



DE UN SISTEMA DE PENSIONES A UN SISTEMA INTEGRAL DE PROTECCIÓN A LA POBLACIÓN MAYOR

DE UN SISTEMA DE
PENSIONES A UN SISTEMA
INTEGRAL DE PROTECCIÓN
A LA POBLACIÓN MAYOR



CORPORACIÓN PARA
EL DESARROLLO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



Dirección general, CIESS
Emilio Carrasco González

Director, CODESS
Roberto Sierra Manotas

Coordinación de investigación y asistencia técnica, CIESS
Adriana Valle Muciño

Equipo Investigación, CIESS
Teresa Lizeth Alanís Gutiérrez
Carlos Iván García Díaz

Subdirección editorial
Valeria Cervantes García

Edición y corrección de estilo
Gerardo Miguel Aquino Clemente
Sebastián Castellanos de Oteyza

Diseño y formación
Arturo David Navarrete Flores
Equipo editorial CISS

De un sistema de pensiones a un sistema integral de protección a la población mayor

Primera edición, 2025

ISBN versión digital: 978-607-8787-46-3

© Todos los derechos reservados

Editado por la **Conferencia Interamericana de Seguridad Social** y por
el **Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social** en colaboración
con la **Corporación para el Desarrollo de la Seguridad Social**.

San Ramón s/n, col. San Jerónimo Lídice,
Magdalena Contreras, C. P. 10100, Ciudad de México.
Tel. 55 5377 4700, <https://ciiss-bienestar.org/> y
<https://home.ciess.org>

Se permite la reproducción parcial o total de este documento siempre
y cuando se cite la fuente debidamente.

DE UN SISTEMA DE PENSIONES A UN SISTEMA INTEGRAL DE PROTECCIÓN A LA POBLACIÓN MAYOR

Lic. Mauricio Amador Andrade

Dr. Emilio A. Carrasco González

M. Sc. Stefano Farné

Dr. Isidro Hernández Rodríguez

Dr. Mauricio Olivera

Dra. Amalia Berenice Ramírez Bracho

Dr. Miguel Uprimny



Primera edición, 2025

Índice

Presentación	13
--------------	----

Introducción	17
--------------	----

Parte 1

La protección, hoy, de las personas mayores en Colombia

1. Protección a la población adulta mayor en Colombia. Régimen normativo	23
1.1. Antecedentes	24
1.2. Derechos de las personas mayores	27
1.3. Dignidad humana y personas mayores	32
1.4. Derecho al mínimo vital	34
1.5. Institucionalidad y políticas públicas	36
1.6. Protección constitucional a las personas mayores	38
1.7. El derecho a la salud de las personas mayores	40
1.8. Conclusiones	42
2. Aspectos demográficos como marco para una vida longeva	57
2.1. Introducción	58
2.2. Contexto internacional y de América Latina y el Caribe: algunas cifras	60
2.2.1. Contexto global	60
2.2.2. Contexto para América Latina y el Caribe	62
2.2.3. Efectos de la transición demográfica	64
2.2.4. Etapas de envejecimiento en América Latina	65
2.3. Aspectos demográficos relevantes para Colombia	67
2.3.1. Población general	67
2.3.2. Crecimiento poblacional	69
2.3.3. Población mayor	70

2.3.4. Fecundidad	71
2.3.5. Esperanza de vida al nacer	75
2.3.6. Población mayor e índice de envejecimiento	76
2.3.7. Relación de dependencia	78
2.3.8. Una discusión que dar: envejecimiento o longevidad	80
2.4. Conclusiones	84
3. Protección a la vejez: una perspectiva económica	85
3.1. Introducción	86
3.2. Bases conceptuales mínimas	87
3.3. El gasto en protección social en Colombia	91
3.3.1. Metodología de medición	91
3.3.2. Trayectoria global del gasto	94
3.3.3. Protección social a la vejez	102
3.4. Gasto en salud	106
3.5. Aspectos fiscales	113
3.6. Conclusiones	121
4. Seguridad económica para la población mayor en Colombia	125
4.1. Introducción	126
4.2. Antecedentes del desarrollo de la protección económica a la vejez en Colombia	127
4.2.1. Elementos de política básicos del sistema. Bases de la política de protección y sistemas que rigen para la seguridad económica en la vejez	131
4.2.2. Política de Estado	132
4.2.3. Sistema que rige en Colombia	133
4.2.4. Modelo de financiación	134
4.2.5. Cobertura	135
4.2.6. Universalidad	136
4.2.7. Desarrollo económico	138
4.2.8. Integración con el Sistema de Seguridad Social Integral	140

4.2.9. Administradores de los regímenes	143
4.2.10. Prestaciones económicas	145
4.2.11. Promoción de la cotización y control de la evasión	149
4.2.12. Pensión familiar	150
4.2.13. Pensiones de invalidez y sobrevivencia	151
4.2.14. Supervisión y regulación	153
4.2.15. Gasto público	154
4.3. Conclusiones	155
5. La participación de la población mayor en el mercado laboral	157
5.1. Introducción	158
5.2. Personas adultas mayores y mercado de trabajo	159
5.3. Acceso a jubilaciones, trabajo e ingresos de la población adulta mayor	168
5.4. Urbano vs. rural	175
5.5. Resumen y conclusiones	178
6. Población mayor y el acceso a la salud	181
6.1. Introducción	182
6.2. Estructura, cobertura y financiamiento del sistema de salud	184
6.2.1. Estructura	184
6.2.2. Financiamiento	187
6.2.3. Cobertura	188
6.3. Estado de salud de las personas mayores	192
6.3.1. Principales causas de mortalidad de las personas mayores	197
6.3.2. Esperanza de vida sana y autonomía de la persona mayor	200
6.4. Beneficios del sistema de salud	202
6.4.1. Disponibilidad y uso de los servicios	205
6.4.2. Talento humano dispuesto para las personas mayores	208

6.4.3. Gasto de bolsillo, cobertura de la población del sistema de salud	210
6.4.4. Calidad de los servicios	211
6.5. Gasto en salud	213
6.6. Conclusiones	216
7. Envejecimiento, cuidados y servicios sociales en Colombia	219
7.1. Introducción	220
7.2. Marco conceptual: cuidados y servicios sociales para la población mayor	221
7.2.1. Algunas nociones de cuidados	221
7.3. Situación actual de los cuidados para la población mayor en Colombia. Breve panorama	225
7.3.1. Acceso a los cuidados por región	227
7.3.2. Papel de las mujeres en los cuidados a la población mayor	229
7.3.3. Retos de los cuidados a la población mayor	229
7.3.4. Cuidados y su relación con el nivel socioeconómico	230
7.3.5. Estructuras familiares. Los hogares de la población mayor	232
7.3.6. Acceso al conocimiento y la educación	233
7.3.7. Autonomía de la población mayor	235
7.3.8. Maltrato y violencias en la población mayor	237
7.4. Tipos y modelos de cuidados	238
7.5. Servicios sociales de atención a la población mayor en Colombia	240
7.5.1. Sistema de Subsidio Familiar	240
7.5.2. Los cuidados sociales para la población mayor y las personas con dependencia en Colombia	243
7.6. Conclusiones	247

8. Institucionalidad de la política de envejecimiento	249
8.1. Antecedentes de la política de envejecimiento en Colombia	250
8.2. Evolución de la institucionalidad de la política de envejecimiento en Colombia	252
8.3. Institucionalidad de envejecimiento en el mundo	258
8.4. Análisis de la institucionalidad actual en Colombia	263
8.5. Conclusiones	267
9. Servicios sociales para personas mayores.	
Un acercamiento a experiencias en América Latina	269
9.1. Introducción	270
9.2. Servicios sociales, una aproximación conceptual	270
9.3. Servicios sociales y envejecimiento poblacional	272
9.4. Envejecimiento activo	272
9.5. Servicios sociales en América Latina.	
Una aproximación a diferentes experiencias	274
9.5.1. Apoyos económicos	275
9.5.2. Albergues, casas de día, centros comunitarios	277
9.5.3. Cuidados a domicilio	280
9.5.4. Acciones en beneficio de las finanzas personales	281
9.5.5. Recreación y turismo, capacitación y otros	282
9.6. Conclusiones	283

Parte 2

Hacia la construcción de un Sistema Integral de Protección a la Población Mayor

Introducción	287
1. Sistema Integral de Protección a la Población Mayor	288

1.1. ¿Qué se entiende por protección integral?	289
1.2. ¿Qué es el Sistema Integral de Protección a la Población Mayor?	291
1.3. Principios del Sistema Integral de Protección a la Población Mayor	292
1.4. Un pacto social por la protección integral de las personas mayores	296
2. Aspectos a considerar dentro del Sistema Integral de Protección a la Población Mayor	298
2.1. Consideraciones para la protección económica en la vejez	298
2.1.1. Política de Estado para la ampliación de la cobertura	299
2.1.2. Integración con otros "subtemas"	308
2.1.3. Eliminación de regímenes en competencia	309
2.1.4. Sostenibilidad a largo plazo	310
2.1.5. Necesidad de marcos legales sólidos	312
2.1.6. Problemas que existen en los seguros previsionales	313
2.1.7. Lograr mantener el ahorro proveído por el sistema	314
2.1.8. Educación y capacitación	315
2.1.9. Cambios paramétricos en el sistema de prestaciones económicas	316
2.2. Medidas desde la perspectiva laboral para mejorar la protección económica en la vejez	317
2.3. Elementos esenciales para la protección efectiva a la salud de las personas mayores	324
2.3.1. Propuestas de ajustes al sistema de salud	328
2.3.2. Las recientes iniciativas de reforma a la salud de Colombia	339
2.4. Cuidados y servicios sociales para una protección integral de la población original	340

2.4.1. Propuestas para mejorar las condiciones de envejecimiento y cuidados	341
2.5. Necesidades fiscales para la protección a la vejez	351
2.6. Institucionalidad del Sistema Integral de Protección a la Vejez	361
2.6.1. Fortalecimiento del Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez	363
2.6.2. Coordinación interinstitucional efectiva y sostenibilidad y continuidad	363
2.6.3. Inclusión de diversos actores y gobernabilidad	364
2.6.4. Supervisión adecuada	365
2.6.5. Enfoque en la familia y la comunidad	366
2.6.6. Adaptación de modelos exitosos	367
2.6.7. Políticas basadas en derechos humanos	368
2.6.8. Enfoque diferencial y acciones afirmativas	368
2.7. Consideración final "Concebir el desarrollo del Sistema Integral de Protección a la Población Mayor como un Plan Maestro"	370
Conclusiones	373
Bibliografía	381
Sobre las personas autoras	413

Presentación

A medida que los cambios demográficos reconfiguran la región de América Latina y el Caribe, el tema de la protección integral de las personas mayores adquiere mayor relevancia. El acelerado proceso de envejecimiento que vive Colombia impone al Estado colombiano el deber de avanzar en la adopción de políticas públicas específicas que tengan por propósito la garantía del derecho a la protección de la población adulta. Nuevas demandas de servicios e instrumentos de apoyo hacen necesaria la adecuación de los sistemas de salud, de pensiones, del funcionamiento del mercado laboral, las prestaciones de servicios sociales y de cuidados, entre otros. Para ello se requiere abordar la protección desde una perspectiva basada en derechos, con un enfoque integral y de responsabilidad compartida entre el Estado, la sociedad y las familias.

En consideración a estos retos, la Corporación para el Desarrollo de la Seguridad Social (CODESS), reconociendo la importancia de contribuir al debate sobre la protección de las personas mayores, suscribió un convenio de colaboración con

la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) y el Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social (CIESS), órgano de formación e investigación de la CISS. Esta asociación tiene por objetivo realizar un estudio que trascienda la protección económica, haciendo hincapié en la creación de un Sistema Integral de Protección para las Personas Mayores que incluya todos los ámbitos concernientes a la protección integral de esta población. Este estudio lo ha realizado un equipo multidisciplinario de personas expertas externas y personas funcionarias del CIESS.

El estudio examina e identifica diversos aspectos esenciales para el diseño de dicho sistema, que se ponen a consideración de los responsables de la formulación de una política de Estado de largo aliento, fundada en el respeto y la garantía de los derechos de las personas mayores, que les asegure la vida digna, autónoma, independiente y participativa.

El estudio se divide en dos partes. La parte 1, incluye capítulos que diagnostican el estado actual de la protección de las personas mayores en Colombia, identifica las necesidades insatisfechas y los aspectos necesarios a considerar en la construcción de un sistema de protección. Se presenta el régimen normativo que regula la protección a la población adulta, destacando las disposiciones internacionales y nacionales y el papel de la Corte Constitucional en la protección de las personas adultas. El documento analiza indicadores demográficos que permiten identificar los retos y oportunidades, detallando sus implicaciones económicas, sociales e institucionales para la protección social de esta población, además de las necesidades de atención a cubrir; destaca la necesidad de aumentar el apoyo financiero para garantizar un nivel digno de vida mínimo a las personas mayores, especialmente a las que viven en la pobreza y en regiones marginadas; evalúa el sistema de pensiones, su cobertura y las reformas necesarias para garantizar la seguridad económica al llegar a la vejez;

identifica los requerimientos para la atención adecuada para un envejecimiento saludable y digno; examina el mercado laboral y la participación de las personas mayores en este. Se hace una revisión del sistema de salud y los servicios sociales y asistenciales, teniendo en cuenta las diferencias de género, socioeconómicas y entre el ámbito urbano y el rural. Además, el documento hace un análisis de la institucionalidad de la política de envejecimiento en el país. Finalmente, se presenta una revisión de la experiencia de los países latinoamericanos en materia de los servicios sociales para la referida población.

La parte 2 recoge el resultado del trabajo que realizó el colectivo conformado, que presenta las reflexiones y recomendaciones de las personas expertas que revisaron la situación actual de Colombia en materia de protección de las personas mayores. Esta sección aborda los retos pendientes y las debilidades que los sistemas e instituciones deben atender para avanzar hacia una Colombia más equitativa y justa que permita a las personas mayores vivir dignamente. Propone, además, un pacto social para construir el Sistema Integral de Protección a la Población Mayor; enfatiza la necesidad de un acuerdo nacional con amplia participación que a partir de la institucionalidad existente construya de forma gradual y progresiva dicho sistema y que defina el nivel y alcance del bienestar a otorgar a estas poblaciones.

Finalmente, destaco y reconozco la importancia de la alianza entre las dos instituciones, pues hizo posible la realización del estudio que se presenta, esperando contribuir, con tal esfuerzo, al debate nacional sobre los retos que supone la adopción de una política de Estado para la protección de la población mayor y la configuración de un sistema que vuelva realidad la vida digna de las personas al llegar a la vejez.

Dr. Emilio Carrasco González,
Director del Centro Interamericano
de Estudios de Seguridad Social

Introducción

Esta primera parte contiene la descripción y el análisis de la situación en materia de protección de la población mayor en Colombia. En ella se ofrece un diagnóstico detallado de los diversos instrumentos e instituciones que de manera desarticulada e incompleta procuran atender a las personas mayores, resaltando las necesidades insatisfechas y los aspectos clave a considerar en la construcción de un sistema de protección efectivo.

Esta parte está integrada por nueve capítulos, a saber: el capítulo 1, “Protección a la población adulta mayor en Colombia. Régimen normativo”, del Dr. Emilio Carrasco González y la Dra. Berenice Hernández Bracho, describe el marco legal para la protección de las personas mayores en Colombia, destacando las disposiciones nacionales e internacionales.

En el capítulo 2, “Aspectos demográficos como marco para una vida longeva”, del Dr. Miguel Uprimny, se examina el proceso de envejecimiento en Colombia, resaltando las implicaciones económicas, sociales y políticas para la atención en salud, la protección social y las necesidades de cuidados. Se analizan indicadores demográficos clave para abordar los retos y las oportunidades de la población mayor.

El capítulo 3, “Protección a la vejez: una perspectiva económica”, del Dr. Isidro Hernández, ofrece una perspectiva económica centrada en los aspectos financieros necesarios para apoyar a las personas mayores que viven en la pobreza, haciendo hincapié en un enfoque de la protección social, basado en los derechos, que garantice un nivel digno de vida mínimo.

El capítulo 4, “Seguridad económica para la población mayor en Colombia”, del Dr. Mauricio Amador, examina el sistema de pensiones, su cobertura y las reformas necesarias para garantizar una renta básica solidaria a las personas mayores.

El capítulo 5, “La participación de la población mayor en el mercado laboral”, del Dr. Stefano Farné, se centra en el impacto de la informalidad sobre la protección económica y la de este sector poblacional en el mercado laboral.

El capítulo 6, “Población mayor y el acceso a la salud”, del Dr. Miguel Uprimny, analiza los retos a los que se enfrenta el sistema de salud, centrándose en el acceso de las personas mayores a los servicios médicos y en las desigualdades entre las zonas urbanas y rurales.

Por su parte, el capítulo 7, denominado “Envejecimiento, cuidados y servicios sociales en Colombia”, ofrece una visión general de los servicios sociales y asistenciales para las personas mayores, abordando los retos relacionados con el género y las diferencias socioeconómicas y regionales.

El capítulo 8, “Institucionalidad de la política de envejecimiento”, del Dr. Mauricio Olivera, analiza el marco institucional de las políticas de envejecimiento, destacando la importancia de la coordinación intersectorial y el seguimiento continuo para una aplicación eficaz de estas, con un enfoque integral y una responsabilidad compartida entre el Estado, la sociedad civil, las familias y el sector privado.

Por último, el capítulo 9, “Servicios sociales para personas mayores. Un acercamiento a experiencias en América Latina”, de la Dra. Berenice Hernández, describe los servicios sociales para personas mayores en once países, seleccionados por sus niveles de envejecimiento y por la madurez de sus programas y políticas públicas, presentando una clasificación por tipos de servicios.

Parte 1

**La protección, hoy, de las
personas mayores en Colombia**

1. Protección a la población adulta mayor en Colombia. Régimen normativo

■ **Amalia Berenice Hernández¹**

■ **Emilio A. Carrasco²**

■ **Resumen**

El presente capítulo describe el marco jurídico de protección a las personas mayores en Colombia, una construcción que suma ya varias décadas, con disposiciones nacionales, aquellas de carácter supranacional, que han integrado el bloque de constitucionalidad con el predominio resultante de los tratados sobre derechos humanos ratificados por el Estado colombiano, así como la participación de la Corte Constitucional de Colombia, con el reconocimiento expreso de derechos que buscan la igualdad de oportunidades y la nivelación social.

¹ Investigadora especialista del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), es doctora en Derecho y Globalización, Administradora de Empresas y docente.

² Abogado, director del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS). Creó y dirigió el Departamento de Seguridad Social y Mercado de Trabajo de la Universidad Externado de Colombia.

Se da cuenta, también, del desarrollo que el país presenta en materia de instituciones y políticas públicas en beneficio de este grupo etario, a fin de garantizarle condiciones necesarias para un envejecimiento saludable.

1.1. Antecedentes

La Constitución política de 1991 constituye un paso significativo en el otorgamiento, reconocimiento y protección de los derechos de las personas, no solo de las garantías a la vida y a la libertad, sino de los denominados derechos económicos, sociales y culturales. Esta Carta, resultado de un gran acuerdo político nacional (pacto social) (Gaviria, 2017), sustituyó la centenaria Constitución de 1886, escasa en el reconocimiento de derechos individuales, y supuso una profunda transformación a la naturaleza del Estado y a todo el ordenamiento jurídico, pues pasó de un Estado de derecho a un Estado social de derecho, consagrando, con rango constitucional, a un importante catálogo de derechos prestacionales (derechos económicos, sociales y culturales) de segunda generación, entre ellos el derecho a la seguridad social. La Constitución de 1991 adquiere gran importancia, también, por la creación de los mecanismos para la protección y aseguramiento de tales derechos, como la tutela y las acciones populares, este último, en el caso de la protección a los derechos colectivos.

Otro rasgo destacable y que caracteriza a la Carta Política de 1991, en relación con la de 1886, asociado al reconocimiento y protección de los derechos de las personas mayores es que:

La Constitución de 1991 varía de manera profunda la anterior situación, por cuanto confiere una fuerza jurídica interna clara a los instrumentos internacionales de derechos

humanos”. Cuatro disposiciones jugarán entonces un papel trascendental: por un lado, el artículo 53, según el cual, “los convenios internacionales del trabajo debidamente ratificados hacen parte de la legislación interna”. Por otro, el artículo 93, que establece que ciertas normas internacionales de derechos humanos “prevalecen en el orden interno”, y que “los derechos y deberes consagrados en esta Carta, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia”. En tercer término, el artículo 94, que incorpora la cláusula de derechos innominados, pues precisa que “la enunciación de los derechos y garantías contenidos en la Constitución y en los convenios internacionales vigentes, no debe entenderse como negación de otros que, siendo inherentes a la persona humana, no figuren expresamente en ellos”. Finalmente, el artículo 214, que regula los estados de excepción, e indica que incluso en esos momentos de crisis, no pueden “suspenderse los derechos humanos ni las libertades fundamentales”, y que “en todo caso se respetarán las reglas del derecho internacional humanitario”. (Uprimny, 2017, p. 127)

Estas disposiciones han dado lugar a que normas de carácter internacional en materia de derecho humanitario sean consideradas de carácter supraconstitucional, aún sin haber sido incorporadas al ordenamiento jurídico interno mediante la aprobación y ratificación de un tratado o declaración.

Cabe mencionar, además, que la Corte Constitucional en la sentencia T-426 de 1992:

Tuvo en cuenta la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales para reconocer como fundamental un derecho, que no aparecía de manera expresa en la Carta: el llamado derecho a la subsistencia o derecho al mínimo vital, que jugaría posteriormente un papel decisivo en la jurisprudencia de esta Corporación sobre derechos sociales. (Uprimny, 2017, p. 129)

Esta especial referencia al denominado “bloque de constitucionalidad” viene al caso por la importancia que, en materia de reconocimiento de derechos y protección a las personas mayores, significa la adhesión de Colombia a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, a la que se hace referencia más adelante.

Por otra parte, es importante destacar, en el marco del presente estudio, que la Constitución vigente hace especial énfasis en la protección a las personas mayores, consagrada textualmente en el artículo 46,³ que reconoce como sujetos obligados por ley para su protección al Estado, la sociedad y la familia, y le garantiza a esta población el servicio público de seguridad social integral y la asistencia alimentaria en caso de indigencia. Esta disposición guarda relación con otras que se suman al marco normativo para este grupo poblacional, como aquellas que reconocen el derecho a la vida⁴ (artículo 11), a la integridad⁵ (artículo 12), a la libertad e igualdad⁶ (artículo 13) y fomentan la adopción de condiciones para que la igualdad que se consagra sea efectiva, mediante el establecimiento de medidas en favor de grupos que se encuentren en una circunstancia de debilidad manifiesta, como el caso que nos

³ 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 a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.

⁴ Artículo 11. El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte.

⁵ Artículo 12. Nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

⁶ Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará 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 circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

ocupa; el derecho integral a la seguridad social (artículo 48),⁷ que lo reconoce como un derecho irrenunciable y como un servicio público obligatorio; y el derecho a la vivienda digna⁸ (artículo 51), que señala como sujeto obligado al Estado, encargado de fijar las condiciones necesarias para hacer efectivo ese derecho mediante planes y sistemas.

1.2. Derechos de las personas mayores

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 3 de la Ley 1251 de 2008, que dicta las normas de protección, promoción y defensa de los derechos de las personas adultas mayores, en Colombia se identifica como tales a quienes cuentan con 60 años o más (DANE, 2021).

A nivel internacional, el reconocimiento a los derechos humanos y la protección a las personas mayores data de 1991, con la aprobación de los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad. Posterior a ello, durante décadas surgieron diversos instrumentos con el propósito de protegerles,⁹ hasta llegar a la Convención Interamericana

⁷ Artículo 48. La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.

⁸ Artículo 51. Todos los colombianos tienen derecho a vivienda digna. El Estado fijará las condiciones necesarias para hacer efectivo este derecho y promoverá planes de vivienda de interés social, sistemas adecuados de financiación a largo plazo y formas asociativas de ejecución de estos programas de vivienda.

⁹ Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad (1991), Proclamación sobre el Envejecimiento (1992), Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002); Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2003); Declaración de Brasilia de la Segunda Conferencia Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe (2007); Plan de Acción sobre la Salud de las Personas Mayores, Incluido el Envejecimiento Activo y Saludable de la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2009); Declaración

sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en 2015, cuyo objeto es:

Promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. (Artículo 1º)

Este instrumento es de especial importancia toda vez que, si bien protege los derechos humanos de hombres y mujeres, es particular respecto a la protección a las personas en razón de su edad; por ejemplo, con lo dispuesto por el artículo 18, relativo a la prohibición de la discriminación en el acceso laboral, al derecho a la vida y a vivir con dignidad en la vejez hasta el final de vida (OEA, 2015).

La Convención, aprobada mediante la Ley 2055 de 2020,¹⁰ es un instrumento que reconoce 27 derechos humanos y tiene como objeto la promoción, protección, aseguramiento, reconocimiento, goce y ejercicio de todos los derechos humanos y libertades de las personas mayores, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.

de Compromiso de Puerto España (2009); Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe (2012).

¹⁰ Declaraciones del Estado colombiano en el instrumento de adhesión: “La República de Colombia reconoce que la naturaleza progresiva de los derechos de contenido económico, social y cultural es un elemento esencial en su materialización y garantía efectiva. Por lo tanto, las obligaciones de este tipo previstas en la Convención deberán interpretarse como obligaciones de medio y no de resultado, sujetas a las capacidades institucionales y a los lineamientos del sistema legal nacional. Esta interpretación deberá completarse deberá aplicarse en particular a los artículos 4, 8, 12, 17, 24 y 31 de la Convención”. “La República De Colombia declara en relación con los artículos 4, 6 y 18 de la Convención, que las obligaciones allí previstas deberán cumplirse de conformidad y en armonía con los requisitos formales y sustantivos de las disposiciones en la materia vigentes en el ordenamiento jurídico colombiano”. https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores_firmas.asp#:~:text=El%2027%20de%20septiembre%20de,Wash%20ington%20C%20D.%20C.%20C%20Estados%20Unidos.

Los referidos derechos son:

- Derecho a la igualdad y no discriminación por razones de edad.
- Derecho a la independencia y a la autonomía.
- Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez.
- Derecho a la participación e integración comunitaria.
- Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia.
- Derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud.
- Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo.
- Derecho a la libertad personal.
- Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información.
- Derecho a la nacionalidad y a la libertad de circulación.
- Derecho a la privacidad y a la intimidad.
- Derecho a la seguridad social.
- Derecho al trabajo.
- Derecho a la salud.
- Derecho a la educación.
- Derecho a la cultura.
- Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte.
- Derecho a la propiedad.
- Derecho a la vivienda.
- Derecho a un medio ambiente sano.
- Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal.
- Derechos políticos.
- Derecho de reunión y de asociación.
- Derecho a la protección en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias.

- Igual reconocimiento como persona ante la ley.
- Derecho de acceso a la justicia.

En gran medida, los derechos antes relacionados se encuentran consagrados en el ordenamiento constitucional colombiano, han sido objeto de desarrollo jurisprudencial y en manera alguna contradicen los preceptos del ordenamiento interno. Es por ello que el máximo órgano de control constitucional, luego de un examen detallado de cada uno de estos derechos, mediante la sentencia C-395-21, declaró la exequibilidad de la Convención y de la ley mediante la cual esta se aprobó (ver tabla 1, al final del capítulo).

Dicho examen también se refirió a los mecanismos de seguimiento y a la conformación de un comité de personas expertas, que, a juicio del tribunal constitucional, son necesarios para el logro de el goce efectivo de los derechos en ella consagrados.

De manera que la Sala consideró que este tipo de mecanismos, por tener por objeto la consecución pacífica de los objetivos del instrumento internacional que se adopta, están en armonía con los principios del derecho internacional que aceptó Colombia y concretan los principios de buena fe y *pacta sunt servanda* previstos en el artículo 9 de la Constitución (Corte Constitucional de Colombia, 2021).

De igual forma, con relación al sistema de peticiones individuales, la Corte consideró que:

- (i) se trata de un mecanismo que tiene por único objeto, proteger los derechos fundamentales de las personas; (ii) busca servir de respuesta a la necesidad de otorgar medidas de protección y garantía de los derechos por fuera de los mecanismos previstos al interior de los Estados; (iii) es un control internacional que no supone de manera alguna una injerencia arbitraria en los asuntos internos del Estado;

y, (iv) la competencia para conocer de quejas o denuncias contra el Estado colombiano por la presunta violación de otras garantías derivadas de los múltiples tratados regionales de derechos humanos ratificados por Colombia ya fue reconocida. Por lo que la Corte no encuentra ninguna objeción a la existencia de este mecanismo individual de protección de los derechos de la persona, en tanto que los valores de dignidad humana, libertad e igualdad en que se funda son también protegidos por la Constitución. (Corte Constitucional de Colombia, 2021)

Como ya se manifestó y aquí se reitera, el andamiaje normativo al que se ha hecho referencia atiende, según lo dispuesto por el artículo 93,¹¹ a lo que se denomina “bloque de constitucionalidad”¹² e implica la prevalencia de los tratados sobre derechos humanos vigentes internacionalmente para Colombia, así como la obligatoriedad de que los derechos y deberes que consagra la Constitución deberán ser interpretados conforme a los tratados sobre derechos humanos ratificados por el Estado.

Lo anterior significa, entonces, el predominio de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y dos pactos de Naciones Unidas: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos,

¹¹ Artículo 93. Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta Carta se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia.

¹² Se refiere a aquellas normas y principios que, sin aparecer formalmente en el articulado del texto constitucional, son utilizados como parámetros del control de constitucionalidad de las leyes, por cuanto han sido normativamente integrados a la Constitución, por diversas vías y por mandato de la propia Constitución. Véase Arango, M. (2004). *El bloque de constitucionalidad en la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana*. Disponible en: <https://www.icesi.edu.co/contenido/pdfs/C1C-marango-bloque.pdf> Consultado el 5 de febrero de 2024.

Sociales y Culturales, y su protocolo facultativo¹³ y todos los demás tratados sobre derechos humanos aprobados por el Congreso y ratificados por el presidente de la República, de manera tal que ante un conflicto entre una norma contenida en un tratado sobre derechos humanos y la Constitución, prevalecerá la norma internacional.

Esto ha representado importantes avances en la protección de los derechos humanos de las personas mayores, ya sea como recomendaciones o con efectos vinculantes para el Estado colombiano, por ejemplo, en lo relativo a garantizar la cobertura universal del sistema de pensiones, el acceso integral a la salud, el reconocimiento al derecho a la educación y al trabajo, así como en favorecer su participación en las decisiones de política pública del país, entre otras.

1.3. Dignidad humana y personas mayores

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948¹⁴ hace referencia, por primera vez en un instrumento internacional, al concepto de dignidad, que en Colombia se presenta como principio constitucional (artículo 1º)¹⁵ y al

¹³ “La relevancia del derecho a la seguridad social también es reconocida en diversos instrumentos internacionales, en los que se destaca su impacto en la consecución y la realización de las otras garantías. Por ejemplo, en el sistema universal de protección de derechos humanos, el artículo 9º del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) consagra el derecho a la seguridad social y su importancia para: ‘(...) *garantizar a todas las personas su dignidad humana cuando hacen frente a circunstancias que les privan de su capacidad para ejercer plenamente los derechos reconocidos en el Pacto*’.” (Corte Constitucional de la República de Colombia, 2020)

¹⁴ Artículo 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

¹⁵ Artículo 1º. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

que la Corte se ha referido como un elemento esencial que soporta el concepto de Estado social de derecho,¹⁶ mismo que ha dado como consecuencia directa el derecho a un mínimo vital, sobre el que se ha pronunciado la Corte en múltiples ocasiones (T-458-97),¹⁷ señalando que el objeto es garantizar las condiciones materiales más elementales, sin las cuales una persona pudiera correr el riesgo de perecer.

En el caso del grupo poblacional que nos ocupa, se presenta una manifiesta vulnerabilidad de personas, a decir de la Corte, quienes al final de sus vidas deberían poder aspirar a una vejez digna y plena.

En este sentido, el artículo 1º constitucional señala: “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” (Constitución Política de la República de Colombia, 1991).

Por tanto, el respeto a la dignidad humana es el piso a partir del cual deberá otorgarse la protección de los derechos fundamentales.

Ha sido también la Corte la encargada de determinar los lineamientos de su naturaleza práctica, asunto de suma importancia que permite a las y los ciudadanos el goce y ejercicio de sus derechos. Al respecto, en la sentencia T-881 de 2002, se ha pronunciado, para su interpretación, de dos maneras: “a partir de su objeto concreto de protección y a partir de su funcionalidad normativa” (Corte Constitucional de Colombia, 2002).

En tanto objeto de protección del enunciado normativo, la Corte ha identificado tres lineamientos:

¹⁶ Corte Constitucional de la República de Colombia. (2013). *Sentencia T-207-13*. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/t-207-13.htm>. Consultado el 29 de enero de 2024.

¹⁷ Corte Constitucional de la República de Colombia (1997). *Sentencia T-458-97*. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/T-458-97.htm>. Consultado el 29 de enero de 2024.

- La dignidad humana entendida como *autonomía* o como *posibilidad de diseñar un plan vital* y determinarse según sus características.
- La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia.
- Entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales (integridad física e integridad moral).

Desde el punto de vista de la funcionalidad, se han identificado tres lineamientos:

- La dignidad humana entendida como principio fundante del ordenamiento jurídico y, por tanto, del Estado y, en este sentido, de la dignidad como valor.
- La dignidad humana entendida como principio constitucional.
- Entendida como derecho fundamental autónomo.

Estas aportaciones de la Corte, si bien han abonado de manera importante a la interpretación y entendimiento de la dignidad humana, no resultan suficientes para la resolución de casos complejos.

1.4. Derecho al mínimo vital

En el análisis realizado se identifica que, aunque el Estado tiene un deber social, mientras no sea posible garantizar una prestación económica, está obligado a promover la igualdad real y efectiva frente a la distribución inequitativa de recursos económicos y a la escasez de oportunidades.

Es por ello por lo que resulta de suma importancia la participación de la Corte Constitucional en favor de las personas adultas mayores en resoluciones como la relativa al derecho

al mínimo vital, cuyo reconocimiento busca garantizar la igualdad de oportunidades y la nivelación social (Corte Constitucional de Colombia, 2016a).

El mínimo vital no es un derecho expresamente reconocido en la Constitución; sin embargo, la Corte se ha pronunciado respecto a su valoración y la verificación de su vulneración (Corte Constitucional de Colombia, 2011). Su aplicación se ha dirigido a garantizar el sustento mínimo de la persona solicitante, de manera que pueda vivir en condiciones dignas, con alcance a su núcleo familiar, para proteger condiciones económicas mínimas de subsistencia.

Si bien constitucionalmente no se consagra de manera textual el derecho al mínimo vital, es posible considerarlo como un derecho de construcción jurisprudencial y una expresión de los principios de dignidad humana y de solidaridad, conexo a los derechos a la seguridad social, trabajo, vida y salud (Duque, Duque y González, 2019). Con esta construcción y con la aplicación de los tratados internacionales, es posible identificar en la actualidad el derecho al mínimo vital como un derecho humano fundamental autónomo, toda vez que su materialización no solo sirve necesariamente a la promoción de la dignidad de las personas mayores, sino también a la construcción de condiciones más igualitarias.

Es por esto por lo que, además de considerar el derecho a una vida digna, también se ha puesto énfasis en la protección especial a grupos poblacionales por razón de su condición de debilidad manifiesta, ya sea económica, física o mental; a aquellos en situación de pobreza extrema y especialmente a quienes, además de no contar con ingresos suficientes, se encuentran en edad avanzada (Corte Constitucional de Colombia, 2013).

Es necesario señalar que actualmente el derecho a una vida digna tiene importantes retos, como su aplicación, ya que implica que el Estado asegure condiciones materiales mínimas para hacer posible su ejercicio. Otro reto es el

cumplimiento del principio de universalidad, toda vez que actualmente se encuentra ligado mayoritariamente a las personas trabajadoras, por lo que el Estado es el primer obligado a garantizar condiciones materiales de vida mínimas que resulten compatibles con la dignidad de las personas, con alcance a la alimentación, salud, vivienda, educación y, en los casos de pobreza extrema, a un ingreso mínimo, sin lo cual no podría asegurarse la subsistencia de la persona.¹⁸

1.5. Institucionalidad y políticas públicas

En este sentido, se identifica un importante esfuerzo para diseñar e implementar programas de protección para personas mayores, los cuales devienen del cumplimiento de una historia de cuerpos normativos nacionales.¹⁹ Ejemplo de lo anterior fueron las acciones para la actualización de la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024 y la adopción de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, el Plan Nacional de Acción Intersectorial de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez y la creación del Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez, estas últimas como herramientas para el establecimiento, monitoreo, seguimiento y evaluación de la Política (MINSALUD, 2022).

La Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031 es un conjunto de acciones con las que se pretende garantizar las condiciones necesarias para un envejecimiento

¹⁸ Con la aprobación reciente de la reforma pensional, aún pendiente de sanción, se adopta un sistema de pilares, cuyo propósito es extender la cobertura de la seguridad económica de la población adulta mediante la integración de un pilar solidario, la ampliación de un pilar semicontributivo, entre otros instrumentos.

¹⁹ La Ley 1850 de 2017, que penalizó el maltrato intrafamiliar, la negligencia y el abandono de las personas mayores; la Ley 1955 de 2019, que modificó la Ley 687 de 2001 en lo relacionado a la Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor, y la Ley 2040 de 2020, que impulsó el empleo de las personas mayores sin pensión.

saludable, así como una vejez digna, autónoma e independiente en igualdad, equidad y no discriminación. Se basa en seis principios,²⁰ regidos por ocho enfoques,²¹ y se estructura a partir de seis ejes estratégicos²² con líneas de acción correspondientes para el logro de las metas propuestas.

La Política se realizará a partir de la ejecución del Plan Nacional de Acción Intersectorial, los planes de acción territoriales y con ayuda del Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez. En lo referente al Plan Nacional de Acción Intersectorial, se trata del documento en el que se definen acciones, responsables, recursos e indicadores de gestión, resultado e impacto, que, de acuerdo con el Decreto 681 de 2022, debían formularse dentro de los seis meses siguientes a la expedición del mismo decreto en coordinación con el Consejo Nacional de Personas Mayores.

Como se ha descrito a lo largo del presente apartado, Colombia cuenta con un importante andamiaje normativo para la protección de las personas adultas mayores y a esto se suma la relevancia de la acción de tutela, con la cual, aunque tiene un carácter subsidiario (al no proceder cuando se cuenta con otros mecanismos de defensa), en el caso de las personas adultas mayores, se han reconocido diversos derechos, atendiendo a la disminución de sus capacidades físicas, la reducción de sus expectativas de vida y a una mayor afectación en sus condiciones de salud, de tal manera que resultaría desproporcionado someterles a un proceso ordinario para atender a sus pretensiones.²³

²⁰ Dignidad, independencia, autorrealización, participación, cuidados y corresponsabilidad.

²¹ Enfoque de derechos, diferencial, de género, de curso de vida, territorial, intersectorial, interseccional y humanista.

²² Superación de la dependencia económica; inclusión social y participación ciudadana; vida libre de violencias; atención integral en salud, atención a la dependencia y organización del servicio de cuidado; envejecimiento saludable para una vida independiente, autónoma y productiva en la vejez; y educación, formación e investigación para enfrentar el desafío del envejecimiento y la vejez.

²³ Véanse sentencias T-495-97, T-1316-01, T-310-10 (Corte Constitucional de la República de Colombia, 1997; 2001; 2010).

1.6. Protección constitucional a las personas mayores

Hemos señalado con anterioridad la corresponsabilidad en el bienestar de las personas mayores al que hace referencia el texto constitucional, y, en este sentido, la Corte Constitucional ha determinado que sus descendientes o parejas sentimentales están obligados a asumir el costo de las necesidades básicas. En caso de que la supervivencia dependa de una pensión, el incumplimiento de tal obligación desatiende el deber del Estado (Corte Constitucional de Colombia, 2014a). En el ordenamiento jurídico interno existen disposiciones que pretenden brindar la garantía de protección a las personas adultas mayores frente a una inasistencia a la obligación de cuidado y auxilio. Al respecto, el Código Civil en su artículo 251 establece que la o el descendiente debe cuidar y brindarle auxilio a su madre o su padre en situaciones²⁴ de (i) ancianidad, (ii) estado de demencia y (iii) en todas las circunstancias de la vida en las cuales requieran el socorro de su descendencia (Corte Constitucional de Colombia, 2016b); por su parte, el artículo 252 menciona que tendrán derecho a ese socorro los ascendientes legítimos, como abuelas, abuelos, bisabuelas, bisabuelos o tatarabuelas y tatarabuelos directos por afinidad y consanguinidad.²⁵ La descripción normativa anterior detalla ese deber con las personas adultas mayores como sociedad, para que tengan una calidad de vida óptima, poniendo de presente la solidaridad familiar como principio rector, pues las y los miembros de

²⁴ La Corte menciona que las situaciones son meramente enunciativas, mas no taxativas. Ver sentencia C-451-16 (Corte Constitucional de la República de Colombia, 2016b).

²⁵ La Corte precisa que esa obligación estará impuesta siempre y cuando la o el descendiente emancipado sea el único y la descendencia inmediata no exista o, en su defecto, carezca de recursos económicos para asumir el cuidado y el auxilio correspondiente.

la familia son a quienes se llama a prestar en primera instancia la asistencia requerida a su parentela. Sin perjuicio de lo anterior, es preciso resaltar que parte de garantizar ese cuidado a las personas ascendientes directas es suministrar alimentos siempre que exista esa incapacidad de asegurarse por sí mismas.

En línea con lo anterior, cuando las personas obligadas a brindar alimentos se sustraen injustificadamente de su deber con sus ascendientes, las primeras podrán ser procesadas por el delito de inasistencia alimentaria, contenido en el artículo 233 del Código Penal colombiano, que impone una pena a quien incumple con su obligación de sustentar a una persona económicamente, por poner en peligro la subsistencia y estabilidad de la familia.

Considerando las normativas internas de protección a la persona adulta mayor por razones civiles y penales, se identifica el problema al que se enfrenta este grupo etario al no contar con suficiencia económica y exponerse a contingencias que les impiden el pleno goce de su calidad de vida.

Respecto a la conexidad de derechos, en la Sentencia T-533-92, la Corte ordenó que se declarara el estado de extrema pobreza y de indigencia del solicitante, por lo que dictó a la autoridad que se le brindara auxilio económico acorde con sus circunstancias, debido a su incapacidad para trabajar y al impedimento económico de sus hijos. En la motivación de la sentencia, se enfatizó la obligación del Estado de proteger a una persona en tal situación y la actualización de los derechos a la salud, a la seguridad social y a la protección de asistencia a la tercera edad, consagrados en los artículos 13, 49, 48 y 46 constitucionales, respectivamente (Corte Constitucional de Colombia, 1992).

En diversos casos en los que por diferentes motivos se ha negado o suspendido el subsidio para personas adultas, la Corte ha reconocido que esto vulnera derechos fundamentales

de las personas accionantes, como el derecho a la vida digna, al mínimo vital y a la seguridad social.²⁶

Condiciones como indigencia o extrema pobreza en personas adultas mayores han merecido especial trato por el tribunal constitucional, que, en cumplimiento al artículo 46 constitucional, reconoce la obligación concurrente a que se ha hecho referencia.²⁷

1.7. El derecho a la salud de las personas mayores

El texto constitucional reconoce el derecho a la salud²⁸ como un derecho fundamental y como un servicio público, por lo que le corresponde al Estado la organización y garantía de su prestación, debido a lo cual será necesaria la asignación de inversión suficiente para garantizar la eficacia del derecho y su alcance. Adicional a ello, ha reconocido que se encuentra vinculado a la garantía de otros derechos fundamentales, lo que compromete su efectividad.

En la construcción jurisprudencial, podemos identificar que inicialmente la Corte reconoció el derecho a la salud como parte de los derechos económicos, sociales y culturales, tal y como está previsto en la Carta Política. Por tanto, no se trataba de un derecho constitucional fundamental y, por

²⁶ Véanse sentencias: T-900-07, T-696-12, T-207-13, T-413-13 y T-544-14 (Corte Constitucional de la República de Colombia, 2007; 2012; 2013a; 2013b; 2014).

²⁷ Véanse sentencias T-149-02, T-646-07, T-900-07, T-413-13 (Corte Constitucional de la República de Colombia, 2002; 2007a; 2007b; 2013).

²⁸ Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

ende, no podía ser protegido por vía de tutela. Posteriormente, se ampliaron los alcances del derecho a la salud, al reconocer que no ejercer esa protección implicaría poner en riesgo el derecho a la vida o a la dignidad humana. Asimismo, la Corte reconoció situaciones que merecían especial protección, como aquellas en las que se puede incluir a las personas mayores y, por tanto, en las que el derecho a la salud es considerado como uno fundamental de forma autónoma, lo cual ratificó la ley estatutaria de salud, Ley 1751 de 2015, que en su artículo 1º le reconoce tal condición.²⁹

En reiterada jurisprudencia, la Corte Constitucional, refiriéndose a la prestación de los servicios de salud a personas mayores, a considerado a estas como sujetos de especial protección constitucional para quienes se exige un trato preferencial en cumplimiento del artículo 13 de la Constitución y del principio de solidaridad (artículos 1 y 95 de la Constitución). Al respecto, ha reiterado que:

Los adultos mayores³⁰ necesitan una protección preferente, debido a las especiales condiciones en que se encuentran. Por ello, el Estado tiene el deber de garantizar los servicios de seguridad social integral a estas personas, dentro de los cuales se encuentra la atención en salud. (Corte Constitucional de Colombia, 2014b)

Es necesario destacar, también, que la Corte ha atendido al principio de integralidad, que implica que la atención y la prestación de los servicios de salud a las personas adultas mayores no puede ser parcial ni fragmentado, a fin de garantizar el bienestar físico, psicológico y psíquico, considerando al ser humano en su totalidad; es decir, se trata de una persona a la

²⁹ Ley 1751 de 2015. Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

³⁰ En masculino genérico, en el original.

que no solo debe resolverse una prestación, sino también garantizarle atención completa, continua y articulada en relación con su condición de persona adulta mayor.³¹

1.8. Conclusiones

La protección integral a las personas adultas mayores en Colombia no solo debe referirse a la prestación de la seguridad social como un servicio público, sino también a la comprensión comunitaria de que se trata de un derecho humano a cuyo cumplimiento progresivo se ha comprometido el Estado colombiano desde diferentes instrumentos internacionales, como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, y como respuesta indelegable al reto que representa el envejecimiento poblacional, ya en claro proceso de desarrollo.

Por tanto, es preciso comprender que la protección integral a este grupo etario deberá contener elementos que consideren al ser humano en su totalidad; es decir, con el reconocimiento de derechos humanos que contribuyan a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad (OEA, 2015), como el derecho a la vida, a la salud, al acceso a la cultura, al trabajo, a la vivienda, a la participación política, a la integración social, a la independencia, a la autonomía, a vivir libres de violencia, a los servicios de cuidado, al acceso a la información, al esparcimiento, al deporte, a la propiedad y al acceso a la justicia, por citar algunos.

Como lo establece el artículo 48, la responsabilidad de la protección de las personas adultas corresponde al Estado, la sociedad y la familia, por lo que este mandato va más allá de la disposición de programas o instituciones que atiendan

³¹ Véanse sentencias T-576-08, T-655-08, T-519-14 y T-056-15 (Corte Constitucional de la República de Colombia, 2008a; 2008b; 2014; 2015).

a ese deber y supone el compromiso de una sociedad y de la familia, como núcleo básico de la misma, de amparar a sus mayores, reconocer el espacio que les corresponde y prodigarles las condiciones necesarias que les garanticen una vida digna, a la que tienen derecho. En este sentido, el Estado deberá procurar las condiciones para que así sea, no solamente con el reconocimiento normativo de los derechos sino también con todos los medios necesarios para su efectiva realización.

Colombia deberá aprovechar todo el andamiaje normativo construido, así como el reconocimiento de la importancia de la realización efectiva de los derechos de las personas mayores, para estructurar un sistema que permita la efectiva realización de los derechos prestacionales, esto con la fundamental actuación del poder legislativo, desde donde se definirá su estructura y desarrollo, tal como ocurrió con la integración de la seguridad social como un servicio público.

Finalmente, un sistema de protección integral no podría dejar de considerar todos los elementos mencionados en párrafos anteriores, y sobre los cuales ya se ha pronunciado la Corte, sin perder de vista que la dignidad deberá ser siempre el elemento integrador.

Tabla 1. Análisis comparativo de los derechos de las personas mayores en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Persona Mayores en y la Constitución Política de Colombia

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores	Constitución Política de Colombia
Artículo 5°. Derecho a la igualdad y no discriminación por razones de edad.	Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará 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 circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.
Artículo 6°. Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez.	Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará 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 circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan. Artículo 15. Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas.
Artículo 7°. Derecho a la independencia y a la autonomía.	Desarrollado por la Corte Constitucional en sentencias: C-503 de 2014, T-026 de 2016 y T-010 de 2017.
Artículo 8°. Derecho a la participación e integración comunitaria.	Artículo 37. Toda parte del pueblo puede reunirse y manifestarse pública y pacíficamente. Solo la ley podrá establecer de manera expresa los casos en los cuales se podrá limitar el ejercicio de este derecho. Artículo 38. Se garantiza el derecho de libre asociación para el desarrollo de las distintas actividades que las personas realizan en sociedad.

Artículo 9º. Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia.	Artículo 12. Nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
Artículo 10º. Derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.	Artículo 12. Nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
Artículo 11. Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud.	Artículo 49. Modificado. A.L. 2/09, art. 1º. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.* (El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica). Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto. Así mismo, el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos.
Artículo 12. Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo.	

Artículo 13. Derecho a la libertad personal.	Artículo 28. Toda persona es libre. Nadie puede ser molestado en su persona o familia, ni reducido a prisión o arresto, ni detenido, ni su domicilio registrado, sino en virtud de mandamiento escrito de autoridad judicial competente, con las formalidades legales y por motivo previamente definido en la ley. La persona detenida preventivamente será puesta a disposición del juez competente dentro de las treinta y seis horas siguientes, para que este adopte la decisión correspondiente en el término que establezca la ley. En ningún caso podrá haber detención, prisión ni arresto por deudas, ni penas y medidas de seguridad imprescriptibles.
Artículo 14. Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información.	Artículo 20. Se garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial, y la de fundar medios masivos de comunicación. Estos son libres y tienen responsabilidad social. Se garantiza el derecho a la rectificación en condiciones de equidad. No habrá censura.
Artículo 15. Derecho a la nacionalidad y a la libertad de circulación.	Artículo 96. (Artículo modificado por el Artículo 1 del Acto Legislativo No. 1 de 2002. El nuevo texto es el siguiente. Son nacionales colombianos: 1. Por nacimiento: - Los naturales de Colombia, que con una de dos condiciones: que el padre o la madre hayan sido naturales o nacionales colombianos o que, siendo hijos de extranjeros, alguno de sus padres estuviere domiciliado en la República en el momento del nacimiento y; - Los hijos de padre o madre colombianos que hubieren nacido en tierra extranjera y luego se domiciliaren en territorio colombiano o se registraren en una oficina consular de la República. 2. Por adopción: - Los extranjeros que soliciten y obtengan carta de naturalización, de acuerdo con la ley, la cual establecerá los casos en los cuales se pierde la nacionalidad colombiana por adopción; - Los Latinoamericanos y del Caribe por nacimiento domiciliados en Colombia, que con autorización del Gobierno y de acuerdo con la ley y el principio de reciprocidad, pidan ser inscritos como colombianos ante la municipalidad donde se establecieron, y; - Los miembros de los pueblos indígenas que comparten territorios fronterizos, con aplicación del principio de reciprocidad según tratados públicos. Ningún colombiano por nacimiento podrá ser privado de su nacionalidad. La calidad de nacional colombiano no se pierde por el hecho de adquirir otra nacionalidad. Los nacionales por adopción no estarán obligados a renunciar a su nacionalidad de origen o adopción. Quienes hayan renunciado a la nacionalidad colombiana podrán recobrarla con arreglo a la ley.

Artículo 16. Derecho a la privacidad y a la intimidad.	Artículo 15. Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas. En la recolección, tratamiento y circulación de datos se respetarán la libertad y demás garantías consagradas en la Constitución. La correspondencia y demás formas de comunicación privada son inviolables. Solo pueden ser interceptadas o registradas mediante orden judicial, en los casos y con las formalidades que establezca la ley. Para efectos tributarios o judiciales y para los casos de inspección, vigilancia e intervención del Estado podrá exigirse la presentación de libros de contabilidad y demás documentos privados, en los términos que señale la ley.
Artículo 17. Derecho a la seguridad social.	Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante. (Inciso adicionado por el Artículo 1 del Acto Legislativo 1 de 2005. El nuevo texto es el siguiente:) El Estado garantizará los derechos, la sostenibilidad financiera del Sistema Pensional, respetará los derechos adquiridos con arreglo a la ley y asumirá el pago de la deuda pensional que de acuerdo con la ley esté a su cargo. Las leyes en materia pensional que se expidan con posterioridad a la entrada en vigencia de este acto legislativo deberán asegurar la sostenibilidad financiera de lo establecido en ellas. (Inciso adicionado por el Artículo 1 del Acto Legislativo 1 de 2005. El nuevo texto es el siguiente:) Sin perjuicio de los descuentos, deducciones y embargos a pensiones ordenados de acuerdo con la ley, por ningún motivo podrá dejarse de pagar, congelarse o reducirse el valor de la mesada de las pensiones reconocidas conforme a derecho. (Inciso adicionado por el Artículo 1 del Acto Legislativo 1 de 2005. El nuevo texto es el siguiente:) Para adquirir el derecho a la pensión será necesario cumplir con la edad, el tiempo de servicio, las semanas de cotización o el capital necesario, así como las demás condiciones que señala la ley, sin perjuicio de lo dispuesto

para las pensiones de invalidez y sobrevivencia. Los requisitos y beneficios para adquirir el derecho a una pensión de invalidez o de sobrevivencia serán los establecidos por las leyes del Sistema General de Pensiones.

(Inciso adicionado por el Artículo 1 del Acto Legislativo 1 de 2005. El nuevo texto es el siguiente:) En materia pensional se respetarán todos los derechos adquiridos.

(Inciso adicionado por el Artículo 1 del Acto Legislativo 1 de 2005. El nuevo texto es el siguiente:) Los requisitos y beneficios pensionales para todas las personas, incluidos los de pensión de vejez por actividades de alto riesgo, serán los establecidos en las leyes del Sistema General de Pensiones. No podrá dictarse disposición o invocarse acuerdo alguno para apartarse de lo allí establecido.

(Inciso adicionado por el Artículo 1 del Acto Legislativo 1 de 2005. El nuevo texto es el siguiente:) Para la liquidación de las pensiones solo se tendrán en cuenta los factores sobre los cuales cada persona hubiere efectuado las cotizaciones. Ninguna pensión podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente. Sin embargo, la ley podrá determinar los casos en que se puedan conceder beneficios económicos periódicos inferiores al salario mínimo, a personas de escasos recursos que no cumplan con las condiciones requeridas para tener derecho a una pensión.

(Inciso adicionado por el Artículo 1 del Acto Legislativo 1 de 2005. El nuevo texto es el siguiente:) A partir de la vigencia del presente Acto Legislativo, no habrá regímenes especiales ni exceptuados, sin perjuicio del aplicable a la fuerza pública, al Presidente de la República y a lo establecido en los párrafos del presente Artículo.

(Inciso adicionado por el Artículo 1 del Acto Legislativo 1 de 2005. El nuevo texto es el siguiente:) Las personas cuyo derecho a la pensión se cause a partir de la vigencia del presente Acto Legislativo no podrán recibir más de trece (13) mesadas pensionales al año. Se entiende que la pensión se causa cuando se cumplen todos los requisitos para acceder a ella, aun cuando no se hubiese efectuado el reconocimiento.

(Inciso adicionado por el Artículo 1 del Acto Legislativo 1 de 2005. El nuevo texto es el siguiente:) La ley establecerá un procedimiento breve para la revisión de las pensiones reconocidas con abuso del derecho o sin el cumplimiento de los requisitos establecidos en la ley o en las convenciones y laudos arbitrales válidamente celebrados.

	Parágrafo 1°. (Parágrafo adicionado por el Artículo 1 del Acto Legislativo 1 de 2005. El nuevo texto es el siguiente:) A partir del 31 de julio de 2010, no podrán causarse pensiones superiores a veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes, con cargo a recursos de naturaleza pública. Parágrafo 2°. (Parágrafo adicionado por el Artículo 1 del Acto Legislativo 1 de 2005. El nuevo texto es el siguiente:) A partir de la vigencia del presente Acto Legislativo no podrán establecerse en pactos, convenciones colectivas de trabajo, laudos o acto jurídico alguno, condiciones pensionales diferentes a las establecidas en las leyes del Sistema General de Pensiones.
Artículo 18. Derecho al trabajo.	Artículo 25. El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas. Artículo 53. El Congreso expedirá el estatuto del trabajo. La ley correspondiente tendrá en cuenta por lo menos los siguientes principios mínimos fundamentales: Igualdad de oportunidades para los trabajadores; remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; estabilidad en el empleo; irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en normas laborales; facultades para transigir y conciliar sobre derechos inciertos y discutibles; situación más favorable al trabajador en caso de duda en la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho; primacía de la realidad sobre formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales; garantía a la seguridad social, la capacitación, el adiestramiento y el descanso necesario; protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad. El Estado garantiza el derecho al pago oportuno y al reajuste periódico de las pensiones legales. Los convenios internacionales del trabajo debidamente ratificados, hacen parte de la legislación interna. La ley, los contratos, los acuerdos y convenios de trabajo, no pueden menoscabar la libertad, la dignidad humana ni los derechos de los trabajadores.

Artículo 19. Derecho a la salud.

Artículo 49. (Artículo modificado por el Artículo 1 del Acto Legislativo 2 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:) La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.

El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto.

Así mismo, el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos.

Artículo 20. Derecho a la educación.

Artículo 67. La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social: con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura. La educación formará al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia; y en la práctica del trabajo y la recreación, para el mejoramiento cultural, científico, tecnológico y para la protección del ambiente. El Estado, la sociedad y la familia son responsables de la educación, que será obligatoria entre los cinco y los quince años y que comprenderá como mínimo, un año de preescolar y nueve de educación básica. La educación será gratuita en las instituciones del Estado, sin perjuicio del Artículo 67. La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social: con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura. La educación formará al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia; y en la práctica del trabajo y la recreación, para el mejoramiento cultural, científico, tecnológico y para la protección del ambiente. El Estado, la sociedad y la familia son responsables de la educación, que será obligatoria entre los cinco y los quince años y que comprenderá como mínimo, un año de preescolar y nueve de educación básica. La educación será gratuita en las instituciones del Estado, sin perjuicio del cobro de derechos académicos a quienes puedan sufragarlos. Corresponde al Estado regular y ejercer la suprema inspección y vigilancia de la educación con el fin de velar por su calidad, por el cumplimiento de sus fines y por la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos; garantizar el adecuado cubrimiento del servicio y asegurar a los menores las condiciones necesarias para su acceso y permanencia en el sistema educativo. La Nación y las entidades territoriales participarán en la dirección, financiación y administración de los servicios educativos estatales, en los términos que señalen la Constitución y la ley.

Artículo 68. Los particulares podrán fundar establecimientos educativos. La Ley establecerá las condiciones para su creación y gestión. La comunidad educativa participará en la dirección de las instituciones de educación. La enseñanza estará a cargo de personas de reconocida idoneidad ética y pedagógica. La Ley garantiza la profesionalización y dignificación de la actividad docente. Los padres de familia tendrán derecho de escoger el tipo de educación para sus hijos menores. En los establecimientos del Estado ninguna persona podrá ser obligada a recibir educación religiosa. Los integrantes de los grupos étnicos tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural. La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado.

Artículo 21. Derecho a la cultura.	Artículo 2º. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo. Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares. Artículo 7º. El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana. Artículo 70. El Estado tiene el deber de promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades, por medio de la educación permanente y la enseñanza científica, técnica, artística y profesional en todas las etapas del proceso de creación de la identidad nacional. La cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad. El Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las que conviven en el país. El Estado promoverá la investigación, la ciencia, el desarrollo y la difusión de los valores culturales de la Nación. Artículo 71. La búsqueda del conocimiento y la expresión artística son libres. Los planes de desarrollo económico y social incluirán el fomento a las ciencias y, en general, a la cultura. El Estado creará incentivos para personas e instituciones que desarrollen y fomenten la ciencia y la tecnología y las demás manifestaciones culturales y ofrecerá estímulos especiales a personas e instituciones que ejerzan estas actividades.
Artículo 22. Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte.	Artículo 52. Se reconoce el derecho de todas las personas a la recreación, a la práctica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre. El Estado fomentará estas actividades e inspeccionará las organizaciones deportivas, cuya estructura y propiedad deberán ser democráticas.
Artículo 23. Derecho a la propiedad.	Artículo 58. Se garantizan la propiedad privada y los demás derechos adquiridos con arreglo a las leyes civiles, los cuales no pueden ser desconocidos ni vulnerados por leyes posteriores. Cuando de la aplicación de una ley expedida por motivo de utilidad pública o interés social, resultaren en conflicto los derechos de los particulares con la necesidad por ella reconocida, el interés privado deberá ceder al interés público o social. La propiedad es una función social que implica obligaciones. Como tal, le es inherente una

	función ecológica. El Estado protegerá y promoverá las formas asociativas y solidarias de propiedad. por motivos de utilidad pública o de interés social definidos por el legislador, podrá haber expropiación mediante sentencia judicial e indemnización previa. Esta se fijará consultando los intereses de la comunidad y del afectado. En los casos que determine el legislador, dicha expropiación podrá adelantarse por vía administrativa, sujeta a posterior acción contenciosa administrativa, incluso respecto del precio. Con todo, el legislador, por razones de equidad, podrá determinar los casos en que no haya lugar al pago de indemnización, mediante el voto favorable de la mayoría absoluta de los miembros de una y otra Cámara. Las razones de equidad, así como los motivos de utilidad pública o de interés social, invocados por el legislador, no serán controvertibles judicialmente.
Artículo 24. Derecho a la vivienda.	Artículo 51. Todos los colombianos tienen derecho a vivienda digna. El Estado fijará las condiciones necesarias para hacer efectivo este derecho y promoverá planes de vivienda de interés social, sistemas adecuados de financiación a largo plazo y formas asociativas de ejecución de estos programas de vivienda.
Artículo 25. Derecho a un medio ambiente sano.	Artículo 49. (Artículo modificado por el Artículo 1 del Acto Legislativo 2 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:) La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad. El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias.

	El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto. Así mismo, el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos.
Artículo 26. Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal.	Artículo 24. Todo colombiano, con las limitaciones que establezca la ley, tiene derecho a circular libremente por el territorio nacional, a entrar y salir de él, y a permanecer y residenciarse en Colombia.
Artículo 27. Derechos políticos.	Artículo 40. Todo ciudadano tiene derecho a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político. Para hacer efectivo este derecho puede: 1. Elegir y ser elegido. 2. Tomar parte en elecciones, plebiscitos, referendos, consultas populares y otras formas de participación democrática. 3. Constituir partidos, movimientos y agrupaciones políticas sin limitación alguna: formar parte de ellos libremente y difundir sus ideas y programas. 4. Revocar el mandato de los elegidos en los casos y en la forma que establecen la Constitución y la ley. 5. Tener iniciativa en las corporaciones públicas. 6. Interponer acciones públicas en defensa de la Constitución y de la ley. 7. Acceder al desempeño de funciones y cargos públicos, salvo los colombianos, por nacimiento o por adopción, que tengan doble nacionalidad. La ley reglamentará esta excepción y determinará los casos a los cuales ha de aplicarse. Las autoridades garantizarán la adecuada y efectiva participación de la mujer en los niveles decisorios de la Administración Pública. Artículo 103. Son mecanismos de participación del pueblo en ejercicio de su soberanía: el voto, el plebiscito, el referendo, la consulta popular, el cabildo abierto, la iniciativa legislativa y la revocatoria del mandato. La ley los reglamentará. El Estado contribuirá a la organización, promoción y capacitación de las asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, comunitarias, juveniles, benéficas o de utilidad común no gubernamentales, sin detrimento de su autonomía con el objeto de que constituyan mecanismos democráticos de representación en las diferentes instancias de participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública que se establezcan.

	Artículo 258. El voto es un derecho y un deber ciudadano. En todas las elecciones los ciudadanos votarán secretamente en cubículos individuales instalados en cada mesa de votación, con tarjetas electorales numeradas e impresas en papel que ofrezca seguridad, las cuales serán distribuidas oficialmente. La organización electoral suministrará igualitariamente a los votantes instrumentos en los cuales deben aparecer identificados con claridad y en iguales condiciones todos los candidatos. La ley podrá implantar mecanismos de votación que otorguen más y mejores garantías para el libre ejercicio de este derecho de los ciudadanos.
Artículo 28. Derecho de reunión y de asociación.	Artículo 37. Toda parte del pueblo puede reunirse y manifestarse pública y pacíficamente. Solo la ley podrá establecer de manera expresa los casos en los cuales se podrá limitar el ejercicio de este derecho. Artículo 38. Se garantiza el derecho de libre asociación para el desarrollo de las distintas actividades que las personas realizan en sociedad.
Artículo 29. Derecho a la protección en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias.	
Artículo 30. Igual reconocimiento como persona ante la ley.	Artículo 14. Toda persona tiene derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica.
Artículo 31. Derecho de acceso a la justicia.	Artículo 229. Se garantiza el derecho de toda persona para acceder a la administración de justicia. La ley indicará en qué casos podrá hacerlo sin la representación de abogado.

Fuente: elaboración propia con base en OEA (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Persona Mayores*, la Constitución Política de Colombia y Corte Constitucional de la República de Colombia (2021). Sentencia C-395-21.

2. Aspectos demográficos como marco para una vida longeva

■ Miguel Uprimny³²

■ Resumen

Este capítulo examina el proceso de envejecimiento de la población colombiana y el aumento de la longevidad, destacando sus repercusiones económicas, sociales y políticas para la atención en salud, la protección social y las demandas de cuidados. Se ofrece un breve diagnóstico del contexto demográfico de América Latina y el Caribe, pero enfocado específicamente en Colombia. Se analizan indicadores demográficos clave y sus implicaciones en el desarrollo, como el crecimiento de la población, la tasa de fecundidad, la esperanza de vida al nacer, la tasa de envejecimiento y la tasa de dependencia, haciendo hincapié en las diferencias entre las zonas rurales y urbanas, las disparidades de ingresos, así como el aumento de la esperanza de vida de las mujeres. Conocer la evolución de estos indicadores en Colombia permitirá abordar los desafíos y oportunidades para la población

³² Médico y cirujano, especialista en Pediatría por la Pontificia Universidad Javeriana, en Gerencia de la Salud Pública por la Universidad del Rosario y en Gerencia en Salud para Personas Mayores, CIESS – ALMA – OPS.

mayor, además de identificar los grupos poblacionales en riesgo de pobreza, vulnerabilidad o exclusión de las prestaciones sociales.

■ 2.1. Introducción

El envejecimiento de la población es la principal tendencia demográfica a nivel mundial, que sin duda implicará cambios tan importantes para la sociedad como la tecnología y la globalización. El incremento de la longevidad es visto como un indicador de desarrollo, salud y riqueza de una región que refleja las condiciones y medidas implementadas que han posibilitado su aumento. Es un asunto que debería convocar a la discusión y a profundizar en las implicaciones económicas, sociales y políticas que tendrán sobre el Estado y la sociedad las nuevas demandas de atención en salud, cuidados y protección social de una población mayor que crecerá de manera importante en las próximas décadas.

La vida longeva transforma muchos aspectos, y conduce a nuevas etapas en la existencia de las personas, lo cual lleva a examinar gran parte de los paradigmas actuales.³³ Es prioritario que la previsión y planificación se dé hoy, a partir de una comprensión profunda de las dinámicas poblacionales, para que la vida prolongada sea vista de manera positiva, tanto a nivel individual como colectivo.

La vida saludable a los 100 años es cada vez más una realidad y plantea situaciones tales como prolongar el trabajo hasta los 70 u 80 años, además de las referentes a los nuevos empleos y habilidades. La financiación de salud, pensiones, cuidados y servicios vinculados con el envejecimiento tal como se conoce, al parecer, no será suficiente;

■ ³³ Inclusive las denominaciones de toda la demografía, las etapas de la vida y del trabajo.

se deben reenfocar las acciones afirmativas en las diferentes etapas de la vida. Es necesario entender que la *re-creación* es más importante que la recreación. Las relaciones del hogar y el trabajo se transforman, la complejidad generacional aumenta con nuevas y distintas relaciones y, entonces, ¿cuál es el rol y los nuevos desafíos para las personas, las comunidades y el gobierno? (Gratton y Scott, 2023).

Este capítulo pone de manifiesto la perspectiva de una esperanza de vida cada vez más prolongada, a partir de lo que muestra la demografía. En ese sentido, se plantea el siguiente dilema: con el objetivo de lograr la mayor equidad posible, ¿el envejecimiento debe enfrentarse como longevidad?

De manera general, se hace un breve diagnóstico del contexto demográfico internacional y de América Latina y del Caribe (ALC), centrando la atención en Colombia. Para tal efecto, se utilizan los datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (2023). En el caso particular de Colombia, para algunas variables se utilizan, además, cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Se señalan los indicadores más relevantes para conocer el comportamiento de su población y los efectos de la transición demográfica,³⁴ atendiendo a sus etapas de envejecimiento, así como a los aspectos demográficos más significativos, como el crecimiento poblacional, la fecundidad, la esperanza de vida al nacer, el índice de envejecimiento y la relación de dependencia. Además, se establece una discusión sobre la diferencia entre envejecimiento y longevidad, considerando la enorme diversidad que existe entre los departamentos de Colombia, así como entre los entornos rural y urbano. Este diagnóstico

³⁴ Se refiere al cambio que experimentan las poblaciones de altas tasas de natalidad y mortalidad a bajas tasas de natalidad y mortalidad. Por ejemplo, si la tasa de natalidad es baja y la tasa de mortalidad también, el crecimiento de la población será lento. Caso contrario, cuando la tasa de natalidad es alta y la de mortalidad baja: se tiene un aumento de la población.

servirá como referencia para alertar sobre la necesidad de prever un conjunto de necesidades para proteger a una población mayor muy diversa y que aumentará en las próximas décadas.

■ 2.2. Contexto internacional y de América Latina y el Caribe: algunas cifras

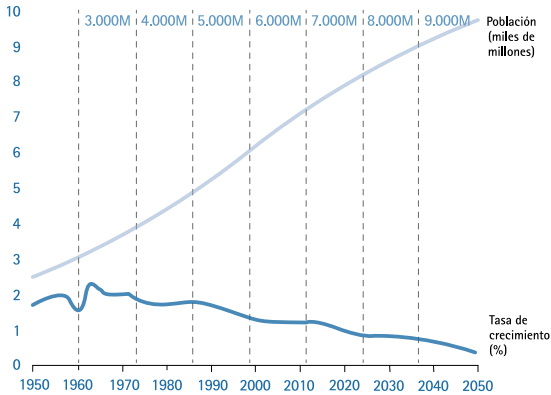
■ 2.2.1. Contexto global

De acuerdo con estimaciones de las Naciones Unidas, en el 2023 la población mundial alcanzó los 8.000 millones de personas, y se prevé que en las próximas décadas el crecimiento de la población femenina sea ligeramente mayor con respecto a la masculina, tendencia que se acentuará más a partir de 2050 (UNFPA, 2023). En 2023 había 1.144 millones de personas mayores de 60 años, equivalente al 14% del total de la población; en 2030 serán 1.416 millones de personas, que representará el 16,6% de la población total, y para el 2100 serán más de 3.000 millones, correspondiente al 29,8% de la población total (ONU, 2022).

Gráfico 1-a. Tasa de crecimiento, tasa de fecundidad y esperanza de vida mundiales

La explosión demográfica se desvanece

Aunque la población mundial supere los 8,000 millones de personas, la tasa de crecimiento sigue en descenso.

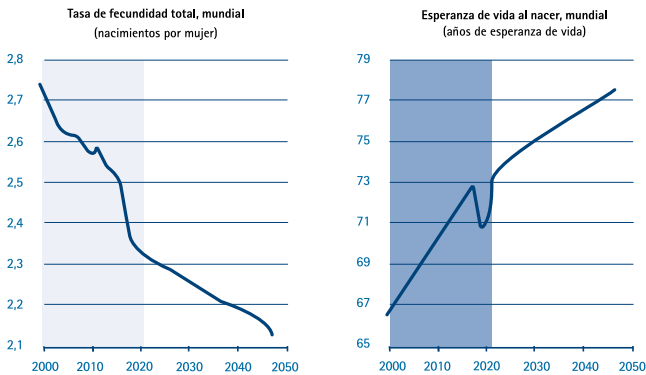


Fuente: ONU (2022). Informe de Perspectivas de Población Mundial, revisión de 2022, tomado de Bloom, D. E. y Zucker, L. G. (2023). El envejecimiento, la auténtica bomba demográfica. Finanzas y Desarrollo, FMI.

Gráfico 1-b. Tasa de crecimiento, tasa de fecundidad y esperanza de vida mundiales

Envejecimiento demográfico

Las personas viven más y tienen menos hijos, lo cual se refleja en una mayor proporción de gente de edad avanzada en la población.



Fuente: ONU (2022). Informe de Perspectivas de Población Mundial, revisión de 2022, tomado de Bloom, D. E. y Zucker, L. G. (2023). El envejecimiento, la auténtica bomba demográfica. Finanzas y Desarrollo, FMI.

Los gráficos 1-a y 1-b muestran, con datos estimados por la ONU (2022), la tasa de crecimiento, la tasa de fecundidad y la esperanza de vida a nivel mundial. Como se observa, el temor de una explosión demográfica incontrolada, que fue un paradigma muy importante hace unos años, se desvaneció al observarse un estancamiento y pronto un decrecimiento en las proyecciones de la población mundial, que están sucediendo en la mayoría de los países desarrollados con tasas de reemplazo negativas (Bloom y Zucker, 2023). Por su parte, el comportamiento de la tasa de fecundidad total mundial y la esperanza de vida mundial se redujeron considerablemente de 2000 a 2020. La tasa de fecundidad pasó de 2,7 a 2,3 nacimientos por mujer, en la que el año 2020 fue el punto de inflexión. Se proyecta que de 2020 a 2050 pasará de 2,3 a cerca de 2,1 nacimientos por mujer. Por su parte, la esperanza de vida al nacer mundial también mostró un crecimiento importante de 2000 a 2020: pasó de 66 a 71 años, y se estima que de 2020 a 2050 continuará creciendo, pasando de 71 a 77 años. En suma, puede decirse que las personas viven más y tienen menos descendencia, lo que se refleja en un aumento de la proporción de personas adultas en edad avanzada.

