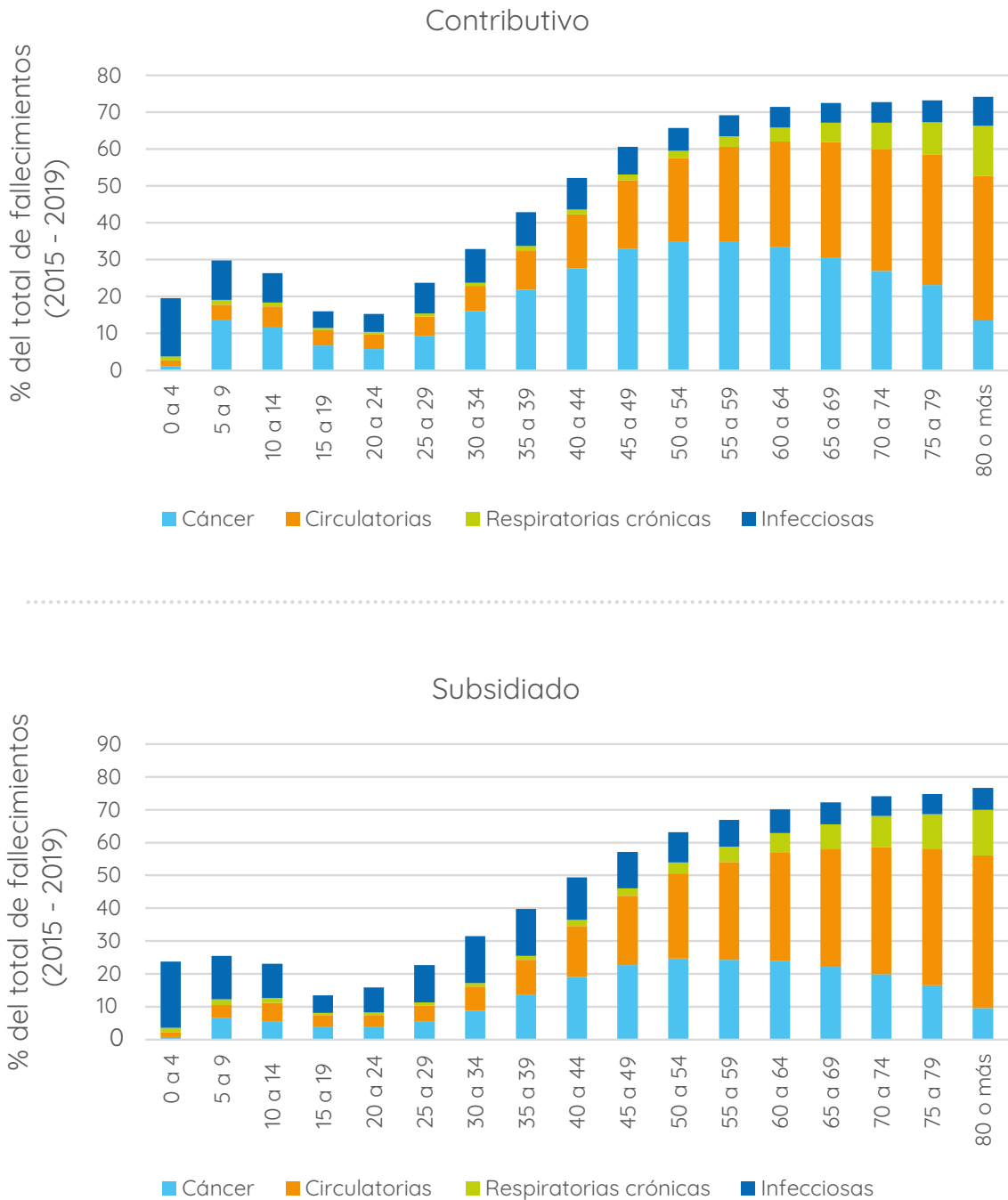


Figura 19. Principales causas de muerte registradas en los certificados de defunción de 2015 a 2019 según régimen de afiliación



Fuente: Registros Vitales DANE, 2015-2019

2.3.5.2. Tasas de mortalidad ajustadas y años de vida perdidos por región

La Tabla 2 describe las tasas de mortalidad y los años de vida perdidos de las principales categorías de enfermedades que afectaron a las personas mayores en Colombia en 2019. Las tasas de mortalidad más altas asociadas a cáncer y a enfermedades respiratorias crónicas se identificaron en el área Andina, mientras que las tasas de mortalidad más altas asociadas a las en-

fermedades circulatorias y a enfermedades infecciosas, se identificaron en la región Caribe y la región de Orinoquía. Con relación a los años de vida perdidos por mortalidad temprana, el área Andina presentó el mayor número de años de vida perdidos asociado a enfermedades circulatorias, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas, mientras que la región Caribe y la Orinoquía presentaron el mayor número de años de vida perdidos asociados a enfermedades infecciosas.

Tabla 2. Tasa de mortalidad anual ajustada a la edad y años de vida perdidos asociados a las principales categorías de enfermedad en Colombia

	Tasa de Mortalidad ajustada (por cada 100,000 habitantes)		Años de Vida Perdidos (por cada 1,000 habitantes)	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Enfermedades circulatorias				
Andina	140.20	163.98	13.03	18.22
Caribe	153.88	164.26	12.84	16.70
Pacífica	134.06	150.90	13.01	16.96
Orinoquía	164.95	169.86	12.46	15.55
Amazonia	102.14	113.39	6.80	10.26
Cáncer				
Andina	87.97	90.15	17.97	13.92
Caribe	72.56	64.76	13.49	8.44
Pacífica	80.50	76.31	16.22	11.69
Orinoquía	69.03	62.18	12.33	8.26
Amazonia	53.73	49.37	7.70	5.94

	Tasa de Mortalidad ajustada (por cada 100,000 habitantes)		Años de Vida Perdidos (por cada 1,000 habitantes)	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Enfermedades respiratorias crónicas				
Andina	43.89	47.77	2.72	3.70
Caribe	31.12	34.88	2.04	2.68
Pacífica	30.16	36.37	2.44	3.43
Orinoquia	30.82	35.49	1.47	2.21
Amazonia	28.73	30.98	1.53	1.94
Enfermedades infecciosas				
Andina	27.99	38.97	5.12	8.88
Caribe	43.71	52.47	9.83	13.62
Pacífica	25.64	38.88	5.93	10.02
Orinoquia	35.26	47.21	5.98	10.52
Amazonia	17.53	23.14	4.07	5.00
Mortalidad total				
Andina	436.01	564.68	69.72	110.42
Caribe	455.27	531.88	77.83	108.93
Pacífica	408.68	578.75	71.70	133.30
Orinoquia	457.64	562.07	69.89	113.89
Amazonia	319.70	456.64	48.19	101.38

Fuente: Estadísticas Vitales DANE 2019

2.3.6. Gasto público y privado en salud

Múltiples autores y organismos multilaterales han evidenciado un incremento sostenido de los presupuestos en la mayor parte de los sistemas de salud a nivel mundial (Mrsnik, Beers, & Morozov, 2010; Thomson et al., 2009). Sin embargo, aunque existe un consenso generaliza-

do sobre la presencia de este fenómeno, no hay claridad sobre sus posibles mecanismos. Las hipótesis con relación a la “compresión de la morbilidad” (una vida más larga no se asocia invariablemente a un mayor tiempo vivido con enfermedad), los “costos de morir” (que disminuyen a medida que incrementa la edad) y la reducción de los costos de atención asociados al “envejecimiento saludable”

sugieren que los incrementos observados en los costos en salud podrían estar asociados, no solo al envejecimiento poblacional, sino en mayor medida a otros fenómenos experimentados paralelamente por los sistemas de salud (Zweifel et al., 1999).

Fenómenos tales como el incremento en los patrones de consumo de servicios, el aumento de las expectativas de los pacientes sobre los servicios de salud y los costos cada vez más altos de las innovaciones tecnológicas en salud podrían explicar en mayor medida el incremento observado en los presupuestos en salud a nivel global (Smith, Newhouse, & Freeland, 2009). Dado el incremento en la expectativa de vida de la población en Colombia, entender cómo este fenómeno podría afectar los gastos en salud facilitaría el diseño de políticas que contribuyan a identificar prioridades de inversión, generar estrategias para la contención de costos, planear futuras fuentes de financiamiento, entre otras.

El presente análisis tiene como objetivo describir el gasto público y privado en salud en Colombia. Para el caso del gasto público, esta descripción se basa en el análisis de los datos disponibles en el cubo del Estudio de Suficiencia de la Unidad por Capitación (UPC) publicados en el aplicativo SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social y el número de

afiliados registrados en la Base Única de Afiliados (BDUA) durante los años 2015 a 2019.

En breve, los datos del cubo de Suficiencia de la UPC son registrados directamente por los proveedores de los servicios en el punto de prestación y sirven de fuente para el cálculo de la UPC reconocida por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) a las empresas administradoras de los recursos del régimen contributivo.

Para el caso del gasto privado, esta descripción se basa en el análisis de los datos recogidos en las Encuestas Nacionales de Calidad de Vida (ECV) de 2015 a 2020. Los datos recolectados por las ECV presentan información representativa de los hogares y las regiones en Colombia y proveen información sobre los gastos asociados a servicios ambulatorios y hospitalarios en los últimos 30 días y sus fuentes de financiamiento.

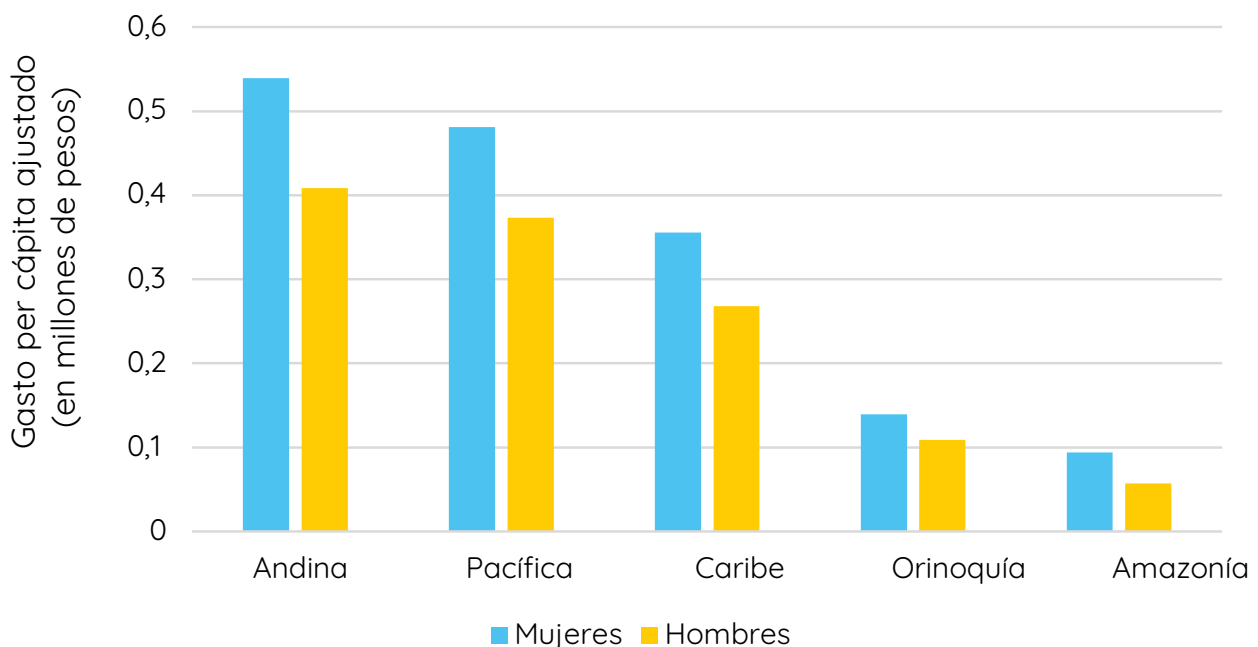
2.3.6.1. Gasto público en salud en el régimen contributivo

El gasto público en el régimen contributivo debido al consumo de servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) por región se describe en la Figura 20. Ajustando por el Índice de Precios al Consumidor (IPC) al año 2019, el gasto público en el régimen contributivo se incrementó en 14.25 puntos porcentuales

entre el 2015 y el 2019 (desde 15.7 billones en 2015 a 17.98 billones en 2019). Aunque la mayor parte de los grupos de edad experimentaron incrementos en los costos de atención, este incremento fue mayor

en los individuos de 60 años o más (29.3 puntos porcentuales de 2015 a 2019 en individuos de 60 años o más y 6 puntos porcentuales de 2015 a 2019 en menores de 60 años).

Figura 20. Distribución del gasto por individuo en el régimen contributivo según la región donde se originó el servicio



Fuente: Base Estudio Suficiencia UPC - SISPRO

A pesar de este importante incremento en el gasto global, los costos per cápita para ambos grupos etarios presentaron escasas variaciones durante este mismo periodo de tiempo (de \$1.678.340 en 2015 a \$1.710.713 en 2019 en individuos de

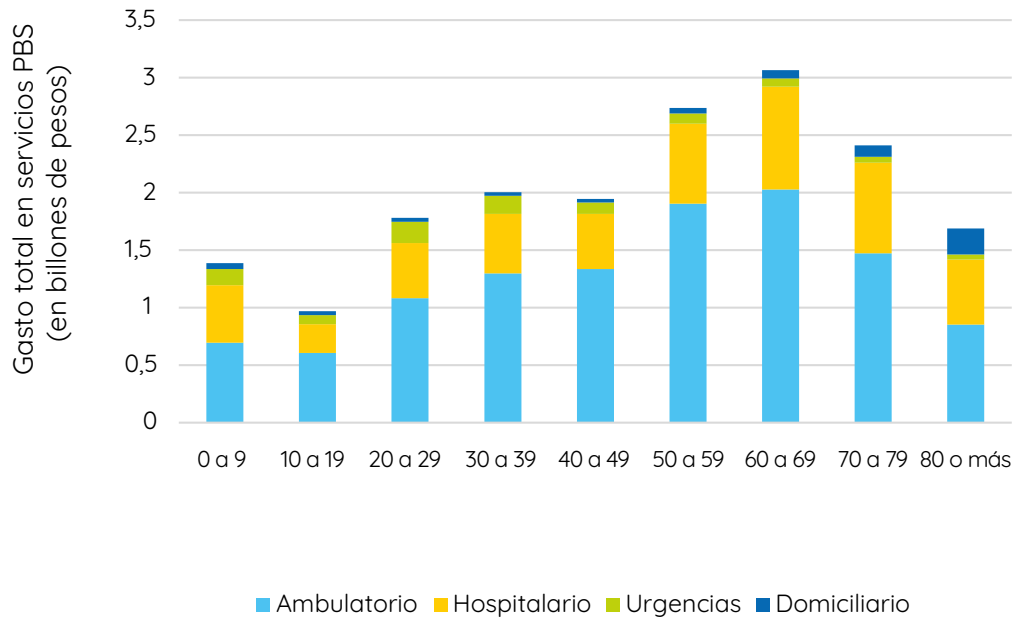
60 años o más y de \$460.240 en 2015 a \$472.636 en 2019 en menores de 60 años). Esta disociación entre los cambios en los gastos globales y los gastos por individuo se debió principalmente a un importante incremento en la población adulta mayor

durante el periodo de observación (de 3.300.712 adultos mayores afiliados en 2015 a 4.187.376 adultos mayores afiliados en 2019). En forma similar, se observaron diferencias sustanciales en el gasto per cápita entre las distintas regiones del país. Después de ajustar los costos por las diferencias de edad entre las regiones, los costos per cápita fluctuaron en hombres entre \$52.277 en la región de Amazonía a \$408.405 en la región Andina y en mujeres entre \$94.090 en la región de Amazonía a \$539.294 en la región Andina. Estos costos per cápita también fluctuaron en forma importante según la edad de los individuos con un mínimo de \$260.495 entre los 10 y 14 años hasta un máximo de \$2.220.164 entre los 75 y 79 años.

