en Colombia. *Observador del ges*, 16. <https://gesudea.co/observador-del-ges-no-16-condiciones-de-vida-de-los-adultos-mayores-en-colombia/>

Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal Political Economy*, 80(2), 223-255.

HelpAge Internacional. (2020). El envejecimiento y los objetivos del desarrollo sostenible: Mensajes clave para garantizar políticas que incluyan la edad. <https://www.helpage.org/silo/files/el-envejecimiento-y-los-ods-mensajes-clave-para-garantizar-politicas-que-incluyan-la-edad.pdf>.

HelpAge Internacional, Pontificia Universidad Javeriana, y Hospital Universitario San Ignacio (2023). *Colombia: el impacto de la crisis actual en los derechos de las personas adultas mayores: ¿crisis o cotidianidad?* <https://medicina.javeriana.edu.co/documents/1728723/0/INFORME++GENERAL+ESPAN%CC%83OL++HEL-PAGE+3F.pdf/8f50da0a-4b97-3249-5428-3305a7a8319f?t=1681758421112>

Hernández, L., Marín P. y Solminihaç, H (2021). *Economía, salud y envejecimiento*. Ediciones Universidad Católica de Chile.

Mejía, A., Ramírez, J., Roldán, M. C., López, A. y Velásquez, D. (2022). Buen morir en la persona mayor: ¿qué hemos aprendido en los últimos diez años? *Universitas Médicaé*, 63(4). <http://hdl.handle.net/10554/62691>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020: dinámica demográfica y estructuras poblacionales. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>.

Ministerio de Salud de Colombia. (2022). Resolución 2809 del 30 de diciembre de 2022.

Musgrove, P. (1985). Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina. *Cuadernos de Economía*, 66, 293-314.

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2022). Perspectivas de la Población Mundial 2022 [gráfico]. Our World in Data, Población por grupo de edad con proyecciones. <https://ourworldindata.org/grapher/population-by-age-group-with-projections>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023a). Gasto en salud como porcentaje del producto interno bruto [PIB] (%). [https://apps.who.int/gho/data/view.main.GHEDCHEGDP\\_SHA2011REGV?lang=en](https://apps.who.int/gho/data/view.main.GHEDCHEGDP_SHA2011REGV?lang=en)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023b). Ladécada del envejecimiento saludable en las Américas (2021-2030). <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>

Ramírez, N. (2020, marzo 17). Las UCI de los hospitales se preparan para priorizar a los enfermos más “recuperables”. ABC. [https://www.abc.es/sociedad/abci-hospitales-preparan-para-priorizar-enfermos-mas-recuperables-202003172301\\_noticia.html](https://www.abc.es/sociedad/abci-hospitales-preparan-para-priorizar-enfermos-mas-recuperables-202003172301_noticia.html)

Restrepo., J. H. (2008). *Introducción a la economía de la salud en Colombia*. Centro de Investigaciones y Consultorías-Facultad de Ciencias Económicas-Universidad de Antioquia.


Sachs, J. (2006). *El fin de la pobreza. Cómo conseguirlo en nuestro tiempo*. Random House Mondadori.

Sen, A. (2000). La salud en el desarrollo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud: la Revista Internacional de Salud Pública: recopilación de artículos 2000*, 2, 16-21. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/57579>



Este libro forma parte  
de la Colección Escuela de Pensamiento.  
Se terminó de editar en abril de 2026 en la Editorial  
Universidad Nacional de Colombia.





El programa **Escuela de Pensamiento** es una estrategia académica de la Universidad Nacional de Colombia de articulación con la sociedad para incidir de manera constructiva en la agenda pública, contribuyendo a la construcción de la nación desde sus capacidades de formación, investigación y extensión, fomentando alianzas y espacios de discusión y convergencia de todos los actores de la sociedad y el Estado involucrados en las problemáticas sociales, para formular propuestas de política pública concretas y basadas en evidencia.

## OTROS TÍTULOS DE LA COLECCIÓN

### **Academia y política pública**

Editores académicos: André-Noël Roth Deubel y Mario Fernando Guerrero-Gutiérrez

### **Reflexiones y experiencias en educación superior y sustentabilidad: avanzando hacia una educación superior para la sustentabilidad**

Editores: José Ismael Peña Reyes, Hernán Gustavo Cortés Mora y Andrés Ricardo Beira Combariza

### **Reformas pensionales: superar las brechas del sistema dual**

Editor: Hernando Torres Corredor

Coordinadora académica: Diana del Pilar Colorado Acevedo



La vida es un continuo aprendizaje, una continua transformación de nuestro cuerpo, de nuestra mente, de nuestros saberes, de nuestra forma de interrogarnos sobre el sentido de la existencia.

Desde la cuna se recorre un sendero en el que crecemos, nos hacemos adultos, socializamos con los congéneres, la naturaleza y envejecemos.

Este camino para ningún ser humano es lineal; esta ruta está moldeada por el tiempo, que tiene una unidad de medida: las edades.

Justo en estos escenarios surge para los mortales la inquietud de saber si la vida es corta o es larga. Esto conduce a reflexionar sobre los límites de la existencia y de la vida laboral.

En las sociedades contemporáneas aumentan las expectativas por una vida más larga, fundamento de las sociedades del envejecimiento, escenarios en los que convergen simultáneamente varias generaciones. Pero, ¿qué es envejecer?, ¿por qué envejecemos?, ¿cómo envejecemos? Preguntas de siempre de todas las sociedades humanas, con diferentes respuestas.

La apuesta académica de este libro tiene como propósito contribuir al debate público sobre el envejecimiento en el entorno de una sociedad profundamente desigual. Envejecer, sí, pero con dignidad. Se trata igualmente de enaltecer los derechos de las personas de alta edad y develar las discriminaciones, las invisibilidades y los estereotipos. Urge repensar el concepto sobre la vejez y diseñar un nuevo modelo de protección social por el que se garantice el ejercicio del derecho fundamental a envejecer.



9 786285 030680

editor  
UNL