■ 2.2.2. Contexto para América Latina y el Caribe

En el escenario de América Latina y el Caribe (ALC) vale la pena señalar algunos de los indicadores que dan cuenta del comportamiento de la población y sus principales requerimientos en distintas dimensiones de su vida. Respecto a la desigualdad territorial, destaca que en algunos países como Chile y, en menor medida, México el envejecimiento de la población está más avanzado en las zonas rurales que en las urbanas, mientras que en otros países como Guatemala y

Colombia sucede lo contrario (CEPAL, 2022). En los indicadores se verán las diferencias entre regiones y zonas urbanas y rurales.

El número de hijos e hijas por mujer ha caído de manera dramática en la región de ALC a una tercera parte y casi a la cuarta parte en Colombia. El comportamiento de este indicador se analizará en mayor profundidad para el caso colombiano; sin embargo, a nivel de ALC se puede atribuir a distintos factores económicos, educativos, culturales y laborales que han incidido en la reducción del número de descendientes por mujer. En este mismo sentido, Colombia se comporta muy parecido al promedio de América Latina.

Al comparar la proporción de hombres y mujeres en la región de ALC, se observa que es mayor el número de mujeres que de hombres en 2023 y que la tendencia se mantiene al menos hasta el 2100, año en que habrá un decremento de la población de América Latina y un incremento significativo de la población femenina (CEPAL, 2023). Esta información resulta relevante, ya que se prevé que en las próximas décadas el envejecimiento sea femenino y con ello es posible anticipar los mecanismos de protección y atención específicos y adecuados que requerirá este grupo de población.

En 2023, de los 664 millones de personas que habitaban la región de América Latina y el Caribe, más de 91 millones eran personas mayores de 60 años (cifra que supera la población de Alemania), lo que representó el 13,8% del total de la población de la región. Además, cerca de 12.000 personas tenían más de 80 años y 47.000 habían alcanzado los 100 años. Se estima que para el año 2050 la población de América Latina será de 749 millones, de los cuales 188 millones serán personas mayores de 60 años, y 183.000 de ellas llegarán a cumplir 100 años.

Para el año 2100, se espera que en América Latina y el Caribe haya 247 millones de personas mayores de 60 años,

aproximadamente 89 millones de personas mayores de 80 años y más de 2 millones de personas centenarias.

2.2.3. Efectos de la transición demográfica

Como describe la CEPAL: “El primer efecto de la transición demográfica en la distribución relativa de la población de la región fue el aumento de la base de la pirámide poblacional, pues al disminuir la mortalidad infantil se incrementó la sobrevivencia de los menores de 1 año” (2023, p. 4). Posteriormente, la disminución sostenida de la fecundidad a partir de los años sesenta afectó el tamaño de las nuevas cohortes de nacidos vivos y desde el año 2000 se observa que los grupos más jóvenes pierden peso relativo con respecto a la población total. Al mismo tiempo, aumenta gradualmente el peso relativo del grupo de personas mayores y, en la actualidad, la región se caracteriza por una pirámide con la parte superior visiblemente más ancha. Se prevé que en 2060 la parte superior de la pirámide —que en 1960 era angosta, con menos del 6% de personas de 60 años y más— representará casi la tercera parte de la población, equivalente al 29,4% (CEPAL, 2023, p. 4).

El índice de envejecimiento es un indicador que muestra la relación entre la población de 60 años y más y la población menor de 15 años. Este indicador en Colombia fue de 58,2 en 2020, lo que implicó que hubiera 47 mayores por cada 100 niños y niñas. En el 2100 esta relación será de 323 mayores por cada 100 niños y niñas y muchas de estas personas mayores serán supracentenarias.

Tabla 1. Evolución del índice de envejecimiento en América Latina (AL), países seleccionados

País	2020	2050	2100
Colombia	58,27	182,03	323,13
Costa Rica	71,31	220,2	365,89
Ecuador	41,22	127,5	281,54
Haití	21,37	54,24	143,96
Honduras	20,75	76,75	129,06
México	46,28	149,88	333,68
Uruguay	103,08	207,81	357,87
AL	53,85	148,94	286,41

Fuente: elaboración propia con base en CEPAL (2023). Perfil demográfico de países.

2.2.4. Etapas de envejecimiento en América Latina (AL)

Para clasificar a los países según las diferentes etapas de envejecimiento poblacional en que se encuentran, se utilizan dos indicadores: (i) el porcentaje de personas mayores (60 años y más) en la población total y (ii) la tasa global de fecundidad (TGF).

De acuerdo con la información de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022), en América Latina, al igual que en Colombia y en muchos otros países de la región, existe una dinámica que oculta las disparidades entre países en términos de envejecimiento demográfico. En este contexto, se pueden identificar diferentes etapas en las cuales se ubican los países de la región:

- Etapa incipiente de envejecimiento: Haití, Guayana Francesa y Bolivia se encuentran en esta fase inicial de envejecimiento.

- Envejecimiento moderado: Honduras y Nicaragua, junto con otros cuatro países, experimentan un nivel moderado de envejecimiento.
- Moderadamente avanzado: 16 países, incluidos Colombia, Brasil, México y Perú, se encuentran en esta categoría.
- Avanzado y muy avanzado: 16 países están en etapas avanzadas y muy avanzadas de envejecimiento, entre ellos Argentina, Costa Rica y Uruguay, al igual que las Islas del Caribe, con una población mayor al 21%, incluida Cuba.

Se prevé que en los próximos años aumentará la intensidad del envejecimiento en la región. Para finales de la década de 2030 solo dos países, Guayana Francesa y Haití, permanecerán en la categoría de envejecimiento incipiente. Además, solo tres países (Bolivia, Guatemala y Honduras) estarán en la etapa de envejecimiento moderado, mientras que otros diez se ubicarán en una etapa moderadamente avanzada. Por último, 16 países y 19 territorios se encontrarán en etapas avanzadas y muy avanzadas del proceso de envejecimiento, respectivamente (CEPAL, 2022).

En 2023, la población de Colombia era de 52,1 millones de personas. De esta cifra, el 21% pertenecía al rango de edad de 0 a 14 años, el 70% estaba en el rango de 15 a 64 años y el 9% tenía 65 años o más. La tasa total de fertilidad era de 1,7 hijas e hijos por mujer. La esperanza de vida era de 75 años para los hombres y de 80 años para las mujeres (CEPAL, 2023).

De acuerdo con el promedio regional, la tasa global de fecundidad (TGF) disminuirá levemente entre 2022 y 2030: pasará de 1,85 a 1,8 descendientes por mujer. Mientras tanto, el porcentaje regional de personas mayores aumentará considerablemente, del 13,4% en 2022 al 16,5% en 2030 (CEPAL, 2023).

2.3. Aspectos demográficos relevantes para Colombia

Considerando la heterogeneidad de América Latina y la diversidad presente en Colombia, este apartado aborda algunos de los indicadores demográficos más significativos para entender el entorno colombiano en el contexto regional. Los datos analizados revelan que no hay muchas discrepancias con respecto al promedio de ALC.

2.3.1. Población general

La tabla 2 muestra las estimaciones de la población total para Colombia de 2023 a 2070. En 2023, la población de Colombia alcanzó los 52,2 millones de personas; se estima que dejará de crecer en 2050, cuando llegue a 57,7 millones, y para 2070 la proyección desciende ligeramente a 55,4 millones. Durante este período, la distribución por sexo muestra una ligera predominancia femenina, que se mantendrá constante.

Tabla 2. Población en Colombia 2023, 2030, 2050 y 2070

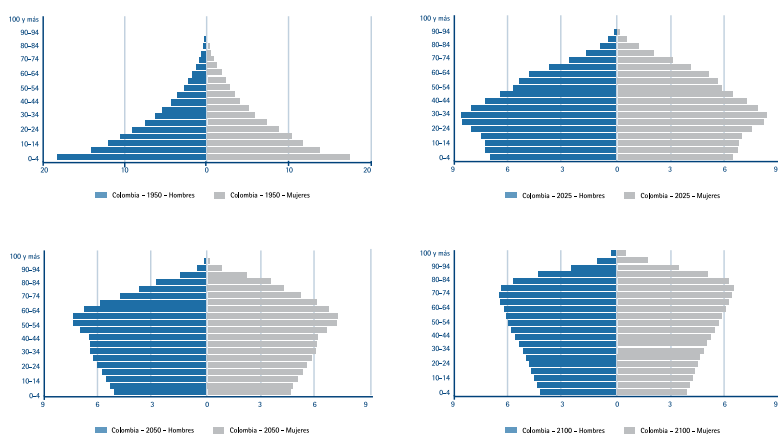
Año	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje	Total
2023	25.486.014	48,8 %	26.729.489	51,2 %	52.215.503
2030	26.691.453	48,8 %	28.014.114	51,2 %	54.705.567
2050	28.242.678	48,9 %	29.470.789	51,1 %	57.713.467
2070	27.294.598	49,3 %	28.103.963	50,7 %	55.398.561

Fuente: elaboración propia con base en DANE (2023). Actualización post covid-19. Proyecciones de población nacional por área y sexo.

El gráfico 2 muestra la pirámide poblacional para los años 1950, 2025, 2050 y 2100. Al observar la forma que tenía en

1950 y la que tendrá en 2025, se observa un cambio de la forma tradicional (en la que la base es más grande y el vértice más pequeño) hacia la forma de una campana. Para 2050 y 2100, la forma de la pirámide continuará cambiando hasta ser rectangular, lo que implica una significativa proporción de personas mayores.

Gráfico 2. Estructura poblacional, distribución poblacional en Colombia por edad y sexo 1950, 2025, 2050, 2100



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2023.
Perfil demográfico de países. Santiago, Chile: CEPAL.

A pesar de que Colombia es mayormente urbana, según cifras del DANE (2023), más de 12 millones de personas (12.463.601) residen en zonas rurales, lo que representa el 24% de la población total. Para muchas personas en estas zonas, las condiciones son desafiantes debido a factores geográficos y de desarrollo socioeconómico. De acuerdo con información del DANE, se proyecta que esta proporción de personas viviendo en la ruralidad se mantendrá hasta el 2030.

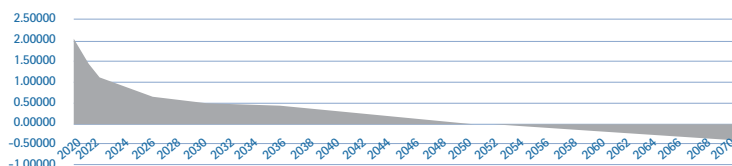
Además, como se ha señalado anteriormente, la composición de la población de Colombia entre 2020 y 2070 muestra una proporción ligeramente mayor de mujeres sobre hombres (DANE, 2023). Estos indicadores muestran diferencias importantes a considerar para orientar las políticas de protección a este grupo poblacional en los próximos años.

2.3.2. Crecimiento poblacional

El gráfico 3 muestra la tasa de crecimiento exponencial, una de las medidas de crecimiento poblacional que se utiliza para describir el ritmo al cual la población aumenta con el tiempo. En dicho gráfico se observa una disminución pronunciada del 2020 hasta el 2026, y en adelante, la disminución se suaviza hasta 2051, que inicia el decrecimiento.

Al analizar la tasa de crecimiento exponencial a nivel de departamentos, se observa un comportamiento diferencial entre regiones. Para el 2070, año en el que el indicador comienza a decrecer, 14 departamentos (menos de la mitad) aportan a ese descenso en distintos momentos, hasta volverse negativo en el 2051: Archipiélago de San Andrés, Bogotá D.C., Risaralda, Valle del Cauca, Quindío, Caquetá, Norte de Santander, Atlántico, Bolívar, Tolima, Caldas, Nariño, Antioquia y Santander. El resto de los departamentos no decrecerán en este tiempo.

Gráfico 3. Tasa de crecimiento exponencial de Colombia, 2020-2070



Fuente: elaboración propia con base en DANE (2023). Principales indicadores: crecimiento poblacional, población e indicadores a nivel nacional (periodo 2020-2070) y departamental (periodo 2020-2050).

2.3.3. Población mayor

La tabla 3 muestra la distribución de la población mayor de 60 y 80 años en diferentes áreas geográficas en 2023. Se observa que la población mayor de 60 años superó los 7,6 millones (7.610.671), lo que equivale al 14,6% de la población total. De esta cifra, el 77%, es decir, 5.832.098 personas, se ubica en zonas urbanas y cabeceras municipales.

Por su parte, la población mayor de 80 años se concentra principalmente en las cabeceras municipales, lo que representa un 73% de este grupo, equivalente a 785.086 personas. En términos de porcentaje sobre la población total, las personas mayores de 80 años constituyen el 2,1% de la población total, lo que equivale a 1.072.846 personas (DANE, 2023).

Tabla 3. Población mayor por área en Colombia, 2023

Área geográfica	Mayores de 60 años	Porcentaje	Mayores de 80 años	Porcentaje
Cabecera	5.832.098	77 %	785.086	73 %
Centros Poblados y Rural Disperso	1.778.573	23 %	287.760	27 %
Total	7.610.671	100 %	1.072.846	100 %
Porcentaje sobre población total	14,6	-	2,1	-

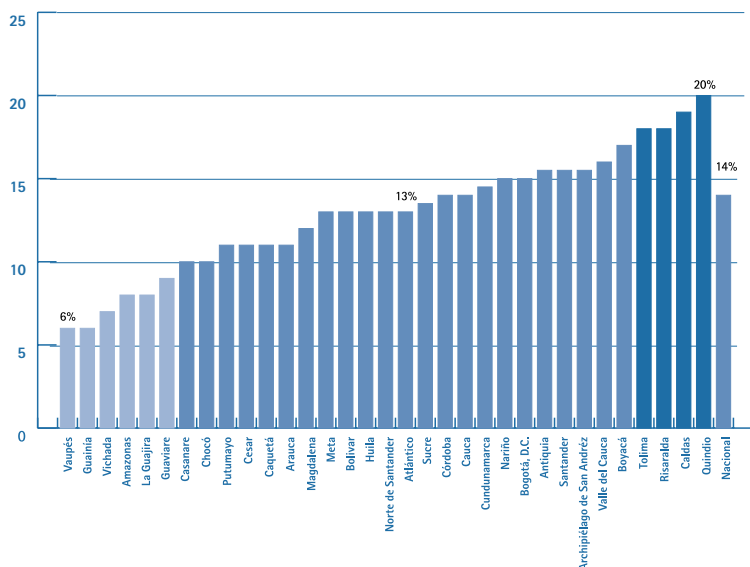
Fuente: elaboración propia con base en DANE (2023). Actualización post covid-19. Proyecciones de población nacional por área y sexo. Dirección de Censos y Demografía. Actualización: marzo de 2023.

El gráfico 4 muestra la distribución de la población mayor de 60 años por departamento en 2023. Del total de departamentos, 18 se encuentran por debajo del promedio nacional, que es 14%; otros están por debajo del 10%, como son Vaupés, Guainía, Vichada, Amazonas, La Guajira y Guaviare. Algunos

se encuentran en el otro extremo, con cerca del 20% de su población mayor de 60 años, como el Eje Cafetero y Tolima.

En los datos expuestos hay una diferencia importante entre la cabecera y la ruralidad, en todos los casos con tendencia a aumentar de 14% en el 2020 a 22% en el 2030. Este indicador resulta importante para ajustar las ofertas sociales ante la preponderancia de la población mayor (Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE, 2023).

Gráfico 4. Población mayor de 60 años por departamento, 2023



Fuente: elaboración propia con base en DANE (2023). Actualización post COVID-19. Proyecciones de población nacional por área, sexo y edad. Periodo 2020-2070.

2.3.4. Fecundidad

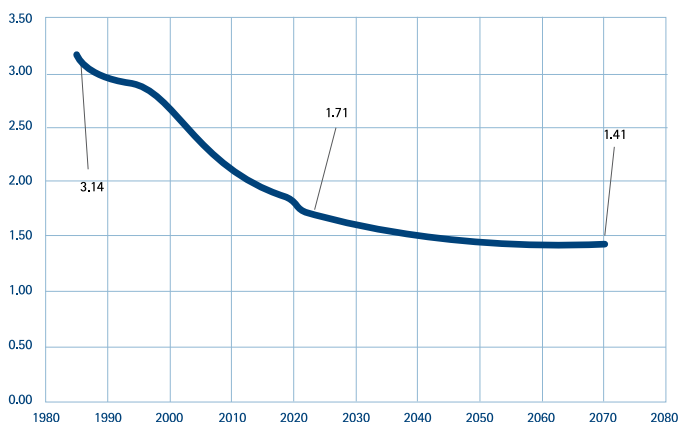
El número de niños y niñas por madre, medido por la tasa de fecundidad, es un indicador crucial para entender el crecimiento y desarrollo de una población, así como su estructura

demográfica y económica. Este indicador permite abordar los desafíos y oportunidades relacionados con la población. La relación entre la tasa de fecundidad y el desarrollo económico y social es compleja. Comúnmente, a medida que las sociedades experimentan mayor desarrollo, la tasa de fecundidad tiende a disminuir. Esto puede deberse a múltiples factores, como el acceso a la educación, la participación de las mujeres en el mercado laboral y el acceso a la atención médica y métodos anticonceptivos.

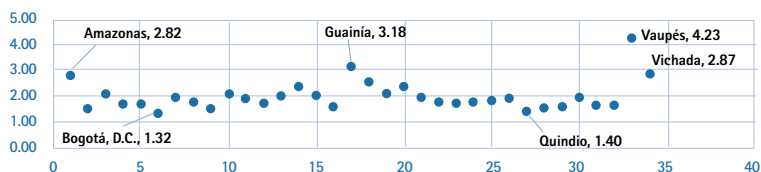
La tasa de fecundidad se relaciona con otros indicadores, como el crecimiento natural de la población y el reemplazo generacional. Una tasa de fecundidad baja puede llevar a una disminución de la población con el tiempo, mientras que una tasa alta puede resultar en un aumento de la población joven, lo que impacta en la demanda de servicios como educación, salud, y servicios sociales, así como en la fuerza laboral disponible.

Según estimaciones del DANE, la tasa de fecundidad en Colombia ha disminuido de 3,14 en 1985 a 2,96 en 1990, 2,63 en 2000, 1,87 en 2020, 1,69 en 2024, y se espera que continúe disminuyendo a 1,59 en 2030, 1,47 en 2050 y 1,43 en 2070 (DANE, 2024).

El gráfico 5 muestra la evolución de este indicador a nivel nacional para Colombia de 1985 a 2070 y el gráfico presenta la información para 2023 por departamentos. La fecundidad está directamente relacionada con el estado de transición demográfica y puede clasificarse de la siguiente manera: incipiente, moderado, moderadamente avanzado, avanzado y muy avanzado.

Gráfico 5. Tasa de fecundidad-edad simple en Colombia, 1985-2070

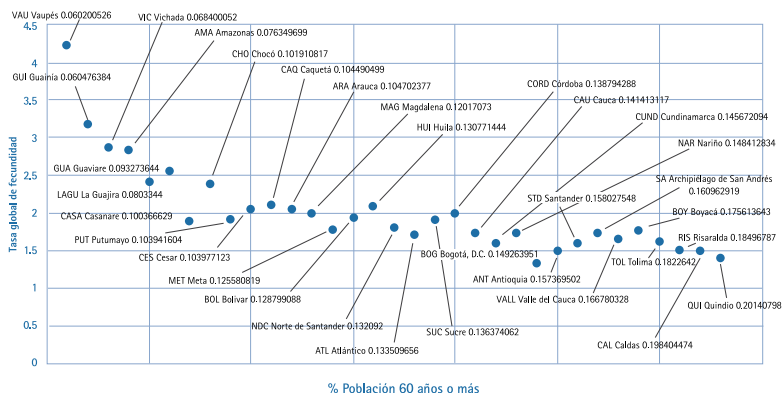
Fuente: elaboración propia con base en DANE (2023). Principales indicadores: cambio demográfico, población e indicadores a nivel departamental (periodo 2020-2070).

Gráfico 6. Tasa de fecundidad por departamentos, 1985, 2070 y 2023

Fuente: elaboración propia con base en DANE (2023). Principales indicadores: cambio demográfico, población e indicadores a nivel departamental (periodo 2020-2070).

Como se muestra en el gráfico 5, la fecundidad ha bajado de más de 3 descendientes por madre en los años ochenta a menos de 1,5 en 2020. De manera particular, en el gráfico 6 se pueden observar las diferencias por departamento, en la que destacan Guainía, Vaupés, Vichada y Amazonas como aquellos donde la fecundidad es mayor con respecto a los más desarrollados, en los cuales disminuye significativamente; tal es el caso de Bogotá D.C. con 1,32 descendientes por madre en el año 2023.

Gráfico 7. Departamentos, tasa global de fecundidad, población de 60 años y más y etapas de envejecimiento en Colombia, 2023



Fuente: elaboración propia con base en DANE (2023). Principales indicadores: cambio demográfico, población e indicadores a nivel departamental (periodo 2020-2070).

El gráfico 7 muestra las etapas de envejecimiento poblacional por departamentos en 2023. La mayoría se encuentra entre la etapa de envejecimiento moderado y moderadamente avanzado, sin que se destaque algún departamento en una etapa muy avanzada. Del total de los departamentos, cinco se asemejan a Haití desde el punto de vista demográfico, clasificados en la etapa de envejecimiento incipiente: Vaupés, Guainía, Vichada, Amazonas y Guaviare. En tanto que La Guajira se encuentra muy cerca de iniciar la etapa de envejecimiento moderado.

Se clasifican en 14 departamentos como moderadamente avanzados: Casanare, Chocó, Putumayo, Cesar, Caquetá, Arauca, Magdalena, Meta, Bolívar, Huila, Norte de Santander, Atlántico, Sucre y Córdoba. En este grupo se encuentra el promedio de Colombia.

Finalmente, en la etapa avanzada están Cauca, Cundinamarca, Nariño, Bogotá D.C., Antioquia, Santander, Archipiélago de San Andrés, Valle del Cauca, Boyacá,

Tolima, Risaralda, Caldas y Quindío. Estos dos últimos están muy cerca de alcanzar la etapa muy avanzada.

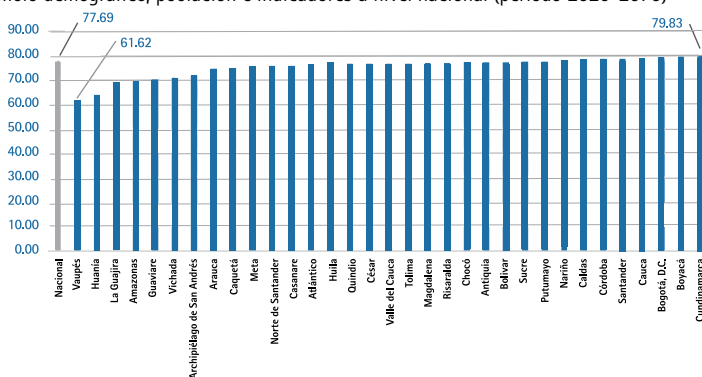
2.3.5. Esperanza de vida al nacer

El gráfico 8 muestra la esperanza de vida al nacer por departamento en el periodo 2021-2060. A partir de 2024, se observa una diferencia de 5 puntos entre hombres y mujeres, que disminuirá con el tiempo, aunque el envejecimiento es predominantemente femenino. En 2024, la esperanza de vida es de 74,99 años para los hombres y de 80,52 años para las mujeres, con un aumento gradual esperado hasta alcanzar los 83,43 años para los hombres y 86,97 años para las mujeres.

En el 2020, algunos departamentos superaron el promedio nacional de esperanza de vida al nacer de 77,69 años. Los departamentos con mayor esperanza de vida fueron Cundinamarca (79,83), Bogotá D.C. (79,30), Cauca (78,92), Santander (78,68), Caldas (78,30) y Nariño (78,07) (DANE, 2024).

Gráfico 8. Esperanza de vida al nacer por departamentos, 2020-2070

Fuente: elaboración propia con base en DANE (2024). Principales indicadores: cambio demográfico, población e indicadores a nivel nacional (periodo 2020-2070)

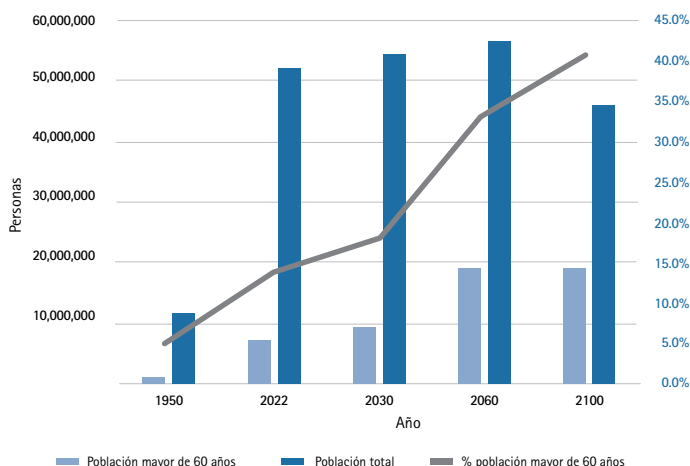


y departamental (periodo 2020-2050).

En contraste, 25 de los departamentos se encontraban por debajo del promedio; entre estos, Vaupés, además de ser el departamento más pobre, se ubica en el promedio que tenía Colombia en 1970 (hace más de 50 años) y, conforme se observa en las proyecciones, pasarán más de 15 años para que alcance el promedio que Colombia tiene hoy. Por su parte, Cundinamarca está en el nivel que tienen Cuba y Uruguay, que es de 79,8 años. Conocer estas diferencias ayuda a prever en dónde se ubicarán primero las demandas de protección a este grupo poblacional.

■ 2.3.6. Población mayor e índice de envejecimiento

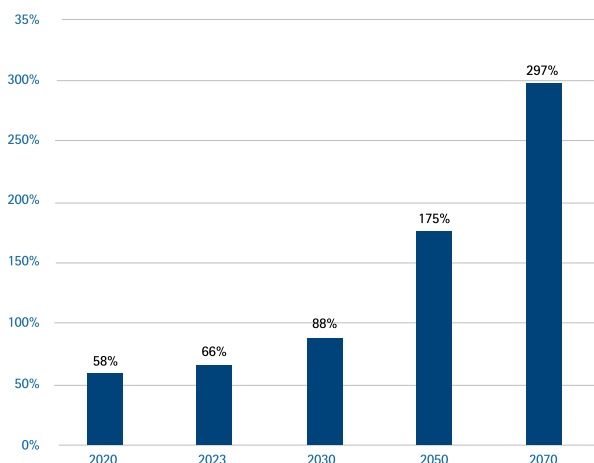
El gráfico 9 se elaboró con las estimaciones de la CEPAL (2022) de 1950 a 2070 y muestra, en valores absolutos y relativos, el número de personas mayores de 60 años con respecto a la población total en Colombia. En dicho gráfico se puede apreciar el rápido incremento de este grupo poblacional. En 1950, Colombia tenía 593.000 personas mayores, que representaban el 5% de la población total. En 2022, hay 7 millones de personas mayores de 60 años, que representan el 13,5%. Se prevé que este crecimiento continúe en las próximas décadas y que en 2030 este grupo poblacional aumente a 9,6 millones, lo que representaría el 17,7% de la población total. En 2060, la población mayor de 60 años significará casi el 33,1% de la población total, porcentaje que en términos absolutos corresponderá a 56,5 millones de personas mayores.

Gráfico 9. Población mayor de 60 años y población total, 1950-2060

Fuente: elaboración propia con estimaciones del CELADE-División de Población de la CEPAL.

El índice de envejecimiento expresa la relación entre el número de personas mayores de 60 años y el número de personas jóvenes menores de 15 años en la población y representa el número de personas mayores por cada 100 personas jóvenes. Un índice de envejecimiento bajo (menor a 100) asegura el reemplazo de la población mayor, mientras que un índice alto implica una mayor proporción de personas mayores en comparación con las jóvenes, lo que puede señalar desafíos relacionados con el envejecimiento de la población, como una mayor demanda de servicios y dificultad para el reemplazo generacional. El gráfico 10 muestra este indicador para Colombia de 2020 a 2070, y se observa cómo hasta el 2030, y un poco más allá (hacia el 2035), el índice es bajo, lo que asegura el reemplazo. Sin embargo, para el 2050, el índice es insuficiente, lo que indica una incapacidad de reemplazo adecuada.

Gráfico 10. Índice de envejecimiento en Colombia, 2020, 2023, 2030, 2050, 2070

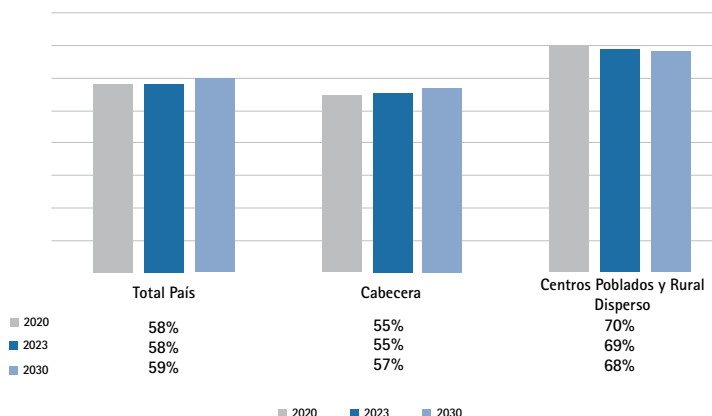


Fuente: elaboración propia con base en DANE (2024). Proyecciones de población a nivel nacional. Período 2020–2070. Actualización post covid-19. Proyecciones de población nacional por área, sexo y edad.

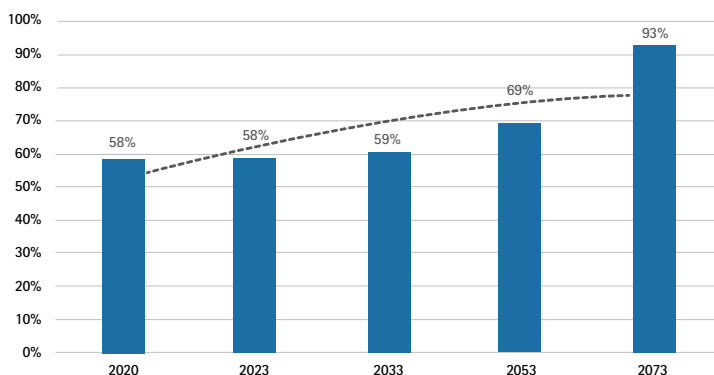
2.3.7. Relación de dependencia

La relación de dependencia es el número de personas menores de 15 años y mayores de 60 años con respecto a las personas entre 15 y 59 años, es decir, relaciona la población potencialmente dependiente con la población potencialmente activa (Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, Proesa y DANE, 2023).³⁵ Dicho de otra manera, la proporción de la población en edad de trabajar respecto a la que está fuera de la edad de trabajar; proporciona una visión general de la carga económica potencial sobre la población activa.

³⁵ Términos para reenfocar tanto en edad como en calificativo.

Gráfico 11. Relación de dependencia: urbano/rural

Fuente: elaboración propia con base en DANE (2024). Proyecciones de población a nivel nacional. Periodo 2020–2070. Actualización post covid-19. Proyecciones de población nacional por área, sexo y edad.

Gráfico 12. Evolución de la relación de dependencia 2020–2070

Fuente: elaboración propia con base en DANE (2024). Proyecciones de población a nivel nacional. Periodo 2020–2070. Actualización post covid-19. Proyecciones de población nacional por área, sexo y edad.

Los gráficos 11 y 12 muestran las proyecciones de la relación de dependencia en Colombia para diferentes periodos de

2020 a 2070. En el gráfico 11 se muestra esta relación en los ámbitos urbano y rural. Cuando la relación de dependencia es alta, significa que hay una gran proporción de personas que no se encuentran en edad de trabajar con respecto a la población activa. Esto tiene implicaciones en los sistemas de seguridad social, pensiones y otros programas sociales ya que aumenta la presión sobre los mismos. El caso contrario, cuando la relación de dependencia es baja, supone que hay una mayor proporción de personas en edad de trabajar con relación a la población dependiente, esto se reflejaría en beneficios económicos y sociales, pues se dispondría de una mayor fuerza laboral y se restaría carga en los sistemas de seguridad social. En el escenario de Colombia, se observa que esta dependencia es alta, sobre todo en las áreas rurales, y, de acuerdo con la tendencia, dicha dependencia crecerá en las próximas décadas.

■ 2.3.8. Una discusión que dar: envejecimiento o longevidad

El proceso del envejecimiento de la población, a menudo denominado “el tsunami gris”, presenta un desafío significativo. Este término evoca una visión preocupante: una ola de personas mayores que podría saturar los sistemas sanitarios y sociales, además de impactar negativamente la economía de las generaciones futuras.

Este edadismo y todas las formas de discriminación deben afrontarse de manera certera y efectiva. La política de envejecimiento tiene la responsabilidad de enfrentarlo con enfoques demográficos, epidemiológicos, territoriales (grado de ruralidad) y de desarrollo (bienestar y pobreza). Además, es importante evitar promedios de región o país que oculten realidades específicas; en cambio, las políticas deben ser ajustadas a las realidades particulares de cada territorio.

La longevidad y la esperanza de vida suelen utilizarse como sinónimos, pero representan conceptos distintos. La longevidad se refiere al tiempo que vive un individuo u organismo antes de morir, influenciada por factores como la genética, el estilo de vida, el ambiente y la atención médica. Por su parte, la esperanza de vida indica la cantidad de años que, en promedio, se espera que viva una persona en una determinada población y periodo de tiempo, basada en las tasas de mortalidad actuales.

El envejecimiento es un proceso biológico y gradual que ocurre con el tiempo en todos los organismos vivos. Este proceso implica una serie de cambios fisiológicos que conducen a una disminución de la capacidad funcional, a una mayor vulnerabilidad a enfermedades y a la eventual muerte. Mientras que la longevidad y la esperanza de vida pueden ser influenciadas por factores externos y avances tecnológicos, el envejecimiento es un fenómeno natural e inevitable.

Para un envejecimiento saludable, de acuerdo con organismos como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la CEPAL, entre otros, se deben considerar varios factores importantes, como la educación para toda la vida, una nutrición balanceada, fomentar la actividad física e intelectual, manejo del estrés, un sueño adecuado, control médico, evitar el tabaco y el alcohol, entre otros aspectos integrales que ayudan a promover una vida larga, saludable y satisfactoria.

De acuerdo con la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, el envejecimiento activo y saludable es:

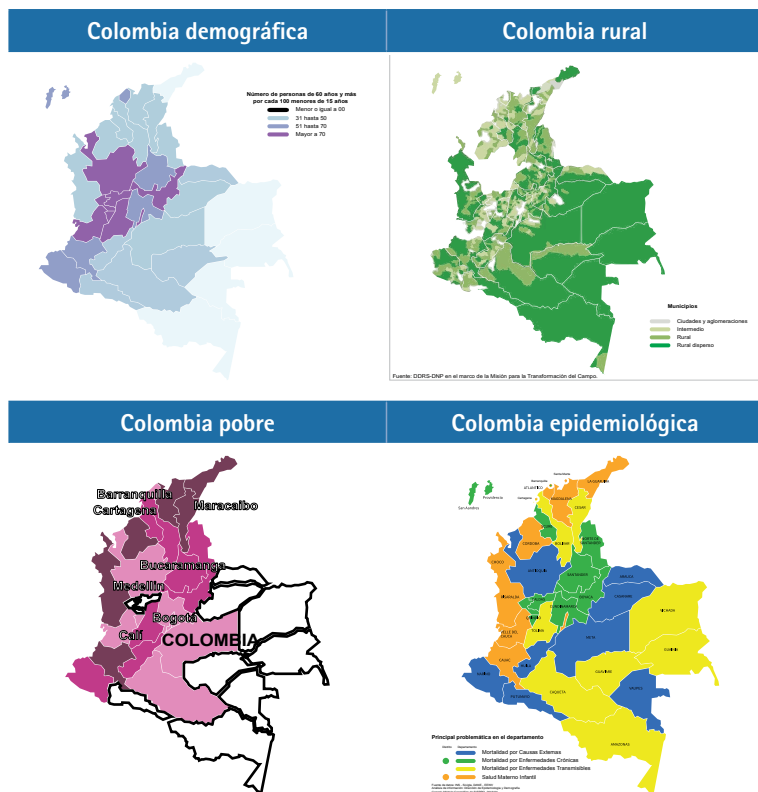
El proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida

de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población. (OEA, 2017)

La segunda parte de este documento propone herramientas esenciales para lograr un envejecimiento saludable, incluyendo la educación continua para toda la vida, la necesidad de redefinir la jubilación y la consideración de las implicaciones de la esperanza de vida saludable y de la convivencia intergeneracional, teniendo en cuenta los cambios demográficos. El escenario esperado en las próximas décadas es de un crecimiento lento de la población.

Colombia, al igual que América Latina y el mundo, deberá asumir el envejecimiento poblacional como una realidad inaplazable, inevitable y desigual. La pregunta es ¿cómo se desea este aumento en la longevidad? Colombia dejará de crecer y envejecerá de manera progresiva y muy diferenciada por departamentos y regiones. Esta diversidad se puede clasificar en cuatro grupos,³⁶ que corresponden a los niveles de desarrollo y se expresan en las distintas “colombias”: demográfica, epidemiológica, pobreza y rural, que suelen coincidir en los mismos territorios (ver gráfico 13).

I ³⁶ Envejecimiento incipiente, moderado, moderadamente avanzado y avanzado.

Gráfico 13. Las distintas "colombias": demográfica, rural, pobre y epidemiológica

Fuente: DANE (2015). Misión para la transformación del campo – DNP – MINSALUD.

El envejecimiento poblacional no puede verse como un elemento desvinculado del desarrollo del país. Factores como la pobreza y vivir en zonas rurales aisladas y sin apoyo hacen que la transición demográfica sea lenta, como se observa en África Occidental y Central, Haití o en departamentos colombianos como Vichada, Vaupés, Guainía y La Guajira. En estas regiones, las desigualdades son muy marcadas y el acceso a servicios básicos es limitado. Para estos departamentos, es necesario adecuar la cobertura y protección para su población mayor mediante iniciativas concretas.

2.4. Conclusiones

Los indicadores demográficos aquí descritos brindan herramientas esenciales para conocer la estructura y el comportamiento de la población en Colombia y permiten identificar grupos poblacionales que pueden presentar mayores riesgos de pobreza, vulnerabilidad o exclusión de los servicios sociales.

La información analizada muestra que Colombia, enfrentará un envejecimiento poblacional diverso, con diferencias significativas relacionadas con el género, nivel de ingreso, ubicación geográfica y velocidad de envejecimiento entre departamentos y regiones, lo que requerirá políticas adaptadas a las distintas realidades territoriales. Esto permitirá entender los requerimientos futuros de las personas mayores y poder focalizar los programas para que lleguen a todas las personas.

3. Protección a la vejez: una perspectiva económica

■ **Isidro Hernández³⁷**

■ **Resumen**

El capítulo examina los aspectos económicos y financieros necesarios para apoyar a las personas mayores que viven en pobreza en Colombia, reconociendo que es socialmente inaceptable desatender a quienes han contribuido a la sociedad a lo largo de sus vidas.

Se señala el esfuerzo fiscal que sería necesario para proporcionar una cesta mínima de bienes (incluidos alimentos, asistencia sanitaria básica, vivienda e ingreso) a las personas mayores que se encuentran en situación de pobreza. Destaca la importancia de un enfoque de la protección social basado en derechos que garantice un nivel de vida mínimo, junto con un enfoque económico que aborde las vulnerabilidades y los riesgos. Para ello, el texto brinda una serie de bases conceptuales que orientan el trabajo, revisando temas como la

³⁷ Director académico del Centro de Pensamiento en Seguridad Social (CEPES) y docente investigador de la Facultad de Economía de la Universidad Externado de Colombia.

trayectoria de la protección social, el gasto público en protección social y en salud, lo que revela la necesidad de aumentar el apoyo financiero para cubrir los ingresos y los riesgos sanitarios de las personas mayores, especialmente en las regiones marginadas. Al respecto, el capítulo hace énfasis en la necesidad de identificar a la población no cubierta, así como en la de una reasignación de los recursos, dando prioridad a las personas mayores en el gasto social, y subraya que proporcionar una canasta mínima de bienestar requeriría el 0,2% del PIB, lo que exigiría un modesto esfuerzo fiscal.

3.1. Introducción

La protección a la vejez es una cuestión de equidad, una acción ética consistente en el principio de que no es socialmente aceptable relegar a quienes han contribuido a la sociedad a lo largo de su vida. Es un deber social ser solidario con la población mayor y esto debe constituir una política de Estado. Esta protección tiene varias aristas sociales y económicas; dentro de estas últimas destacan las financieras.

Este capítulo se dedica a mirar los elementos económicos y financieros y a establecer la dimensión del esfuerzo fiscal que debe hacer la sociedad colombiana para entregarle una cesta mínima a la población mayor que se encuentra en condiciones de pobreza, a aquellas personas que no tienen la posibilidad de proveerse un bienestar mínimo. La argumentación comienza con unas bases conceptuales que guiarán el resto del capítulo, posteriormente expone el recorrido de la protección social en Colombia para mostrar dónde está concentrada la acción estatal y lo que falta para lograr un mayor estado de bienestar. Se dedica una sección especial a los avances en materia de salud para la población mayor, que constituyen uno de los principales aspectos de protección para este grupo etario.

Finalmente, se mencionan aspectos fiscales importantes para determinar un orden de magnitud de una ampliación de las transferencias monetarias a la población mayor. El capítulo cierra con una sección dedicada a las conclusiones generales.

■ 3.2. Bases conceptuales mínimas

En los debates acerca de la protección social se emplean dos acepciones. La primera, utilizada de manera frecuente en los análisis en América Latina, corresponde a la perspectiva de derechos. Este enfoque considera que la protección social es una política y son los recursos que entrega la sociedad, o grupos sociales o familias, a los individuos para que hagan efectivos sus derechos humanos y cubran las vulnerabilidades y privaciones que surgen de las fuentes de su ingreso, de su nivel y estado de salud, de sus discapacidades, de la reproducción de la especie, del envejecimiento y de la muerte (Artigas, 2005; Cecchini, 2019; Schwarzer, et al., 2014).

El fundamento de esa acepción no es económico, es político jurídico: se considera social y políticamente deseable que los individuos tengan derecho a un estándar mínimo de vida adecuado, o a un mínimo de bienestar (*welfare*), o a un mínimo de bien-estar (*well-being*), debido a su ciudadanía, es decir, por el hecho de ser ciudadanos. Como el individuo es el titular de los derechos, lo que recibe del sistema de protección pública o privada no es una asistencia social o una caridad pública, es la realización efectiva de sus derechos. En la práctica, ese mínimo, en algunos casos, se establece en la constitución, en una ley o en un tratado internacional;³⁸ es

³⁸ Los más recurrentes son el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Recomendación sobre los pisos de protección social núm. 202 de la OIT, aun cuando esta última surge como un aspecto de la seguridad social se utiliza un elemento de la protección social.

decir, la protección social toma vida jurídica. En otros casos, sin que medie una norma, el mínimo se incorpora en las políticas microeconómicas, sectoriales o macroeconómicas de los programas de gobierno —que generalmente se denomina “política pública” de protección social—, en este caso surge de la decisión de una administración de hacer política social.

Con o sin existencia jurídica, la realización efectiva de ese estándar mínimo implica, primero, optar por un concepto o estándar mínimo de vida, o el mínimo de bienestar o el mínimo de bien-estar, la decisión no será neutral porque los conceptos no son sinónimos; segundo, determinar el conjunto de bienes o servicios que integran la cesta que es equivalente al concepto seleccionado; tercero, la especificación del o de los grupos de población que no alcanzan ese mínimo, aquellos a los que no se les garantiza el cumplimiento de sus derechos humanos, y cuarto, identificar qué privaciones y vulnerabilidades sufre el o los grupos de población delimitados en el punto anterior. La mayoría de las y los analistas en la práctica no especifican explícitamente con cuál estándar mínimo laboran, pero sí coinciden en que la cesta debe tener los alimentos —algunos los limitan a los alimentos esenciales sin precisarlos—, la atención básica de salud, la vivienda, la educación para los niños y niñas, el acceso al agua potable y los ingresos monetarios para las y los ancianos (Artigas, 2005).

La segunda acepción es económica, de uso habitual en las entidades y los organismos multilaterales, las agencias de ayuda gubernamental de los países desarrollados y de las entidades privadas de asistencia internacional. En este enfoque se entiende por protección social a las acciones gubernamentales o privadas —que generalmente se engloban en el concepto de acción pública— que suplen las privaciones y las vulnerabilidades, cubren o gestionan los riesgos y las necesidades de seguridad de las personas más pobres e indigentes o de aquellos grupos poblacionales que no son pobres

pero que pueden caer en privaciones ante choques económicos, políticos o sociales (Asian Development Bank, 2003 y 2022; Norton et al., 2001; O'Brien et al., 2018; Yemtsov et al., 2018). Los pobres y los vulnerables se identifican de acuerdo con el concepto de pobreza multidimensional. La protección social así definida implica instrumentos de asistencia social, atención social, seguro social y las políticas para el mercado laboral.

La protección social con enfoque de derechos cubre los riesgos y las vulnerabilidades, pero al garantizar efectivamente los derechos, *pari passu*, la protección social se convierte en una herramienta para alcanzar más equidad y reducir la pobreza; pasa de ser objetivo a ser instrumento. En la perspectiva económica, la protección social es una respuesta a las crisis o a los choques que perjudican a la población pobre, es decir, en sí misma es una herramienta de lucha contra la pobreza, por ello se opta en la práctica por la asistencia social, porque se considera que es la forma eficiente para dar respuesta al problema de riesgo y vulnerabilidad de la población pobre.

Como en el enfoque económico no existe un acuerdo sobre lo que compone la cesta de protección social, cada una de las entidades, agencias o gobiernos eligen un conjunto de bienes y servicios de una lista extensiva que cambia según los aspectos que quieran destacar; es decir, si el énfasis está puesto en la asistencia social, en la seguridad social, en la atención social o en el mercado laboral.

- La asistencia social, en términos económicos, corresponde a transferencias a los hogares para atender las prestaciones de los seguros sociales, pero que no hacen parte del sistema de seguro o que no implican contribuciones sociales; o, en la contabilidad económica, es la provisión de prestaciones de protección social a

las personas que la necesitan y que no exige un requerimiento de pago. Para el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), son los gastos en beneficios y costos administrativos de los programas de asistencia social, que incluyen las transferencias no condicionadas, las transferencias condicionadas, las pensiones, la alimentación escolar, las transferencias en especie, la exención de tributos, los programas públicos de empleo y los subsidios de desempleo. La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) solo incluye los beneficios en efectivo, la provisión directa de bienes y servicios en especie, y las exenciones impositivas con fines sociales.

- La seguridad social son las prestaciones exigibles por parte de la persona beneficiaria que cubren un riesgo social que la persona beneficiaria ya financió en parte con contribuciones. Los beneficios que se entregan son los de salud, pensión y pagos por la ocurrencia de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo e invalidez.
- Las prestaciones sociales las integran las transferencias a los hogares para cubrir necesidades de salud, desempleo, vivienda, educación, jubilación, alimento, subsidios a las tarifas de servicios públicos domiciliarios y apoyo a las personas discapacitadas.

Las diferencias en la composición de la cesta surgen de los criterios básicos que utilizan las diferentes entidades o agencias para determinar los beneficios que se entregan como protección social, esto es, la fuente de los recursos que financian la cesta (contributivos, no contributivos), si la provisión de los bienes o servicios es voluntaria u obligatoria y la amplitud de lo que quiere cubrir.

3.3. El gasto en protección social en Colombia

3.3.1. Metodología de medición

En Colombia, la medición del cálculo del gasto gubernamental en protección social se elabora desde una perspectiva económica. Se toman como base de definición y cálculo los criterios y la clasificación del Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS), un instrumento que facilita la presentación de los datos de protección social, que permite la comparación entre países y se integra en la Clasificación de las Funciones de Gobierno (CoFOG) (DANE, 2020). A diferencia de lo dispuesto en el SEEPROS, el DANE excluye la atención en salud, gasto que agrega en la división de gasto en salud. Cada rubro incluye tanto los gastos en servicios y transferencias a personas y familias individuales como los gastos en servicios suministrados a colectivos. Este último agrega los gastos en la formulación y la administración de política gubernamental, la ejecución de legislación y la investigación aplicada y el desarrollo experimental en cuestiones y servicios de protección social; en otras palabras, el gasto en colectivos no implica una transferencia monetaria o en especie a las personas beneficiarias de la protección social.

El rubro de protección social agrega los gastos realizados por el gobierno general³⁹ en:

- Atención a la niñez, a las y los adolescentes y a las familias, en especial quienes están “en condiciones de amenaza, insolvencia o vulneración de sus derechos”

³⁹ En el sistema de contabilidad económica, el gobierno general está integrado por los gobiernos nacional, departamental y municipal del orden central y algunas entidades del orden descentralizado, como los establecimientos públicos y entidades con autonomía administrativa y financiera, más las entidades de seguridad social, incluidos los fondos de pensiones del régimen de ahorro individual con solidaridad.

(DANE, 2022, p. 22). Incluye el gasto en maternidad y pagos en caso de nacimiento, licencias por cuidado de las y los hijos, apoyos familiares o por hijos o hijas a cargo, otros pagos efectuados periódicamente o de una sola vez para apoyar a las familias y ayudarlas a sufragar los costos de ciertas necesidades, por ejemplo, las familias monoparentales o las familias de hijas o hijos con discapacidad (DANE, 2020, p. 85).

- En población vulnerable y excluida. Son pagos a personas de bajo ingreso, personas indigentes, indígenas, inmigrantes, refugiados, víctimas de actos criminales violentos, prestaciones a personas para reducir el nivel de pobreza, suministro de alojamiento y alimento, rehabilitación a personas toxicómanas o alcohólicas, gasto en albergues o ropa.
- En atención humanitaria, a las víctimas de desastres naturales.
- En los subsidios para la adquisición de vivienda de interés social. Comprende tanto los subsidios para la compra (pago de una parte de la hipoteca o de los intereses) como los que sufragan los alquileres o el arriendo.
- En los subsidios entregados al consumo de servicios públicos de las personas usuarias pertenecientes a los estratos⁴⁰ 1, 2 y 3.
- En los pagos de indemnizaciones, incapacidades y licencias de maternidad y paternidad. En la transferencia

⁴⁰ En Colombia se utiliza como instrumento de información socioeconómica la estratificación de la población, la cual se hace con base en las condiciones físicas de los inmuebles. Se tienen seis estratos. Los estratos 1, 2 y 3 se consideran de menor ingreso o riqueza, y el 5 y el 6 los de mayor ingreso o riqueza. Sin embargo, como lo muestran varios estudios, los estratos no son una medida del ingreso, la riqueza o la capacidad de pago individual o del hogar, y la estadística indica que hay un problema de inclusión y exclusión del orden del 35%, esto es, que no recibe subsidios o beneficios sociales un 35% de la población que por su ingreso debería recibirlos, o que el 35% de las personas beneficiarias de los programas de subsidios no debería recibirlos porque tienen la suficiente capacidad de pago.

a personas o familias individuales comprende los beneficios que cubren una parte o la totalidad de la pérdida de ingresos durante el período de incapacidad laboral transitoria o la licencia de enfermedad, o la asistencia en tareas diarias a personas que temporalmente no pueden trabajar a causa de enfermedad o lesión; así como los beneficios a personas incapacitadas parcial o totalmente para realizar una actividad económica o una vida normal por impedimento físico o mental; también las pensiones de invalidez, la jubilación anticipada por reducción de su capacidad de trabajo sin haber cumplido el requisito de edad de jubilación; los pagos a personas con discapacidad que laboran en trabajos adaptados a su condición; los alimentos o el alojamiento para personas con discapacidad prestados en establecimientos adecuados para ello, ayuda doméstica o servicios de transporte a personas con discapacidad, entre otras.

- Y el gasto de los fondos de pensiones. Es el pago de las pensiones a las personas afiliadas que cumplen con los requisitos para jubilarse.

En la división de vivienda y salud se incluyen rubros que para otras clasificaciones hacen parte de la protección social. En vivienda se tiene el gasto gubernamental en construcción, adquisición o remodelación de unidades de vivienda para personas con necesidades especiales y transferencias para expansión, mejoramiento o mantenimiento de viviendas. En salud, el suministro de productos farmacéuticos; servicios médicos generales y especializados; servicios paramédicos; servicios hospitalarios; los gastos en servicios de residencias de la tercera edad y residencia de convalecencia, y servicios de salud pública, gasto que incluye subsidios a personas y familias individuales.

3.3.2. Trayectoria global del gasto

En los últimos quince años, el gobierno general gastó en protección social un promedio al año de COP 80 billones. Como se muestra en el gráfico 1-b, la participación de la protección social en el gasto total gubernamental tendió a permanecer constante hasta 2017, con un promedio anual de 28,4% para todo el período. Esto indica que las diferentes administraciones de todos los niveles de gobierno mantuvieron las subvenciones de las políticas socioeconómicas que plantearon sus planes de gobierno, pero fundamentalmente porque por mandato constitucional el denominado gasto social —cuyos programas y proyectos se recogen en el gasto en protección social— debe mantener su participación en el presupuesto a lo largo de las vigencias fiscales, y porque unas de las políticas implantadas por alguna administración se elevaron a políticas de Estado, lo que permitió su continuidad, por ejemplo, Colombia Mayor y Familias en Acción.

Gráfico 1-a. Gasto en protección social del gobierno general. Miles de millones de pesos

Fuente: DANE (2022).

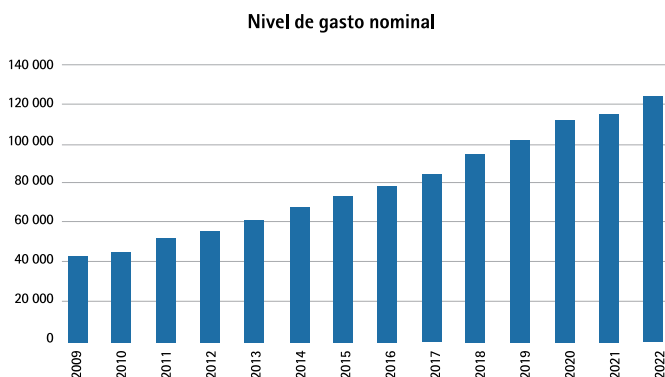
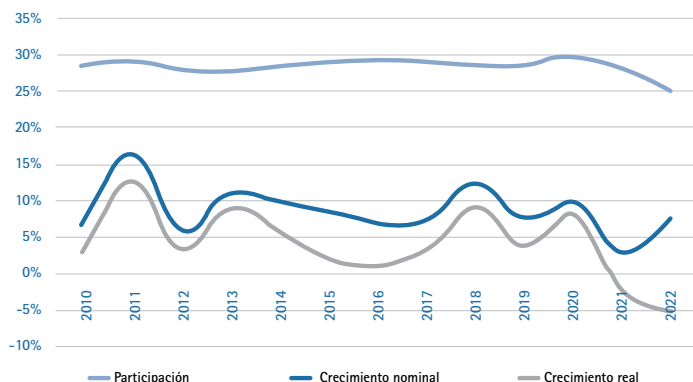


Gráfico 1-b. Gasto en protección social del gobierno general

Fuente: DANE (2022).

Por efecto de la COVID-19, en 2020 la participación aumentó a 29,8%, cifra equivalente al crecimiento que tuvo entre 2015 y 2017; en otras palabras, la pandemia detuvo el leve descenso en la participación entre 2018 y 2019. Las restricciones fiscales inducidas por el choque de la pandemia y la necesidad de cubrir otras funciones gubernamentales, en especial el servicio de la deuda pública, se percibieron en el bienio 2021-2022, cuando la protección social perdió 3,3 puntos porcentuales promedio al año con respecto a 2020. Desde luego, estos porcentajes no incluyen el gasto en salud ni algunas de las subvenciones en vivienda, como se puntualizó en la explicación sobre los componentes del gasto en protección social en Colombia, expuestos en la subsección 3.1.

El crecimiento del gasto en protección social en el mediano plazo tiene una tendencia decreciente. Entre 2010 y 2022 creció nominalmente 8,6%, promedio anual. En 2011 presentó su mayor aumento, con 16,3%. En el cuatrienio 2018-2021, la tendencia decreciente se acentuó, con una fuerte caída en 2021, periodo en el que las finanzas públicas empezaron a

alcanzar déficits significativos, en especial en el gobierno nacional central (GNC), que llevó a un ajuste en el gasto, pese a que la reforma tributaria de 2016 empezó a generar ingresos en 2017 y la de 2018 cubrió parte del gasto⁴¹ a partir de 2020.

En términos reales, el panorama es más crítico. Las caídas nominales entre 2013 y 2016 y el incremento de la inflación en 2015 y 2016 redujeron de manera significativa el gasto real en protección social. Para 2021-2022 el aumento de la inflación, causada por las condiciones económicas globales, empujó a un decrecimiento real al gasto en protección social en unas circunstancias en las que las condiciones socioeconómicas colombianas demandaban mayor intervención estatal para cubrir los siniestros sociales que surgieron después del cierre de la economía mundial de 2020 y se necesitaba incrementar la demanda agregada para detener la caída en el crecimiento del producto con el consecuente incremento de la tasa de desempleo.

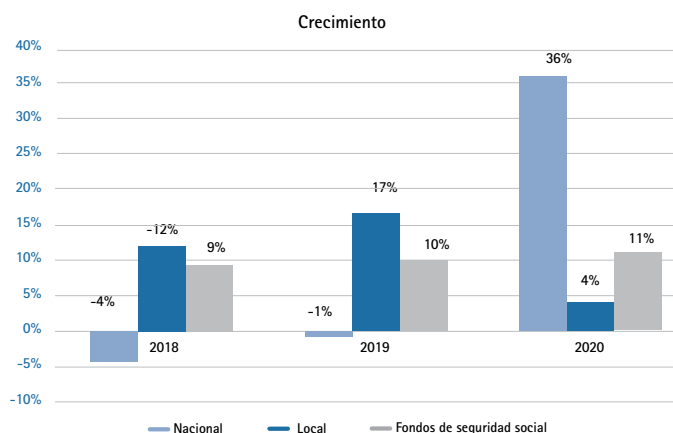
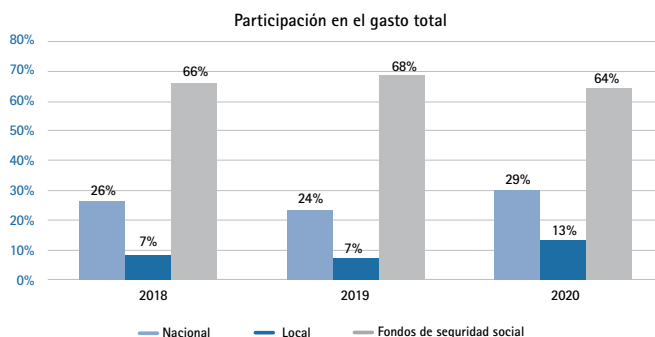


Gráfico 2-a. Gasto en protección social por subsector

⁴¹ La Corte Constitucional declaró inexecutable parte de la reforma de 2018 y el gobierno volvió a presentarla en 2019, por esta circunstancia el efecto sobre el recaudo se refleja solo hasta 2020.

Fuente: DANE (2020).

Gráfico 2-b. Gasto en protección social por subsector

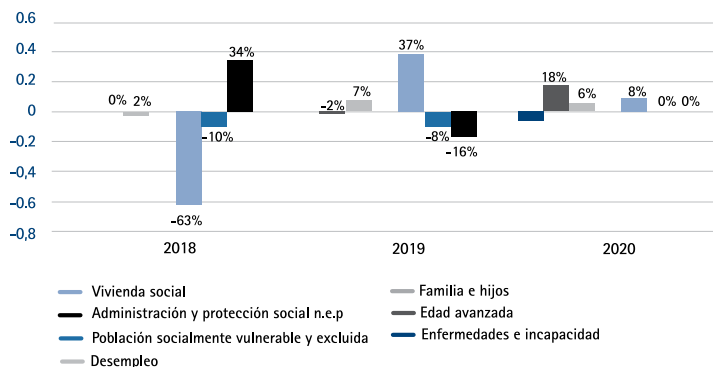


Fuente: DANE (2020).

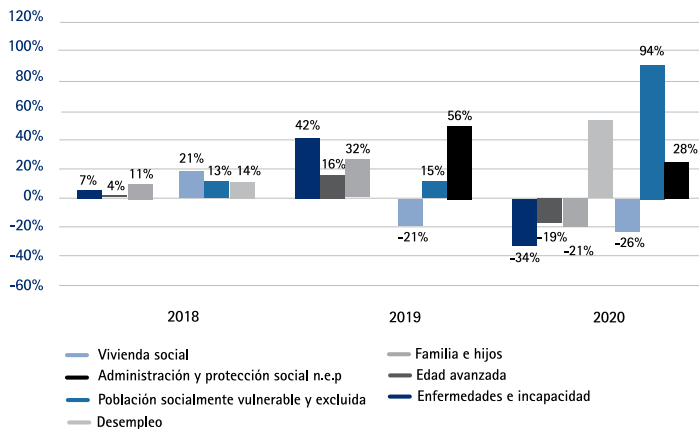
De acuerdo con la clasificación económica, los subsectores que ejecutan el gasto en protección social son el gobierno nacional, los gobiernos locales (departamentos y municipios) y los fondos de seguridad social. En 2017-2018, la variación del gasto en protección social fue inversa entre el gobierno nacional y los gobiernos locales; en el primero decreció y en los segundos crecía, como se evidencia en el gráfico 2-a. La COVID-19 empujó al gobierno nacional a aumentar su crecimiento en 2020, pero, como aún no se han publicado las cifras preliminares para 2021 y 2022, se desconoce el comportamiento por subsector y no se puede determinar si la caída de la participación de la protección social que se refleja en los gráficos 1-a y 1-b es resultado del menor crecimiento que presentan los gobiernos locales. La participación del gasto en protección social dentro del gasto total de cada subsector indica que los cambios inducidos por el choque de la pandemia no la modificaron de manera significativa. En el gobierno nacional aumentó en cinco puntos porcentuales y en los locales seis puntos porcentuales, pero, en circunstancias normales, las cifras mantienen sus proporciones.

Los decrecimientos del gasto en protección social en 2018 y 2019 se asocian a la reducción, en el primero de esos años, del gasto en familia y progenie, vivienda social y población vulnerable y excluida del gobierno nacional, en orden de 1,6%, 62,8% y 9,5% respectivamente; y en 2019 a la caída en los gastos del gobierno nacional en personas de edad avanzada, población vulnerable y excluida y en los gastos de administración y protección social no especificada, con 1,8%, 7,6% y 15,9% respectivamente; acompañados de una reducción de 20,8% en el gasto en vivienda social de los gobiernos locales. Los gobiernos locales frenaron el gasto en protección social en 2020: el rubro de enfermedades e incapacidad decreció un 34,3%, vivienda social cayó en 26,4%, familia e hijos se redujo en 20,7% y el gasto en personas de edad avanzada en 19,1%, mientras que en el gobierno nacional únicamente cayó un 5,7% en ese año, como se puede observar en el gráfico 3. Desde luego, por su función específica, los fondos de seguridad social concentran todo su gasto en personas de edad avanzada, puesto que son las encargadas de pagar las pensiones a estas personas.

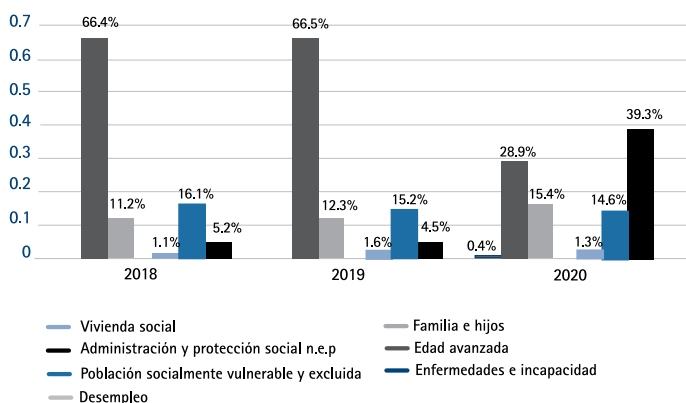
En términos de la participación de las finalidades del gasto en protección social que realiza el gobierno nacional, el mayor gasto corresponde a las transferencias a personas de edad avanzada, donde se incluyen los subsidios a la seguridad social, pensiones, y en los gobiernos locales es la población vulnerable y excluida. El 2020 fue atípico porque casi el 40% de los recursos de ambos gobiernos se dedicó a los pagos de administración y protección social no especificada, como se puede apreciar en el gráfico 3.

Gráfico 3. Gasto en protección social por subsector y finalidad**Gráfico 3-a. Gobierno nacional. Crecimiento**

Fuente: DANE (2020).

Gráfico 3-b. Gobiernos locales. Crecimiento

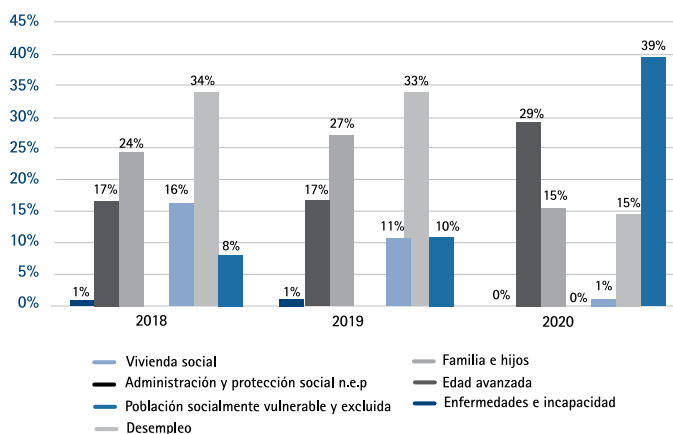
Fuente: DANE (2020).

Gráfico 3-c. Gobierno nacional. Participación

Fuente: DANE (2020).

Gráfico 3-d. Gobiernos locales. Participación

Fuente: DANE (2020).

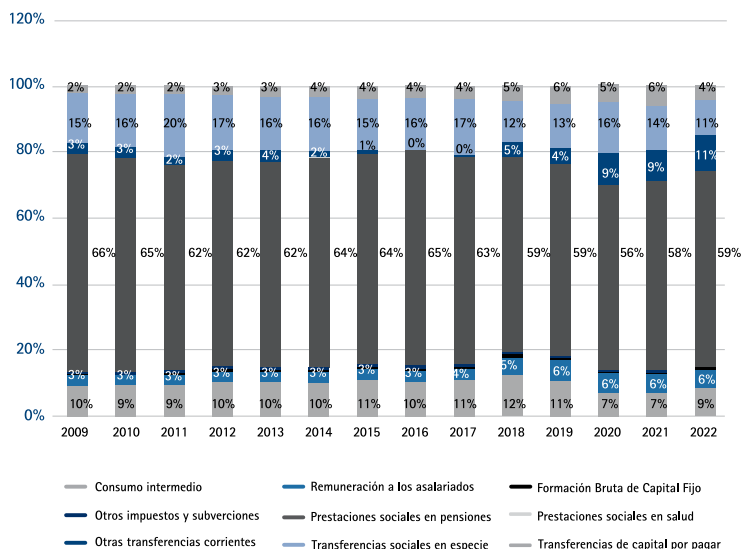


Los resultados descritos en los dos párrafos anteriores indican que la mayoría de los gobiernos locales o no tienen la capacidad financiera y administrativa para enfrentar choques socioeconómicos de gran calado, como lo fue la COVID-19, o el grado de centralización del país lleva a que estos gobiernos

estratégicamente dejen al gobierno nacional diseñar y ejecutar las políticas sociales, con el conocimiento de que ese nivel de gobierno tampoco tiene ni capacidades de gestión infinitas, ni información perfecta sobre el comportamiento de las regiones, pero sí los recursos financieros para llevar a cabo los proyectos.

Gráfico 4. Clasificación económica del gasto en protección social

Fuente: cálculos propios con base en DANE (2022).



El promedio anual de los gastos de operación de los programas de protección social son el 14,6% del gasto total. El consumo intermedio representa el mayor rubro de gasto, con el 9,8% promediado al año, seguido de la remuneración a los asalariados, con el 4% promedio anual, como se puede verificar en el gráfico 4. Parte de estos gastos operacionales corresponden a la provisión de los servicios suministrados a colectivos. El 81,1% del gasto en protección social son

recursos que se le transfieren a los hogares o a los individuos. Como se observa en el gráfico 4, la mayor cantidad se dirige a prestaciones sociales en pensiones, que promedia el 61,7% al año para el período 2009-2022; las transferencias en especie es el segundo rubro, con 15,2% promedio año. Como se conoce que el rubro pensional se dedica a las personas de edad avanzada, se puede concluir que el 60% del gasto en protección social se dirige a cubrir el riesgo de ingresos de la vejez colombiana.

La preponderancia de los recursos de los regímenes de pensiones en la protección social se percibe mejor cuando se separan las subvenciones a pensiones para quienes no alcanzan a cumplir los requisitos legales de los regímenes y los subsidios a los beneficiarios de los BEP. Como se muestra en las tablas 1-a y 1-b, las prestaciones de asistencia social (Fondo de Solidaridad Pensional y otros sistemas de protección a las personas ancianas) son un rubro de menor cuantía; participan en un 1,3% promedio anual del total de prestaciones sociales distintas de las transferencias sociales en especie para el período 2005-2022. Estos guarismos manifiestan que la protección social para la vejez en Colombia está dirigida hacia las personas que fueron cotizantes y, por tanto, pertenecían al mercado laboral formal, entendido como el segmento de mercado que paga de acuerdo con lo que estipula la ley laboral, o son cuenta propia con un ingreso que les permite cubrir los pagos de la seguridad social. La vejez en situación de pobreza recibe subsidios marginales.

3.3.3. Protección social a la vejez

Como se mostró en la subsección 3.3.2., la protección social directa a la población mayor se concentra en las pensiones, tanto para personas afiliadas a los sistemas como para quienes

reciben transferencias monetarias para cubrirles un monto mínimo de ingreso en su vejez, sin que sea una pensión. En este último grupo, el país tiene dos programas en el gobierno nacional, el Programa de Protección Social al Adulto Mayor —Colombia Mayor—, que en la actualidad está bajo la responsabilidad del Departamento Administrativo de Prosperidad Social y los Beneficios Económicos Periódicos (BEP), administrado por COLPENSIONES. Con el programa de Ingreso Solidario para las familias también se está beneficiando a la población adulta. Algunos gobiernos departamentales y municipales tienen programas de transferencias directas para este conjunto de la población, principalmente en Bogotá D.C. En salud, este grupo poblacional se favorece especialmente con el régimen subsidiado de salud. En alimentación y vivienda se tienen que incorporar los subsidios en especie con los programas municipales de comida caliente y pago de residencia.

La población mayor puede favorecerse de forma indirecta con otros tipos de subsidios que reciben los hogares más pobres; por ejemplo, un abuelo puede beneficiarse de las transferencias de Familias en Acción, puesto que este monto de dinero también se usa para completar la cesta de consumo del hogar en el que vive el abuelo, pese a que son los padres de las niñas, los niños y las y los adolescentes que asisten a la escuela quienes reciben directamente el subsidio. Dado que las estadísticas no permiten identificar los beneficios indirectos que recibió la población adulta mayor de los programas de transferencias monetarias y en especie, en este capítulo se toman los programas directos para este tipo de población.

Tabla 1-a. Prestaciones sociales distintas de las transferencias sociales en especie (2005-2013). Miles de millones de pesos corrientes

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Prestaciones de seguridad social en dinero	16.592	19.235	22.151	24.687	28.171	31.646	34.764	37.685	41.255
Otras prestaciones de los otros seguros sociales en pensión	7.990	8.842	9.281	10.072	10.831	10.243	11.389	11.603	12.330
Otras prestaciones de los otros seguros sociales en salud	180	191	244	256	275	335	384	460	469
Prestaciones del Régimen Subsidiado en dinero relacionadas con la afiliación al sistema subsidiado de seguridad social en salud	2.922	3.295	3.885	4.469	5.604	5.927	6.928	9.575	11.107
Prestaciones de asistencia social-Fondo de Solidaridad Pensional y otros sistemas de protección a las personas ancianas	89	124	146	631	663	695	715	740	999
Total	27.773	31.687	35.707	40.115	45.544	48.846	54.180	60.063	66.160

Tabla 1-b. Prestaciones sociales distintas de las transferencias sociales en especie (2014-2022). Miles de millones de pesos corrientes

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Prestaciones de seguridad social en dinero	45.585	49.522	54.089	59.954	64.964	69.333	74.582	81.647	93.251
Otras prestaciones de los otros seguros sociales en pensión	13.289	14.371	15.760	14.076	13.116	13.808	13.044	12.987	14.575
Otras prestaciones de los otros seguros sociales en salud	524	585	646	956	961	1.204	1.371	1.514	1.583
Prestaciones del Régimen Subsidiado en dinero relacionadas con la afiliación al sistema subsidiado de seguridad social en salud	13.980	14.270	15.820	17.136	19.265	21.945	24.386	25.930	29.865
Prestaciones de asistencia social-Fondo de Solidaridad Pensional y otros sistemas de protección a las personas ancianas	1.140	1.310	1.256	1.247	1.359	1.564	1.894	1.753	1.731
Total	74.518	80.058	87.571	93.369	99.665	107.854	115.277	123.831	141.005

Fuente: DANE (2022).