El gasto público en el régimen contributivo por categoría de enfermedad y ámbito en el cual se generaron los servicios se describen en forma similar en las Figuras 21 a 23. Las enfermedades circulatorias se constituyeron en la principal causa de gastos en salud a partir de los 30 años seguidos del cáncer y, a partir de los 40 años, seguidos de la diabetes y sus complicaciones microvasculares. Este incremento alcanzó el punto máximo entre 60 y 70 años, con el gasto de \$491.326 millones para las enfermedades circulatorias, \$252.231 millones para el cáncer y \$154.752 para la diabetes y sus complicaciones microvasculares. En total,

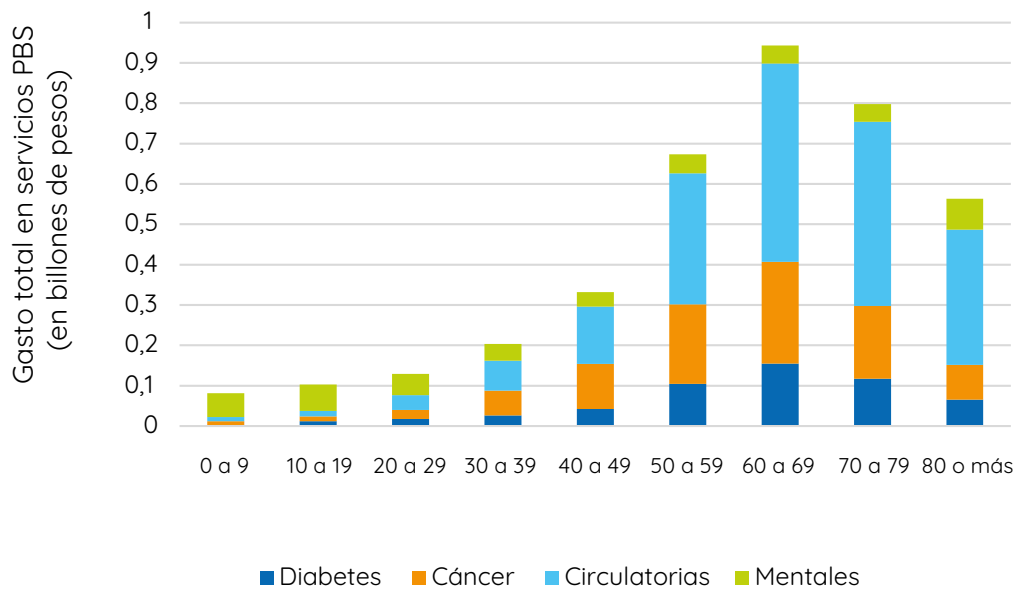
las ECNT más frecuentes (enfermedades circulatorias, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes y sus complicaciones microvasculares y las enfermedades neurológicas y mentales) se asociaron a aproximadamente la tercera parte del costo total de la atención de los adultos mayores en 2019 (\$2.56 billones, 35,77% del costo total). La mayor parte de los costos de la atención de los adultos mayores se debieron a servicios ambulatorios (60,75%), hospitalarios (31,35%) y domiciliarios (5,55%).

Figura 21. Costo total de los servicios prestados en el régimen contributivo por ámbito



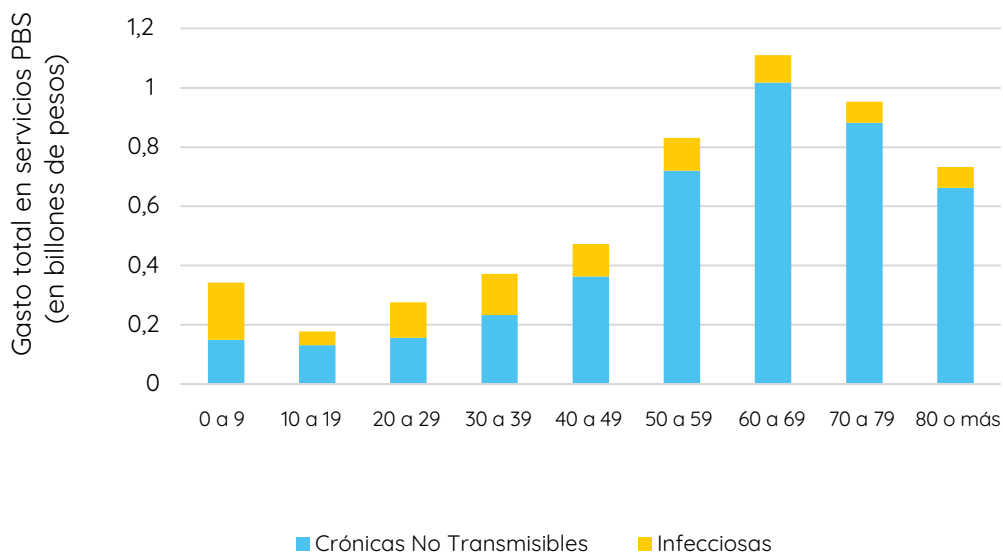
Fuente: Base Estudio Suficiencia UPC - SISPRO

Figura 22. Distribución del gasto total por enfermedad en el régimen contributivo



Fuente: Base Estudio Suficiencia UPC - SISPRO

Figura 23. Distribución de la proporción del gasto asociado a enfermedades infecciosas o enfermedades crónicas no transmisibles



Fuente: Base Estudio Suficiencia UPC - SISPRO

2.3.6.2. Gasto privado en salud

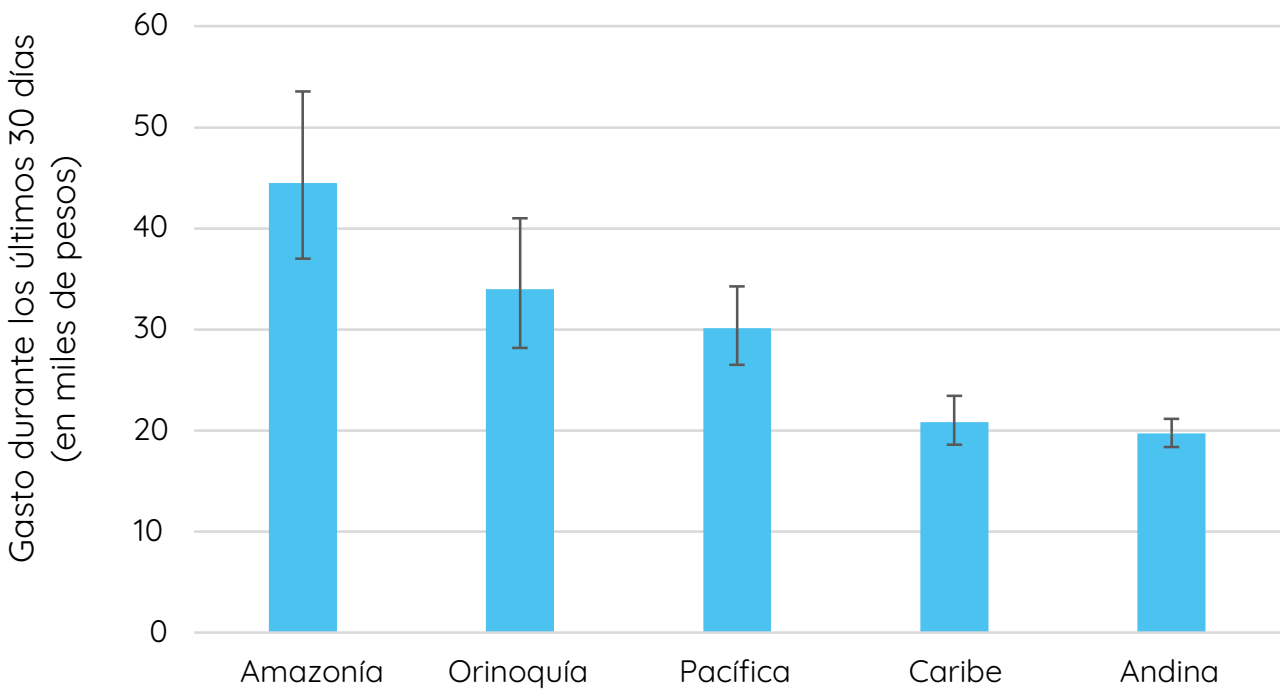
El gasto privado en salud total y por individuo se describe en las Figuras 24 y 25. En breve, el gasto privado en Colombia en 2019 fue de aproximadamente \$476.704 millones mensuales, de los cuales el 62,1% (\$296.024 millones) se generó en la región Andina, 25,25% (\$120.358 millones) en la región Pacífica, 8,48% (\$40.441 millones) en la región Caribe y 4,17% (\$19.881 millones) en las regiones de Orinoquía y Amazonía. Además de estas diferencias en los gastos privados totales, el análisis de los gastos privados por ho-

gar sugiere importantes diferencias según la región (desde \$17.879 mensuales en la región Andina hasta \$37.805 mensuales en la región de Amazonía) y el área de residencia (desde \$18.847 mensuales en el área urbana hasta \$24.308 mensuales en el área rural). Estas diferencias se incrementaron en hogares compuestos por al menos una persona mayor (desde \$19.723 mensuales en la región Andina hasta \$44.518 mensuales en la región de Amazonía y desde \$21.050 mensuales en el área urbana hasta \$26.694 mensuales en el área rural). En forma similar, el análisis de la proporción de hogares compues-

tos por al menos una persona mayor que reportaron gastos en salud considerados como catastróficos durante el último mes (mayores al 10% del ingreso mensual) parecerían ser diferentes de acuerdo con

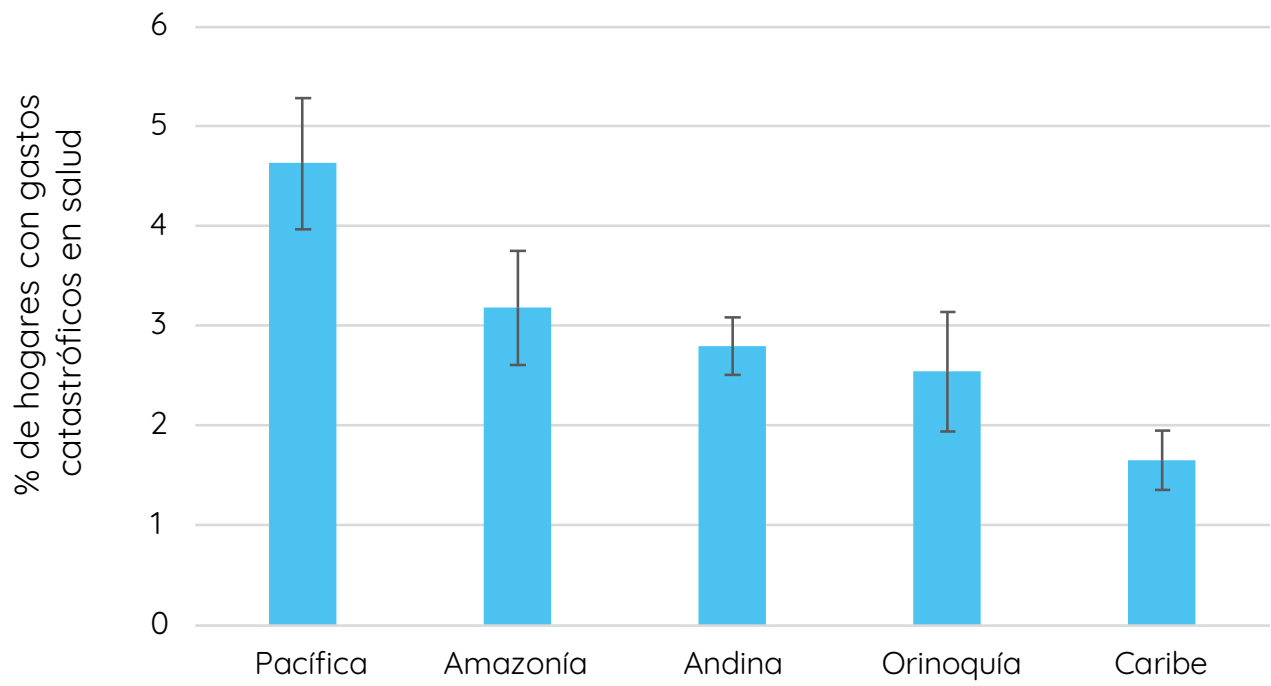
la región (desde 1,65% en la región Caribe hasta 4,63% en la región Pacífica) y el área de residencia (2,68% en residentes de áreas urbanas y 3,67% en residentes de áreas rurales).

Figura 24. Gasto privado en salud por hogar durante el último mes en hogares conformados por al menos un adulto mayor por mes según región geográfica



Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2020

Figura 25. Proporción de hogares conformados por al menos un adulto mayor con gastos catastróficos por salud durante el último mes según región geográfica



Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2020.

2.3.7. Jubilación laboral, enfermedad y utilización de servicios en salud

Como se mencionó previamente, la evidencia sobre el efecto de la jubilación laboral sobre el estado y la utilización de servicios de salud es contradictoria. Múltiples autores sugieren que la jubilación laboral, especialmente cuando es involuntaria, podría asociarse a un empeoramiento de los indicadores de desempeño

físico, capacidad funcional, morbilidad y depresión (Shaj, 2018; Zhang et al., 2018). Por el contrario, otros autores consideran que la disminución del estrés laboral, el incremento del tiempo de sueño y el incremento en la actividad física, entre otros, podrían ser mecanismos claves a través de los cuales el retiro laboral podría asociarse a una mejoría de las condiciones de salud de los individuos (Eibich, 2015).

Dado el incremento esperado en la población mayor que alcanzará la edad

de jubilación laboral en Colombia, entender el efecto de este fenómeno sobre la salud de los individuos podría proveer información de gran importancia para la generación de políticas laborales y en salud poblacional. El objetivo del siguiente análisis es evaluar si existe una asociación entre la jubilación laboral y (1) el estado de salud, (2) el nivel de consumo de servicios de salud y (3) el costo pagado por el SGSSS por la prestación de servicios de salud en los individuos jubilados comparados con individuos de edad similar que no se jubilan y que están afiliados al régimen contributivo.

2.3.7.1. Fuentes de información

Este análisis utilizó la Base de Datos Única de Afiliación (BDUA), la Planilla integrada de autoliquidación de aportes (PILA) y la Base para el estudio de Suficiencia de la Unidad por Capitación (UPC). Estas bases de datos están desprovistas de toda forma de identificación individual y solo pueden relacionarse entre sí a través de un número de identificación único que es mantenido en forma confidencial por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2.3.7.2. Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por todos los individuos de ambos sexos cotizantes al régimen contributivo nacidos entre 1917 y 1963 e identificados

como activos en la BDUA durante los años 2017 a 2019. Una vez se identificó la población de estudio, se construyó una cohorte retrospectiva que incluyó: (1) información sobre cada uno de los servicios consumidos por individuo desde enero 1 de 2017 a diciembre 31 de 2019; (2) datos sobre la carga de morbilidad de cada individuo extraídos de los códigos CIE-10 asociados a cada servicio prestado desde un año antes de ingresar a la cohorte hasta el final del seguimiento; (3) perfil demográfico básico; (4) lugar de residencia más frecuente durante el seguimiento; y (5) estado laboral (pensionado o no pensionado).

2.3.7.3. Desenlaces

Los desenlaces utilizados en este análisis fueron (1) el número de servicios de salud consumidos por cada individuo y que fueron financiados por la UPC durante el periodo de seguimiento (desagregado en las siguientes categorías: ambulatorios, hospitalarios y de urgencias); (2) el costo asumido por el SGSSS por la prestación de cada una de las categorías de servicios; (3) la presencia de al menos una enfermedades crónicas y (4) la carga de morbilidad estimada a través del Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC).