Tabla 2-a. Prestaciones sociales distintas de las transferencias sociales en especie (2005-2013). Participación porcentual

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Prestaciones de seguridad social en dinero	59,7%	60,7%	62,0%	61,5%	61,9%	64,8%	64,2%	62,7%	62,4%
Otras prestaciones de los otros seguros sociales en pensión	28,8%	27,9%	26,0%	25,1%	23,8%	21,0%	21,0%	19,3%	18,6%
Otras prestaciones de los otros seguros sociales en salud	0,6%	0,6%	0,7%	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	0,8%	0,7%
Prestaciones del Régimen Subsidiado en dinero relacionadas con la afiliación al sistema subsidiado de seguridad social en salud	10,5%	10,4%	10,9%	11,1%	12,3%	12,1%	12,8%	15,9%	16,8%
Prestaciones de asistencia social-Fondo de Solidaridad Pensional y otros sistemas de protección a las personas ancianas	0,3%	0,4%	0,4%	1,6%	1,5%	1,4%	1,3%	1,2%	1,5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 2-b. Prestaciones sociales distintas de las transferencias sociales en especie (2014-2022). Participación porcentual

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Prestaciones de seguridad social en dinero	61,2%	61,9%	61,8%	64,2%	65,2%	64,3%	64,7%	65,9%	66,1%
Otras prestaciones de los otros seguros sociales en pensión	17,8%	18,0%	18,0%	15,1%	13,2%	12,8%	11,3%	10,5%	10,3%
Otras prestaciones de los otros seguros sociales en salud	0,7%	0,7%	0,7%	1,0%	1,0%	1,1%	1,2%	1,2%	1,1%
Prestaciones del Régimen Subsidiado en dinero relacionadas con la afiliación al sistema subsidiado de seguridad social en salud	18,8%	17,8%	18,1%	18,4%	19,3%	20,3%	21,2%	20,9%	21,2%
Prestaciones de asistencia social-Fondo de Solidaridad Pensional y otros sistemas de protección a las personas ancianas	1,5%	1,6%	1,4%	1,3%	1,4%	1,5%	1,6%	1,4%	1,2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: DANE (2022).

El Programa de Protección Social al Adulto Mayor, conocido como Colombia Mayor, atiende a la población que no posee una pensión, a quienes tienen tres años menos de la edad

requerida para obtener una pensión (54 años si es mujer o 59 si es hombre), no tienen ingresos para subsistir y están en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) en los niveles de los grupos A y B, y en el C hasta el subgrupo C1. En la selección, se les da prioridad a las personas de mayor edad que tengan alguna minusvalía o una discapacidad, de acuerdo a la cantidad de personas que la persona adulta mayor tiene a cargo, y si vive sola o no depende de nadie más. Las evaluaciones calculan que la población que cumple con los requisitos del programa es de aproximadamente 4 millones de personas, pero el programa atiende a 1.6 millones, lo que indica que existen aproximadamente 2.5 millones de personas adultas para incorporar al programa, muchas de ellas ubicadas en la periferia del país (CGR, 2023).

La transferencia mensual es de COP 80.000 por persona adulta mayor y para 2024 se tiene una apropiación presupuestal de COP 140.000 millones. A partir de mayo de 2024 la transferencia a las personas de 80 años o más que están en el programa subió a COP 225.000. El beneficio lo recibirán 484.697 personas, el 29,7% del total de personas inscritas, según los datos para 2024 del Departamento Administrativo de Prosperidad Social (Prosperidad Social, 2024).

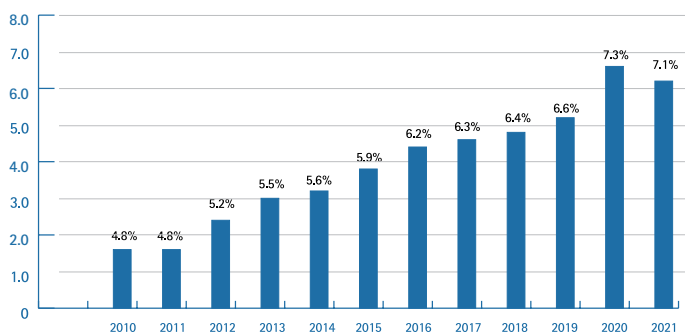
3.4. Gasto en salud

En la perspectiva económica, el gasto en salud se clasifica de manera separada de las prestaciones sociales. En el rubro se agregan los gastos en servicios médicos generales y especializados, servicios médicos y de centros de maternidad, servicios paramédicos, servicios hospitalarios generales y especializados, servicios odontológicos, servicios de residencia de la tercera edad y residencias de convalecencia, servicios de salud

pública, investigación y desarrollo relacionados con la salud, servicios de salud no especificados, productos farmacéuticos, otros productos médicos, y aparatos y equipos terapéuticos (DANE, 2022).

El gasto total en salud tiene una participación creciente en el PIB (gráfico 5) por razones de tipo político-jurídico y por el movimiento propio de las variables socioeconómicas. En lo político, los constituyentes de 1991 dejaron como finalidad social del Estado el bienestar general y la calidad de vida de la población y como objetivo fundamental la “solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable” (Constitución Política de Colombia, 1991, artículo 366). La efectividad de esta disposición se materializó con obligatoriedad de dedicar una parte de los ingresos de la nación al gasto en salud en los departamentos y municipios en lo que se llamó hasta 2002 el Situado Fiscal, y desde 2003 a 2025 el Sistema General de Participaciones (SGP), partida presupuestal denominada gasto con destinación específica. Además, el GNC dedicó una parte de su gasto en la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En cuanto a las variables socioeconómicas relevantes, se encuentran la recomposición de la población por grupo etario, específicamente el incremento de la población mayor a cuarenta años y el crecimiento del ingreso nacional (ver capítulo 2).

Gráfico 5. Gasto en salud participación en el PIB

Fuente: elaboración propia con base en DANE (2021).

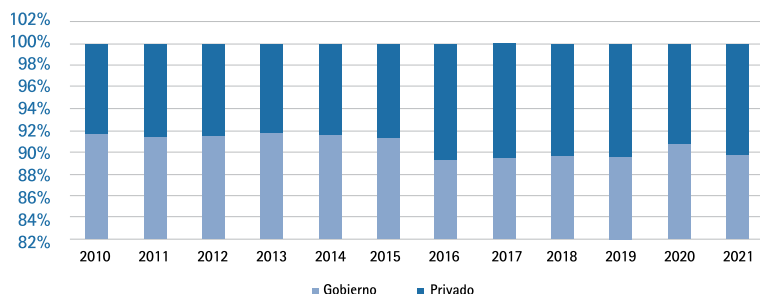
Al descomponer el gasto en salud entre la parte gubernamental y la parte privada, como se muestra en el gráfico 6, se advierte que la parte correspondiente al gobierno gana progresivamente participación. En once años, el gobierno aumentó 5,2 puntos porcentuales su participación, en 2021 ya alcanzó el 97% del gasto total en salud. Esa tendencia tiene parte de su explicación en una razón jurídica. Desde finales del siglo xx, cinco años después de expedida la Ley 100 de 1993, que regula al SGSSS, la Corte Constitucional empezó a pronunciar unas sentencias que progresivamente la acercó a mirar la salud con un enfoque de derechos. Entre 2002 y 2008 perfiló su enfoque, y su punto culminante fue la Sentencia T-760 de 2008, que introdujo, bien delimitado, el concepto de derecho fundamental de la salud, decisión que le dio un nuevo cimiento al sistema de salud en Colombia; en efecto, se pasó de tener a la eficiencia como principio, a asumir el principio de derecho humano, concepciones disímiles, como se mostró en la sección 3.1.

El gasto privado es menor y en su interior se presenta una recomposición. En 2010, el 25,8% del gasto privado se hacía de manera obligatoria, el porcentaje restante era de manera voluntaria (gráfico 6). En 2021 se tuvo un comportamiento casi

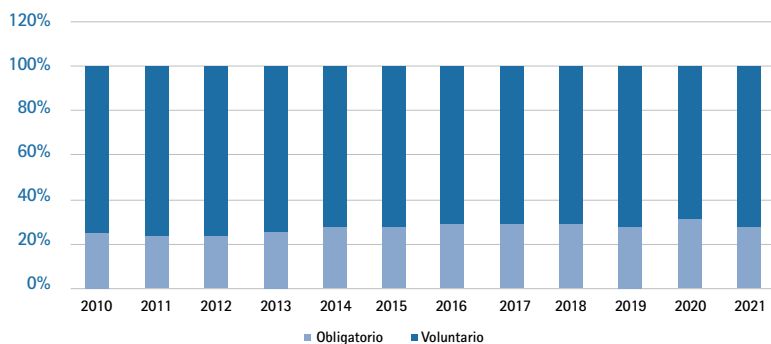
inverso, el 58,7% es obligatorio y el 41,3% voluntario. Esto significa que el gasto de bolsillo que hacían las personas y los hogares decreció con el cambio en el fundamento del sistema, la diferencia entre lo que recibían las personas afiliadas al régimen contributivo y las del régimen subsidiado disminuyó de manera significativa, lo que redujo progresivamente el gasto voluntario, sin olvidar que ambos regímenes hacen copagos que aumentan el gasto obligatorio. Pese a la recomposición, el gasto obligatorio tiene una tendencia decreciente desde 2013 (gráfico 7), tanto en términos nominales como reales. Y el gasto voluntario, que hasta 2012 tenía tasas de crecimiento nominal y real similares a las que presentaba el gasto obligatorio, en un año cayó en diez puntos porcentuales comparado con la tasa de crecimiento del gasto obligatorio. Hasta 2020, el gasto voluntario presenta una tendencia decreciente en la tasa de variación, pero en 2021, producto de los efectos de la pandemia, alcanzó la segunda tasa de crecimiento más alta del período, un 20,6% anual, menor en 8,4 puntos porcentuales a la de 2016.

Gráfico 6. Composición en el gasto en salud

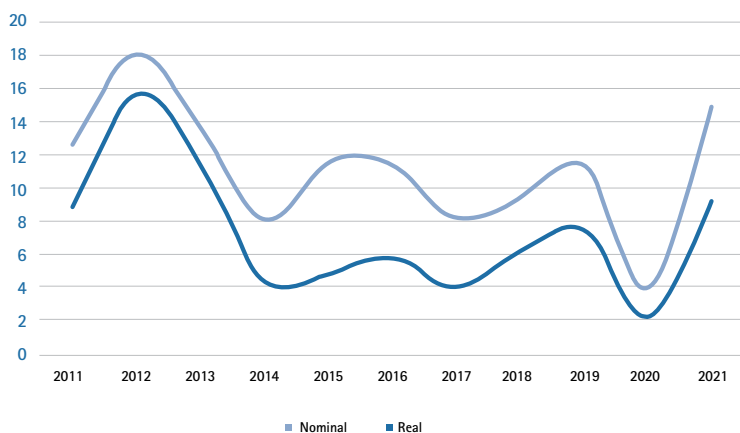
Gráfico 6-a. Composición en el gasto total



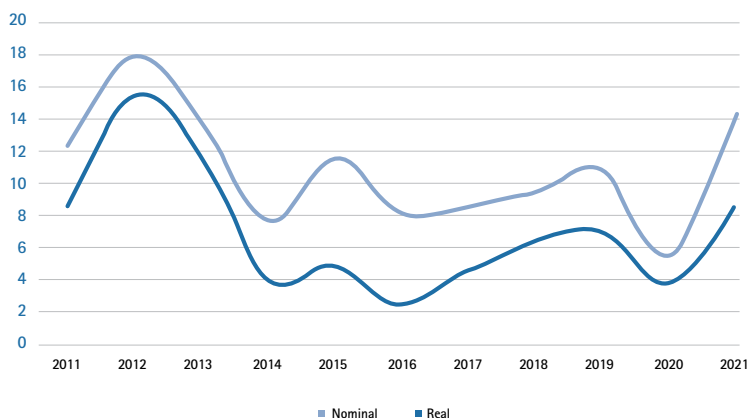
Fuente: elaboración propia con base en DANE (2021).

Gráfico 6-b. Composición del gasto privado

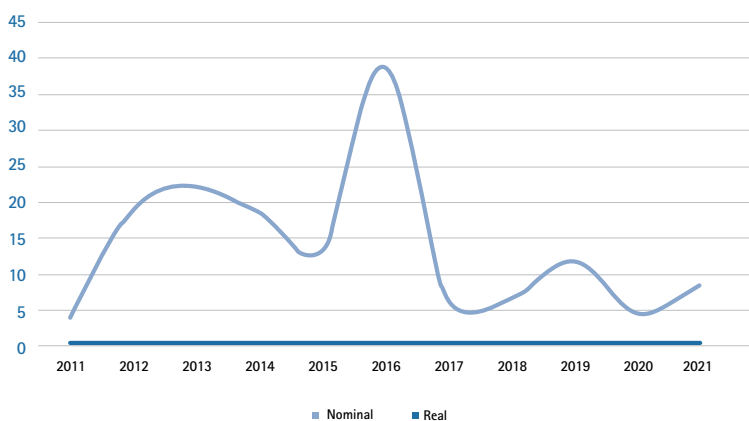
Fuente: elaboración propia con base en DANE (2021).

Gráfico 7-a. Gasto total

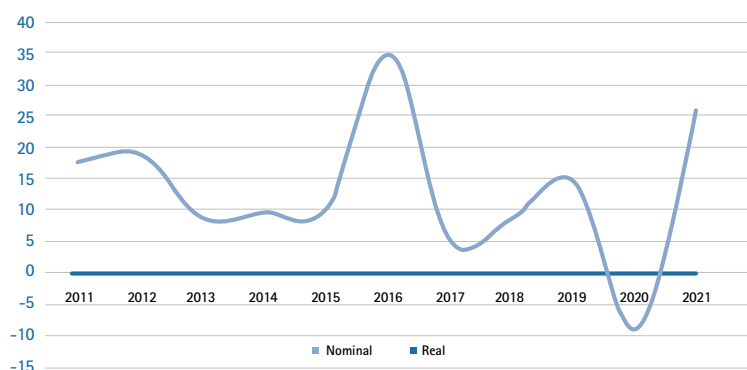
Fuente: elaboración propia con base en DANE (2021).

Gráfico 7-b. Gasto del gobierno

Fuente: elaboración propia con base en DANE (2021).

Gráfico 7-c. Gasto privado obligatorio

Fuente: elaboración propia con base en DANE (2021).

Gráfico 7-d. Gasto privado voluntario

Fuente: elaboración propia con base en DANE (2021).

Desde 1992 hasta 2015, el gasto en salud presentó una tendencia creciente por los requerimientos de la Constitución Política y por el cambio de sistema, el 1º de enero de 1994 se pasó del Sistema Nacional de Salud al SGSSS, que permitió un incremento en la cobertura. También contribuyó entre 2009 y 2015 la sentencia de la Corte Constitucional, anteriormente señalada, que dio lugar a la Ley 1438 de 2011, la cual cambió los principios del SGSSS. Hasta 2015, el gasto en salud del gobierno contribuyó en 86,3% promedio anual al crecimiento del gasto total en salud. Con la Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional, la expedición de la ley estatutaria en salud, la Ley 1751 de 2015, y el posterior cambio del Plan Obligatorio de Salud (POS), se esperaba un incremento significativo del gasto en salud, sin embargo, a partir de 2016 se estabilizó en torno a un crecimiento de 5,8% real promedio anual (gráfico 7). Esto significa que el gasto gubernamental ya había incorporado el cambio y el efecto del nuevo POS para los regímenes no alteró la tendencia.

Para efectos de la protección a la vejez, estos resultados muestran que el fundamento del sistema de salud al llevar

el servicio a carácter universal redujo el riesgo de desprotección a la persona adulta mayor, pues independientemente de su edad, sexo o condición social todas las personas tienen derecho a ser atendidas; además, al disminuir las brechas en beneficios entre la población del régimen contributivo y la del régimen subsidiado, la población mayor goza de cestas similares en servicios de salud. El problema principal se encuentra en el acceso efectivo a los servicios, en específico en las regiones marginales del país o las más apartadas de los centros de mayor actividad económica y con alta propensión a la ruralidad, en las que la población cuenta con un acceso limitado a los servicios de salud. Este problema se tiene que corregir antes de que se acelere el envejecimiento.

■ 3.5. Aspectos fiscales

Las cifras detalladas en las secciones anteriores recogen el gasto de todos los niveles de gobierno, es decir, del gobierno general y, en unos pocos casos, el gasto del gobierno nacional central o de los gobiernos departamentales o municipales. Esto significa que los datos incorporan las ejecuciones del presupuesto de todos los niveles de gobierno, por tanto, se incluyen los movimientos de caja o de efectivo.

En Colombia, por mandato constitucional —el artículo 366 señalado en la subsección anterior—, en la ley del presupuesto anual o ley de apropiaciones, debe existir un componente llamado gasto público social (artículo 350), que tiene prioridad sobre cualquier otra asignación presupuestal. Es obligatorio que en todos los planes de desarrollo de todos los niveles de gobierno y en sus respectivos presupuestos se incorpore de forma prioritaria este tipo de gasto. Desafortunadamente, la Constitución Política dejó abierta la definición del gasto social, pues delegó a la expedición de la ley orgánica de

presupuesto la agrupación de las cuentas que la integraría. Y en el estatuto orgánico de presupuesto, el Decreto Ley 111 de 1996, en la práctica, quedó incluida la gran mayoría del gasto presupuestal como si fuera social, pues en el artículo 41, después de especificar unos rubros de gasto tipificados como social en la Constitución, agregó el gasto tendiente “al bienestar general y al mejoramiento de la calidad de vida de la población”, y todos los gastos tienen precisamente ese objetivo.

Esa definición laxa permite que los gobiernos, de manera discrecional, incluyan partidas de gasto que no están dirigidas, ni directa ni indirectamente, a la población vulnerable, como fue la intención del constituyente. En la Sentencia C-151 de 1995 la Corte Constitucional expresó que es social aquel gasto que permite “satisfacer las necesidades de las personas, en especial de aquellos sectores sociales discriminados”. No obstante, en esa especificación que proporciona la jurisprudencia, la medición oficial del presupuesto de gasto social no es consistente con una definición estricta que coloque a las personas con necesidades básicas insatisfechas como criterio central, ni a las que hacen parte de sectores sociales discriminados. En consecuencia, en esa subsección no se tomará ese agregado presupuestal oficial, sino que se mostrarán los programas que están dirigidos a beneficiar a las personas o familias con alguna condición de vulnerabilidad, y se cierra con un estimativo de tipo económico cercano al concepto de gasto social.

Entre 2020 y 2023, el GNC ejecutó un conjunto de programas sociales que tuvieron como objetivo reducir la pobreza y apoyar a sectores sociales que económicamente se pueden considerar como la clase media-baja. Algunos nacieron como programas de gobierno y, al pasar el tiempo, se convirtieron en programas de Estado; por ejemplo, Familias en Acción.

De ese conjunto de programas ejecutados, los que se pueden identificar directamente como trasferencias a la población

mayor son el Programa de Protección Social al Adulto Mayor, conocido como Colombia Mayor, y los BEP. Otros programas favorecen a este tipo de personas de manera indirecta, pues, como se dijo en la subsección 3.3.3, están dirigidos o al hogar o a grupos de personas que al recibir los subsidios contribuyen al bienestar de su familia, incluida la población mayor. En este conjunto de programas, además de Familias en Acción, estuvo el programa de Ingreso Solidario, que se creó ante la crisis socioeconómica generada por la COVID-19.

Colombia Mayor busca proteger a la población mayor desamparada que no tiene pensión y es pobre. Como se expresó al final de la subsección 3.3.3, el programa apenas cubre al 40,0% de la población que cumple con los requisitos de acceso. La ejecución presupuestal del programa muestra en 2022 un valor total de COP 895.178 millones y de COP 1.623.363 millones⁴² en 2023, equivalente a un crecimiento del 81,3% en el presupuesto ejecutado.

Familias en Acción es un programa de transferencias monetarias condicionadas periódicas que tiene como objetivo entregar un monto de dinero que complemente los ingresos de las familias que se encuentran en situación de pobreza y tengan niñas, niños y adolescentes. La condición fundamental es que esos niños, niñas y adolescentes permanezcan en el colegio. Las cifras al cierre de 2022 indican que el programa tenía 1.441.040 de familias beneficiarias y que cada una recibió bimensualmente COP 262.388, con un presupuesto ejecutado en ese año de COP 1.789.837 millones. Como ya se mencionó, una parte de esos recursos entregados a las familias también beneficiaron a la población mayor que las integran.

⁴² Cifra de cierre fiscal del Departamento Administrativo de Prosperidad Social y que contabiliza únicamente el dinero que se entrega como subsidio, que difiere del registro de contabilidad presupuestal de la CGR de la tabla 3, porque allí están incluidos los gastos administrativos y compras de bienes y servicios del presupuesto de inversión de Prosperidad Social.

Ingreso Solidario fue un programa transitorio, de 2020 a 2022, dedicado a cubrir ingresos de los hogares pobres y vulnerables. Empezó con una subvención de COP 160.000 en 2020 y terminó en 2022 con COP 212.917.

La administración actual del GNC cambió la estrategia de programas sociales independientes por un programa que busca convertirlo en un sistema de protección social que se enfoque en las personas vulnerables y los proteja de los riesgos de salud, desempleo y vejez. Este programa absorbió como una de sus líneas a Familias en Acción. El nuevo programa se llama Renta Ciudadana y entró en ejecución en 2024. Las líneas de intervención del programa son las de valoración de cuidado, Colombia sin Hambre, Fortalecimiento de Capacidades y Atención de Emergencias. Se debe destacar que dentro del programa de Renta Ciudadana se encuentra un componente de corresponsabilidades de los hogares que es el de cuidado, el cual exige al hogar acceder a servicios de cuidado para niños y niñas, personas adultas mayores y personas con discapacidad.

Tabla 3. Presupuesto de inversión en gasto social

Programa	Billones de COP	Participación		
		Gasto social	En el gasto de inversión	Total del PGN
INCLUSIÓN SOCIAL Y RECONCILIACIÓN	20,93	64,5%	38,1%	6,2%
Población Pobre, Vulnerable, Desplazada y Víctimas	9,66	29,8%	17,6%	2,8%
Asistencia Primera Infancia	4,71	14,5%	8,6%	1,4%
Familias y Jóvenes en Acción	2,47	7,6%	4,5%	0,7%
Subsidio para Adulto Mayor	1,65	5,1%	3%	0,5%

Apoyo a la Niñez, Adolescencia y la Familia	1,39	4,3%	2,5%	0,4%
Otros programas	1,05	3,2%	1,9%	0,3%
EDUCACIÓN	5,46	16,8%	9,9%	1,6%
Icetex	2,92	9%	5,3%	0,9%
Programa de Alimentación Escolar (PAE)	1,28	3,9%	2,3%	0,4%
Otros programas	1,26	3,9%	2,3%	0,4%
TRABAJO	3,77	11,6%	6,9%	1,1%
Fomento y Fortalecimiento del Empleo	3,12	9,6%	5,7%	0,9%
Protección Social	0,37	1,1%	0,7%	0,1%
Otros programas	0,28	0,9%	0,5%	0,1%
HACIENDA	0,29	0,9%	0,5%	0,1%
Cobertura Tasa de Interés de Vivienda	0,29	0,9%	0,5%	0,1%
VIVIENDA, CIUDAD Y TERRITORIO	1,98	6,1%	3,6%	0,6%
Subsidio Familiar de Vivienda	1,26	3,9%	2,3%	0,4%
Agua Potable y Saneamiento Básico	0,14	0,4%	0,3%	0%
FRECH	0,58	1,8%	1,1%	0,2%
Total	32,43	100%	59,1%	9,5%
Total presupuesto de inversión	54,89	-	-	-
Total de presupuesto	340,15	-	-	-

Fuente: cálculos propios con base en CGR.

Para tener un acercamiento al gasto social se toman los programas que se reportan en la tabla 3; allí se encuentran los que hacen transferencias en dinero o en especie a las personas o a las familias. Los rubros intersubsectoriales que se relacionan con la población mayor son inclusión social y reconciliación

y trabajo. Estos dos sectores también subsidian a las familias pobres. El apoyo a niños y niñas y a las y los jóvenes se encuentra en educación, y las transferencias a las familias en hacienda y vivienda, ciudad y territorio.

En 2022 el presupuesto ejecutado del GNC fue de COP 340,15 billones, de los cuales a los gastos sociales por programa aquí seleccionados se dedicaron COP 32,43 billones, un 59,1% del total de presupuesto de inversión y un 9,5% del Presupuesto General de la Nación (PGN). La población mayor recibió un apoyo financiero que equivale al 5,1% del total del gasto social, 3,0% del gasto en inversión y tan solo medio punto porcentual de todo el PGN. Desde luego, en el programa de Población Pobre, Vulnerable, Desplazada y Víctimas también se beneficiaron personas adultas mayores, pero en las cuentas del presupuesto no se pueden identificar. Protección Social, que es la entidad que ejecuta los principales programas de transferencias sociales, recibió y ejecutó el 1,1% del presupuesto de gasto social y el 0,1% del total del PGN.

Estas cifras indican que los gastos de inversión presupuestal están dirigidos principalmente a los programas sociales, sin embargo, son recursos que están proporcionalmente más dedicados al apoyo a la niñez y a las familias, y en menor proporción a la población mayor. Con el cambio demográfico que está en curso, al empezar a prevalecer el grupo etario de mayores de cincuenta años y a perder participación el grupo entre 0 y 20 años, será necesario recomponer el presupuesto de inversión en los programas sociales, dando prioridad a la protección de la población mayor.

En la sección 3 se señaló que, en el enfoque económico y con el criterio de equidad, con la protección social se busca favorecer a las personas o familias que tengan privaciones, vulnerabilidades, sean indigentes o sean las y los más pobres de la sociedad, o que sin serlo tengan alta probabilidad de caer en

privaciones. Con este criterio y de cara al futuro, se tiene que empezar con la información de las y los más desfavorecidos del país. El último dato disponible muestra que en Colombia en 2022 había 18,3 millones de personas en situación de pobreza monetaria, de ellas 6,9 millones estaban en situación de pobreza monetaria extrema; es decir, el 36,6% y el 13,8%, respectivamente, de la población nacional de ese año, incidencia que fue superior en la población víctima del conflicto. Sin ayudas institucionales o en cero, el DANE reporta un 40,8% de incidencia de pobreza monetaria y un 18,4% de incidencia de pobreza monetaria extrema. Estas cifras marcan un orden de magnitud de los requerimientos fiscales que se tendrían que hacer con una protección social enfocada a cubrir los riesgos de las personas más vulnerables.

El DANE informa que el 31,9% de las y los jefes de hogar en pobreza monetaria tiene una edad entre 56 y 65 años, y el 28,9% es mayor a 65 años. Esto equivale a 1,46 millones de personas entre 56 y 65 años y de 1,32 millones de personas mayores a 65 años. Si la población objetivo de Colombia Mayor empieza con mujeres a partir de los 54 años y hombres de 59 años, entonces se puede considerar que el piso mínimo de población que debe recibir una transferencia monetaria corresponde a 2,78 millones de personas, de acuerdo con el cálculo por edad que reporta el DANE. Se conoce que el programa Colombia Mayor únicamente cubre a 484.697 personas (subsección 3.3.3), lo que deja un remanente por cubrir de 2,3 millones de personas.

Un programa de protección social que tenga como meta darle ingreso a la población mayor que se encuentra en pobreza monetaria implica un gasto público adicional anual de COP 1,14 billones, si se mantienen los parámetros actuales del programa de Colombia Mayor (subsección 3.3.3). Si se cambia el valor de la transferencia y se eleva al ingreso per cápita de la línea de pobreza extrema de 2022, que fue de

COP 198.698, el gasto adicional es de COP 2,8 billones, sin contar que, a partir de 2024, 484.697 personas mayores de 80 años recibirán COP 225.000. Ese nuevo monto es COP 139.614 reales, el 15,3% de un salario mínimo legal vigente real de 2024 y, en el mejor de los casos, alcanza a cubrir por un mes la cesta de alimentos de una persona en pobreza extrema. Darle esa cesta mínima de alimento a la población mayor tendría un costo fiscal de 0,2% del PIB, a precios de 2024.

En la reforma al Sistema de Seguridad Social en Pensiones (Ministerio del Trabajo, 2023) se crea un pilar solidario que garantiza una renta básica solidaria a la población mayor en pobreza extrema, pobreza o vulnerabilidad. En el proyecto de ley se estimó en COP 223.000 al mes, superior en COP 24.302 mensuales, al valor supuesto en el párrafo anterior, y para una población estimada de 2,5 millones de personas. La Dirección Técnica del Comité Autónomo de Regla Fiscal (2024) calcula que este pilar tendrá un costo de 0,3% del PIB, levemente superior al resultado que aquí se obtiene. Como se deduce de los cálculos de la Dirección Técnica, los efectos fiscales significativos de esa reforma provienen de los otros pilares, el semicontributivo y el contributivo, no del pilar solidario.

El financiamiento del 0,2% del PIB para los subsidios a la población mayor no requiere un gran esfuerzo tributario adicional. La elasticidad del ingreso del recaudo estimada para este capítulo con un modelo de impulso-respuesta es de 1,2, resultado que está cercano a otros estudios; por ejemplo, las estimaciones de la Dirección Técnica del Comité Autónomo de Regla Fiscal (2024a) señalan que la elasticidad puntual de las cuotas del impuesto de renta es de 0,7934 y para el resto de los impuestos es de 1,1847. Con estas elasticidades y suponiendo que la estructura del gasto del GNC no cambia, solo se requiere que el crecimiento del PIB se mantenga en 2,5% anual para cubrir el gasto en transferencia a las personas adultas mayores.

El problema está en la estabilidad fiscal frente a la dinámica reciente de la economía colombiana. El crecimiento económico del país durante 2023 y 2024 muestra un deterioro con tendencia al estancamiento. Además, el cálculo de los ingresos tributarios quedó desfasado por la gestión de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y por la decisión de la Corte Constitucional con respecto a las regalías petroleras. Según lo que manifiesta el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP), se requería un ajuste fiscal mínimo de COP 20 billones en 2024, el cual empezó con una reducción de gasto por ese monto.

En el Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP) para 2024 el MHCP calculó que en 2023 el crecimiento económico sería de 1,8% —sobre estimado en 1,2 puntos porcentuales con respecto al valor observado—, con lo que se esperaría una reducción menor en el déficit del GNC. Al cierre de 2023, el balance fiscal mostró que el GNC obtuvo el déficit esperado en el MFMP, un 4,3% del PIB. Ahora se conoce que ese resultado fue producto de anticipos del impuesto de renta, lo que implica que el déficit para 2024, que se estimó en 4,5% del PIB, será mayor pese al recorte de gasto. En estas circunstancias, se hace difícil crear un nuevo gasto como nuevas transferencias a la población mayor. En junio de 2024 había aprobado la Cámara de Senadores y Diputados la reforma pensional, lo que garantizaría la ampliación del programa Colombia Mayor y obligaría a los gobiernos a garantizar los recursos del presupuesto.

3.6. Conclusiones

Como se explicó en la sección 3.1, los enfoques sobre lo que se considera protección social tienen varias implicaciones y la elección que se haga de alguno de ellos para poner en práctica

la protección afecta la garantía de la disponibilidad de recursos económicos y financieros. Cada enfoque establece el conjunto de población beneficiaria y la cesta posible de bienes y servicios que integran la protección social. En un enfoque de derechos, los recursos del Estado deben ser prioritarios, los beneficiarios son toda la población y la cesta de bienes y servicios es aquella que permite proteger el derecho a la vida y garantiza el bienestar o el bien-estar.

En Colombia, la política social se ha implantado a partir de programas y el sistema de seguridad social. Los programas muestran una constancia en el gasto público nominal y periodos en los que se reduce el gasto real en protección social. Pocos gobiernos locales tienen la capacidad financiera para contribuir al financiamiento de transferencias en dinero o en especie a la población mayor, como lo pueden hacer las cuatro grandes ciudades. En estas condiciones, el único que tiene una pequeña capacidad financiera es el gobierno nacional central. Sin embargo, las situaciones macroeconómicas y de estabilidad fiscal muestran que, ante choques socioeconómicos, este tiende a recortar los recursos disponibles.

La población mayor cuenta con dos programas de transferencias monetarias, aunque de manera indirecta puede beneficiarse de otros programas sociales. El primero corresponde a los BEP para personas que hayan tenido una leve capacidad de ahorro financiero y el segundo, y más amplio en términos de cobertura de personas, es el programa de Colombia Mayor. El actual gobierno, con la propuesta de reforma pensional, pretende aumentar la cobertura al menos para la población en condiciones de pobreza monetaria. El efecto fiscal de esta propuesta no es significativo, pero en las circunstancias de 2024 no existía el espacio fiscal que permitiera asumir un gasto equivalente al 0,2% del PIB. Al aprobarse la reforma pensional en junio de 2024, las transferencias monetarias quedarán como política de Estado y, en el caso de

un ajuste fiscal, garantizarán mayor estabilidad presupuestal a este programa.

Otra protección importante para la población mayor es el servicio de salud. Con las decisiones de la Corte Constitucional, que estableció el carácter universal del acceso a la salud, este grupo poblacional en específico y, en general, la población, sin distingo de edad, tiene garantizado el acceso al servicio de salud. La efectividad de esta disposición se materializó con obligatoriedad de dedicar una parte de los ingresos de la nación al gasto en salud en los departamentos, así como a la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); en consecuencia, el gasto total en salud ha tenido una participación creciente en el PIB.

Queda aún pendiente una política de vivienda para la población mayor que puede realizarse con transferencias monetarias que subsidien los hogares geriátricos o cubriendo el costo de residencia para los más pobres de ellos; con esta política y una transferencia monetaria más alta a la actual tendrían una cesta mínima digna que contribuya a una protección a la vejez.

4. Seguridad económica para la población mayor en Colombia

■ **Mauricio Amador⁴³**

■ Resumen

El capítulo realiza un diagnóstico de la protección económica a la vejez en el país y sus componentes más importantes. Aborda, a lo largo del trabajo, distintos aspectos que constituyen la seguridad económica y profundiza en los diversos requerimientos que tiene la población mayor que le permitan garantizar este derecho. Al respecto, el documento se enfoca en los antecedentes más relevantes sobre la construcción de la protección a la vejez en Colombia, considerando las principales reformas del sistema general de pensiones —Ley 100—, los regímenes de pensiones del país y las características de la Ley del Sistema General de

⁴³ Administrador de empresas por la Pontificia Universidad Javeriana. Especialista en Análisis Financiero del Chase Manhattan Bank. Realizó el curso de Alta Gerencia de la Universidad Externado de Colombia. Cursó el programa de Desarrollo Directivo del INALDE, Universidad de la Sabana. Ha sido presidente de Davivir S. A. y de Pensiones y Cesantías Santander S. A., vicepresidente financiero y de Planeación de Seguros Colmena y de Seguros del Comercio, y vicepresidente de la Titularizadora Colombiana. Se ha desempeñado como consultor de seguridad social y de los sectores financiero y de infraestructura.

Pensiones colombiano, de las cuales pueden destacarse temas de universalidad, cobertura, solidaridad, rol del Estado, financiamiento, papel de las administradoras de pensiones, entre otras.

4.1. Introducción

La seguridad económica en la vejez, de manera general, puede entenderse como la capacidad que tiene una persona mayor de disponer de cierto monto de recursos económicos que le aseguren independencia, satisfacer sus necesidades básicas y reducir la vulnerabilidad socioeconómica en la vejez, y con ello lograr un envejecimiento en condiciones de dignidad, autosuficiencia y seguridad.

Según Rejda (2012, p. 3), la seguridad económica se puede definir como un estado mental o sentido de bienestar por el cual un individuo está relativamente seguro de que puede satisfacer las necesidades y deseos básicos —de comida, ropa, vivienda, atención médica, entre otros—, tanto presentes como futuros. Al respecto, señalan Huenchuan y Guzmán (2006) que la familia, el Estado y el mercado constituyen los pilares de la seguridad económica.

En ese sentido, el siguiente capítulo tiene como objetivo realizar un diagnóstico de los componentes de la protección económica a la vejez en Colombia y analizar los aspectos más relevantes, teniendo en cuenta el panorama actual y hacia dónde se deben dirigir los esfuerzos en materia de política pública, desarrollo económico y marco jurídico-institucional.

Se realiza una revisión del sistema de seguridad social, sus principales características, leyes y reformas, considerando la financiación, regímenes de pensiones, institucionalidad, cobertura, universalidad y desarrollo económico, entre otros aspectos, dentro de los que destaca la seguridad social como un elemento de la seguridad económica en la vejez.

4.2. Antecedentes del desarrollo de la protección económica a la vejez en Colombia

Es importante mencionar que los comienzos del sistema de pensiones en Colombia pueden encontrarse en 1945, bajo la Ley 1600, con la creación de las cajas de previsión (Caja Nacional de Previsión del Sistema de Seguridad Social en Colombia) y la aceptación por parte de algunas empresas del riesgo de vejez. Posteriormente, con el establecimiento del Instituto Colombiano del Seguro Social (ICSS)⁴⁴ en 1946, se le encargó a este las prestaciones de salud y después a finales de los 60 se le encomendó el manejo del riesgo de pensiones bajo un esquema de aseguramiento, llamado Prima Media Escalonada, cuyo financiamiento caía bajo la responsabilidad de la persona trabajadora, la empleadora y el gobierno en partes iguales.

Fue hasta 1993 cuando se reformó el sistema de seguridad social, con la expedición de la Ley 100, la cual permitió conformar un sistema de seguridad social integral en Colombia,⁴⁵ introduciendo algunos cambios radicales. Parte de este sistema integral es el Sistema General de Pensiones. Al respecto, se mantuvo el régimen del seguro social con algunas modificaciones, denominado Régimen de Prima Media (RPM) —bajo este la fuente de pago puede ser un fondo común o el Estado—. ⁴⁶ En este contexto, con la reforma de Ley 100 de 1993 se creó otro, un sistema basado en el ahorro, llamado Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS), el cual tenía un esquema de financiación distinto:

⁴⁴ El cual cambiaría de nombre en los siguientes años a Instituto de Seguros Sociales (ISS), encargada de proteger a los trabajadores del sector privado (Azuero, 2020, p. 11).

⁴⁵ Según Azuero (2020, p. 11), el Sistema de Seguridad Social en Colombia se constituyó de manera integral, transformando las pensiones, la salud y los riesgos profesionales.

⁴⁶ El cambio de financiación implicó volverla totalmente contributiva entre la entidad empleadora y la persona trabajadora, eliminando el aporte del Estado y permitiendo la creación de otro esquema basado en el ahorro, llamado Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS).

la fuente de pago era el ahorro que podía hacer la persona con su aporte sumado al de la entidad empleadora, y una vez que llegaba a la edad de retiro ese ahorro se le podía dar a una compañía de seguros para que tuviera una renta vitalicia o dejárselo a una Administrador de Fondos de Pensiones (AFP) para que se lo administrara y le entregara mensualmente un retiro programado. Una vez constituidos ambos regímenes, se dio vía libre para que las personas pudieran escoger a cuál de los dos querían pertenecer. En ese tenor, la Ley 797 de 2003 modificó varios aspectos de la Ley 100 en cuanto a sus alcances y a quiénes están obligados adicionalmente a cotizar en el sistema, el monto de las cotizaciones y las condiciones para acceder a las pensiones de invalidez, sobrevivencia y vejez,⁴⁷ y el Acto Legislativo 01 de 2005, que introdujo cambios sustanciales en el sistema general de seguridad social de pensiones, tuvo como objetivo principal hacer más equitativo y sostenible el sistema, prohibiendo el establecimiento de regímenes especiales por fuera de la Ley 100, con lo cual redujo la posibilidad de pensiones por encima de los 25 salarios mínimos, creó la posibilidad de beneficios periódicos para las personas con ingresos inferiores a un salario mínimo y limitó los alcances del régimen de transición, entre otros aspectos.⁴⁸

De lo anterior, se puede decir que el Sistema General de Pensiones está integrado por dos regímenes que son

⁴⁷ Artículo 13, 1) ley 100 de 1993, modificado por el artículo 2° de la Ley 797 de 2003: En ningún caso a partir de la vigencia de la presente Ley, podrán sustituirse semanas de cotización o abonarse semanas cotizadas o tiempo de servicios con el cumplimiento de otros requisitos distintos a cotizaciones efectivamente realizadas o tiempo de servicios efectivamente prestados antes del reconocimiento de la pensión. Tampoco podrán otorgarse pensiones del Sistema General que no correspondan a tiempos de servicios efectivamente prestados o cotizados, de conformidad con lo previsto en la presente ley. Lo anterior sin perjuicio de lo dispuesto en pactos o convenciones colectivas de trabajo (Congreso de Colombia).

⁴⁸ Función Pública de Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=17236>

excluyentes entre sí: el denominado Prima Media con Prestación Definida (RPM), administrado por el Estado a través de COLPENSIONES, y el de ahorro individual con solidaridad (RAIS), administrado por las AFP, además de los regímenes especiales de pensiones.

La Ley 100, en su definición de sistema de seguridad social integral, destaca que su objetivo es “garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten”. Estos derechos se desarrollarían a través de la “cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios”.⁴⁹

Asimismo, sobresalen como los principios de esta ley —los cuales sostienen el sistema de seguridad social integral—: la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, establecidos en la Constitución Política de Colombia.

Es importante señalar que esta ley estuvo motivada fundamentalmente por dos razones: por un lado, que el sistema en general fuera sostenible fiscalmente, manteniendo el sistema de reparto y acumulando un capital en el de ahorro individual, de tal forma que el esfuerzo fiscal mantuviera una proporción razonable sobre el PIB —sin embargo, a diferencia de la mayoría de los países del mundo, el RAIS y el RPM no se complementan y compiten por las personas afiliadas—. Por otro lado, también se trató de incluir algunos elementos de solidaridad que inicialmente estuvieron enfocados en el subsidio de la cotización y en proporcionar un ingreso a algunas personas adultas mayores vulnerables. Posteriormente, se crearon programas para brindar ingresos

⁴⁹ Ley 100 de 1993, Función Pública de Colombia. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=5248

a aquellas personas que, por diferentes circunstancias, nunca pudieron crear una pensión o cuyo período de aportes fue muy pequeño.

Cuando la reforma se planteó al mismo tiempo que la laboral en el año 1990, se buscaba implementar un sistema puro de capitalización individual, con lo cual se pretendía que, al ser el individuo y quien lo empleaba quienes constituían el capital necesario para pensionarse, el efecto fiscal fuera mínimo, representado en un componente de solidaridad dado en la garantía de pensión mínima. La reforma se postergó y se condicionó su estudio a que estuviera basada en un sistema dual —que es el que hoy funciona— en donde convivieran el Sistema de Prima Media y el de ahorro individual, con libre elección y competencia, tratando de que se integrara con la protección en salud.

Si bien es esencial para fines de este capítulo tener en cuenta los antecedentes mencionados para entender el marco institucional sobre el que está soportado el sistema actual, es necesario desglosar los principales aspectos que lo componen y que se relacionan con la política de Estado que lo soporta, el sistema que está contemplado en la ley, cómo es su financiación, el grado de cobertura que tiene, si es universal en la parte activa y pasiva, si está o no integrado con otros sistemas que hacen parte de la protección integral, entender el papel que juegan ciertas instituciones en la administración de los regímenes, las prestaciones económicas que se pueden alcanzar, la supervisión y algunos aspectos menos relevantes, lo cual se irá encontrando a medida que se avance en la lectura de este capítulo en su parte correspondiente a las bases de la política de protección y sistemas que rigen para la seguridad económica en la vejez.

4.2.1. Elementos de política básicos del sistema.

Bases de la política de protección y sistemas que rigen para la seguridad económica en la vejez

Se puede decir que la política sobre la seguridad económica en un país se expresa en las normas que la rigen o que la ley determina cuál es el derrotero que debe seguir el gobierno. De cualquier modo, y si nos abstraemos de los regímenes especiales como el del sector de la educación o el de las fuerzas militares, en el caso colombiano las bases actuales fueron fijadas en principio por la Ley 100 de 1993 y posteriormente por la Ley 797 de 2003 y el Acto legislativo 01 de 2005. Esto determinó que el sistema que rige en Colombia tenga las características fundamentales de la Ley del sistema general de pensiones,⁵⁰ sin ser las únicas, pero que son las que quisiera

⁵⁰ Características fundamentales de la Ley del sistema general de pensiones:

1. El Estado es garante ante las personas del derecho irrenunciable a la seguridad social y aplicable a todos los habitantes del territorio nacional.
2. Crea mecanismos de solidaridad destinados a aumentar la cobertura para las personas que no podían acceder a una pensión y subsidiar su cotización.
3. Establece las modalidades de pensión en cada régimen y las bases para estipularlas.
4. Permite la competencia entre los dos regímenes contemplados dentro del sistema de seguridad social (sistema dual) y el traslado entre los mismos.
5. Define los mecanismos necesarios para la afiliación de las personas y cotización al sistema y sus bases. Asimismo, establece quiénes no pueden participar en el sistema.
6. Fija los requisitos para pensionarse dentro de cualquiera de los dos regímenes, con una garantía de pensión mínima y su ajuste en el tiempo. Asimismo, establece las reglas a las que se tenía que adecuar cada régimen.
7. Fija las condiciones para poder acogerse a un régimen de transición que permita, para aquellas personas que la cumplan, pensionarse bajo las reglas del sistema anterior.
8. Establece los requisitos para obtener una pensión de vejez y garantías de pensión mínima, que es el equivalente a un salario mínimo.
9. Cobertura de los riesgos de invalidez y sobrevivencia y las entidades que se harían cargo de él, su determinación y beneficiarios.
10. Define quiénes y qué requisitos deben cumplir las entidades que administren cada uno de los sistemas.
11. Establece las reglas de juego para las administradoras y cómo sería su supervisión y regulación.
12. Reconocimiento de sus aportes o tiempo trabajado para las personas que se trasladen del RPM al RAIS o de otras entidades al RPM, a través del reconocimiento de un bono pensional. Este mecanismo también se creó para aquellas entidades

mentar en los siguientes apartados por su importancia, la posibilidad de hacer cambios, porque no cumplieron los objetivos para las que fueron creadas o porque se falló en su concepción.

4.2.2. Política de Estado

Las leyes referidas y el acto legislativo mencionado tenían un objetivo fiscal y de aumento de la cobertura de la población: lograr una sostenibilidad del sistema fiscal que permitiera que la deuda pensional fuera manejable y representara un porcentaje estable del PIB. Es decir, se buscaba permitir la creación de un sistema que no tuviera una carga fiscal inmanejable, que fomentara la competencia y eficiencia, y que tuviera los incentivos para incrementar dicha cobertura.

Sin embargo, uno de los factores necesarios para su aprobación era mantener dos sistemas con beneficios diferentes que compitieran entre sí, pero sin saber si uno de ellos subsistiría en el tiempo y si tendría un manejo eficiente en su operación, en la entrega de los beneficios representados en un ingreso para la vejez y si cumpliría con los estándares deseados. Estas políticas de Estado deberían evolucionar para lograr —así sea en el largo plazo— que el gobierno construya una protección integral de la persona en su vejez.

que, antes de la Ley 100, no tenían obligación de cotizar a ningún régimen.

13. Mecanismos para los casos en que, en cada uno de los regímenes, se pueda devolver a la persona afiliada sus aportes, en caso de no poder cumplir con los requisitos para pensionarse.
14. La participación de las personas afiliadas en las sociedades administradoras del RAIS.
15. Inversión de los recursos en el RAIS, y la rentabilidad mínima que deben producir.
16. Posibilidad de hacer aportes voluntarios que complementen la pensión.
17. Tratamiento tributario para los aportes obligatorios y los aportes voluntarios.
18. Determina beneficios adicionales como el auxilio funerario, excedentes de libre disponibilidad y planes complementarios.

4.2.3. Sistema que rige en Colombia

El sistema que opera en Colombia, excluyendo los especiales, se denomina dual. En este sistema, la persona afiliada puede escoger entre un sistema de reparto llamado Régimen de Prima Media (RPM), que le otorgará una pensión en función del salario y las semanas cotizadas, con topes de 25 salarios mínimos, tasa de remplazo máxima del 80% y 1800 semanas, límite que según algunas sentencias de la Corte Suprema de justicia no aplica, y un sistema de capitalización individual denominado Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS), en el cual su pensión dependerá del capital que logre acumular más los rendimientos (sin límite). En ambos casos, cumpliendo requisitos diferentes de semanas cotizadas (1300 para el RPM y 1150 para el RAIS), los dos sistemas permiten acceder a una pensión mínima del 100% de un salario mínimo.

Es importante señalar que en una decisión reciente de la Corte Constitucional se determinó que, para cumplir con los requisitos para obtener una pensión en el RPM o la garantía de pensión mínima en el RAIS, el requerimiento de semanas mínimas se redujo a 1000 para el caso de las mujeres. Esto facilita el acceso a una pensión, aunque aún no se conoce el posible efecto fiscal que pueda tener, lo cual podría ser relevante.

Basado en un modelo de competencia entre regímenes y administradoras, en el caso del RAIS, las características diferentes que tienen para acceder a la pensión y la base jurídica para modificarlas han hecho que un cambio de las normas que sustentan a cada uno de los regímenes conlleve a que se produzcan arbitrajes regulatorios. En ocasiones, desconociendo los elementos jurídicos que soportan las normas, se han modificado con pronunciamientos judiciales los regímenes tal como fueron creados por la ley, alterando las bases de

cálculo sobre las cuales se estructuró el sistema. Prueba de ello es que han habido decisiones que otorgan beneficios que no eran objeto de la ley, tales como otorgamiento de derechos a hijos e hijas de crianza por parte de las AFP (Administradoras de Fondos de Pensiones), descapitalización en las cuentas de retiro programado, aceptación de traslados a COLPENSIONES (Administradora Colombiana de Pensiones) de personas a quienes les faltan menos de diez años para pensionarse, padres y madres beneficiarios sin dependencia económica con la persona fallecida, otorgamiento de pensiones de sobrevivencia sin cumplimiento de semanas de cotización y otras más que han producido efectos económicos que afectan al sector y que han desestimulado la participación de actores en el desarrollo del sistema, al ser cuestionable su viabilidad.

4.2.4. Modelo de financiación

Los sistemas de pensiones en el mundo tienen tres esquemas a través de los cuales obtienen los recursos: contributivo, semicontributivo y no contributivo. El esquema contributivo se financia mediante aportes de entidades empleadoras y personas trabajadoras, el no contributivo suele obtener recursos del presupuesto y el semicontributivo se financia a través de ambos. En el caso colombiano, este es en su mayoría contributivo, ya que la prestación económica proviene de las cotizaciones que, en el RAIS, permiten acumular un capital que, según su monto y expectativa de vida, dará lugar a una pensión o un derecho a una tasa de reemplazo en el RPM, en función del esfuerzo representado en semanas de cotización.

Aunque actualmente existe el programa Colombia Mayor para personas adultas mayores vulnerables y un subsidio de Garantía de Pensión Mínima dirigido a personas de bajos recursos, no se puede considerar como no contributivo o

semicontributivo, ya que su fuente de financiamiento son los aportes de las personas afiliadas de distintos niveles de recursos. Colombia Mayor se financia con cerca del 50% del presupuesto nacional. El Fondo de Garantía de Pensión Mínima (FGPM) se extinguirá en 2060 y después deberá ser financiado por el presupuesto nacional. Solo existe una excepción con los aportes adicionales proporcionados por municipios y gobernaciones para aumentar el subsidio de la persona adulta mayor vulnerable. Estos son mecanismos que pueden considerarse de solidaridad dentro del sistema.

Las fuentes de financiación de un sistema de protección integral para personas adultas mayores deben adaptarse según los alcances y objetivos del sistema. Una vez que se tenga claridad sobre los cambios necesarios y los objetivos que se quieren alcanzar, se puede determinar cómo financiar el sistema y qué carácter tendrá, ya sea contributivo, mixto o no contributivo.

4.2.5. Cobertura

Cualquier sistema que se aprueba en un país debe tener como uno de sus objetivos lograr el máximo nivel de cobertura, entendido como el derecho a la seguridad social para todas las personas, tanto en la etapa activa, como persona afiliada y cotizante, como en la etapa pasiva, como persona pensionada o receptora de algún beneficio dado por el gobierno.

La competencia entre los regímenes y las administradoras debería llevar a ese aumento en dicha cobertura. Sin embargo, el no tener éxito en el aumento de la formalidad y la concentración del esfuerzo comercial en las ciudades llevó a que el incremento del nivel de la cobertura fuera mucho menor de lo esperado, ya que, del total de personas en edad de pensión, las personas que la reciben corresponden al 25,5%. En el

caso de los hombres, esta cifra representa el 30,8% y para las mujeres es del 22,4%, lo que muestra una brecha importante y una más baja cobertura de las mujeres (DANE, 2020). Del mismo modo, la cobertura para hombres y mujeres es baja en el ámbito rural.

Para abril del 2024, según cifras de la Superfinanciera, los fondos de pensiones obligatorias de las AFP tienen 25,8 millones de personas afiliadas, de las cuales 12,6 millones son activas, en otras palabras, cotizaron al menos una vez durante los últimos seis meses, lo que representa el 49% de las personas afiliadas. Sin embargo, debido a la movilidad entre la formalidad y la informalidad en el mercado laboral, se pensiona una cantidad menor, ya que, a fechas del mismo periodo, 56% de las personas trabajadoras se ocuparon en el mercado informal.

Es decir, una de cada cuatro personas trabajadoras pasa de la formalidad a la informalidad y no logra tener una densidad de cotización suficiente para obtener una pensión. La cobertura en la etapa pasiva del sistema pensional es baja, pues solo una de cada cuatro personas adultas mayores (25,4%) tendrá pensión.

4.2.6. Universalidad

La concepción y desarrollo del sistema no han llevado a una cobertura universal o casi universal, principalmente porque está dirigido a la persona trabajadora formal o independiente con ingresos regulares que desea construir una pensión en el tiempo. Las condiciones para obtener una pensión o beneficio económico, como la edad y las cotizaciones, son difíciles de cumplir debido a la baja densidad de cotización y la informalidad del empleo. Solo un 25,4% de las personas que logran cotizar se pensiona, mientras que el resto recibe

una indemnización sustitutiva de COLPENSIONES o la devolución de saldos de una AFP debido al poco tiempo cotizado. Esto desvirtúa el sistema y dificulta que las personas puedan tener un ingreso estable en su vejez, como es su derecho.

La solidaridad ha permitido que otro 24,6% de las personas adultas mayores cuente con un ingreso del sistema no contributivo a través del programa Colombia Mayor. Sin embargo, el pago del programa oscila entre el 6% y el 10% del salario mínimo, que es la pensión mínima en Colombia.

Para las personas trabajadoras con ingresos mensuales menores a un salario mínimo, se creó el programa Beneficios Económicos Periódicos (BEP). Este programa busca adaptarse a la realidad laboral de personas trabajadoras con ingresos inciertos, permitiéndoles aportar el monto que puedan con la periodicidad que puedan.

El programa cuenta con varios incentivos importantes, entre los cuales se incluyen una contribución por parte del gobierno, equivalente al 20% de lo ahorrado, la inversión de los recursos para el pago de intereses y la complementariedad con el sistema pensional. Debido a la alta rotación entre formalidad e informalidad en el mercado laboral, cuando una persona trabajadora es formal, cotiza en el sistema pensional, mientras que cuando es informal, ahorra en BEP. Al final de su vida laboral, se calculan las equivalencias para determinar si cumple con los requisitos para una pensión, al menos igual al salario mínimo, o si puede recibir un BEP, que es una renta vitalicia menor al salario mínimo. Aquellas personas que reciban devolución de saldos o indemnización sustitutiva, incluso si no han cotizado en BEP, tienen la opción de recibir un beneficio periódico y el subsidio del gobierno, aportando dicha devolución o indemnización al sistema. La etapa de desacumulación se inicia en el mismo momento que en el de la pensión: a los 62 años para los hombres y a los 57 para las mujeres.

Este programa se fundamenta en una nueva línea de programas diseñados para apoyar el sistema general de pensiones e incentivar los aportes con el objetivo de garantizar algún tipo de ingreso en la vejez, conocida como *matching contributions*. Si bien el programa es relativamente nuevo, con una existencia de 10 años, necesita más tiempo para madurar y poder ser evaluado adecuadamente. No obstante, es crucial que una de las políticas del gobierno sea la promoción de la educación para el ahorro.

■ 4.2.7. Desarrollo económico

Cabe mencionar que dos fundamentos del desarrollo económico están indirectamente relacionados con un sistema general de pensiones, tales son las reservas del RPM y los Fondos Territoriales; en su momento, estos fondos fueron de gran importancia. En el caso de las reservas del RPM, eran utilizadas para desarrollar políticas públicas, especialmente en el período en el que se pudieron crear reservas, aunque también se registraron pérdidas importantes, como en el caso del Banco Central Hipotecario. Por otro lado, los Fondos Territoriales, aunque son recursos de mediano plazo debido a su período de desacumulación, aportan un flujo importante al mercado de capitales y financiero, especialmente en temas de liquidez a corto y mediano plazo.

Por otra parte, se refiere al régimen de ahorro individual y desarrollo del mercado de capitales, donde los sistemas de ahorro individual generalmente tienen períodos importantes de acumulación, lo que contribuye al desarrollo del mercado de capitales y la infraestructura de un país. En el caso de Colombia, esta acumulación es significativa, pero podría ser mayor si se incrementa sustancialmente el grado de obras en las que pueden participar los fondos y se logra

una mayor seguridad en el uso de los recursos, evitando los efectos negativos de la corrupción en este tipo de proyectos.

Un elemento adicional es el bono demográfico, el cual representa una ventana de oportunidad para el desarrollo económico de un país cuando el número de personas en edad de trabajar es considerablemente mayor que el número de personas dependientes, como las y los niños y las personas adultas mayores. Esto permite una mayor acumulación de recursos y un impulso a proyectos de mediano y largo plazo.

La importancia de estos aspectos radica en que lograr el desarrollo basado en ellos conlleva a una mayor capacidad de recursos de ahorro que pueden destinarse a desarrollar infraestructura y empresas, lo que a su vez permite un crecimiento más robusto del producto interno bruto (PIB) y de los recursos disponibles. Este crecimiento económico sostenido proporciona los medios necesarios para mejorar los alcances de la seguridad social, tal como se observó en el caso de Chile, donde, después de algunos años de implementación de políticas de desarrollo económico basadas en el ahorro y la inversión, se pudo establecer un esquema de renta básica y financiar el pago de los bonos pensionales. En este sentido, el aprovechamiento eficaz del bono demográfico y el desarrollo del mercado de capitales pueden tener un impacto significativo en la capacidad del país para garantizar la seguridad social y mejorar el bienestar de su población. En ese sentido, Colombia ha desaprovechado esta capacidad de acumulación y desarrollo debido a que el nivel de personas pensionadas en relación con las cotizantes ha sido bajo; de no haber sido así le habría permitido disponer de más recursos para proyectos de inversión. Lamentablemente, este bono demográfico cada vez es más reducido, lo que resalta la importancia de tomar medidas efectivas para aprovechar al máximo este recurso y promover el desarrollo económico sostenible del país.

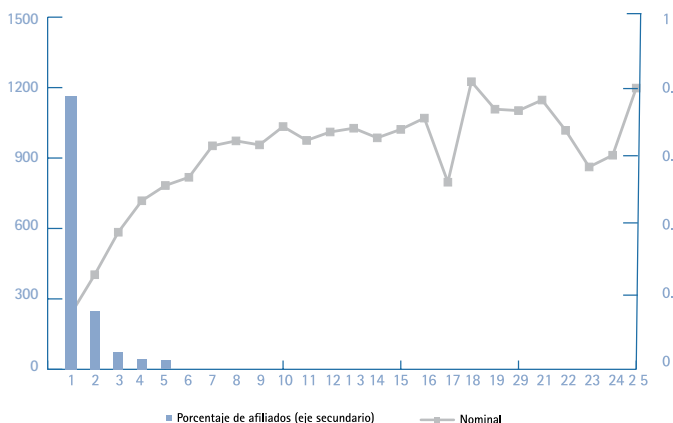
4.2.8. Integración con el Sistema de Seguridad Social Integral

La integración con el Sistema de Protección, que incluye tanto el sistema de salud como el sistema de pensiones, fue una decisión tomada a nivel del Congreso y del gobierno en 1990 al proponer la reforma de la Ley 100. Se pensó que ambos sistemas podrían trabajar hacia un objetivo común: ampliar significativamente la cobertura de la población en estos dos sectores.

En el sistema de salud, la cobertura es mayor al 90%, aunque el acceso no es uniforme y sigue siendo un área de mejora constante en cualquier reforma. Sin embargo, en cuanto a las pensiones, la situación es menos favorable: la cobertura de las persona trabajadoras activas (que cotizan) es apenas del 46,1% y, lo que es aún más preocupante, solo un 25% de la población en edad de jubilación o más años recibe una pensión (DANE, 2020).

Si observamos la situación desde el punto de vista de la densidad de cotización (el porcentaje de meses en los que una persona cotiza en un año), los datos proporcionados por ASOFONDOS y COLPENSIONES, a 2021, muestran un bajo nivel de densidad de cotización, especialmente entre las personas afiliadas con menores ingresos, expresados en salarios mínimos. Esto destaca la necesidad de mejorar la cobertura y la participación en el sistema de pensiones, particularmente entre los segmentos de la población con menores recursos económicos.

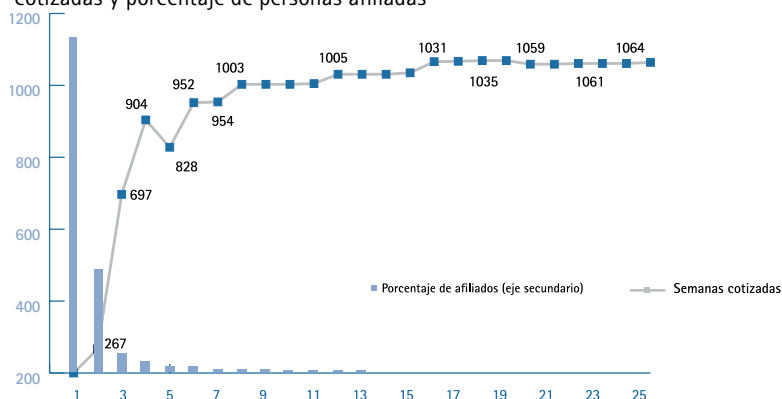
Gráfico 1. COLPENSIONES, relación entre nivel de ingresos (medido en SMMLV). Semanas cotizadas y porcentaje de personas afiliadas



Fuente: COLPENSIONES (2021).

En el caso de COLPENSIONES, la mayoría de las persona afiliadas se encuentra en el rango de ingresos más bajo y el volumen de semanas cotizadas es muy bajo en promedio. Incluso entre aquellas personas con mayores ingresos, aunque se acercan al nivel de las mil semanas cotizadas, en promedio no alcanzan el número de semanas necesario para obtener una pensión. Esta situación subraya las disparidades en la densidad de cotización entre los diferentes segmentos de la población, lo que representa un desafío significativo para garantizar una cobertura adecuada en el sistema de pensiones y asegurar que las personas trabajadoras puedan acceder a una pensión digna al llegar a la edad de jubilación.

Gráfico 2. RAIS, relación entre nivel de ingresos (medido en SMMLV). Semanas cotizadas y porcentaje de personas afiliadas



Fuente: ASOFONDOS (2021).

En el RAIS se observa que, excepto en los niveles de ingresos de 1 a 2 salarios mínimos, el nivel de semanas cotizadas es más parejo, aunque aún se encuentra lejos de las 1.150 semanas requeridas para acceder a la pensión completa. Sin embargo, en este sistema, la garantía de pensión mínima se otorga con 1.150 semanas, por lo que las persona afiliadas estarían más cerca de alcanzar una pensión.

Es evidente que, aunque tanto el sistema de RPM como el del RAIS, que fueron creados por la misma ley, deberían haber logrado la ampliación de la cobertura, desafortunadamente eso no ha ocurrido. En el caso de las pensiones, la integración con otros sistemas se centra más en compartir medios de control, recaudo y esquemas operativos estandarizados, en lugar de garantizar el acceso efectivo a la población. Además, existe una falta de cobertura geográfica y sectorial, en la que el área rural y las mujeres son los grupos más rezagados. A nivel gubernamental, la lucha por reducir la informalidad, tanto en empresas como en personas, es limitada

y los incentivos proporcionados no están adecuadamente enfocados, lo que no estimula el interés de la población en formalizarse.

En el ámbito de la salud se priorizó alcanzar la universalidad en la prestación de servicios. Esto se logró mediante un sistema contributivo, financiado por las contribuciones de las empresas y las personas afiliadas, y un sistema subsidiado destinado a personas que no pueden cotizar, financiado con recursos fiscales del gobierno. Además, existen personas beneficiarias que pagan una tarifa reducida y reciben atención según sus necesidades. En conjunto, la cobertura de salud es cercana al 100% si se suman las personas afiliadas de ambos sistemas.

4.2.9. Administradores de los regímenes

En la administración de los regímenes, diferente a los especiales, se puede hablar de tres tipos de entidades: Fondos de Pensiones, el Instituto de Seguros Sociales (ISS) —después COLPENSIONES— y las AFP. Su rol se describe a continuación.

Fondos de Pensiones: son los fondos como el Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional (FONPED) y el Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (FONPET), que fueron creados para respaldar las deudas pensionales de las entidades del gobierno, nacionales y territoriales, ya fuera aportando para el pago de la pensión o el pago de la proporción del bono pensional. Los que aún existen tuvieron un tiempo en que acumularon recursos cumpliendo con requisitos actuariales y hoy están en etapa de desacumulación, o sea que están utilizando los recursos que recaudaron durante varios años y los usan en la actualidad para pagar las obligaciones pensionales causadas a través del tiempo. Estos fondos los maneja el Ministerio de Hacienda,

y en la gestión de las inversiones han abierto procesos para que sean administrados por consorcios de fiduciarias y AFP.

El Instituto de los Seguros Sociales (ISS), ahora COLPENSIONES: cuando se promulgó la Ley 100, la entidad encargada del RPM era el ISS, sin embargo, las reservas a su cargo se agotaron y por problemas operativos y de diversa índole, incluida la declaración de la Corte Constitucional del Estado de Cosas Inconstitucional, tuvo que ser liquidada y fue remplazada por COLPENSIONES, que se encargó de reestructurar todos los procesos de la entidad y la encaminó a una mayor eficiencia, que se vio traducida en la agilidad para el otorgamiento oportuno de las pensiones, el servicio prestado a las personas afiliadas y la eficiencia de la entidad en todos los aspectos. Hoy es la entidad que maneja todo el sistema de RPM o de Reparto, que compite con las AFP por las personas afiliadas en el sector de las pensiones.

Es importante destacar cómo COLPENSIONES ha evolucionado su rol más allá de simplemente liquidar pensiones. Al reconocer la importancia de la educación financiera y la planificación a largo plazo en el ahorro pensional, la entidad se ha transformado en una guía para la ciudadanía a lo largo de su vida laboral, además de administrar el sistema de reparto.

Asimismo, al asumir la administración de los Beneficios Económicos Periódicos (BEP), COLPENSIONES amplía su alcance para brindar apoyo a las personas trabajadores informales o con ingresos irregulares, ofreciéndoles una opción de ahorro flexible y adaptada a sus necesidades específicas. Esta diversificación de funciones refleja el compromiso de COLPENSIONES en ofrecer soluciones integrales para la seguridad financiera en la vejez.

Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP): surgieron tras la promulgación de la Ley 100 de 1993 con el propósito de gestionar el Régimen de Ahorro Individual.

Al igual que COLPENSIONES, las AFP tienen la función de administrar operativa y comercialmente todo el sistema de pensiones y sus recursos. Además, se encargan de gestionar el portafolio de inversiones creado con los recursos que ingresan a las cuentas individuales de las personas afiliadas, provenientes de las cotizaciones realizadas por las entidades empleadoras y las propias personas trabajadoras. Al igual que COLPENSIONES, su interés ha sido, que a través de una gestión administrativa eficiente y de las inversiones, sus personas afiliadas puedan tener la mejor pensión posible.

Los tres tipos de administradores —incluidas las AFP— tienen la responsabilidad de otorgar las pensiones, proteger los derechos de las personas afiliadas y representarles en todas las gestiones necesarias para acceder a su pensión, indemnización sustitutiva o devolución de saldos, según corresponda. Esta responsabilidad incluye garantizar la correcta gestión de los recursos y velar por el cumplimiento de las normativas establecidas para el sistema de pensiones.

El cambio que se llegue a dar en el futuro en el sistema llevará al planteamiento de una nueva organización de las administradoras y, posiblemente, a la asunción de nuevos roles o a la modificación a los actuales.

4.2.10. Prestaciones económicas

Cada uno de los regímenes que hacen parte del sistema tiene su propia forma de otorgar las prestaciones a sus personas afiliadas, y las vamos a considerar a continuación señalando los principales problemas que atraviesan y que tendrán que ser evaluados en cualquier cambio o reforma que se vaya a implementar.

Régimen de Prima Media: las prestaciones se determinan mediante una fórmula que calcula la tasa de remplazo, es

decir, el porcentaje del salario base de cotización. Esta fórmula utiliza como base el promedio salarial de los últimos 10 años sobre los que cotizó la persona afiliada, ajustado por inflación al valor actual, excepto cuando el salario base es el salario mínimo.

Además, se considera un factor de ajuste por el número de salarios mínimos cotizados, con un requisito de semanas cotizadas igual a 1300 y un tope de 1800 semanas. Una vez definida la pensión, el Estado garantiza su valor ajustado por inflación o por el cambio anual del salario mínimo en las pensiones de salario mínimo, asegurando que nunca sea inferior a este último. Está cubierto el riesgo de longevidad. La pensión mínima es el equivalente al salario mínimo, lo que implica que a ese nivel de salario la tasa de remplazo es del 100%.

Los principales problemas identificados en el Régimen de Prima Media son los siguientes:

- a) Reserva insuficiente para el pago futuro de las pensiones: la reserva que se debe constituir para cubrir las pensiones futuras excede considerablemente el valor cotizado por la persona afiliada, incluso considerando su posible rendimiento. Esto genera desafíos financieros y de sostenibilidad para el sistema.
- b) Traslado de personas afiliadas de altos ingresos desde las AFP: un buen número de personas afiliadas con altos ingresos se ha trasladado desde las AFP hacia el Régimen de Prima Media y han obtenido un subsidio significativo por parte del Estado. Esto se debe a que, por la forma en que se calcula la pensión en este régimen (basada en el promedio salarial de los últimos 10 años), las personas afiliadas con salarios más altos reciben pensiones mayores y,

por ende, un subsidio mayúsculo, lo que puede percibirse como una política regresiva.

- c) Sentencias judiciales que otorgan beneficios no contemplados: se han emitido sentencias judiciales que conceden beneficios no previstos en las normativas, como es el caso de los beneficios para hijas e hijos de crianza y pensiones por sobrevivencia e invalidez, en las que no se cumplen totalmente los requisitos establecidos. Esto puede generar incertidumbre jurídica y afectar la sostenibilidad financiera del sistema.

Régimen de Ahorro Individual: hay cinco tipos de pensión en el régimen, pero nos referiremos a las dos principales, Retiro Programado y Renta Vitalicia. Los principales problemas identificados en el RAIS son los siguientes:

Retiro programado: la pensión se calcula teniendo en cuenta el saldo acumulado al decidir pensionarse, la expectativa de vida, el grupo familiar y no está asegurado el riesgo de longevidad. Anualmente se ajusta la pensión en función del saldo existente en su cuenta y la expectativa de vida actualizada.

Los desafíos explicados con anterioridad han tenido impacto, a su vez, en otros problemas asociados, tales como:

Falta de garantía de pensión mínima una vez otorgada la pensión: no existe una garantía de pensión mínima en caso de que la pensión resultante sea inferior al salario mínimo después de haber comenzado a recibir los pagos. Esto puede llevar a una disminución del capital y a la posibilidad de agotar los fondos sin que fallezca la persona afiliada. Fallos de la Corte Suprema han responsabilizado a las AFP por este faltante, aunque legalmente no les corresponde. Esto crea un riesgo jurídico importante y cambia las reglas del sistema.

Tasas de remplazo más bajas que en el RPM: Debido a la disminución en la inflación y las tasas reales, las tasas de remplazo en el Retiro Programado pueden ser entre el 40% y el 35%, y entre el 50% y el 40% del salario base de cotización (según Informe semanal de Corficolombiana del 27 de marzo de 2023), comparadas con el RPM que ofrece tasas base entre el 55,5% y el 65% y pueden llegar al 80%. Esto crea una diferencia significativa, ya que el RPM, además, asegura una pensión constante en términos reales.

Rentas vitalicias: estas son, al igual que en el régimen de COLPENSIONES, por toda la vida y ajustada por inflación, pero no se calcula bajo la figura de una tasa de remplazo, sino actuarialmente, en función de una edad, un capital, una expectativa de vida y un grupo familiar. Cubre el riesgo de longevidad, pero, del mismo modo que en los casos anteriores, se ha generado una serie de obstáculos que han impedido que las compañías de seguros se interesen en ofrecerlas. Son los siguientes:

- a) Obligación de ajustar las pensiones de salario mínimo al ajuste anual del salario mínimo: las compañías de seguros que ofrecen rentas vitalicias están obligadas a ajustar las pensiones al incremento del salario mínimo. Dado que el salario mínimo tiene componentes de inflación, productividad y políticos, es difícil calzar este incremento con las inversiones tradicionales. Aunque el gobierno asume parte del riesgo adicional a la inflación, llamado deslizamiento del salario mínimo, en los términos del decreto 036 de 2015, el mercado de rentas vitalicias no se ha desarrollado completamente.
- b) Fallos judiciales que generan obligaciones financieras insostenibles: fallos judiciales han impuesto

obligaciones financieras que las compañías de seguros no pueden cubrir con las reservas establecidas, lo que genera pasivos ocultos y afecta el patrimonio de las empresas.

- c) Dificultades para cubrir los riesgos de mercado: las inversiones destinadas a respaldar los pagos de las rentas no siempre pueden cubrir los riesgos del mercado, especialmente en términos de los plazos requeridos y la fluctuación del salario mínimo o la inflación.

Estos problemas deben ser abordados para garantizar la sostenibilidad y eficacia de los sistemas de pensiones y proporcionar seguridad financiera a las personas afiliadas.

4.2.11. Promoción de la cotización y control de la evasión

En diferentes foros se menciona la importancia de promover la cotización y controlar la evasión en el sistema colombiano, destacando la creación de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) por parte del gobierno. La UGPP tiene como objetivo principal asegurar que las empresas cumplan con sus obligaciones de pago a la seguridad social y también involucrar a las personas trabajadoras independientes y personas con rentas de capital en el sistema de cotizaciones. Aunque la labor de la UGPP ha sido importante y ha contribuido a mejorar las cotizaciones y reducir la evasión, aún enfrenta desafíos para lograr que aquellas personas con ingresos no declarados cumplan con sus obligaciones de cotización. Además, más de la mitad de las personas trabajadoras en Colombia son independientes o informales, lo que añade

complejidad al desafío de garantizar una adecuada cobertura de seguridad social en el país.