2.3.7.4. Análisis estadístico

Este estudio utilizó una aproximación de Diferencias en Diferencias en Diferen-

cias (DDD) utilizando datos panel de servicios de salud con cargo a la UPC consumidos por trabajadores formales antes y después de la jubilación e individuos de edad similar que permanecieron como trabajadores activos durante el tiempo de seguimiento. Para evaluar la sensibilidad de los resultados al cambio en el tipo de modelo utilizado, se realizaron análisis de regresión de datos panel de efectos fijos y análisis asumiendo una estructura de estudios transversales en múltiples “olas”.

2.3.7.5. Resultados

La descripción de las características basales y los desenlaces se describen en la Tabla 3. El promedio de edad fue de 65.16 años en la cohorte completa, 69.72 en la cohorte de pensionados y 61.15 en la cohorte de no pensionados. Aproximadamente el 46,1% de la cohorte total fueron mujeres. En resumen, la cohorte de pensionados presentó la mayor proporción de individuos con al menos una enfermedad crónica, un Índice de Comorbilidades de Charlson (ICC) mayor, y el mayor nivel de consumo de servicios ambulatorios y hospitalarios comparado con la cohorte de no pensionados. Los costos promedio de la atención de la cohorte de pensionados fueron sustancialmente mayor que los observados en la cohorte de no pensionados (\$2.431.000 versus \$1.527.000, respectivamente. Los resultados de los

análisis de DDD y los análisis de sensibilidad se describen en las Tablas 4 a 6. Con relación al estado de salud, el análisis de DDD sugiere el incremento de 0.623 puntos porcentuales en la prevalencia de enfermedades crónicas y de 0.0101 en el ICC en la cohorte de pensionados. En forma similar, con relación al nivel de consumo de servicios de salud, el análisis principal sugiere el incremento de 1.112 en el número de servicios ambulatorios sin una clara asociación con el riesgo de requerir al menos una hospitalización en sala de cuidado general. Finalmente, con relación al valor pagado por el SGSSS por la prestación de servicios de salud, el análisis de DDD sugiere el incremento de \$36.967 en la cohorte de jubilados. Estos resultados son robustos al tipo de análisis utilizado.

Tabla 3. Características basales y nivel de utilización de servicios de salud

Variables		Cohorte completa	Pensionados	No Pensionados
		n=6,635,902	n=3,104,877	n=3,531,025
Edad	\bar{X}	65.16	69.72	61.15
	(DE)	(0.00350)	(0.00470)	(0.00406)
Sexo femenino	%	46.1	49.1	43.5
		(0.000194)	(0.000284)	(0.000264)
Índice de Charlson	\bar{X}	0.591	0.776	0.428
	(DE)	(0.000467)	(0.000753)	(0.000562)
Presencia de al menos una enfermedad crónica	%	29.59	37.58	22.56
	(DE)	(0.0177)	(0.0275)	(0.0222)

\bar{X} : media, DE: Desviación estándar

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de microdatos de BDUA, PILA y UPC.

Tabla 4. Diferencias en la intensidad de consumo de servicios entre individuos con jubilación laboral e individuos que permanecen como trabajadores activos

Variables		Cohorte completa	Pensionados	No Pensionados
		n=6,635,902	n=3,104,877	n=3,531,025
Número de servicios de laboratorio o imágenes ambulatorias	\bar{X}	41.77	52.05	32.73
	(DE)	(0.0182)	(0.0285)	(0.0223)
Número de otros servicios ambulatorios	\bar{X}	24.59	31.03	18.93
	(DE)	(0.0124)	(0.0194)	(0.0152)
Número de consultas médicas ambulatorias	\bar{X}	6.888	8.047	5.870
	(DE)	(0.00307)	(0.00477)	(0.00388)
Visitas de al menos una vez al servicio de urgencias	%	23.79	24.73	22.96
	(DE)	(0.0165)	(0.0245)	(0.0224)

Variables		Cohorte completa	Pensionados	No Pensionados
		n=6,635,902	n=3,104,877	n=3,531,025
Hospitalización en cuidado general al menos una vez	% (DE)	9.862 (0.0116)	11.90 (0.0184)	8.067 (0.0145)
Hospitalización en Unidad de Cuidado Intensivo al menos una vez	% (DE)	1.485 (0.00470)	1.847 (0.00764)	1.166 (0.00571)
\bar{X} : media, DE: Desviación estándar				

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de microdatos de BDUA, PILA y UPC.

Tabla 5. Diferencias en los costos de atención entre individuos con jubilación laboral e individuos que permanecen como trabajadores activos

Variables		Cohorte completa	Pensionados	No Pensionados
		n=6,635,902	n=3,104,877	n=3,531,025
Costos totales de atención	\bar{X} (DE)	1,950,000 (2,717)	2,431,000 (4,418)	1,527,000 (3,296)
Costos de otros servicios ambulatorios	\bar{X} (DE)	733,924 (1,254)	909,800 (2,003)	579,274 (1,561)
Costos de consultas médicas ambulatorias	\bar{X} (DE)	204,487 (246.9)	245,712 (410.5)	168,238 (290.3)
Costos de imágenes diagnósticas ambulatorias	\bar{X} (DE)	98,971 (118.0)	113,834 (181.5)	85,903 (153.5)
Costos de laboratorios ambulatorios	\bar{X} (DE)	128,011 (110.0)	159,638 (179.7)	100,201 (131.5)
Costos de servicios de urgencias	\bar{X} (DE)	55,403 (162.7)	58,703 (235.9)	52,502 (224.6)

Variables		Cohorte completa	Pensionados	No Pensionados
		n=6,635,902	n=3,104,877	n=3,531,025
Costos de servicios hospitalarios	\bar{X}	225,016	279,502	177,106
	(DE)	(939.0)	(1,517)	(1,154)
Costos de servicios de Unidad de Cuidados Intensivos	\bar{X}	85,231	106,229	66,766
	(DE)	(655.6)	-1,52	(794.9)

\bar{X} : media, DE: Desviación estándar

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de microdatos de BDUA, PILA y UPC.

Tabla 6. Diferencias en la carga de morbilidad, presencia de enfermedades crónicas y nivel de utilización de servicios en salud entre los individuos con jubilación laboral e individuos que permanecen como trabajadores activos

Variables	Modelos Transversales	Modelos de efectos fijos	Diferencias en diferencias en diferencias
	n=6,635,902	n=2,556,805	n=1,265,349
Índice de Charlson	0.0047*** (0.0029 - 0.0065)	0.0358*** (0.0312 - 0.0404)	0.0101*** (0.0049 - 0.0153)
Presencia de al menos una enfermedad crónica	0.962*** (0.8952 - 1.0288)	2.609*** (2.4434 - 2.7746)	0.623*** (0.4172 - 0.8288)
Consumos de servicios ambulatorios	3.53*** (3.4649 - 3.5951)	5.939*** (5.8100 - 6.0680)	1.112*** (0.9532 - 1.2708)
Costos totales de atención	172,040*** (159,870 - 184,210)	530,012*** (498,868 - 561,156)	36,967* (-3,793 - 77,727)

Números positivos identifican valores más altos en el grupo de pacientes pensionados. Todos los modelos están ajustados por EAPB y los modelos transversales están ajustados adicionalmente por año, región geográfica y presencia de comorbilidades al ingreso a la cohorte. Los intervalos de confianza de 95% se presentan entre paréntesis. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de microdatos de BDUA, PILA y UPC.

2.3.8. Análisis y discusión

2.3.8.1. Implicaciones de los resultados para el futuro del SGSSS

Este capítulo describe el estado del aseguramiento social de las personas mayores en Colombia y cómo las condiciones que más afectan a esta población podrían asociarse a diferentes perfiles de consumo de recursos públicos y privados en salud. Además, el estudio se complementa con un análisis exploratorio que busca establecer si la jubilación laboral podría asociarse a cambios en el perfil de morbilidad y consumo de recursos en salud de la población mayor.

En resumen, Colombia ha logrado proveer aseguramiento en salud para la casi totalidad de su población y este cubrimiento ha permanecido sin cambios sustanciales desde 2015. La universalización del aseguramiento ha permitido el acceso a servicios de salud básicos y servicios de promoción y prevención a poblaciones que frecuentemente presentan niveles de utilización insuficientes. El aumento en la utilización de servicios sanitarios en general, sumado a una mejoría general en las condiciones y calidad de vida, al cubrimiento de los servicios públicos y a mayores niveles de educación, entre otros, podría explicar el fenómeno de transición epidemiológica observado en la mayor

parte de la población en Colombia. Sin embargo, el presente análisis también revela algunos aspectos que afectarían el bienestar de las personas mayores y la sostenibilidad del SGSSS ante el envejecimiento poblacional.

Primero, existen grandes diferencias en el acceso a servicios de salud entre las regiones y entre las áreas urbanas y rurales del país. De acuerdo con los hallazgos de la ECV 2020, las diferencias de acceso son sustancialmente mayores para servicios de promoción y prevención y servicios ambulatorios que para servicios hospitalarios (entre 10 y 20 puntos porcentuales para servicios de promoción y prevención y servicios ambulatorios respectivamente, y entre 1 y 4 puntos porcentuales para servicios hospitalarios). Los resultados del estudio cualitativo sugieren que las causas podrían estar relacionadas con la baja concentración de proveedores en algunas regiones y el consiguiente incremento de los costos de desplazamiento. Los costos frecuentemente se tornan significativos en áreas de estratos socioeconómicos bajos, donde además existe una percepción de un “bajo retorno” por la inversión realizada. La implementación de servicios de telemedicina durante la emergencia sanitaria por COVID-19, causó en forma consistente, una preocupación sobre la calidad de los servicios prestados y una percepción

de que estos servicios se asociaban a mayores complicaciones médicas.

Los efectos de promover el acceso a servicios de promoción y prevención en personas mayores han sido evaluados por múltiples autores. Peterson y colaboradores (Peterson, Helfand, Humphrey, Christensen, & Carson, 2013), en una revisión sistemática de estudios observacionales y ensayos clínicos con asignación aleatoria, valoraron los efectos de los diferentes modelos de atención dirigidos a promover el cuidado primario en salud en personas mayores. Comparado con el cuidado convencional, la mayor parte de los modelos de atención disminuyeron el nivel de consumo de servicios de urgencias y servicios hospitalarios a dos o más años de seguimiento. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en mortalidad entre los individuos en los grupos de intervención y los grupos control.

Segundo, la mayor parte del consumo de servicios de salud y las causas de muerte en las personas mayores se asociaron a enfermedades prevenibles. De acuerdo con los hallazgos del análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y los certificados de defunción, la enfermedad circulatoria y la diabetes mellitus constituyeron las principales causas de consumo de servicios de salud y de muerte en las personas mayores de 2015 a 2019. Estos

hallazgos son consistentes con los datos reportados por múltiples instituciones y organismos multilaterales quienes han llamado la atención sobre la carga desproporcionada de la enfermedad vascular en países de ingresos bajos y medios. Aunque las causas de esta carga desproporcionada sean probablemente multifactoriales, de acuerdo con la iniciativa la Carga Global de las Enfermedades, el sobrepeso y el acceso insuficiente a servicios de salud podrían constituirse como los principales factores de riesgo de la carga de la enfermedad vascular en Latinoamérica (Roth et al., 2020).

Tercero, existe una gran discrepancia entre la prevalencia de las enfermedades mentales en las personas mayores y la cantidad de servicios que se prestan para dar respuesta a esas condiciones. De acuerdo con lo observado en la encuesta SABE 2014 - 2015, el predominio global de demencia en personas mayores alcanzó el 9,4%, siendo los adultos mayores de 85 años o más, aproximadamente el 50% del total de la población mayor con diagnóstico de demencia. En forma similar, el Deterioro Cognoscitivo Leve (DCL) obtuvo una prevalencia global de 17.6% y los síntomas de depresión una prevalencia global de casi el 50%. Sin embargo, durante el periodo de 2015 a 2019; menos del 2% de los servicios prestados a este grupo de edad y menos del 5 % del gasto

en salud por edad, se asoció a algún tipo de enfermedad mental. Una de las probables causas de esta deficiente inversión es la escasa sensibilización, tanto de los pacientes como de los proveedores de servicios, con relación a las enfermedades mentales. Los resultados del estudio cualitativo sugieren que las personas frecuentemente consideran la presencia de síntomas de enfermedad mental como consecuencia de una inadecuada salud física y no como una condición por sí misma. Esta percepción errónea de las enfermedades mentales se ve frecuentemente reforzada por miembros del personal de salud, quienes consideran la presencia de síntomas de enfermedad mental, solo en el contexto de otros síntomas “más objetivos”.

Dado que se espera que la incidencia de enfermedades mentales como la demencia se duplique, con cada incremento de 5 años de edad por individuo (Prince et al., 2015), el aumento en la expectativa de vida de la población se asociará a un marcado crecimiento en el número de personas afectadas por enfermedades mentales. La falta de sensibilización de todos los actores del sistema y la poca inversión en intervenciones eficaces muy probablemente llevarán a un mayor costo humano, social y económico de la enfermedad mental en los próximos años (Vigo, Thornicroft, & Atun, 2016).

Cuarto, de acuerdo con la ECV 2020, aproximadamente el 15% de las personas mayores de 55 años presentaron algún tipo de discapacidad severa. Aunque la discapacidad severa en actividades como la audición permiten llevar una vida independiente, el compromiso de las funciones críticas para el autocuidado frecuentemente requiere de algún tipo de asistencia. De acuerdo con el Reporte Mundial de Discapacidad publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2011, las personas mayores con discapacidad requieren asistencia continua a través de centros de cuidado día, servicios de asistencia en casa, asistencia permanente para la realización de actividades de autocuidado, hogares de cuidado crónico y unidades de cuidados paliativos. Dado que se proyecta el incremento en la cantidad de personas mayores con discapacidad severa, también se espera el aumento sustancial en la cantidad de personas que requerirán servicios frecuentes de asistencia para las actividades básicas y de autocuidado en los próximos años.

Finalmente, los análisis realizados en este capítulo sugieren un incremento en la incidencia de enfermedades crónicas y del consumo de servicios de salud de las personas mayores que se jubilan, en comparación con sus contrapartes, que continúan en el trabajo activo. Como se mencionó previamente, la evidencia iden-

tificada en la literatura mundial ha reportado resultados mixtos sobre la relación entre jubilación laboral y consumo de servicios de salud en la población que se jubila. De acuerdo con diversos autores, esta aparente discrepancia en los resultados obtenidos entre los estudios podría deberse entre otros, a las importantes diferencias entre el tipo de trabajo realizado en los escenarios donde estos efectos han sido evaluados (Eibich, 2015; Zhang et al., 2018). Dado los resultados del presente análisis, se espera que un incremento de la población que se jubila en los próximos años en Colombia se asocie a una mayor demanda de servicios y recursos en salud.

2.3.8.2. Fortalezas y debilidades de este análisis

Este análisis provee información confiable dado que se basa en bases de datos administrativas de disponibilidad pública utilizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para el cálculo de la UPC y en encuestas poblacionales utilizadas por el DANE para estimar el estado de salud y el bienestar de la población. Sin embargo, este análisis también tiene algunas limitaciones importantes que se deben tener en cuenta.

Primero, por la falta de disponibilidad de datos, este análisis no incorporó los costos asociados a la prestación de servicios y tecnologías que no estaban incluidos en

el Plan de Beneficios en Salud durante el periodo de estudio. Debido a que estos servicios frecuentemente se asocian a las innovaciones en tecnologías de salud, los costos asociados a estas inversiones representan, en muchas ocasiones, una porción importante de los gastos por enfermedad.

Segundo, gran parte de la morbilidad de la población en este análisis se estimó a través del consumo de servicios en salud debido a la ausencia de un registro centralizado de la información clínica de los afiliados al SGSSS. Esta forma de determinar la morbilidad de la población subestima el efecto de las condiciones que comúnmente no se asocian a consumo de servicios de salud o que no constituyen el motivo final de consulta. Por ejemplo, la subrepresentación del efecto de los factores de riesgo en la salud de las poblaciones cuando estos análisis se basan en registros administrativos sobre consumo de servicios en salud.

Finalmente, existen preocupaciones sobre la utilización de la información contenida en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y los certificados de defunción para la toma de decisiones en salud, por la percepción de una pobre calidad en su contenido. Sin embargo, existe evidencia que estos registros, al menos los que proceden de ciudades capitales, poseen la calidad suficiente requerida para la toma de decisiones en salud.

2.4. Conclusiones



El análisis presentado en este capítulo describe el estado de aseguramiento y el acceso a servicios en salud de las personas mayores en Colombia durante el periodo comprendido entre 2015 y 2019. Además, describe el perfil de gasto asociado a las principales causas de morbilidad y mortalidad de las personas mayores, con énfasis en la enfermedad mental, la discapacidad severa y los efectos de la jubilación laboral -morbilidad y consumo de servicios-.

Como resultado de este análisis, se identificaron algunos aspectos que podrían afectar el bienestar de las personas mayores y la sostenibilidad del SGSSS ante el envejecimiento poblacional.

2.5. Recomendaciones para la formulación de políticas públicas



2.5.1. Recomendaciones estructurales del Sistema de Salud (Reforma en salud)

2.5.1.1. Fortalecimiento de la implementación de las guías de práctica clínica con el fin de promover una mejor calidad en la prestación de servicios de salud

Acciones

- › Fortalecer la implementación de las guías de práctica clínica.

Responsables institucionales

- › Ministerio de Salud y Protección Social.
- › Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.
- › Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Ruta de implementación

- › Implementar la Historia Clínica Electrónica Única en el SGSSS en todo el territorio nacional.
- › Implementar programas de diseminación de las guías de Práctica Clínica entre personal de salud y usuarios a través de redes sociales, actividades académicas para personal de salud y pacientes.
- › Evaluar la factibilidad de la implementación de sistemas electrónicos de asistencia a la toma de decisiones clínicas dentro de la Historia Clínica Electrónica Única.

2.5.2. Promoción de nuevos modelos de prestación de servicios dentro del SGSSS con el objetivo de mejorar la cobertura de servicios de salud en áreas rurales y apartadas

Acciones

- ▶ Promover la creación e implementación de modelos de atención ajustados a las características de la demanda y la oferta de servicios de salud propias de cada una de las regiones.

Responsables institucionales

- ▶ Ministerio de Salud y Protección Social.
- ▶ Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

Ruta de implementación

- ▶ Promover la capacitación de personal de farmacia, promotores de salud, líderes comunitarios, entre otros, para la atención de condiciones de baja complejidad dentro del SGSSS y de ser necesario remisión a otros niveles de atención.
- ▶ Ofrecer mayores y mejores incentivos para que los profesionales y las empresas prestadoras de salud ofrezcan sus servicios en zonas rurales y apartadas del país.
- ▶ Centralizar las negociaciones y los procesos de compra de insumos del

SGSSS: un proceso centralizado llevaría a mejores condiciones de negociación ante los proveedores y a un mejor control de la calidad de los insumos que se emplean dentro del SGSSS.

- ▶ Promover el uso adecuado de la telemedicina como herramienta fundamental para el acceso a servicios de salud de segundo y tercer nivel de las regiones apartadas y las áreas rurales.

2.6. Recomendaciones generales



2.6.1. Sensibilización del personal de salud y comunidad en general sobre la enfermedad mental

Acciones

- ▶ Realizar un tamizaje activo de las enfermedades mentales y la discapacidad en adultos mayores en todos los puntos de contacto con el SGSSS.
- ▶ Sensibilizar a la población y a los miembros del SGSSS sobre el reconocimiento temprano de los síntomas de la enfermedad mental.

Responsables institucionales

- › Ministerio de Salud y Protección Social.
- › Ministerio de Educación.
- › Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

Ruta de implementación

- › Aplicación de escalas de tamizaje de enfermedades mentales y de discapacidad a los usuarios del SGSSS en forma virtual para autoadministración o en forma presencial para administración por personal de salud.
- › Diseño y validación de algoritmos electrónicos automáticos que identifiquen pacientes a alto riesgo de enfermedades mentales basados en características sociodemográficas y perfiles de consumo de servicios de salud.
- › Incorporación de cátedras durante la formación del personal de salud y durante la educación continuada, que refuercen los conocimientos sobre la importancia del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales.
- › Implementación de campañas en medios de comunicación masiva que busquen modificar ideas equivocadas sobre los enfermos y las enfermedades mentales.

2.6.2. Formación en salud y promoción del bienestar de los cuidadores

Acciones

- › Diseñar e implementar una política de cuidadores que promueva, entre otras cosas, la formación y bienestar de los individuos dedicados a la asistencia de adultos mayores con discapacidad.

Responsables institucionales

- › Ministerio de Salud y Protección Social.
- › Ministerio de Educación.

Ruta de implementación

- › Diseño y aplicación de instrumentos que permitan identificar a las personas mayores en riesgo de discapacidad y con requerimiento de cuidador.
- › Diseño y aplicación de instrumentos que permitan el reconocimiento temprano y tratamiento prioritario del síndrome de fatiga del cuidador.
- › Educación en estrategias para realizar en forma segura las actividades de cuidado, reconocimiento y manejo básico de los principales síntomas que afectan a la persona mayor con discapacidad a través de páginas web, líderes comunitarios u otros mecanismos adaptados a cada región.
- › Diseño de esquemas de incentivos que promuevan el acceso a estos ser-

vicios educativos a través de beneficios cívicos de reconocimiento social (como priorización para ingreso a universidades, créditos de estudio, convalidación del servicio militar obligatorio, entre otros).

bles para priorización de estrategias educativas y tamizaje de enfermedades crónicas.

2.6.3. Educación para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables en todo el curso de la vida

Acciones

- › Diseño e implementación de una política educativa que promueva hábitos y estilos de vida saludables en todo el curso de la vida

Responsables institucionales

- › Ministerio de Salud y Protección Social.
- › Ministerio de Educación.
- › Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

Ruta de implementación

- › Implementación de una cátedra obligatoria de “cuidado de la salud” desde los niveles básicos de instrucción en niños y adolescentes hasta los programas de educación continua de personas mayores.
- › Diseño y aplicación de algoritmos electrónicos automáticos que permitan la identificación de pacientes a riesgo de enfermedades crónicas no transmi-

2.7. Referencias



Amos, A. F., McCarty, D. J., & Zimmet, P. (1997). The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. *Diabet Med*, 14 Suppl 5, S1-85.

Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., & Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo, 96.

Arredondo, A., & Aviles, R. (2015). Costs and epidemiological changes of chronic diseases: implications and challenges for health systems. *PLoS One*, 10(3), e0118611. doi: 10.1371/journal.pone.0118611

Bravo, L. E., & Muñoz, N. (2018). Epidemiology of cancer in Colombia. *Colombia Médica*, 49(1), 9-12.

Byles, J. E., Vo, K., Forder, P. M., Thomas, L., Banks, E., Rodgers, B., & Bauman, A. (2016). Gender, mental health, physical health and retirement: A prospective study of 21,608 Australians aged 55-69 years. *Maturitas*, 87, 40-48. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.02.011

Cabrera-Marrero, F. (2014). Transición demográfica, transición epidemiológica: ¿Hacia dónde transita el Caribe?

CEPAL, N. U. (2006). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez, from <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3539-manual-indicadores-calidad-vida-la-vejez>

CEPAL, N. U. (2009). El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe, from <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/1350>

CELADE. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile; 2009. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1350-envejecimiento-personas-edad-indicadores-sociodemograficos-america-latina-caribe>

CEPALSTAT, N. U. (2022). Principales Cifras de América Latina y el Caribe. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas, from <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html?lang=es>

Chan, L., Beaver, S., Maclehose, R. F., Jha, A., Maciejewski, M., & Doctor, J. N. (2002). Disability and health care costs in the Medicare population. *Arch Phys Med Rehabil*, 83(9), 1196-1201. doi: 10.1053/apmr.2002.34811

Chen, D., Petrie, D., Tang, K., & Wu, D. (2018). Retirement saving and mental health in China. *Health Promot Int*, 33(5), 801-811. doi: 10.1093/heapro/dax029

Cubillos, J., Matamoros, M., & Perea, S. (2020). Boletines Poblacionales 1: Personas Adultas Mayores de 60 años. Oficina de Promoción Social. Ministerio de Salud y Protección Social I-2020, from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/280920-boletines-poblacionales-adulto-mayo-ri-2020.pdf>

Dávila-Cervantes, C., & Agudelo-Botero, M. (2018). Changes in life expectancy due to avoidable and non-avoidable deaths in Argentina, Chile, Colombia and Mexico, 2000-2011. *Cad Saude Publica*, 34(6), e00093417. doi: 10.1590/0102-311x00093417

Di Matteo, L. (2005). The macro determinants of health expenditure in the United States and Canada: assessing the impact of income, age distribution and time. *Health policy*, 71(1), 23-42.

Duran Cristiano, S. C., & Gómez-Molina, A. (2020). Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). SABE Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Bogotá DC: MinSalud; 2015.

Eibich, P. (2015). Understanding the effect of retirement on health: Mechanisms and heterogeneity. *J Health Econ*, 43, 1-12. doi: 10.1016/j.jhealeco.2015.05.001

Fleischmann, M., Xue, B., & Head, J. (2020). Mental Health Before and After Retirement-Assessing the Relevance of Psychosocial Working Conditions: The Whitehall II Prospective Study of British Civil Servants. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 75(2), 403-413. doi: 10.1093/geronb/gbz042

Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J. L., Stern, C., Lozano, R., Sepúlveda, J., & José, M. (1991). [The epidemiologic transition in Latin America]. *Bol Oficina Sanit Panam*, 111(6), 485-496.

Hendrie, H. C., Lindgren, D., Hay, D. P., Lane, K. A., Gao, S., Purnell, C., . . . Callahan, C. M. (2013). Comorbidity profile and healthcare utilization in elderly patients with serious mental illnesses. *Am J Geriatr Psychiatry*, 21(12), 1267-1276. doi: 10.1016/j.jagp.2013.01.056

Henríquez, G., & de Vries, E. (2017). El efecto del envejecimiento para la carga de cáncer en Colombia: proyecciones para las primeras cinco localizaciones por departamento y sexo en Colombia, 2020 y 2050. *Revista Colombiana de Cancerología*, 21(2), 104-112.

Huguett, C., & Bernal, O. (2014). Calidad de los Registros Individuales de Prestación de Servicios como fuente de información para el Sistema de Vigilancia en

Salud Pública en Colombia. (Magister en Salud Pública), Universidad de Los Andes, Bogotá. Retrieved from <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/12516/u686097.pdf?sequence=1>

Laaksonen, M., Metsä-Simola, N., Martikainen, P., Pietiläinen, O., Rahkonen, O., Gould, R., . . . Lahelma, E. (2012). Trajectories of mental health before and after old-age and disability retirement: a register-based study on purchases of psychotropic drugs. *Scand J Work Environ Health*, 38(5), 409-417. doi: 10.5271/sjweh.3290

Laidlaw, K., & Pachana, N. (2011). Aging with Grace. [Article]. *Monitor on Psychology*.

Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kaku-ma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., . . . Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med*, 71(3), 517-528. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.027

Melguizo-Herrera, E., & Castillo-Ávila, I. Y. (2012). Factores asociados al uso de servicios de atención primaria por adultos mayores de Cartagena, Colombia. *Revista de salud pública*, 14(5), 765-775.

Morales, A., Rosas, G. M., Yarce, E., Paredes, Y. V., Rosero, M., & Hidalgo, A. (2016). Condiciones médicas prevalentes

en adultos mayores de 60 años. *Acta médica colombiana*, 41(1), 21-28.

Mrsnik, M., Beers, D. T., & Morozov, I. (2010). Global aging 2010: an irreversible truth: Standard and Poor's.

Murray, C. J., Salomon, J. A., Mathers, C. D., Lopez, A. D., & Organization, W. H. (2002). Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications: World Health Organization.

O'Neill, C., Groom, L., Avery, A. J., Boot, D., & Thornhill, K. (2000). Age and proximity to death as predictors of GP care costs: results from a study of nursing home patients. *Health Econ*, 9(8), 733-738. doi: 0.1002/1099-1050(200012)9:8<733::aid-hec564>3.0.co;2-u

Organización Mundial de la Salud. (2021). Envejecimiento y salud, from <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>

Peña-Montoya, M. E., Garzon-Duque, M., Cardona-Arango, D., & Segura-Cardona, A. (2016). Acceso a los servicios de salud de los adultos mayores. Antioquia-Colombia: Access to health services for older adults. Antioquia-Colombia. *Universidad y Salud*, 18(2), 219-231.

Peterson, K., Helfand, M., Humphrey, L., Christensen, V., & Carson, S. (2013). Evidence Brief: Effectiveness of Intensi-

ve Primary Care Programs.VA Evidence Synthesis Program Evidence Briefs [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK384618/>

Polder, J. J., Barendregt, J. J., & van Oers, H. (2006). Health care costs in the last year of life--the Dutch experience. *Soc Sci Med*, 63(7), 1720-1731. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.04.018

Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L. M., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549-562. doi: 10.1016/s0140-6736(14)61347-7

Roberts, T., Miguel Esponda, G., Krupchanka, D., Shidhaye, R., Patel, V., & Rathod, S. (2018). Factors associated with health service utilisation for common mental disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 262. doi: 10.1186/s12888-018-1837-1

Roth, G. A., Mensah, G. A., Johnson, C. O., Addolorato, G., Ammirati, E., Baddour, L. M., . . . Group, G.-N.-J. G. B. o. C. D. W. (2020). Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol*, 76(25), 2982-3021. doi: 10.1016/j.jacc.2020.11.010

Shai, O. (2018). Is retirement good for men's health? Evidence using a change in the retirement age in Israel. *J Health Econ*, 57, 15-30. doi: 10.1016/j.jhealeco.2017.10.008

Smith, S., Newhouse, J. P., & Freeland, M. S. (2009). Income, insurance, and technology: why does health spending outpace economic growth? *Health Aff (Millwood)*, 28(5), 1276-1284. doi: 10.1377/hlthaff.28.5.1276

Thomson, S., Foubister, T., Figueras, J., Kutzin, J., Permanand, G., & Bryndová, L. (2009). Addressing financial sustainability in health systems. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 42.

Valencia-Cuéllar, A., Marulanda-Sánchez, J., Andrade-Pantoja, L., Arango, L., & Calvache, J. A. (2020). Características de pacientes adultos con cáncer y su atención en el Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 24(2), 80-87.

Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178. doi: 10.1016/s2215-0366(15)00505-2

Villarreal-Ríos, E., Mathew-Quiroz, A., Garza-Elizondo, M. E., Núñez-Rocha, G., Salinas-Martínez, A. M., & Gallegos-Han-

dal, M. (2002). [Cost of care of arterial hypertension and its impact on the budget assigned to health in Mexico]. *Salud Publica Mex*, 44(1), 7-13.

World Health Organization. (2017). Mental health of older adults, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

World Health Organization, & World Bank. (2011). World report on disability World Health Organization (Ed.) Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>

Yepes Luján, F. J. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9, 118-123.

Zhang, Y., Salm, M., & van Soest, A. (2018). The effect of retirement on healthcare utilization: Evidence from China. *J Health Econ*, 62, 165-177. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.09.009>

Zweifel, P. (2000). The Division of Labor Between Private and Social Insurance. In G. Dionne (Ed.), *Handbook of Insurance* (pp. 933-966). Dordrecht: Springer Netherlands.