4.2.12. Pensión familiar

La Ley 1580 de 2012 establece una modalidad de pensión conocida como pensión familiar, que es aplicable en los dos regímenes de seguridad social en Colombia. Esta modalidad permite que dos cónyuges o pareja permanente que alcancen la edad requerida (62 años para hombres y 57 años para mujeres) pero que no cumplan con los requisitos para acceder a una pensión individual puedan unir esfuerzos para completar el capital o las semanas necesarias para obtenerla, dependiendo del régimen al que pertenezcan o si es para acceder a la garantía de pensión mínima. Los requisitos y elementos diferenciales entre los regímenes se detallan a continuación.

En el caso de los regímenes de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS) y de Prima Media con Prestación Definida (RPM), se aplican las siguientes condiciones para la modalidad de pensión familiar:

- a) Cumplir la edad y no tener el capital o las semanas necesarias para acceder a una pensión ninguna de las dos personas. Si ninguna cumple con los requisitos individuales para acceder a una pensión por falta de capital o semanas cotizadas, se puede generar una pensión sumando el capital de ambos o las semanas en caso de garantía de pensión mínima.
- b) Mínimo cinco años de convivencia: se requiere que la pareja haya convivido durante al menos cinco años para poder acceder a la pensión familiar.

- c) Distribución en caso de muerte o separación: en caso de fallecimiento de la o el cónyuge o la pareja permanente, el o la sobreviviente recibe la totalidad de la pensión, a menos que hayan hijos o hijas beneficiarias, en cuyo caso se distribuirá de acuerdo con las disposiciones legales. En caso de separación, el capital acumulado se repartirá 50% para cada persona, a menos que existan acuerdos prenupciales o disposiciones legales específicas que establezcan una distribución diferente.

Aspectos diferenciales en el RPM:

- Clasificados en el SISBEN 1 y 2.
- Haber cotizado el 25% de las semanas antes de los 45 años. Además, no puede ser superior a un salario mínimo.

Estas disposiciones buscan proporcionar una opción de pensión para parejas que, debido a la falta de capital o semanas cotizadas, no pueden acceder individualmente a una pensión, lo que promueve la solidaridad y el apoyo mutuo en el sistema de seguridad social. Sin embargo, no tienen por qué existir diferencias en las condiciones para acceder a este tipo de pensión, en función del régimen al que se pertenezca.

4.2.13. Pensiones de invalidez y sobrevivencia

Las pensiones de invalidez y sobrevivencia se calculan según una fórmula establecida por ley, que determina una tasa de remplazo igual para los dos regímenes de seguridad social en Colombia. La diferencia principal entre los dos regímenes, el de Prima Media con Prestación Definida (RPM) y el de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS), radica en la

fuentes de pago de las pensiones. A pesar de ello, los casos que se presentan en ambos regímenes son similares y provienen de situaciones de invalidez o fallecimiento que requieren el acceso a una pensión de invalidez o sobrevivencia. La tasa de remplazo que se convierte en la pensión es la misma para ambos regímenes y se establece de acuerdo con la legislación vigente.

Esta uniformidad en la tasa de remplazo busca garantizar una equidad en el acceso a las pensiones de invalidez y sobrevivencia, independientemente del régimen al que esté afiliada la persona trabajadora:

- a) Fallos judiciales que han determinado alcances de la ley no previstos: en ocasiones, los tribunales emiten fallos que interpretan la ley de manera inesperada, lo que puede afectar la confianza en el sistema y su seguridad jurídica. Estos fallos pueden generar incertidumbre sobre cómo se aplicarán las disposiciones legales en el futuro y pueden requerir ajustes en la legislación para aclarar su alcance.
- b) Ajuste en la definición de primas en función de grupos de riesgo: es importante que las primas de seguros se ajusten de manera adecuada, de acuerdo con los grupos de mayor o menor riesgo, evitando la concentración excesiva de riesgos en una sola compañía. Esto garantiza una distribución equitativa de los costos y reduce la exposición al riesgo para las aseguradoras.
- c) AFP asumiendo riesgos debido a alta siniestralidad en pólizas: algunas AFP pueden enfrentar situaciones donde tienen que asumir riesgos debido a la alta siniestralidad en las pólizas de seguros asociadas a invalidez y sobrevivencia. Esto puede afectar su

estabilidad financiera y su capacidad para cumplir con sus obligaciones hacia las personas afiliadas.

- d) Unión del cobro de comisión y prima de seguros: en algunos casos, el cobro de la comisión de administración y la prima de seguros están vinculados, lo que puede generar desafíos cuando aumenta la siniestralidad. Esto puede llevar a un incremento en las primas de seguros y una reducción en las comisiones de administración, lo que afecta los ingresos de las AFP. Como solución, algunas administradoras optan por auto asegurar el riesgo de invalidez y sobrevivencia, lo que aumenta significativamente sus riesgos operativos, especialmente ante el aumento en la edad promedio de las personas cotizantes.

Estos factores señalan desafíos importantes dentro del sistema de pensiones y seguros, que pueden requerir medidas regulatorias o ajustes en las políticas para garantizar la estabilidad y la adecuada protección de las personas afiliadas.

4.2.14. Supervisión y regulación

Hace referencia a características que ya se han mencionado sobre las administradoras y sus inversiones. La supervisión tanto de COLPENSIONES como de las AFP recae principalmente en la Superintendencia Financiera. Esta entidad se encarga de supervisar aspectos como la administración de los fondos, el manejo de riesgos (incluyendo el riesgo de inversiones, que es crucial), la atención a la persona afiliada y la gestión de conflictos de interés. Es importante destacar que la Superintendencia Financiera no se limita

exclusivamente a la vigilancia y control del sector de pensiones, sino que también supervisa otros aspectos del sistema financiero.

En resumen, la supervisión del sistema de pensiones en Colombia es llevada a cabo por la Superintendencia Financiera, con apoyo de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) en la lucha contra la evasión de aportes, mientras que la regulación de estas actividades está bajo la responsabilidad del Ministerio de Hacienda. En otros países la supervisión es más especializada y habrá que ver cuál funciona mejor y permite un mejor balance entre eficiencia y riesgo del sistema.

■ 4.2.15. Gasto público

En el presupuesto de 2024, se destina un total de COP 502 billones, de los cuales COP 57 billones están asignados para el pago de pensiones. Este monto representa aproximadamente el 11% del presupuesto total.

De los COP 57 billones destinados a pensiones, COP 25 billones se utilizan específicamente para pagar las pensiones del Régimen de Prima Media (RPM), lo que equivale al 43% del total asignado para pensiones. El RPM es un régimen de pensiones administrado por COLPENSIONES. El resto del presupuesto asignado para pensiones, más de la mitad, se destina a los regímenes especiales y a otros regímenes que están experimentando dificultades o se encuentran en proceso de reducción o desaparición.

Estos datos reflejan una parte significativa del gasto público destinado al pago de pensiones en Colombia y resaltan la importancia de la gestión eficiente de estos recursos para garantizar la sostenibilidad del sistema de pensiones y el bienestar de las personas pensionadas.

4.3. Conclusiones

En este capítulo se ha realizado un diagnóstico del sistema de protección económica a la vejez en Colombia, abordando sus componentes principales y su funcionamiento actual. Al examinar los antecedentes de los sistemas de pensiones, se evidencia que el sistema colombiano se sustenta en un esquema dual donde coexisten un régimen de prima media (RPM o de reparto) y uno de capitalización individual, cada uno con características particulares y libertad de elección, como se detalla en el documento junto con las leyes y normativas correspondientes.

Al revisar los elementos de la política estatal, es claro que los gobiernos involucrados en su desarrollo o modificación se han centrado en aspectos fiscales y en la población con empleo formal o ingresos estables. A través de programas no derivados de la Ley 100, se ha intentado abordar de manera precaria la situación de las personas adultas mayores sin ingresos, aunque estos esfuerzos no cubren a toda la población mayor de 65 años. Asimismo, el análisis del sistema vigente en Colombia proporciona una visión general de sus características y los principales desafíos que afectan su desarrollo y sostenibilidad.

No se puede dejar de mencionar, desde la perspectiva de la financiación detallada en este capítulo, los diferentes sistemas de financiamiento existentes a nivel mundial: no contributivo, contributivo o mixto. Se discuten las razones por las cuales el sistema colombiano se basa principalmente en un esquema contributivo. Se hace hincapié en el principal problema: la dificultad para alcanzar una cobertura óptima, causada por la falta de acción gubernamental para reducir la informalidad, así como por los retos que enfrentan COLPENSIONES y las AFP para llegar a la población rural y menos favorecida. Este aspecto de la cobertura se complementa con una

evaluación sobre la universalidad de la seguridad en pensiones en Colombia, entendida como la capacidad de garantizar un ingreso económico en la vejez, con lo cual se concluye que aún estamos lejos de lograrlo y que los esfuerzos realizados hasta ahora han sido aislados y de impacto limitado, como con el Plan de Adulto Mayor y los BEP.

Al evaluar los principales componentes del sistema, también se evidencia que, a diferencia del de pensiones, el sistema de salud, basado también en la Ley 100, ha logrado resultados significativamente mejores en cuanto a cobertura. La razón principal radica en que el sistema de salud ha enfocado sus esfuerzos tanto en la población con empleo formal o ingresos estables como en la población de bajos ingresos cuyas cotizaciones son subsidiadas por el Estado. Se destaca, además, el impacto negativo de la baja densidad de cotización en el sistema de pensiones.

Finalmente, en este capítulo se proporciona información sobre los administradores de los diferentes regímenes de pensiones, las prestaciones económicas que ofrecen y la forma en que las otorgan, así como los elementos relevantes para evitar la evasión y otros problemas que afectan el funcionamiento adecuado y la viabilidad de las coberturas previsionales para invalidez y sobrevivencia. Se describe también la supervisión y regulación del sistema. Dada la importancia futura que podría tener, se ofrece una breve explicación sobre los elementos de la Pensión Familiar existente en Colombia.

5. La participación de la población mayor en el mercado laboral

■ **Stefano Farné⁵¹**

Colombia experimenta un rápido envejecimiento de su población, que se ha venido acelerando a partir de la presente década. Lo anterior no solo implica que en los próximos años en el país habrá proporcionalmente más personas adultas mayores, sino que vivirán más tiempo y en mejores condiciones físicas. En este documento se hace una caracterización socioeconómica de la población adulta mayor, con especial énfasis en su participación en el mercado laboral y en sus condiciones económicas. La conclusión principal que se deriva es la gran influencia que ejerce la informalidad laboral sobre la protección económica y la participación laboral de la población adulta mayor en Colombia, la cual es la causa de una baja cobertura pensional y, al mismo tiempo, de una elevada participación laboral en edades avanzadas. En el mercado laboral las personas adultas mayores se ocupan predominantemente como informales

⁵¹ Maestro en Ciencias Económica, Universidad de Londres, Inglaterra. Director del Observatorio del Mercado de Trabajo y la Seguridad Social, Universidad Externado de Colombia.

y personas trabajadoras independientes en actividades comerciales, y agrícolas —si son hombres— o de hostelería y de servicios personales —si son mujeres—. Además, laboran menos horas. En promedio, sus remuneraciones son más bajas que las de las demás personas ocupadas e incluso lo son sus pensiones con respecto a las de sus personas coetáneas ya retiradas. Asimismo, el análisis muestra que las condiciones socioeconómicas de las personas adultas mayores son más precarias entre las mujeres y quienes residen en las zonas rurales.

5.1. Introducción

Colombia está recorriendo las etapas de la transición demográfica con una velocidad tan alta que recientemente ha obligado al Instituto Central de Estadística —el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE— a reproducir, con valores a la baja, las proyecciones hasta el año 2070 de la población colombiana, inicialmente estimadas con base en los resultados del último censo de población, realizado en 2018. La rapidez de este proceso demográfico ha provocado un envejecimiento de la población igual de rápido. Mientras que en el año 2000 las personas mayores de 65 años eran apenas el 4,6% de la población total, en 2023 ya representaban el 10,5%, y el DANE prevé que su participación se incremente al 19,7% en 2050 y al 29,3% en 2070. Además, no solo en Colombia habrá proporcionalmente más personas adultas mayores, sino que ellas vivirán más tiempo y en mejores condiciones físicas. La CEPAL prevé que la esperanza de vida (al nacer) en 2050 será de 82,3 años y en 2070 de 85,2 años —86,9 para las mujeres y 83,4 para los hombres—. ⁵² Y

⁵² En 2020 la esperanza de vida al nacer en Colombia era de 71,3 años. Ver: <https://consensomontevideo.cepal.org/es/indicadores/esperanza-de-vida-al-nacer-segun-sexo>. Versión actualizada el 15 de diciembre 2022.

la expectativa de vida saludable aproximadamente a la edad de jubilación —60 años para ambos sexos— sería de 17,1 años en el caso de los hombres y de 18,9 años en el caso de las mujeres, según la Organización Mundial de la Salud.⁵³

En vista de su creciente relevancia en la sociedad colombiana, en este capítulo se hará una caracterización de la población adulta mayor desde la perspectiva socioeconómica, con especial énfasis en su participación en el mercado laboral.

Para tal fin, se han definido dos grupos etarios: a) la población potencialmente jubilada (PPJ), la cual se identifica con la población que ya cumplió el requisito de edad para jubilarse y que, por alguna razón, podría mantener una importante participación en el mercado de trabajo; comprende a los hombres de 62 a 74 años y a las mujeres de 57 a 74 años. Y b) la población potencialmente inactiva (PPI), que ya no es PPJ porque ha alcanzado una edad en la cual su participación en el mercado laboral se presume que sea marginal;⁵⁴ incluye hombres y mujeres de 75 años en adelante.

5.2. Personas adultas mayores y mercado de trabajo

Según las encuestas de hogares realizadas por el DANE, en el año 2023, la PPJ representaba el 15,2% de la población en edad de trabajo y la PPI el 5,3%. Se trataba, respectivamente, de poco más de 6 y 2 millones de personas, la mayoría —un 60%— mujeres.

A continuación, para fines de comparación, las características laborales de la PPJ y la PPI serán contrastadas con las de la población activa (PA), entre 18 y 61 o 56 años, según el caso.

⁵³ Fuente: www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghehale-healthy-life-expectancy-at-birth. El dato reportado en el texto se refiere al año 2019 y había crecido con respecto al año 2000 en casi dos años, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres.

⁵⁴ En 2023 se encontraron solo 221.000 personas activas en el mercado laboral a nivel nacional con edades mayores a 74 años.

La tabla 1 reporta los principales indicadores laborales de los tres grupos poblacionales en 2023.

Es evidente que, una vez sobrepasada la edad legal de jubilación, muchas personas trabajadoras abandonan el mercado laboral y la tasa de ocupación de las personas adultas mayores potencialmente jubiladas sufre una notable contracción de casi 30 puntos porcentuales para ambos sexos. Así, en el caso de los hombres, dicha tasa pasa de 81,3% a 52,8% y en el caso de las mujeres, de 57% a 29,5%. Después de los 75 años hay muy pocas personas que siguen trabajando, menos de 215.000 a nivel nacional. Su tasa de ocupación baja ulteriormente a 17,3% para los hombres y a apenas a 5,2% para las mujeres.

Asimismo, es claro que el desempleo afecta en menor proporción a las personas adultas mayores y que, además, su incidencia disminuye drásticamente con el crecer de la edad, especialmente al integrar la PPI. Adicionalmente, la tasa de desempleo, que durante toda la vida productiva es sustancialmente mayor para las mujeres que para los hombres, en edades más avanzadas afecta más a estos últimos.

Lo anterior se debe a una caída de la participación laboral más rápida para las mujeres, quienes después de alcanzar la edad de jubilación se retiran del mercado de trabajo en mayor proporción que los hombres. Así, la tasa de participación para la población activa masculina, que es de 88,7%, (66,1% en el caso femenino) se contrae a 56,3% (a 31,3% para las mujeres) al considerar la PPJ y a 17,9% (en mujeres a 5,3%) para la PPI.

La informalidad laboral⁵⁵ es especialmente frecuente entre las personas ocupadas de mayor edad y aumenta progresivamente cuando pasan a formar parte de la PPJ y luego de la

⁵⁵ Informalidad definida según actividad económica y condición del puesto de trabajo, según programación proporcionada por el DANE.

PPI. Para los hombres con ocupaciones que forman parte de la PA la informalidad es de un 55,7%, pero al pasar a la PPJ sube a 77,8% y a 88,5% al pasar a la PPI (tabla 1). En el caso de las mujeres, va de 50,5% a 70,3% y a 89,3%, respectivamente. Cabe señalar que las personas trabajadoras informales, a pesar de representar casi un 90% de la PPI, son apenas unos 190.000. La informalidad tiene una mayor incidencia entre los hombres que entre las mujeres.

Tabla 1. Población activa, PPJ y PPI. Principales indicadores del mercado laboral según sexo. Total nacional. Año 2023, promedio anual

Poblaciones e indicadores	Hombres			Mujeres		
	18 a 61 años	62 a 74 años	75 años o más	18 a 56 años	57 a 74 años	75 años o más
Población en edad de trabajar	14.658.108	2.102.429	883.371	14.285.843	3.924.718	1.197.123
Fuerza laboral	13.004.330	1.184.460	158.177	9.440.154	1.226.883	63.141
Población ocupada	11.919.772	1.109.331	152.697	8.144.979	1.157.280	62.651
Población desocupada	1.084.558	75.129	5.480	1.295.176	69.604	490
Población informal	6.634.433	862.571	135.191	4.113.334	813.778	55.973
Tasa global de participación (%)	88,7	56,3	17,9	66,1	31,3	5,3
Tasa de ocupación (%)	81,3	52,8	17,3	57,0	29,5	5,2
Tasa de desempleo (%)	8,3	6,3	3,5	13,7	5,7	0,8
Tasa de informalidad (%)	55,7	77,8	88,5	50,5	70,3	89,3

Fuente: DANE – GEIH (factor expansión censo 2018).

La informalidad es la causa principal del bajo número de cotizantes para el sistema de pensiones, lo que inevitablemente repercutirá en un futuro a modo de falta de protección económica en la vejez. En 2023 solo el 43,5% de las personas ocupadas en edad activa cotizó para sus pensiones (tabla 2). Entre ellas se dio una diferencia notable entre las personas

asalariadas, con una cobertura de aproximadamente el 70%, y las independientes, con una cobertura que no alcanzó a ser del 15%. En el caso de las personas desocupadas y las inactivas, la proporción de cotizantes fue aún inferior, de apenas 3,6% y 1,3%, respectivamente. Como era de esperarse, el porcentaje de personas ocupadas que cotizan para su pensión baja considerablemente al cumplir la edad de jubilación, umbral después del cual no es obligatorio seguir aportando. Se destaca, sin embargo, cómo para la PPJ femenina el porcentaje de personas que siguen cotizando es notablemente superior que para la PPJ masculina (22,1% vs. 15,8%).

Tabla 2. Población activa, PPJ y PPI. Cotizantes del sistema pensional según sexo. Total nacional. Año 2023, promedio anual*

Condición laboral	Total 18 años o más	Hombres			Mujeres		
		18 a 61 años	62 a 74 años	75 años o más	18 a 56 años	57 a 74 años	75 años o más
Total	28,2	37,0	10,6	0,5	28,9	7,8	0,2
Personas ocupadas	43,5	44,5	15,8	1,9	49,2	22,1	2,3
Personas desocupadas	3,6	3,7	4,3	0,1	3,5	4,8	-
Personas inactivas	1,3	2,5	1,3	0,1	1,5	1,0	0,1

*Se excluye de los cálculos a las personas ya pensionadas.

Fuente: DANE – GEIH (factor expansión censo 2018).

En el mercado laboral las personas ocupadas adultas mayores se posicionan principalmente como personas trabajadoras independientes —personas empleadoras, pero sobre todo por cuenta propia— y mucho menos como personas asalariadas (ver tabla 3). Este fenómeno se acentúa con la edad. Así, en 2023 las personas trabajadoras independientes representaban el 71,7% del empleo total de la PPJ masculina, el 59,7% de

la PPJ femenina, 82,9% de la PPI masculina y el 83,5% de la PPI femenina. Estos mismos porcentajes se comparan con el 45,3% y el 36,9%, respectivamente, para los trabajadores y las trabajadoras en edad activa.

Con la edad, también tiene mayor representación el trabajo no remunerado, por ejemplo, ayudantes familiares, tanto para los hombres como para las mujeres. En cambio, un fenómeno típicamente femenino es la importancia del empleo público entre la PPJ, que sube al 8,8%, frente al 4,5% de la población más joven. Al parecer, son las mujeres las que aprovechan más la posibilidad de quedarse trabajando en el sector público después de haber pasado la edad de jubilación permitida por la Ley 1821 de 2016.

Tabla 3. Población activa, PPJ y PPI según categoría ocupacional y sexo. Total nacional. Año 2023, promedio anual

Categoría ocupacional	Hombres			Mujeres		
	18 a 61 años	62 a 74 años	75 años o más	18 a 56 años	57 a 74 años	75 años o más
Personas asalariadas del sector privado	45,6	17	8	49	16,6	5,9
Personas asalariadas del sector público	3,4	3,5	0,4	4,5	8,8	0,3
Personas empleadas domésticas	0,3	0,7	0,6	6,2	10	3,6
Personas trabajadoras por cuenta propia	42	66,1	76,8	35,3	56,5	78,9
Personas empleadoras	3,3	5,6	6,1	1,6	3,2	4,6
Personas trabajadoras familiares sin remuneración	5,4	7,3	8,1	3,4	4,9	6,6
Personas jornaleras	0	0	0	0,1	0	0,3

Fuente: DANE – GEIH (factor expansión censo 2018).

Las personas adultas mayores se emplean principalmente en los sectores con actividades de mayor peso productivo, donde se concentra también la mayor parte de las personas ocupadas en edad activa. Se trata, para los hombres, de labores agropecuarias, de transporte y almacenamiento, de comercio, de construcción y de manufactura; y para las mujeres, de comercio, de hostelería, de manufactura, de servicios de salud y asistencia social, y de otros servicios (ver tabla 4). Con la edad, sin embargo, estas actividades aumentan su peso ocupacional. La agricultura, sumada únicamente al comercio, llega a representar el 46,9% de los hombres con ocupación de la PPJ y el 62,8% de los pertenecientes a la PPJ y la PPI de mujeres la ocupación tiende a concentrarse en el comercio —20,5% y 30,1%, respectivamente—, en otros servicios —15,9% y 10,6%—, en la hostelería —12,3% y 15,7%— y también en la industria manufacturera —10,9% y 15,6%—.

Tabla 4. Población activa, PPJ y PPI según rama de actividad y sexo. Total nacional. Año 2023, promedio anual

Rama de Actividad		Hombres			Mujeres		
		18 a 61 años	62 a 74 años	75 años o más	18 a 56 años	57 a 74 años	75 años o más
Total ramas	Personas	11.919.772	1.109.331	152.697	8.144.979	1.157.280	62.651
	% Personas	100	100	100	100	100	100
Agropecuario	Personas	2.220.243	342.118	65.341	465.724	88.420	7.650
	% Personas	18,6	30,8	42,8	5,7	7,6	12,2
Explotación de minas y canteras	Personas	220.227	9.553	648	39.248	2.648	43
	% Personas	1,8	0,9	0,4	0,5	0,2	0,1
Industrias manufactureras	Personas	1.275.217	89.614	10.652	865.848	125.962	9.769
	% Personas	10,7	8,1	7	10,6	10,9	15,6
Servicios públicos básicos	Personas	203.929	19.110	4.438	66.627	14.099	1.052
	% Personas	1,7	1,7	2,9	0,8	1,2	1,7
Construcción	Personas	1.334.130	103.598	6.937	108.032	3.339	11
	% Personas	11,2	9,3	4,5	1,3	0,3	0

La participación de la población mayor en el mercado laboral

Comercio y reparación de vehículos	Personas	1.920.841	178.478	30.575	1.586.182	236.977	18.876
	% Personas	16,1	16,1	20,0	19,5	20,5	30,1
Transporte y almacenamiento	Personas	1.425.375	111.890	7.095	143.668	8.630	388
	% Personas	12	10,1	4,6	1,8	0,7	0,6
Alojamiento y servicios de comida	Personas	490.467	39.869	5.036	920.712	142.279	9.845
	% Personas	4,1	3,6	3,3	11,3	12,3	15,7
Información y comunicaciones	Personas	260.538	4.159	762	132.632	4.535	19
	% Personas	2,2	0,4	0,5	1,6	0,4	0
Actividades financieras y de seguros	Personas	175.322	4.764	834	231.494	9.567	213
	% Personas	1,5	0,4	0,5	2,8	0,8	0,3
Actividades inmobiliarias	Personas	164.340	16.640	1.713	77.239	13.490	1.421
	% Personas	1,4	1,5	1,1	0,9	1,2	2,3
Actividades profesionales, científicas y técnicas	Personas	373.251	30.875	3.660	292.517	25.018	1.036
	% Personas	3,1	2,8	2,4	3,6	2,2	1,7
Actividades de servicios administrativos y de apoyo	Personas	370.202	23.196	3.147	607.086	86.081	1.662
	% Personas	3,1	2,1	2,1	7,5	7,4	2,7
Administración pública y defensa; EPS	Personas	395.307	19.651	532	306.954	40.160	34
	% Personas	3,3	1,8	0,3	3,8	3,5	0,1
Educación	Personas	330.844	35.265	1.226	509.179	89.668	675
	% Personas	2,8	3,2	0,8	6,3	7,7	1,1
IPS y asistencia social	Personas	223.751	14.618	742	702.165	64.926	1.041
	% Personas	1,9	1,3	0,5	8,6	5,6	1,7
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación	Personas	137.372	15.043	4.100	90.918	11.213	486
	% Personas	1,2	1,5	2,8	1,2	1,1	0,9
Otros servicios	Personas	387.452	47.035	7.424	954.859	177.117	6.173
	% Personas	3,3	4,5	5,1	12,0	15,9	10,6

Fuente: DANE – GEIH (factor expansión censo 2018).

Los ingresos laborales tienden a disminuir con la edad de las personas trabajadoras y la caída se acentúa al pasar de la PPJ a la PPI (tabla 5). Lo anterior se debe en buena parte a la mayor informalidad de las ocupaciones y, como veremos, al menor número de horas laboradas de las personas trabajadoras de mayor edad. Única excepción son las personas empleadas públicas, tanto hombres como mujeres, para quienes convertirse en parte de la PPJ conlleva un aumento importante de sus salarios. De hecho, a diferencia de las demás categorías ocupacionales, son las personas funcionarias públicas con más altos niveles de educación las que se quedan en el mercado a trabajar después de superar la edad de jubilación. En el sector público el porcentaje de personas empleadas con educación superior sube de 58,6% en edad de PA a 76,7% en edad de PPJ para los hombres y de 78,9% a 79,7% para las mujeres.

Resaltan dos fenómenos en materia de ingresos laborales. El primero es que las mujeres, en cualquier ocupación y grupo de edad, ganan en promedio menos que los hombres. El segundo es que no todas las categorías de personas trabajadoras alcanzan ingresos iguales a, por lo menos, un salario mínimo. Este es el caso de las mujeres trabajadoras domésticas, por cuenta propia y las jornaleras de cualquier rango de edad. Y en el caso de los hombres, estas mismas categorías son remuneradas por debajo del salario mínimo a partir de la edad de jubilación.

Tabla 5. Población activa, PPJ y PPI según categoría ocupacional y sexo. Ingresos laborales mensuales* promedio en pesos de 2023. Total nacional. Año 2023, promedio anual

Categoría ocupacional	Hombres			Mujeres		
	18 a 61 años	62 a 74 años	75 años o más	18 a 56 años	57 a 74 años	75 años o más
Personas asalariadas sector privado (a)	1.960.392	1.832.758	1.489.053	1.812.605	1.690.795	1.140.412
Personas asalariadas sector público (a)	3.913.803	4.565.849	2.573.323	3.681.765	4.038.906	2.066.354
Servicio doméstico (a)	1.186.494	1.006.888	848.993	890.053	848.016	795.363
Persona trabajadora por cuenta propia (b)	1.154.750	955.105	651.025	960.112	633.606	355.353
Personas empleadoras (b)	3.951.635	3.373.925	3.470.706	3.413.671	2.924.026	2.108.230
Personas jornaleras (a)	992.641	840.829	620.358	625.113	513.618	-
Personas jornaleras	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3

(a) Salario monetario y en especie en el primer trabajo. (b) Ingresos laborales en el primer trabajo. *Ingresos sin corrección por omisión e imputación por falsos cero y valores extremos.

Fuente: DANE – GEIH (factor expansión censo 2018).

Como se había anticipado, las personas adultas mayores trabajan un promedio de horas semanales menor que la PA. Alrededor de cinco horas menos si son PPJ y de diez si son PPI, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres (ver tabla 6). Comparativamente, con las y los demás coetáneos ocupados, las personas que trabajan como asalariadas en empresas del sector privado y como empleadoras, aún en su condición de PPJ, trabajan largas jornadas: 45,2 y 46,3 horas semanales, respectivamente, si son hombres, y 41,6 y 47,1 horas si son mujeres. Al volverse PPI, naturalmente, el compromiso laboral de estas personas trabajadoras se reduce sustancialmente. Por el contrario, tienden a trabajar menos horas semanales las personas trabajadoras por cuenta propia y siendo familiares sin remuneración, tanto hombres como

mujeres, al igual que las jornaleras mujeres. Se destaca cómo en cualquier condición ocupacional y grupo de edad las mujeres trabajan menos horas semanales promedio que los hombres.

Tabla 6. Población activa, PPJ y PPI según categoría ocupacional y sexo. Horas semanales promedio trabajadas. Total nacional. Año 2023, promedio anual

Categoría ocupacional	Hombres			Mujeres		
	18 a 61 años	62 a 74 años	75 años o más	18 a 56 años	57 a 74 años	75 años o más
Total	46	41,2	35,9	40,1	34,9	29,5
Personas asalariadas del sector privado	47,6	45,2	41,6	44,4	41,6	36,6
Personas asalariadas del sector público	46,1	40,7	46,5	39,9	37,3	39,9
Personas empleadas domésticas	47	40,3	41,7	40,5	38,5	40,6
Personas trabajadoras por cuenta propia	44	39,9	35,6	34,9	31,8	28,8
Personas empleadoras	50,6	46,3	35,1	47,5	47,1	28
Personas trabajadoras familiares sin remuneración	33,1	28,1	26,4	27,6	28	25,4
Personas jornaleras	46,6	42,5	36,9	34,5	-	-

Fuente: DANE – GEIH (factor expansión censo 2018).

5.3. Acceso a jubilaciones, trabajo e ingresos de la población adulta mayor

Se ha visto cómo solo una minoría de las personas ocupadas en edad activa —el 43,5%— cotiza para sus pensiones. Con años de rezagos, esto es causa de la baja cobertura pensional para la población adulta mayor: apenas el 28,9% de los hombres

mayores de 62 años y el 21,8% de las mujeres mayores de 57 años han declarado recibir una pensión (contributiva) en 2023.

Ante este panorama, es interesante investigar cómo se articula, para la población que ha superado la edad de jubilación, el hecho de recibir, o no, una pensión con su participación en el mercado de trabajo. Con tal propósito, a continuación, se relaciona la situación de este grupo etario con respecto al trabajo y al acceso a pensiones, y para ello se distinguen cuatro grupos: quienes trabajan y simultáneamente cobran una pensión (contributiva), quienes trabajan y no devengan una pensión, quienes no trabajan y perciben una pensión y, finalmente, quienes no trabajan y no reciben una mesada pensional (tabla 7).

De las personas ya en edad de jubilación (edad diferenciada por sexo, desde los 62 años para hombres y los 57 para las mujeres), la mayoría, el 48,5% en 2023, no trabajaba ni recibía una pensión, ya fuera de vejez, invalidez o sobrevivencia. Esta situación era marcadamente diferente según el género: el 57,1% de las mujeres no trabajaba ni recibía ingresos pensionales, frente a un 33,7% de los hombres.

El segundo grupo por importancia es constituido por las personas que se declaran ocupadas y no devengan ingresos jubilatorios. Representaban el 27,1% de la población total potencialmente jubilada y, particularmente, el 37,3% del total de los hombres y el 21,1% del total de las mujeres.

Las personas adultas mayores que se retiraron de la vida activa y disfrutaban de una pensión constituyen el 20,9% de la población total que ha pasado la edad de jubilación, el 24% de los hombres y el 19,1% de las mujeres.

Finalmente, el grupo de personas adultas mayores que trabajaba y al mismo tiempo recibe una pensión es el de menor peso relativo: 3,5% para el total de las personas que han cumplido la edad de jubilación y 4,9% y 2,7%, respectivamente, para hombres y mujeres.

Si el horizonte de análisis se restringe a las personas mayores de 75 años, los resultados se hacen aún más dramáticos. Disminuye el porcentaje de las personas que trabajan, independientemente de si devengan una pensión o no y, por el contrario, aumenta la proporción de las personas que no trabajan y reciben una pensión —de 20,9% a 29,3%—, pero lo que se perfila especialmente preocupante es el notable incremento de las personas que no trabajan ni tienen una pensión, de 48,5% a 60,4%. Se trata de 1,255 millones de personas, la mayoría de las cuales son mujeres.

Tabla 7. Población adulta mayor según condición de trabajo y acceso a pensión contributiva y según sexo. Total nacional. Año 2023, promedio anual

Condición de trabajo y acceso a pensión		Hombres de 62 años y más	Mujeres de 57 años y más	Total	Hombres de 75 años o más	Mujeres de 75 años o más	Total
		18 a 61 años	62 a 74 años	75 años o más	18 a 56 años	57 a 74 años	75 años o más
Total	Personas	2.985.800	5.121.841	8.107.641	883.371	1.197.123	2.080.494
	% Personas	100	100	100	100	100	100
No trabaja y no recibe pensión	Personas	1.007.064	2.924.625	3.931.689	443.301	812.463	1.255.764
	% Personas	33,7	57,1	48,5	50,18	67,9	60,4
No trabaja y recibe pensión	Personas	716.707	977.285	1.693.992	287.373	322.009	609.382
	% Personas	24,0	19,1	20,9	32,53	26,9	29,3
Trabaja y no recibe pensión	Personas	1.114.862	1.081.965	2.196.827	133.393	54.151	187.544
	% Personas	37,3	21,1	27,1	15,1	4,5	9,0
Trabaja y recibe pensión	Personas	147.166	137.965	285.131	19.304	8.500	27.804
	% Personas	4,9	2,7	3,5	2,19	0,7	1,3

Fuente: ANE - GEIH (factor expansión censo 2018).

Los ingresos laborales y totales según la condición en el trabajo y el acceso a la pensión de la población potencialmente jubilada y la inactiva son reportados en la tabla 8.

Quien no trabaja ni recibe una pensión se encuentra en condiciones muy desventajosas. Se trata de casi 4 millones de personas, pero solo poco más de la mitad de ellas (el 55%) contestaron contar con ingresos diferentes de los laborales, los cuales, además, eran de un monto promedio muy por debajo de la línea de pobreza⁵⁶ y solo en un 48% de los casos comprendían el subsidio del programa asistencial Colombia Mayor.⁵⁷ Los restantes 1,7 millones de personas adultas mayores respondieron no tener ingresos de alguna otra fuente, por lo menos en el mes en que fueron entrevistados.

Por otro lado, quien se pensionó y retiró del mercado de trabajo cuenta con ingresos muy por encima de la línea de pobreza, superiores, en promedio, a los COP 2 millones mensuales, que además podemos asegurar que son estables en el tiempo. De hecho, en Colombia toda pensión —el componente principal de los ingresos totales de este grupo— debe ser, como mínimo, igual al salario mínimo vigente y, por tanto, se actualiza cada año con el incremento que se establece para este, el cual siempre es superior a la inflación percibida en el año inmediato transcurrido. Las pensiones superiores al salario mínimo están indexadas a la variación registrada en el año anterior por el índice de precios al consumidor.

Las personas que ya han alcanzado la edad legal de jubilación sin pensionarse y que siguen trabajando cuentan con ingresos mensuales promedios inferiores a las pensiones de sus coetáneos y coetáneas que no trabajan. Sus ingresos laborales, además, se acercan al valor del salario mínimo mensual

⁵⁶ En 2023 la línea de pobreza fue de aproximadamente COP 449.000 mensuales.

⁵⁷ El programa Colombia Mayor entrega una pensión asistencial de COP 80.000 mensuales a las mujeres adultas mayores que cumplen los 54 años y a los hombres adultos mayores que cumplen los 59 si carecen de rentas o ingresos suficientes para subsistir.

mientras son PPJ, para luego caer muy por debajo de este salario al convertirse en PPI. Los ingresos no laborales de este grupo son muy bajos: en promedio van desde los COP 79.000 mensuales para la PPI de hombres y los COP 215.000 para la PPJ de mujeres. Lo cual hace prever una vida con dificultades económicas para los 2.2 millones de personas adultas mayores que al final de su vida productiva no lograrán completar los requisitos para pensionarse.

Finalmente, en cuanto a los ingresos laborales, las personas adultas mayores que son ya pensionadas y siguen en el mercado de trabajo reciben remuneraciones mucho más altas que las de sus coetáneas y coetáneos ocupados sin pensión. Además, estas personas que tienen pensión y trabajan no solo poseen ingresos laborales sustancialmente mayores que aquellas de su generación que trabajan y no cobran una pensión, sino que sus ingresos totales son aún mayores, en buena parte debido a las mesadas pensionales que reciben. Evidentemente, las personas integrantes de este grupo no van a quedar económicamente desprotegidas una vez decidan abandonar el mercado laboral.

Tabla 8. Ingresos mensuales* promedio en pesos de 2023 de la población potencialmente jubilada e inactiva según sexo y condición de trabajo y acceso a pensión contributiva. Total nacional. Año 2023, promedio anual

Condición de trabajo y acceso a pensión	Ingresos promedios	Hombres de 62 a 74 años	Hombres de 75 años o más	Mujeres de 57 a 74 años	Mujeres de 75 años o más
No trabaja y no recibe ingresos de pensión	Laborales	-	-	-	-
	Totales	340.410	314.778	260.371	284.462
No trabaja y recibe ingresos de pensión	Laborales	-	-	-	-
	Totales	2.327.961	2.400.440	2.114.856	2.028.324
Trabaja y no recibe ingresos de pensión	Laborales	1.135.925	659.261	1.062.820	453.075
	Totales	1.257.360	737.790	1.277.638	596,04
Trabaja y recibe ingresos de pensión	Laborales	2.836,89	2.093.120	2.434.388	604.460
	Totales	5.601.145	4.334.521	4.833.811	2.621.308

*Ingresos sin corrección por omisión e imputación por falsos cero y valores extremos.

Fuente: DANE - GEIH (factor expansión censo 2018).

Como se puede deducir de la tabla 7, el 71,1% de los adultos mayores hombres y el 78,2% de las adultas mayores mujeres no recibió una pensión en 2023. Si bien algunas de estas personas siguen trabajando y otras pueden contar con activos que les proporcionan ingresos o son personas beneficiarias de subsidios, estas cifras nos permiten anticipar que un buen número de personas adultas mayores está en la pobreza (ver tabla 9).

En efecto, para el 34% de los hombres mayores de 62 años y el 55% de las mujeres mayores de 57 los ingresos mensuales no alcanzaron para comprar una canasta básica de bienes y servicios representada por la línea de pobreza. Esto los hace un grupo mucho más vulnerable a ser pobre que el resto de la población. En comparación, por ejemplo, en 2023 el promedio de pobres en edad activa fue del 22,2% para los hombres y del 46,7% para las mujeres.

Asimismo, la tabla 9 muestra que si bien al aumentar la edad aumenta la cobertura pensional pasiva (un menor número de personas no tiene pensión), al mismo tiempo sube la incidencia de la pobreza entre las personas adultas mayores. Así, el paso de PPJ a PPI representa un incremento de la pobreza del 29,1% al 45,7% en el caso de los hombres y del 53,7% al 59% en el caso de las mujeres.

Finalmente, algunas familias tienen estrategias solidarias que protegen a sus personas adultas mayores de caer en situación de pobreza. Si relacionamos la pobreza, no a las personas sino a los hogares donde residen, la proporción de gente adulta mayor sin ingresos jubilatorios que es pobre disminuye: a 31,5% en el caso de los hombres mayores de 62 años y a 46,3% en el caso de las mujeres mayores de 57 años.

Tabla 9. Población adulta mayor según condición jubilatoria, pobreza y sexo. Total nacional. Año 2023, promedio anual

Condición jubilatoria y pobreza	Hombres			Mujeres		
	PPJ	PPI	De 62 años y más	PPJ	PPI	De 57 años y más
Sin pensión	73,5	65,3	71,1	80	72,4	78,2
Sin pensión y pobre	29,1	45,7	34	53,7	59	55
Sin pensión y vive en un hogar pobre	26,8	42,4	31,5	45	50,4	46,3

Fuente: DANE - GEIH (factor expansión censo 2018).

Es evidente, entonces, que la vejez en Colombia se relaciona con una falta de ingresos personales. Como hemos visto, el 47,3% de las personas adultas mayores, mujeres y hombres, son pobres. Esta situación se agrava con la edad y con el hecho de ser mujer.

Los bajos ingresos son la causa, aunque no la única, de la elevada proporción de personas adultas mayores que siguen activas

en el mercado de trabajo en Colombia.⁵⁸ La tabla 10 compara la tasa de participación de las personas de 65 y más años en Colombia con la de varios países europeos de mayores ingresos y cuyos sistemas pensionales se caracterizan por ser prácticamente universales. Las diferencias son notables y muestran a Colombia con una tasa mucho más alta, hasta cinco veces más alta que la de Francia, España, Italia y Bélgica por ejemplo. La tasa de participación colombiana es también superior en varios puntos porcentuales a la de Argentina y Chile.

Tabla 10. Tasa de participación de la población de 65 años y más. Países seleccionados. Año 2022

País	Tasa participación	País	Tasa participación	País	Tasa participación
Alemania	8,5	España	3,5	Colombia	24
Bélgica	3,2	Italia	5,1	Argentina	14,7
Dinamarca	10,4	Países Bajos	11	Chile	19,6
Finlandia	13,7	Reino Unido	11,1	-	-
Francia	4	Suiza	10,3	-	-

Fuente: OECD (2022).

5.4. Urbano vs. rural

La gran mayoría de la población adulta mayor reside en centros urbanos, casi un 80% tanto de la PPJ como de la PPI

⁵⁸ Según la CEPAL (2018), en el caso de ocho países latinoamericanos, incluida Colombia: “Al comparar los países según la tasa de ocupación de las personas mayores y la cobertura de los sistemas de pensiones contributivas, se observa una clara relación negativa... Este resultado subraya la predominancia en la región... de la falta de otras fuentes de ingresos, especialmente de pensiones, que obliga a muchas [personas] —probablemente en la mayoría de los casos en contra de sus preferencias— a trabajar más allá de la edad legal de jubilación”.

(ver tabla 11). En el campo, sin embargo, una mayor proporción de personas adultas mayores trabaja y las personas ancianas desocupadas son muy pocas. Así, en 2023, mientras la tasa de ocupación urbana de la PPJ fue de 35,5% y la de la PPI fue de 7,9%, en el campo estas mismas tasas fueron de 45,8% y 19,1%, respectivamente. En las áreas rurales el desempleo es casi inexistente: 3% de la fuerza laboral de la PPJ y 1,1% de la fuerza laboral de la PPI. En las ciudades la tasa de desempleo para estos dos grupos fue de 7% y 3,7%, respectivamente.

Tabla 11. PA, PPJ y PPI. Principales indicadores del mercado laboral según dominio territorial. Total nacional. Año 2023, promedio anual

	Áreas urbanas			Áreas rurales		
	PA	PPJ	PPI	PA	PPJ	PPI
Población total	22.884.366	4.773.006	1.628.203	6.059.584	1.254.141	452.291
Población en edad de trabajar	22.884.366	4.773.006	1.628.203	6.059.584	1.254.141	452.291
Fuerza laboral	18.121.493	1.819.142	134.102	4.322.991	592.201	87.215
Población ocupada	16.086.834	1.692.202	129.119	3.977.916	574.409	86.229
Población desocupada	2.034.659	126.940	4.983	345.075	17.791	987
% Población total	79,1	79,2	78,3	20,9	20,8	21,7
% Población en edad de trabajar	79,1	79,2	78,3	20,9	20,8	21,7
Tasa global de participación	79,2	38,1	8,2	71,3	47,2	19,3
Tasa de ocupación	70,3	35,5	7,9	65,6	45,8	19,1
Tasa de desempleo	11,2	7	3,7	8	3	1,1

Fuente: DANE - GEIH (factor expansión censo 2018).

Una característica sobresaliente del empleo rural es la alta informalidad que alcanza: el 82,2% de las personas trabajadoras

activas y suma el 91,2% entre la PPJ y el 97,1% entre la PPI (tabla 12). De ahí que la tasa de cotización del sistema pensional sea de apenas el 18% de la PA, frente al 54,5% de las personas trabajadoras en edad activa que residen en las ciudades.

Asimismo, las personas pensionadas son apenas el 7,7% de la PPJ y el 9,3% de la PPI; en las ciudades el porcentaje de personas pensionadas por lo menos triplica estos valores.

Por su lado, los ingresos laborales promedio en el campo son muy bajos, largamente inferiores al salario mínimo. Lo anterior contrasta con el monto de las mesadas de aquellas personas residentes que logran pensionarse, que, al contrario, se ubica bastante por encima de este valor. De lo anterior se deduce que las pocas personas trabajadoras que cotizan regularmente en el sistema pensional en las zonas rurales son también personas trabajadoras de más altos ingresos, mayores al salario mínimo legal.

	Áreas urbanas			Áreas rurales		
	PA	PPJ	PPI	PA	PPJ	PPI
Tasa de informalidad	46,4	68	82,8	82,2	91,2	97,1
Tasa de cotización a pensiones	54,5	22,7	3,9	17,9	6,2	0,4
Promedio de ingreso laboral	1.831.063	1.465.161	906.018	888.139	683.641	472.695
Cobertura de pensión	1,3	26,1	36,6	0,5	7,7	9,3
Promedio de pensión	1.981.180	2.082.326	2.084.953	1.535.043	1.947.748	1.800.203

Tabla 12. PA, PPJ y PPI. Principales indicadores socioeconómicos según dominio territorial. Total nacional. Año 2023, promedio anual

Fuente: DANE - GEIH (factor expansión censo 2018).

5.5. Resumen y conclusiones

La conclusión principal que se deriva de este capítulo es la gran influencia que ejerce la informalidad laboral sobre la protección económica y la participación laboral de la población adulta mayor en Colombia. En efecto, la informalidad laboral y los inestables y reducidos ingresos que la caracterizan son la causa principal de la baja afiliación al sistema pensional por parte de las personas trabajadoras durante su vida activa. Esto, a su turno, se convierte en una baja cobertura pensional y la consecuente falta de ingresos personales en la vejez obliga a permanecer en el mercado laboral más allá de la edad de retiro establecida por la ley, en la gran mayoría de los casos en condiciones de informalidad.

En Colombia, casi un tercio de la población que ha alcanzado la edad legal de jubilación sigue en el mercado de trabajo, un porcentaje elevado según estándares internacionales. En particular, las personas adultas mayores se ocupan predominantemente como informales y personas trabajadoras independientes en actividades comerciales y agrícolas —si son hombres— o de hostelería y de servicios personales —si son mujeres—. Además, laboran menos horas. En promedio, sus remuneraciones son más bajas que las de las demás personas ocupadas e incluso lo son sus pensiones con respecto a las de sus coetáneos y coetáneas ya retiradas.

Por otro lado, casi un 50% de las personas adultas mayores colombianas no devenga una pensión contributiva y tampoco trabaja. Esto les hace un grupo mucho más propenso a ser pobre con respecto al resto de la población. Tampoco existen programas asistenciales que permitan rescatar de la pobreza las personas adultas mayores sin ingresos. Colombia Mayor tiene una cobertura limitada y el

subsidio que entrega está por debajo de la línea de pobreza e, incluso, de la indigencia y, por tanto, debe considerarse insuficiente bajo cualquier estándar.

Este análisis ha mostrado, además, que las condiciones socioeconómicas de las personas adultas mayores son más precarias entre las mujeres y las personas que residen en las zonas rurales.

6. Población mayor y el acceso a la salud

■ Miguel Uprimny⁵⁹

■ Resumen

En los últimos años, Colombia ha experimentado importantes retos relacionados con la transición demográfica y el aumento de la longevidad de su población. Esta situación ha generado un incremento en la demanda de los servicios de salud. Además, la diversidad regional y las disparidades entre áreas urbanas y rurales han agudizado este fenómeno.

El siguiente capítulo muestra un panorama del sistema de salud en Colombia, con énfasis en los recursos disponibles y el acceso efectivo a los servicios de salud para la población mayor desde el enfoque de vida entera. El estudio considera aspectos como institucionalidad, cobertura, acceso, financiamiento, calidad, capacidad instalada y talento humano para conocer la situación actual del sistema de salud en Colombia, reconocer sus principales retos en el presente e identificar las necesidades futuras de la población mayor.

⁵⁹ Médico y cirujano, especialista en Pediatría por la Pontificia Universidad Javeriana, en Gerencia de la Salud Pública por la Universidad del Rosario y en Gerencia en Salud para Personas Mayores, CIESS – ALMA – OPS.

A lo largo de este documento se evaluarán los principales indicadores en materia de salud en Colombia con respecto a otros países y a nivel nacional, entre departamentos y regiones. Los resultados obtenidos permitirán señalar alertas en el sistema de salud en cuanto al acceso, disponibilidad y atención médica para la población mayor en el país.

6.1. Introducción

El acceso a la salud es un componente fundamental dentro de la conceptualización de una protección integral a la población mayor. La salud como derecho se ha consagrado en el marco de los derechos humanos, particularmente en el artículo 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, así como en otros instrumentos internacionales como el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce en su artículo 12 “El derecho al disfrute del más alto nivel de salud física y mental”. De manera particular, la población mayor constituye un segmento de la población especialmente sujeto a riesgos de salud inherentes a la etapa del ciclo vital en el que se encuentra, asociados con el tratamiento de enfermedades agudas y con la prevención y el tratamiento de enfermedades crónicas. La transición demográfica implicará una presión sobre los sistemas de salud en la medida en la que la demanda por más servicios aumente a la par de la edad y esta demanda se prolongue al aumentar también la longevidad.

En Colombia, la Constitución Política de 1991 estableció el derecho de toda la ciudadanía a la atención a la salud como un servicio público, prestado bajo la organización, supervisión y control del Estado. El sistema de salud colombiano experimentó una transformación significativa en 1993 con la reforma introducida por la Ley 100, en el marco del Sistema

de Seguridad Social Integral, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La Ley 100 de 1993 supuso una transformación completa del modelo de salud⁶⁰ de Colombia, desarrollando un extenso conjunto normativo⁶¹ al que se le han sumado pronunciamientos de la Corte Constitucional⁶² que lo han hecho evolucionar hacia un seguro universal, en el marco del derecho fundamental a la salud y el rescate de la salud pública, que fue inicialmente minimizada por esta reforma. La Ley 100 ha sido fundamental para la expansión de la cobertura de salud, que ha alcanzado al 95% de la población.

El objetivo de este capítulo es hacer una aproximación al sistema de salud colombiano en función de la disposición de los recursos y el acceso efectivo de las personas adultas mayores a la prestación de los servicios de salud, desde una perspectiva de vida entera. Esto se realiza comparando los indicadores del sistema de salud de Colombia de los que se disponga información con referentes de otros países con niveles de desarrollo similar o superior. Para esto, se analizan temas de cobertura, acceso, capacidad instalada, calidad e institucionalidad del sistema de salud colombiano, con el fin de hacer un análisis de los retos que enfrenta el sistema para brindar un acceso efectivo y de calidad a la población adulta mayor.

Para este fin, se utilizan indicadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Esta aproximación permitirá conocer aquellos aspectos en los que se

⁶⁰ Pluralismo estructurado que rige.

⁶¹ Las principales son: Ley 1122/2007, Ley 1438/2011, Ley Estatutaria de Salud 1753 de 2015.

⁶² A través de la sentencia T-760/08 y su sala de seguimiento, y la sentencia C-313/2015 de la Ley estatutaria

tendrá que pensar si se busca atender las necesidades futuras de una creciente población de mayor edad.

Cabe mencionar que el análisis que a continuación se presenta no se trata de un diagnóstico de la situación de salud de las personas mayores, sino que ofrece una panorámica del acceso efectivo a los servicios de salud a partir de la evaluación de los indicadores más relevantes de los que se tiene información. Este análisis, cuando la información lo permite, se presenta a nivel de departamentos, lo que facilita la comparación de las diferencias regionales que existen en cuanto al acceso a los servicios de salud.

6.2. Estructura, cobertura y financiamiento del sistema de salud

6.2.1. Estructura

El sistema de salud colombiano está compuesto por un gran sector de seguridad social y otro más pequeño privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que cuenta con dos regímenes de aseguramiento obligatorio: el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS). La afiliación al RC está pensada para aquellas personas (ya sea trabajadoras asalariadas, trabajadoras independientes o pensionadas) que cuentan con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo y el RS afilia a las personas sin capacidad de aportar al sistema. La tabla 1 describe las características en cuanto a cobertura, financiamiento, administración y tipo de prestaciones del RC y RS. Existe, además, un tercer grupo de regímenes especiales y de excepción, en el que se encuentran las fuerzas militares, la policía nacional, el magisterio, Ecopetrol, las universidades públicas y el Banco de la República.

Tabla 1. Características de los regímenes de salud colombianos

	Régimen contributivo	Régimen subsidiado
Población objetivo	Dirigido a personas con capacidad de pago.	Dirigido a la población sin capacidad de pago identificada a través del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBÉN) ⁶³ o listado censal.
Financiamiento ⁶⁴	Financiado con cotizaciones y cuotas moderadoras, y recursos del Presupuesto Nacional (PN). Hoy hacen bolsa común en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).	La financiación de la cotización es subsidiada con recursos sociales o de solidaridad y del PN. Hoy hacen bolsa común en la ADRES.
Administración	Administrado por Entidades Promotoras de Salud (EPS). ⁶⁵	Administrado por EPS.
Prestaciones	Otorga prestaciones asistenciales y económicas.	Otorga solo prestaciones asistenciales pero un plan que se asimila al del contributivo.
Regulación	Normas.	Normas especiales frente a ET y ESS.

Fuente: elaboración propia.

La afiliación al sistema es obligatoria para todas las personas residentes del país y se hace a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), que pueden ser públicas o privadas. El sistema tiene una alta especialización de sus funciones,

⁶³ Es una encuesta que permite conocer las condiciones socioeconómicas de los hogares y los clasifica por su capacidad para generar ingresos y calidad de vida. Se utiliza desde 1997 para focalizar el gasto social hacia las personas más pobres y vulnerables.

⁶⁴ El financiamiento, aunque indica una diferenciación en las fuentes, en realidad se mecaniza hoy a través de ADRES.

⁶⁵ Persisten las denominaciones de EPS RC y EPS RS, sin embargo, las que operan tienen la obligación de gestionar los dos regímenes.

es de competencia regulada, con participación de agentes públicos, privados y mixtos, tanto como aseguradores, prestadores y logísticos.⁶⁶ El gobierno tiene las funciones de dirección y regulación a través del Ministerio de Salud y de inspección, vigilancia y control (IVC) a través de la Superintendencia de Salud (SUPERSALUD) y del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Es un sistema que se constituye a través de un derecho fundamental autónomo.

Es un sistema *sui generis* porque, aunque se comporta como público, por su financiación y regulación con operadores EPS y prestadores públicos, privados y mixtos, mantiene elementos muy importantes del ámbito privado, tales como la eficiencia administrativa, la competencia regulada y, en general, las formas de contratación y relacionamiento de participantes del sistema muy evolucionados. Los cambios y su construcción requirieron una buena cantidad de leyes, innumerables decretos, recopilados en el Decreto Único de Salud, y una enorme cantidad de resoluciones y circulares.⁶⁷

Actualmente, el sistema de salud se comporta como un seguro nacional de salud⁶⁸ universal que solo reconoce a la persona mayor como una persona ciudadana más del sistema que consume más servicios. Por ello, ajusta la prima denominada

⁶⁶ El pluralismo estructurado de la reforma colombiana de los años 1990, que incorporó los principios de la competencia regulada (Agudelo et. al, 2011). En este modelo se buscó organizar la segmentación creando un sistema de seguros públicos y privados diferenciados por grupo poblacional conforme al ingreso, con separación de funciones de conducción, aseguramiento y prestación. El Estado asume el papel de conducción y regulación. Aseguradoras privadas o públicas en competencia asumen las funciones de aseguramiento y compra de servicios (Giovannella, et al., 2012).

⁶⁷ Algunas de ellas requieren ser actualizadas cada año, como las del Plan de beneficios y la UPC.

⁶⁸ Transición hacia esquemas de salud públicos universales, experiencia comparada de la implementación de Seguros Nacionales de Salud: 1) afiliación universal: derecho de la ciudadanía, independientemente de su capacidad de contribuir; financiamiento público; 2) fondo único de riesgo: financiador único y participación de actores públicos y privados. Ver Cuadrado, C. (s.f.).

“Unidad de Pago por Capitación (UPC)” por edad, sin ninguna otra orientación.

Los servicios de salud en Colombia se financian con contribuciones de las persona trabajadoras asalariadas e independientes afiliadas a las EPS, con aportaciones del Estado y con contribuciones de las entidades empleadoras. Las contribuciones son gestionadas por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), que las redistribuye a las EPS con base en el número de personas afiliadas. Con la ADRES se logró la unificación en una sola bolsa para lo asistencial, a pesar de las diversas fuentes en múltiples niveles. Las EPS, a su vez, pagan los servicios a las IPS utilizando diferentes criterios: retrospectivo por evento, prospectivo por diagnóstico y por capitación para ciertos servicios.

6.2.2. Financiamiento

Las fuentes de financiación han evolucionado en el sistema, dentro de las cuales se han vuelto cada vez más importantes las del orden nacional, a través de impuestos generales. En la tabla 2 se muestran las fuentes generales más importantes (Granger et al., 2023).

Tabla 2. Fuentes del sistema de salud en Colombia, 2022

Fuentes	Del PIB	En pesos del 2021	Porcentaje en pesos del 2021
1. Contribuciones	1,85	23.977	35,7%
2. Transferencias totales	3,02	39.112	58,2%
a) Nación	2,61	33.760	50,2%
b) Entidades territoriales	0,16	2.077	3,1%
c) Otras transferencias	0,25	3.128	4,7%

3. Otros ingresos	0,32	4.955	7,4%
Total	5,2	67.235	-

Fuente: elaboración propia con base en información del Banco de la República, Colombia (2023) sobre los usos y fuentes del financiamiento del sistema de salud.

6.2.3. Cobertura

La cobertura poblacional del sistema de salud es técnicamente universal. En abril de 2024 se encontraban afiliadas al sistema 51,9 millones de personas, lo que significa un nivel de cobertura con respecto a la población total del 98,6%. Del total de personas afiliadas, el 44,7% se encontraba en el régimen contributivo, el 51% en el régimen subsidiado y el 4,3% en el régimen de excepción. La tabla 3 muestra que de 2022 a 2023 el número de personas afiliadas al régimen subsidiado aumentó,⁶⁹ lo que puede obedecer, entre otras causas, a un empobrecimiento de la población o a la pérdida de la capacidad de pago. En Colombia, la proporción de personas que están afiliadas a un Plan Voluntario de Salud⁷⁰ es de solo el 5%.

Tabla 3. Cobertura poblacional del sistema de salud, 2024

Personas afiliadas	Diciembre 2022	Diciembre 2023	Abril 2024
Régimen contributivo	23.527.972,00	23.467.303,00	23.206.995,00
Régimen subsidiado	25.672.278,00	26.174.133,00	26.452.808,00
Excepción y especiales	2.222.664,00	2.219.895,00	2.212.401,00
Personas afiliadas totales	51.422.914,00	51.861.331,00	51.872.204,00
Población DANE	51.881.908	52.422.921	52.615.877
Cobertura del sistema de salud	99,12%	98,93%	98,59%

Fuente: elaboración propia con información del Ministerio de Salud y Protección Social (2024).

⁶⁹ Hace 10 años la proporción de RC superaba al RS.
⁷⁰ Los Planes Voluntarios de Salud incluyen los seguros de pólizas de seguros, la medicina prepagada y los planes complementarios al sistema de salud.

La distribución etaria de las personas afiliadas al régimen contributivo y al subsidiado se muestra en la tabla 4. De acuerdo con los datos, un 16,4% de la población mayor de 60 años, que equivale a más de 8,5 millones de personas, está afiliada a él. En las próximas décadas, esta proporción de población mayor afiliada será superior a medida que la población envejezca.

Tabla 4. Personas afiliadas al sistema de salud por grupos de edad, 2024

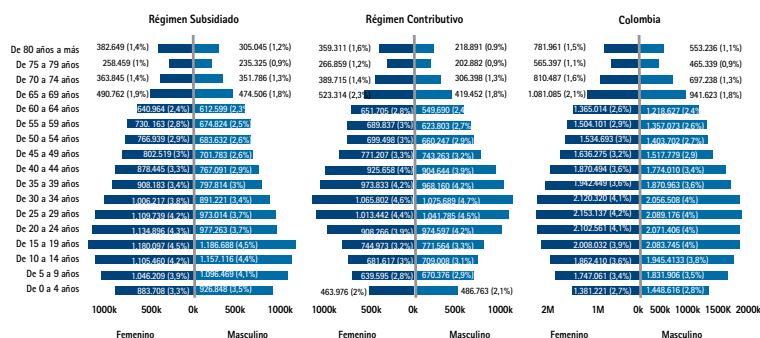
Edad	Femenino	Masculino	Total	Porcentaje
De 80 años o más	784.484	554.985	1.339.469	3%
De 75 a 79 años	568.237	467.477	1.035.714	2%
De 70 a 74 años	814.244	700.763	1.515.007	3%
De 65 a 69 años	1.085.536	945.307	2.030.843	4%
De 60 a 64 años	1.369.489	1.221.944	2.591.433	5%
De 55 a 59 años	1.506.092	1.358.376	2.864.468	6%
De 50 a 54 años	1.536.252	1.404.491	2.940.743	6%
De 45 a 49 años	1.642.749	1.523.291	3.166.040	6%
De 40 a 44 años	1.874.170	1.777.087	3.651.257	7%
De 35 a 39 años	1.947.203	1.874.825	3.822.028	7%
De 30 a 34 años	2.125.938	2.060.457	4.186.395	8%
De 25 a 29 años	2.153.663	2.088.025	4.241.688	8%
De 20 a 24 años	2.101.804	2.074.621	4.176.425	8%
De 15 a 19 años	2.009.886	2.085.330	4.095.216	8%
De 10 a 14 años	1.862.785	1.945.682	3.808.467	7%
De 05 a 09 años	1.746.519	1.831.088	3.577.607	7%
De 0 a 4 años	1.377.871	1.445.112	2.822.983	5%
Total	26.506.922	25.358.861	51.872.204	100%

Fuente: elaboración propia con información del Ministerio de Salud y Protección Social (2024).

Como se expuso en el capítulo 2 —que describe los aspectos demográficos para Colombia— de este estudio, este crecimiento será rápido y se prevé que en 2030 este grupo poblacional represente el 17,7% de la población total y en 2060 represente casi el 33,1% de la misma. Este porcentaje, en términos absolutos, corresponderá a 56,5 millones de personas adultas mayores, lo que implicará un incremento en servicios de salud asociados con las enfermedades características del envejecimiento, las cuales se describen más adelante.

Una mayor proporción de la población mayor de 60 años se encuentra afiliada al régimen subsidiado. Esto se observa claramente en el gráfico 1, que muestra la estimación poblacional en 2024 para Colombia y para los regímenes contributivo y subsidiado. La forma de la figura en el régimen subsidiado es de tipo piramidal, lo que indica una mayor proporción de personas mayores de 60 años afiliadas a él.

Gráfico 1. Estructura poblacional comparada: RS, RC y Colombia, abril 2024



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2024). Cifras de aseguramiento en salud, corte: abril 2024.

La cobertura de salud en Colombia es relativamente buena si se compara con los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), países con un

nivel de desarrollo elevado que les ha permitido contar con sistemas de salud avanzados. En la tabla 5 se muestra que para 2023 el porcentaje de población cubierta por el sistema de salud fue del 95%. Este porcentaje se encontraba muy cerca del promedio, que fue del 98%, y muy por encima del país con el peor resultado de la OCDE, que fue de 72%. Cabe destacar que, de acuerdo con los datos del Ministerio de Salud y Protección Social, la mayoría de las personas en Colombia no buscan un seguro de salud adicional, solo el 5% de la población cuenta con un seguro de salud privado. El sistema permite tener planes adicionales financiados por la persona ciudadana, denominados planes complementarios, medicina prepagada y seguros privados; los adquieren casi 2,8 millones de personas (MINSALUD, 2022). En cuanto a la cobertura de afiliación de las pólizas de seguros privados y la medicina prepagada, el número de usuarias y usuarios se ha mantenido en el tiempo prácticamente sin crecimiento o con uno muy leve. Sin embargo, los planes complementarios sí han tenido un crecimiento importante: del 0,3% al 2%, de menos de 150.000 personas a más de un millón en 6 años, entre 2016 y 2022 (MINSALUD, 2022).

Tabla 5: Cobertura poblacional comparada con la OCDE, 2023

Protección	OCDE	Mejor	Peor	Colombia
Cobertura poblacional	98	100	72	95
Población cubierta por un seguro de salud privado voluntario por tipo de seguro, 2021 y 2011	28	98	2	5

Nota: los datos de Colombia han sido agregados por el autor.

Fuente: elaboración propia con base en OCDE (2023). *Informe Panorama de la Salud 2023*.

La afiliación es uno de los procesos necesarios y obligatorios que ha logrado desarrollarse bien en el país con los mecanismos existentes y que hoy permiten de manera fácil a la

persona ciudadana y a las entidades promotoras de salud llevar a cabo tal adhesión, eliminando prácticamente todas las barreras para dicho fin. Sin embargo, aún persisten restricciones para la población inmigrante que no cuenta con un documento de identidad. Este proceso tiene una base de datos administrativa muy importante, el Registro Único de Afiliados (RUAF) incorporado al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), que se actualiza continuamente con las novedades de las personas aseguradas. Además de la información provista por el DANE, esta base de datos podría integrarse y utilizarse junto con el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBÉN) para todos los programas sociales.

6.3. Estado de salud de las personas mayores

El estado de salud de una persona mayor, entendido en el sentido amplio de su significado como su bienestar físico, mental y social, depende de ciertos determinantes, entre los que se encuentran el estilo de vida, la biología, el entorno y el sistema de salud. Este último, de acuerdo con Lalonde (1974), aporta al bienestar pleno de las personas, en el mejor de los casos, el 20% del total. Los denominados determinantes sociales de la salud,⁷¹ que influyen en el estado que de ésta tienen las personas mayores, son el resultado del transcurrir de la vida y tienen mucho que ver con la búsqueda del bienestar social y con la determinación de la mayoría de los procesos mórbidos.

La medición de la situación de salud de las personas es fundamental para el monitoreo y evaluación de los sistemas

⁷¹ Según la Ley Estatutaria 1751 de 2015, los determinantes sociales de salud son factores que influyen en la aparición de la enfermedad. Estos incluyen aspectos sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, educativos y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

que se encargan de ella. En adelante, para una aproximación al sistema de salud colombiano, se utilizarán indicadores de los que existe información disponible para Colombia y que son susceptibles de compararse internacionalmente. En la mayoría de los casos, se presentan comparaciones con los datos publicados en el *Informe Panorama de la Salud de 2021* de la OCDE. Se contrastan los resultados del país con el mejor y el peor promedio obtenido en los países de la OCDE, lo que permitirá tener una referencia sobre el desempeño con respecto a otros países con un alto nivel de desarrollo de sus sistemas de salud.

Los indicadores trazadores del estado de bienestar de la OCDE miden aspectos clave de la situación de salud de la población, como la esperanza de vida al nacer, la tasa de mortalidad medida bajo diferentes criterios de atención y algunas morbilidades específicas. La tabla 6 muestra que los resultados para Colombia se encuentran cercanos al promedio de los países de la OCDE, lo que podría interpretarse como un buen desempeño en términos del estado de salud del país.

Tabla 6. Indicadores trazadores de estado de salud comparativo OCDE, 2021

Estado de salud	OCDE	Mejor	Peor	Colombia
Esperanza de vida al nacer (años)	80,3	84,5	65,3	76,8
Evolución mortalidad ajustada - todas las causas - variación	2,9	-5,3	12,2	8,9
Principales causas (tasa E por 100.000)	923	587	1.893	1.211
Tasa de mortalidad evitable por prevención	158	83	435	223
Tasa de mortalidad evitable o tratamiento	79	39	257	105
Tasa de mortalidad por cáncer	202	126	286	166
Mortalidad por infarto y otras cardiopatías isquémicas	114	29	395	226

Mortalidad por ACV	61	33	266	73
Prevalencia de diabetes (tasa por 100.000)	7	3	16,9	8,3
Mortalidad materna 2020	10,9	1,7	126,8	74,8
Mortalidad infantil	4	1,6	27	16,3
Mortalidad por suicidio por 100.000 ⁷²	14	5	49,3	7

Fuente: elaboración propia con base en OCDE (2023). *Informe Panorama de la Salud 2023*.

Aunque los resultados del estado de salud de la población son positivos, estos no son homogéneos en la realidad de todo el país. A partir del análisis demográfico regional realizado en el capítulo 2, que mostraba la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil en los diferentes departamentos de Colombia, se observan variaciones importantes con respecto al promedio nacional y al promedio de la OCDE. Como ejemplo se menciona a Vaupés, Guainía y La Guajira, departamentos en los que la esperanza de vida se encuentra por debajo de los 70 años, cuando el promedio nacional es de 76,8 y el de la OCDE es de 80,3. Otros ejemplos de diferencias regionales son el de Quindío, Chocó, Guainía, Amazonas y Vaupés, en donde la mortalidad materna se ubica por encima de 200, muy por arriba del promedio nacional, de 74,8, y del promedio de la OCDE, que es de 10,9. Por su parte, la mortalidad infantil en Santander es de 7,9 y en Chocó es superior a 20, mientras que el promedio nacional es de 16,3 y el promedio de la OCDE es de 4. Estas cifras dan cuenta de la enorme diferencia en los resultados de salud a nivel regional.

Otro indicador que proporciona una perspectiva sobre la forma en la que los individuos perciben su propia salud es el

⁷² Valor aproximado.

indicador de percepción del estado de salud de la OCDE, que se muestra en la tabla 7. A pesar de su naturaleza subjetiva, este indicador se considera un predictor fiable de la mortalidad y de las futuras necesidades de atención médica (Palladino et al., 2016). Los resultados de Colombia en este indicador superan notablemente el promedio de la OCDE, tanto en la percepción de tener buena salud como en la de tener mala salud (OCDE, 2023).

Tabla 7. Indicadores trazadores de estado de salud, percepción,

Percepción del estado de salud	OCDE	Mejor	Peor	Colombia
Personas adultas que se consideran con mala o muy mala salud, 2021	7,9	1,3	14,1	1,3
Personas adultas que se consideran con salud buena o muy buena	69,8	88,3	36,6	80,4

Fuente: elaboración propia con base en OCDE (2023). *Informe Panorama de la Salud 2023*.

La esperanza de vida es un indicador que se utiliza para medir la efectividad de los resultados de los sistemas de salud. En el caso particular de la población adulta mayor, existe un indicador que es el de la esperanza de vida de las personas mayores de 65 años. La tabla 8 muestra de manera comparativa con los países de la OCDE la esperanza de vida de la población a los 65 años en Colombia, que es de 8,8 años. Este resultado es inferior al promedio de la OCDE, que es de 18 años. De la misma forma, la tabla muestra la esperanza de vida a los 80 años, la cual para Colombia es de 1,6 años, inferior al promedio de la OCDE, que es de 9,6 años. Estos resultados permiten inferir que existen áreas de oportunidad para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud, así como la gestión de enfermedades crónicas.

Resulta interesante notar que, a pesar de que el resultado en el indicador de esperanza de vida no fue tan alto como el promedio de la OCDE, el porcentaje de la población colombiana mayor de 65 años que tiene una percepción buena de su estado de salud sea de 55%, superior al promedio de la OCDE, que es de 46%. Sin embargo, este se encuentra muy por debajo del observado en Nueva Zelanda (90%) e inclusive 8 puntos abajo del mejor evaluado en América Latina, que es Costa Rica, con 63%. Esta percepción buena puede deberse al acceso que tiene la población mayor a los servicios básicos y la atención primaria, que ayuda a abordar problemas comunes de salud y a prevenir complicaciones graves.

Estado de salud	OCDE	Mejor	Peor	Colombia
Esperanza de vida a los 65 (años)	18	28,9	6,2	8,8
Esperanza de vida a los 80 años	9.5	4.8	0.9	1.6
Personas adultas de 65 años o más que reportan buena o muy buena salud	46	87	10	55
Demencia - estimación prevalencia - 2011-2021	22,1	4,9	43,7	13,2

Fuente: elaboración propia con base en OCDE (2023). *Informe Panorama de la Salud 2023*.

Por su parte, la estimación de prevalencia de demencia es baja y muy similar a la de los países de América Latina, y puede relacionarse con una esperanza de vida más baja.

Otro grupo de indicadores interesantes para el análisis son los indicadores trazadores de amenaza de la salud pública, que permiten evaluar y monitorear los riesgos y amenazas que pueden afectar la salud de la población a gran escala. Estos indicadores son cruciales para la vigilancia epidemiológica, la planificación de respuestas a emergencias y la formulación

de políticas de salud pública. La tabla 9 muestra uno de estos indicadores, que corresponde a la mortalidad por COVID-19; en este indicador Colombia aparece cercano al promedio de la OCDE, lo que puede leerse como que el sistema respondió de manera parecida a como lo hizo el promedio de los países.

Amenazas a la salud pública	OCDE	Mejor	Peor	Colombia
Mortalidad por covid 2020-2022	225	38	647	276

Tabla 9. Indicadores trazadores amenaza de la salud pública, mortalidad covid, comparativo

Fuente: elaboración propia con base en OCDE (2023). *Informe Panorama de la Salud 2023*.

6.3.1. Principales causas de mortalidad de las personas mayores

Las enfermedades características del envejecimiento son las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y los accidentes. La prevalencia de las enfermedades no transmisibles es característica de poblaciones en proceso de transición demográfica y epidemiológica. Estas son un grupo de afecciones crónicas que suelen ser de larga duración y progresión lenta, y son responsables de una alta proporción de la morbilidad y mortalidad en la población adulta mayor. El 87,6% de las causas de muerte de las personas mayores de 55 años en la región de América Latina y el Caribe se debió a este tipo de enfermedades; en el caso de Colombia, este porcentaje fue de 91,52% (tabla 10).