Zweifel, P., Felder, S., & Meiers, M. (1999). Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Econ*, 8(6), 485-496. doi: 10.1002/(sici)1099-

1050(199909)8:6<485: aid-hec461>3.0.co;2-4

Zweifel, P., Felder, S., & Werblow, A. (2004). Population ageing and health care expenditure: new evidence on the “red herring”. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 29(4), 652-666.

Beridze, G., Triolo, F., Grande, G., Fratiglioni, L., & Calderón-Larrañaga, A. (2022). COVID-19 collateral damage-psychological burden and behavioural changes among older adults during the first outbreak in Stockholm, Sweden: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(1), e058422. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058422>

Carlos, A. F., Poloni, T. E., Caridi, M., Pozzolini, M., Vaccaro, R., Rolandi, E., Cirrincione, A., Pettinato, L., Vitali, S. F., Tronconi, L., Ceroni, M., & Guaita, A. (2022). Life during COVID-19 lockdown in Italy: the influence of cognitive state on psychosocial, behavioral and lifestyle profiles of older adults. *Aging Ment Health*, 26(3), 534-543. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1870210>

Colucci, E., Nadeau, S., Higgins, J., Kehayia, E., Poldma, T., Saj, A., & de Guise, E. (2022). COVID-19 lockdowns' effects on the quality of life, perceived health and well-being of healthy elderly individuals: A

longitudinal comparison of pre-lockdown and lockdown states of well-being. *Arch Gerontol Geriatr*, 99, 104606. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104606>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2020). Soleidad en Colombia. Bogotá: DANE

Gutiérrez Cortes, W. A., & Perdomo Morales, P. A. (2021). COVID-19 mortality in older people in Colombia. *J Am Geriatr Soc*, 69(9), 2430-2432. <https://doi.org/10.1111/jgs.17134>

Özpinar, S., Bayçelebi, S., Demir, Y., & Yazıcıoğlu, B. (2022). How did the COVID-19 pandemic affect older adults? Investigation in terms of disability, state-trait anxiety and life satisfaction: Samsun, Turkey example. *Psychogeriatrics*, 22(2), 202-209. <https://doi.org/10.1111/psyg.12801>

Rodrigues, N. G., Han, C. Q. Y., Su, Y., Klainin-Yobas, P., & Wu, X. V. (2022). Psychological impacts and online interventions of social isolation amongst older adults during COVID-19 pandemic: A scoping review. *J Adv Nurs*, 78(3), 609-644. <https://doi.org/10.1111/jan.15063>

Strutt, P. A., Johnco, C. J., Chen, J., Muir, C., Maurice, O., Dawes, P., Siette, J., Botelho Dias, C., Hillebrandt, H., & Wuthrich, V. M. (2022). Stress and Coping in Older Australians During COVID-19: Health, Service Utilization, Grandparenting, and Technolo-

gy Use. *Clin Gerontol*, 45(1), 106-119. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1884158>

Webb, L. M., & Chen, C. Y. (2022). The COVID-19 pandemic's impact on older adults' mental health: Contributing factors, coping strategies, and opportunities for improvement. *Int J Geriatr Psychiatry*, 37(1). <https://doi.org/10.1002/gps.5647>

Wister, A., Li, L., Cosco, T. D., McMillan, J., & Griffith, L. E. (2022). Multimorbidity resilience and COVID-19 pandemic self-reported impact and worry among older adults: a study based on the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *BMC Geriatr*, 22(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02769-2>

Wu, C., Liu, Y. X., Liu, T. J., Yan, X. L., Zhao, Y. X., Zeng, H., Zhou, T., Rao, P., Sun, L. Y., Jiao, Y., & Xi, J. N. (2022). Investigation and influencing factors about well-being level of elderly chronic patients during COVID-19 postpandemic period in Beijing. *Medicine (Baltimore)*, 101(9), e28976. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000028976>

Zaninotto, P., Iob, E., Demakakos, P., & Steptoe, A. (2022). Immediate and Longer-Term Changes in the Mental Health and Well-being of Older Adults in England During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 79(2), 151-159. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3749>

2.8. Lista de figuras



- Figura 1.** Proporción de población de adultos de 60 o más años por país para 2015
- Figura 2.** Producto Interno Bruto (PIB) total anual* de los países de América Latina para 2015
- Figura 3.** Porcentaje del PIB gasta en inversión social por país en 2015
- Figura 4** Cambios en el aseguramiento de la población mayor de 55 años en el periodo de 2015 a 2020
- Figura 5.** Cambios en las razones reportadas como causas de la falta de afiliación al SGSSS en población mayor de 55 años de 2015 a 2020
- Figura 6.** Acceso a servicios preventivos (médicos u odontológicos) al menos una vez al año en población mayor de 55 años por área de residencia de 2015 a 2020
- Figura 7.** Acceso a servicios financiados por el SGSSS en individuos mayores de 55 años que requirieron servicios ambulatorios de 2015 a 2020 según área de residencia
- Figura 8.** Acceso a servicios financiados por el SGSSS en individuos mayores de 55 años que requirieron servicios hospitalarios de 2015 a 2020 según área de residencia
- Figura 9.** Número de servicios por individuo según grupo de edad y régimen de afiliación en 2019
- Figura 10.** Número de servicios por adulto mayor según sexo y régimen de afiliación de 2015 a 2019
- Figura 11.** Diagnósticos más frecuentes asociados a la prestación de servicios de salud en adultos mayores
- Figura 12.** Prevalencia de síntomas de depresión según región geográfica

- Figura 13.** Prevalencia de síntomas de depresión según estrato socioeconómico
- Figura 14.** Prevalencia de síntomas de enfermedad mental y máximo nivel educativo
- Figura 15.** Prevalencia de síntomas de enfermedad mental y participación en programas de actividad física
- Figura 16.** Principales actividades asociadas a discapacidad severa en mayores de 55 años en Colombia
- Figura 17.** Distribución de la discapacidad severa en mayores de 55 años por región geográfica de residencia
- Figura 18.** Discapacidad severa para múltiples actividades en mayores de 55 años
- Figura 19.** Principales causas de muerte registradas en los certificados de defunción de 2015 a 2019 según régimen de afiliación
- Figura 20.** Distribución del gasto por individuo en el régimen contributivo según la región donde se originó el servicio
- Figura 21.** Costo total de los servicios prestados en el régimen contributivo por ámbito
- Figura 22.** Distribución del gasto total por enfermedad en el régimen contributivo
- Figura 24.** Gasto privado en salud por hogar durante el último mes en hogares conformados por al menos un adulto mayor por mes según región geográfica
- Figura 25.** Proporción de hogares conformados por al menos un adulto mayor con gastos catastróficos por salud durante el último mes según región geográfica

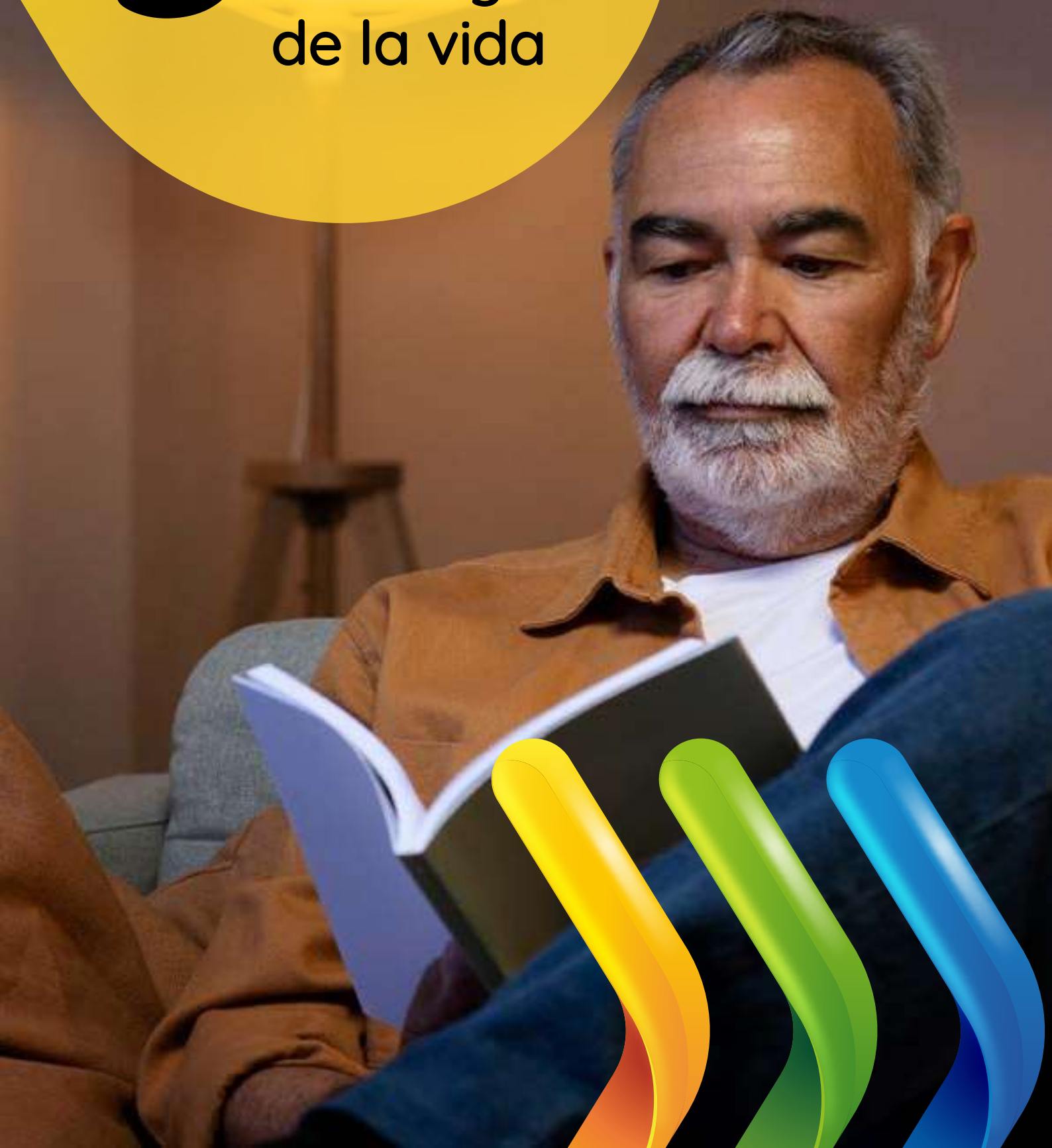
2.9. Lista de tablas



- Tabla 1.** Índice de envejecimiento por país y etapa de envejecimiento en que se clasifica
- Tabla 2.** Tasa de mortalidad anual ajustada a la edad y años de vida perdidos asociados a las principales categorías de enfermedad en Colombia
- Tabla 3.** Características basales y nivel de utilización de servicios de salud
- Tabla 4.** Diferencias en la intensidad de consumo de servicios entre individuos con jubilación laboral e individuos que permanecen como trabajadores activos
- Tabla 5.** Diferencias en los costos de atención entre individuos con jubilación laboral e individuos que permanecen como trabajadores activos
- Tabla 6.** Diferencias en la carga de morbilidad, presencia de enfermedades crónicas y nivel de utilización de servicios en salud entre los individuos con jubilación laboral e individuos que permanecen como trabajadores activos

3

Capítulo: Educación a lo largo de la vida



3

Capítulo:
Educación
a lo largo
de la vida

Autores >>>

- > Víctor Saavedra
- > Lina María Aristizábal
- > Jerónima Sandino
- > Juan Camilo Celemín
- > Laura Córdoba
- > Paula Bueno
- > Camila Andrea Castellanos Roncancio

ISBN (ONLINE)
978-958-53617-5-1



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial CompartirIgual 3.0 Unported.

Publicación de la Fundación Saldarriaga Concha. Todas las publicaciones FSC están disponibles en el sitio web www.saldarriagaconcha.org

El contenido y las posiciones de la presente publicación son responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen a la Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE.

Cítese como:

Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE. (2023). Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva. Bogotá, D.C. Colombia. 597 páginas

Contenido

3.1. Introducción.....	186
3.2. Marco teórico.....	190
3.2.1. Cognición, educación y edad	190
3.2.2. Consideraciones pedagógicas y mejores prácticas en calidad educativa.....	193
3.2.2.1. Satisfacción emocional para el proceso de aprendizaje.....	193
3.2.2.2. Ofrecer variedad de cursos que prioricen temáticas de interés.....	193
3.2.2.3. Ampliar la oferta de formación para el trabajo.....	194
3.2.2.4. Considerar capacitación inicial, los conocimientos y experiencias previas, así como las diferencias en los ritmos de aprendizaje para el desarrollo de la oferta	195
3.2.2.5. Anticiparse a las necesidades educativas futuras de la población mayor	195
3.2.2.6. Generar métricas diferenciadas para la evaluación de personas mayores	196
3.2.2.7. Fomentar el autoaprendizaje que permita conectar los conocimientos previamente adquiridos con los nuevos conocimientos	196
3.2.2.8. Fomentar el aprendizaje intergeneracional	196
3.2.2.9. La importancia creciente del internet y otros servicios digitales en la educación de las personas mayores es un área que define retos específicos en la población mayor.....	197
3.2.2.10. Implementación de “cursos cero” para personas mayores.....	197
3.3. Hallazgos	198
3.3.1. Cobertura.....	198
3.3.1.1. Nivel de escolaridad por grupos etarios	199
3.3.1.2. Tasas de asistencia a educación formal por grupos etarios	201

3.3.1.3.	Nivel de escolaridad por territorio	203
3.3.1.4.	Nivel de escolaridad urbano-rural	206
3.3.1.5.	Nivel de escolaridad por género	208
3.3.1.6.	Brechas de persona mayor con discapacidad y sin discapacidad en educación.....	210
3.3.1.7.	Tasas de analfabetismo.....	213
3.3.1.8.	Logro educativo por sectores poblacionales: LGBT, campesinidad y etnia.....	217
3.3.2.	Calidad	219
3.3.2.1.	Educación para el bienestar	220
3.3.2.2.	Habilidades digitales	224
3.3.3.	Pertinencia	231
3.3.3.1.	Educación y bienestar material y productivo...231	
3.3.3.2.	La automatización como oportunidad de reconversión.....	236
3.3.3.3.	Oportunidades en áreas del cuidado y educación.....	240
3.4.	Conclusiones.....	243
3.5.	Recomendaciones.....	245
3.6.	Referencias.....	249
3.7.	Siglas.....	256
3.8.	Lista de figuras.....	257
3.9.	Lista de tablas.....	259



3.1. Introducción



El acelerado proceso de envejecimiento en Colombia y en el mundo ha obligado a reflexionar sobre las acciones que inciden en el bienestar de las personas mayores y su participación en la sociedad. En el caso del sistema educativo colombiano, tanto en la educación formal como en la educación no formal, se carece de programas específicos suficientes para personas mayores que busquen au-

mentar la productividad laboral, la salud física y mental, la conservación cognitiva, y la participación democrática. Se requiere por lo tanto del diseño de programas, que hagan parte de una política nacional coherente, y que incluyan a los sectores de educación, trabajo (SENA y Cajas de Compensación Familiar) y salud.

Una motivación para recomendar la formulación de esta política nacional es la relación entre educación, deterioro cognitivo y bienestar. Por ejemplo, según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), las pérdidas cognitivas por

el envejecimiento están asociadas a una baja estimulación cerebral por el continuo desarrollo de tareas monótonas que requieren menos conexiones neuronales (Sibai & Hachem, 2021). También, se conoce que la limitada formación educativa en etapas iniciales (educación básica y terciaria) reduce el potencial cognitivo, acelerando el proceso degenerativo natural del cerebro (Desjardin & Warnke, 2012). No sólo esto, los entornos de aprendizaje previenen fenómenos de soledad y aislamiento y los contenidos prácticos impartidos tienen aplicaciones reales con beneficios individuales y colectivos como, por ejemplo, la mayor participación democrática informada. Finalmente, la falta de ejercicio y un estado (general) de salud pobre reduce las capacidades cognitivas un 43% más rápido en promedio (Geda et al., 2012). De hecho, mediante la educación para la salud (Gerontología de la salud) se fomenta la autonomía, el desarrollo de habilidades funcionales y la interacción social necesarias para un envejecimiento exitoso (Watkins & Xie, 2018). Considerando lo anterior, como se desarrolla a lo largo de este capítulo, el foco de la política educativa recomendada debe ser la preservación de la capacidad cognitiva de las personas durante el proceso del envejecimiento, por el efecto en el bienestar individual y colectivo de este fenómeno, mediante la consolidación del

aprendizaje a lo largo de toda la vida.

Las mejoras en la cobertura y calidad de los sistemas educativos y de salud han permitido que las personas mayores gocen de una mejor salud física y mental, así como mejor calidad de vida, lo que les ha facilitado la participación más profunda en los asuntos económicos, cívicos, culturales y sociales en las últimas décadas (ONU, 2018). Esto ha llevado a cuestionar y replantear el rol que esta población adquiere en las sociedades modernas al entender que no “hay una tendencia natural de retirarse de la vida productiva y familiar para contemplar los logros materializados en soledad” (Hooyman & Kiyak, 2008), pues por el contrario “las personas mayores son miembros de la comunidad activos y conscientes de las estructuras sociales locales y globales” (ONU, 2018). Atendiendo a los cambios demográficos observados, diferentes gobiernos han buscado priorizar políticas públicas de “envejecimiento activo”, enfocadas en garantizar la salud y la seguridad de esta población, siguiendo los lineamientos definidos en el Marco de Políticas de Envejecimiento Activo (OMS, 2002).

Según la UNESCO, la idea de aprender durante toda la vida no es un concepto reciente. De hecho, ha estado presente en el concepto de la educación y ha formado parte de los sistemas y políticas de educación durante décadas (UNESCO,

2017). En la segunda mitad del siglo XX, tras la Segunda Guerra Mundial, gracias al impulso que había cobrado la educación de personas adultas y la educación permanente, y guiados por la necesidad de reconstruir Europa, los Estados y la sociedad civil trabajaron activamente para encontrar maneras de promover sociedades más justas, democráticas y humanas, consolidando el Aprendizaje a lo Largo de Toda la Vida (ALTV) como un principio rector de la labor educativa. Desde entonces, las políticas educativas en gran parte del mundo se han basado en determinantes económicos, como la promoción del empleo, el fomento de la competitividad, la innovación y el crecimiento económico.

Esto ha dado lugar a que un gran número de políticas de educación alrededor del mundo hayan adoptado la capacitación y formación profesional como una solución a los problemas de desempleo, y hayan dado prioridad a los cursos y competencias profesionalizantes en la educación obligatoria y en la educación de adultos, enfocando los planes de estudio a las disciplinas de las que se esperan mayores oportunidades de conseguir un empleo. Adicionalmente, una característica distintiva del aprendizaje a lo largo de toda la vida es que reconoce el aprendizaje como connatural a la existencia humana, como un proceso que va más allá

de los sistemas educativos, en el que se pone a la persona que aprende, sus necesidades y aspiraciones en el centro, y en el que se prioriza que los individuos asuman la responsabilidad de su propio aprendizaje a lo largo de sus vidas desde cuatro principales propósitos: i) promoción del desarrollo económico y el empleo; ii) inclusión social, cohesión y participación democrática; iii) crecimiento personal y realización personal; y iv) desarrollo y enriquecimiento cultural (UNESCO, 2017).

En el año 2015 se planteó la necesidad de “una nueva visión de la educación” como requisito para cumplir con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 4 y puso el ALTV en el centro de esa nueva visión a través de la Declaración de Incheon:

“La visión se inspira en una concepción humanista de la educación y del desarrollo basada en los derechos humanos y la dignidad, la justicia social, la inclusión, la protección, la diversidad cultural, lingüística y étnica, y la responsabilidad y la rendición de cuentas compartidas. Reafirmamos que la educación es un bien público, un derecho humano fundamental y la base para garanti-

zar la realización de otros derechos. Es esencial para la paz, la tolerancia, la realización humana y el desarrollo sostenible. Reconocemos que la educación es clave para lograr el pleno empleo y la erradicación de la pobreza. Centraremos nuestros esfuerzos en el acceso, la equidad, la inclusión, la calidad y los resultados del aprendizaje, dentro de un enfoque del aprendizaje a lo largo de toda la vida”.

(UNESCO, 2015).

Lo anterior implica reconocer que hay aprendizaje dentro y fuera de las aulas y que toda edad es buena para aprender, como lo indica también la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que habla del “derecho a la educación” (art. 20) en igualdad de condiciones con otros sectores de la población y sin discriminación, e incentiva la participación del colectivo en los programas educativos existentes en todos los niveles, y a compartir sus conocimientos y experiencias con todas las generaciones. La Convención también señala que es necesario promover la educación y formación de la persona mayor en el uso de las Tecnologías de la Información y Co-

municación (TIC) para minimizar la brecha digital, generacional y geográfica e incrementar la integración social y comunitaria.

El aprendizaje a lo largo de la vida para las personas mayores promueve la posibilidad de seguir adelante, que no sientan que después de jubilarse ha llegado la finalización de la vida útil, sino que son capaces de continuar y dar un nuevo objetivo a la vida. El bienestar de las personas mayores no debe ser pensado solamente desde lo físico, sino también dentro de la conservación de la integración social para una mayor satisfacción con la vida y un menor deterioro cognitivo.

En este capítulo de la Misión Colombia Envejece – Una Investigación Viva, se continúa con el marco teórico (sección 2) el cual hace una revisión conceptual sobre la relación entre edad, cognición y educación, argumentando que el objetivo explícito de la nueva política debería ser la conservación de la inteligencia fluida y el aprovechamiento de la inteligencia cristalizada, y luego se listan las principales conclusiones de la revisión sobre las buenas prácticas pedagógicas y de gestión de programas.

La tercera sección revisa los principales resultados del análisis en tres subsecciones: 1) en cobertura, entendida como los niveles educativos máximos de la población, la tasa de asistencia a la educación formal, los niveles de analfabetismo y las brechas territoriales, urbano-rural, por gé-

nero y para la población con discapacidad; 2) las dimensiones de calidad que deben ser consideradas en el diseño de la política como la relación del aprendizaje con las dimensiones de desarrollo intelectual, salud (física y mental) y recreación, el acceso a internet y el desarrollo de habilidades digitales; y 3) en pertinencia, donde se considera dos mega-tendencias del mercado laboral, la automatización de ocupaciones y las necesidades de personal en cuidado y educación de la primera infancia y el cuidado a las personas mayores.

En la cuarta sección se analizan las implicaciones de los resultados en la formulación de la política pública. Finalmente, la quinta sección plantea una serie de recomendaciones para tomadores de decisiones del sector educación tanto desde el ámbito de lo público y lo privado, en donde la educación a lo largo de la vida con foco en el bienestar de las personas mayores sea una prioridad.

3.2. Marco teórico

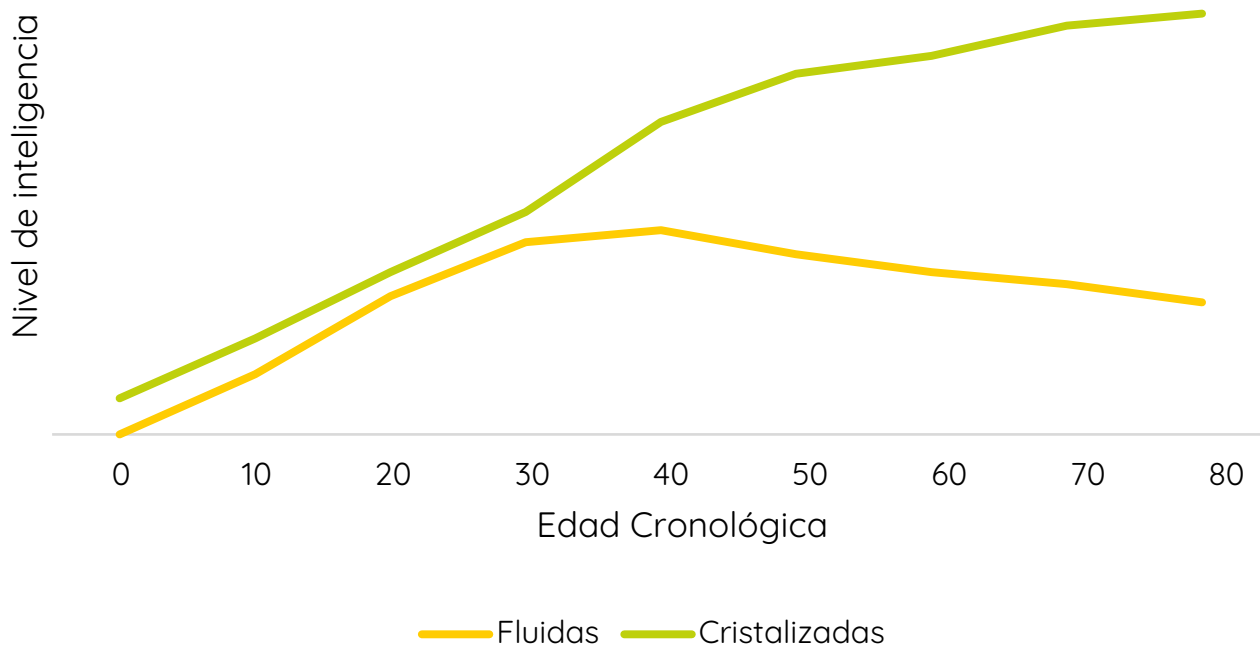


3.2.1. Cognición, educación y edad

La importancia que ha adquirido la educación en etapas avanzadas de la

vida es el resultado de un mejor entendimiento de la relación existente entre habilidades cognitivas y la edad, así como de la necesidad de una mayor inclusión social y participación de las personas mayores en diversos ámbitos para el desarrollo social, cultural y económico del país. Hace seis décadas, el psicólogo Raymond Cattell definió dos tipos de habilidades cognitivas ampliamente aceptadas en la actualidad: inteligencia cristalizada e inteligencia fluida (Perera, 2020). El primer tipo se refiere a la capacidad de utilizar destrezas y conocimientos previos para resolver problemas cotidianos. Por su parte, la inteligencia fluida alude a la capacidad de razonar de manera rápida, flexible e innovadora para resolver nuevos retos. Las habilidades cristalizadas se mantienen y no muestran deterioro a lo largo de la vida e incluso algunos autores argumentan que ésta aumenta con la edad (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2006), siendo éste un atributo especial de la población mayor. Por su parte, la inteligencia fluida toma una forma funcional de “U” invertida, alcanzando un pico aproximadamente entre los 30 y 40 años, momento en el cual comienza a decrecer a un ritmo constante, aunque algunos autores afirman una pérdida acelerada con la edad (Cacioppo, 2012).

Figura 1. Habilidades fluidas y cristalizadas a lo largo de la vida

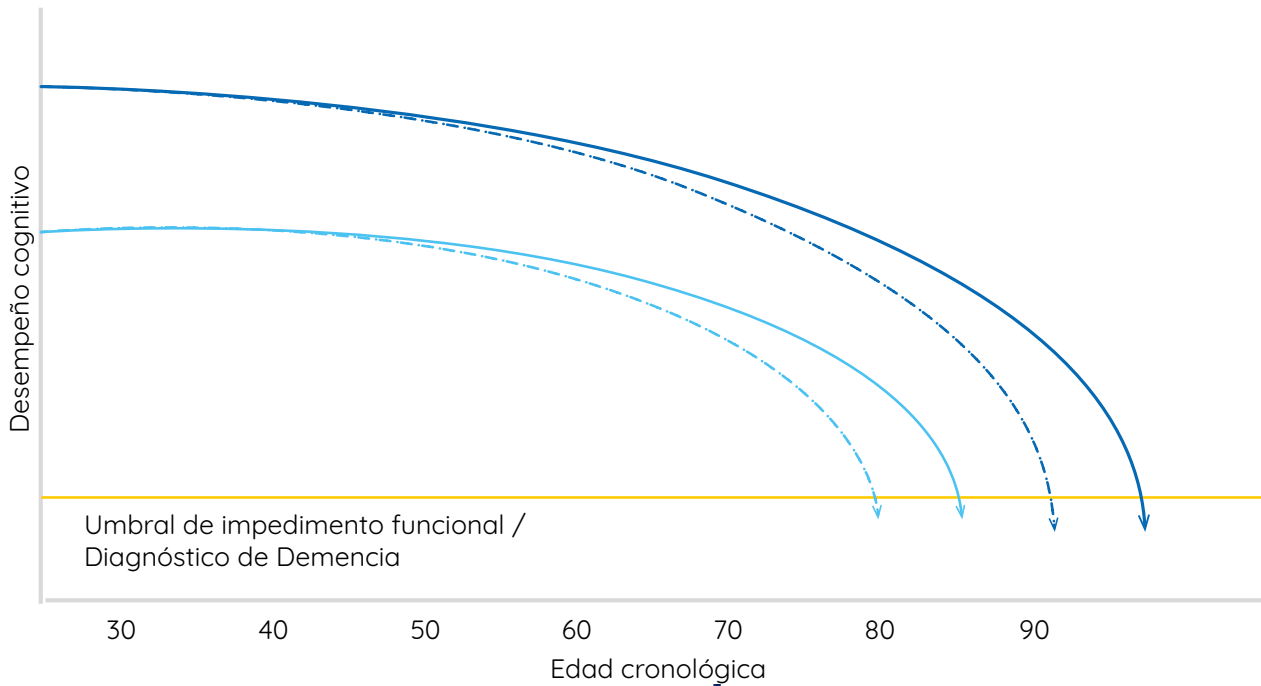


Fuente: Cacioppo, 2012.

A pesar de lo anterior, estudios recientes en el campo de la neurología y la gerontología educacional han demostrado que el aprendizaje en las personas mayores es posible y deseable, pues aumenta las habilidades cognitivas como la memoria de trabajo, la memoria episódica, el control cognitivo, así como la independencia funcional (Dunkin et al., 2020). A través de un meta-análisis realizado para 4.239 adultos en 10 estudios diferentes publicados entre 2015 y 2020, Noble et al. concluyen que la literatura sugiere una fuerte correlación entre educación

en edad avanzada y recuperación de habilidades cognitivas, devolviendo habilidades fluidas observadas en poblaciones hasta cinco años más jóvenes (para cualquier grupo etario de la tercera edad) (Noble et al., 2021). Algunos autores incluso afirman que las personas mayores que participan de programas de aprendizaje simultáneo de múltiples habilidades (en este caso español como segundo idioma, dibujo y composición musical) demuestran capacidades funcionales similares a la población de mediana edad, 30 años más joven (Kürüm, 2020).

Figura 2. Efecto de la educación en el desempeño cognitivo a través de la edad



Fuente: Lövdén, 2020.

La Figura 2 resume de manera gráfica los resultados que sugiere la literatura analizada. Tomando como referencia el umbral cognitivo en el cual se diagnostica demencia, se observa que los adultos que reciben educación a lo largo de la vida (líneas sólidas) presentan un deterioro menos acelerado de las habilidades cognitivas respecto a aquellos adultos que no continúan con los estudios en edad avanzada (líneas punteadas). Además de esto, es posible generar dos conclusiones

relevantes; 1. El aprendizaje a lo largo de la vida desacelera la pérdida de habilidades cognitivas, independiente de las habilidades iniciales que posee el adulto; y 2. Las habilidades cognitivas iniciales (desarrolladas en etapas tempranas de la vida) tienen un efecto diferencial sobre la edad en la que se llega al umbral de impedimento funcional. Un menor deterioro cognitivo resultaría en una mejora de bienestar para la población, tanto por una capacidad de generar recursos eco-

nómicos, como por mayores niveles de satisfacción con la vida.