Tabla 10. Comparación con AL y países escogidos de muertes por tipo de causa de la población mayor de 55 años (en porcentaje), 2021

País	Enfermedades transmisibles	Enfermedades no transmisibles	Accidentes
América Latina y el Caribe (AL)	8,2	87,6	4,2
Colombia	4,88	91,52	3,6
Chile	6,31	89,9	3,79
Costa Rica	4,09	90,97	4,94
Cuba	7,78	86,11	6,11
Uruguay	6,43	89,41	4,16

Fuente: elaboración propia con base en CEPAL (2023). Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores.

Resulta importante para el análisis conocer los padecimientos que afectan a las personas mayores y las causas de muerte, para diseñar programas de prevención específicos y reducir la incidencia de enfermedades crónicas. En 2022, murieron en Colombia 208.047 personas mayores de 60 años, cifra que representó el 72% del total de los decesos, proporción que se ha mantenido en el tiempo. Las causas de los decesos en la vejez difieren con respecto a las de la población de 0 a 59 años, como se observa en la tabla 11. Las enfermedades cardiocerebrovasculares (ECCV) son la causa más importante de mortalidad (39%) de la población mayor de 60 años en Colombia, con una prevalencia de 26 puntos más que la proporción de la población de 0 a 59 años que muere por esa causa. Le sigue el cáncer, con un 17%; las enfermedades respiratorias, con un 12%; las enfermedades infecciosas, con el 7%, en las cuales el porcentaje de la población de 0 a 59 años es similar; las enfermedades digestivas, con el 6,6%; seguidas de las enfermedades del riñón, que representaron el 5%. La diferencia cualitativa del tipo de enfermedades que causan

los decesos entre estos dos grupos etarios se puede ver en el gráfico 2. Esta información es muy útil, debido a lo importante que es diseñar estrategias efectivas para identificar y priorizar los problemas de salud más urgentes. Esto facilita la asignación adecuada de recursos para la prevención y el tratamiento de enfermedades específicas y para mejorar la calidad de vida de la población mayor.

Tabla 11. Muertes totales de personas mayores comparado, mayores de 60 y población general, 2022

Causa agrupada	Más de 60 años	Porcentaje en su grupo	0 a 59 años	Porcentaje	Total	Porcentaje
Enfermedad es cardio cerebrovasculares (ECCV)	81.444	39	10.587	13	92.031	32
Cáncer	35.991	17	13.958	18	49.949	17
Enfermedades respiratorias	25.889	12	3.147	4	29.036	10
Enfermedades infecciosas	15.158	7	5.459	7	20.617	7
Enfermedades digestivas	11.606	6	2.893	4	14.499	5
Enfermedades del riñón y otras	9.520	5	1.909	2	11.429	4
Diabetes <i>mellitus</i>	7.328	4	1.375	2	8.703	3
Causa externa	6.771	3	27.764	35	34.535	12
Enfermedades SNC	5.570	3	2.370	3	7.940	3
Deficiencias nutricionales	3.857	2	1.346	2	5.203	2
Trastornos mentales y del comportamiento	1.660	1	147	0	1.807	1
Hematológico	894	0	510	1	1.404	0
RN y signos mal definidos	1	0	7.742	10	10.098	4

Fuente: elaboración propia con base en DANE (2022). Estadísticas vitales.

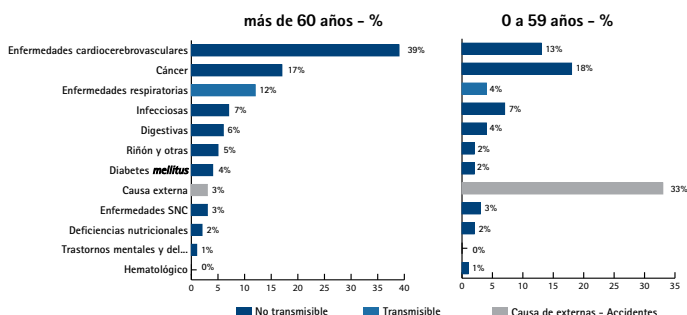


Gráfico 2. Mortalidad agrupada, mayores de 60 años y población de 0 a 59 años, 2022

Fuente: elaboración propia con base en DANE (2022). Estadísticas vitales.

6.3.2. Esperanza de vida sana y autonomía de la persona mayor

La esperanza de vida sana es una medida que estima el número promedio de años que una persona puede esperar vivir en buen estado de salud, sin enfermedades o discapacidades graves. De acuerdo con la CEPAL (2023, p. 100), Colombia, Perú y Costa Rica son los países en los que se observa la mejor expectativa de vida saludable si se nace dentro de los países de la región de ALC. Los valores máximos se observan en Perú y Colombia, con una esperanza de vida sana superior a los 69 años.

La OMS (2015) define el envejecimiento saludable como “El proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. El bienestar se considera en el sentido más amplio y abarca cuestiones como la felicidad, la satisfacción y la plena realización”. Este concepto va ligado al de la autonomía de la persona mayor, que implica la capacidad de tomar decisiones y realizar acciones

de manera independiente, desligando a la persona de la dependencia.

La Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) se creó con el objetivo de evaluar el estado de salud de las personas mayores en algunas ciudades de América Latina y el Caribe,⁷³ con el fin de proyectar las necesidades de salud de la región que pueden resultar del rápido crecimiento de la población adulta mayor. Los resultados de esta encuesta muestran que la independencia funcional se va perdiendo en la medida en que se envejece, como se observa en el gráfico 3. El grado de independencia en los hombres es en promedio del 85% y el de las mujeres es 10 puntos menor. La actividad con mayor necesidad de ayuda es el uso de transporte público (Ministerio del Trabajo y OISS, 2021).

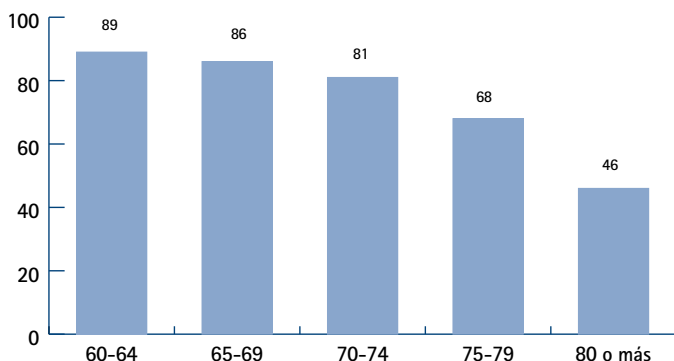


Gráfico 3. Niveles de independencia en actividades básicas de la vida diaria (escala de Barthel) por grupos de edad

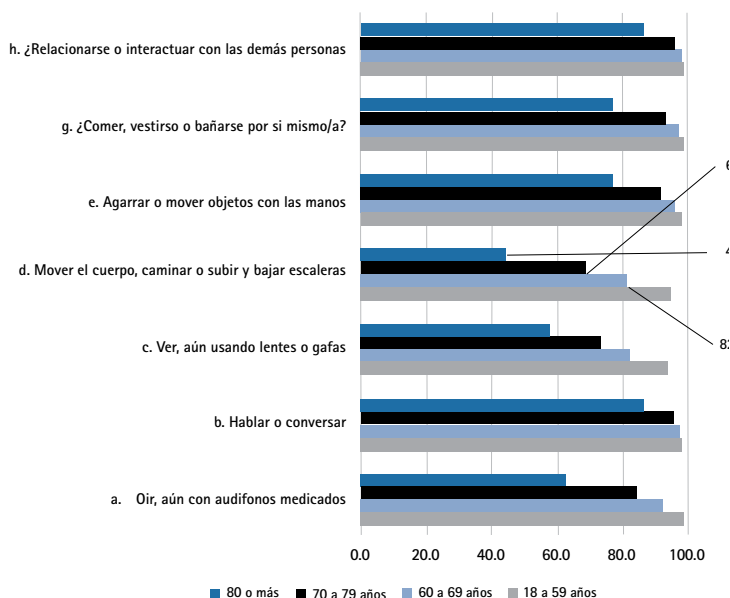
Fuente: elaboración propia con base en SABE (2015).

En Colombia, la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), que produce el DANE, incluye indicadores que dan cuenta de la autonomía de las personas mayores en las

⁷³ Buenos Aires, Argentina; Bridgetown, Barbados; La Habana, Cuba; Montevideo, Uruguay; Santiago, Chile; Ciudad de México, México y São Paulo, Brasil.

actividades de la vida diaria. El gráfico 4 muestra los datos del 2023, mismos que son muy similares a los de la encuesta SABE de 2015. El porcentaje en el indicador que muestra la independencia para mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras fue del 82% para la población de 60 a 69 años, del 68,9% para la población de 70 a 79 años y del 44,2% para los mayores de 80 años. Esta información es útil para prever la forma en que el avance de la edad puede conllevar una progresión de las discapacidades.

Gráfico 4. Autonomía de la persona mayor en las actividades básicas de la vida



diaria en Colombia, 2023

Fuente: elaboración propia con base en GEIH-DANE (2023), factor expansión censo 2018.

6.4. Beneficios del sistema de salud

El sistema de salud de Colombia tiene el mismo plan de beneficios independientemente del aporte al sistema. Las

EPS tienen bajo su responsabilidad la oferta, como mínimo, del Plan de Beneficios de Salud (PBS), que contempla un conjunto de servicios y tecnologías en salud que deben ser garantizados a todas las personas afiliadas al sistema de seguridad social en salud del país. Este plan asegura que todas las personas tengan acceso a un mínimo de servicios de salud necesarios para proteger y mejorar su bienestar, e incluye atención preventiva, curativa, urgencias, rehabilitación y medicamentos.

A partir de la expedición de la Ley Estatutaria 1751 de 2015,⁷⁴ que consagró la salud como derecho fundamental, se estableció que las personas afiliadas al sistema recibirían una atención integral que incluyera la prestación de servicios y tecnologías necesarias para la promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas, excepto aquellos que explícitamente fueran excluidos, y que están plenamente estipulados en la ley referida y que a continuación se mencionan:

- a) Procedimientos cosméticos o suntuarios no relacionados con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad, eficacia o eficacia clínica;
- c) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- d) Que se encuentren en fase de experimentación;
- e) Que tengan que ser prestados en el exterior.

⁷⁴ Ley Estatutaria 1751 de 2015, disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

En consecuencia, las personas afiliadas al sistema de salud, tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, tienen el derecho de recibir todos los medicamentos y procedimientos necesarios para la protección de su salud, a menos que se encuentren expresamente excluidos por las razones anteriormente mencionadas.

Por esta razón es que el sistema de salud, frente a las tecnologías en salud, se denomina de listado negativo, que significa que están incluidas todas las que están en el país, excepto las que explícitamente, a través del procedimiento dispuesto por el Ministerio de Salud, hayan sido excluidas. El contenido del PBS se revisa y actualiza periódicamente para incluir nuevas tecnologías, tratamientos y medicamentos basados en evidencia científica y necesidades de salud de la población.

Muchas EPS ofrecen programas adicionales de bienestar y prevención, como talleres de educación en salud, programas de ejercicio y nutrición, y actividades de promoción de la salud. La disponibilidad y calidad de los servicios pueden variar según la región y la EPS.

El pago a las EPS por los servicios prestados se hace a través de las unidades de pago por capitación (UPC). La UPC establece un monto fijo que se paga a las EPS por cada persona afiliada registrada, ajustado según diversas variables, como la edad, el sexo y la región geográfica. Para la población mayor, el sistema ajusta su inversión mediante un mayor pago de la UPC, reconociendo que las personas mayores suelen requerir más servicios de salud debido a su edad. Este ajuste es una acción afirmativa, ya que es una medida específica diseñada para garantizar que las personas adultas mayores reciban la atención y los recursos necesarios para su salud. En este sentido, las personas mayores acceden al sistema de salud de la misma manera que cualquier otra persona ciudadana: mediante el régimen contributivo si tienen capacidad de pago y por el régimen subsidiado si no la tienen.

Existen ciertos beneficios y servicios que no son financiados por las UPC. Estos servicios se consideran complementarios o adicionales y, por lo general, deben ser cubiertos por las propias personas aseguradas, como pueden ser los seguros complementarios o los programas específicos del Estado.

Las prestaciones económicas son exclusivas del régimen contributivo y garantizan la protección económica de las personas trabajadoras y sus familias en situaciones de enfermedad, maternidad y paternidad. Además, cuentan con la protección de riesgos laborales, para accidente de trabajo y enfermedad laboral.

Los proveedores de atención son las instituciones prestadoras de servicio (IPS), que pueden estar integradas a las EPS y que son contratadas por estas. En 2021 había un total de 20.015 IPS, de las cuales 16.330 eran privadas (81,6%) y 3.625 eran públicas (18,1%). Las IPS están concentradas en los departamentos con mayor densidad poblacional y desarrollo urbano.

6.4.1. Disponibilidad y uso de los servicios

La población mayor en Colombia que utiliza los servicios de salud ha crecido de forma acelerada en los últimos 10 años: pasó de 3 millones de personas en 2009 a 5 millones en 2019. Esto generó un incremento en el número de atenciones, que aumentó de 27 millones a 117 millones en el mismo periodo de 10 años, lo que implicó un promedio de 12 atenciones por persona mayor en 2020, superior al número de atenciones promedio de la población en general, que fue de 8 (Cubillos, Matamoros y Perea, 2020).

El uso de los servicios se mide a través de diferentes indicadores, como son el número de consultas, camas de hospital, hospitalizaciones, cirugías, necesidades de salud no

satisfechas, equipamiento, personal en salud, medicamentos, entre otros. Uno de los problemas de la creciente demanda de servicios médicos por parte de la población mayor es la falta de disponibilidad en la oferta de servicios. La relevancia de evaluar la oferta de servicios disponible permite que se puedan estimar con anticipación las necesidades no cubiertas hoy, previendo que estas serán grandes conforme vaya aumentando la proporción de personas mayores, para poder satisfacer la demanda futura.

Aunque Colombia ha logrado ampliar la cobertura de su sistema de salud, el acceso a cuidados especializados para las personas adultas mayores no siempre está a la altura de los estándares de los países de la OCDE. Esto incluye la disponibilidad de tratamientos avanzados, la atención primaria continua y la gestión de enfermedades crónicas. La tabla 12 muestra algunos de estos indicadores para Colombia y, nuevamente, los resultados se comparan con el promedio de los países de la OCDE y con respecto al mejor y al peor resultado de estos.

Tabla 12. Indicadores de uso del sistema de salud en Colombia y OCDE

Protección	OCDE	Mejor	Peor	Colombia
Número promedio de consultas médicas presenciales per cápita, 2011, 2019 y 2020	6	15,1	1,5	3,6
Número de consultas por médico por año	1.788	6.113	428	1.119
Porcentaje de personas de 16 a 74 años que buscaron información de salud en línea en los últimos tres meses, 2021 y 2022	60	81	37	41
Camas por cada 1.000 habitantes	4,3	12,8	1	1,7
Escáneres de tomografía computarizada, unidades de resonancia magnética y escáneres de PET	48	78	4	6
Uruguay	6,43	89,41	4,16	-

Nota: indicadores ordenados por el autor.

Fuente: elaboración propia con base en OCDE (2023). *Informe Panorama de la Salud 2023*.

Como se observa en la tabla anterior, Colombia se encuentra por debajo del promedio en cuanto al número de consultas médicas presenciales, número de camas y escáneres de tomografía computarizada, unidades de resonancia magnética y escáneres para diagnóstico. En cuanto al número de consultas por médico por año, Colombia aparece con un resultado inferior y muy alejado del mejor, lo que puede indicar un desempeño más bajo en cuanto a la productividad de la consulta médica.

Por otro lado, hay disparidades significativas en el acceso a los servicios de salud entre las zonas urbanas y rurales, lo que afecta negativamente la esperanza de vida de la población en áreas menos favorecidas. A manera de ejemplo, la tabla 13 muestra la disponibilidad de camas a nivel de departamento en 2022. Del total de departamentos, 19 se encuentran por debajo del promedio de Colombia, indicador que se encuentra por debajo de la mayoría de los países de la OCDE y de los promedios.⁷⁵

⁷⁵ Los países con mejores resultados son Corea, Japón, Francia, Alemania, España e Italia.

Tabla 13. Oferta de camas hospitalarias por departamento, 2022

ET	Personas afiliadas	Total camas	Camas por 1.000	ET	Personas afiliadas	Total camas	Camas por 1.000
Amazonas	76.520	284	3,7	Huila	1.175.027	2.616	2,2
Antioquia	6.855.123	15.634	2,3	La Guajira	1.028.274	1.830	1,8
Arauca	299.277	480	1,6	Magdalena	1.406.936	3.618	2,6
Atlántico	2.775.331	8.543	3,1	Meta	1.048.998	2.146	2
Bogotá D. C.	7.986.510	19.452	2,4	Nariño	1.485.823	2.665	1,8
Bolívar	2.306.589	5.089	2,2	Norte de Santander	1.664.019	2.634	1,6
Boyacá	1.183.100	2.030	1,7	Putumayo	328.010	718	2,2
Caldas	924.988	2.580	2,8	Quindío	571.449	1.356	2,4
Caquetá	414.782	716	1,7	Risaralda	1.037.856	2.392	2,3
Casanare	422.932	824	1,9	San Andrés y Providencia	62.551	190	3
Cauca	1.335.999	2.090	1,6	Santander	2.258.278	5.850	2,6
Cesar	1.276.251	4.232	3,3	Sucre	974.664	2.637	2,7
Chocó	446.235	1.093	2,4	Tolima	1.313.603	2.871	2,2
Córdoba	1.707.577	3.839	2,2	Valle del Cauca	4.593.462	10.530	2,3
Cundinamarca	2.608.305	4.156	1,6	Vaupés	33.726	46	1,4
Guainía	50.932	66	1,3	Vichada	82.138	126	1,5
Guaviare	85.956	184	2,1				

Fuente: elaboración propia con base en REPS (octubre 2022).

6.4.2. Talento humano dispuesto para las personas mayores

Uno de los aspectos que más limita el acceso a los servicios es la disponibilidad en número y en distribución geográfica o territorial del equipo humano en salud. En general, existe un

déficit generalizado del talento humano en Colombia, sobre todo si se compara con otros países (tabla 14). Este déficit de talento humano afecta a toda la población y sobre todo a la población mayor, porque limita el acceso a diagnósticos y tratamientos especializados. La carencia de personas dedicadas a la enfermería es más acentuada con respecto a las demás profesiones de la salud y no se espera que mejore, debido a que el número observado de personas enfermeras recién graduadas es también muy bajo.

Territorialmente la carencia es más marcada en la mayoría de los departamentos, en donde solo 11 del total de departamentos superan el promedio del país. Del mismo modo que para las personas profesionales de enfermería, el número de personas médicas por cada 1.000 habitantes es bajo y, territorialmente, 24 departamentos están por debajo del promedio nacional. Este es un reto por resolver para el sector educativo y los gremios médicos en el corto y mediano plazo, con vistas a una mayor demanda de servicios que se acentuará en los próximos años, a medida que vaya creciendo el número de personas mayores.

Tabla 14. Talento humano en salud, comparación con OCDE

Talento humano de salud	OCDE	Mayor	Menor	Colombia
Personas médicas por 1.000	3,7	6,3	0,7	2,5 ⁷⁶
% de personas médicas mayores de 55 años	33	55	14	18
% de personas médicas mujeres	50	74	23	49
Proporción de personas médicas especialistas	68	73	48	-

⁷⁶ 2,64 por mil para el 2022 en el observatorio de Talento Humano en Salud.

Personas enfermeras por 1.000	9,2	18,9	1	1,6 ⁷⁷
Proporción de personas enfermeras y médicas	2,5	5,2	0,7	0,7
Número de nuevas personas graduadas en medicina, 2021	14,2	27,3	6,8	11,7
Personas enfermeras recién graduadas, 2021	48,2	115,7	8	8,1
Porcentaje de personal médicas formadas en el extranjero, 2021	18,9	57,8	0,6	5,5
Porcentaje de personas enfermeras formadas en el extranjero, 2022	8,7	46,6	0,2	0,6
Personas farmacéuticos en ejercicio, 2011 y 2021	85	199	19	19

Nota: indicadores ordenados por el autor.

Fuente: elaboración propia con base en OCDE (2023). *Informe Panorama de la Salud 2023*.

6.4.3. Gasto de bolsillo, cobertura de la protección del sistema de salud

Una forma de evaluar el acceso efectivo a la salud es a través del gasto de bolsillo, que mide el gasto en salud que hacen los hogares como porcentaje de su consumo final. Un gasto de bolsillo bajo indica que el sistema de salud cubre la mayor parte de la carga financiera de los servicios de salud de los individuos y las familias. El gasto de bolsillo termina siendo el resultado de la cobertura poblacional, la cobertura de servicios y el acceso efectivo. La tabla 15 muestra que, para 2021, el gasto de bolsillo en Colombia fue de 1,7%; este se encuentra por debajo del promedio de la OCDE y muy cerca del mejor resultado de este grupo de países. En esta misma tabla se

⁷⁷ 1,15 al 2022.

muestran otros indicadores que se vinculan con los resultados en cobertura de la protección del sistema, como son la cobertura en servicios hospitalarios, en servicios ambulatorios y en productos farmacéuticos, en los cuales los resultados son muy favorables para Colombia.

Tabla 15. Cobertura de la protección del sistema, Colombia comparada con OCDE, 2021

Protección	OCDE	Mejor	Peor	Colombia
Gasto de bolsillo como porcentaje del consumo final de los hogares, 2021	3,3	1,4	6,1	1,7
Cobertura poblacional	98	100	72	95
Cobertura en servicios – Todos los servicios	76	86	41	76
Cobertura – hospitalarios	90	99	47	95
Cobertura servicios ambulatorios	79	91	58	79
Productos farmacéuticos	56	83	9	56

Fuente: elaboración propia con base en OCDE (2023). *Informe Panorama de la Salud 2023*.

6.4.4. Calidad de los servicios

La calidad de la atención en salud se refiere al grado en que los servicios proporcionados mejoran los resultados de salud y aumentan la satisfacción y confianza de la persona usuaria. Esto incluye la disponibilidad de tratamientos avanzados, la atención primaria continua y la gestión de enfermedades crónicas. La medición se hace a través de indicadores como la tasa de mortalidad y morbilidad, índices de vacunación, la tasa de reingreso hospitalario, la incidencia de eventos adversos y los tiempos de espera, entre otros. La tabla 16 muestra algunos de estos indicadores de calidad para Colombia y los compara

con los resultados de los países de la OCDE. En general, se observa que los resultados en cuanto a la prevención primaria (vacunas) son inferiores al promedio. Sin embargo, el resultado es mejor en los indicadores de prevención secundaria.

Tabla 16. Indicadores comparados de calidad OCDE

Calidad	OCDE	Mejor o menor	Peor o mayor	Colombia
Vacuna de DPT al año	94	100	80	88
Vacuna de sarampión	93	100	70	89
Hospitalización evitable por asma y EPOC	129	18	277	129
Insuficiencia cardíaca congestiva	206	35	459	44
Mortalidad dentro de los 30 días posteriores a la hospitalización por infarto agudo de miocardio, tasas basadas en datos no vinculados	7	1,7	23,7	5,5
Mortalidad dentro de los 30 días posteriores a la hospitalización por accidente cerebrovascular isquémico	7,9	2,9	20,5	6,3
Población satisfecha con la disponibilidad de atención de salud de calidad en la región donde vive, 2012 y 2022	67	94	39	41

Fuente: elaboración propia con base en OCDE (2023). *Informe Panorama de la Salud 2023*.

En la misma tabla se muestra el porcentaje de la población que se encuentra satisfecha con la calidad de la atención en salud en la región en donde vive. El indicador se interpreta de tal forma que 4 de cada 10 personas se sienten satisfechas con la calidad de la atención; este resultado puede deberse a la no disponibilidad de los recursos humanos y físicos en muchas zonas dispersas del país.

A nivel territorial, se muestran variaciones significativas en cuanto a la calidad, debido a factores como la infraestructura, la disponibilidad de recursos humanos y la gestión local.

Según varios estudios y análisis,⁷⁸ se observan diferencias notables entre las regiones urbanas y rurales en términos de acceso y calidad de los servicios de salud.

6.5. Gasto en salud

Un reto importante será el garantizar los recursos necesarios para responder al aumento de la demanda de servicios. El gasto en salud está compuesto por el gasto público directo, el gasto en seguridad social en salud y el gasto privado. En total, el gasto en salud representa el 7,1% del PIB, pero se considera insuficiente para que el sistema se constituya como uno de listado negativo.⁷⁹ Entre las causas de que este sea el porcentaje de gasto que se destina a salud se encuentran los adeudos entre las EPS y los prestadores, los presupuestos máximos —que se manejan de manera distinta al seguro y que, de acuerdo con algunas personas investigadoras, no son suficientes— y la falta de cumplimiento de los operadores de las EPS con respecto a los indicadores financieros.⁸⁰

Al comparar el gasto total en salud como porcentaje del PIB de Colombia con el de otros países de América Latina, se observan diferencias importantes con Cuba, Argentina, Chile y Uruguay, países que tienen un porcentaje de gasto como proporción del PIB superior al de Colombia, en tanto que Ecuador, Costa Rica y Honduras tienen un porcentaje de gasto similar. Perú y México invierten menos

⁷⁸ Uno de ellos es el del Ministerio de Salud y Protección Social (2023). *Análisis de Situación de Salud Colombia 2022*. Dirección de Epidemiología y Demografía, Bogotá D.C.

⁷⁹ Es decir, se trata de un plan muy amplio en el que todos los medicamentos y servicios de salud se consideran cubiertos por defecto, salvo aquellos que están excluidos en una lista negativa (lo explícitamente prohibido).

⁸⁰ Contraloría General de la República (octubre 2023). Situación de cartera de 26 EPS con las IPS y proveedores de la red de prestadores de servicios de salud.

en salud que Colombia. La tabla 17 muestra la inversión que hacen los países en sus sistemas de salud y, sobre esa inversión, dos indicadores de resultado muy importantes: por un lado, el índice de cobertura universal de servicios de salud,⁸¹ que incorpora 14 indicadores de resultado trazadores de la cobertura de servicios de salud, y el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud, que difiere con respecto al que se mencionó anteriormente, que era el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto de los hogares. Después de Cuba, Colombia es uno de los países que mejores resultados obtiene.

⁸¹ Cobertura de los servicios de salud esenciales expresada como puntuación media de 14 indicadores trazadores de la cobertura de los servicios de salud. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>

Tabla 17. Comparativo indicadores sistema de salud, países seleccionados de América Latina (AL)

País	Población en millones (2023)	Porcentaje de población de 65 años o más	PIB per cápita (\$) - 2022	Índice de cobertura de servicios de salud (2021)	Gasto público como porcentaje del PIB	Gasto privado como porcentaje del PIB	Total público / privado	Gasto de bolsillo como porcentaje de gasto en salud
Colombia	52,1	9 %	20.287	80	5,5	2,2	7,7	14,9
Ecuador	18,2	8 %	12.822	77	4,8	3	7,8	30,9
Perú	34,4	9 %	15.047	71	3,3	1,9	5,2	28,1
Costa Rica	5,2	11 %	24.923	81	5,3	2	7,3	22,3
Honduras	10,6	4 %	6.741	64	2,9	4,2	7,1	52,6
México	128,5	9 %	21.512	75	2,7	2,8	5,5	42,1
Cuba	11,2	16 %	-	83	9,9	1,2	11,1	10,9
Haití	11,7	5 %	22.834	54	0,5	2,3	2,8	43,3
Uruguay	3,4	16 %	28.842	82	6,2	3,1	9,3	15,5
Chile	19,6	13 %	30.209	82	4,8	4,6	9,4	32,8
Argentina	45,8	12 %	26.505	79	5,9	3,6	9,5	27,7

Fuente: World Population Dashboard (2023); OMS (2023); OPS (2023).

6.6. Conclusiones

Los resultados del acceso a la salud de la población mayor dentro del sistema de salud de Colombia en promedio son positivos. Esto obedece a la cobertura poblacional, a la amplitud del plan de beneficios y a la protección financiera que brinda y que se evidencia a través del bajo gasto de bolsillo. No obstante, es importante destacar que estos promedios ocultan diferencias territoriales muy importantes. Las diferencias territoriales en Colombia son grandes debido a la diversidad étnica, cultural y de desarrollo del país. Esta diversidad ha hecho que el país tenga diferentes realidades demográficas, geográficas y económicas, que se traducen en diferencias epidemiológicas importantes entre regiones.

Si bien es cierto que el sistema de salud colombiano garantiza el acceso a servicios de salud para la mayoría de la ciudadanía, existen marcadas diferencias en la calidad y cobertura de estos servicios entre las zonas urbanas y rurales más dispersas. Esta brecha es especialmente notable en la atención a personas mayores, pues enfrentan mayores dificultades para acceder a servicios de salud adecuados y oportunos en áreas rurales. Se ha señalado la importancia de los determinantes sociales de la salud orientados al bienestar de las personas, los cuales tienen que ver con el desarrollo de cada zona y que afectan muy significativamente los resultados, como la esperanza de vida de la población en áreas menos favorecidas.

Aunque es notable que Colombia ha logrado ampliar la cobertura de su sistema de salud, que la calidad de los servicios, el acceso a cuidados especializados para las personas adultas mayores y la esperanza de vida sana de su población es de las más altas de la región de ALC, también lo es que

sus resultados en cuanto al acceso y calidad de los servicios no siempre están a la altura de los estándares de los países de la OCDE. Estos resultados incluyen indicadores como la disponibilidad de tratamientos avanzados, la atención primaria continua y la gestión de enfermedades crónicas. La prevalencia de enfermedades crónicas en la población mayor, como las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias, el cáncer y las enfermedades infecciosas, debe utilizarse para prever necesidades actuales y futuras de los recursos humanos y de infraestructura implicados.

Los países de la OCDE generalmente invierten más recursos en sus sistemas de salud per cápita que Colombia, lo que se traduce en mejores servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento. El nivel de inversión en salud es bajo comparado con otros países, lo que impacta mucho más a las personas mayores en la gestión de enfermedades crónicas. Un aspecto crucial para revisar es el desequilibrio en la financiación, especialmente en las condiciones de la UPC y los techos para dar respuesta a un plan tan amplio. Se requiere, además, fortalecer las acciones afirmativas frente a las enfermedades crónicas y los cuidados que se requieren. Factores como la dieta, la actividad física y el consumo de tabaco y alcohol pueden dar cuenta de que los estilos de vida saludables pueden no estar siendo tan arraigados o promovidos en el país, por lo que se requieren políticas públicas para su promoción.

Existen dificultades para contar con información pública sobre el sistema de salud en general y más cuando se trata de evaluar indicadores para la población mayor. Esto se evidencia en los informes de la OCDE, de la OMS y de la OPS, en los cuales algunos indicadores no existen para Colombia, y esto dificulta el análisis integral.

El déficit estructural más serio es la escasez de talento humano, la distribución geográfica de la infraestructura en salud y el atraso en el uso de nuevas tecnologías. La

comparación internacional revela una marcada deficiencia en la disponibilidad, de profesionales médicos, especialmente de personal de enfermería, lo que pone de manifiesto la necesidad urgente de implementar programas que amplíen la oferta educativa con miras a fortalecer el sector.

7. Envejecimiento, cuidados y servicios sociales en Colombia

■ Miguel Uprimny⁸²

■ Resumen

El presente capítulo tiene como objetivo mostrar un panorama de la situación actual de los cuidados y servicios sociales que se proveen en Colombia para la población mayor. Se abordan los principales retos que afronta el país en materia de cuidados y servicios sociales, considerando la heterogeneidad de Colombia, las desigualdades por sexo, nivel socioeconómico y región y la especificidad de la atención que demanda la población mayor. El proceso de envejecimiento no se corresponde con la generación de capacidades para atenderlo, de ahí la relevancia de su análisis y pertinencia de su estudio.

⁸² Médico y cirujano, especialista en Pediatría por la Pontificia Universidad Javeriana, en Gerencia de la Salud Pública por la Universidad del Rosario y en Gerencia en Salud para Personas Mayores, CIESS – ALMA – OPS.

7.1. Introducción

Colombia, al igual que otros países de América Latina y el Caribe, está experimentando un rápido proceso de envejecimiento, el cual implica un crecimiento en la población mayor, lo que a su vez genera una mayor demanda de medidas de protección y cuidado; situación que ejerce presión sobre los sistemas de salud y de protección integral. En este contexto, es crucial abordar el tema de los cuidados y los servicios sociales destinados a la población mayor en su vejez.

Los cuidados y servicios sociales forman parte de las medidas de protección integral en la vejez, pues contemplan una serie de garantías para la población mayor que les permitan asegurar sus derechos de manera efectiva ante riesgos y vulnerabilidades y, con ello, lograr un envejecimiento saludable.

Es necesario considerar la diversidad y heterogeneidad entre las regiones y departamentos de Colombia para la elaboración de iniciativas y propuestas en materia de políticas públicas y programas sociales. Estas diferencias tan acentuadas han generado desigualdades de acceso al empleo, a los bienes y servicios, a los regímenes de pensiones; en suma, al pleno ejercicio de los derechos.

El siguiente capítulo incluye conceptos fundamentales para comprender los cuidados y los servicios sociales, tales como la dependencia y el envejecimiento. De igual manera, se aborda el panorama de los cuidados de la población mayor en Colombia, señalando políticas y programas implementados en el país, así como algunos indicadores sociodemográficos relevantes que permitan contextualizar la situación de los cuidados en Colombia.

7.2. Marco conceptual: cuidados y servicios sociales para la población mayor

Existen diversas definiciones de cuidados. De manera general, se mencionan algunas que se consideran relevantes para comprender su naturaleza y funciones. De acuerdo con Huenchuan (2011, p. 164), se refiere a la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia.⁸³

7.2.1. Algunas nociones de cuidados

El concepto de cuidado es complejo y multidimensional, lo que ha hecho muy difícil su abordaje estandarizado y comparabilidad.

En el transcurrir de la vida se requieren cuidados y de este dependen las vejez, su calidad de vida y el ejercicio pleno de los derechos. Epistemológicamente cuidar siempre supone un sujeto y un objeto de conocimiento, que, a su vez, está mediado por unas intenciones encaminadas a la supervivencia, al control, al bienestar, al confort, a la evolución y a la prolongación de la vida. (COLPENSIONES et al., 2018)

El cuidado debe considerarse como una función social, un bien público y un derecho básico sin el cual no se puede concebir la existencia ni la reproducción de la sociedad. Interpela a un nivel medular al concepto de humanidad, basado en relaciones

⁸³ La mayoría de las concepciones sobre la dependencia coinciden en ciertos elementos básicos de limitaciones y carencias en la autonomía personal para vivir de manera independiente: que la persona tenga problemas para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como desplazarse, comer, beber, acostarse, bañarse; que requiera apoyo de terceros para el desarrollo de estas actividades; que estas necesidades sean permanentes o estén presentes durante un largo periodo (Mathus-López, 2020).

“cara a cara” entre quienes lo reciben y quienes lo proveen, sea de forma remunerada o no. Por ello, las políticas de cuidado deben cubrir tanto a las personas cuidadoras como a quienes requieren esos servicios, conocidas también como personas en situación de dependencia (Rico y Robles, 2016, p. 12). Es un concepto polisémico y transversal que incluye todo el ciclo de vida de una persona, con diferentes niveles de dependencia, que atraviesa al ámbito público y privado (Pautassi, 2018, p. 723). Esta noción se encuentra en la misma dirección en que la Fundación Saldarriaga Concha *et al.* (2023, p. 264) define al cuidado: una relación social por la que todos los seres humanos transitan en algún momento del ciclo vital: puede ser durante la niñez, enfermedad o en la vejez, teniendo como característica común la necesidad de apoyo para realizar alguna labor; por tanto, el cuidado es transversal a la vida.

Por su parte, Razavi y Staab (2010) entienden el cuidado como el apoyo y la asistencia que se proporciona a una persona que lo requiere, ya sea para actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como vestirse, comer, o asearse o para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que suponen el apoyo para efectuar labores domésticas o de transporte. Cabe destacar la diferencia entre las ABVD y las AIVD, ya que implica una división por niveles de dependencia y, a su vez, por cargas de cuidado.

Desde un enfoque de derechos, menciona Pautassi (2018, p. 731) que el cuidado se define como un derecho humano que reconoce que toda persona tiene derecho a *cuidar, a ser cuidada y a cuidarse (autocuidado)*, independientemente de la condición o posición que ocupe. Reconocer el cuidado como derecho implica incorporar estándares y principios a la actuación de los Estados en situaciones específicas con base en principios de derechos humanos —universalidad, indivisibilidad, interdependiente—, donde el Estado está obligado a garantizar todos los derechos: civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales.

Otro concepto fundamental para abordar es el de dependencia, el cual puede entenderse como la necesidad de la ayuda del otro para conservar, desarrollar y avanzar como personas en la realización de funciones, conductas y necesidades biopsicosociales.

Esta situación de dependencia condiciona a gran parte de la población mayor a recurrir a diversos apoyos para las múltiples actividades de su día a día, ya sea a través de instituciones y programas especializados o en su entorno más cercano, con familia, amigos y vecinos. De ahí la importancia que adquieren los cuidados, una función que tradicionalmente ha permitido la continuidad de las sociedades, entendida como una categoría de amplio alcance con cuidados hacia menores, parejas, familiares directos o indirectos, población mayor, o como la prestación de un servicio. En el caso de este capítulo, se profundiza en los cuidados a la población mayor.

Por otro lado, el *envejecimiento*, acorde con la Ley 1251 (2008), puede definirse como el conjunto de modificaciones que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los seres vivos (Función Pública de Colombia, 2008). De acuerdo con la Fundación Saldarriaga Concha et al. (2023, p. 268), el envejecimiento supone un deterioro de la funcionalidad del individuo que se traduce en distintos niveles de dependencia para efectuar diferentes actividades, funcionales e instrumentales.

Otra categoría relevante para este capítulo es la de *servicios sociales* (también llamados servicios sociales personales), que pueden considerarse como una rama o sistema de intervención social e institucional que tiene como objetivo el bienestar individual y social por medio de la ayuda personal polivalente, basada en prestaciones técnicas y monetarias, acciones preventivas, de intervención social y rehabilitación, y cuya provisión se basa en la acción organizada pública y social, así como en la acción voluntaria (Aguilar et al., 2011, p.5).

Los servicios sociales suponen el tercer pilar de la protección social en la vejez y promueven el fortalecimiento de la autonomía de la población mayor, buscando reducir las brechas de protección. El Estado es responsable de garantizar su cobertura mediante acciones progresivas que configuran dos grandes líneas de trabajo (Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores, 2022, p. 98). Por una parte, se encuentran las políticas de envejecimiento activo y saludable y la promoción de la autonomía, la independencia y el empoderamiento a través de la participación social y comunitaria, acciones que pretenden retrasar situaciones de vulnerabilidad y dependencia, evitar el aislamiento social y la soledad no deseada. Aquí se incluyen las asociaciones de mayores, clubes, centros diurnos y nocturnos, así como las viviendas tuteladas.

Por otra parte, los cuidados de larga duración, que deben garantizar la calidad de vida procurando el máximo nivel de autonomía posible de la población mayor con pérdida de capacidad funcional debido a enfermedades crónicas o discapacidades, y que presentan dependencia moderada, severa o total. En esta línea se encuentran desde los servicios de apoyo y cuidado en los domicilios y la teleasistencia hasta las residencias de larga estadía y los cuidados paliativos (Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores, 2022, p. 99).

Sobre la transformación de los servicios sociales, Aguilar *et al.* (2011, p. 5) mencionan que en las últimas décadas han superado su naturaleza asistencialista, orientada al control institucional de los grupos excluidos o de riesgo, hasta lograr constituir una sistematización de sus objetivos, técnicas y la concreción de un conjunto básico de derechos subjetivos que permitan satisfacer las necesidades personales y familiares en un entorno comunitario y desde un enfoque de participación social de las personas.

Como parte de los instrumentos internacionales que dan soporte a la necesidad de los servicios sociales para la población mayor, queda constancia en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (Organización de Naciones Unidas ([ONU], 1948)

A nivel país, la Constitución Política de Colombia señala en su artículo 46 que la protección de la población mayor es una responsabilidad compartida:

El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia. (Constitución Política de Colombia)

De manera que los servicios sociales y los cuidados de la población mayor están sustentados en el marco legal e institucional tanto internacional como nacional.

7.3. Situación actual de los cuidados para la población mayor en Colombia.

Breve panorama

Los cuidados para la población mayor han sido una asignatura pendiente para gran parte de los países de la región

de América Latina. El caso de Colombia no es diferente, ya que de acuerdo a cifras del DANE (2023), 7.610.671 personas mayores de 60 años en el país requieren de algún tipo de cuidado. Mencionan Cubillos *et al.* (2020) que se espera un aumento de la población mayor con respecto a la joven en varias partes del mundo, incluida Colombia. La población mayor que requiere de cuidados se concentra principalmente en el grupo de edad de 60 y 64 años, que representan 2.380.029 (31%) personas mayores de 60 años. A continuación se muestra en la tabla 1 la población mayor por rango de edad en Colombia que necesita algún tipo de cuidado.

Tabla 1. Población mayor en Colombia que requiere de cuidados por grupo de edad, 2023

Grupo de edad	Porcentaje	Población en 2023
60 a 64 años	31 %	2.380.029
65 a 69 años	24 %	1.867.031
70 a 74 años	17 %	1.365.942
75 a 79 años	12 %	924.823
80 años o más	14 %	1.072.846
Total	100 %	7.610.671

Fuente: elaboración y cálculos propios con datos del DANE (2023).

De manera breve, se mencionan algunos de los retos más importantes que afrontan los cuidados de la población mayor en Colombia, tales como la escasez de cuidadores o el envejecimiento acelerado de la población, los cuales implican un aumento de la demanda de cuidados. Asimismo, es necesario afrontar la falta de infraestructura, de recursos financieros y humanos para incrementar el acceso a los cuidados a una proporción más amplia de población mayor que los requiera.

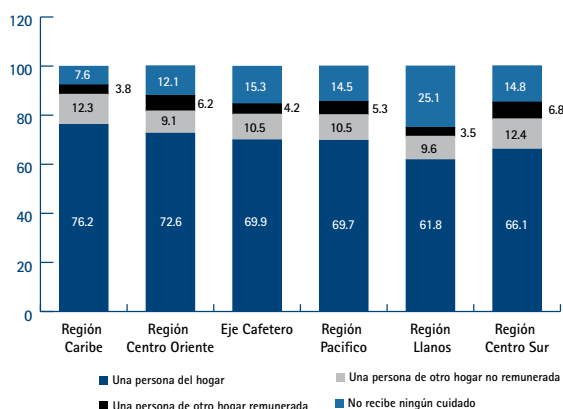
Brindar cuidados es parte de la condición humana y socialmente se relaciona a la dependencia funcional de las

personas. En el caso concreto de la población mayor, no siempre requieren de cuidados; es a medida que la población envejece que se hace más frecuente su necesidad. Es por ello que los cuidados son de gran relevancia actualmente, ya sea como apoyo al sistema de salud o para lograr el desarrollo pleno de las personas.

■ 7.3.1. Acceso a los cuidados por región

Mencionan la Fundación Saldarriaga Concha *et al.* (2023, p. 294) que el acceso a los cuidados en Colombia es diferenciado, como resultado de los altos niveles de heterogeneidad cultural, económica y social de las regiones del país. El cuidado dentro del hogar predomina en todas las regiones, siendo la del Caribe la que tiene una mayor proporción de cuidadores en el hogar, un 76,2%, seguida de la región Centro Oriente, con un 72,6%. En contraparte, las regiones que presentan un porcentaje más alto de población mayor que no recibe cuidados (brecha de cuidados) son: la región Llanos, con un 25,1%; seguida de la región Eje Cafetero, con un 15,3%; mientras que la región Centro representa el 14,8%; en menor proporción, la región Pacífico, con un 14,5%; a su vez, la región Centro Oriente es equivalente al 12,1%, y, finalmente, en la región Caribe encontramos un 7,6% de la población mayor que no recibe ningún tipo de cuidado.

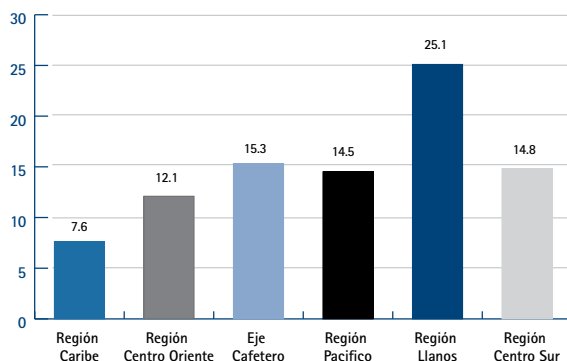
Gráfico 1. Distribución de cuidadores de personas mayores que requieren de cuidado por región (como porcentaje)



Fuente: elaboración propia con datos de la Fundación Saldarriaga Concha *et al.* (2023, p. 295).

Destaca una mayor proporción de los cuidados no remunerados brindados en los hogares sobre los cuidados remunerados, tanto en la región con menor carencia de cuidados, la del Caribe, como en la región que presenta un porcentaje mayor de población que no accede a los cuidados, la Llanos.

Gráfico 2. Porcentaje de personas que requieren cuidado y no lo reciben (brecha de cuidado) por región política administrativa



Fuente: elaboración propia con datos de la Fundación Saldarriaga Concha *et al.* (2023, p. 296).

7.3.2. Papel de las mujeres en los cuidados a la población mayor

Con respecto al cuidado de la población mayor en Colombia, el papel que han desempeñado las mujeres representa un pilar fundamental para los hogares, considerando que históricamente ha recaído en ellas esta responsabilidad; de acuerdo con cifras de la Fundación Saldarriaga Concha *et al.* (2023) y del Ministerio de Salud y Protección Social (1990; 2000; 2010; 2015), la mayoría de jefaturas de hogar de la población mayor está a cargo de mujeres.

La presencia de población mayor en los hogares no necesariamente se asocia a una “carga” o dependencia. Por el contrario, una proporción importante de las y los jefes de hogar son población mayor. Tanto en el ámbito urbano como en el rural, en el periodo de 1990 a 2015 se vio un aumento de jefaturas de hogar de población mayor de 60 años. Para el año 1990, el 20,4% de los hogares tenía un jefe o una jefa de hogar con 60 años o más, mientras que en 2015 esta proporción aumentó a 28,1%. Si se observa por sexo, es evidente que en su mayoría es un cargo desempeñado por las mujeres, ya que para 2015 las jefaturas de hogar de mujeres representaron el 18,2% y las de hombres el 10,8% (Fundación Saldarriaga Concha *et al.*, 2023; Ministerio de Salud y Protección Social, 1990; 2000; 2010; 2015).

Habitualmente, las mujeres han sido las principales proveedoras del cuidado debido a la forma de organización social, que les asignó de manera exclusiva el trabajo de cuidado no remunerado al interior de los hogares (Pautassi, 2018, p. 723).

7.3.3. Retos de los cuidados a la población mayor

Para 2021, en Colombia 10,2 millones de personas mayores de 10 años eran cuidadoras. Esto representa la cuarta parte de

este grupo poblacional; es decir, 1 de cada 4 personas mayores de 10 años estaba realizando labores de cuidado directo no remuneradas (Laboratorio de Economía de la Educación [LEE], 2024).

La falta de personas cuidadoras se vincula a distintos factores. Por un lado, las mujeres, que tradicionalmente han tenido la responsabilidad de cumplir con esta tarea, se han incorporado al mercado de trabajo, lo que ha disminuido el tiempo disponible para destinar al cuidado de otras personas.⁸⁴ Por otra parte, destacan las condiciones poco favorables para la mayoría de las cuidadoras y los cuidadores que trabajan en la informalidad, pues padecen limitaciones físicas y de infraestructura. No obstante, las personas cuidadoras que trabajan en un marco formal también desarrollan sus actividades en condiciones inadecuadas, con bajos salarios, poco apoyo institucional, escasos recursos, muchas horas de trabajo y cansancio excesivo. Todo lo anterior aunado a la falta de reconocimiento social de estas tareas tan necesarias.

Se destaca el hecho de que gran parte de los cuidados que son proporcionados en Colombia provienen de personas cuidadoras informales y se trata de actividades no remuneradas.

7.3.4. Cuidados y su relación con el nivel socioeconómico

El acceso a los cuidados y servicios sociales se determina de acuerdo con diversos factores socioeconómicos que influyen en la prestación de estos debido a que están íntimamente relacionados con el nivel de ingresos, ocupación y ubicación geográfica de la población mayor que los requiera.

⁸⁴ Se incluye el cuidado a menores de cinco años, adultos mayores, enfermos y personas con discapacidad.

Según información de la Fundación Saldarriaga Concha *et al.* (2023, p. 291), conforme el nivel socioeconómico es menor, crece la proporción de personas mayores que no reciben cuidado. Para los niveles socioeconómicos altos la brecha de acceso fue de 9,3% en 2020, mientras que en el nivel bajo representó el 18,8%. Lo anterior demuestra que el nivel de ingreso reduce o aumenta la capacidad de las personas mayores para acceder al cuidado remunerado, centros especializados y atención de calidad. Por tanto, en 2020, solo el 1,5% de las personas mayores de nivel socioeconómico bajo recibió atención por parte de personas cuidadoras remuneradas, en contraste con el 8,7% de las pertenecientes a niveles socioeconómicos altos que recibió cuidados remunerados. Para solventar la brecha de cuidados para los las pertenecientes a niveles socioeconómicos bajos es necesaria la comunidad, es decir, cuidados no remunerados proporcionados por otros hogares, los cuales representaron en 2020 el 18,6%.

Es necesario considerar las diferencias en el proceso de la longevidad en los distintos territorios del país partiendo de las marcadas desigualdades entre departamentos y entre las áreas urbanas y rurales. A continuación se analizan diversos indicadores que dan cuenta del contexto sociodemográfico del país.

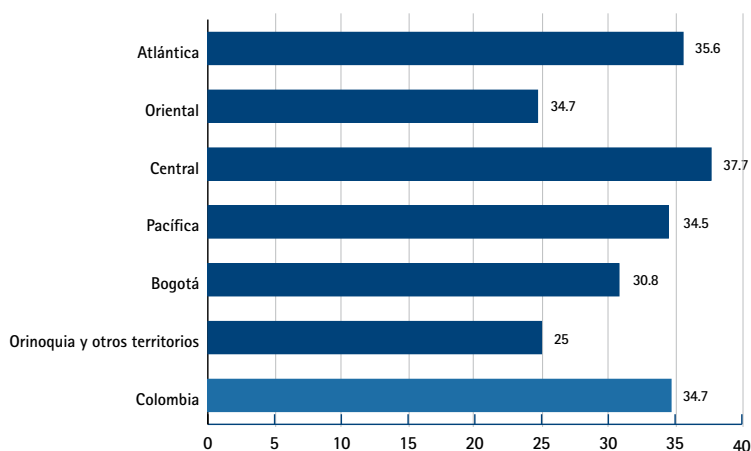
Para ello, se profundiza en el análisis de indicadores sociodemográficos de envejecimiento poblacional, que revelan el contexto y las necesidades de la población mayor en Colombia, tales como la estructura de los hogares, el acceso al conocimiento y educación, la autonomía de la población mayor y la realización de actividades básicas, así como el maltrato y la violencia hacia la población mayor.

El envejecimiento poblacional no es un proceso uniforme ni homogéneo, sino que está relacionado con las situaciones particulares de cada país. En el año 2020, la población mayor de 60 años en Colombia se encontraba distribuida de la

siguiente manera: en las zonas urbanas las mujeres representaron el 56,9% y los hombres el 43,1%, mientras que en la zona rural las mujeres conformaron el 48,3% y los hombres el 51,7% (Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores, 2022, p. 38).

7.3.5. Estructuras familiares. Los hogares de la población mayor

Gráfico 3. Hogares con por lo menos una persona mayor de 60 años (como porcentaje), 2015



Fuente: elaboración propia con datos de la Fundación Saldarriaga Concha *et al.* (2023, p. 82).

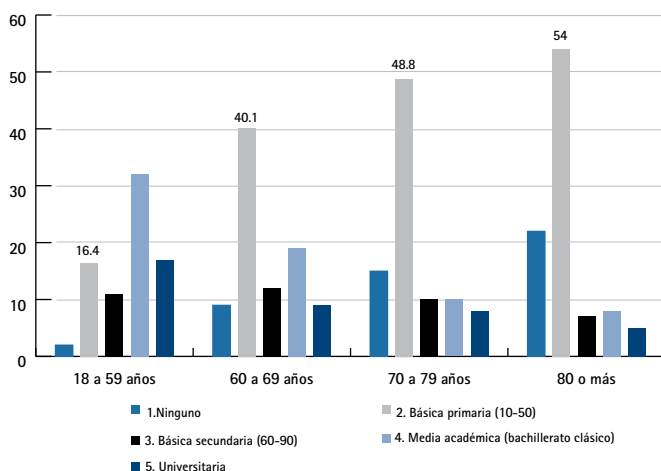
Es importante considerar el número de hogares que cuentan con, por lo menos, una persona mayor de 60 años dentro de sus integrantes de familia, ya que representan un estrato de la población que requerirá los esquemas de protección en la vejez que le garanticen la atención integral como individuo, aunado probablemente a la necesidad de cuidados de parte de otros miembros de la familia o de ayuda profesional.

Además esto se asocia con ingresos menores en los hogares, ya que frecuentemente la persona mayor no se encuentra en condiciones de seguir trabajando y generalmente sus contribuciones al gasto familiar son bajas.

De acuerdo con los datos del gráfico 3, se observa que las regiones Central, Atlántica y Oriental concentran la mayor cantidad de hogares con al menos una persona mayor de 60 años, lo que supera el promedio del país (34,7%). Lo anterior incrementa la demanda de servicios sociales y cuidados para la población mayor en dichas regiones.

■ 7.3.6. Acceso al conocimiento y la educación

El acceso al conocimiento y a la educación supone una de las varias manifestaciones de discriminación para la población mayor. La diferencia con el grupo de jóvenes es importante, ya que el índice de población entre 18 y 59 años que no tiene preparación educativa es muy bajo, es del 2,7%, mientras que para la población mayor de 60-69 representa el 8,7%, para el rango de 70-79 supone el 14,8% y para la población mayor de 80 o más corresponde al 22,7% (DANE, 2024b, factor expansión censo 2018). Igualmente, estas diferencias se reflejan en el máximo nivel educativo logrado.

Gráfico 4. Nivel educativo de la población colombiana, por rango de edad, 2023

Fuente: elaboración propia con datos del DANE (2024b), factor expansión censo 2018.

La cifra de población mayor de 60 años que no cuenta con algún grado educativo aumenta significativamente en los rangos de 70 a 79 años, y se profundiza con los mayores de 80.⁸⁵ Además, destaca que el grueso de la población mayor de 60 años cuenta solamente con educación básica primaria; un grupo reducido de la población mayor tiene preparación universitaria. La educación para toda la vida es relevante porque promueve el bienestar físico, emocional, cognitivo y social de la población mayor, lo cual mejora sus posibilidades de adaptarse a los cambios y tecnologías necesarias actualmente. Aunado a lo anterior, para aquellas personas mayores que requieran o deseen prolongar su vida laboral, la educación continua les brinda nuevas habilidades que incrementan sus oportunidades de integración.

⁸⁵ Reforzar las relaciones intergeneracionales con los programas de alfabetización.

Así, la población que es actualmente joven, cuando llegue a la etapa de vejez, será una generación más preparada y con mayor nivel educativo, lo que reducirá significativamente la población mayor sin educación.

7.3.7. Autonomía de la población mayor

En el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el envejecimiento saludable es entendido como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. El bienestar se considera en el sentido más amplio y abarca cuestiones como la felicidad, la satisfacción y la plena realización (OMS, 2015, p.32). La independencia funcional se va perdiendo en la medida en que se envejece, como lo muestra el estudio del Ministerio de Salud y Protección Social (2015b). La autonomía tiene una connotación distinta, ya que la independencia funcional se refiere a la capacidad física y a las habilidades para realizar actividades diarias sin ayuda externa, mientras que la autonomía se entiende como la capacidad funcional necesaria para realizar sus ABVD y AIVD.

Según la información proporcionada por el DANE (2024b),⁸⁶ gran parte de la población mayor de Colombia tiene al menos una o más dificultades para realizar determinadas ABVD —oír, hablar, ver, mover el cuerpo, agarrar o mover objetos con las manos, comer, vestirse o bañarse por su cuenta, interactuar con otras personas—, lo cual se relaciona directamente con la pérdida de autonomía e independencia como resultado del proceso de envejecimiento; se trata de cambios físicos, sociales o psicosociales que pueden limitar a las personas en sus actividades cotidianas. A través

⁸⁶ Factor expansión censo 2018.

del estudio de la autonomía de la población mayor, es posible evidenciar las características y el tamaño de este grupo, que requiere diferentes tipos de cuidados.

Así, conforme la edad aumenta, también lo hacen las dificultades para realizar las ABVD de manera autónoma (DANE, 2024b, factor expansión censo 2018).

Retomando a Flores *et al.* (2019), de acuerdo al grado de dependencia —que se estructura en tres niveles— para realizar las ABVD, la población mayor de Colombia requerirá distintos tipos de servicios, además de los cuidados que se describen a continuación:

- a) Dependencia total y severa: necesita apoyo en prácticamente todas las ABVD.⁸⁷ Cuidado de tiempo completo, comprende el 1,5% de la población mayor de 60 años en Colombia.
- b) Moderada: requiere cierta vigilancia, representa el 9,6% de la población mayor de 60 años del país.
- c) Leve o independiente: ocasionalmente requiere apoyo; son el 78,8% de la población mayor de 60 años.

Respecto a las AIVD —manejar su dinero, hacer las compras, preparar la comida, manejar sus medicamentos, usar el transporte, usar el teléfono—, se observa que, de igual manera, conforme aumenta la edad de la población mayor, también se incrementa la necesidad de apoyo para desempeñar dichas actividades (Flores *et al.*, 2019).

⁸⁷ Art. 25 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

■ 7.3.8. Maltrato y violencias en la población mayor

De acuerdo con los datos de la encuesta del Ministerio de Salud y Protección Social (2015b), el 12,3% de la población mayor consultada reportó haber sufrido algún tipo de maltrato, el cual se concentró en las mujeres entre los 60 y 69 años en zonas urbanas, con ingresos económicos bajos. Según el tipo de maltrato infringido, se reportó una mayor proporción de maltrato psicológico (12,3%), seguido de maltrato físico (3,4%), maltrato financiero (1,5%) y, finalmente, maltrato sexual (0,3%). Los tipos de maltrato están estrechamente relacionados con el estrato económico y la zona geográfica —urbana o rural— a los cuales pertenezca la población mayor.

El maltrato psicológico comúnmente se refiere a la relación negativa entre la población mayor y las personas cuidadoras. Respecto al maltrato financiero, este puede manifestarse cuando la persona adulta mayor es despojada de algún patrimonio. La negligencia alude al incumplimiento de las funciones de la persona cuidadora, y puede ser activa o pasiva: en el primer caso, la persona cuidadora, por descuido o prejuicio, deja de brindar apoyo de manera intencionada; mientras que la pasiva es un descuido involuntario por ignorancia (Forero et al., 2019).

El maltrato físico, psicológico y la negligencia —sea de manera voluntaria o involuntaria— predominan tanto en las zonas urbanas como en las rurales; el maltrato sexual y el financiero son mayores en el área rural. Al revisar los tipos de maltrato por estrato económico, se tiene que el psicológico está presente con altos porcentajes en todos los estratos, seguido por la negligencia, que se acentúa más en los estratos más bajos, pero igual es significativo para los de mayores ingresos. El maltrato físico está presente de manera importante en los estratos económicos más bajos y en menor medida

para los más altos; el financiero tiene un mayor porcentaje para el estrato económico más alto (Forero et al., 2019).

7.4. Tipos y modelos de cuidados

Según la Fundación Saldarriaga Concha *et al.* (2023, p. 268), el cuidado puede clasificarse de acuerdo al actor que lo brinde. De manera general, se distinguen dos tipos de cuidado: el primero es el formal, proporcionado por las personas profesionales de la salud, psicólogas, trabajadoras sociales que reciben una remuneración monetaria. El segundo es el cuidado no remunerado, que recae sobre miembros de la familia o en la comunidad; precisamente, el cuidado no remunerado es la modalidad que tiene mayor cobertura en Colombia.

El trabajo de cuidado comprende actividades destinadas al bienestar cotidiano de las personas en diversos planos: material, económico, moral y emocional.

Las redes formales e informales de cuidados consisten en sistemas y estructuras que posibilitan brindar apoyo y cuidado a personas que lo requieran; algunos de los motivos son edad, discapacidad, enfermedad u otro tipo de situación. El papel de estas redes ha sido fundamental en la sociedad, ya que proporcionan asistencia, atención y ayuda a aquellas personas que la necesiten para realizar las ABVD.

Las redes formales de cuidado incluyen programas y servicios provistos por instituciones y profesionales capacitados en cuidados. Se caracterizan por estar reguladas a través de políticas gubernamentales y pueden necesitar de profesionales con formación específica en algún área —personas enfermeras, médicas, trabajadoras sociales, psicólogas—. Las redes informales de cuidado suponen el apoyo brindado por familiares, amistades y vecindad que no cuentan con una formación

o capacitación formal en el cuidado. En muchas sociedades constituyen la fuente principal de cuidado para las personas que lo necesitan, sobre todo en la realización de actividades básicas como el baño, la alimentación, la movilidad, la compañía o el apoyo con la provisión de tratamientos médicos. Se trata de una labor crucial y determinante para una importante proporción de población mayor y que constituye diversos retos, tales como la falta de acceso a recursos —infraestructura, medicamentos, aparatos médicos, solvencia financiera, entre otros—, a los que se suman el cansancio y las limitaciones físicas y de tiempo de las propias personas cuidadoras.

Cabe mencionar la relevancia de las cuidadoras y los cuidadores formales e informales como redes que actúan de manera complementaria para cubrir las necesidades de personas que requieren atención.

De acuerdo al enfoque de los cuidados, se tiene otra clasificación:

- a) Cuidado emocional
- b) Cuidado de mediación
- c) Cuidado financiero
- d) Autocuidado

Según la Fundación Saldarriaga Concha et al. (2023, p. 268), cuando existen impedimentos para efectuar las ABVD por parte de la población mayor, se tienen cuatro escenarios para obtener los cuidados necesarios: a) cuidado no remunerado, b) cuidado formal, c) cuidado formal y no remunerado, d) ningún tipo de cuidado. Además, pueden mencionarse tres categorías de ayuda en el cuidado no remunerado: apoyo material o instrumental, apoyo informativo o estratégico y apoyo emocional (Rogerio-García, 2009, p. 394).

7.5. Servicios sociales de atención a la población mayor en Colombia

Colombia tiene diversos programas y servicios sociales orientados al cuidado de la población mayor. Se pueden encontrar algunos otorgados a través del gobierno, mientras que otros los ofrecen organizaciones no gubernamentales y empresas privadas. A continuación se mencionan algunos de los más extendidos en el país, por su cobertura y relevancia.

7.5.1. Sistema de Subsidio Familiar

El Sistema de Subsidio Familiar brinda protección a través de los servicios sociales de las personas afiliadas o beneficiarias de los programas específicos para la población mayor o de la atención a las personas pensionadas. El acceso, calidad y disponibilidad de los programas y servicios está sujeto a la situación socioeconómica y región de la población mayor.

Servicios sociales de las Cajas de Compensación Familiar (CCF): en 2023, las CCF, entre personas afiliadas y beneficiarias, superaron los 2 millones de personas afiliadas mayores de 60 años, equivalente al 10% de la población total de las cajas.⁸⁸ Los servicios sociales que se prestan a las personas mayores son: educación, cultura, recreación, turismo, deporte, capacitación para el trabajo, biblioteca, microcrédito, programas de salud y nutrición, y crédito social.

⁸⁸ La población total es aproximadamente de 21,3 millones.

Tabla 2. Personas afiliadas promedio por grupos de edad y género, 2023

Edad	Mujeres	Hombres	Otro	Total general	Porcentaje
Menores de 18 años	399	551	0	951	0 %
18 a 21 años	158.498	233.153	1	391.653	3,7 %
22 a 28 años	933.002	1.183.125	17	2.116.145	19,8 %
29 a 49 años	2.717.017	3.278.287	32	5.995.336	56 %
50 a 59 años	616.955	852.895	4	1.469.853	13,7 %
60 años o más	300.938	427	3	727.942	6,8 %
Total	4.726.810	5.975.012	58	10.701.879	100 %

Fuente: ASOCAJAS (2024), con cifras hasta marzo de 2024.

Según la información mostrada en la tabla 2, la población mayor de 60 años representaba más de 725.000 personas afiliadas en promedio para el 2023, que suponen cerca del 7% del total de las personas afiliadas.

Tabla 3. Personas beneficiarias por grupos de edad y género

Edad	Mujeres	Hombres	Otro	Total general	Porcentaje
Menores de 18 años	2.782.558	2.901.202	14	5.683.774	53,3 %
18 a 29 años	686.023	493.24	3	1.179.265	11,1 %
29 a 59 años	1.627.607	817.429	12	2.445.048	22,9 %
60 años o más	816.37	544.78	3	1.361.154	12,8 %
Total	5.912.557	4.756.651	32	10.669.240	100 %

Fuente: ASOCAJAS (2024), con cifras hasta marzo de 2024.

La proporción de mayores de 60 años es, en este caso, muy cercana al 13%, que en valores absolutos es de 1.361 millones (ver la tabla 3). De acuerdo con la información mostrada en la tabla 4, entre personas afiliadas y beneficiarias, la población mayor de 60 años sujeta de servicios y programas de las CCF supera los 2 millones, ya que suman 2.089.095 —entre

los cuales 727.942 son personas afiliadas y 1.361.154 son personas beneficiarias—, lo que representa al 10% de la población con derecho al Subsidio Familiar que recibe el 15% de las cuotas monetarias.

Tabla 4. Población cubierta por el subsidio familiar por grupo de edad, 2023

Edad	Persona afiliada más persona beneficiarias	Porcentaje
Menor de 18 años	5.684.725	27 %
De 18 a 29 años	3.687.063	17 %
De 29 a 59 años	9.910.237	46 %
60 años o más	2.089.095	10 %
Total	21.371.120	100 %

Fuente: ASOCAJAS (2024), con cifras hasta marzo de 2024.

La estadística de los usos por edad, indicada en la tabla 5, muestra que se realizaron 2.9 millones de actividades en 2023, incluyendo actividades como uso de biblioteca, cultura, educación formal, no formal y para el trabajo, programas para la persona adulta mayor y para las personas con discapacidad, recreación y turismo. Por su parte, los programas especiales para la persona adulta mayor en el 2022 protegieron a 148.886 personas. En términos porcentuales, los usos de los servicios sociales de las CCF se concentran en un 75% en recreación, 9% en turismo, 9% en educación para el trabajo y un 8% en lo que atañe a la cultura.

Tabla 5. Usos de servicios sociales de las CCF, persona mayor

Servicio	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Porcentaje
Biblioteca	33.752	79.851	74.022	72.57	100.607	137.62	5 %
Cultura	36.24	68.464	38.123	103.512	70.69	96.375	3 %

Educación formal	20	69	83	20	1	0	0 %
Educación no formal	-	-	6	-	-	-	0 %
Educación para el trabajo	81.341	132.929	63.567	95.355	155.179	246.886	9 %
Programas adulto mayor ⁸⁹	169.724	179.443	86.784	136.422	27.575	4.497	0 %
Programas población con discapacidad	2.454	696	96	953	1	22	0 %
Recreación	1.274.948	1.365.384	466.763	1.024.485	1.707.974	2.148.840	75 %
Salud Nutrición Ley 21 del 82	1.666	521	23	140	0	202	0 %
Turismo	184.321	205.354	77.627	183.403	257.583	248.437	9 %
Total general	1.784.466	2.032.711	807.094	1.616.860	2.319.610	2.882.879	100 %

Fuente: ASOCAJAS (2024), con cifras hasta marzo de 2024.

7.5.2. Los cuidados sociales para la población mayor y las personas con dependencia⁹⁰ en Colombia

Según información de la Fundación Saldarriaga Concha *et al.* (2023), Colombia cuenta con distintos servicios de cuidados para la población mayor, los cuales atienden necesidades como salud, recreación, atención médica, acompañamiento, entre otras. Los recursos, que deberían estar disponibles por parte del Estado y en parte ser desarrollados por particulares pero con articulación única, son:

⁸⁹ En masculino, en el documento original.

⁹⁰ Servicios complementarios.

- a) Servicio centro día o vida para la persona adulta mayor:⁹¹ son instituciones destinadas al cuidado, bienestar integral y asistencia social de la población mayor que prestan sus servicios en horas diurnas (Función Pública de Colombia, 2008).
- b) Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal: se coordinan con servicios de salud, con los programas de inclusión laboral y social y con las redes sociales de apoyo. Algunos municipios lo desarrollan mediante programas de gerontología.
- c) Servicio de teleasistencia: es un sistema de comunicación y monitoreo orientado a coordinar a través de medios digitales y telefónicos, con énfasis en los avances tecnológicos médicos.
- d) Servicio de atención a domicilio (SAD): atención de las necesidades del hogar, cuidados personales, actividades de apoyo psicosocial, ayudas técnicas, adaptación y seguridad de vivienda, medicación y alimentación.
- e) Centros de día para la persona adulta mayor:⁹² instituciones destinadas al cuidado, bienestar integral y asistencia social de la población mayor que prestan sus servicios en horas diurnas (Función Pública de Colombia, 2008).
- f) Centros de protección social para la persona adulta mayor:⁹³ instituciones de protección destinadas al ofrecimiento de servicios de hospedaje, de bienestar

⁹¹ En masculino, en el documento original.

⁹² En masculino, en el documento original.

⁹³ En masculino, en el documento original.

social y cuidado integral de manera permanente o temporal a la población mayor (Función Pública de Colombia, 2009b).

- g) Instituciones de atención: instituciones públicas, privadas o mixtas que cuentan con infraestructura física (propias o ajenas) en donde se prestan servicios de salud o asistencia social y, en general, se dedican a la prestación de servicios de toda índole buscando beneficiar a la población mayor en las diversas esferas de su promoción personal como sujetos con derechos plenos⁹⁴ (Función Pública de Colombia, 2009b).
- h) Centros residenciales para personas adultas mayores: son aquellos destinados a la vivienda permanente o temporal de las personas mayores, donde se ofrecen servicios de hospedaje, alimentación, recreación, actividades productivas, de protección y cuidado integral de las personas adultas mayores. Estos centros también pueden contar con servicios de centro día, atención domiciliaria o teleasistencia.
- i) Servicios de cuidadores:⁹⁵ consisten en servicios de cuidadoras y cuidadores formales, apoyo a personas cuidadoras informales, estrategias y servicios de respiro, así como nuevas tecnologías, como los cuidadores robóticos.

Un mecanismo de financiamiento es el de la estampilla para el bienestar de la persona adulta mayor,⁹⁶ la cual se define como un recurso de obligatorio recaudo para contribuir a la construcción, instalación, adecuación, dotación,

⁹⁴ Ley 1315 del 2009 (Función Pública de Colombia, 2009b).

⁹⁵ En masculino, en el original.

⁹⁶ En masculino, en la nomenclatura institucional oficial.

funcionamiento y desarrollo de programas de prevención y promoción de los Centros de Bienestar del Anciano y los Centros de Vida para la Tercera Edad en cada una de sus respectivas entidades territoriales. El 70%, como mínimo, de los recursos acumulados por esta vía se utilizarán para financiar los Centros de Vida, y el porcentaje restante se usará para la dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano⁹⁷ (Función Pública de Colombia, 2009a).

Tabla 6. Resumen de los servicios sociales de las CCF y cuidados sociales para la persona mayor

Servicios sociales de las Cajas de Compensación Familiar (CCF) ⁹⁸	Los cuidados sociales para la persona adulta mayor y las personas con dependencia
a) Educación, cultura, turismo y recreación	a) Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal
b) Entorno físico y social favorable	b) Servicio de atención a domicilio (SAD)
c) Productividad, empleo y emprendimiento (involucrar a la población mayor en el desarrollo económico y productivo de nuestro país)	c) Servicio de centro de día (vida) y noche
d) Capacitación a cuidadores	d) Servicio de atención residencial
	e) Servicios de cuidadores

Fuente: ASOCAJAS (2024), con cifras hasta marzo de 2024.

Los servicios o cuidados sociales se refieren a los descritos y orientados a las personas con algún grado de dependencia. Los cuidados sociosanitarios, por sus características especiales, pueden beneficiarse de acciones simultáneas de los servicios de salud (sanitarios) y sociales, con la finalidad de aumentar la autonomía, reducir las limitaciones o sufrimientos y facilitar la reinserción social de las personas mayores o con algún grado de dependencia.

⁹⁷ Artículo 3 de la Ley 1276 de 2009 (Función Pública de Colombia, 2009a).
⁹⁸ Los de la Propuesta del convenio.

Destaca la importancia para la población mayor de acceder a los servicios sociales y a los cuidados, ya que su calidad de vida mejora notablemente; por ello, es necesario buscar ampliar su cobertura: en la medida en que la población colombiana envejece, requiere de mayor apoyo, y, como se ha observado, es de tipo cada vez más especializado.

De acuerdo con el diagnóstico realizado en este capítulo, se observa que Colombia ha tenido avances significativos en materia de servicios sociales y cuidados; sin embargo, algunos programas se encuentran en desarrollo o su cobertura es reducida, determinada por su ubicación geográfica y nivel socioeconómico (los cuales son diferenciados). A continuación se mencionan algunas conclusiones del capítulo que hacen énfasis en las principales problemáticas de los servicios sociales y cuidados.

7.6. Conclusiones

El proceso de envejecimiento en Colombia es heterogéneo y diverso entre regiones y departamentos. Destacan importantes diferencias en el acceso y calidad de los cuidados y limitantes sociodemográficas para lograr una mayor cobertura de la protección integral de la población mayor.

Con el envejecimiento de la población colombiana crece también la demanda de cuidados y servicios sociales especializados. Este proceso de envejecimiento ha generado la necesidad de ampliar y mejorar las infraestructuras y programas destinados a la atención de la población mayor.

Los cuidados en Colombia afrontan importantes desafíos: por un lado, el acceso a los cuidados, determinado por la diferenciación de ingresos, situación geográfica, sexo u ocupación; por otro lado, los retos que enfrentan las personas que cuidan, los problemas de formación y capacitación de las y los profesionales de la salud.