3.2.2. Consideraciones pedagógicas y mejores prácticas en calidad educativa

Los programas enfocados en la población mayor deben considerar las mejores prácticas a nivel internacional tanto en la gestión de los programas y su diseño, como en consideraciones pedagógicas propias para esta población. Los estudios revelan que, en la experiencia de aprendizaje, se resalta la adquisición de nuevas perspectivas, el proceso reflexivo, el disfrute del aprendizaje, el apoyo en la formación de relaciones, el sentido de comunidad y la conciencia existencial (Schoultz et al., 2022). A continuación, se listan diez recomendaciones de la revisión de las mejores prácticas para los programas:

3.2.2.1. Satisfacción emocional para el proceso de aprendizaje

La satisfacción emocional es importante para el aprendizaje (Park et al., 2016). Áberg resalta los aspectos sociales del aprendizaje, como el trabajo en grupo, que permite mantener activa la interacción con otras personas (Áberg, 2016). Sentimientos como el interés y el disfrute también han sido subrayados como cruciales (McWilliams & Barrett, 2018). No

obstante, la mayoría de los estudios coinciden en que estos factores deben considerarse, no como el objetivo orientador de los cursos en forma jerárquica, sino como partes vitales de la experiencia de aprendizaje, que deben ocurrir de forma diferenciada según las actividades de los cursos.

3.2.2.2. Ofrecer variedad de cursos que prioricen temáticas de interés

Contar con una gran oferta educativa con temáticas variadas permite que la persona mayor decida de manera autónoma y a partir de sus preferencias individuales el curso que mejor se ajuste a sus expectativas. La gerontología educativa ofrece argumentos a favor de la variedad en los cursos ofrecidos ya que brinda las oportunidades para desarrollar habilidades y/o conocimientos en áreas de interés deseadas que no pudieron ser adquiridas en etapas más tempranas de la vida, ofreciendo una recompensa psicológica favorable, aumentando la autoestima. Además, la amplia variedad de cursos y temáticas aumentan la probabilidad de educarse en múltiples áreas de manera simultánea, fomentando un bienestar integral. En cuanto a las temáticas educativas que mejor acogida tienen en las personas mayores son la cultura general y los cursos relacionados con competencias básicas en lectura, escritura,

cálculo y uso de las TIC. Respecto a las competencias desarrolladas, los estudiantes destacan la aplicación del saber a la práctica, el uso de TIC y el autoaprendizaje (Prado et al., 2013). Una de las mejores prácticas que sugiere la Organización de las Naciones Unidas es la activa participación de las personas mayores en la formulación de los cursos a ofrecer a través de talleres orientados al cliente. Estos talleres deben estar compuestos por un grupo heterogéneo de personas mayores con diferentes niveles educativos.

3.2.2.3. Ampliar la oferta de formación para el trabajo

En Europa, Asia, Norteamérica y Latinoamérica se ha observado un incremento general en las tasas de participación en programas de formación para el trabajo de la población mayor de 50 años. El incremento generalizado es una señal del deseo y la necesidad que tienen las generaciones de trabajadores mayores de mantenerse activos. Como estipula el Global Report on Adult Learning and Education, los adultos necesitan apoyo en la adquisición de nuevas habilidades, pero especialmente en cómo manejar las demandas físicas, mentales y emocionales del mercado laboral actual (UNESCO, 2019). El principal reto que supone el entrenamiento para el trabajo de personas mayores es la incompatibilidad de los

sistemas tradicionales de educación con las habilidades cognitivas que tiene esta población.

En cuanto a la educación de formación para el trabajo ofrecida por el Estado se encuentra que los cursos ofrecidos no están alineados con la demanda efectiva laboral: no se ha generado un verdadero compromiso para ofrecer capacitaciones o entrenamiento en los empleos que la economía requiere. Si bien este es un problema que acompleja a la totalidad de la población económicamente activa, tiene un mayor efecto en la población mayor (ONU, 2018). Un paso importante que se ha dado en este sentido es la creación de los Marcos Nacionales de Cualificaciones, que buscan alinear la oferta educativa con el mercado laboral.

Por su parte, la formación para el trabajo brindada desde las industrias y organizaciones empresariales y productivas han excluido de manera sistemática, a la población mayor, reservando los programas formativos a la población más joven. Dado que la población de personas mayores representa una proporción minoritaria de la fuerza de trabajo para cualquier industria (aunque ya se ha dicho que esta tendencia está cambiando) y que requieren de metodologías de enseñanza diferenciadas, las industrias no consideran rentable implementar capacitaciones que cumplan con las míni-

mas características requeridas en los entrenamientos. Además de lo anterior, la ausencia de habilidades digitales básicas es una gran limitante en la participación de las personas mayores en las capacitaciones que, ya han adoptado en su mayoría herramientas tecnológicas para su desarrollo (Beier, 2022). No obstante, la participación de las personas mayores en cursos de formación para el trabajo ha aumentado en el tiempo y se han adoptado estrategias como la mayor duración de las capacitaciones, material impreso, entre otras con el fin de apoyar a esta población.

3.2.2.4. Considerar capacitación inicial, los conocimientos y experiencias previas, así como las diferencias en los ritmos de aprendizaje para el desarrollo de la oferta

Independientemente del ente o institución a la cual se le delega la responsabilidad de generar programas de formación para el trabajo para personas mayores, la educación de calidad debe tener en cuenta las condiciones iniciales de la población a la que se dirige para asegurar la mejor metodología de aprendizaje. Es importante considerar la accesibilidad y los ajustes metodológicos, didácticos e incluso curriculares, a partir de las características de cada persona y las posibles barreras que limitan la participación y

aprendizaje. El entrenamiento por computadora (CBT por sus siglas en inglés) provee control sobre el ritmo de aprendizaje del estudiante, además de brindar anonimidad eliminando así presiones psicológicas sobre los resultados obtenidos. Por su parte, los entrenamientos en formato de clase magistral brindan una sensación de familiaridad, así como la posibilidad de interactuar con los compañeros, reforzando el conocimiento aprendido, así como el fortalecimiento de las relaciones interpersonales. Cada modelo propuesto presenta ventajas para la población mayor, aunque están condicionadas a la educación previa recibida, la resiliencia y la capacidad cognitiva de tipo fluida presente al momento de capacitarse.

3.2.2.5. Anticiparse a las necesidades educativas futuras de la población mayor

La apuesta debe ser identificar brechas actuales de conocimientos que posee la población en proceso de jubilación a través de metodologías como entrevistas desde una mirada holística de la educación que integre los desarrollos sociales, culturales y contextuales de las personas mayores. La temprana identificación de estas necesidades permite el desarrollo de un programa integral y consciente de las necesidades reales de la población beneficiaria (Beier, 2022).

3.2.2.6. Generar métricas diferenciadas para la evaluación de personas mayores

Si bien se esperan las mismas capacidades laborales de las personas mayores y los adultos jóvenes en el contexto productivo, se debe anticipar que las personas mayores necesitarán, en promedio, un mayor tiempo de formación y puesta en práctica (Beier, 2022).

3.2.2.7. Fomentar el autoaprendizaje que permita conectar los conocimientos previamente adquiridos con los nuevos conocimientos

Dado que las personas mayores requieren de tiempos diferentes para adquirir conocimiento y existe un alto costo en su formación, la auto capacitación es una alternativa costo-eficiente cuando las condiciones de la población a formar lo permiten.

3.2.2.8. Fomentar el aprendizaje intergeneracional

En contextos de aprendizaje colaborativo, particularmente en aquellos donde la experiencia es un recurso valioso, se debe buscar una alta heterogeneidad en la composición etaria de los grupos de estudio. Además de compartir conocimientos, el aprendizaje intergeneracional ayuda a romper los paradigmas que tiene la población más joven respecto al

aprendizaje en edad avanzada, fomentando las prácticas de educación a lo largo de la vida.

A propósito de esta última recomendación, la ONU menciona que el aprendizaje intergeneracional debe ser aplicado en todos los contextos de educación para personas mayores, principalmente en la educación informal como el que se observa dentro de los hogares (ONU, 2018). Los grupos estudiantiles en las Instituciones Educativas Superiores (IES) son un claro ejemplo de cómo el aprendizaje intergeneracional tiene aplicaciones reales donde se busca generar un ambiente de aprendizaje colaborativo. Bajo este modelo las personas mayores sirven de apoyo a los estudiantes más jóvenes, impartiendo conocimiento adquirido gracias a las habilidades cristalizadas. En retorno, los jóvenes promueven el desarrollo de nuevas habilidades y competencias en las personas mayores, además de fortalecer las relaciones interpersonales que se traducen en bienestar mental. Esta aproximación metodológica ya se encuentra en práctica en el país. Por ejemplo, la universidad Escuela de Administración, Finanzas e Instituto Tecnológico (EAFIT) de Medellín ofrece cursos y clases donde las personas mayores apoyan a los nuevos estudiantes en su proceso formativo y los jóvenes los revitalizan en los espacios de socialización, participación y también

manejo de las herramientas TIC (discutido en detalle en la sección 3).

3.2.2.9. La importancia creciente del internet y otros servicios digitales en la educación de las personas mayores es un área que define retos específicos en la población mayor

En comparación con las generaciones más jóvenes, las personas de mayor edad han sido más lentas en la adopción y el uso de tecnologías de la información y la comunicación, lo que puede generar un rezago en asuntos importantes de la vida diaria como el contacto personal, los servicios y la información (Wessels, 2013). Es necesario contar con políticas de envejecimiento activo y aprendizaje a lo largo de la vida que aseguren la inclusión digital de las personas mayores. A pesar que las personas mayores experimentan un proceso de degeneración cognitiva con la edad, diversos autores argumentan que, siempre y cuando exista motivación para el aprendizaje de las habilidades digitales, es posible educar a las personas mayores en el manejo de las nuevas tecnologías con fines informativos, comunicativos e incluso productivos (Navarro et al., 2017). Al igual que otras habilidades intelectuales, las personas mayores pueden verse beneficiadas de modelos pedagógicos que integren metodologías tradicionales profesor-estudiante, revi-

sión de pares y aprendizaje autónomo. A propósito, investigadores de la Universidad de Hidalgo en México analizan diferentes metodologías de enseñanza de habilidades digitales y concluyen que los talleres de tipo mixto exhiben los mejores resultados en el corto y mediano plazo (Martínez-Alcalá et al., 2018). Finalmente, el aprendizaje autónomo se encuentra motivado por el “gusto de aprender”, por lo cual es necesario que las herramientas enseñadas tengan una aplicación real en su vida cotidiana y se aborden temáticas que resulten de interés para esta población.

3.2.2.10. Implementación de “cursos cero” para personas mayores

Una de las adaptaciones curriculares importantes para mejorar los cursos para mayores es la implementación de “cursos cero”. Estos son talleres voluntarios que se ofrecen de forma previa al comienzo de las clases para reforzar y afianzar conocimientos que son necesarios en el transcurso de la titulación. En este contexto, se hacen más necesarios, pues además permitirían proveer al alumno de herramientas informáticas y metodológicas que le permitan afrontar con éxito una titulación. La diversidad de los alumnos en términos de la edad, las expectativas y la heterogeneidad de la formación previa, junto con la intensificación del tra-

bajo autónomo y los distintos niveles de exigencia implican una mayor carga para el profesorado en la preparación de las guías docentes para el enriquecimiento de todos los participantes. Por último, la evaluación continua de los alumnos debe tener un carácter obligatorio, aunque se ofrezcan distintos modelos.

Los programas educativos que se identifican en Colombia, coinciden en su mayoría con las características que definen las buenas prácticas en otros cursos para mayores estudiados en otros de países referencia. Entre ellos se encuentran los principios de flexibilidad, participación social, enriquecimiento personal, evaluación constante, pero sin procesos cuantitativos, y la inclusión del grupo poblacional de mayor edad en un entorno universitario (Hincapié, 2016). Se espera que se implemente cada vez más este tipo de programas por extensión académica para dar mayor cobertura a los requerimientos educativos de las personas mayores.

3.3. Hallazgos



En las siguientes secciones se estudia: ¿cuál es el estado del nivel educativo alcanzado por las personas mayores en Colombia?, luego se describen los

elementos centrales de calidad en una política de educación para las personas mayores, y finalmente se analiza la pertinencia de la educación en relación con la automatización del mercado laboral y oportunidades de aumentar los adultos ocupados en áreas del cuidado y educación.

3.3.1. Cobertura

Los aumentos de cobertura (en las tasas brutas y netas en la educación básica y en la tasa de cobertura de educación superior) en los países son progresivos en el tiempo, se encuentran asociados al nivel de desarrollo del sistema, e incrementan los años de escolaridad promedio por cohorte a medida que aumenta la cobertura. Esto resulta en una brecha en los años promedio de escolaridad y los máximos niveles educativos de la población. Los aumentos en las coberturas desplazarán las habilidades cognitivas futuras de las personas mayores en las próximas décadas, lo que implica unas políticas de educación para personas mayores flexibles a las condiciones iniciales de la población. Estas mejoras en cobertura educativa han resultado en brechas entre la población de personas mayores y el resto de los adultos en Colombia.

En la presente sección se busca caracterizar a la población adulta mayor a través de variables educativas enfocadas

principalmente en la cobertura y el nivel de educación alcanzado para dicha población. A pesar de los bajos niveles de escolaridad de las personas mayores se observa una baja participación de esta población en los sistemas de educación formal y formación para el trabajo. Las brechas en educación y escolaridad no se evidencian simplemente al comparar las personas mayores y los demás grupos etarios, también se observan brechas significativas entre personas mayores por las características territoriales, etarias, culturales y discapacidad. De manera complementaria, esta sección analiza las condiciones y determinantes del analfabetismo en las personas mayores encontrando que las mismas dinámicas que explican las brechas en nivel de escolaridad se encuentran presentes en las tasas de analfabetismo de las personas mayores.

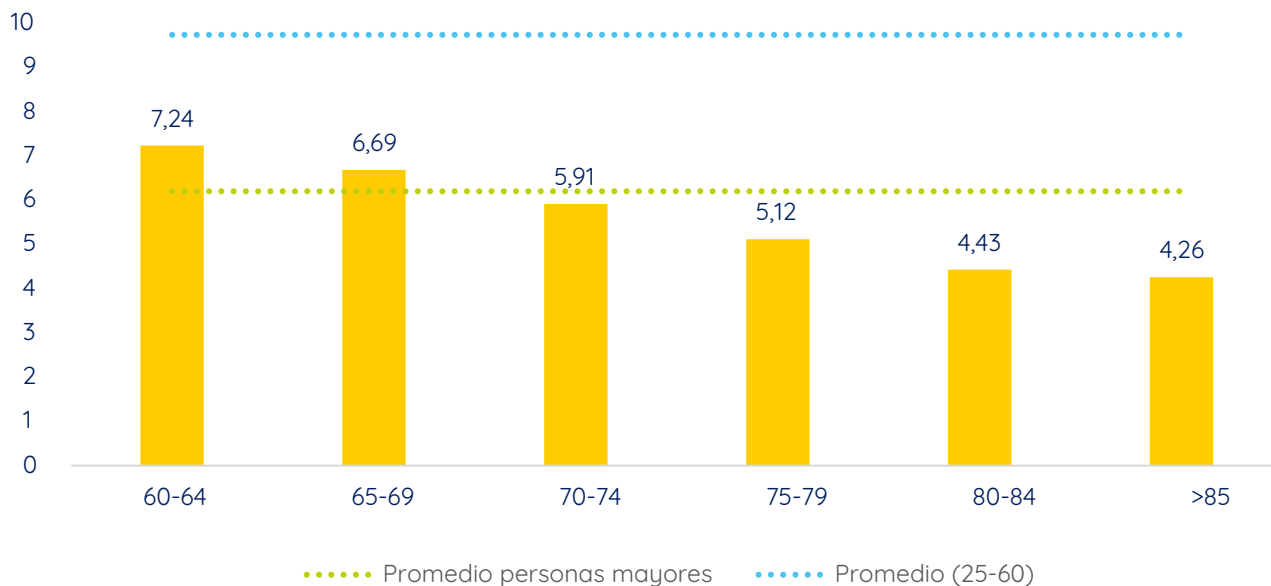
3.3.1.1. Nivel de escolaridad por grupos etarios

Colombia ha hecho importantes esfuerzos en materia de cobertura educativa, pasando de tasas brutas de participación en educación terciaria ⁷ de 4,24% en 1970 a cerca del 55% para 2019 (Banco Mundial, 2022). Gracias a esto, las poblaciones más jóvenes disfrutaron de un ma-

yor desarrollo de sus habilidades asociadas a la educación formal, y se presenta al mismo tiempo una brecha en los años promedio de escolaridad y los máximos niveles educativos entre las cohortes más jóvenes y las personas mayores del país. De hecho, según la Encuesta de Calidad de Vida, mientras que el promedio de años de educación en Colombia para la población mayor de 25 años y menor de 60 es de 9,74 años, la población adulta mayor alcanza en promedio tan sólo 6,2 años de educación (cifra ligeramente mayor a la duración de la educación primaria). También se encuentra una tendencia decreciente en el número de años de educación al interior de la población mayor, en donde el grupo de 60 a 64 años tiene una educación promedio de 7,23 años, reduciéndose hasta los 4,26 años de educación promedio para el grupo de 85 y más (DANE, 2020).