Es importante señalar la necesidad de políticas públicas que promuevan la equidad en el acceso a los cuidados, así como la profesionalización del cuidado y de las personas cuidadoras. Lo anterior, aunado a destacar la relevancia de sensibilizar y promover el papel de los cuidados en la sociedad, ya que los cuidados familiares, al no ser remunerados, no son considerados como actividades laborales. Tampoco se reconoce la importante función que desempeñan las personas profesionales y cuidadoras informales en las sociedades.

Otra cuestión importante a resolver en los cuidados es la regulación que garantice los derechos de la población mayor y de las personas cuidadoras, además de reducir las jornadas de trabajo para estas últimas.

El papel de las mujeres en el cuidado de la vejez es clave, dado su mayor crecimiento poblacional y su tradicional dedicación a las tareas del hogar, pero no se ve reconocido de manera constante en el mercado de trabajo, y esto afecta su acceso a servicios y garantías de protección en la vejez, como lo son la pensión, los servicios de salud e incluso los ingresos. Señala Pautassi (2018, p. 721) que en los últimos años la labor de cuidado ha adquirido una forma particular, producto de las demandas históricas de las mujeres por transformar esta tarea, desnaturalizándola de todas las asignaciones relacionadas con la reproducción social, para reclamar su visibilización como trabajo, uno de alta especialización y niveles de complejidad, que asumieron durante mucho tiempo las mujeres sin ser reconocidas por su labor, ni a nivel familiar ni social, y sin contar con protección jurídica, regulatoria ni laboral.

8. Institucionalidad de la política de envejecimiento

■ **Mauricio Olivera⁹⁹**

■ Resumen

Durante casi dos décadas, Colombia ha intentado implementar una política de envejecimiento y su estructura institucional ha evolucionado significativamente. Con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2006-2010 se sentó un precedente en materia de políticas de envejecimiento, haciendo énfasis en un enfoque multisectorial y de cooperación en todos los niveles de gobierno. Posteriormente, la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024 subrayó la importancia de la coordinación intersectorial y la participación de organizaciones de personas mayores, entidades territoriales e instituciones académicas y de investigación, promoviendo la inclusión social y un enfoque basado en los derechos humanos.

⁹⁹ Economista. Actualmente vicerrector administrativo y financiero de la Universidad de los Andes de Colombia. Anteriormente, viceministro de empleo y pensiones del Ministerio del Trabajo y presidente de COLPENSIONES.

Lo anterior pone de relieve los avances logrados en el marco jurídico e institucional, al establecer un enfoque integral y de responsabilidad compartida entre el Estado, la sociedad civil, las familias y el sector privado.

Un hito importante se alcanzó con el Decreto 681 de 2022, que estableció la Política Pública Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez 2022-2031, creó mecanismos para la implementación de la misma e incluyó la creación del Observatorio Nacional del Envejecimiento y la Vejez.

8.1. Antecedentes de la política de envejecimiento en Colombia

Colombia empezó a plantear hace casi dos décadas una política de envejecimiento, y su institucionalidad ha evolucionado acorde con los avances de la política. El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2006-2010 “Estado comunitario: desarrollo para todos” establece las bases para la integración de la política de envejecimiento dentro del marco de desarrollo nacional, promoviendo una perspectiva intersectorial que involucra a diversas entidades gubernamentales.

Institucionalmente, el PND enfatiza la necesidad de una colaboración estrecha entre distintos niveles de gobierno para abordar de manera integral los problemas asociados con el envejecimiento. La coordinación entre ministerios como el de Salud y Trabajo, y entidades territoriales es crucial para asegurar una implementación efectiva de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Casi una década después, con la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024, se avanza hacia un enfoque más específico y detallado. Este documento no solo refuerza la coordinación intersectorial iniciada en el

PND, sino que también amplía la participación de actores adicionales, como las instituciones educativas y los consejos territoriales de personas mayores. La política pone un fuerte énfasis en la educación y la formación continua, así como en la investigación en gerontología y geriatría, pues reconoce la importancia de un enfoque integral y basado en la evidencia para promover el envejecimiento saludable. Además, se promueve la inclusión social y la participación activa de las personas mayores en la vida comunitaria y política, subrayando la necesidad de un enfoque de derechos humanos.

Luego, el Decreto 681 de 2022 representa un paso significativo en la institucionalización de la política de envejecimiento en Colombia. Este decreto establece la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, introduciendo mecanismos más robustos para la implementación, monitoreo y evaluación de las políticas. La creación del Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez es un avance crucial, ya que permite una recopilación y análisis sistemáticos de datos que informarán la formulación de políticas basadas en evidencias. Este observatorio, junto con la mayor participación de entidades del gobierno y la sociedad civil, asegura una acción coordinada y multidimensional para garantizar un envejecimiento digno y saludable.

Entre las principales áreas estratégicas de la política de envejecimiento que define el Decreto 681 se encuentran: la salud integral, que busca garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud adaptados a las necesidades de las personas mayores; la protección social, enfocada en fortalecer los sistemas de seguridad social y las pensiones para asegurar ingresos adecuados y sostenibles para esta población; la educación y capacitación continua, que fomenta el desarrollo personal y profesional de las personas mayores a lo largo de su vida; y, finalmente, prioriza la creación de entornos amigables y accesibles, lo que implica adaptar

los espacios públicos y privados para facilitar la movilidad, seguridad y participación activa de las personas mayores en la sociedad.

En resumen, la evolución de la política de envejecimiento en Colombia ha sido marcada por un creciente énfasis en la intersectorialidad, la coordinación y la participación inclusiva. Desde el PND 2006-2010 —que sentó las bases para la integración de políticas de envejecimiento en el desarrollo nacional—, pasando por la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024 —que amplió la participación y el enfoque en la educación continua—, hasta el Decreto 681 de 2022 —que institucionalizó la política y estableció mecanismos de monitoreo y evaluación— se observan avances hacia un enfoque más integral y basado en derechos humanos para abordar los desafíos del envejecimiento.

■ 8.2. Evolución de la institucionalidad de la política de envejecimiento en Colombia

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) establece la base para la integración de políticas de envejecimiento dentro del marco de desarrollo nacional. En este documento, la política de envejecimiento se aborda desde una perspectiva intersectorial, involucrando a varias entidades del gobierno central y territorial para asegurar una implementación efectiva. El PND enfatiza la coordinación entre diferentes ministerios y organismos, promoviendo un enfoque integral y multidimensional para enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población. La tabla 1 presenta las entidades involucradas y sus funciones, y permite identificar las diferentes políticas que se integran.

Tabla 1. Institucionalidad para la política de envejecimiento del PND 2006–2010

Entidad	Función
Ministerio de Salud y Protección Social	Coordinar políticas de salud y envejecimiento.
Departamento Nacional de Planeación (DNP)	Integrar políticas de envejecimiento en el desarrollo nacional.
Ministerio del Trabajo	Fomentar la inclusión laboral de las personas mayores.
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)	Proveer atención y protección social a personas mayores vulnerables.
Entidades territoriales	Implementar políticas a nivel local.

Fuente: Plan Nacional de Desarrollo 2016–2010.

La Política Colombiana de Envejecimiento y Vejez 2015–2024 incluye avances frente al PND en varios aspectos sobre políticas de envejecimiento en la República. Mientras que el plan establece una base intersectorial y coordina diversas entidades gubernamentales para integrar políticas de envejecimiento en el desarrollo nacional, la política profundiza en estos esfuerzos con un enfoque más específico y detallado, que abarca una gama más amplia de actores y áreas de intervención.

Primero, introduce un enfoque más robusto en la educación y formación continua, reconociendo que el aprendizaje a lo largo de la vida es fundamental para un envejecimiento saludable y activo. Establece programas educativos específicos y fomenta la investigación en gerontología y geriatría, áreas que no fueron tan desarrolladas en el PND. Esta inclusión refuerza la capacidad de las personas mayores para mantenerse activas y participar en la sociedad, además de preparar a personas profesionales capacitadas para atender sus necesidades.

Segundo, refuerza la participación de actores adicionales como los Consejos Territoriales de Personas Mayores y las

instituciones educativas. Mientras que el PND se centra en la coordinación entre los ministerios y entidades territoriales, la política amplía esta participación a otros sectores clave de la sociedad, promoviendo una mayor inclusión y representatividad de las personas mayores en la formulación y supervisión de las políticas que las afectan. Este enfoque participativo asegura que las políticas sean más inclusivas y reflejen las necesidades y aspiraciones de las personas mayores.

Tercero, introduce mecanismos específicos para la protección social y la promoción de la inclusión laboral. Establece claramente la responsabilidad de diferentes ministerios de promover la empleabilidad y la protección social de las personas mayores, con lo cual deben asegurar que estas tengan acceso a oportunidades laborales y a un sistema de protección que garantice su bienestar.

Finalmente, incorpora un enfoque basado en derechos humanos, asegurando que las políticas no solo se centren en la asistencia y el apoyo, sino también en la promoción y defensa activa de los derechos de las personas mayores. Este enfoque garantiza que todas las acciones y programas estén orientados a respetar y promover los derechos de esta población.

En resumen, la política de envejecimiento 2015-2024 profundiza y expande los esfuerzos iniciados por el PND 2006-2010, ofreciendo un marco más integral y detallado para abordar los desafíos del envejecimiento en Colombia. Destaca la necesidad de un enfoque multisectorial que involucre a diferentes ministerios y actores, e incluye a instituciones educativas y consejos territoriales. La tabla 2 presenta las diferentes entidades involucradas y sus funciones relacionadas con las diferentes políticas. El Ministerio de Salud y Protección Social empieza a jugar el papel de rector de la política.

Tabla 2. Institucionalidad de la Política Colombiana de Envejecimiento y Vejez 2015–2024

Entidad	Función
Ministerio de Salud y Protección Social	Rector de la política, formulación y seguimiento de estrategias nacionales.
Ministerio del Trabajo	Promover la empleabilidad y protección social de las personas mayores.
Ministerio de Educación Nacional	Fomentar la educación y formación continua para personas mayores.
Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	Recolección de datos y análisis estadístico sobre envejecimiento.
Consejos Territoriales de Personas Mayores	Participar y supervisar la implementación de políticas.
Instituciones de educación superior	Investigar y formar en gerontología y geriatría.

Fuente: Política Colombiana de Envejecimiento y Vejez 2015–2024.

Finalmente, el Decreto 681 del 2 de mayo de 2022 actualiza la política de envejecimiento y la extiende hasta el año 2031. Introduce mecanismos más robustos para la implementación, monitoreo y evaluación de las políticas. Primero, establece la creación del Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez (ONEV) —aunque este ya había sido establecido en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018—, una entidad dedicada a la recopilación, sistematización, análisis y divulgación de información relacionada con el envejecimiento y la vejez. Este observatorio permite un seguimiento continuo y detallado de la implementación de la política, algo que no estaba explícitamente contemplado en la Ley de Envejecimiento. La existencia de un observatorio especializado busca que las políticas se basen en datos actualizados y evidencia sólida, lo que facilita la identificación de áreas de mejora y la toma de decisiones informadas.

Segundo, introduce el Plan Nacional de Acción Intersectorial para la Implementación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. Este plan define metas, acciones, responsables, recursos e indicadores de gestión, y resultado e impacto a corto, mediano y largo plazo. La inclusión de este plan en el Decreto 681 permite una implementación más organizada y coordinada de las políticas, lo cual asegura que todas las entidades involucradas trabajen de manera sincronizada y con objetivos claros.

Tercero, enfatiza la necesidad de un enfoque de corresponsabilidad, involucrando no solo al Estado, sino también a la sociedad civil, las familias y el sector privado en la implementación de la política de envejecimiento, y establece mecanismos concretos para garantizar esta colaboración, promoviendo una acción colectiva y multisectorial para abordar los desafíos del envejecimiento de manera integral.

Cuarto, refuerza la institucionalidad y la coordinación entre las diversas entidades del gobierno y otros actores relevantes. La creación de lineamientos técnicos para la formulación y actualización de políticas territoriales de envejecimiento y vejez asegura que las políticas nacionales se adapten y se implementen efectivamente a nivel local.

Finalmente, establece áreas estratégicas clave para la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, que son implementadas a través de una estructura de institucionalidad bien definida. La salud integral, por ejemplo, es coordinada principalmente por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual se encarga de mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud para las personas mayores. La protección social es gestionada por el Ministerio del Trabajo, que se dedica al fortalecimiento de los sistemas de seguridad social y pensiones, lo que asegura ingresos adecuados para esta población. La educación y capacitación continua es promovida por el Ministerio de

Educación, que desarrolla programas para el desarrollo personal y profesional de las personas mayores. Por último, la creación de entornos amigables y accesibles es una responsabilidad compartida entre diversas entidades, en la que se incluye al Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, y las entidades territoriales, que adaptan los espacios públicos y privados para facilitar la movilidad, seguridad y participación activa de las personas mayores en la sociedad. Esta coordinación interinstitucional asegura una implementación efectiva y coherente de la política en todas sus áreas estratégicas.

La tabla 3 presenta las diferentes entidades involucradas y sus funciones relacionadas con las diferentes políticas.

Tabla 3. Institucionalidad para la política de envejecimiento del Decreto 681 de 2022

Entidad	Función
Ministerio de Salud y Protección Social	Coordinar la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031.
Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez	Monitorear y analizar datos sobre envejecimiento y vejez.
Entidades territoriales	Implementar la política a nivel departamental, distrital y municipal.
Consejo Nacional de Personas Mayores	Participar en la formulación y seguimiento de políticas.
Ministerio de Educación Nacional	Desarrollar programas educativos para personas mayores.
Ministerio del Trabajo	Fomentar la inclusión laboral y protección de derechos laborales.
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)	Proveer protección social y atención a personas mayores en situación de vulnerabilidad.

Fuente: Decreto 681 de 2022.

8.3. Institucionalidad de envejecimiento en el mundo

Hernández (2024), analiza diversas estrategias y programas de servicios sociales para personas mayores en diferentes regiones del mundo, donde destacan Europa, América y Asia. Subraya dos tipos de servicios: los obligatorios, relacionados con la seguridad social, y los voluntarios, que incluyen asistencia médica, formación, vivienda social y servicios de larga duración. Parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y otros pactos internacionales que reconocen los derechos de las personas mayores como servicios sociales. En Europa existen cuatro modelos: i) el escandinavo, que es universal, financiado con impuestos, con servicios sociales de alta cobertura (Suecia, Dinamarca y Noruega); ii) el anglosajón, que se basa en la comprobación de ingresos, con responsabilidad local en la organización de los servicios (Reino Unido); iii) el continental, en el cual el Estado financia los servicios sociales (Alemania, Austria, Países Bajos, Francia y Bélgica), y iv) el mediterráneo, con provisión estatal limitada, énfasis en la responsabilidad familiar y la participación de entidades del sector social (España, Grecia, Portugal, Chipre, Malta e Italia).

En Asia, dos países tienen el modelo basado en seguros e impuestos. En Japón, el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar es el principal responsable de la administración de los servicios sociales para personas mayores. El país cuenta con un sistema de seguros de cuidado a largo plazo, que cubre una amplia gama de servicios, incluyendo atención domiciliaria, centros de día y residencias para mayores. Este sistema, financiado mediante una combinación de impuestos y primas de seguro, garantiza que todas las personas mayores tengan acceso a los cuidados necesarios. Además, Japón pone un fuerte énfasis en la integración de servicios médicos

y sociales para mejorar la calidad de vida y promover el envejecimiento activo y saludable. Corea del Sur, a través del Ministerio de Salud y Bienestar, administra los servicios sociales para personas mayores, con un sistema de cuidado a largo plazo similar al de Japón. Este sistema ofrece servicios de atención domiciliaria, centros de día, asistencia médica y residencias para mayores. Financiado por una mezcla de impuestos y contribuciones del seguro, el modelo surcoreano también se centra en proporcionar una atención integral que combine servicios médicos y sociales. Corea del Sur ha implementado políticas innovadoras para abordar el envejecimiento de la población y mejorar el bienestar de las personas mayores, incluyendo el uso de tecnología para la monitorización y cuidado remoto. La tabla 4 presenta las instituciones existentes en los diferentes países analizados de estas dos regiones.

Tabla 4. Institucionalidad para la política de envejecimiento en diferentes países de Europa y Asia

País	Instituciones	Función de cada institución
Suecia	Ministerio de Salud y Asuntos Sociales	Supervisión de la atención médica y social integral, servicios de atención domiciliaria, centros de día y residencias.
Dinamarca	Ministerio de Asuntos Sociales	Gestión de la atención domiciliaria, servicios de rehabilitación, centros de día y residencias de ancianos.
Noruega	Ministerio de Salud y Servicios de Cuidados	Coordinación de servicios de atención médica y domiciliaria, centros de día y hogares de cuidado a largo plazo.
Reino Unido	Servicio Nacional de Salud (NHS)	Provisión de atención médica, asistencia domiciliaria, cuidados paliativos y servicios de atención en residencias.
	Autoridades locales	Organización y financiación de servicios de asistencia social y cuidado a largo plazo.

Alemania	Ministerio Federal de Salud	Administración de seguros de cuidado a largo plazo, supervisión de servicios de atención domiciliaria y residencias.
Francia	Ministerio de Solidaridad y Salud	Regulación de la atención médica y social, asistencia domiciliaria, centros de día y hogares de cuidado a largo plazo.
Japón	Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar	Gestión de seguros de cuidado a largo plazo, atención domiciliaria, centros de día y residencias para mayores.
Corea del Sur	Ministerio de Salud y Bienestar	Administración de servicios de atención domiciliaria, centros de día, asistencia médica y residencias para mayores.

Fuente: Protección Integral a Personas Mayores en el Mundo. Un Enfoque desde los Servicios Sociales.

La CEPAL (2022) permite clasificar las políticas de envejecimiento de América Latina en cinco modelos, tal como lo muestra la tabla 5.

Tabla 5. Modelos para la política de envejecimiento en América Latina

Modelo	Descripción	Ejemplos
Protección Social Integral	Provisión de una amplia gama de servicios y beneficios sociales para las personas mayores, incluyendo pensiones contributivas y no contributivas, servicios de salud y programas de asistencia social.	Brasil, Argentina
Enfoque de Derechos Humanos	Garantizar los derechos humanos de las personas mayores, promoviendo su inclusión y participación activa en la sociedad. Se basa en instrumentos internacionales como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.	Costa Rica, Uruguay

Atención Integral en Salud	Fuerte énfasis en la salud integral de las personas mayores, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención médica y los cuidados paliativos. Busca asegurar el acceso universal a servicios de salud de calidad.	Cuba, Chile
Envejecimiento Activo y Participativo	Promueve un envejecimiento activo, donde las personas mayores participan activamente en actividades económicas, sociales, culturales y cívicas. Fomenta la educación continua y la inclusión digital.	México
Cuidados y Apoyo Familiar	Se enfoca en el apoyo a las familias que cuidan a las personas mayores, proporcionando capacitación para cuidadores y asistencia financiera. Reconoce la importancia de la familia en el cuidado de las personas mayores.	El Salvador, Perú

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2022.

La variedad de modelos de políticas de envejecimiento en América Latina refleja la diversidad de contextos y condiciones en cada país. Esta diversidad es el resultado de diferentes niveles de desarrollo económico, marcos legales y políticos, influencias culturales, participación de la sociedad civil, prioridades gubernamentales y capacidad de respuesta a desafíos emergentes. Estos factores combinados crean un panorama complejo y variado de cómo se abordan las necesidades y derechos de las personas mayores en la región. Esta variedad de modelos se refleja en una institucionalidad muy diferente en cada país (ver tabla 6).

Tabla 6. Institucionalidad para la política de envejecimiento en diferentes países de América Latina

País	Instituciones	Funciones relacionadas con las políticas de envejecimiento
Argentina	Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI), Dirección de Personas Adultas y Mayores del Ministerio de Salud, Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES), Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad.	Diseño y coordinación de políticas públicas para personas adultas mayores, provisión de servicios de salud y seguridad social, defensa de derechos humanos de personas mayores, apoyo a la igualdad de género en la vejez.
Bolivia	Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional (MJTI).	Protección de derechos de las personas mayores, supervisión de cumplimiento de leyes y políticas relacionadas con la justicia y transparencia institucional en la vejez.
Brasil	Secretaría Nacional para la Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Mayores (SNDPI), Ministerio de la Mujer, la Familia y los Derechos Humanos, Ministerio de la Ciudadanía, Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y Previsión Social, Ministerio de Economía, Ministerio de Educación.	Promoción y defensa de los derechos de las personas mayores, coordinación de políticas de ciudadanía, salud, trabajo, economía y educación para personas adultas mayores.
Chile	Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), Ministerio de Desarrollo Social y Familia.	Implementación de políticas de desarrollo social para personas mayores, promoción del bienestar y derechos de las personas adultas mayores.
Costa Rica	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), Ministerio de Ambiente y Energía, Ministerio de Cultura, Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos, Ministerio de Ciencia, Innovación, Tecnología y Telecomunicaciones.	Desarrollo de políticas y programas para el bienestar de las personas adultas mayores, protección ambiental, fomento cultural, acceso a vivienda digna, promoción de ciencia y tecnología inclusivas para personas adultas mayores.

Cuba	Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED), Ministerio de Economía y Planificación, Ministerio de Salud Pública, Oficina Nacional de Estadística e Información, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.	Investigación en longevidad y envejecimiento, planificación económica enfocada en personas adultas mayores, provisión de salud pública, recopilación de estadísticas, gestión de trabajo y seguridad social para personas mayores.
Guatemala	Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Comité Nacional de Protección a la Vejez (CONAPROV), Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente de la República, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), Ministerio de Trabajo y Previsión Social, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.	Desarrollo de políticas sociales para personas mayores, protección de la vejez, servicios sociales, seguridad social, supervisión laboral y salud pública para personas adultas mayores.
Honduras	Dirección General del Adulto Mayor (DIGAM), Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS), Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras, Fiscalía del Adulto Mayor, Alcaldía Municipal de Tegucigalpa, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud.	Protección y promoción de derechos de las personas mayores, recopilación de estadísticas sobre envejecimiento, fiscalización, educación y salud para personas adultas mayores.
México	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) de la Secretaría de Bienestar.	Provisión de servicios de bienestar y protección social a las personas adultas mayores, promoción de envejecimiento activo, coordinación de programas y políticas para la inclusión social y laboral de personas mayores.

Fuente: Protección Integral a Personas Mayores en el Mundo. Un Enfoque desde los Servicios Sociales.

8.4. Análisis de la institucionalidad actual en Colombia

La institucionalidad de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, establecida en el Decreto 681, se organiza bajo varias estructuras clave, entre las cuales se destacan:

- a) Sistema Nacional de Cuidado (SNC):¹⁰⁰ la política busca identificar, articular y fortalecer la oferta de servicios sociosanitarios de atención integral para la población mayor, bajo la rectoría del SNC. Este sistema coordinará la creación de un registro de instituciones prestadoras de servicios sociales y sociosanitarios, como centros vida, centros día, centros de ayuda a domicilio y centros de larga estancia.
- b) Registro de instituciones: se creará un registro de instituciones prestadoras de servicios dirigidos a personas mayores, que incluirá información sobre modalidades de atención, ubicación, cupos disponibles, servicios, programas desarrollados y condiciones de infraestructura. Este registro permitirá analizar la oferta del mercado y las necesidades de la población mayor.
- c) Estándares de calidad: se generarán e implementarán estándares de calidad para la prestación de servicios de atención integral, que incluirán criterios para identificar a la población vulnerable, fomentar la reconstrucción y mantenimiento de vínculos familiares, y establecer canales de comunicación entre servicios de salud y servicios sociosanitarios.
- d) Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez (ONEV): este observatorio, a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, recopilará, sistematizará, analizará y documentará información

¹⁰⁰ La secretaría técnica del SNC está en el Departamento Nacional de Planeación (DNP). La Dirección de Desarrollo Social ejerce la Secretaría Técnica de la Comisión Intersectorial de la Política Nacional de Cuidado, la cual tiene como función coordinar y articular las acciones de los diferentes actores involucrados en la implementación de la Política Nacional de Cuidado.

relacionada con el envejecimiento y la vejez. Su objetivo es monitorear la implementación de la política y el Plan Nacional de Acción Intersectorial, así como evaluar la política y generar recomendaciones.

Estas estructuras buscan asegurar una gestión integral y coordinada de los servicios y recursos destinados a la población mayor, promoviendo un envejecimiento saludable y una vejez digna y autónoma.

La entidad que coordina la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031 es el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta entidad es responsable de formular el Plan Nacional de Acción Intersectorial, crear el Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez, y liderar la implementación, monitoreo, seguimiento y evaluación de la política. Este ministerio actúa como el ente rector de la política, coordinando las acciones y responsabilidades de las diversas entidades involucradas.

El observatorio dará seguimiento al Plan Nacional de Acción Intersectorial de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, que involucra a las entidades descritas en la tabla 3. Arriba, cada entidad tiene responsabilidades específicas para garantizar la implementación eficaz de la política, y todas trabajan en conjunto para asegurar una respuesta integral y coordinada a las necesidades de la población mayor, promoviendo el bienestar y la calidad de vida de estas.

Para la coordinación interinstitucional, el Decreto 681 crea en el Ministerio de Salud y Protección Social el Consejo Nacional de Personas Mayores (CNPM) como órgano principal de coordinación y orientación de la política, compuesto por los ministerios relevantes (Salud y Protección Social, Trabajo, Educación, Vivienda, etc.), representantes de organizaciones

de personas mayores, delegados de entidades territoriales, representantes de instituciones académicas y de investigación, y otros actores claves en el ámbito del envejecimiento y la vejez.

Entre sus funciones están formular el Plan Nacional de Acción Intersectorial, asegurando que las estrategias y acciones sean coherentes con los objetivos de la política, hacer seguimiento y evaluar la ejecución de la política y de dicho plan, proporcionando recomendaciones y ajustes necesarios, así como promover la participación activa de las personas mayores y de las organizaciones de la sociedad civil en la implementación de la política. El Decreto plantea que el seguimiento y la evaluación de la implementación de la política se realicen de manera continua y sistemática, incluyendo la utilización de indicadores de gestión, resultado e impacto para medir el progreso y los efectos de las intervenciones, y que las entidades involucradas deben reportar periódicamente sus actividades y resultados al Consejo Nacional de Personas Mayores y al Ministerio de Salud y Protección Social.

En la práctica, existen limitaciones estructurales del CNPM que no le dan la autonomía necesaria para tomar decisiones efectivas e implementar políticas de manera independiente. Su rol es principalmente consultivo, lo que limita su capacidad de influencia en la formulación y ejecución de políticas públicas.

Un punto relevante es el de la financiación. La coordinación interinstitucional implica la gestión de recursos financieros. Se deben identificar y asignar los fondos necesarios para la implementación de las acciones previstas en la política, y se promoverán alianzas con el sector privado y organizaciones internacionales para complementar los recursos públicos. Finalmente, para la toma de decisiones, el CNPM se debe reunir de manera regular para discutir y revisar el progreso de la implementación de la política; las decisiones se toman por consenso y, cuando no es posible, por votación

de los miembros presentes, y se establece un mecanismo de reporte periódico al Ministerio de Salud y Protección Social y a otras entidades relevantes.

8.5. Conclusiones

Este análisis muestra que desde hace casi dos décadas en Colombia se ha buscado implementar una política de envejecimiento, para lo cual la institucionalidad ha avanzado y evolucionado hacia una coordinación interinstitucional, con el Ministerio de Salud y Protección Social como rector, y con el objetivo de formular un Plan Nacional de Acción Intersectorial para dar seguimiento a la implementación de la política.

9. Servicios sociales para personas mayores. Un acercamiento a experiencias en América Latina

■ Amalia Berenice Hernández¹⁰¹

■ Resumen

El presente capítulo describe los servicios sociales para personas mayores en once países, seleccionados por sus niveles de envejecimiento y por la madurez de sus programas y políticas públicas. Se presenta una clasificación de servicios sociales, tales como apoyos económicos, albergues, casas de día, centros comunitarios, cuidados a domicilio, acciones en beneficio de las finanzas personales, recreación y turismo, capacitación y otros, que atienden al desarrollo integral de la población mayor y procuran un envejecimiento exitoso. Debido al diferenciado proceso de envejecimiento en cada país, resulta pertinente una aproximación a las diferentes experiencias de protección a las personas mayores.

¹⁰¹ Investigadora especialista del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), es doctora en Derecho y Globalización, Administradora de Empresas y docente.

9.1. Introducción

El presente capítulo se propone presentar la experiencia de diversos países en materia de servicios sociales, específicamente dirigidos a las personas mayores. Han sido considerados en virtud de presentar diferentes niveles de envejecimiento (incipiente, moderado, avanzado), de manera que es posible ver aquellos que ya experimentan un envejecimiento avanzado y que cuentan con sistemas maduros para la protección a las personas mayores, así como aquellos países en los que el envejecimiento todavía no representa un problema pero que se preparan para hacer frente a esta transición demográfica.

Los servicios sociales permiten un alcance mayor a la seguridad social y sin duda son una importante alternativa para el desarrollo de las personas mayores y el logro de un envejecimiento exitoso en nuestras comunidades.

9.2. Servicios sociales, una aproximación conceptual

Las necesidades humanas son crecientes, diversas y están en constante evolución. Ante ello, los servicios sociales pueden considerarse alternativas para aquellos grupos en situación de vulnerabilidad, con acciones protectoras y preventivas, lo que los convierte en un pilar de bienestar del Estado.

Si bien la seguridad social como derecho humano cuenta con normas mínimas de protección ante diversas contingencias, son las prestaciones consideradas como complementarias las que resultan superiores a las mínimas, que con su cobertura pretenden prevenir lo previsible, restituir lo posible y equilibrar las condiciones para mantener un nivel digno para el trabajador y su familia (Kurczyn, 1997).

Estas prestaciones pueden ser obligatorias o voluntarias, administradas por organismos públicos o por compañías privadas bajo cualquier régimen financiero, de reparto o contributivo con cuotas obrero-patronales, patronales, tripartitas o asistenciales por cooperación comunitaria; son distintas, toda vez que responden a los diferentes niveles de desarrollo de las sociedades.

Es posible identificar dos tipos de servicios sociales: el primero, relacionado con regímenes de seguridad social obligatoria y complementaria que cubren los principales riesgos en la vida, como aquellos vinculados a la salud, el envejecimiento, accidentes laborales, desempleo, jubilación y la incapacidad; y aquellos que se identifican con servicios sociales de asistencia social, servicios de empleo y formación, vivienda social o asistencia sanitaria de larga duración.

Representan una rama o sistema de intervención social e institucional que tiene como objetivo el bienestar individual y social mediante la ayuda personal polivalente, basada en prestaciones técnicas y monetarias, acciones preventivas, de intervención social y rehabilitación, apoyadas en la acción organizada pública y social, así como en la acción voluntaria (Banco Interamericano de Desarrollo [BID], 2023). Se puede tratar específicamente de asistencia médico-farmacéutica, atención domiciliaria, ocupación del tiempo libre, residencias y hogares comunitarios (Consejo Económico y Social [CES], 2011), entre otros, con lo que se cumple con la atención integral a la persona mayor para lograr un envejecimiento saludable.

En suma, no solamente se comprenden como asistencia, sino que también tienen un componente relacional fundamental toda vez que “Nacen primariamente como servicios a las personas que no son reducibles a una prestación ni a un producto reproducible mecánicamente, sino que se generan en el proceso mismo del intercambio con una ‘alta intensidad

relacional” (Pelegrí, 2007). Tienen gran relevancia entre las personas adultas mayores ya que, si bien el proceso de envejecimiento no necesariamente significa enfermedad, sí se trata de un deterioro generalizado y progresivo que puede implicar la probabilidad de muerte por alguna enfermedad.

■ 9.3. Servicios sociales y envejecimiento poblacional

Derivado de los avances en diversas ciencias, el proceso de envejecimiento al que se ha hecho mención ha cambiado a lo largo de varias décadas, por ejemplo, con el control de algunas enfermedades como las infectocontagiosas o las cardiovasculares, la disminución de las tasas de mortalidad, el control del cáncer o de los trastornos mentales, las políticas de planificación familiar, los efectos de los procesos migratorios, el fortalecimiento de los sistemas de salud o la promoción de acciones preventivas. Todo lo anterior ha permitido que las personas mayores lleguen a la ancianidad con mejor calidad de vida, evitando varios signos de deterioro, a saber, la pérdida de la masa muscular, que podría derivar en secuelas como la dependencia luego de alguna caída.

En este sentido, los Estados han dado respuestas de modo diferenciado, atendiendo al nivel y velocidad con que su población experimenta el proceso de envejecimiento, así como a los recursos públicos disponibles para hacerle frente a este fenómeno con impacto en el ámbito social, económico e incluso cultural.

■ 9.4. Envejecimiento activo

Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1948 ha señalado a la salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia

de afecciones o enfermedades”, actualmente pone, además, especial énfasis en promover el envejecimiento activo. Esta búsqueda implica acciones que garanticen las condiciones objetivas de la vida cotidiana, como el cuidado familiar, la salud, la inclusión en actividades laborales, formativas o recreativas, la interacción social, la independencia, la participación social, la realización personal y las prestaciones estatales, entre otras, al considerar al ser humano como un ente complejo.

Por tanto, más allá del mantenimiento de la capacidad funcional, un envejecimiento satisfactorio contemplaría un conjunto de acciones que, de acuerdo con un sistema de valores que varía de persona a persona, de país a país e incluso de región a región, tendría que permitir a las personas adultas mayores experimentar una sensación de bienestar, como un grupo etario con un enorme potencial.

Actualmente, se identifica en el mundo un sólido conjunto de cuerpos normativos, instituciones, programas y acciones dirigidos a la protección de las personas adultas mayores en diferentes apartados, como el acceso a la salud, economía y pertenencia al grupo social, con acciones del Estado y la participación del sector privado, instituciones educativas, organizaciones sociales y población civil.

Todas ellas atienden al nivel de envejecimiento poblacional de los países y la experiencia reciente o acumulada que les ha dejado este proceso. Entre las experiencias a destacar se encuentra el interés por la implementación de un sistema de cuidados, acciones específicas como programas de ayuda domiciliaria, instalación de centros de convivencia, albergues, uso de herramientas tecnológicas para facilitar el acceso a los servicios de salud, tarjetas de descuento en bienes y servicios, promoción de actividades turísticas y deportivas, capacitación a personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas, actividades intergeneracionales, promoción de

estudios e investigaciones relativas al envejecimiento poblacional, acciones de Estado para la prevención y sanción de la discriminación o la violencia, por citar tan solo algunas.

Estas acciones no solo buscan el envejecimiento exitoso de su población, es un reconocimiento de la importancia de este grupo etario en la construcción de comunidad, su participación en la economía, el impacto del trabajo de cuidado —la mayor parte de las veces no remunerado— que proveen a generaciones más jóvenes o incluso a personas tan ancianas como las y los integrantes de este o más que ellas y, en su conjunto, en acciones que colaboran con el desarrollo de los países.

9.5. Servicios sociales en América Latina. Una aproximación a diferentes experiencias

Además del reconocimiento de los servicios sociales en instrumentos internacionales, nacionales y locales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹⁰² o el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales,¹⁰³ se suman los esfuerzos estatales que se dirigen

¹⁰² Artículo 25 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

¹⁰³ Artículo 10. Protección a la familia 31. De conformidad con el párrafo 1 del artículo 10 del Pacto y con las Recomendaciones Nos. 25 y 29 del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, los Estados Partes deberán desplegar todos los esfuerzos necesarios para apoyar, proteger y fortalecer a las familias y ayudarlas, de acuerdo con los valores culturales de cada sociedad, a atender a sus familiares mayores dependientes o a su cargo. La Recomendación No. 29 alienta a los gobiernos y a las organizaciones no gubernamentales a que establezcan servicios sociales de apoyo a las familias cuando existan personas mayores dependientes en el hogar y a que apliquen medidas especialmente destinadas a las familias con bajos ingresos que deseen mantener en el hogar a familiares de edad con tales características. Estas ayudas deben también otorgarse a las personas que vivan solas y a las parejas de personas mayores que deseen permanecer en sus hogares.

a determinados servicios o prestaciones. A continuación, se mencionan algunas experiencias en diferentes países sobre estos servicios.

■ 9.5.1. Apoyos económicos

En materia de pensiones o apoyos económicos, se identifican diversas acciones, algunas de entrega universal y otras para grupos de personas mayores con características o condiciones económicas específicas.

En Portugal el programa Complemento Solidario, para personas mayores de 66 años con 4 meses de edad, entrega un apoyo económico mensual a personas con ingresos inferiores al valor del complemento, es decir, recursos iguales o menores a EUR 11.564 por año (el equivalente a USD 12.530,29) en el caso de personas casadas o en unión de hecho por más de dos años, así como con recursos igual o menores a EUR 6.608 por persona al año (el equivalente a USD 7.160,16) (Seguridad Social Portugal [SSP], 2024).

En México se asigna una pensión no contributiva universal, que ha sido elevada a rango constitucional, por un monto de MXN 4.800 (equivalente a USD 282).¹⁰⁴ En Uruguay, para personas de 65 a 69 años en pobreza extrema o indigencia, se asigna una transferencia mensual de UYU 15.197 (equivalente a USD 396,64) mediante el Ministerio de Desarrollo Social con financiamiento por Rentas Generales.¹⁰⁵

En Panamá el Plan Operativo a Favor de las Personas Mayores 2022-2025 (MIDES, 2022) cuenta con diversos ejes de

¹⁰⁴ Artículo 4. Las personas mayores de sesenta y ocho años tienen derecho a recibir por parte del Estado una pensión no contributiva en los términos que fije la Ley. En el caso de las y los indígenas y las y los afroamericanos esta prestación se otorgará a partir de los sesenta y cinco años de edad.

¹⁰⁵ Artículo 10 (financiación). Las erogaciones derivadas de la aplicación de la presente ley serán atendidas por Rentas Generales. Ley 18241.

acción; en algunos se disponen diversas gestiones, como transferencias monetarias (MIDES, 2021), consistentes, por ejemplo, en la entrega de PAB 120 mensuales (equivalente a USD 120) para personas adultas mayores de 65 años o más sin jubilación ni pensión, en condiciones de riesgo social, vulnerabilidad, marginación o pobreza.

En Brasil, para las personas de 65 años o más que demuestran no tener medios para sostenerse ni ser sostenidas por sus familiares, se implementó el Beneficio de Provisión Continua, que garantiza un salario mínimo (ACNUR, 2024). En República Dominicana se entrega un subsidio de DOP 400 (equivalente a USD 6,8) para la compra de insumos alimenticios para personas en pobreza extrema, y en el Programa TE-AMA se entrega una transferencia no condicionada de DOP 600 (equivalente a USD 10,20) para personas adultas mayores que no cuentan con ingresos para la satisfacción de sus necesidades básicas.

En Perú opera el Programa Nacional de Asistencia Social Pensión 65 para personas que carecen de condiciones básicas para su manutención. Se entrega una subvención económica de PES 250 cada dos meses (equivalente a USD 66) (Gobierno de Perú, 2024). Chile cuenta con varios programas de protección social (Ministerio de Desarrollo Social y de Familia, 2024), como el bono de invierno, un aporte financiero para personas cuyas pensiones son bajas, para enfrentar de mejor manera los gastos de la época invernal, con un monto equivalente a USD 83,83 (Chile Atiende, 2024). Asimismo, se asigna una pensión garantizada universal (PGU) por un monto de CLP 193.917 mensuales (equivalente a USD 207,87), así como un aporte monetario otorgado a la mujer por cada hija o hijo nacido vivo, que se deposita en la cuenta de capitalización individual de la mujer para aumentar su pensión (Chile Atiende, 2024).

■ 9.5.2. Albergues, casas de día, centros comunitarios

Para personas carentes de casa o interesadas en no vivir en aislamiento, se han dispuestos diversos programas.

Portugal cuenta con centros de convivencia con actividades recreativas y culturales para prevenir la soledad y el aislamiento y retardar o evitar el internamiento institucional de las personas mayores; centros de día para favorecer la permanencia de la persona mayor en su medio ambiente habitual, centros de noche para atender a personas con autonomía que permanecen en su casa durante el día pero necesitan, por razones de seguridad o acompañamiento, de ese acogimiento nocturno; acogimiento familiar y residencias (Segurança Social, 2023).

México cuenta con 1.095 asilos y residencias públicas y privadas para el cuidado de personas mayores. Existen seis albergues y seis residencias del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y, a partir de 2023, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), encargado de brindar atención a la salud, protección social y administración de recursos para el retiro (es una de las instituciones más grandes en su género en América Latina), instaló el primer centro de día para personas mayores, para quienes presentan autonomía física, psíquica o intelectual y necesitan asistencia para labores diarias.

En Canadá se han desarrollado programas diferenciados por provincia. Ontario ofrece a sus habitantes mayores el denominado Active Living (Programas y servicios para adultos mayores en Canadá, 2023), con actividades comunitarias en diversos espacios públicos, actividades deportivas y recreativas, acciones de fomento de la salud física y mental, y viajes. El programa opera en fundaciones y escuelas privadas, comisiones del gobierno federal o provincial, mediante subsidios

del Ministerio de Personas de Edad y Accesibilidad (Seniors Active Living Centres Program, 2023).

En Uruguay se ofrecen servicios residenciales, comunitarios, actividades para promoción del envejecimiento activo y programas de atención a personas mayores en situación de vulnerabilidad. El país cuenta con diferentes opciones para albergar a personas mayores, como los hogares,¹⁰⁶ que no persiguen fines de lucro; las residencias,¹⁰⁷ que son establecimientos privados, así como los centros diurnos y refugios nocturnos,¹⁰⁸ que pueden tener o no fines de lucro. En el caso de los hogares, ofrecen a las personas mayores vivienda permanente, alimentación y servicios enfocados a la promoción de la salud integral.

Cuba cuenta con 300 casas de abuelos,¹⁰⁹ instituciones sociales que brindan atención integral diurna a personas mayores. Se operan mediante diversos ministerios (González, 2023) y ofrecen servicios de rehabilitación, actividades de salud, mantenimiento de autonomía, garantía de alimentación, actividades de salud, sociales, recreativas y culturales.

En Brasil se ofrecen cuidados residenciales, en su mayoría ofertados por el sector privado, así como centros de día (1.640 centros registrados en 2018). De acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo, el Programa Mejor en Casa tiene un enfoque sanitario, sin opción de apoyo a la

¹⁰⁶ Artículo 3. Dichos establecimientos se denominarán “hogares” cuando, sin perseguir fines de lucro, ofrezcan vivienda permanente, alimentación y servicios tendientes a promover la salud integral de los adultos mayores.

¹⁰⁷ Artículo 4. Se denominarán “residencias”, los establecimientos privados con fines de lucro que ofrezcan vivienda permanente, alimentación y atención geriátrico-gerontológica tendiente a la recuperación, rehabilitación y reinserción del adulto mayor a la vida de interrelación.

¹⁰⁸ Artículo 5. Se denominarán “centros diurnos y refugios nocturnos”, aquellos establecimientos privados con o sin fines de lucro, que brinden alojamiento de horario parcial (diurno o nocturno), ofreciendo servicios de corta estadía, recreación, alimentación, higiene y atención psicosocial.

¹⁰⁹ En masculino, en el original.

realización de actividades diarias (BID, 2023). Para prevenir la dependencia, hay centros de convivencia para personas mayores de 60 años independientes, en los que pueden realizar actividades físicas, laborales, recreativas, culturales y de educación (Nueva Sociedad, Brasil, 2015). También hay residencias públicas llamadas Repúblicas, así como servicios de convivencia y fortalecimiento de vínculos, que tienen como propósito fortalecer las relaciones familiares y comunitarias reduciendo la soledad y promoviendo la integración social.

República Dominicana ha desarrollado gestión de viviendas y programas de albergue con 167 organizaciones registradas, entre casas hogar, fundaciones, centros geriátricos centros de rehabilitación, asociaciones y albergues, que brindan servicios a personas de la tercera edad en todo el país. En Perú se tiene registro de 174 centros de atención a personas adultas mayores (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2024).

En Chile, el Fondo de Servicios de Atención de Vivienda al Adulto Mayor, para personas de 60 años y más, ofrece servicios residenciales y de cuidados especializados de larga estadía para personas con dependencia física y/o cognitiva (Chile Atiende, 2024), así como condominios de viviendas tuteladas, que son conjuntos habitacionales de viviendas individuales que se asignan en comodato (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022).

El país también cuenta con Centros Diurnos del Adulto Mayor, que son casas de día para personas mayores con dependencia leve donde se brindan servicios sociosanitarios y de apoyo familiar preventivo, promoción de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, actividades socio culturales y para un envejecimiento activo, a fin de retrasar la pérdida de funcionalidad (Chile Atiende, 2024). Cuentan también con Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, para quienes, por motivos biológicos,

psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para mantener su salud y funcionalidad. Operan con autorización sanitaria de funcionamiento de la Secretaría Regional Ministerial de Salud (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022).

■ 9.5.3. Cuidados a domicilio

En España se identifican diversos servicios y programas para personas adultas mayores de atención residencial, servicios comunitarios de atención a domicilio y servicios de cuidados en la zona rural, aun cuando la tendencia continúe siendo a la independencia residencial, es decir, a privilegiar la permanencia de las personas mayores en sus hogares el mayor tiempo posible (IMSERSO, 2011).

Portugal cuenta con servicios de apoyo domiciliario como cuidados e higiene personal, higiene habitacional, actividades de socialización, servicio de teleasistencia y ayudas particulares, por ejemplo, con la elaboración de alimentos a domicilio, transportación o apoyo psicosocial (Segurança Social, 2023).

En Perú el Seguro Social de Salud (EsSALUD), entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social, adscrita al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, cuenta con el Programa de Atención Domiciliaria, orientado a personas aseguradas de 60 años o más que no pueden trasladarse a los centros de salud por algún tipo de dependencia funcional temporal o permanente. El servicio incluye atención de emergencias a domicilio (de baja complejidad), visitas médicas, asignación de una persona médica y la visita programada de personas enfermeras, fisioterapeutas y psicólogas.

En Chile el Programa Vínculos entrega bonos de protección y prestaciones monetarias con acciones de apoyo psicosocial individual y grupal con acompañamiento directo

y personalizado en el domicilio de las personas mayores (Ministerio de Desarrollo Social y de Familia, 2022). También cuentan con un programa de cuidados domiciliarios para quienes presentan dependencia moderada y/o severa, sin una persona cuidadora principal y en situación de vulnerabilidad socioeconómica. Operan mediante el financiamiento de proyectos de cuidados domiciliarios de instituciones públicas y privadas sin fines de lucro con experiencia de trabajo con personas adultas mayores dependientes (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022).

■ 9.5.4. Acciones en beneficio de las finanzas personales

En México, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores emite una tarjeta de descuentos en servicios de salud, vestido, alimentación, recreación, cultura, transporte y acceso a eventos culturales, deportivos y recreativos; considera también servicios de asesoría y orientación jurídica y en algunos trámites oficiales. Permite acceder a programas de apoyo y asistencia social y, en el caso de algunos servicios públicos en entidades federativas, obtener descuentos en pagos de servicios públicos como el agua o pago de derechos sobre bienes inmuebles, denominado predial (INAPAM, 2023).

En Costa Rica se desarrolla el programa Ciudadano de Oro, para personas mayores de 65 años, a quienes dan trato preferencial para realizar trámites en instituciones públicas como centros de salud y hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), una tarjeta de identificación que les permite recibir, entre otros, algunos beneficios en establecimientos comerciales (Norma Técnica, 2024) y transporte público (CCSS, 2022). El Portafolio del Ciudadano de Oro del 2023 (CCSS, 2023) incluye actividades para

el uso de tiempo libre, educación integral, motivacional y de cuidado emocional. Es desarrollado por la Dirección de Prestaciones Sociales de la Caja Costarricense del Seguro Social y financiado por el Fondo de Prestaciones Sociales (FPS) de la Caja Costarricense (CCSS, 2021).

■ 9.5.5. Recreación y turismo, capacitación y otros

En España se identifican dos programas de envejecimiento activo: el Programa de Termalismo y el de Turismo del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), entidad gestora de la Seguridad Social adscrita al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (IMSERSO, 2021), que, además de beneficiar la salud de las personas mayores, tiene impacto en diferentes ciudades del país que reciben una derrama económica por la visita de las personas participantes.

En Panamá el Plan Operativo a Favor de las Personas Mayores 2022-2025 (MIDES, 2022) desarrolla acciones como reducción de tiempos de espera en servicios quirúrgicos y de consulta, adaptación de estructuras y servicios públicos para disminuir el número de discapacidades funcionales (MIDES, 2021).

En Brasil el Programa Viver (Iberoamérica Mayores, 2021) brinda capacitación a las personas mayores en materia social y digital. Se desarrolla en cuatro campos de acción: tecnología, salud, educación y actividad física, con actividades de alfabetización, educación financiera, ambiental y el uso de tecnologías de la información. También desarrollan actividades para impedir el aislamiento de la persona adulta. Mediante fondos federales del Ministerio de Desarrollo Social se brinda el Servicio de Convivencia y Fortalecimiento de Vínculos (World Without Poverty Brasil [WWP], 2017), un servicio de trabajo social con familias que pretende, entre

otras cosas, propiciar la escucha, la valorización y el reconocimiento de la otra y el otro, y la resolución de conflictos, entre otros temas.

El Ministerio de Mujeres, Familia y Derechos Humanos (MMFDH) de Brasil, mediante la Secretaría Nacional para la Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Mayores crearon una línea telefónica denominada: “Disque 100 Derechos Humanos” (Iberoamérica Mayores, 2020), su objetivo es brindar apoyo emocional, pautas preventivas y de autocuidado y referencias a atención especializada a las personas mayores en situación de aislamiento social. También funciona para informar posibles abusos o violaciones de sus derechos.

Perú cuenta con un Observatorio Nacional sobre Envejecimiento y Vejez (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2024) operado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y administrado por la Dirección de Personas Adultas Mayores, dependiente de la Dirección General de la Familia y la Comunidad, del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Se trata de un instrumento de la política nacional con información sobre diversas temáticas relacionadas con las personas adultas mayores.

■ 9.6. Conclusiones

En una época de importantes avances en la ciencia médica, las personas mayores vivirán más tiempo y es responsabilidad del Estado, la comunidad y la familia que lo puedan hacer en las mejores condiciones, con alternativas que les permitan la prevención de enfermedades y accidentes, así como el desarrollo integral de sus capacidades y habilidades.

Los Estados en la región vienen haciendo importantes avances desde hace décadas para llegar a esta transición

demográfica que, en grados diferenciados, les impone retos de atención y desarrollo de un sector de la población que participó en la construcción de nuestros países y que significa el resguardo de nuestras tradiciones y nuestra sabiduría.

Este breve recuento se propuso identificar los esfuerzos de diversos países para brindar servicios y prestaciones a las personas mayores, en la búsqueda de un envejecimiento digno que beneficie no solo a los integrantes de este grupo etario, sino también a los países en su conjunto.

Parte 2

**Hacia la construcción de un Sistema
Integral de Protección a la
Población Mayor**

Hacia la construcción de un Sistema Integral de Protección a la Población Mayor

■ Introducción

Colombia enfrenta importantes retos en materia de seguridad y protección social para su población en general y de manera particular para las personas adultas mayores, desafío que irá en aumento dado el acelerado proceso de envejecimiento. Es por ello que se hace necesario desarrollar acciones de Estado y de la sociedad en su conjunto para la adopción de políticas, programas y medidas que contribuyan al logro de una vida digna de todas las personas al llegar a la vejez.

El acelerado proceso de envejecimiento, al cual se ha hecho referencia en la primera parte de este documento, junto con otras condiciones tales como la inadecuada distribución de la riqueza, el deficiente funcionamiento del mercado laboral, la alta tasa de informalidad, la baja cobertura en materia de pensiones, la diversidad y heterogeneidad de las regiones, entre otras, demandan una pronta atención a partir de un acuerdo nacional sobre el nivel y tipo de bienestar que se quiera alcanzar para las personas mayores. Debe ser

un propósito colombiano reconocer su aporte en la construcción de nación, y el Estado, la sociedad y la familia deben sumar esfuerzos para amparar, cobijar y asegurar a las personas adultas mayores las condiciones necesarias para una vida digna en esta etapa de la vida, en que se encuentran más expuestas y son más vulnerables ante diversos riesgos.

En esta parte se presentan las reflexiones y recomendaciones del grupo de personas expertas que ha participado en la revisión del *statu quo* colombiano en materia de protección de las personas mayores; así como los retos y las fragilidades que tienen los sistemas e instituciones para enfrentar el futuro y avanzar hacia una Colombia más equitativa, justa y grata, que permita la vida digna de las personas, derecho inalienable de todas.

Así mismo, se identifican áreas de oportunidad, zonas grises y se levantan advertencias sobre aquellos aspectos y condiciones que deben ser considerados al momento de diseñar y adoptar una política pública de protección a la vejez. De igual manera, se recomienda la construcción y desarrollo de un Sistema Integral de Protección a la Población Mayor sobre las bases con que cuenta nuestro ordenamiento jurídico, económico, social e institucional. Se indica la necesidad de un acuerdo social acerca de la magnitud y alcance del bienestar que se quiere lograr, como una meta que paso a paso se alcance, entendiendo que debe ser un proceso gradual orientado hacia la vida digna, autónoma y participativa que permita el pleno desarrollo de las personas adultas.

1. Sistema Integral de Protección a la Población Mayor

La parte 1 de este documento presentó una serie de aspectos vinculados con la situación de la población mayor en

Colombia y su protección; describió el estado de las principales variables demográficas, sociales, económicas, del mercado de trabajo, jurídicas e institucionales ligadas a esta protección y que incorporan, además de la seguridad económica, otras dimensiones que contemplan al ser humano en su totalidad y que contribuyen a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad para el logro de una vida digna.

Este ejercicio de análisis de la situación identificó las brechas entre el nivel y extensión de la protección de la que hoy goza la población mayor en Colombia con respecto a la que le corresponde desde la perspectiva de derechos, con el fin de proponer los componentes faltantes para lograr cerrar estas brechas de bienestar. Con fundamento en los hallazgos de este ejercicio, esta segunda parte del documento propone la conformación de un Sistema Integral de Protección a la Población Mayor que, a partir de la institucionalidad existente, permita la identificación de los aspectos críticos, los componentes faltantes, los alcances y los retos a considerar para su construcción, de modo que contribuya a lograr la realización de este derecho. Estos elementos se describen a continuación.

1.1. ¿Qué se entiende por protección integral?

La protección integral a la persona mayor es un derecho inalienable e indisponible, lo que implica que nadie puede renunciar a él ni transferirlo. Este derecho tiene diversas dimensiones y constituye una responsabilidad en términos de protección no solo para el Estado, la sociedad y la familia, como lo consagra el artículo 46 de la Constitución Política colombiana, sino que supone también una responsabilidad para la propia persona titular del derecho. Esto es de suma trascendencia, ya que en el marco de la seguridad social no solo es un deber de las entidades empleadoras y del Estado

brindar protección, sino también del individuo, a quien le corresponde participar en la construcción de una vida activa, saludable y de prever, en la medida de sus posibilidades, su protección al llegar a la vejez. Hoy en Colombia, la situación a la que llega la persona adulta a la vejez depende en muy buena medida de lo que ha sido el transcurso de su vida, de la capacidad que tuvo para cotizar o construir un ahorro que le permita garantizar un ingreso, de la forma en que cuidó su salud y el estado de esta, de la educación, de la posibilidad de empleo formal y de la oportunidad que tuvo para construir redes de apoyo social.

Alcanzar la protección integral al llegar a la vejez debe ser producto del esfuerzo individual, familiar, social y no solo del Estado.

Esta protección integral va más allá del aseguramiento de un ingreso al llegar a determinada edad, debe entenderse como aquella que garantice a la persona el respeto a sus derechos para vivir con dignidad, independencia, autonomía y plenitud, para que transite su vejez con la mayor calidad de vida posible. Incluye una serie de elementos (servicios o prestaciones) para el desarrollo de las personas mayores que comprenda: salud y bienestar, vivienda, seguridad económica, oportunidad de trabajar, educación, desarrollo de habilidades, cultura, recreación y esparcimiento, cuidados, creación de entornos propicios y favorables, adecuados a sus necesidades físicas, mentales y sociales, que les permitan una vida plena. Esto incluye también al conjunto de actividades de soporte en la vida diaria que permitan a la persona vivir bien y estar protegida.

Resulta recomendable que el alcance y dimensión de este derecho sea el resultado de un gran acuerdo social que determine el ideal de bienestar de la población mayor, expresión de una protección integral, con el propósito de garantizar la vida digna en esta etapa. En este sentido, organismos

internacionales han recomendado la necesidad de este acuerdo a través del establecimiento de diversos instrumentos jurídicos. Se destaca en particular la Convención Interamericana del Adulto Mayor, que circunscribe lo que es imprescindible o deseable para la autonomía, participación e independencia de la persona mayor; que le den el valor que tiene como ser humano en esa etapa de la vida.

1.2. ¿Qué es el Sistema Integral de Protección a la Población Mayor?

A partir de la definición del concepto de protección integral, se debe entender que un sistema integral de protección a la población mayor tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para que estos obtengan una calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El Sistema Integral de Protección a la Población Mayor comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud, vivienda, nutrición, cultura, recreación, ambiente sano, empleo y demás servicios que requieran las personas mayores para una vida plena y digna.

Implica la conformación y provisión, a cargo del Estado, la sociedad y la familia, de instituciones, recursos, acciones, políticas, marcos legales, entre otros mecanismos, que, de manera armónica, coordinada e integrada garanticen en forma universal la protección de la población adulta mayor frente a los riesgos de vulnerabilidad y marginalidad que le imposibiliten su pleno desarrollo a nivel individual y vivir con dignidad, que es un derecho fundamental. A su vez, el sistema deber estar estructurado con una visión de vida entera,

tanto en su etapa activa como pasiva, y abordar de manera comprehensiva el envejecimiento en el transcurso de la vida, reconociendo las diferencias entre regiones y poblaciones, sin que exista la posibilidad de excluir a nadie.

■ 1.3. Principios del Sistema Integral de Protección a la Población Mayor

El Sistema Integral de Protección a la Población Mayor deberá estar regentado por principios que constituyan criterios orientados a la construcción, desarrollo y gestión de las acciones y decisiones para el logro del objetivo del mismo. Deben conformar una base de reglas y normas que promuevan una protección integral a la población mayor. Estos principios son: solidaridad, universalidad, igualdad, sostenibilidad, progresividad, flexibilidad y gradualidad.

- a) Solidaridad. Elemento esencial del Estado Social de Derecho colombiano, consagrado en el artículo 1º de la Constitución Política; se concreta en una serie de obligaciones exigidas a los distintos componentes de la sociedad, orientadas hacia la consecución de los fines esenciales de la organización política.

La Ley 100 de 1993 la entiende como “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” (artículo 2º). Este valor se manifiesta entre individuos “Como un deber, impuesto a toda persona por el solo hecho de su pertenencia al conglomerado social, consistente en la vinculación del propio esfuerzo y actividad en beneficio o apoyo de otros asociados o en interés colectivo.

La dimensión de la solidaridad como deber impone a los miembros de la sociedad la obligación de coadyuvar con sus congéneres para hacer efectivos los derechos de estos, máxime cuando se trata de personas en situación de debilidad manifiesta, en razón a su condición económica, física o mental”, (Corte Constitucional, 2014) máxime cuando se trata de personas en situación de debilidad o vulnerabilidad por diversas razones, como el deterioro de la salud, la pérdida de la fuente de ingresos, la exclusión social, entre otras, presentes en un alto porcentaje de la población adulta mayor.

- b) Universalidad. Este principio parte de un elemento esencial: no puede haber elementos condicionantes o discriminatorios tales como la raza, la religión, el origen, etc., que impidan la obtención de la protección integral para todas las personas. Implica la garantía de que todos los individuos, sin excepción, tienen acceso a los beneficios y protecciones del sistema.
- c) Igualdad. Reafirmada a partir del reconocimiento de las diferencias. En un país como Colombia, y en muchos otros, existe una gran diversidad demográfica, geográfica, ambiental, cultural y económica. Un sistema de protección que no contemple esta diversidad no puede alcanzar el principio de igualdad, ya que este se logra reconociendo las diferencias. Si no se reconocen, se niega la igualdad. Por ejemplo, en el desarrollo de las sociedades, la participación de las mujeres tradicionalmente ha implicado el cuidado de niñas y niños, y personas ancianas y enfermas, una labor no reconocida ni remunerada. Este rol, que ha sido atribuido a las mujeres, las ha excluido

de ciertos beneficios, como el derecho a una pensión. Por lo tanto, el sistema y los mecanismos de protección deben reconocer y abordar estas diferencias para evitar la exclusión continua de las mujeres y otros grupos afectados. El reconocimiento de las diferencias para el goce de los mismos derechos y oportunidades en materia de protección debe contribuir a la equidad del sistema.

- d) Sostenibilidad. Consiste en satisfacer las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones o sin desconocer las limitaciones de disposición de recursos del Estado.¹¹⁰ Si no se logra la sostenibilidad, se produce la regresividad, lo que podría llevar a desconocer los beneficios existentes. Por lo tanto, es crucial que los instrumentos que se diseñen sean analizados y las condiciones o presupuestos estructurales sobre los cuales han sido diseñados se respeten y preserven. Un ejemplo de esto es el sistema de pensiones, un instrumento técnico del aseguramiento que calcula los costos y beneficios del sistema, y que está condicionado a diversos factores que pueden cambiar con el tiempo. Esto contraviene el sentido de certeza y credibilidad que debería caracterizar a un sistema de seguridad social, en el cual debe haber una garantía implícita de que los Estados respetarán las normas y leyes establecidas. Esto es fundamental porque se trata de un derecho humano y existe la obligación de asegurar que se den todas las

¹¹⁰ “Se puede decir que la sostenibilidad financiera es un criterio orientador sobre el cual se soporta la plena realización de los derechos de las personas dentro de un Estado Social de Derecho, teniendo en cuenta el hecho esencial de que toda sociedad dispone de una cantidad limitada de recursos con los cuales debe atender múltiples necesidades de las personas” (Jaramillo, 2014).

condiciones para que sea efectivo. En la medida en que las transformaciones y los cambios lleguen a erosionar esos dos conceptos, se deteriora la base en la que se cimienta la seguridad social. La razón de ser del Estado es garantizar a las personas un nivel de convivencia y de vida, que está sujeto a los enfoques y visiones del momento de cada gobierno, por lo que resulta necesario un gran acuerdo social en torno a este ideario para garantizar la protección integral.

- e) Progresividad. Establece que ninguno de los logros, conquistas o beneficios que se otorguen pueden disminuirse, debe preservarse lo hasta ahora alcanzado en el país. Esto implica avanzar de manera continua y sostenida en la implementación de políticas y programas que progresivamente amplíen la cobertura y mejoren los beneficios y la calidad de los servicios ofrecidos, asegurando que cada paso hacia adelante no sea revertido. La progresividad requiere que los logros alcanzados en términos de bienestar y seguridad social sean preservados y fortalecidos, y se evite cualquier retroceso.
- f) Flexibilidad. Es la capacidad de cambiar para responder a las condiciones y requerimientos nuevos y cambiantes, manteniendo las condiciones estructurales del sistema. Se prevén reglas de cambio dentro de preceptos que lo regentan, porque es inevitable la adaptación permanente a circunstancias cambiantes. Más tratándose de un sistema de protección integral para la persona adulta mayor, cuando se considera el grado de heterogeneidad y diversidad de la realidad colombiana, así como la extensión y amplitud de la protección integral. Este principio permitirá responder de manera más

adecuada a las necesidades de la población adulta al llegar a la vejez.

- g) Gradualidad. Se refiere a la implementación progresiva y ordenada de medidas y políticas que amplíen y fortalezcan la cobertura y calidad de los servicios del sistema integral de protección. Este enfoque reconoce la necesidad de avanzar por etapas, asegurando que cada paso esté bien planificado y basado en una evaluación realista de los recursos disponibles y las capacidades institucionales. La gradualidad garantiza que las mejoras sean sostenibles y consolidadas a lo largo del tiempo, lo que evita retrocesos y asegura que el sistema evolucione de manera equilibrada y equitativa, beneficiando de forma efectiva a la población mayor.

Diseñar un sistema de esta naturaleza, frente a los retos que tiene un país, implica de inicio el planteamiento de una meta cuya construcción debe ser a partir de lo que existe y las acciones deben realizarse de manera gradual hacia ese objetivo en un tiempo razonable. De esta forma, se evitaría vulnerar tanto el principio de sostenibilidad como el de no regresividad. Es esencial garantizar la sostenibilidad del sistema para generar credibilidad. Un pacto social debe basarse en la confianza de la gente, para ser efectivo.

1.4. Un pacto social por la protección integral de las personas mayores

La protección integral de las personas mayores, derivada del mandato constitucional, debe corresponder al acuerdo de la

sociedad sobre la importancia y relevancia de las personas adultas mayores como miembros valiosos de la misma. No obstante, a pesar de su trascendencia, el alcance y las posibilidades de su protección son objeto de debate político y a veces se posterga su discusión y aprobación debido a los costos a corto plazo que podrían afectar a los actores políticos. En Colombia, la adopción de una reforma con amplio consenso se aplazó durante mucho tiempo. Finalmente, solo hasta 2024 se ha implementado una reforma estructural al sistema pensional. Esta situación de inmovilidad de los sistemas no resulta conveniente por cuanto la realidad dinámica y cambiante exige la pronta adecuación de estos.

Por eso, es crucial que los acuerdos o pactos sociales con una amplia participación incluyan mecanismos que permitan cambios automáticos bajo ciertas condiciones. Esto facilitará la adecuación necesaria sin el desgaste político asociado a las modificaciones. Un ejemplo de esto es el ajuste de algunos parámetros del sistema pensional para mantener y respetar las bases de cálculo actuarial, lo que garantiza su sostenibilidad y progresividad.

Un pacto en materia de protección integral para la población mayor supone un gran acuerdo sobre el ideal de bienestar a otorgar a las personas adultas mayores, la forma de alcanzarlo, los plazos para ello, el límite de los compromisos económicos que supondrá, la prioridad en el otorgamiento de los beneficios, en fin, una serie de aspectos que integran el concepto de vida digna; a su vez, profundas transformaciones sociales y culturales, desde cómo percibe la sociedad a las personas adultas mayores, cómo se las integra a la vida cotidiana o cómo mantener una vida activa y participativa. En fin, es una meta a perseguir, el norte a alcanzar, que debe ser construida por el Estado, la sociedad, la familia y el propio individuo no solo en términos de cuidados, sino también de la importancia de fomentar la participación activa de la

población mayor en diversas actividades sociales, económicas y culturales para aprovechar su potencial y promover su bienestar. La experiencia, conocimientos y habilidades de la población mayor son recursos invaluable que enriquecen a la sociedad. Es esencial fomentar este pacto social que garantice su inclusión, respeto y protección. Este pacto debe asegurar condiciones dignas y oportunidades de desarrollo para las personas adultas mayores, reconociendo su derecho a una vida plena y activa, y subrayando su importancia como miembros valiosos de la sociedad.

2. Aspectos a considerar dentro del Sistema Integral de Protección a la Población Mayor

Como se describió en la sección 1.2, la conformación de un sistema integral de protección a la población mayor aborda diversos aspectos de su vida con el objetivo de brindar protección frente a múltiples contingencias. A continuación, se presentan una serie de reflexiones sobre algunos de estos aspectos esenciales para mejorar las condiciones de vida de la población mayor. Estos incluyen la protección económica, el acceso efectivo a la salud, el trabajo, los cuidados y un grupo de componentes que se engloban en este documento bajo el término de servicios sociales.

2.1. Consideraciones para la protección económica en la vejez

La descripción de la protección económica en la vejez, presentada en el capítulo 3 de la parte 1, permitió tener una visión general de los regímenes que protegen a las personas mayores en Colombia. Sin embargo, al observar la estadística de cobertura y suficiencia de la seguridad social, es evidente

que la garantía de un ingreso para la población mayor no ha sido completa. Existe una importante diferenciación en la suficiencia de las pensiones entre regímenes, sectores económicos, sexo, edad y ocupación, donde la informalidad representa uno de los principales obstáculos a superar.

En ese sentido, este apartado ofrece algunas alternativas y rutas hacia dónde puede enfocarse la construcción de un sistema integral de protección para la población mayor que le brinde seguridad económica y que sea sostenible. Para abordarlas, se presentarán cada una explicando antes el contexto en el que se sustentan. De esta forma se busca la claridad de las propuestas.

2.1.1. Política de Estado para la ampliación de la cobertura

Para garantizar la seguridad económica en la vejez en Colombia dentro del sistema integral de protección, se requiere una política de Estado en la que se establezca un conjunto de medidas y programas permanentes, diseñados y respaldados por el gobierno para otorgar un ingreso estable y suficiente a las personas mayores, tanto en la parte activa como en la parte pasiva del sistema.

Como se describió en el capítulo 3 mencionado, la protección económica para la población mayor en Colombia hoy no es universal en su alcance: protege solo a las personas con un trabajo formal o ingresos estables y continuos. Incluso dentro de esta población solo aquellas personas con una continuidad y densidad en sus cotizaciones pueden aspirar a una pensión, mientras que otras solo reciben la devolución de sus saldos en el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS) o una indemnización sustitutiva en el Régimen de Prima Media (RPM). Esta observación se respalda con datos hasta

el 2023 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), que muestran que el 71,24% de los hombres mayores de 62 años y el 78,76% de las mujeres mayores de 57 carecen de ingresos de pensión. Esta situación resalta la necesidad de adoptar medidas más inclusivas y equitativas en el diseño e implementación de políticas de protección social.

La legislación existente hasta antes de la reforma aprobada en 2024, en particular la Ley 100 y sus normativas complementarias, no abordaron esta problemática de manera adecuada. En lugar de eso, se estableció que una persona que contribuya durante un período mínimo (1.300 semanas en el RPM o 1.150 en el RAIS) tendrá asegurado un ingreso equivalente a un salario mínimo en cualquiera de los dos sistemas de seguridad social.

Esta situación se agravará en los años venideros debido al envejecimiento de la población, especialmente de las personas mayores de 60 años, quienes en 2022 representaban el 13,5% de la población total y para 2060 representarán el 33,1%.¹¹¹ Esta tendencia subraya la necesidad de abordar de manera urgente la falta de protección económica para esta población en el futuro.

En Colombia se han desarrollado programas con el objetivo de proteger a la población adulta mayor, atendiendo a las necesidades de los países de Latinoamérica que buscan proporcionar ingresos a aquellas personas que carecen de ellos; estos son el Programa Colombia Mayor y los Beneficios Económicos Periódicos (BEP).

El concepto de pensión esencial, renta básica o pilar cero se fundamenta en la idea de proporcionar un ingreso permanente que cubra el nivel de indigencia o pobreza a toda la población mayor de 60 o 65 años, ya sea de forma universal o selectiva. Esta puede ser una parte integral de un sistema

I ¹¹¹ ONU (2022).

de pensiones o un programa independiente del Estado. En el contexto colombiano, el único programa que podría considerarse dentro de esta categoría sería el Programa Colombia Mayor (actualmente denominado Plan de Adulto Mayor), aunque sus niveles de asistencia no llegan a cubrir completamente el nivel de indigencia.

Para lograr la universalidad del sistema, se pueden considerar modelos como los de México y Bolivia, que proveen un ingreso condicionado a la edad, otorgan un ingreso mínimo a cargo del Estado para cualquier persona que cumpla con los requisitos e igualmente para aquellas que puedan construir una pensión con su ahorro. También existen modelos como el chileno o el danés, que ofrecen un ingreso básico financiado por el Estado para aquellas personas que carecen de ingresos al llegar a cierta edad, un ingreso adicional al básico en función del esfuerzo que hicieron para contribuir al sistema —también a cargo de la persona— y dan los incentivos para que quienes puedan construir una pensión, lo hagan, pero sin subsidio estatal o solo para garantizar una pensión mínima.

En el caso colombiano sería prudente considerar un modelo similar al chileno o al danés, teniendo en cuenta las capacidades fiscales del país sin comprometer otras necesidades importantes, asegurando su sostenibilidad a largo plazo y sin dejar de tener en cuenta sus efectos en la distribución del ingreso. Es crucial evitar financiarlo con recursos destinados a pensiones en el RPM o que formen parte del ahorro de las personas afiliadas en el RAIS.

Adicionalmente a lo mencionado en los párrafos anteriores, el gobierno tiene que abordar a muy corto plazo reformas o programas que permitan que todas las personas, una vez que lleguen a una edad en la que su capacidad de trabajo disminuya, tengan ingresos que les permitan tener una vida digna y cubrir al menos sus necesidades básicas. Aunado a esto, debe mejorar la sostenibilidad y equidad del sistema de

pensiones a través del aumento de la densidad de cotización. Para lograr esto es necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- a) Se deben contemplar esquemas de ingresos para la persona adulta mayor en función de su capacidad de generarlos o no, que reconozcan el esfuerzo de contribuir al sistema. Esto implica que las personas cuenten con un ingreso que les permita tener una vida digna y cubra sus necesidades básicas, aunque no hayan podido generar una pensión, y que, en la medida de sus posibilidades, contribuyan a ella, cotizando cuando puedan y en función de sus ingresos. Este esfuerzo debe reflejarse en un ajuste a su renta básica.
- b) Es necesario adaptarse a las realidades del mercado de trabajo, tanto urbano como rural, y aceptar que hay labores necesarias para la sociedad que hoy no tienen un reconocimiento económico, especialmente las de cuidado y pago de aportes a la seguridad social sobre las mismas.
- c) Debe definirse claramente cuáles recursos son de las personas o son producto de contribuciones que dan derecho a unas prestaciones y cuáles deben ser proveídos por el Estado o en un esquema mixto con recursos de este y del Fondo de Solidaridad, que debería mantenerse.
- d) Se debe determinar si se mantienen los BEP, si los recursos ahorrados forman parte de la renta básica o son reconocidos como un esfuerzo adicional y harán parte de un ajuste en dicha renta básica, o si siguen siendo un sistema independiente de ahorro voluntario.

- e) Se deben reconocer las diferencias de la población y los territorios, y considerar a las comunidades étnicas las diferencias de género y adaptar el sistema con base en sus características, necesidades y posibilidades.
- f) Sin dejar de tener en cuenta los puntos anteriores, debe definirse cuál es la realidad fiscal del país hoy y en el futuro, para determinar la viabilidad de la contribución del Estado y el tiempo en que se puede desarrollar sin afectar la sostenibilidad del sistema.
- g) Debe construirse un sistema en el que los niveles de protección sean complementarios y tengan sus fuentes adecuadas y viables de financiación.
- h) Debe fomentarse el ahorro y tratar de preservar los recursos que hoy provee la seguridad social al desarrollo del país.
- i) Es necesario apoyarse en aspectos técnicos que determinen la sostenibilidad en el largo plazo del sistema, su objetividad más allá de aspectos políticos y la necesidad o no de hacer cambios paramétricos para su sostenibilidad.
- j) Debe permitirse el desarrollo de esquemas alternativos, como la pensión familiar y planes voluntarios.
- k) Debe fomentarse la competencia y la eficiencia de los administradores.
- l) Se deben tener mecanismos de participación y educación, tanto en la parte activa como en la pasiva de la vida laboral de las personas partícipes.

- m) Debe revisarse o reorientarse la política de subsidios para dirigirla a quienes realmente lo necesitan, reducirlos en el tiempo por mejoras en el sistema y accesos a él, y evitar que desincentive la participación y contribución al sistema.
- n) Debe promoverse una educación de la población que la haga consciente de la importancia de formar, en la medida de sus capacidades, un ahorro o contribución que ayude a crear una pensión o un recurso complementario al básico que pueda proveer el gobierno.

Respecto a las acciones concernientes al aumento de la densidad de cotización destacan las siguientes recomendaciones:

- a) Control de la evasión en la cotización por parte de entidades empleadoras, personas profesionales independientes y personas trabajadoras por cuenta propia, así como la subdeclaración de ingresos.
- b) Involucramiento de mujeres y otros grupos en el sistema para equilibrar su participación con la de los hombres.
- c) Diseño de un sistema que incluya al sector rural y al no tradicional, que reconozca las particularidades de su trabajo, como el aporte por semanas o ciclos productivos, por días, por labor, estacionalmente y que, además, dé espacio a alternativas como el aporte por semanas, por ciclos productivos o, de no ser posible, a contribuciones determinadas sobre el capital o tierra explotada, como existe en Uruguay y otros países.
- d) Diferenciación entre pequeñas y grandes empresas en el porcentaje de contribución, considerando la

viabilidad económica de las primeras. En este sentido, el DANE determinó en el 2021 que solo el 20% de las pequeñas empresas cotizan al sistema, y la OIT, que de las pymes formales solo entre el 30% y el 40% cumple con sus obligaciones con la seguridad social.

- e) Unificación de las historias laborales y operación del sistema para controlar el pago de los aportes y la mora en los mismos.

El derecho a contar con un sistema integral de protección es fundamental en la política estatal y las reformas que se propongan. Deben considerarse aspectos más allá de la protección económica, como la salud, el empleo, el cuidado y la calidad de vida, así como el trato digno, el acceso a una vivienda y la posibilidad de llevar una vida autónoma, de modo que la población mayor se sienta parte activa de la sociedad en la que reside. Estos aspectos fueron tratados en las demás secciones de este documento.

Esta política estatal debe reflejarse en las reformas propuestas, los programas establecidos y en la planificación de su desarrollo a lo largo del tiempo. Esto implica buscar los recursos de acuerdo con la realidad económica del país y con una distribución adecuada del presupuesto nacional, teniendo en cuenta los cambios demográficos que puedan surgir, los cuales han sido ampliamente discutidos. Además, es crucial establecer un mecanismo que permita una acción coordinada del Estado en la integración de todas las políticas relacionadas con la protección integral de las personas mayores.

La reforma del sistema aprobada por el Congreso en 2024, y pendiente de sanción presidencial y de revisión de la Corte Constitucional, aborda algunos aspectos señalados en esta sección y que merecen una mención, sabiendo de

antemano que se requiere un análisis más profundo sobre la reforma, que podría implicar un trabajo más amplio para desarrollar y que quizá signifique la realización de otro estudio. Los aspectos que incluye la reforma son:

- a) Crea un pilar solidario con recursos del presupuesto nacional que incrementa el ingreso para la persona adulta mayor, cubriendo el nivel de indigencia. Sin embargo, no reconoce ni promueve el esfuerzo de la persona para cotizar en función de su ingreso, y para aquellas personas que no pueden cotizar mil semanas, les crea un pilar semicontributivo para que tengan un beneficio económico.
- b) No está integrada con una reforma laboral que promueva la formalidad y que permita tener un sistema más viable, sostenible y que no recargue el esfuerzo en las próximas generaciones; tampoco avanza en el reconocimiento de las labores no remuneradas.
- c) Reduce el subsidio que tenían las personas de ingresos altos al obligarlas a cotizar por encima de 2,3 salarios mínimos al RAIS, pero mantiene para todas las personas afiliadas un subsidio implícito en la tasa de remplazo hasta esos 2,3 salarios mínimos.
- d) Favorece a las mujeres al determinar que solo necesitan 1.000 semanas para pensionarse y un reconocimiento en la reducción de las mismas semanas por número de hijas e hijos. El costo de esta reducción tendrá que analizarse para determinar si puede o no afectar su viabilidad fiscal, que se estima en términos del PIB (parte de la reforma) en cerca de 60 puntos.

- e) Define en el artículo 85 que se creará un sistema especial de protección para que las comunidades de muchos tipos (campesinas, afrodescendientes, asociaciones, entre otras) puedan acceder al sistema de protección social, pero le deja al gobierno la tarea de definir en un proyecto de ley las condiciones para ello. Si bien esto está dirigido a involucrar a estas comunidades en el sistema, puede, desde el punto de vista fiscal y de sostenibilidad, afectar la viabilidad de todo el sistema. En el artículo 93 determina que las condiciones de pensión de estos grupos deberán adaptarse a sus expectativas de vida.
- f) Mantiene durante un tiempo, que se calcula entre 40 y 43 años, el manejo de recursos por parte de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), con su efecto en el mercado de capitales, pero este ahorro será decreciente en el tiempo y tendrá que ser remplazado con inversión extranjera o con promoción del ahorro por otras vías.
- g) Ante la dificultad que existe de tener rentas vitalicias para los riesgos de vejez, sobrevivencia e invalidez, deja esta obligación en cabeza de COLPENSIONES.
- h) Elimina la competencia entre los regímenes y los vuelve complementarios en un sistema de pilares que tendrá uno solidario, uno semicontributivo, uno contributivo y uno de ahorro voluntario.
- i) Apoya la creación de un esquema de educación financiera en protección social.
- j) No se incluyó nada referente a la supervisión ni cambios paramétricos.

■ 2.1.2. Integración con otros "subsistemas"

La integración del sistema general de pensiones con los sistemas de salud y vivienda es fundamental para garantizarle una protección integral y efectiva a la población en su etapa de vejez, especialmente si llega a ella en una situación precaria. A continuación, se presenta una visión general de cómo podría lograrse esta integración:

- a) Integración con el sistema de salud. Para llevar a cabo esta integración se requiere que los sistemas de pensiones brinden cobertura adecuada para los servicios de salud, incluyendo atención médica, medicamentos y servicios especializados para las personas mayores. Aunque teóricamente existe una cobertura casi universal en el sistema de salud en Colombia, que incluye a las personas adultas mayores, en la práctica, esta cobertura no es efectiva debido a las dificultades de acceso, tema que se discute más adelante.
- b) Integración con el sistema de vivienda. La vivienda adecuada es esencial para el bienestar en la vejez. Esta integración implica la implementación de programas de vivienda asequible específicamente dirigidos a personas adultas mayores, así como la creación de incentivos fiscales o subsidios para que las personas mayores con bajos ingresos o sin ellos puedan acceder a viviendas adecuadas y seguras. Aunque no es parte de una política específica del gobierno colombiano, podría serlo con la participación de entidades territoriales.

En todos los continentes existen programas dedicados a facilitar la vivienda para personas jubiladas, los cuales podrían servir de guía para el gobierno colombiano. Estos programas incluyen subsidios para la compra de vivienda o tasas de interés, subsidios para el pago de arriendo, adaptación o rehabilitación de viviendas, desarrollo de comunidades de personas jubiladas con servicios de apoyo, facilitación del intercambio de viviendas grandes por más pequeñas, hipoteca inversa y casas de personas jubiladas en las que se comparten gastos.

El objetivo fundamental del Sistema Integral de Protección para la Población Mayor en Colombia, ya sea a través de la modificación del actual o de la creación de uno nuevo, debería ser brindar un soporte integral a lo largo de todo el ciclo de vida de la persona. Esto implica garantizar una adecuada protección tanto durante la etapa activa como la pasiva de la vida y ser flexible y adaptable a las diferentes realidades y necesidades de la población, considerando factores como tipo de trabajo, género, ubicación geográfica, situación socioeconómica y estado de salud.

■ 2.1.3. Eliminación de regímenes en competencia

Uno de los problemas del sistema actual en Colombia radica en la competencia entre el RPM y el RAIS, así como en los desequilibrios derivados de las disparidades en sus prestaciones, bases normativas y arbitraje regulatorio. Abordar esto implica definir los diferentes alcances de la protección económica, los requisitos para acceder a ella, la fuente de sus recursos y la complementariedad entre ellas, considerando cómo se cubren las necesidades básicas y los mecanismos que permitan mejorarlas.

Es claro que el reto está en determinar qué sistema permite de mejor forma el desarrollo y la complementariedad de

estas prestaciones, ya sea a través de un régimen de pilares, donde los diferentes niveles de prestaciones se complementen; de un régimen de capitalización y prestación básica, que se base en un sistema de ahorro, pero defina pensiones básicas con o sin ajuste por esfuerzo en cotización, o un sistema de reparto o prima media, y solo permitir la competencia entre administradoras. La reforma mencionada en la sección 2.1.2 establece un sistema de pilares en el que se elimina la competencia entre los regímenes y los vuelve complementarios en un sistema de pilares que tendrá uno solidario, uno semi-contributivo, uno contributivo y uno de ahorro voluntario.

2.1.4. Sostenibilidad a largo plazo

Generalmente la sostenibilidad de un sistema de protección económica se ve únicamente desde la perspectiva fiscal, que se asegura de que haya recursos para pagar las prestaciones a lo largo del tiempo. Sin embargo, la sostenibilidad debe abordarse de manera integral. Arenas de Mesa (2019) identifica varias dimensiones que deben considerarse en la evaluación de un sistema de protección integral, adaptadas a la realidad colombiana. Estas dimensiones conducen a cuestionamientos que deben tenerse en cuenta para garantizar la sostenibilidad integral a largo plazo:

- a) Dimensión básica: ¿Se aumentará la cobertura, se disminuirán, mantendrán o aumentarán las prestaciones, y qué costos implica?
- b) Dimensión fiscal: ¿Qué implicaciones fiscales tiene el sistema, considerando los cambios demográficos y la relación entre activos y pasivos? ¿El país puede asumir esa carga?

- c) Mercado laboral: ¿Dada la relación entre formalidad e informalidad en el país, a qué nivel de cobertura efectiva y prestaciones puede aspirarse?
- d) Demografía: ¿Cómo afectará el envejecimiento de la población a los sistemas de pensiones y cómo se manejará ese efecto?
- e) Pobreza: ¿De qué manera el sistema influirá en el nivel de pobreza de las personas mayores y cuál será la contribución del Estado?
- f) Progresividad: ¿Hasta qué punto el sistema contribuye a la distribución del ingreso una vez implementado?
- g) Género: ¿Cómo afecta el sistema a las mujeres y su creciente participación como destinatarias primarias de las pensiones?
- h) Dimensión institucional: ¿Qué soporte institucional, jurídico y operativo debe establecerse o modificarse para garantizar la eficiencia del sistema y satisfacer la demanda?
- i) Economía política: ¿Qué diseños técnicos y apoyo político se necesitan para desarrollar una reforma que sea aprobada e implementada con éxito?

El reto en Colombia es poder trascender de una posición ideológica a una que realmente tenga en cuenta qué se necesita para tener un sistema de protección integral.

■ 2.1.5. Necesidad de marcos legales sólidos

Un sistema integral de protección a la población mayor que permita la concreción y realización de derechos debe ofrecer condiciones de certeza y seguridad tanto para las personas beneficiarias de estos, como para quienes tengan a su cargo su realización. “Los conflictos administrativos y jurídicos que se suscitan en la seguridad social y específicamente el que se presenta con los derechos prestacionales consagrados por el Sistema General de Pensiones, deben ser un aspecto para considerar en una futura reforma pensional” (Yepes, 2018). Tratándose de mecanismos de protección mediante la configuración de un componente de aseguramiento, cualquier modificación que se realice, no sustentada en estudios técnicos, puede traer consigo la desestructuración de este.

Para algunos países de la región sorprende la alta conflictividad que se presenta en Colombia en materia de seguridad social, expresada en un elevado número de procesos que se someten al conocimiento de las y los jueces. Gran parte de la solución está en elaborar una normatividad que asegure la claridad y transparencia en la interpretación, tanto para las personas responsables de hacer valer la prestación como para las personas usuarias y las y los jueces de la República.

Sin restringir la facultad resolutive de los y las jueces, en los fallos en que se pueda comprometer la solidez del sistema, se deberá evaluar el impacto que traerá sobre este, más cuando un pronunciamiento puede tener efectos generales no solamente circunscritos al caso particular resuelto. La claridad en la regulación y la consideración e inclusión de aquellos temas que han sido debatidos y resueltos en los estrados judiciales pueden contribuir a poner punto final a una creciente judicialización de los temas concernientes a la protección social.

■ 2.1.6. Problemas que existen en los seguros previsionales

El seguro previsional existente en el RAIS tiene como objetivo cubrir los riesgos de invalidez y sobrevivencia que puedan enfrentar las personas afiliadas al régimen. Sin embargo, múltiples fallos judiciales de la Corte Suprema de Justicia y la Corte Constitucional han flexibilizado o eliminado requisitos para acceder a este tipo de pensiones, lo que ha impactado la siniestralidad y viabilidad del seguro. Es importante destacar que la prima que se cobra para cubrir estos riesgos sale de la comisión que cobran las administradoras, asumiendo que el riesgo de las poblaciones afiliadas de cada administradora es similar, aunque su composición pueda variar en aspectos como la edad o tipo de trabajo.

A continuación, se exponen unas ideas para mejorar el esquema del seguro previsional, algunas de ellas están recogidas de un documento que describe los desafíos para la sostenibilidad del sistema pensional (Arenas, 2018).

- a) Los cambios en las reglas del sistema deben tener efectos futuros y no retroactivos, ya que la reapertura de situaciones jurídicas crea desequilibrios para quienes intervienen en su aseguramiento.
- b) Debería existir una limitación que restrinja el poder de la jueza o el juez constitucional para sobreponerse a las facultades legislativas.
- c) Se debe limitar la facultad de la Corte Constitucional para emitir órdenes generales en casos de tutelas que afecten a las partes.
- d) Cualquier cambio en las condiciones fijadas por ley debe ser corregido por el Congreso, basándose en conceptos técnicos que lo sustenten.

- e) Evaluar la posibilidad de realizar subastas del seguro previsional por grupos etarios de riesgo, como se hace en otros países.

Las primeras cuatro ideas también tendrían aplicación para el RPM, que tiene problemas similares. Ninguno de los elementos expuestos en el capítulo 4, parte I de este documento, fue tratado en la reforma pensional, pendiente de sanción presidencial.

■ 2.1.7. Lograr mantener el ahorro proveído por el sistema

Es innegable que, en los países que han implementado parcial o totalmente un sistema de capitalización, las cotizaciones de las personas afiliadas mantenidas en las cuentas individuales representan un valor importante del ahorro nacional, que fue en Colombia aproximadamente el 25% del PIB en 2023.

Dado que en el corto plazo se está considerando la posibilidad de crear un sistema de pilares, definir un pilar contributivo que sea de reparto o prima media implicará que parte de los recursos que iban a las cuentas individuales en el RAIS dejarán de hacerlo y se dirigirán a COLPENSIONES o a un fondo que se crearía. Además, se deberá decidir qué hacer con el *stock* de recursos correspondientes a dichas personas afiliadas que se trasladen a ese pilar.

Por ello, es preciso señalar algunos aspectos que deben ser tenidos en cuenta para tratar de mantener ese ahorro en el tiempo y mitigar los efectos que la disminución de esos recursos en el mercado de capitales y de liquidez puedan tener:

- a) Mantener la liquidez que las AFP aportan al mercado de deuda pública. La falta de liquidez podría alejar a entidades inversionistas extranjeras

y locales del mercado, lo que afectaría las tasas de interés y los márgenes de riesgo.

- b) Tratar de que la mayoría de los recursos de los fondos de pensiones (COP 405 billones, a diciembre de 2023) se mantengan a largo plazo para seguir financiando proyectos empresariales y de infraestructura en el país. De no hacerlo, podríamos vernos en la necesidad de recurrir a mercados internacionales a un mayor costo, debido a la percepción de riesgo de nuestro país.
- c) Aprovechar la experiencia que han desarrollado los fondos de pensiones en la gestión de portafolios de inversiones para utilizarla en otros sectores, incluido el gobierno nacional y territorial.

2.1.8. Educación y capacitación

Este punto es esencial en cualquier sistema de protección económica a la vejez, aunque lamentablemente muchas normativas actuales no lo consideran como requisito fundamental para quienes administran, regulan y supervisan el sistema. Algunos aspectos clave que deberían ser contemplados en cualquier desarrollo o reforma del sistema podrían incluir:

- a) Capacitación desde temprana edad sobre los derechos a una protección integral y las alternativas legales para acceder a ellos.
- b) Conocimiento detallado del funcionamiento del sistema y una adecuada información a lo largo de la participación en el mismo.

- c) Conciencia de las opciones disponibles para lograr mejores condiciones económicas durante la jubilación.
- d) Apoyo durante la transición de la vida laboral activa a la jubilación, incluyendo acceso a servicios de vivienda y salud.
- e) Capacitación para aquellas personas que decidan continuar trabajando, ya sea como pensionadas o para complementar sus ingresos, incluyendo programas que comiencen durante la etapa laboral activa.
- f) Programas de capacitación en nuevas herramientas tecnológicas.
- g) Enfoque integral para el desarrollo de programas educativos que contemplen temas de educación financiera y planificación de la jubilación. Estos programas deberían proporcionar información sobre servicios de salud, beneficios y programas de vivienda. Su alcance debe ser amplio, utilizando medios presenciales e interactivos e impartidos en colaboración de personas expertas en diversas áreas, incluyendo personas jubiladas.

2.1.9. Cambios paramétricos en el sistema de prestaciones económicas

El ajuste de los parámetros en los sistemas pensionales es un tema constante en la agenda de los sistemas de protección en los países. Esto se debe a la dinámica del mercado laboral, los cambios demográficos que han aumentado la expectativa de vida y reducido la natalidad, y a los déficits estructurales

en muchos sistemas de reparto, donde las tasas de remplazo superan la capacidad de contribución de entidades empleadoras y personas trabajadoras.

A pesar de los desequilibrios evidentes, los gobiernos a menudo muestran resistencia a hacer cambios en los parámetros, como la edad de jubilación, las semanas cotizadas necesarias, la igualdad de edad por sexo, la tasa de remplazo, el porcentaje de cotización, entre otros. Esto se debe al potencial efecto político negativo y a las dificultades legales para implementar dichos cambios.

Sin embargo, tarde o temprano, los déficits estructurales de los sistemas, incluyendo al colombiano, obligarán a realizar ajustes. Es fundamental que, en caso de llevar a cabo una reforma del sistema, se mantenga abierta la posibilidad de realizarlos. Esto debe basarse en criterios técnicos adecuadamente elaborados y en un análisis profundo sobre hasta dónde el gobierno puede subsidiar estas prestaciones dentro del presupuesto.

■ 2.2. Medidas desde la perspectiva laboral para mejorar la protección económica en la vejez

Como se ha documentado en el capítulo 5 de la parte 1, que describe la participación de las personas mayores en el mercado laboral, la mayoría de las personas adultas mayores en Colombia no cuenta con una aceptable protección económica. El 75% de ellas no devenga una pensión y el 47% es pobre. Además, con la edad disminuye el número absoluto de las personas afectadas, pero aumenta la incidencia de la pobreza.

La protección económica de la vejez puede ser mejorada a través de dos principales acciones. Una consiste en aumentar la cobertura activa del sistema pensional, es decir, en hacer

que más personas en edad activa coticen al sistema y por más tiempo. En un futuro esto garantizará la obtención de una pensión y, con ello, agrandará la cobertura pasiva del sistema pensional. La otra se basa en aumentar directamente la cobertura pasiva, es decir, el número de personas pensionadas.

En el tiempo, el sistema pensional colombiano se ha caracterizado por una baja cobertura tanto en la fase activa como en la pasiva. Antes de la Ley 100 de 1993, a principio de los años noventa, se estimaba que apenas un 20% de las y los colombianos estaba cubierto por el Instituto de Seguros Sociales (ISS), por la Caja Nacional de Previsión Social (CANAJAL) y las demás cajas de previsión; en 2023 las personas afiliadas al sistema pensional contributivo representaban el 26,7% de la población mayor de edad. Siempre, antes de la Ley 100 de 1993, la cobertura pasiva fue de aproximadamente el 20% y en 2023 solo había subido a 24,4%.¹¹² Así que los avances en cobertura pasiva se han logrado, fundamentalmente, por aumentos del programa de pensiones no contributivas Colombia Mayor, que hoy en día entrega un subsidio de COP 80.000 mensuales a poco más de 1,6 millones de personas adultas mayores de escasos recursos.¹¹³ A ello se suman los beneficiarios del programa semicontributivo voluntario de los Beneficios Económicos Periódicos (BEP), que en 2024 fueron representados por poco más de 50.000 personas adultas mayores y reciben una renta vitalicia mensual de, aproximadamente, COP 145.000 en promedio.¹¹⁴

Ahora bien, mientras que el aumento directo de la cobertura pasiva se alcanza a través de transferencias y

¹¹² Personas pensionadas mayores de 57 años si eran mujeres y mayores de 62 años si eran hombres, como proporción de la población del mismo grupo etario. Las coberturas antes de la Ley 100 de 1993 se derivaron de Casali y Farné (2020).

¹¹³ Ver Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, noticias sobre ciclos de pagos de Colombia Mayor. <https://prosperidadsocial.gov.co/noticias>

¹¹⁴ Ver COLPENSIONES en cifras, varios meses. <https://www.colpensiones.gov.co/publicaciones/noticias/?tema=89765>

subsidios en favor de las personas adultas mayores, aquel de la cobertura activa pasa necesariamente por el mercado laboral. Este, en Colombia, se caracteriza por altas tasas de informalidad que, a su turno, implican ingresos de las personas inestables y bajos y lagunas en los periodos de cotización a pensiones.

Entonces, el punto de partida para garantizar unos ingresos suficientes a las personas en su vejez es una política de formalización laboral, acompañada por una que favorezca una mayor y mejor inserción laboral de las mujeres, que son las más afectadas por la pobreza en edades más avanzadas.

Las anteriores son políticas que benefician a todas las personas trabajadoras de cualquier edad y toman tiempo en consolidarse. En consecuencia, se hace necesario complementarlas con otras iniciativas, algunas de las cuales están más focalizadas a quienes que se acercan a la edad de jubilación y hasta la sobrepasan.

La Ley 2040 de 2020, por ejemplo, pretende promover el empleo de las personas adultas mayores que hayan cumplido la edad legal de jubilación y que no sean beneficiarias de algún ingreso vitalicio. Las empresas que emplean personas adultas mayores en estas condiciones, en por lo menos un 2,5% de su planta de personal, pueden deducir en el Impuesto Sobre la Renta el 120% del valor de los salarios y prestaciones sociales pagadas a estas personas durante los años gravables en los que la persona empleada permanezca contratada por la entidad empleadora contribuyente. Nótese que, en la práctica, la Ley 2040 de 2020 permite solo un descuento adicional del 20% a lo permitido por la legislación tributaria en el caso de los salarios y prestaciones de las demás personas trabajadoras y esto únicamente en la eventualidad en que la persona adulta mayor sea empleada por un año completo. Así que es evidente que los incentivos para contratar personas adultas mayores bajo los criterios de la Ley 2040 de

2020 no son particularmente atractivos y podría pensarse en relajar los requisitos para que las empresas puedan calificar como beneficiarias y en aumentar la deducción tributaria por encima del 120% actualmente vigente.

Las personas mayores de 40 años (y menores de 65) —junto con otros colectivos como las personas trabajadoras independientes, personas desempleadas, madres sustitutas, personas discapacitadas— que devenguen ingresos de hasta máximo un salario mínimo mensual pueden acudir al Programa de Subsidio al Aporte en Pensiones (PSAP), que subsidia entre el 90% y el 75% de sus aportes al sistema contributivo de pensiones. Este programa, en lugar de ser desmontado gradualmente como se había planificado desde el Plan de Desarrollo 2014-2018, podría ser fortalecido y la participación de las personas afiliadas podría extenderse más allá de los 65 años.

Una particular atención debería darse al campo, donde el elevado número de personas trabajadoras por cuenta propia —el 60% de las personas ocupadas totales— dispersas en el territorio y que devengan ingresos bajos y variables requiere de programas de protección económica para la vejez diferentes de los contributivos establecidos para las demás personas trabajadoras. Podrían propiciarse iniciativas de afiliación colectivas y fortalecer la difusión y el atractivo del mecanismo BEP, entre las otras propuestas mencionadas en la sección 2.1.1. Además, es importante mitigar las barreras legales y culturales que afectan las posibilidades de trabajo de las personas adultas mayores.

En primer lugar, podría eliminarse o aumentar la edad máxima de retiro forzoso en el sector público (de 70 años, Ley 1821 de 2016) y la potestad que tienen las entidades empleadoras de solicitar el reconocimiento de la pensión en nombre de la persona empleada cuando esta cumple los requisitos legales para tener derecho a ella. Esto puede

comprometer la permanencia en el empleo porque, una vez que sea reconocida la pensión, la entidad empleadora puede dar por terminado con justa causa el contrato de trabajo (artículo 33 de la Ley 100 de 1993 y 9º de la Ley 797 de 2003). Al mismo tiempo, podría establecerse que los años de trabajo, a partir del cumplimiento de la edad legal de jubilación, no sean contabilizados en el cálculo de la indemnización sin justa causa o, cuando menos, no sean contabilizados desde el reconocimiento de la pensión.

Por otro lado, los servicios públicos de empleo pueden ofrecer servicios de orientación profesional, capacitación y colocación diseñados a la medida de las personas adultas mayores. En especial, dado que las personas adultas mayores son propensas a iniciar actividades por cuenta propia, podrían ofrecer servicios de asesoría para la creación de empresas de su propiedad. Asimismo, los servicios públicos de empleo pueden ser utilizados para sensibilizar a las personas empresarias y fomentar una cultura de contratación de esta población, que actualmente es ausente no solo en Colombia, sino en la región latinoamericana (Cuellar et al., 2023). Y con el fin de aumentar la disposición de las empresas a retener sus personas trabajadoras de mayor edad, se debería incentivarlas a invertir en su capacitación y recalificación, lo que debe contribuir a la autonomía, independencia y participación que el derecho otorga a la población mayor.

También, como resultado del envejecimiento demográfico, que hace que las personas vivan más tiempo y que la participación de los grupos etarios de mayor edad en la estructura poblacional sea superior, serán indispensables algunos cambios paramétricos que ajusten la edad estatutaria de jubilación a la expectativa de vida. Es decir, será necesario extender la vida laboral, extensión que se facilitará gracias a las mejores condiciones de vida de las cuales goce la población adulta mayor.

Pasando a considerar medidas que podrían aumentar directamente la cobertura pasiva, empezamos recordando que, cuando las personas afiliadas no alcanzan a cumplir los requisitos para obtener una pensión contributiva, el sistema pensional colombiano garantiza la devolución del dinero aportado. Más precisamente, se les entrega la devolución de saldos (en el RAIS) o la indemnización sustitutiva (en el RPM). Actualmente, este capital puede ser transferido a una cuenta BEP, donde recibe un subsidio del 20% de su valor y se transforma en una renta vitalicia. Dicha opción no ha tenido mucha acogida entre las afiliadas, que prefieren llevarse la totalidad de la devolución o de la indemnización a la cual tienen derecho sin aprovechar el subsidio y, por tanto, sin beneficiarse de una renta vitalicia (Becerra et al., 2022). En estos casos podría establecerse por defecto que las personas afiliadas, en lugar de retirar el capital acumulado, se integren de forma automática al mecanismo BEP, por ejemplo, para incrementar el subsidio entregado. La introducción del pilar semicontributivo con la recién aprobada reforma pensional enfrenta de forma más compleja, pero similar, esta problemática, pues ofrece una renta vitalicia a las personas afiliadas que logran cotizar entre 300 y 1.000 semanas durante su vida activa. Sin embargo, lo dispuesto en la reforma deja fuera a las personas afiliadas que coticen al sistema hasta 299 semanas, que siguen teniendo derecho solamente a la indemnización sustitutiva o a la devolución de saldos.

Naturalmente, en el caso de personas adultas mayores en edades ya avanzadas no compatibles con la actividad laboral y en condiciones de pobreza, habría que pensar en la ampliación de la cobertura de Colombia Mayor (o, en general, de un pilar básico no contributivo) y en la adecuación del subsidio monetario entregado por el programa hasta alcanzar, idealmente, el umbral de la línea de pobreza. En la reforma pensional el programa Colombia Mayor es sustituido

por un pilar solidario que va en la dirección aquí propuesta: extiende la cobertura a toda la población pobre y vulnerable e incrementa el valor del subsidio monetario hasta la línea de pobreza extrema.

Siempre con el objetivo de mejorar la cobertura pasiva del sistema pensional contributivo y evitar la pobreza en edades avanzadas, valdría la pena evaluar la conveniencia de introducir una prestación pensional reducida, así como lo contempla el Convenio 102 de OIT para quienes coticen un mínimo de diez años.

Por último, no se puede olvidar el caso de las personas adultas mayores que desean seguir trabajando por decisión propia, a pesar de que ya estén jubiladas. Para estas personas podría pensarse una contratación especial, de tiempo parcial o por horas, que tenga en cuenta que ya no deben aportar al sistema pensional, que ya contribuyen a salud y cuyas, por tanto, cotizaciones a la seguridad social podrían hacerse por valores inferiores a un salario mínimo, por horas.

Concluyendo, vale la pena resaltar que ofrecer a las personas mejores opciones e incentivos para extender su vida laboral no solo aumentaría su bienestar y sus condiciones económicas, sino que también se hace necesario para mantener la viabilidad de los sistemas pensionales de cara al envejecimiento de la población. En particular, para mantener la sostenibilidad financiera de los sistemas de reparto y la suficiencia de las pensiones en los sistemas de ahorro individual. La alta participación laboral a edades avanzadas que caracteriza el mercado de trabajo colombiano de hoy podría facilitar la aceptación social de una política de expansión del periodo laboral.

2.3. Elementos esenciales para la protección efectiva a la salud de las personas mayores

El acceso a la salud constituye un elemento fundamental en la concepción de una protección integral de la población mayor, acceso que debe ser integral, universal y sostenible, que garantice el bienestar físico, mental y social. Este acceso se sustenta en el derecho a la salud, reconocido internacionalmente y consagrado en la Constitución Política de Colombia. Este derecho implica que las personas adultas mayores deben tener acceso equitativo y continuo a servicios de salud de calidad, prevención de enfermedades, tratamiento y rehabilitación.

De manera particular, la población mayor está sujeta a riesgos de salud inherentes a la etapa del ciclo de vida en el que se encuentran y que se relacionan con el tratamiento de enfermedades agudas y con la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas. El componente de salud no solo mejora la calidad de vida de las personas mayores, sino que también promueve su inclusión social y dignidad, lo que les permite participar activamente en la sociedad y disfrutar de una vejez saludable y autónoma.

Como se describió en el capítulo 6 de la parte I, el acceso a los servicios de salud para la población en Colombia es muy variable territorialmente. A pesar de los esfuerzos que el país ha hecho por garantizar la cobertura universal del acceso a la salud, existen desigualdades significativas entre las zonas urbanas y rurales. La población mayor en áreas rurales suele enfrentar mayores dificultades para acceder a servicios médicos de calidad, debido a la falta de infraestructura y recursos.

Hacer una evaluación de la efectividad del sistema a nivel detallado se dificulta por la falta de información a nivel territorial, sin embargo, a nivel de país, la comparación con otros Estados se puede realizar utilizando información de

organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Frente a los indicadores de la OMS/OPS, el sistema de salud colombiano suele ubicarse entre los primeros de América Latina. Dos indicadores son particularmente relevantes para medir la efectividad del sistema: el gasto de bolsillo y el Índice de Cobertura Universal de Servicios de Salud.¹¹⁵ En cuanto al gasto de bolsillo, Colombia se destaca en los primeros lugares de la región, lo cual es significativo porque este indicador se utiliza universalmente para evaluar la protección financiera, asegurando que las personas no se empobrezcan debido al costo de la enfermedad. Por otro lado, en el Índice de Cobertura Universal de Servicios de Salud, Colombia obtiene un puntaje de 80, que se encuentra por encima del promedio mundial de 68 y del promedio de los países de ingresos medianos altos, que es de 79. Sin embargo, aunque está bien posicionada en comparación con muchos países, Colombia aún se encuentra lejos de Canadá, que tiene un puntaje de 91, el más alto del mundo, y supera incluso a la mayoría de los países europeos con sistemas de salud muy desarrollados. En el extremo opuesto, Somalia tiene el puntaje más bajo del mundo: 27.¹¹⁶

Si se analizan los resultados del estado de salud en Colombia, presentados en la parte 1, medidos por la esperanza de vida al nacer y los indicadores de morbilidad y mortalidad, incluyendo la mortalidad evitable por prevención o tratamiento, comparados con el mejor y peor resultado, así como

¹¹⁵ Cobertura de los servicios de salud esenciales expresada como puntuación media de 14 indicadores trazadores de la cobertura de los servicios de salud. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>

¹¹⁶ <https://data.who.int/es/indicators/i/9A7o6FD> - Estadísticas mundiales de salud 2022

con el promedio de los países de la OCDE, se observa que generalmente Colombia se encuentra cercana al promedio. Algo distinto sucede con el indicador de percepción del estado de salud de la población mayor, que, a pesar de su naturaleza subjetiva, resulta un predictor confiable de la mortalidad y de las necesidades futuras de atención médica (Palladino et al., 2016): los resultados de Colombia son significativamente mejores que el promedio.

Es importante destacar que los datos de resultados en salud para las personas mayores en Colombia no difieren significativamente de los promedios nacionales e, incluso, en algunos casos pueden ser mejores. La probabilidad de que una persona de 30 años muera antes de cumplir 70 años debido a enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes *mellitus* o enfermedades respiratorias crónicas, entre 2015 y 2019, es una de las más bajas en América Latina (OPS, 2021). En términos de esperanza de vida sana al nacer, Colombia se destaca junto con Perú, Costa Rica, Panamá y Chile, con valores superiores a los 69 años. Para el grupo de edad de 60 a 64 años, Colombia y Perú presentan la esperanza de vida saludable más alta, con 19,3 años. En los grupos de 70 a 74 años y de 80 a 85 años, Colombia continúa mostrando resultados positivos. En las edades más avanzadas, específicamente a los 95 años y más, Colombia presenta el valor máximo de 3 años de esperanza de vida saludable (IHME, 2019). Estos datos indican que, en términos asistenciales, el sistema de salud colombiano funciona aceptablemente, pues proporciona resultados comparables o superiores a los promedios regionales y refleja una atención efectiva a la población mayor.

Cabe destacar que los resultados para la población en general reflejan el promedio observado en el país, lo cual puede ser cierto para la población de algunas regiones del mismo debido a la gran inequidad presente en Colombia. Con los datos disponibles, se puede afirmar que, desde el punto de

vista de la salud como resultado del bienestar, corresponde a lo demográfico, epidemiológico y de calidad de vida. En este sentido, Colombia se puede dividir en, al menos, tres categorías: 1) el país desarrollado: representa las zonas andinas y urbanas, caracterizadas por una mortalidad causada de manera predominante por enfermedades crónicas y con resultados en sus indicadores de salud por encima del promedio de la OCDE; esta región puede considerarse como “la Colombia vieja avanzada”. 2) El país en desarrollo: corresponde a las áreas rurales dispersas, muy pobres y jóvenes, de la periferia del país, con una alta mortalidad causada por enfermedades transmisibles y materno-infantiles; esta región se conoce como “la Colombia con envejecimiento incipiente o en desarrollo”. 3) El país con alta mortalidad por causas externas: en particular, debido a la violencia; esta “Colombia violenta” a menudo coincide con las regiones en desarrollo, donde la mortalidad por causas externas es significativamente alta. Estas categorías reflejan la diversidad y disparidad en el estado de salud y bienestar de la población colombiana, resaltando la necesidad de políticas de salud adaptadas a las realidades específicas de cada región.

Es necesario precisar que, frente a otros países de América Latina y de manera más marcada con los de la OCDE, los indicadores de la oferta de servicios de salud están muy debajo de los promedios, principalmente en camas hospitalarias, equipos médicos o talento humano, lo que es una fuerte limitante frente al acceso; esto es mucho más acentuado en las zonas con mayor presencia de ruralidad y pobreza. El déficit en infraestructura y talento humano se presenta de manera más marcada en la atención de las personas mayores para abordar algunos padecimientos como son las enfermedades mentales y la discapacidad.

En la búsqueda de un sistema universal, integral y sostenible se requieren ajustes al sistema que construyan sobre lo

construido, entendiendo que estos cambios deben ir acompañados del mayor desarrollo para las zonas más pobres, sin lo cual no habrá un cambio sustancial en la salud de las personas.

■ 2.3.1. Propuestas de ajustes al sistema de salud

A partir del diagnóstico realizado, se enlistan aquí las propuestas de ajuste al sistema de salud en general y las propuestas específicas para la protección de las personas mayores:

- a) Principios para mantener la universalidad: Como se estableció en la sección 1.3, el sistema integral de protección a las personas mayores debe construirse bajo el sustento de principios, esto aplica también para el sistema de salud colombiano, que debe a su vez seguir estos lineamientos fundamentales para mantenerse y fortalecerse. Destaca el de mantener la universalización del sistema de aseguramiento en salud, reforzando sus funciones de gestión de riesgo financiero y en salud, así como la representación de la persona afiliada a través de redes integradas e integrales con los más altos estándares de calidad. Además, es vital garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, lo que significa no solo que la persona esté afiliada al sistema, sino también que pueda utilizar los servicios de salud cuando se necesiten, en el lugar adecuado.

Bajo los principios de progresividad y prohibición de regresividad de los derechos económicos, sociales y culturales, se debe preservar y mejorar lo hasta ahora alcanzado en el país. Esto incluye adherirse a los elementos esenciales e interrelacionados establecidos en la Ley Estatutaria y la Observación 14 del Comité de Derechos Económicos,

Sociales y Culturales (DESC): disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

- b) Aseguramiento del SGSSS: El aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es fundamental para garantizar el acceso al sistema de salud a través de la afiliación, que actualmente cubre entre el 95% y el 97% de las personas mayores. Esta cobertura es crucial ya que representa la materialización del derecho a la salud. Es de especial importancia mantener esta cobertura lo más cercana al 100%, especialmente para las personas mayores que enfrentan más dificultades y aquellas que viven en zonas rurales dispersas, ya que el aseguramiento es su principal protección.

Para las regiones más pobres, que suelen ser las rurales dispersas, es necesario realizar un ajuste significativo en el sistema de aseguramiento. Los agentes de salud en estas regiones deben ser monopólicos, ya sean públicos o privados sin ánimo de lucro, para garantizar una atención más eficiente y equitativa; se debe disponer de atención primaria en salud muy desarrollada con la garantía de la gestión de riesgo en salud integral que disponga de lo necesario para asegurar la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

El desarrollo de modelos interculturales, como el Sistema Integral de Salud para Pueblos Indígenas (SISPI), debe ser fortalecido. Es esencial crear mecanismos efectivos para su plena integración dentro del sistema de salud nacional, asegurando que las prácticas y conocimientos tradicionales sean respetados y complementen o sean complementados por la atención médica moderna.

Para las personas mayores, los avances en la gestión del riesgo en salud deben ampliarse para incluir las patologías mentales y la discapacidad, con el objetivo de promover la mayor autonomía posible. Es crucial identificar activamente a estos grupos entre las personas mayores y gestionar el riesgo de manera integral.

Además, es importante mantener y mejorar los indicadores de expectativa de vida sana, buscando que se acerquen de manera homogénea a los de los países desarrollados. Esto implica no solo una atención médica eficiente, sino también políticas de promoción de la salud y prevención de enfermedades que aborden las necesidades específicas de la población mayor.

- c) Mecanismos de acceso para las personas mayores: El acceso efectivo a la salud va más allá de la simple afiliación al sistema: implica poder utilizar los servicios de salud cuando se necesitan. Como se evidenció en el diagnóstico, las medidas de acceso a los servicios de salud para personas mayores varían considerablemente entre diferentes territorios, lo que exige estrategias diferenciadas y acciones afirmativas específicas para cada región. Es crucial abordar y eliminar los estereotipos negativos identificados en la atención de salud para esta población. En cuanto a la salud mental, se deben desarrollar modelos de gestión clínica integrales que aborden las necesidades específicas de salud mental de las personas mayores. Además, la búsqueda permanente de autonomía obliga a abordar la discapacidad de manera integral y con todos los recursos necesarios para asegurar la plena inclusión y bienestar de las personas mayores.

- d) Oferta de servicios de salud para personas mayores: El desarrollo de la oferta de servicios de salud debe alinearse con las necesidades identificadas por la ciudadanía y basarse en modelos de servicio contruidos por las comunidades, lo que asegurará que sean relevantes y efectivamente respondan a las demandas locales. La participación de la comunidad en su planificación y evaluación puede mejorar la pertinencia y aceptación de las intervenciones.

La prestación de servicios de salud para personas mayores debe centrarse en el fortalecimiento de redes integrales que garanticen el acceso y la continuidad de la atención, lo que permitirá que los servicios sean más accesibles e integrales, sean identificadas por los y las ciudadanas y tengan en su base modelos contruidos desde las comunidades.

Es esencial que las redes de servicios de salud sean robustas y estén bien coordinadas para ofrecer una atención integral. Esto implica no solo la disponibilidad de servicios médicos generales, sino también la inclusión de servicios especializados en geriatría, salud mental y rehabilitación. La continuidad en la prestación de servicios es crucial para manejar de manera efectiva las condiciones crónicas y complejas que a menudo afectan a la población mayor.

- e) Talento humano: Abordar y adoptar medidas para resolver el déficit de profesionales de enfermería, medicina y equipos de salud en general es una necesidad urgente. Para ello es imprescindible asignar los recursos necesarios y eliminar las restricciones en el sector educativo que dificultan la formación de profesionales de la salud, en todos los niveles.

Una solución a mediano plazo es la conformación de equipos de salud multidisciplinarios para abordar las disparidades regionales y mejorar la atención en zonas rurales y menos favorecidas.

Se requiere, además, desarrollar incentivos para el talento humano en salud, como se ha hecho en el pasado, para lograr una distribución más equitativa en todo el territorio. En el caso de las personas mayores, es esencial contar con equipos especializados en salud mental y discapacidad que brinden atención tanto en instituciones como en la comunidad.

- f) Calidad en salud: La calidad es uno de los elementos clave cuya medición estandarizada ha tenido como efecto colateral la dificultad en la disponibilidad de oferta de centros de salud. Una de las razones es la aceptabilidad de una tecnología en salud o para el acceso a los servicios. Las grandes diferencias en la calidad de salud identificadas deben ser subsanadas para que todas las personas ciudadanas puedan acceder a las mejores clínicas y hospitales del país o a nuevas alternativas desarrolladas para el abordaje de diversas patologías, garantizando que las respuestas sean adecuadas para cada región sin poner en riesgo a la población. La atención a las exigencias regionales debe ser equitativa y no necesariamente igualitaria.

Para mejorar la cantidad y distribución de los servicios de salud, se requiere de una política de estímulos apropiados, como incentivos financieros y profesionales, para atraer y retener personal médico en áreas rurales y menos favorecidas. Además, es esencial desarrollar programas específicos de capacitación en geriatría y atención a la discapacidad

para el personal de salud, con lo cual se asegura que esté preparado para atender las necesidades específicas de las personas mayores. Esto no solo mejorará la calidad de la atención en regiones desatendidas, sino que también contribuirá a un sistema de salud más equitativo y accesible para toda la población.

- g) La gestión de los determinantes de la salud: La salud de las personas es el resultado de los llamados determinantes sociales de la salud, que son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”.¹¹⁷ Estos determinantes abarcan una variedad de factores como la educación, el empleo, el entorno físico y social, y las políticas públicas. El sistema de salud, en el mejor de los casos, solo aporta un 20% a la salud de la población, lo que subraya la importancia de abordar los determinantes sociales de manera integral.

El entendimiento de la importancia de la gestión de estos determinantes obliga al desarrollo de acciones intersectoriales basadas en un diagnóstico territorial preciso. Esto significa que se deben coordinar esfuerzos entre el sistema de salud y otros sectores como la educación, el desarrollo urbano, la vivienda y el medio ambiente para

¹¹⁷ Algunas desigualdades de la salud: incluye el contexto socioeconómico y político, la gobernanza, las políticas macroeconómicas, sociales (mercado del trabajo, vivienda, tierra, salud, cultura y valores sociales), la posición socioeconómica (clase social y género), educación, ocupación, ingreso, culturales y medio ambientales y unos intermedios: circunstancias materiales tales como condiciones de vida y trabajo, disponibilidad de alimentos, etc., factores conductuales y biológicos, factores sicosociales y entre ellos el sistema de salud (OMS, 2024).

lograr una atención integral de la persona mayor. La actual coordinación del sistema de salud con otros sectores es muy pobre, y mejorarla es crucial para una atención efectiva.

Para gestionar eficazmente estos determinantes, es necesario crear un sistema de salud que promueva el desarrollo general de las regiones con claras acciones afirmativas en salud y cuidados. Además, se deben atender los determinantes sociales con mayor inequidad entre las personas mayores, tales como la educación, el desarrollo económico, el acceso a vivienda y un entorno favorable. Estas acciones deben garantizar el derecho a la salud durante toda la vida y especialmente en la vejez, para permitirles a las personas mayores vivir con dignidad y bienestar.

- h) Territorialización: La territorialización de la gestión en salud ha tenido varios enfoques, todos orientados a facilitar la coordinación de distintas instancias del Estado. Esta gestión incluye la planeación, ejecución y seguimiento para aplicar un modelo integral de atención en salud.¹¹⁸ El Ministerio de Salud ya ha definido la Gestión Integral Territorial en Salud, y son las Entidades Territoriales (ET) las responsables del funcionamiento de este modelo.¹¹⁹ El Departamento Nacional de Planeación (DNP) ha definido las zonas de atención sanitaria o subregiones funcionales¹²⁰ no solo para salud sino

¹¹⁸ Decreto 780 de 2016: artículo 2.11.6: La Política de Atención Integral en Salud se operacionaliza a través de un modelo centrado en el cuidado de las personas, familias y comunidades que aborda los determinantes sociales y las prioridades en salud de la población de manera integral, integrada y continua.

¹¹⁹ Decreto 780 de 2016: artículo 2.11.16 Gestión Integral Territorial en Salud.

¹²⁰ Resultados del ejercicio de subregionalización funcional en Colombia, Departamento

para todos los sectores, identificando áreas necesarias para lograr el desarrollo integral y la coordinación transectorial. Este enfoque permite abordar de manera más efectiva las necesidades específicas de cada territorio.

Un paso intermedio es lograr el desarrollo regional con niveles similares de progreso, lo que se presenta como una alternativa viable.¹²¹ Este desarrollo regional debe estar acompañado de modelos de salud que respondan a las necesidades específicas del territorio, fortaleciendo la oferta de servicios de salud de manera adecuada y equitativa.

Es importante que estos modelos territoriales de salud sean adaptativos y específicos para cada región, considerando sus particularidades geográficas, demográficas y socioeconómicas. El fortalecimiento de la oferta de servicios debe incluir no solo infraestructuras adecuadas, sino también la formación y distribución equitativa del personal de salud, garantizando el acceso a servicios de calidad en todas las áreas, especialmente en las más vulnerables.

Este enfoque integrado y territorializado de la gestión en salud permite una atención más eficaz y eficiente, asegurando que las intervenciones estén alineadas con las realidades y necesidades locales. Además, promueve una mayor participación comunitaria en la toma de decisiones, lo que es

Nacional de Planeación-DNP, Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural-RIMISP.

¹²¹ Amazonía/Orinoquía, El Caribe, Central, Pacífico, Eje Cafetero, Los Santanderes, Caquetá – Huila Antioquia y Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

fundamental para el éxito y la sostenibilidad de los programas de salud a nivel local.

- i) Sistema de información: Es importante desarrollar y mejorar la gestión de los sistemas de información interoperables y la generación y articulación de las nuevas tecnologías de información y comunicaciones para todo el país. Al hacer esto se logrará el seguimiento y monitoreo de los resultados de salud que permitan valorar para cada territorio, en tiempo casi real, el acceso efectivo a los servicios de salud (incluyendo el aseguramiento o la prestación de los servicios), el logro de compromisos en salud nacionales e internacionales, los acuerdos intersectoriales, el desempeño de los actores y de las intervenciones en salud y el cierre de las brechas regionales y la equidad, como se prevé en el Decreto 1599 de 2022, que se refiere a las Disposiciones Relativas a la Política de Atención Integral en Salud.¹²²

El Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro), que centraliza y gestiona la información relacionada con la protección social en el país debería fortalecerse y permitir el acceso en línea a la información para que tanto la academia como las personas tomadoras de decisiones dispongan de ella. Lo mismo se requeriría para otros sistemas de información del Ministerio de Salud y Protección Social. Este acceso permitiría elaborar propuestas a nivel territorial y apoyar la toma de decisiones en políticas públicas para mejorar la eficiencia en la administración de los servicios de salud y protección social.

I ¹²² Decreto 1599 de 2022: artículo 2.11.15 Seguimiento y monitoreo.

Se requiere, también, que la información de las instituciones de salud sea pública para facilitar la supervisión y el control social. Esta apertura de datos no solo facilita la transparencia y la rendición de cuentas, también permite generar propuestas más ajustadas a las necesidades específicas de cada territorio. Al hacer accesible esta información, se fortalece el control social, lo que es esencial para combatir la corrupción y asegurar que los recursos se utilicen de manera eficiente y equitativa en el sistema de salud.

- j) **Financiamiento a la salud:** Aunque la inversión en salud por parte del Estado colombiano ha mejorado de manera sustancial, pues pasó del 5,6% del PIB en los años 2000 a cerca del 8,1% en el 2023,¹²³ es claro que es insuficiente para la oferta de servicios y que, además, incorpora algunos cuidados sociosanitarios, personas cuidadoras y otros, que deberían tener una financiación distinta y complementaria al sistema de salud.¹²⁴

La sostenibilidad del sistema de salud colombiano implica hoy un reto a considerar, dada la necesidad de resolver la incorporación de nuevas tecnologías, la transición epidemiológica, las crecientes expectativas de la población, la cobertura universal y el envejecimiento poblacional. La evidencia muestra el déficit histórico en la financiación del sistema de salud en el aseguramiento: para el 2023 el resultado operacional revela una

¹²³ World Health Organization Global Health Expenditure database, OCDE - 2023, Así Vamos en Salud.

¹²⁴ Esta última, en el promedio de la OCDE para la inversión, está cerca del 2%, con grandes diferencias (Países Bajos por encima del porcentaje promedio y Grecia equivalente al 0,2%).

pérdida de cop 4,6 billones (margen neto: -3%) (Así Vamos en Salud, 2023), que en 2022 fue de -4,2 billones. Corregir los déficits en la infraestructura en salud y del subsidio a la oferta en zonas dispersas requerirá una financiación adicional cercana al 1% del PIB para la sostenibilidad del plan de beneficios.

La financiación adecuada del sistema es uno de los elementos de la protección financiera, para la persona mayor y su autonomía, por lo que resulta esencial mantenerla en el nivel protector de hoy. El aporte que hace el sistema de salud a la equidad debe mantenerse a través de la protección financiera que brinda el hecho de que el gasto de bolsillo sea bajo para las personas mayores.¹²⁵

Con una inversión del 8,1% del PIB, que se encuentra un punto por debajo del promedio de la OCDE (9,2%), los resultados muestran que el sistema de salud colombiano es sólido y eficiente, aunque requiere focalización en ciertos aspectos para mejorar su eficacia. Es vital actualizar de manera sistemática la oferta de servicios de salud para satisfacer las demandas de la población. Además, los modelos económicos que consideran los determinantes sociales y la salud pública pueden reducir la probabilidad de decisiones de cobertura inequitativa. La tecnología puede contribuir a construir un sistema de atención verdaderamente igualitario y equitativo si se mejora su evaluación, cobertura y costos.

¹²⁵ Es decir que por efecto de la enfermedad no tenga la necesidad de utilizar recursos propios.

■ 2.3.2. Las recientes iniciativas de reforma a la salud en Colombia

Las discusiones en las que se están centrando la reformas hoy en Colombia en materia de salud implican una confrontación de posiciones e intereses políticos, económicos y empresariales que tratan de acomodarse. La mayoría de los actores coinciden en que se trata de un problema de tipo financiero significativo, cuya lectura se hace en dos vías: una primera visión es de tipo político, donde se dice que hay un desequilibrio en la relación entre el mecanismo de pago (Unidad de Pago por Capitación) y las prestaciones del plan de beneficios, las nuevas tecnologías y los presupuestos máximos que terminan por quebrar al sistema. La otra visión señala que el problema financiero ya venía desde hace tiempo y se cuestiona si debe ser el Estado o el mercado regulado el que provea el servicio. El sistema de salud y, en específico, la parte de la seguridad social que se ocupa de la salud no se puede analizar como el dilema de mercado o Estado. Es importante entender que la definición de la forma en que funcionan los sistemas de pago afecta los resultados de salud, dado que interactúan con las estructuras de oferta y demanda existentes.

Sin embargo, si se entiende la dimensión de los distintos países dentro de Colombia, es decir, las diferencias territoriales para las zonas dispersas y más pobres, es necesario implementar un enfoque multifacético que incluya la expansión de la telemedicina para superar las barreras geográficas, el establecimiento de unidades móviles de salud para llegar a áreas remotas y la capacitación de agentes de salud comunitarios locales. Además, se debe garantizar la financiación adecuada y el apoyo logístico para mantener estos servicios.

Los ajustes al sistema de salud colombiano deben adherirse a un imperativo ético ratificado por la Corte

Constitucional. El principio de progresividad y no regresividad de los derechos económicos, sociales y culturales, junto con el derecho fundamental autónomo, exige preservar los logros alcanzados, reflejados en el anexo de Cobertura Sanitaria Universal. Estos logros constituyen la base para la construcción de nuevos modelos.

Para evitar retrocesos y asegurar un avance equitativo en todo el país, es crucial que los indicadores de referencia para estos ajustes sean regionales o territoriales. De esta manera, se impulsan las áreas rezagadas y se superan los logros existentes, garantizando un progreso sostenido y equitativo en el sistema de salud colombiano.

2.4. Cuidados y servicios sociales para una protección integral de la población mayor

En el capítulo 7 de la parte 1, se realizó el diagnóstico de la situación de la población mayor en materia de cuidados y servicios sociales en Colombia. En este apartado se retoman los principales hallazgos del análisis efectuado, con el fin de determinar las acciones necesarias para mejorar las condiciones de la población mayor y aspirar a lograr una protección integral.

Cabe señalar que Colombia ha logrado avances importantes respecto a las políticas de envejecimiento y protección de la población mayor. No obstante, estos esfuerzos aún se encuentran en desarrollo o no son accesibles para gran parte de la población objetivo. Los cuidados y servicios sociales para la población mayor en Colombia enfrentan diversos retos y desafíos, mismos que se mencionan a continuación de la mano de posibles alternativas para ampliar su cobertura y calidad, además de propuestas encaminadas a mejorar las condiciones de envejecimiento de la población mayor a partir de la detección de sus necesidades, ya sean físicas, emocionales,

sociales, psicológicas, del entorno y la vivienda, financieras, tecnológicas, entre otras.

■ 2.4.1. Propuestas para mejorar las condiciones de envejecimiento y cuidados

- a) Fortalecimiento de infraestructura y capacitación de personal especializado: Un aspecto fundamental a tener en cuenta es el de las personas cuidadoras informales, ya que constituye un reto tanto para la población que recibe los cuidados como para aquella que los proporcionan. De las 8,6 millones de personas cuidadoras no remuneradas, una proporción cada vez más importante lo hace para las personas mayores. Destaca el hecho que el 70% u 80% de estas cuidadoras son mujeres, lo que evidencia el rol determinante que tienen en el sistema de cuidados.

Además, la situación de la cuidadora o el cuidador informal, es decir, aquella persona que asume este papel, implica una carga de demandas y tareas de cuidado delegadas por la familia. Estas tareas pueden trascender sus capacidades y la carga emocional que conlleva puede ser excesiva, pues tendría un doble rol. Aunado al cuidado en su hogar, la persona cuidadora tiene que hacer frente a conflictos personales, problemas laborales y económicos, aislamiento social, disminución del tiempo de ocio, cansancio, lo cual puede llevarle a reducir su respuesta inmunológica (Lopez et al., 2006).

Para solventar la brecha entre la demanda de cuidados y la capacidad de atención a la población mayor en Colombia, es necesario invertir en la formación y capacitación de especialistas en diversas áreas de cuidado a la salud física y mental de la

población mayor. Una estrategia es crear incentivos financieros y profesionales que permitan atraer y retener al personal de salud en áreas rurales y de mayor vulnerabilidad.

Con base en el crecimiento de la población mayor en Colombia, se requerirá, también, fortalecer, crear y adecuar la infraestructura, tal como la creación y adaptación de centros de día (vida), residencias geriátricas y centros nocturnos. Dichas instalaciones deberán equiparse con tecnología para el monitoreo y cuidado de la salud de esta población con el fin de brindar una atención integral y de calidad, adecuada a los requerimientos específicos de cada región y área geográfica —rural y urbana—.

Todo lo anterior debe hacerse teniendo en cuenta la importancia de la preparación de las personas cuidadoras formales y la capacitación continua de las informales que permita en un futuro su incorporación a la fuerza laboral formal.

- b) Desarrollo de políticas públicas inclusivas y participación social: Existe una importante brecha entre la demanda de cuidados y las capacidades de atención disponibles para la población mayor. Esta falta de correspondencia es resultado, entre otros factores, de patrones culturales, acceso a la educación y la limitada inversión en infraestructura y personal especializado, además de la falta de políticas públicas adecuadas y la insuficiencia de programas de apoyo social, que también contribuyen a esta disparidad. La combinación de estos elementos genera una incapacidad sistemática para satisfacer las crecientes necesidades de cuidado de la población mayor.

La heterogeneidad del país es un elemento necesario a considerar para comprender el acceso a los cuidados y servicios, el cual es diferenciado entre las regiones urbanas y rurales en términos de disponibilidad y calidad.

Es esencial desarrollar políticas públicas que promuevan el acceso equitativo a servicios de salud y cuidado para la población mayor, considerando sus necesidades físicas, emocionales, sociales, entre otras.

Asimismo, es importante, promover la autonomía de la población mayor para realizar tareas cotidianas y fomentar su inclusión activa en la sociedad, reevaluando los paradigmas de financiamiento, educación, mercado laboral y cuidados existentes para alcanzar un envejecimiento saludable.

Ejemplo de lo anterior son las políticas para fomentar la convivencia entre jóvenes y poblaciones mayores a través de viviendas intergeneracionales que se observan en varios países de Europa como Alemania, Francia, España, Países Bajos, Reino Unido e Italia. Este tipo de programas promueven que personas estudiantes universitarias vivan de manera gratuita en residencias para personas mayores a cambio de dedicar unas pocas horas a la semana a interactuar y ayudar a las personas residentes ancianas. En Colombia también se ha desarrollado una plataforma denominada Ganas y Canas, que busca unir a las personas adultas mayores con experiencia que desean tener un nuevo propósito en su retiro y acompañar a jóvenes que, ante la falta de oportunidades laborales, desean iniciar emprendimientos. Esta convivencia intergeneracional no solo ayuda

a reducir la soledad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores, sino que también fomenta el entendimiento y la solidaridad entre generaciones. Acciones como esta fomentan una sociedad que pacta cómo quiere ser respecto a las personas y los valores que alberga.

- c) Personas cuidadoras formales e informales: Destaca la relevancia de capacitar y entrenar a las personas cuidadoras formales, así como reentrenar a las personas cuidadoras informales. Además, desarrollar y reconocer la labor de las personas cuidadoras, formales e informales.

Otra acción primordial es promover las estrategias de respiro, las cuales están orientadas a que la persona cuidadora 24/365 tenga la oportunidad de ser reemplazada, acceder a vacaciones por días o descanso semanal.

- d) Prevención del maltrato y violencia en la población mayor: El tema del maltrato a la población mayor representa otra alerta a considerar, en el capítulo 7 se abordaron los tipos de maltrato físico, psicológico, financiero y sexual, los cuales se encuentran estrechamente relacionados con el nivel socioeconómico de la población mayor. Según Forero et al. (2019), para la OMS y la Red Internacional de Prevención del Abuso y el Maltrato en la Vejez (INPEA, por sus siglas en inglés) pueden considerarse otros tipos de maltrato, además de los mencionados anteriormente: por un lado, el estructural, ejercido por parte de gobiernos e instituciones que discriminan en las políticas a la población mayor. Por otro lado, el social, que se relaciona con los prejuicios y estereotipos sobre la población mayor,

vista como una carga ante la pérdida de autonomía y discapacidad, lo cual tiene implicaciones en la dinámica familiar y social.

En varios países, incluido Colombia, las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad. La población mayor a menudo enfrenta dificultades que pueden incrementar el riesgo de suicidio, como problemas de salud crónicos, pérdida de seres queridos, aislamiento social, problemas económicos y enfermedades mentales no tratadas, como la depresión, entre otras dificultades.

Para abordar este reto resulta fundamental tomar en cuenta las necesidades y características de la población mayor, al hacer propuestas de políticas, aunado a la toma de conciencia por parte de las sociedades sobre el cuidado de la población mayor, que no necesariamente supone una carga, al contrario, es un grupo poblacional que continúa siendo fundamental en distintas actividades económicas, sociales, culturales y políticas.

De igual manera, se requiere brindar medidas de apoyo y cuidado a la población mayor realizando tareas de monitoreo y seguimiento que den cuenta de sus condiciones físicas y emocionales para lograr prevenir algún incidente. Como se ha comentado anteriormente, es una tarea conjunta del Estado, la familia y la sociedad involucrarse en tareas de vigilancia y cuidado de la población mayor, para ayudar a detectar y evitar situaciones de maltrato en cualquiera de sus modalidades, discriminación y aislamiento de la población mayor accidentados y suicidio.

- e) Uso de nuevas tecnologías en el cuidado de la población mayor: El uso de las nuevas tecnologías es clave para mejorar la atención a la población mayor, tales como la implementación de telemedicina, robótica en el cuidado —como cuidadores robóticos que complementan o sustituyen a las personas—, dispositivos portátiles para el monitoreo de salud y otras herramientas que mejoren la calidad de vida de la población mayor. La robótica en el cuidado de la población mayor tiene el potencial de desarrollar cuidadores personalizados que se ocupen de las necesidades físicas y que, además, ofrezcan apoyo emocional y social a las personas mayores.
- f) El papel del Estado: Los servicios y cuidados a que se han hecho referencia en apartados anteriores son fundamentales para alcanzar la protección integral de la población mayor y forman parte de sus derechos, lo cual asegura que puedan alcanzar la máxima autonomía posible. Es por ello que el Estado se encarga de financiar y ejecutar políticas efectivas en todos los niveles: nacional, departamental y municipal, en la inversión y las acciones a desarrollar.

En la macrogestión, se enfoca al desarrollo de la política orientada de manera integral al bienestar, que sea lo más flexible posible y entendiendo que el desarrollo de todos los territorios es la respuesta.

En la mesogestión, busca la articulación de los operadores públicos, privados con y sin ánimo de lucro en el nivel departamental y municipal. Además, promueve la contratación con los incentivos apropiados.

En la microgestión realiza un seguimiento cercano a las personas ejecutoras de la política y a los ajustes sobre las necesidades detectadas en cada territorio.

- g) Participación del sector privado: En Colombia, la activa participación del sector privado es esencial para complementar la capacidad limitada del sector público. Las organizaciones como las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y las entidades solidarias desempeñan un papel crucial en este contexto. No obstante, esto no implica que el desarrollo del sector público deba ser descuidado, especialmente en regiones con necesidades particulares.

Las lecciones aprendidas con el sector salud, con su amplia participación, permiten entender que el sector privado con ánimo de lucro es un operador, en general, muy eficiente, cuya motivación es el dinero y, en consecuencia, los incentivos deben estar orientados hacia ellos, en los resultados que se esperan. Por otro lado, el Estado tiene el rol de proporcionar los estímulos más acertados en la gestión y resultados, que se deben reflejar en la contratación.

- h) Desarrollo de la economía plateada: El objetivo de esta propuesta es afrontar los retos de una población mayor en aumento y aprovechar las nuevas oportunidades económicas relacionadas con el envejecimiento. Es decisivo que Colombia desarrolle un modelo que responda a la creciente demanda de pensiones, servicios de salud, servicios de atención y cuidado. Esto requiere una revisión profunda de la institucionalidad y sus ofertas para adaptarse a

las necesidades de la población mayor. Es crucial mejorar las condiciones de salud y promover la productividad e inclusión social de este grupo poblacional.

El envejecimiento también puede ser visto como una oportunidad. En ese tenor, se aborda el desarrollo de la economía plateada en Colombia, que consiste principalmente en la transformación en el consumo y la demanda de servicios.

El desarrollo de la economía plateada se basa en que el consumo cambia, tal como ocurre en el consumo de salud, con la búsqueda de formas innovadoras como la telemedicina.

Además, destaca la necesidad de productos financieros adaptados, como ahorro, seguros, hipotecas inversas y pensiones, así como la demanda de viviendas asequibles y adaptadas. En términos de movilidad y conexión, la infraestructura urbana y los transportes también deben adecuarse para satisfacer las necesidades de la población mayor. En el mercado de trabajo, hay un énfasis en el emprendimiento y la educación individualizada (Ministerio de Trabajo et al., 2022).

Colombia debe prepararse de manera adecuada para capitalizar las nuevas oportunidades económicas que ofrece el envejecimiento de la población, lo cual supone el desarrollo de servicios y productos adaptados a las actividades proactivas realizadas por la población mayor. Adicionalmente, es importante aprovechar las nuevas oportunidades económicas como el turismo médico y el llamado turismo de plata, la moda y alimentos, gimnasios y entretenimiento (Okumura et al., 2020).

Además, apoyar iniciativas de emprendimiento entre la población mayor que promuevan su inclusión y le permitan seguir trabajando, estudiando y consumiendo de manera activa.

- i) Subsidio Familiar y Cajas de Compensación Familiar: En general se busca fortalecer el sistema de Subsidio Familiar y las Cajas de Compensación Familiar (CCF) para lograr ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios destinados a la población mayor, con enfoque en la atención rural y la interculturalidad, adoptando un esquema de diversidad cultural y geográfica.

Respecto al Sistema de Subsidio Familiar, no se cuenta con un sistema de información que permita recabar datos que reflejen la situación del país, lo cual limita el conocimiento de las necesidades particulares en las regiones y áreas. Otro aspecto relevante es la falta de universalización del sistema de subsidio familiar y las Cajas de Compensación Familiar (CCF). Es decir, la atención proporcionada por las CCF no se ha logrado ampliar en Colombia.

Además, es determinante desarrollar e implementar un sistema integrado y actualizado de información que permita solventar las dificultades de recolección de información en Colombia, con especial interés en las áreas rurales del país. En este sistema deberán integrarse variables críticas como personas beneficiarias rurales actuales y potenciales, experiencias y portafolios de servicios según categorías de ruralidad de los municipios, coberturas de recursos financieros, encuestas de satisfacción de las personas afiliadas y beneficiarias,

así como directorios de alianzas actuales y potenciales, entre otras variables de importancia institucional (Fonseca, 2016).

Es fundamental entender el propósito del Sistema de Subsidio Familiar y la labor de las CCF para destinar adecuadamente los recursos correspondientes para estas prestaciones. Otros de los desafíos que afrontan es fortalecerse como prestación social, en toda su dimensión de carácter universal, e integrarse a otras similares manejadas por el Estado, así como buscar recursos de fuentes distintas, tales como organizaciones multilaterales.

Sobre las CCF, estas también enfrentan diversos retos, entre ellos, implementar el pacto por la atención a la población mayor, a las personas pensionadas y a las personas veteranas de la fuerza pública en el sistema de subsidio familiar, actualmente en prueba piloto con algunas CCF.

Igualmente, fortalecerse como operadores de la seguridad social sin descuidar su función principal.

La atención a la ruralidad y a otras culturas, es decir, la interculturalidad, es un reto que requiere afrontarse de manera inmediata, ya que se trata de un esquema eminentemente urbano que no contempla el acceso para poblaciones rurales y dispersas.

Adicionalmente, como plantea esta propuesta, las CCF tienen una de las principales institucionalidades sociales del país: se trata de organizaciones privadas sin ánimo de lucro, con gran experiencia y buena reputación en el uso de los recursos. Por lo anterior, se considera que tienen el potencial de cubrir la demanda de cuidados en las diferentes regiones del país, con lo que cumplirían una de

las funciones de protección dentro del Sistema de Protección Integral propuesto (ASOCAJAS, 2022).

En resumen, para lograr una protección integral de la población mayor en la vejez en Colombia, se requiere de una estrategia multidimensional que contemple desde mejoras de la infraestructura y formación personal hasta el fortalecimiento de políticas públicas y el uso de tecnologías innovadoras. La colaboración entre diferentes sectores y niveles de gobierno es crucial para garantizar un envejecimiento digno y saludable, respetando la autonomía y la participación activa de las personas adultas mayores en la sociedad.

■ 2.5. Necesidades fiscales para la protección a la vejez

Las perspectivas conceptuales sobre la protección social en general, y, en particular, sobre la protección a la vejez coinciden en que socialmente se debe proteger un mínimo de riesgos. Ese mínimo es un conjunto que se puede denominar la cesta de protección mínima y está constituida por la cobertura de los riesgos de ingreso, de enfermedad y de vivienda, y tiene el propósito de permitirle a los individuos vivir con dignidad. El componente de ingreso corresponde a un mínimo monetario que le posibilite cubrir el gasto mínimo corriente individual, esto es, el gasto en las necesidades básicas frecuentes; la parte de enfermedad es el suministro de atención médica y la provisión de los medicamentos que den calidad de vida; y la vivienda es la provisión de protección en un espacio seguro y digno en el que puedan desplegar su vida individual y familiar. Esta cesta mínima es consistente con lo dicho en las secciones anteriores de este capítulo, pues incluye la seguridad económica, el acceso a la salud y la vivienda; y una cesta superior incluiría, además,

la educación, el desarrollo de habilidades, el cuidado y la capacitación para incrementar las oportunidades de trabajar.

Si se asume que el valor del gasto mínimo corriente corresponde al consumo de bienes básicos de subsistencia, entonces, la protección de ingreso tiene un piso de COP 1.365.071 mensuales, que permiten cubrir el consumo de alimentos, arriendo, servicios públicos domiciliarios, transporte, vestuario y artículos de aseo personal y del hogar. Este valor, a precios de 2024, es un poco superior al salario mínimo mensual legal vigente y equivalente al ingreso per cápita de la unidad de gasto del cálculo en 2022, de la línea de pobreza, que fue de COP 1.319.667 para 13 ciudades y áreas metropolitanas, y superior al total nacional, que fue de COP 919.151. El componente de enfermedad de la cesta de protección mínima se puede suponer igual al valor monetario de la unidad de capitación (UPC) vigente para el régimen contributivo,¹²⁶ que para 2024 el gobierno nacional calculó en COP 1.444.086, y para zona especial por dispersión geográfica en COP 1.588.496,4. Para el grupo etario de 60 a 64 años la UPC es de COP 3.331.234,8 y asciende a COP 6.225.001,2 para personas de 75 y más años. De manera que para la población de personas adultas mayores, tomando estos dos extremos etarios, la cesta de protección mínima tiene un valor que parte de COP 4.696.305,8 para el rango de 60 a 64 años y llega a COP 7.590.072,2 mensuales, a precios de 2024.

El siguiente elemento por considerar es la cantidad de personas que deben recibir de la sociedad el valor de la cesta de protección social mínima, sin violar los principios de universalidad e igualdad expuestos en la primera sección de este capítulo. En este punto, es necesario recordar que los diferentes puntos de vista también concuerdan en que en la provisión de la cesta de protección social tienen prioridad quienes en la sociedad presentan mayores privaciones y

I ¹²⁶ Resolución 2364 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social.

vulnerabilidades: las personas más pobres e indigentes. En concreto, esto significa que la política de protección social tiene que, por el principio de gradualidad, enfocarse en las personas que se encuentran en pobreza monetaria extrema y, a partir de ahí, ascender al resto de la población en pobreza monetaria y luego a la población en situación de vulnerabilidad. Y entre los más pobres, otorgarles prioridad a las personas adultas mayores que en la situación actual tienen menor probabilidad de mantenerse o reincorporarse al mercado laboral y con tendencia a ingresos nulos.

Como se mostró en el capítulo 3 de la parte I, los resultados del DANE sobre la pobreza monetaria para 2022, último informe disponible, indican que en el país existían 18.331.941 personas, de las cuales 2,78 millones eran personas adultas mayores. Y en pobreza extrema eran 6.904.501 personas. Así mismo, se expresó que el programa Colombia Mayor no cubre a 2,3 millones de personas.

Como se señaló en el capítulo 6 de la parte I, la cobertura en salud es del 97% y se financia con las contribuciones de las personas afiliadas y con recursos de destinación específica incorporados en el Presupuesto General de la Nación. Si al valor de la cesta de protección mínima se le descuenta el gasto en salud, el valor de una cesta restante es equivalente al gasto mínimo corriente de un individuo. Como se muestra en la tabla 1, si la política de protección social cubriera a los 4,6 millones de hogares pobres con una cesta de protección mínima, el esfuerzo fiscal sería de aproximadamente COP 75 billones al año, a precios de 2024, el escenario más alto. Si la meta se enfoca en la pobreza extrema y la prestación es equivalente al ingreso per cápita de la unidad de gasto de los hogares pobres, el esfuerzo es de COP 20,6 billones al año, el escenario más bajo. En cualquiera de los escenarios, la política de subsidios se tendría que reorientar hacia las personas que realmente los necesitan.

Tabla 1. Esfuerzo fiscal en protección social. Billones de pesos de 2024

	Valor de la cesta de protección social mínima	Ingreso per cápita de la unidad de gasto
Hogares pobres	75,1	54,7
Hogares en pobreza extrema	28,3	20,6
Personas adultas mayores de 56 años	42,4	30,9

Fuente: cálculos propios.

Los escenarios base tienen valores superiores a los que presenta el actual gasto público en protección social, en el que las personas adultas mayores reciben un apoyo financiero equivalente a 0,5% de todo el Presupuesto General de la Nación (PGN). La brecha frente a lo que actualmente se le entrega como cobertura de ingreso a las personas que forman parte del Programa de Protección Social al Adulto Mayor es abismal: reciben el 5,9% del valor de la cesta básica y el 8% del ingreso per cápita de la unidad de gasto de un hogar pobre. En el inmediato futuro, hasta 2030, la población de 65 años y más aumentará a tasas de 4% promedio anual. De acuerdo con los datos de proyección del DANE, y si no cambia la estructura del mercado laboral y se mantienen los actuales niveles de ingresos, los requerimientos para darle una vida digna a la población más desfavorecida crecerán de manera significativa, incluido el gasto en salud.

El desafío fiscal es formidable, más aún en el entorno actual. Sin contar con las transferencias de los gobiernos departamentales y municipales, el esfuerzo fiscal del Gobierno Nacional Central (GNC) es de COP 30,7 billones para cubrir los hogares en pobreza monetaria con personas adultas mayores y entregarles el valor del ingreso per cápita de la unidad

de gasto. Las cifras que presenta el Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP) 2024 indican que el déficit fiscal del GNC en 2025 alcanzará el 5,1% del PIB y en 2026 un 4,3%, cifra que es dos puntos porcentuales más alta que el déficit máximo que es compatible con un escenario de estabilidad macroeconómica. De 2027 a 2030 alcanza el valor compatible con la estabilidad macroeconómica.

En seguridad social el MFMP muestra que:

- a) Existe un déficit en COLPENSIONES y entre 2025 y 2030 requiere que el GNC le haga transferencias por 1,8% del PIB promedio anual.
- b) El Fondo de Pensiones Sociales del Magisterio (FOMAG), el Fondo de Retiro de las Fuerzas Militares y Policía, el Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional (FOPEP) y otros fondos requieren aportes del Presupuesto General de la Nación (PGN) del orden de 4,2% del PIB promedio anual entre 2025 y 2030.
- c) En el Fondo de Solidaridad Pensional, en la subcuenta de subsistencia se incrementan los egresos a partir de 2024 por el aumento de las transferencias a las personas mayores de 80 años del Programa Colombia Mayor.
- d) El déficit de la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) es de COP 1,9 billones, que debe ser cubierto por el PGN.
- e) Los aportes de la nación serán de 2,5% del PIB para 2025-2035 y pasará a 3,1% del PIB entre 2031-2035.

La tendencia hasta 2030 muestra que el déficit del Sistema de Seguridad Social en cuanto a pensiones es de 0,4%

del PIB, porque el Fondo de Garantía de Pensión Mínima (FGPM) y el Fondo de Pensiones de las Entidades Territoriales (FONPET) esperan un incremento de ingresos por rendimientos financieros. Desde luego, ese valor esperado depende del comportamiento macroeconómico interno y de la dinámica económica global. En el Sistema de Seguridad Social-Salud el balance fiscal presenta un déficit promedio de 0,7% del PIB para 2025-2030. El balance total del sistema es de 0,32% del PIB para lo restante de la década.

Estas cifras quedan sujetas a las reformas en salud,¹²⁷ pensiones y al Código Sustantivo del Trabajo, que pueden llevar a mayores necesidades de financiamiento en los próximos seis años, en especial cuando se calcule el costo de la reforma en salud y el énfasis en la atención primaria en los territorios marginales del país. Igualmente, jugará un papel fundamental la evolución del mercado laboral. El GNC espera que el empleo formal crezca a una tasa de 0,3% anual, lo cual mejoraría los ingresos del sistema.

Así las cosas, la implantación de un sistema de protección social que cubra a las personas en pobreza monetaria con una cesta mínima incrementaría el déficit del GNC, en el mejor escenario, en 1,9% del PIB si se enfoca en los hogares en pobreza monetaria extrema (tabla 2) y en 5% en el escenario que cubre a los hogares pobres. Si se subsidia con ingresos per cápita de la unidad de gasto, el efecto disminuye a 1,4% y a 3,7% del PIB respectivamente.

¹²⁷ Un estimativo del costo de implantación de la reforma a la salud se encuentra en el informe del CEPES <https://www.uxternado.edu.co/centro-de-pensamiento-en-seguridad-social/documentos-tecnicos/>

Tabla 2. Efecto fiscal de un sistema de protección social como porcentaje del PIB

	Con cesta de protección social mínima	Déficit fiscal	Con ingreso per cápita de la unidad de gasto	Déficit fiscal
Hogares pobres	5%	10,1	3,7%	8,8
Hogares en pobreza extrema	1,9%	7	1,4%	6,5
Personas Adultas mayores de 56 años	2,9%	8	2,1%	7,2

Fuente: cálculos propios.

El punto crítico está en el incremento del déficit fiscal inducido por la implantación de la protección social. Con valores de déficit fiscal superiores al 5% del PIB (tabla 2), es macroeconómicamente insostenible una política de protección social. Sin duda alguna, esto iría en contra del principio de sostenibilidad, porque una desestabilización macroeconómica genera desempleo y mayor pobreza, resultado que no contribuye a arreglar la situación de las generaciones presentes, sino que además compromete el futuro económico y el bienestar social de las generaciones futuras. Esta es una lección aprendida de la experiencia latinoamericana en el último cuarto del siglo xx que no se deben olvidar.

Se puede pensar en incrementar el ingreso del GNC con una reforma tributaria, pero en un entorno macroeconómico donde se prevé un crecimiento del 1,7% para 2024 y del 3% para 2025 no es prudente aumentar el recaudo con ampliación de las bases o las tarifas impositivas. Pero tampoco es sensato social y políticamente hablando mantener la situación actual. Por esto se propone:

- a) Gradualidad: El diseño de una política de Estado en protección social debe considerar un cronograma con etapas sucesivas para establecer una protección

social que cumpla con el principio de universalidad. Es evidente que, por equidad, los primeros beneficiados sean los hogares que se encuentran en pobreza monetaria extrema. Con ese grupo poblacional se puede hacer un proceso en el que primero se cubran los hogares que están en las zonas marginales del país y áreas rurales, o zonas más pobres, con montos de transferencias que sean equivalentes al ingreso en línea de pobreza, aproximadamente cop 215.000 mensuales. Adicionalmente, se tiene que hacer efectiva la prestación del servicio de salud en estas áreas.

Con la transferencia monetaria y la efectividad en la prestación en salud no se tiene completa la cesta de protección mínima, pero es el punto de partida para que de manera progresiva se alcance en las zonas más pobres.

- b) En las once áreas metropolitanas del país donde reside el 40% de la población se pueden complementar los recursos fiscales nacionales con un esfuerzo fiscal local. Las experiencias municipales y distritales ya existen: en Bogotá D.C., el programa de Ingreso Mínimo Garantizado; en Bucaramanga, el Bono vital Bucaramanga, y en Medellín, el programa Transferencias Monetarias Medellín. Se trata de llevar estas experiencias a las otras áreas y vincularlas con los programas del GNC sin generar recelos políticos.

Se requiere de una acción coordinada entre el GNC y los gobiernos municipales para tener eficiencia y eficacia. La eficiencia se logra con un trabajo conjunto de los dos niveles de gobierno en

la identificación de la población beneficiaria, proceso que debe evitar los problemas de inclusión y exclusión.¹²⁸ Se puede argumentar que con el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisben) se logra porque el Departamento Nacional de Planeación y los municipios trabajan de manera conjunta; sin embargo, el sistema aún presenta errores de focalización, en especial en la identificación de las personas pobres que se ubican en los estratos 4, 5 y 6.

La eficacia se logra con programación y metas conjuntas entre los niveles de gobierno, sin considerar los periodos de las administraciones, porque permite alcanzar los objetivos en un quinquenio. En este aspecto se tienen lecciones en el manejo de los subsidios de salud, donde la capacidad institucional de los municipios dio al traste¹²⁹ con recursos y acciones en el régimen subsidiado de salud.

- c) El costo fiscal futuro de la implantación de la protección social se puede reducir con acciones presentes en el mercado laboral. Un crecimiento en la formalización de 0,3% anual es pequeño comparado con la magnitud del problema que se tiene que arreglar. Con un 55,6% de informalidad,¹³⁰ con un 50% de la fuerza laboral que devenga menos de un salario mínimo, con un 43,5% de la fuerza laboral que contribuye a la seguridad social de salud,¹³¹

¹²⁸ Significa que se le entreguen subsidios a personas que no los necesitan (inclusión) o se excluya a aquellas que sí cumplen los requisitos (exclusión).

¹²⁹ Al respecto se puede consultar el informe de salud del CEPES en <https://www.ux-ternado.edu.co/centro-de-pensamiento-en-seguridad-social/documentos-tecnicos/>

¹³⁰ Definición de informalidad del DANE y dato de mayo de 2024.

¹³¹ Dato de abril de 2024.

con un 42,8% de ocupados y un 1% de las personas ocupadas que contribuyen a la seguridad social en pensiones, el déficit del Sistema de Seguridad Social se mantendrá en los próximos cinco años como mínimo en medio punto porcentual del PIB y, dada la tendencia de envejecimiento, hay riesgo de que crezca.

Como se manifiesta en el capítulo 5 de la parte I y en la sección 2.1.8 de este capítulo, se requieren políticas de empleo selectivas y localizadas que incentiven a las pequeñas, medianas y grandes empresas a mantener el empleo formal, y a las microempresas y emprendimientos que tienen posibilidades de acumulación en el mediano plazo a formalizar los empleos que generan. Al respecto, la actual propuesta de reforma laboral requiere una evaluación¹³² para determinar si las nuevas formas de trabajo y la seguridad social pueden salir perjudicadas en términos de crecimiento de la actividad y el nivel de empleo, de formalización y de pagos.

- d) La reforma a la seguridad social de pensiones aprobada recientemente en el Congreso de la República no modificó los parámetros vigentes para el régimen contributivo, lo que en la reforma son los pilares tercero y cuarto. Fiscalmente, es ineludible evaluar y modificar los parámetros de cotización y la edad de jubilación, más aún cuando es importante que las mujeres ganen en equidad y las personas adultas mayores tengan la posibilidad de

¹³² Un examen general se encuentra en el informe del CEPES disponible en <https://www.uxternado.edu.co/centro-de-pensamiento-en-seguridad-social/documentos-tecnicos/>

ser productivas en la sociedad, como se argumentó en el capítulo 5 de la parte I.

- e) La reorganización de las entidades del Estado, como se manifestó en las secciones anteriores de este capítulo, además de las ganancias que se expusieron, si se hace técnicamente bien, puede generar economías de escala que reduzcan costos operativos y generen espacio fiscal para financiar la protección social.
- f) La integración de las zonas económicamente secundarias, en el país, a los circuitos del mercado interno —conformados y dinamizados por las once áreas metropolitanas— contribuye al crecimiento económico de esas regiones, lo que repercute en mayores ingresos en los mercados laborales regionales y quita presión fiscal para el financiamiento de la protección social.

Estas propuestas tienen la característica de ver la implantación de la protección social integrada a un conjunto de acciones económicas con centro en el desarrollo regional y el mercado laboral, que cumple con una corresponsabilidad de diferentes niveles de gobierno y disminuye la presión de financiamiento por parte del GNC, lo que le da factibilidad económica a la propuesta en su conjunto.

■ 2.6. Institucionalidad del Sistema Integral de Protección a la Vejez

El análisis de la institucionalidad de la política de envejecimiento en Colombia, que se realizó en el capítulo 8 de la parte I, muestra que desde hace casi dos décadas el país ha

buscado implementar una política de envejecimiento, para lo cual la institucionalidad ha avanzado y evolucionado hacia una coordinación interinstitucional, con el Ministerio de Salud y Protección Social como rector, y con el objetivo de formular un Plan Nacional de Acción Intersectorial para dar seguimiento a la implementación de la política. Esto implicó la colaboración entre diversos niveles de gobierno y ministerios, como Salud y Trabajo, y las entidades territoriales para abordar de manera integral los desafíos asociados con el envejecimiento.

El análisis —realizado en los diferentes capítulos de la parte I— de los diferentes subsistemas que de manera separada cuidan alguno de los componentes de la protección a la población mayor evidenció que a pesar del avance observado existen desafíos significativos en términos de coordinación, financiamiento, monitoreo, desigualdades regionales, participación de la sociedad civil y protección de derechos humanos. Abordar estas deficiencias es de vital importancia para mejorar la calidad de vida de la población mayor en el país a través de su protección integral.

La conformación de un sistema integral de protección a la población mayor implica la restructuración y articulación de programas y servicios destinados a este sector poblacional, los cuales, a su vez, requieren de fortalecer la coordinación entre diferentes ministerios y entidades de gobierno, como los Ministerios de Salud, Trabajo, Educación y Desarrollo Social, para lograr una implementación coherente y eficiente de las políticas.

Para abordar estas deficiencias, a nivel institucional resulta indispensable consolidar y fortalecer tanto el Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez (ONEV) como el Plan Intersectorial a través de las siguientes recomendaciones.

■ 2.6.1. Fortalecimiento del Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez

El sistema de salud en Colombia, diseñado bajo el modelo de pluralismo estructurado, busca integrar la participación de múltiples actores, tanto públicos como privados, para asegurar la cobertura universal y mejorar la calidad de los servicios de salud. Sin embargo, para lograr una mayor efectividad y eficiencia, se requiere fortalecer diversas áreas del sistema, incluido el Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez. Este organismo desempeña un papel fundamental en la recopilación y análisis de datos actualizados que permiten la formulación de políticas públicas basadas en evidencia.

■ 2.6.2. Coordinación interinstitucional efectiva y sostenibilidad y continuidad

Es fundamental revisar y adaptar las funciones y competencias de las entidades involucradas sin que necesariamente esto implique la creación de nuevas unidades. Esto comprende redefinir roles y responsabilidades dentro de los ministerios existentes, como los Ministerios de Salud, Trabajo y Desarrollo Social, para optimizar la atención integral a la vejez. La colaboración y coordinación entre estas entidades son esenciales para asegurar una atención eficiente y coherente.

Un aspecto importante para la efectividad del sistema es la creación de estructuras presupuestales flexibles que promuevan la colaboración entre diferentes entidades. Esto incluye asegurar una financiación adecuada y sostenible para la implementación del sistema integral. Una estrategia efectiva podría ser la formación de alianzas con el sector privado y las organizaciones internacionales, lo que ayudaría a complementar los recursos públicos y a garantizar la sostenibilidad a largo plazo.

Además, es esencial contemplar mecanismos claros de seguimiento y evaluación a través de valoraciones continuas y sistemáticas de la implementación de la política que permitan ajustar los recursos según las necesidades cambiantes del sistema, como indicadores de gestión, resultado e impacto.

2.6.3. Inclusión de diversos actores y gobernabilidad

El sistema integral de protección requiere involucrar una amplia gama de actores, entre ellos al sector privado, a las organizaciones de la sociedad civil y a las propias personas adultas mayores y sus familias en la implementación del sistema. La colaboración intersectorial es clave para garantizar una atención integral y una vida digna para las personas adultas mayores en Colombia.

La provisión de servicios debería ser mixta, combinar entidades públicas y privadas bajo una regulación clara desde el inicio. Incentivos económicos y sanciones deben estar definidos para asegurar la calidad y cobertura de los servicios.

Se debe fomentar la cooperación entre distintos niveles de gobierno (nacional, departamental y municipal), lo que implicaría establecer mecanismos de coordinación para alinear las políticas y programas a todos los niveles, asegurando que las intervenciones sean coherentes y complementarias.

Se requiere también delegar responsabilidades y recursos adecuados a los gobiernos locales y permitirles adaptar y ejecutar las políticas según las necesidades específicas de sus comunidades.

Es importante, también, diseñar una estrategia de sistemas de información que contemple plataformas para el intercambio de información, experiencias y mejores prácticas

entre los diferentes niveles de gobierno, para fomentar una mejora continua en la prestación de servicios.

■ 2.6.4. Supervisión adecuada

Cuando se discute la supervisión de un sistema integral de protección a la vejez, el tema central suele ser el ámbito en el que se llevará a cabo esa supervisión: si abarcará todas las entidades que lo componen en sus diferentes aspectos (salud, pensiones, trabajo, vivienda, cuidados, servicios sociales) o si se enfocará en las administradoras de los sistemas, para asegurar el cumplimiento de procesos y normativas. Sin embargo, aunque estos enfoques son válidos, presentan dificultades de aplicación debido a la complejidad de cada área y a la diversidad de las entidades participantes, con distintas características y objetivos.

Una alternativa que podría brindar mejores resultados es la supervisión basada en riesgos, ya que se enfoca en identificar aquellos riesgos que pueden afectar al sistema y a sus participantes, así como en el cumplimiento de las normativas que lo respaldan. Este enfoque es aplicable a todas las personas participantes del sistema, incluyendo personas pensionadas, afiliadas cotizantes, beneficiarias de esquemas no contributivos o subsidiados y personas administradoras.

Algunos factores críticos para considerar en este tipo de supervisión son:

- a) Inclusión de personas afiliadas cotizantes y no cotizantes, personas pensionadas y personas beneficiarias de esquemas no contributivos o subsidiados.
- b) Asignación adecuada de riesgos entre participantes, personas administradoras y el Estado, protegiendo los recursos independientemente de su origen.

- c) Garantía de mecanismos efectivos para mitigar riesgos propios del sistema, como longevidad en pensiones y enfermedades de alto costo en personas adultas mayores.
- d) Administración adecuada de los riesgos.
- e) Promoción de esquemas de cobertura para riesgos que puedan ser cubiertos (invalidez, sobrevivencia, exceso de siniestralidad, longevidad, etcétera).
- f) Inclusión y participación de actores públicos y privados en el sistema.
- g) Fomento de la educación financiera, ahorro, gestión de portafolios y adecuada información para empoderar a las personas afiliadas y facilitar la toma de decisiones informadas.
- h) Aplicación de estándares y mejores prácticas en los procesos de las entidades administradoras.
- i) Cumplimiento de una asesoría adecuada.

2.6.5. Enfoque en la familia y la comunidad

Se debe fortalecer el papel del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en la atención a las personas adultas mayores, que es fundamental para ampliar su rol más allá de la infancia y juventudes. Esto requiere ajustar sus políticas y programas para responder a las necesidades cambiantes de la población. El ICBF debería desarrollar programas específicos que aborden las necesidades de las personas adultas mayores, incluyendo servicios de apoyo emocional y asistencia social.

Se requiere evaluar el papel que jugarán los departamentos y alcaldías en relación con el ICBF a nivel nacional y local.

Una estructura tripartita que incluya la coordinación entre el nivel nacional, departamental y municipal, podría mejorar significativamente la coordinación y ejecución de programas destinados a las personas adultas mayores. Este modelo de gestión permitiría una distribución más equitativa de recursos y una implementación más efectiva de políticas adaptadas a las realidades locales. Los gobiernos locales, que tienen un conocimiento más cercano de las necesidades específicas de sus comunidades, podrían trabajar de la mano con el ICBF para asegurar que los servicios lleguen de manera oportuna y eficiente a todas las personas adultas mayores.

La inclusión de la familia y la comunidad en las estrategias de cuidado y protección de población mayor ayudaría a crear un entorno de apoyo integral. Las familias deben ser capacitadas y empoderadas para cuidar a sus miembros mayores, mientras que las comunidades pueden desarrollar redes de apoyo que promuevan la solidaridad intergeneracional. El ICBF, junto con los gobiernos locales, puede facilitar programas de educación y formación para las personas cuidadoras familiares, además de establecer centros comunitarios donde las personas adultas mayores puedan participar en actividades sociales y recibir servicios de salud y apoyo psicológico.

2.6.6. Adopción de modelos exitosos

Se sugiere considerar elementos de los modelos escandinavo y asiático, conocidos por su efectiva integración de servicios médicos, sociales y de aseguramiento. En países como Suecia y Noruega, la atención a las personas adultas mayores se caracteriza por una estrecha colaboración entre los sistemas de salud y los servicios sociales. Esta integración asegura que las necesidades médicas y sociales se aborden de manera coordinada, proporcionando una atención continua y

personalizada. En Asia, países como Japón y Corea del Sur han desarrollado sistemas de aseguramiento que no solo cubren gastos médicos, sino que también incluyen cuidados a largo plazo y apoyo social, lo que asegura que la población mayor reciba una atención integral que promueva su bienestar y calidad de vida.

También se sugiere profundizar en el enfoque de derechos humanos y envejecimiento activo y participativo, como se promueve en países como Uruguay y México. Uruguay, por ejemplo, ha adoptado un enfoque basado en derechos humanos que garantiza la inclusión social y la participación activa de las personas adultas mayores en la vida comunitaria. México, por su parte, ha desarrollado programas que promueven el envejecimiento activo, alentando a las personas mayores a participar en actividades educativas, culturales y recreativas, lo que mejora su bienestar físico y mental y fortalece su sentido de pertenencia y utilidad en la sociedad.

2.6.7. Políticas basadas en derechos humanos

Las políticas del sistema integral deben estar diseñadas para proteger a la población mayor contra cualquier forma de discriminación, abuso o maltrato y promover su inclusión en todos los aspectos de la vida comunitaria y económica. Además, estas políticas deben ser evaluadas y actualizadas regularmente para asegurar que continúen reflejando las necesidades y derechos de las personas mayores, por lo cual deben adaptarse a los cambios demográficos y sociales.

2.6.8. Enfoque diferencial y acciones afirmativas

Para abordar la diversidad cultural y geográfica de Colombia se deben considerar las acciones afirmativas que respondan

a las necesidades específicas de los grupos vulnerables entre la población mayor. Esto incluye desarrollar programas y servicios que consideren las particularidades de diferentes regiones, etnias y contextos socioeconómicos respetando e integrando las prácticas culturales y conocimientos tradicionales. Se deben, además, establecer mecanismos de participación que permitan a los grupos vulnerables contribuir al diseño y evaluación de estas políticas, con lo cual se garantiza que sus voces y experiencias sean escuchadas y valoradas. Esto incluye el uso de indicadores de pobreza multidimensional para identificar áreas que requieren mayor atención y desarrollo de alternativas para mejorar las condiciones de vida.

Para fomentar la autonomía de las personas mayores se deben promover acciones afirmativas que estén diseñadas para evitar la generación de dependencia; deben enfocarse en fortalecer las capacidades individuales y ofrecer apoyo y recursos que permitan a las personas adultas mayores llevar una vida independiente y activa. Por ejemplo, los programas de capacitación en nuevas tecnologías, el acceso a servicios de salud integrales y personalizados, y el desarrollo de entornos comunitarios accesibles y amigables son fundamentales.

Se debe, además, fomentar la participación activa de las personas mayores en la toma de decisiones que afectan sus vidas, para con ello asegurar que sus voces sean escuchadas y valoradas.

Las propuestas presentadas en esta sección buscan establecer una estructura flexible y dinámica que permita una coordinación efectiva entre los diferentes sectores y entidades involucrados, y garantice una atención integral y una vida digna para las personas mayores en Colombia.

2.7. Consideración final "Concebir el desarrollo del Sistema Integral de Protección a la Población Mayor como un Plan Maestro"

Una reflexión final que se quiere dejar en este documento es precisar que el desarrollo de un Sistema Integral de Protección a la Población Mayor se planea y se implementa lo mismo que cuando se quieren desarrollar grandes proyectos, como ciudades: planes de infraestructura vial, puertos y aeropuertos, plantas industriales, entre otros, en los que se deben prever los cambios futuros y las adaptaciones a las nuevas circunstancias, incrementando la cobertura y atendiendo a las necesidades emergentes. Para ello, es común concebir un plan maestro que se desarrolle en el tiempo y contemple los recursos que van estando disponibles. Tomar los principios básicos de este enfoque, algunos de los cuales se establecieron al inicio de este documento, tiene grandes ventajas, resumidas de la siguiente forma:

- a) Definir los alcances del sistema en el tiempo: Esto permite considerar el incremento de las necesidades y las fuentes de recursos, que en el caso de la seguridad social están relacionadas con el crecimiento del PIB, aumento de la formalidad, cambios demográficos, evolución de la población envejecida y su condición económica, distribución del ingreso, necesidades sociales, marco legal, modelo de financiamiento, sostenibilidad, infraestructura, capacitación, centros de atención, componentes del sistema, tecnología y otros factores.
- b) Concertar entre los actores y personas interesadas: Facilita acordar prioridades, evaluar la viabilidad fiscal en cada momento, desarrollar el sistema

por etapas y establecer cómo se financiará con la participación del gobierno, el sector privado y la sociedad civil.

- c) Establecer metas y etapas: Al definir metas y etapas del desarrollo, se facilita el seguimiento de su cumplimiento y la corrección oportuna de desviaciones.
- d) Comunicación y sensibilización: Se logra el entendimiento del sistema por parte de la población beneficiaria, da importancia a los factores relevantes y provee un esquema de educación continua.
- e) Separar lo ideal de lo realizable: Durante la elaboración, es posible distinguir entre lo ideal y lo realizable. Sin embargo, lo ideal no se descarta y se buscan mecanismos para hacerlo realidad.
- f) Flexibilidad y gestión de crisis: Capacidad de hacer ajustes en el tiempo de las políticas, programas y normas, y planear la forma de responder ante emergencias y situaciones imprevistas que afecten a la población de personas adultas mayores.

Conclusiones

El acelerado proceso de envejecimiento de la población constituye un importante reto para el Estado colombiano, en el propósito de atender las necesidades de las personas mayores y cerrar las brechas existentes en materia de su protección. A la vez, constituye una ventana de oportunidad para proyectar y construir una institucionalidad que conlleve un mejor futuro para quienes, a lo largo de su vida, contribuyeron al desarrollo del país y que, al llegar a la vejez, requieren del soporte y solidaridad de la sociedad en general para la atención de sus necesidades.

El derecho a la protección de las personas mayores, recogido y reconocido por el ordenamiento jurídico colombiano, debe ser objeto de desarrollo y profundización. La construcción de un Sistema Integral de Protección a la Población Mayor que le garantice su autonomía, dignidad y participación activa requiere una transformación de la sociedad, lo que supone un cambio de la percepción, trato y reconocimiento a las personas mayores. La generación y adopción de instrumentos de protección demanda que la sociedad reconozca el valor y el aporte que esta población hace al desarrollo del país. En este sentido, la construcción de este Sistema implica

la responsabilidad, contribución, colaboración y solidaridad de todas y todos. Esta solidaridad debe ser intergeneracional e interregional y debe constituir un propósito común del Estado y la sociedad colombiana.

Para lograr esto, se debe promover un pacto social sobre el nivel de protección deseable y necesario. Así mismo, es importante comprender el valor de esta población en la sociedad, reconociéndola como un grupo esencial que contribuye al desarrollo y demanda de actividades económicas, sociales, culturales y políticas, en lugar de verla como una carga. Este pacto debe involucrar al Estado, la familia y al individuo, además de garantizar que las responsabilidades de cuidado y protección estén compartidas y bien definidas, lo que constituirá una guía hacia la construcción de un sistema que procure el pleno desarrollo de la población mayor.

Como se describió en el diagnóstico presentado en la parte 1, Colombia enfrenta importantes retos para garantizar una protección integral que llegue a toda la población mayor. Estos desafíos presentan oportunidades para realizar transformaciones profundas en los diferentes componentes que hoy brindan protección a las personas mayores del país, con la intención de que el Sistema Integral de Protección no solo atienda la seguridad económica, sino que considere otros aspectos, presentados aquí, que les garanticen el reconocimiento pleno y respeto a sus derechos para que transiten su vejez con la calidad de vida deseable. Esto genera un espacio potencial para desarrollar una serie de servicios destinados a esta población, aprovechando las oportunidades que brinda la economía plateada.

La conformación de este sistema debe partir de la institucionalidad existente y de un diagnóstico que permita identificar los aspectos críticos, componentes faltantes, alcances y retos a considerar para su construcción. El sistema debe responder a los principios de solidaridad, universalidad,

igualdad, sostenibilidad, progresividad, flexibilidad y gradualidad. Esto implica que, dadas las condiciones del país, es necesario entender que las metas se alcanzarán de manera gradual, lo que impondrá compromisos fiscales importantes que deberán estar acompañados de una política de Estado que reconozca a la población mayor como un sujeto de atención especial y prioritaria.

La segunda parte de este documento identificó áreas clave para la acción que comprenden la implementación de planes, políticas y estrategias que faciliten el tránsito hacia un escenario donde la población mayor goce de una protección adecuada y de las condiciones necesarias para una vida digna. La protección integral de las personas mayores y la conformación de un sistema que tenga a cargo su realización se tornan en un potenciador de actividades y servicios, así como de destinación de recursos, lo que genera importantes dinámicas contributivas al crecimiento y desarrollo económico.

Entre las iniciativas o intervenciones se destacan las siguientes:

- a) Adoptar una política de Estado de protección integral para las personas mayores que garantice la realización de sus derechos para vivir con dignidad, independencia, autonomía y plenitud en la vejez, que trascienda los gobiernos, cuyas acciones y medidas sean contributivas a esa política de largo aliento.
- b) Construir un Sistema Integral de Protección a la Población Mayor que permita la articulación y coordinación de los diversos actores involucrados, asegurando una protección efectiva y eficiente. El referido sistema deberá estructurarse a partir de la institucionalidad existente, teniendo especial cuidado en generar espacios y mecanismos que

permitan y faciliten la coordinación entre las instituciones participantes en el sistema.

- c) Este enfoque integral debe basarse en una gobernabilidad y gobernanza que involucre tanto a las entidades del Estado como a la sociedad civil, coordinando esfuerzos entre los niveles nacional, departamental y municipal.
- d) Para asegurar la sostenibilidad y financiamiento del sistema integral de protección a la población mayor se requiere aumentar el monto de recursos destinados a salud, separado del presupuesto de cuidados, sin comprometer la estabilidad fiscal y macroeconómica. Además, es necesario promover la participación activa del sector privado como proveedor de servicios de cuidados y salud, bajo una regulación clara y concertada con el gobierno y la sociedad civil.
- e) La creación de estructuras presupuestales flexibles que promuevan la colaboración entre diferentes entidades y niveles de gobierno es importante para asegurar una protección efectiva y sostenible. Promover la colaboración entre diferentes entidades y niveles de gobierno, evaluar la viabilidad fiscal y desarrollar el sistema por etapas son acciones necesarias.
- f) En el caso particular de la protección económica se requiere abordar en el corto plazo reformas y programas para que todas las personas, una vez que lleguen a una edad en la que su capacidad de trabajo disminuya, tengan ingresos que les permitan, cuando menos, atender sus necesidades básicas (mínimo vital). Además, para garantizar ingresos suficientes

en la vejez es importante una política de formalización laboral que vaya acompañada de iniciativas que favorezcan una mayor y mejor inserción laboral de las mujeres para reducir las actuales brechas salariales y de protección. Estas políticas deben ser complementadas con iniciativas focalizadas en quienes se acercan a la edad de jubilación o la han superado. También se requiere una política focalizada para el ámbito rural, las minorías y las personas más vulnerables que considere programas de protección económica para la vejez diferentes de los contributivos, como la afiliación colectiva y el fortalecimiento del mecanismo BEP. Por último, para aumentar la cobertura pasiva, se podría establecer por defecto que las personas afiliadas se integren automáticamente al mecanismo BEP en lugar de retirar el capital acumulado, lo que incrementaría el subsidio entregado.

- g) Las políticas para promover la inserción de las personas mayores en el mercado laboral fomentan su inclusión, su participación y les brinda la oportunidad de realizarse plenamente. Para lograrlo, es esencial eliminar las barreras legales y culturales que les discriminan y fomentar la inversión en su capacitación y recalificación. Es necesario además eliminar o aumentar la edad máxima de retiro forzoso en el sector público y modificar la potestad de las entidades empleadoras para solicitar la pensión en nombre de la persona empleada. Los servicios públicos de empleo deben ofrecer orientación profesional, capacitación y asesoría para la creación de empresas propias para personas mayores: también es necesario sensibilizar a las personas empresarias

y fomentar una cultura de contratación inclusiva. Además, se debe incentivar a las empresas a invertir en la capacitación y recalcificación de sus personas trabajadoras mayores para contribuir a la autonomía, independencia y participación de estas.

- h) Para garantizar un acceso efectivo a servicios de salud integrales y de calidad, es necesario realizar ajustes a la política de salud y al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estos ajustes deben responder a las realidades específicas de cada región y promover el desarrollo regional con acciones afirmativas que garanticen el derecho a la salud durante toda la vida, especialmente en la vejez. Es crucial abordar el déficit de profesionales de la salud, implementar estímulos para atraer y retener personal médico en áreas rurales y menos favorecidas, y fortalecer la gestión de patologías mentales y discapacidades en los planes de beneficios.
- i) El desarrollo de una infraestructura adecuada de cuidados, incluyendo centros de día, residencias geriátricas y centros nocturnos, es fundamental para atender las necesidades de las personas mayores. Fortalecer y reconocer la labor de las personas cuidadoras, tanto formales como informales, y promover la autonomía de la población mayor para la realización de tareas cotidianas son pasos esenciales. También es importante incorporar tecnologías en los sistemas de atención y cuidado para mejorar la evaluación, cobertura y costos, y realizar monitoreo y seguimiento de las condiciones físicas y emocionales de las personas mayores.

Garantizar una protección integral a la población mayor desde una perspectiva de derechos requiere un enfoque multi-sectorial y multisistémico. Las propuestas deben centrarse en la implementación de políticas públicas inclusivas que aborden elementos esenciales de la protección a las personas mayores. Es fundamental promover la colaboración, coordinación y el compromiso de las instituciones y los actores que participen del Sistema Integral de Protección de las Personas Mayores a través de un pacto social que facilite el acuerdo de prioridades, asegure la asignación de recursos que demandará una atención integral que garantice la vida digna, la autonomía, independencia y participación en la vejez.

Bibliografía

Parte 1

1. Protección a la población adulta mayor en Colombia. Régimen normativo

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2012). *Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe*. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/12b9bbb4-9a1-4b87-a913-47d3331b92de/content>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2007). *Declaración de Brasilia de la Segunda Conferencia Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21505-declaracion-brasil-ia-segunda-conferencia-regional-intergubernamental>

Constitución Política de Colombia (2024) <https://www.constitucioncolombia.com>

Corte Constitucional de la República de Colombia (2021). Sentencia C-395-21. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/C-395-21.htm>

Corte Constitucional de la República de Colombia (2020). Sentencia T-013/20. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/T-013-20.htm>

- Corte Constitucional de la República de Colombia (2016a). Sentencia T-199-16. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-199-16.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (2016b). Sentencia C-451-16. C-451-16 Corte Constitucional de Colombia
- Corte Constitucional de la República de Colombia. (2014a). Sentencia T-685-14. Disponible en: T-685-14 Corte Constitucional de Colombia
- Corte Constitucional de la República de Colombia (2014b). Sentencia T-762.
- Corte Constitucional de la República de Colombia (2013). Sentencia T-207-13. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/t-207-13.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (2011). Sentencia T-58ªA-11. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-58ªa-11.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (2008a; 2008b y 2014). Sentencias: T-056-15, T-576-08, T-655-08, T-519-14. Corte Constitucional de Colombia | Guardián de la Constitución.
- Corte Constitucional de la República de Colombia (2007; 2012; 2013a; 2013b; y 2014) Sentencias: T-900-07, T-696-12, T-207-13, T-413-13, T-544-14. Corte Constitucional de Colombia | Guardián de la Constitución.
- Corte Constitucional de la República de Colombia (2007; 2002; 2007; 2013). Sentencias: T-646-07, T-149-02, T-900-07, T-413-13. Corte Constitucional de Colombia | Guardián de la Constitución.

- Corte Constitucional de la República de Colombia (2002). Sentencia T-881-02. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/t-881-02.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (1997). Sentencia T-458-97. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/T-458-97.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (1992). Sentencia T-533-92. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-533-92.htm>
- Constitución Política de Colombia. <http://www.secretariase-nado.gov.co/constitucion-politica>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (2021). *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>
- Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002). mipaa-sp.pdf (un.org)
- Decreto 681 de 2022 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031*. Decreto No. 681 de 2022- Política Pública de Envejecimiento y Vejez 2022 -2031 (minsalud.gov.co)
- Duque, S., Duque, M. y González, P. (2019). *Sobre el derecho fundamental al mínimo vital o a la subsistencia: análisis jurisprudencial*. Encuentros, Universidad Autónoma del Caribe 17 (1), pp. 80-95. <https://www.redalyc.org/journal/4766/476661525007/html/>

Función Pública de Colombia (2008). Ley 1251. https://lc.cx/6_fYKv

Función Pública de Colombia.(2022). Decreto 681. <https://lc.cx/SnJbsM>

Gaviria, C. (2017). *La constitución del 91 y los derechos humanos*. Prodigalidad en libertades, derechos y garantías. Banco de la República de Colombia. <https://www.banrepcultural.org/biblioteca-virtual/credencial-historia/numero-156/la-constitucion-del-91-y-los-derechos-humanos>.

Ministerio de Salud y Protección Social (2022). *Decreto 681 de 2022 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031*. <https://lc.cx/oFpS2h>

Organización de los Estados Americanos [OEA] (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. <https://lc.cx/O-vp93>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2009). *Plan de Acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable*. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable CD49/8-- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org).

Organización de Naciones Unidas [ONU] (1991). Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad Res 46/91 Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Res.46/91 (acnur.org).

Proclamación sobre el Envejecimiento (1992). nro03035.pdf (un.org).

Uprimny, R. (2017). *El bloque de constitucionalidad en Colombia. Un análisis jurisprudencial y un ensayo de sistematización doctrinal*. <https://lc.cx/m7SV7u>

Universidad Autónoma del Caribe (2019). Sobre el derecho fundamental al mínimo vital o a la subsistencia: análisis jurisprudencial. *Encuentros*, vol. 17, núm. 01, pp. 80-95. Sobre el derecho fundamental al mínimo vital o a la subsistencia: análisis jurisprudencial (redalyc.org).

2. Aspectos demográficos como marco para una vida longeva

Bloom, D. E. y Zucker, L. G. (2023). *El envejecimiento, la auténtica bomba demográfica*. Finanzas y Desarrollo, Fondo Monetario Internacional. <https://www.imf.org/es/Publications/fandd/issues/Series/Analytical-Series/aging-is-the-real-population-bomb-bloom-zucker>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores* (LC/CRE.5/3). Santiago, Chile. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2022). *World Population Prospects 2022*. Nueva York: Naciones Unidas.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2023). *Perfil demográfico de países*. Santiago de Chile: CEPAL. <https://www.cepal.org/es/subtemas/proyecciones-demograficas/america-latina-caribe-estimaciones-proyecciones-poblacion/perfil-demografico-paises>

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (2024). Actualización post covid-19. Proyecciones de población nacional por área, sexo y edad., Proyecciones de población a nivel nacional. Periodo 2020–2070.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (2023). Comportamiento de los componentes demográficos en Colombia en 2021 a partir de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV).
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (2023). Principales indicadores: crecimiento poblacional, población e indicadores a nivel nacional (periodo: 2020-2070) y departamental (periodo: 2020-2050). <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/estimaciones-del-cambio-demografico>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (2018). Proyecciones y retroproyecciones de población nacional para el periodo 1950-2019 y 2020-2070 con base en el CNPV.
- Departamento Nacional de Planeación [DNP] (2015). *Misión para la transformación del campo.*
- Fondo de Población de Naciones Unidas [UNFPA] (2023). *Informe del Estado de la Población Mundial 2023.* <https://www.unfpa.org/sites/default/files/swop23/SWOP2023-SPANISH-230403-web.pdf>
- Forero, L., Hoyos, S., Buitrago, V., y Heredia, R. (2019). *Maltrato a las personas mayores: una revisión narrativa.* Universitas Médica, 60 (4), Pontificia Universidad Javeriana.

- FuturTrends Forum [FTF], Fundación Innovación Bankinter, Olshansky, J. y otros. (s.f.). *Longevidad*.
- Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, Proesa y DANE (2023). *Misión Colombia Envejece. Una Investigación Viva*. Bogotá D.C., 597 páginas. <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/4536?show=full>
- Gratton, L. y Scott, A. (2023). *La vida de 100 años* (3ª ed.). Versus Libros.
- Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia (2015). *Encuesta de demografía y salud*, ENDS, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Sabe Colombia*.
- Ministerio del Trabajo y Organización Iberoamericana de Seguridad Social [OISS] (s.f.). *Subsidio Familiar 2030: capital social para Colombia. Retos y perspectivas*.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2022). *Perspectivas de la Población Mundial 2022*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. <https://population.un.org/wpp/>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas, Panel de Población Mundial.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud.
- Organización de Estados Americanos [OEA] A. G. (2017). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Cuaderno Jurídico y Político, 2(7), 65–89. <https://doi.org/10.5377/cuadernojurypol.v2i7.11040>

Pontificia Universidad Javeriana (2023). Mesa de trabajo sobre envejecimiento y vejez y transcurso de vida: Foro-Debate ¿Cómo van nuestras actitudes hacia la vejez? <https://www.youtube.com/watch?v=jLXuR-so73O4>

3. Protección a la vejez: una perspectiva económica

Artigas, C. (2005). Una mirada a la protección social desde los derechos humanos y otros contextos internacionales. Serie Políticas Sociales, No. 110. Santiago de Chile, CEPAL.

Asian Development Bank (2003). *Social Protection. Our Framework Policies and Strategies*. Asian Development Bank.

Asian Development Bank (2022). *Strategy 2030 Social Protection Directional Guide: Toward Inclusive and Resilient Social Protection*. Asian Development Bank.

Cecchini, S. (comp.) (2019). *Protección social universal en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2006-2019*. Santiago de Chile, CEPAL.

Contraloría General de la República [CGR] (2023). *Subsidios y eficiencia del gasto. Estudio Intersectorial*, Bogotá D.C. Contraloría General de la República.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (2020). *Clasificación de las Funciones del Gobierno COFOG, Adaptada para Colombia*. Bogotá D.C. Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (2022a). *Boletín Técnico Gasto del Gobierno por Finalidad*. Bogotá D.C. Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (2022). Metodología general gasto del gobierno por finalidad. Bogotá DC. Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
- Dirección Técnica del Comité Autónomo de Regla Fiscal (2024). Análisis Técnico sobre la Reforma Pensiona – Tercera Actualización, Documento Técnico, junio 4. https://lc.cx/6P6g_9
- Dirección Técnica del Comité Autónomo de Regla Fiscal (2024). Actualización de la Estimación de las Elasticidades de Recaudo Tributario a PIB t del PIB Tendencial, Documento Técnico, abril 29. <https://lc.cx/6JmxTm>
- Función Pública de Colombia (2011). Ley 1438. https://lc.cx/_2h5k3
- Ministerio de Trabajo (2023). Proyecto de ley número 293 de 2023 Senado por medio del cual se establece el Sistema de Protección Social Integral para la Vejez. Gaceta del Congreso Año XXXII, No. 203, pp. 1-43. https://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/Ponencias/2023/gaceta_203.pdf
- Norton, A., Conway, T. y Foster, M. (2001). Social Protection Concepts and Approaches: Implications for Policy and Practice in International Development. Centre for Aid and Public Expenditure. Working Paper No. 143.

O'Brien, C., Scott, Z., Smith, G. D., Barca, V., Kardan, A., Holmes, R., Watson, C. y Congrave, J. (2018). *Shock-Responsive Social Protection Systems Research*. Synthesis Report. Oxford, Oxford Policy Management.

Prosperidad Social (2024). Colombia Mayor. <https://prosperidadsocial.gov.co/la-entidad/>

Schwarzer, H., Casalí, P., y Bertranou, F. (coord.) (2014). La Estrategia de Desarrollo de los Sistemas de Seguridad Social de la OIT. El Papel de los Pisos de Protección Social en América Latina y el Caribe, Lima Organización Internacional del Trabajo, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

Yemtsov, R., Honorati, M., Evans, B., Sajaia, Z. y Lokshin, M. (2018). *Measuring the Effectiveness of Social Protection. Concepts and Applications*. Washington D.C., International Bank for Reconstruction and Development.

4. Seguridad económica para la población mayor en Colombia

Amador, M. (2021). Pensión esencial en Colombia. Aspectos a tener en cuenta en una futura reforma. *Revista Páginas de Seguridad Social*, vol 3, número 5, enero-junio 2021.

Arenas de Mesa, A. (2019). *Los sistemas de pensiones en la encrucijada, desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, Libros de La Cepal, no. 159, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Azuero Zúñiga, F. (2020). El sistema de pensiones en Colombia. Institucionalidad, gasto público y sostenibilidad financiera, serie de Macroeconomía del Desarrollo, no. 206, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (2023). Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH).
- Federación Internacional de Administradoras de Fondos de Pensiones [FIAP] (2021). Reformas Paramétricas en los Sistemas Públicos de Reparto, Santiago de Chile.
- Hinz, R., Holzmann, R., Tuesta, D. y Takayama, N. (2012). Matching Contributions of Pensions. A review of international experience. World Bank. ISBN: 978-0-8213-9492-2.
- Huenchuan, S., Guzmán, J. M. (2006). Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para políticas. CEPAL, Santiago, Chile.
- Ministerio del Trabajo de Colombia (2024). Proyecto de Reforma en curso, mayo de 2024, Bogotá.
- Organización Internacional del Trabajo (2022). Panorama de la protección social en América Latina y El Caribe, Serie Panorama laboral en América Latina y el Caribe, Ginebra.
- Rejda, G. (2012). Social Insurance and Economic Security, Routledge, New York. ISBN: 978-0765-627-490.
- Velásquez, V. (2020). Análisis jurisprudencial del seguro previsional de invalidez y sobrevivencia, Tesis de Grado Pontificia Universidad Javeriana, Medellín.

5. Seguridad económica para la población mayor en Colombia

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2018). La inserción laboral de las personas mayores en América Latina. 27 de diciembre. <https://www.cepal.org/es/enfoques/la-insercion-laboral-personas-mayores-america-latina>

- Farné, S. y Rodríguez, D. (2014). Participación de los adultos mayores en las economías de mercado y del hogar en Colombia. Cuadernos de Trabajo no. 16. Observatorio del Mercado de Trabajo y la Seguridad Social. Universidad Externado de Colombia
- Nava-Bolaños, I. y Ham-Chande, R. (2014). Determinantes de la participación laboral de la población de 60 años o más en México. Papeles de Población, vol. 20, no. 81, julio-septiembre.
- Yáñez Martha A., Maldonado C. D. y Del Risco K. (2016). Participación laboral de la población de 60 años de edad o más en Colombia. *Revista de Economía del Caribe*, no. 17.

6. Población mayor y el acceso a la salud

- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). <https://www.adres.gov.co/>
- Así vamos en Salud. <https://www.asivamosensalud.org/>
- Banco de la República, Colombia (2023). Usos y fuentes del financiamiento del sistema de salud. <https://www.banrep.gov.co/es/financiamiento-sistema-salud-colombia-fuentes-usos>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2023). Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores>

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2022). Aprendizajes para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes: memoria de los seminarios realizados en junio y agosto de 2022. <https://www.cepal.org/en/node/57939>,
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación general no. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).
- Corte Constitucional de Colombia (2015). Sentencia C313, que precisa la Ley 1751, estatutaria en salud.
- Cuadrado, C. Presentación: Transición hacia esquemas de salud públicos universales: Experiencia comparada de la implementación Seguros Nacionales de Salud. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/presentacion_cristobal_cuadrado_o.pdf
- Cubillos, J., Matamoros, M. y Perea, S. (2020). Boletines Poblacionales: Personas Adultas Mayores de 60 años. Oficina de Promoción Social, Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/280920-boletines-poblacionales-adulto-mayor-2020.pdf>
- Decreto número 780 de 2016, versión integrada con sus modificaciones, última fecha de actualización: mayo de 2024.
- Departamento Nacional de Planeación [DNP], Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural [RIMISP]. Resultados del ejercicio de sub regionalización funcional en Colombia.

- Función Pública de Colombia (2015). Ley 1751. <https://lc.cx/8WsbmN>
- Función Pública de Colombia (2016). Decreto 780. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813>
- Fundación Saldarriaga Concha (2023). Misión Colombia envejece, uso y costos de los servicios de salud. <https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2023/11/MCE-02-Salud-Octubre12-2023.pdf>
- Giovanella, L., Feo, O., Faria, M., y Tobar, S. (orgs.) (2012). Sistemas de salud en Suramérica: Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS). <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/816019/678763-sistemas-de-salud-en-america-del-sur.pdf>
- Granger et al. (2023). Financiamiento del sistema de salud en Colombia: Fuentes y usos. Borradores de Economía, núm. 1233, 2023. <https://repositorio.banrep.gov.co/server/api/core/bitstreams/1b2e76dc-e3e7-4ef7-bc31-516ad2027d2b/content>
- Lalonde, M. (1974). Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses. Ottawa, ON: Ministerio de Su-
ministros y Servicios de Canadá. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Ministerio del Trabajo y Organización Iberoamericana de Seguridad Social [OISS] (2021). Subsidio Familiar 2030: Capital social para Colombia. Retos y perspectivas. En Uprimny, M. (ed.). *Perspectivas de servicios para personas mayores en las cajas de compensación familiar* (cap. 3: Caracterización de la persona mayor en Colombia).

- Ministerio de Salud y Protección Social (2024). Cifras de aseguramiento en salud. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Propuesta técnica, modelo de operación regional del aseguramiento en salud, noviembre 2022.
- Ministerio de Salud y Protección Social (octubre 2022). PVS.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE]. (2023). Panorama de la salud 2023. <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE] (2021). Health at a Glance 2023: OECD Indicators, París.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023). Panorama de la Salud 2023. Observatorio de la salud global. <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major>, consultado febrero 2024
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. UHC Index of Service Coverage. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). Estadísticas mundiales de salud. <https://data.who.int/es/indicators/i/9A7o6FD> -
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2024). Tablero de los indicadores básicos. <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos#latestdata>
- Palladino et al. (2016). Asociaciones entre la multimorbilidad, la utilización de la atención médica y el estado de salud: evidencia de 16 países europeos. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27013499/>
- World Population Dashboard: El Observatorio de la Salud Global UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1), UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) (who.int); OPS. <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>.

7. Envejecimiento, cuidados y servicios sociales en Colombia

- Aguilar, M., Laparra, M., Ariba, A., y Marbán, V. (2011). Servicios sociales y cohesión social. *Consejo Económico y Social España*, 24.
- Asocajas (2024). Supersubsidio. Supersubsidio. <https://www.ssf.gov.co>
- COLPENSIONES, Organización Interamericana de Seguridad Social, Uprimny Yepes, M. A. y Montenegro Timon, J. D. (2018). *Estudio de los programas de atención al adulto mayor en Colombia, Brasil, Costa Rica y Uruguay. Marco teórico-conceptual: Conceptos básicos*.

- Constitución Política de Colombia. Capítulo 2: De los derechos sociales, económicos y culturales. <https://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2>
- Cubillos Álzate, J. C., Matamoros Cárdenas, M., y Perea Caro, S. A. (2020). Boletines poblacionales 1: Personas adultas mayores de 60 años. (Boletines poblacionales, p. 10). Oficina de Promoción Social. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-envejecimiento.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (2023). *Demografía y población*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (2024). *Gran encuesta integrada de hogares (GEIH), 2023. Colombia 2023. Mercado laboral [Anual]*. Dirección de Metodología y Producción Estadística - DIMPE. <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/782>
- Flores Nieto, C. E., Martínez Rodríguez, L. J., y Aranco, N. (2019). *Panorama de envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia* (Otras publicaciones 1749; Nota técnica del BID. Aprendizajes en cohesión social, p. 77). BID. Banco Interamericano de Desarrollo. EUROsocial+; IDB-TN-1749. https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2020/10/Envejecimiento_y_atencion_a_la_dependencia_en_Colombia_es-comprimido.pdf

- Forero Borda, L. M., Hoyos Porto, S. D. J., Buitrago Martínez, V., y Heredia Ramírez, R. A. (2019). Maltrato a las personas mayores: Una revisión narrativa. *Universitas Médica*, 60(4), 1–16. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-4.malt>
- Función Pública de Colombia (2008). *Ley 1251*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=33964#:~:text=del%20Adulto%20Mayor-,Dicta%20normas%20tendientes%20a%20procurar%20la%20protecci%C3%B3n%20y%20defensa,entidades%20territoriales%20elegidos%20por%20departamento>
- Función Pública de Colombia (2009a). *Ley 1276*. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=34495
- Función Pública de Colombia (2009b). *Ley 1315*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=36834>
- Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, Proesa y DANE (2023). *Misión Colombia Envejece: Una Investigación Viva*. <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/4536>
- Huenchuan, S. (2011). Envejecimiento e institucionalidad para el cuidado de las personas mayores. En Rico, M. N. y Maldonado Valera, C. F. (eds.). *Las familias latinoamericanas interrogadas: Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas* (pp. 163–169). Naciones Unidas, CEPAL, Div. de Desarrollo Social.

- Laboratorio de Economía de la Educación [LEE] (2024). *Conmemoración del 8M: Colombianas, cuidadoras y trabajadoras domésticas* (88; Informe de análisis estadístico LEE, p. 9). <https://www.javeriana.edu.co/recursosdb/5581483/11594517/INFORME88-DÍA-DE-LA-MUJER-2024-CUIDADORAS-Y-EDUCACIÓN.pdf/cc7a591a-e88e-09ae-2281-1a2125a35f5c?t=1709842948023#:~:text=Fuente%3A%20cálculos%20propios%2C%20ENUT%202020,de%20mujeres%20cuidadoras%20sin%20remuneración.>
- Mathus-López, M. (2020). *Análisis del impacto y ahorro en salud de un sistema de cuidados a la dependencia en Costa Rica*.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015a). Encuesta nacional de demografía y salud (ENDS) Colombia 2015. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/ENDS-libro-resumen-ejecutivo-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015b). *Sabe Colombia 2015: Estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (p. 32). Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Organización de Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

- Pautassi, L. (2018). El cuidado como derecho. Un camino virtuoso, un desafío inmediato. *Revista de la Facultad de Derecho de México*, 68(272-2), 717. <https://doi.org/10.22201/fder.24488933E.2018.272-2.67588>
- Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores (2022). *VI Informe del Observatorio sobre personas adultas mayores. La situación de las personas adultas mayores que residen en el ámbito rural en la región iberoamericana* (Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores, p. 206). Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), Secretaría General Iberoamericana (SEGIB).
- Razavi, S. y Staab, S. (2010). Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado. *Revista Internacional del Trabajo*, 129(4), 449-467. <https://doi.org/10.1111/j.1564-9148.2010.00095.x>
- Rico Nieves, M., & Robles, C. (2016). Políticas de cuidado en América Latina. Forjando la igualdad. *Políticas de cuidado en América Latina.*, 140, 80.
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 393-405. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272009000300005>

8. Institucionalidad de la política de envejecimiento

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2022). Envejecimiento en América Latina y el Caribe Inclusión y derechos de las personas mayores. Informe de América Latina y el Caribe para el cuarto

examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

Departamento Nacional de Planeación [DNP] (2007). Plan Nacional de Desarrollo 2006 - 2010: Estado comunitario; desarrollo para todos. Bogotá.

Función Pública de Colombia (2022). Decreto 681. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=186407>

Hernández Bracho, B. (2024). Protección integral a personas mayores en el mundo. Un enfoque desde los servicios sociales (en proceso de publicación). En *De un Sistema de Pensiones a un Sistema Integral de Protección a la Población Mayor* (1a ed.).

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024. MINSALUD, Gobierno de Colombia. Bogotá.

9. Servicios sociales para personas mayores.

Un acercamiento a experiencias en América Latina

Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR) (2024). Población mayor, Brasil. <https://help.unhcr.org/brazil/es/donde-encontrar-ayuda/poblacion-mayor/>

Arenas de Mesa (2019). *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina*. Libros de la CEPAL, N° 159 (LC/PUB.2019/19-P). Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Banco Interamericano de Desarrollo [BID] (2023). Envejecimiento y atención a la dependencia en Brasil. <https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/>

viewer/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Brasil-.pdf

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS] (2021). Auditoría Interna. <https://www.ccss.sa.cr/arc/auditoria/informes/ASF-126-2021.pdf>

Caja Costarricense del Seguro Social [CCSS] (2022). Ciudadano de Oro, 25 años de historia. <https://www.ccss.sa.cr/arc/ciudadano-oro/memoria-25-aniversario.pdf>

Caja Costarricense del Seguro Social [CCSS] (2023). Programa Ciudadano de Oro. <https://www.ccss.sa.cr/oro>

Centro de Pensamiento de Seguridad Social [CEPESS] (2024), Una revisión a las propuestas de reforma al sistema de salud colombiano. <https://lc.cx/rveLCy>

Chile Atiende (2024). Bono de Invierno. <https://www.chilea-tiende.gob.cl/fichas/39484-bono-de-invierno>

Chile Atiende (2024). Bono por hijo. <https://www.chilea-tiende.gob.cl/fichas/5194-bono-por-hijo>

Chile Atiende (2024). *Centros Diurnos. ChileAtiende - Centros Diurnos del Adulto Mayor (CEDLAM)*

Chile Atiende (2024). Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) *ChileAtiende - Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)*

Consejo Económico y Social [CES] (2011). Servicios sociales y cohesión social, España. https://www.ces.es/documents/10180/106107/prem+investigacion_Servicios+ Sociales.pdf/1a88bobb-50ac-4154-8a3f-ded723f48f35

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (2024). *La Declaración Universal de los Derechos Humanos Naciones Unidas*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Función Pública de Colombia (2003). Ley 797. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=7223>
- Función Pública de Colombia (2016). Ley 1821. <https://lc.cx/6EBVdt>
- Función Pública de Colombia (2020). Ley 2040. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=137231#:~:text=Objeto,.,saludable%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20colombiana.>
- Función Pública de Colombia (2005). Decreto 1599. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=16547>
- Función Pública de Colombia (2016). Decreto 780. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813>
- Gobierno de Chile (2024). Ministerio de Desarrollo Social. Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores. Ministerio de Desarrollo Social y Familia - Gobierno de Chile - Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)
- Gobierno de Perú (2024). Programa Nacional de Asistencia Solidaria. Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 - PENSION 65 - Plataforma del Estado Peruano (www.gob.pe)

- González López, R. y Díaz Bernal, Z. (2015). Las Casas de Abuelos: la experiencia cubana hacia la transversalización de género y etnicidad en salud. Cuba. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33897/9789592129764_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Iberoamérica Mayores (2020). Programa Disque 100. *Brasil “DISQUE 100”, un servicio telefónico para acompañar a las personas mayores durante el aislamiento social por la pandemia – Iberoamérica Mayores (iberoamericamayores.org)*
- Iberoamérica Mayores (2021). Programa Viver. *Brasil “Viver”, inclusión social y digital para las personas mayores – Iberoamérica Mayores, Brasil. <https://iberoamericamayores.org/>*
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2021). Competencias y estructura. <https://lc.cx/nOtEzL>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2011). Envejecimiento Activo. Libro Blanco 358004b5-399a-236b-bf30-bb88e8946059 (imserso.es)
- Instituto Nacional del Adulto Mayor [INAPAM] (2023). Catálogo de programas, acciones y servicios que brinda el Inapam para incentivar el bienestar de las personas adultas mayores. www.bienestar.gob.mx/pb/images/INAPAM/transparencia/PlanesProInf/C4tal0g0s/Catalogo_INAPAM_30062023.pdf
- Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria [IHME] (2019), “Results”, The Global Burden of Disease Study 2019, Global Burden of Disease Collaborative Network. <https://vizhub.healthdata.org/gbdresults/>
<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

- Kurczyn Villalobos, P. (1997). Prestaciones Asistenciales Complementarias a Cargo del Empleador. KURC. PDF (unam.mx).
- Ley 18241 (2008). *Ley N° 18241* <https://www.impo.com.uy/>
- Ministerio de Desarrollo Social [MIDES] (2021). Programa 120 a los 65 en Panamá (2021). *Programa 120 a los 65 – Ministerio de Desarrollo Social (mides.gob.pa)*
- Ministerio de Desarrollo Social [MIDES] (2022). Plan Nacional de las Personas Adultas Mayores plan_nacional_am_005.pdf (unfpa.org)
- Ministerio de Desarrollo Social y de Familia de Chile (2024). Programa Vínculos. *Ministerio de Desarrollo Social y Familia – Gobierno de Chile – programa vinculos*
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia Chile (2022). Condominios de Viviendas Tuteladas *Condominios de Viviendas Tuteladas – Red de Protección Social (reddeproteccion.cl)*
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile (2024). Pensión básica. *Ministerio de Desarrollo Social y Familia – Gobierno de Chile – pension basica*
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile (2022). Cuidados domiciliarios. Ministerio de Desarrollo Social y Familia – Gobierno de Chile – cuidados domiciliarios
- Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones del Gobierno de España. Servicios Sociales (2024). Aula de la seguridad social, servicios sociales. <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/PortalEducativo/Profesores/Unidad2/PESS23/PESS83>

- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2024). Observatorio Nacional sobre Envejecimiento y Vejez *Observatorio Nacional sobre envejecimiento y vejez - Orientación - Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - Plataforma del Estado Peruano* (www.gob.pe)
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2024). Centros de Atención para Personas Adultas Mayores 5433196-ceapam-acreditados-a-febrero-2024.pdf (www.gob.pe)
- Norma Técnica. Tarjeta Ciudadano de Oro en Costa Rica. (2024) https://www.bccr.fi.cr/sistema-de-pagos/Doc-NormasSinpe/Norma_Tecnica-Estandar_Tarjeta_Ciudadano_Oro.pdf
- Nueva Sociedad Brasil (2015). Programas adultos mayores *Familia, mercado y Estado: servicios de cuidado para los ancianos en Brasil* | Nueva Sociedad (nuso.org)
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2022). Risk of Dying Prematurely from NCDs. <https://www.paho.org/en/enlace/riskdying-prematurely-ncds>
- Palladino, R. et al. (2016). Associations Between Multimorbidity, Healthcare Utilisation and Health Status: Evidence from 16 European Countries. *Age and Ageing*, vol. 45, pp. 431-435, <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afw044>.
- Pelegri Viaña, X. (2007). El modelo de servicios sociales en España. Redalyc. El modelo de servicios sociales en España
- Programas y servicios para adultos mayores en Canadá (2023) <https://www.ontario.ca/document/guide-programs-and-services-seniors>

- Segurança Social (2023). Apoyos sociales para personas adultas mayores de la Seguridad Social. Idosos - seg-social.pt
- Seguridade Social Portugal [SSP] (2024). Complemento Solidario para personas adultas. *Complemento Solidário para Idosos* - seg-social.pt
- Seniors Active Living Centres Program. Ontario (2023). <https://forms.mgcs.gov.on.ca/en/dataset/onoo539>.
- World Without Poverty Brasil (2017). Servicio de Convivencia y Fortalecimiento de Vínculos en Brasil. o6.-Servicio-de-Convivencia-y-Fortalecimiento-de-Vinculos-SCFV-Fichar-resumen.pdf (wwp.org.br)

■ Parte 2

2. Hacia la construcción de un Sistema Integral de Protección a la Población Mayor

- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud [ADRES]. <https://www.adres.gov.co/>
- Arenas de Mesa, A. (2019). *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina*. Libros de la CEPAL, N° 159.. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bits-treams/ef2286b9-b700-45e9-ac66-e343faa75211/content>
- Así Vamos en Salud (2023). *Panorama general del contexto financiero de las empresas promotoras de salud (EPS)-2023*. https://asivamosensalud.org/sites/default/files/boletin_observatorio_financiero_003.pdf

- Becerra, O., García-Huitrón, M. y González-Velosa, C. (2022). *Protección económica de la vejez en Colombia: avenidas de reforma*. Nota técnica no. IDB-TN-02443. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Casali, P. y Farné, S. (2020). Los principios de la seguridad social y la reforma de las pensiones en Colombia. Oficina de la OIT para los Países Andinos, Colombia.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2022a). Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2022b). *Aprendizajes para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes: memoria de los seminarios realizados en junio y agosto de 2022*. <https://www.cepal.org/en/node/57939>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Observación general no. 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C313 de 2015, que precisa la Ley 1751, estatutaria en salud.
- Corte Constitucional (2014). Sentencia C-767-14. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-767-14.htm#:~:text=La%20Corte%20ha%20definido%20el,asociados%20o%20en%20inter%20C3%A9s%20colectivo%20E2%80%9D>.

- Cuellar, E., Gamboa, D., García-Huitrón, M. y Tapia, W. (2023). *El futuro del trabajo en América Latina y el Caribe: ¿cómo avanzar hacia pensiones sostenibles para sociedades más longevas?*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Junio.
- Decreto número 780 de 2016, versión integrada con sus modificaciones, última fecha de actualización: mayo de 2024.
- Departamento Nacional de Planeación [DNP], Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural [RIMISP]. Resultados del ejercicio de sub regionalización funcional en Colombia.
- Forero, L. M., Hoyos, S., Buitrago, V. y Heredia, R. (2019). *Maltrato a las personas mayores: Una revisión narrativa*. Universitas Médica, 60(4), 1-16. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-4.malt>
- Fonseca, L. (2016). *El compromiso de las Cajas de Compensación Familiar con el campo y la paz*. Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar.
- Función Pública de Colombia (1993). Ley 100. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248#:~:text=Crea%20el%20sistema%20de%20seguridad%20social%20integral%20conformado%20por%20los,definen%20en%20la%20presente%20ley.>
- Función Pública de Colombia (2007). Ley 1122. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22600#:~:text=La%20presente%20ley%20tiene%20como,los%20servicios%20a%20los%20usuarios.>
- Función Pública de Colombia (2011). Ley 1438. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>

- Función Pública de Colombia (2014). Ley 1715. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=57353>
- Fundación Saldarriaga Concha (2023). Misión Colombia envejece, uso y costos de los servicios de salud. <https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2023/11/MCE-02-Salud-Octubre12-2023.pdf>
- Jaramillo, K. (2014) Tensión entre el principio de sostenibilidad financiera y el principio de la condición más beneficiosa en la pensión de sobrevivientes. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/derypol/article/view/19904/20793370>
- López, J. y Crespo, M. (2006). *Intervención con cuidadores*. Informes Portal Mayores, no. 54. Lecciones de Gerontología, IV. Madrid, Portal Mayores, <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopez-intervencion-01.pdf>
- Ministerio de Salud (2022). *Propuesta técnica, Modelo de Operación Regional del Aseguramiento en Salud*.
- Okumura, M. et al. (2020). La economía plateada en América Latina y el Caribe: El envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2024). Observatorio de la Salud Global. <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2024). Índice de Cobertura de Servicios de OHC. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). Estadísticas mundiales de salud. <https://data.who.int/es/indicators/i/9A7o6FD>
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (2019). Working Better with Age, Ageing and Employment Policy. oecd Publishing. París.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE] (2023). Panorama de la santé 2023: Les indicateurs de l'OCDE. Éditions OCDE, París.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE] (2023). Panorama de la salud 2023: Los indicadores de la OCDE. Ediciones OCDE. París. <https://doi.org/10.1787/5108d4c7-fr>.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2024). Tablero de los indicadores básicos. <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos#latestdata>
- Yepes, A. (2018). Judicialización de la seguridad social. *Revista Páginas de Seguridad Social*. Universidad Externado de Colombia. <https://lc.cx/hsdPeH>

Sobre las personas autoras

LIC. MAURICIO AMADOR ANDRADE

Consultor Financiero y de Proyectos

Docente en Seguridad Social

Administrador de Empresas por la Pontificia Universidad Javeriana con especialización en Análisis Financiero por The Chase Manhattan Bank (Banco del Comercio). Tiene una experiencia de más de 40 años en el sector financiero colombiano.

Ha sido consultor financiero de diversas instituciones en estructuración de proyectos, estudios para desarrollo de productos, promoción de negocios, investigación y desarrollo de alternativas de financiación.

Actualmente es miembro de la Junta Directiva del Banco Popular y asesor de la Junta Directiva de Fiduciaria Popular, así como miembro del Comité de Inversiones Inmoval Desarrollos (Fondo Inmobiliario) y miembro de la Junta Directiva del Centro de Investigación y Desarrollo de la Seguridad Social (CODESS).

Asimismo, ha sido docente en programas de seguridad social, de titularización de activos y de análisis financiero. Actualmente es docente en la Especialización de Seguridad Social y Riesgos Laborales de la Universidad Externado de Colombia y docente de la maestría de Sistema Integral de Atención en la Vejez (CESA).

DR EMILIO A. CARRASCO GONZÁLEZ

Director del Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social (CIESS)

El Dr. Emilio Carrasco, abogado y director del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), creó y dirigió el Departamento de Seguridad Social y Mercado de Trabajo de la Universidad Externado de Colombia. También fue director general de empleo del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social. Entre los cargos que ha ocupado se encuentra el de coordinador nacional de Proyectos de Cooperación Técnica Internacional de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), oficina para los Países Andinos; consultor para la OIT en temas de Seguridad Social Integral; asesor para la reorganización y modernización del Ministerio del Trabajo y la seguridad social colombiano, del Ministerio del Trabajo de Venezuela y del Ministerio del Trabajo y Recursos Humanos del Ecuador; así como el de consultor del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Banco Mundial.

M. SC. STEFANO FARNÉ

El Dr. Farné es Economista por la Università di Bologna (Italia), magíster en Economía por la Universidad de los Andes (Colombia) y maestro en Ciencias Económicas por la Universidad de Londres (Inglaterra).

Profesor universitario y autor de varias publicaciones sobre mercado de trabajo y pensiones, ha sido asesor del Ministerio del Trabajo y de la Consejería Económica y de Competitividad de la Presidencia de la República de Colombia. Se ha desempeñado como consultor de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), del Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación

Profesional (CINTERFOR-OIT), del programa de Promoción del Empleo Juvenil en América Latina (PREJAL-OIT), del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Es columnista de los periódicos colombianos *El Tiempo* y *Portafolio*.

Desde 1999 se desempeña como director del Observatorio del Mercado de Trabajo y Seguridad Social de la Universidad Externado de Colombia.

DR ISIDRO HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

Es doctor en Historia Económica por la Universidad de Barcelona, España, y Economista y magíster en Teoría y Política Económica por la Universidad Nacional de Colombia. Actualmente es director académico del Centro de Pensamiento en Seguridad Social (CEPES) y docente investigador de la Facultad de Economía de la Universidad Externado de Colombia.

DR MAURICIO OLIVERA

Vicerrector Administrativo y Financiero
Universidad de los Andes

Es economista por la Universidad de los Andes, cuenta con una Maestría en Artes en Economía por la Universidad de Maryland y una Maestría en Filosofía en Economía por la Universidad George Washington. De esta última institución es candidato a doctor, también, en Economía. Actualmente es vicerrector administrativo y financiero de la Universidad de los Andes. Exviceministro de Empleo y Pensiones y expresidente de COLPENSIONES.

DRA. AMAIA BERENICE RAMÍREZ BRACHO

Coordinadora académica CIESS

Doctora en Derecho por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Se ha desempeñado como coordinadora académica de maestría y doctorado de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Derecho de la UNAM. Ha sido directora de capacitación en protección de datos personales del INAI y de Desarrollo Organizacional del Poder Ejecutivo de Morelos. Además de tener experiencia como docente, también se ha desempeñado en diversos encargos de la administración pública federal y local durante más de 20 años.

DR MIGUEL UPRIMNY

Médico especialista en Pediatría, Salud Pública y Gerencia para la Salud Pública de la Persona Mayor por la Pontificia Universidad Javeriana. Fue gerente y consultor en CIMESALUD LTDA y médico especialista de la Secretaría de Salud de Bogotá. Ha sido asesor del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, consejero del Consejo Distrital de Seguridad Social y del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud de Colombia. Es docente de pregrado y posgrado de las universidades Externado de Colombia, Católica, Santo Tomás, Rosario y Javeriana. Es autor del libro *Estudio de los programas de atención al adulto mayor en Colombia, Brasil, Costa Rica y Uruguay* y de diversos artículos, entre los que destacan “Cuidados y servicios sociosanitarios para las personas en situación de dependencia, como parte integral del Sistema de Salud”.

DE UN SISTEMA DE PENSIONES A UN SISTEMA INTEGRAL DE PROTECCIÓN A LA POBLACIÓN MAYOR

El envejecimiento acelerado de la población en Colombia, al igual que en otros países de América Latina y el Caribe, plantea desafíos cruciales para el desarrollo de políticas públicas que protejan a las personas mayores. En este contexto, la Corporación para el Desarrollo de la Seguridad Social (CODESS), junto con la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) y el Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social (CIESS) llevaron a cabo un estudio, estructurado en dos partes, sobre la protección integral de este grupo demográfico en Colombia.

La Parte 1 ofrece un diagnóstico detallado, a lo largo de nueve capítulos, sobre la situación actual de la protección a las personas mayores en Colombia; asimismo, analiza diversos temas, como el marco legal de protección, el envejecimiento poblacional y sus implicaciones económicas, la situación del sistema de pensiones, la participación laboral de los mayores, los servicios de salud y la cobertura de servicios sociales.

La Parte 2 propone un conjunto de recomendaciones para avanzar hacia un sistema integral de protección para las personas mayores. A través de las sugerencias de las personas expertas, el estudio aboga por la creación de un pacto social nacional que permita construir un sistema con amplia participación y garantice una vida digna y saludable para la población mayor.

El estudio —valioso para académicos, formuladores de políticas y todos aquellos interesados en los derechos de las personas mayores— concluye con un firme mensaje sobre la importancia de actuar de manera inmediata y coordinada. Subraya que la protección de las personas mayores no debe ser vista solo como una responsabilidad estatal, sino como una tarea compartida entre el Estado, la sociedad y las familias, con el fin de asegurar la inclusión y el bienestar de este grupo creciente en la sociedad colombiana y latinoamericana.

Este libro se presenta como una obra fundamental que ofrece una visión clara y estructurada para comprender las necesidades, retos y posibles soluciones para el bienestar de la población mayor en el país.

ciss-bienestar.org

home.ciess.org

codess.org.co



978-607-8787-46-3

 /CISS.org.esp
 CISS_org
 CISS_org
 cisstagram

 CIESS.ORG
 c/CiessOrg
 ciess_org
 ciess_org

 CodessCorp
 @CodessCorp
 codessco
 codess_co



CORPORACIÓN PARA
EL DESARROLLO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