7. Tomado textualmente del Banco Mundial (2022): Corresponde al número total de estudiantes matriculados en educación superior, independientemente de su edad, expresado como porcentaje de la población total del grupo etario cinco años después de finalizar la enseñanza secundaria.

Figura 3. Años de escolaridad promedio por grupo etario

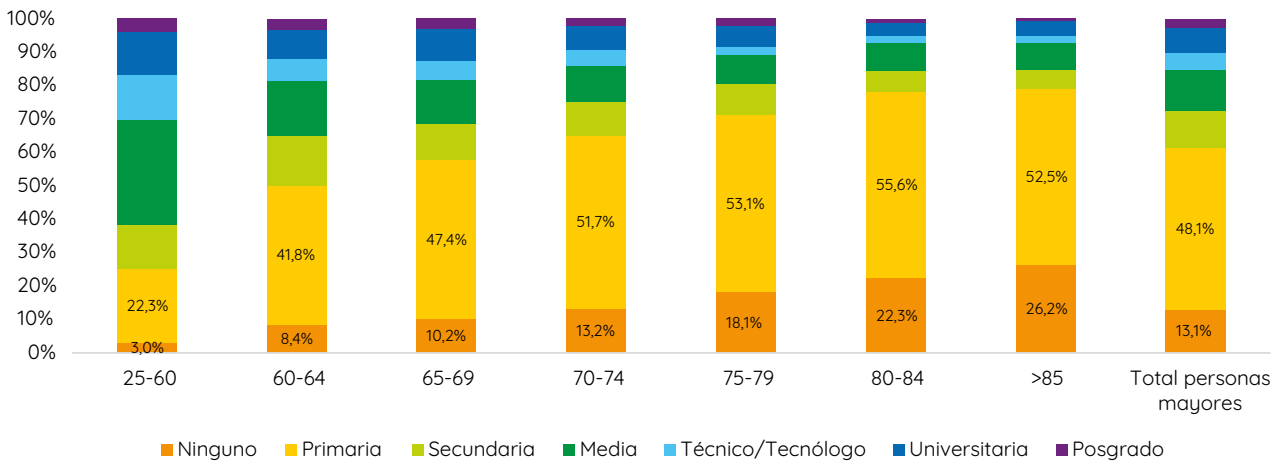


Fuente: Elaboración propia con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (DANE, 2020).

Asimismo, se observan tendencias similares en los niveles máximos de escolaridad alcanzados y las diferencias en las cohortes al interior de la población mayor. Por ejemplo, mientras el 8,4% de las personas entre los 60 y 64 años reportan no haber alcanzado ningún nivel de escolaridad, esta cifra llega al 26,2% para la población de más de 85 años. Asimismo, la proporción de personas

mayores que afirman haber completado el nivel de primaria para la población de 60 a 64 años es de 41,8%, cifra creciente en función de la edad que llega a 52,5% para la población de 85 años o más. Finalmente, mientras el 18,5% de personas mayores entre 60 y 64 años afirma tener estudios de educación superior sólo el 7,1% de las personas mayores a 85 años lo hacen (Figura 4).

Figura 4. Máximo nivel de escolaridad por grupo etario



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2020).

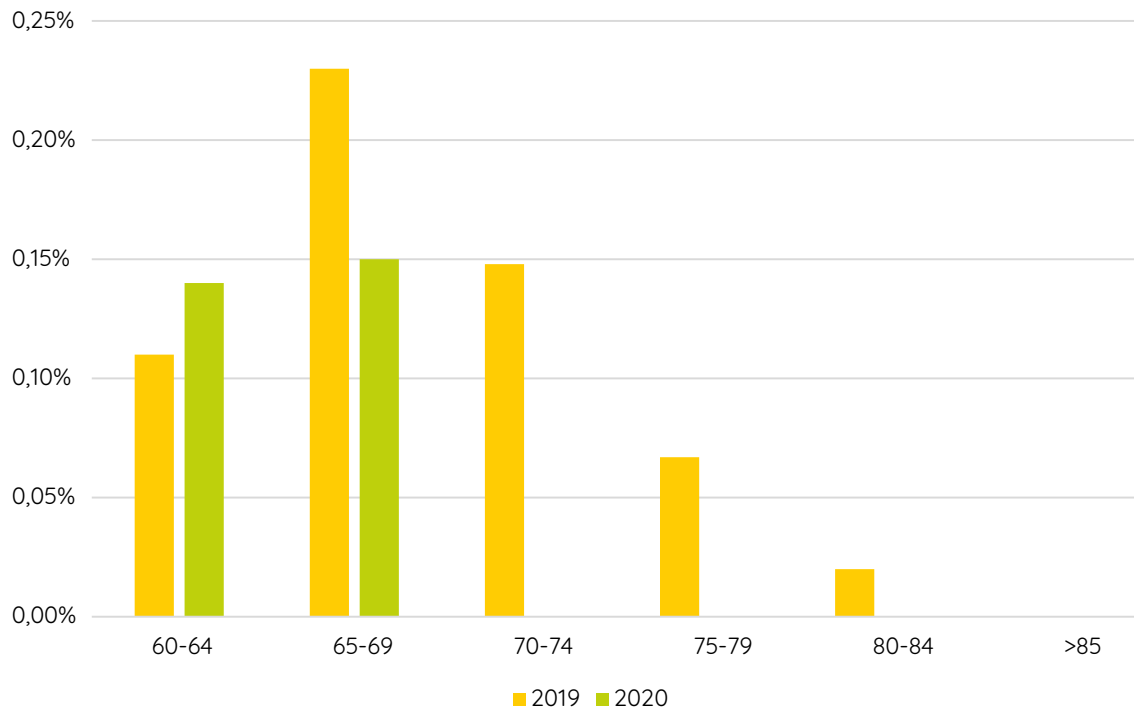
3.3.1.2. Tasas de asistencia a educación formal por grupos etarios

A la situación anterior, de brechas en los años de escolaridad promedio y los máximos niveles educativos alcanzados, es necesario anotar que el porcentaje de personas mayores que asiste a un programa de educación formal es mínimo, lo que indica que las brechas entre los grupos poblacionales, no se cerrarán. De hecho, según la Encuesta de Calidad de Vida 2020, se contaba con un total de sólo 8.687 estudiantes mayores de 60 años matriculados en cualquier nivel educativo (entre primaria y posgrado).

Adicionalmente, hubo una reducción importante durante el primer año de la pandemia, común a todos los matriculados en

educación superior. Durante el año previo al inicio de la pandemia por COVID-19, un total de 11.887 mil personas mayores de 60 años reportó cursar algún nivel de estudios formales, 36% más que lo observado en 2020. Aún más, al analizar el cambio en la composición estudiantil de las personas mayores se observa que, mientras las personas entre 70 y 74 años mostraban una mayor participación que el grupo etario de 60 a 64 años (aunque menor que el grupo de 65 a 69 años), durante el año 2020 ninguna persona mayor de 70 años reporta estar inscrita en cursos de educación formal. A pesar de lo anterior, resulta interesante que la tasa de participación del grupo etario más joven de las personas mayores (60 a 64 años) aumentó en un 23% durante el primer año de la pandemia por COVID-19.

Figura 5. Tasa de asistencia a educación formal



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2019), (DANE, 2020).

La **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva**, realizó una serie de grupos focales con personas mayores y población intergeneracional, en estos espacios de diálogo los participantes reconocieron algunas barreras que impiden a las personas mayores acceder a procesos de aprendizaje a lo largo de la vida tales como el desconocimiento de la oferta, la falta de recursos económicos y de tiempo, problemas de salud, carencias en habilidades digitales y estereotipos frente a la persona mayor.

La mayoría de los entrevistados desconocen qué tipo de espacios educativos existen para personas mayores, esto lo asocian a la falta de programas educativos en el territorio y/o al mal manejo de los canales de comunicación por parte de las entidades que los ofertan. Por otra parte, identifican como posibles instituciones que brindan educación para personas mayores al SENA, las Cajas de Compensación, centros comunales y las iglesias, aunque desconocen el tipo de oferta.

“Hay menos oferta educativa para las personas adultas mayores, porque asociamos la educación con ciertos momentos del ciclo vital, básicamente con la infancia y con la juventud (...) esa puede ser una de las razones. En casos cercanos veo que los y las adultas mayores sí se vinculan a procesos de formación, pero son procesos de formación no tan formales, por ejemplo, mi mamá asiste a unos talleres de costura semanalmente y no es que sean específicamente orientados a mujeres adultas mayores, pero por los horarios finalmente terminan yendo sólo mujeres mayores”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional, estrato 5 y 6, Bogotá).

Otra barrera identificada en los grupos focales es el bajo poder adquisitivo de una persona mayor dado que algunos espacios educativos son muy costosos para acceder, especialmente para las personas de bajos recursos y en el caso de la oferta educativa gratuita, las personas mayores en ocasiones no tienen los

ingresos suficientes para cubrir los gastos de transporte. Además, en los hallazgos cualitativos se encontró que las personas mayores no tienen el tiempo para asistir a las actividades educativas, ya sea porque cuidan a un menor o a una persona mayor o porque su cuidador no tiene el tiempo y/o los recursos económicos disponibles para llevarlos a los espacios educativos.

3.3.1.3. Nivel de escolaridad por territorio

La cobertura educativa de la población adulta mayor en Colombia se caracteriza por su elevado nivel de heterogeneidad territorial, en donde se evidencian brechas territoriales. Estas desigualdades guardan una estrecha relación con el desarrollo económico del territorio (Universidad del Rosario, 2022). En cuanto a los años promedio de educación formal de la población adulta mayor a nivel departamental, se encuentra que la ciudad de Bogotá presenta los mejores índices, con un promedio de 8,6 años de educación (Universidad del Rosario, 2022). San Andrés (7,8), Atlántico (7,5) y Valle del Cauca (6,8) son después de la capital las regiones con mayores años de educación promedio en personas mayores. Por su parte, Vichada es el departamento donde se observa el menor nivel de escolaridad promedio en personas mayores, con 2,9 años de educación seguido de la Guajira

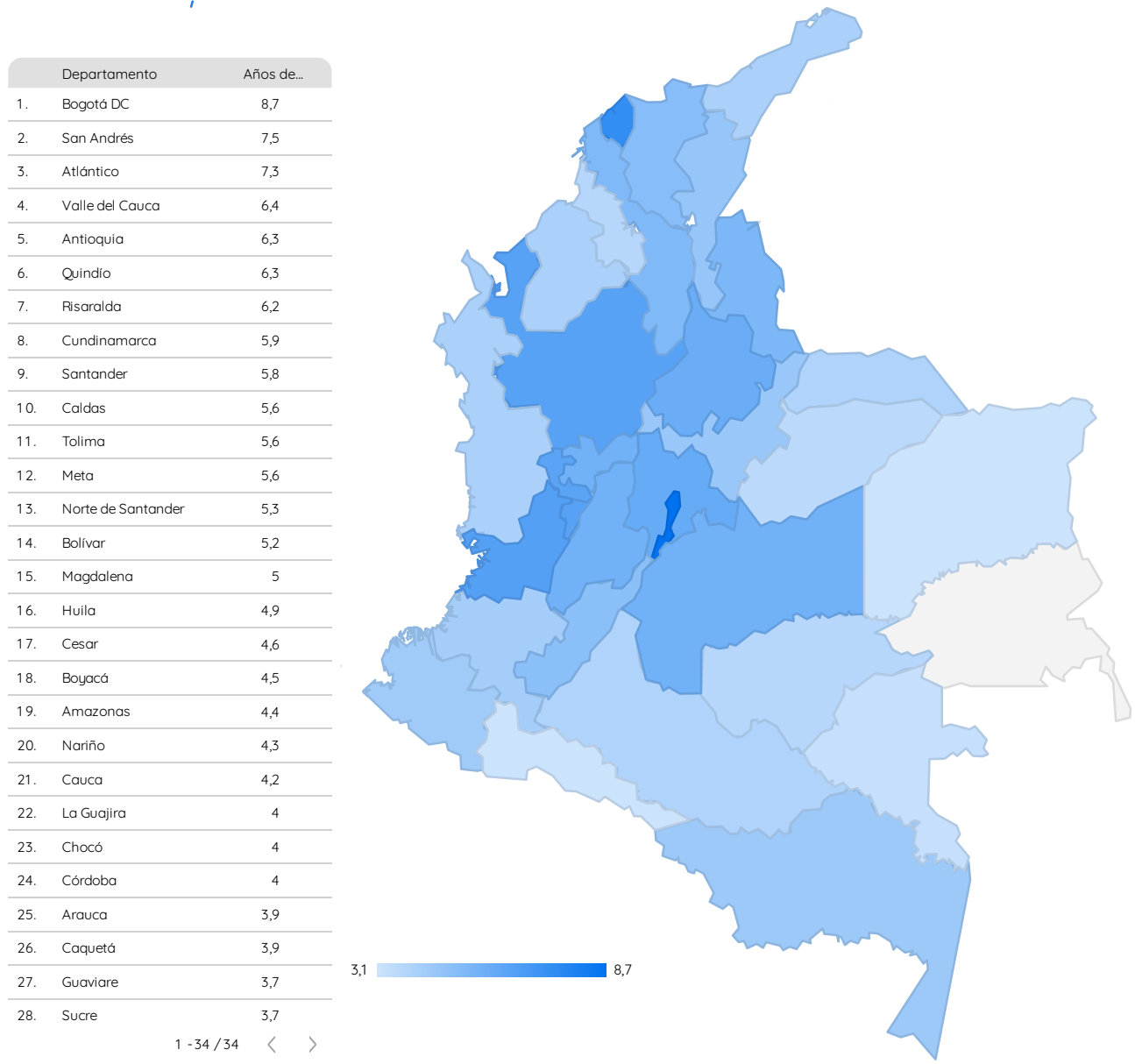
y Putumayo. En el bajo nivel educativo, en línea con el bajo nivel productivo de estas regiones según el CPC, Vichada ocupa el último lugar mientras que la Guajira y Putumayo los puestos veintiséis y veintisiete respecto a los treinta y dos departamentos del país.

En línea con los resultados observados a nivel de años de escolaridad promedio, se evidencia que el mayor nivel educativo de la población adulta mayor se ubica en los niveles de básica primaria. Específicamente, la Encuesta de Calidad de Vida (2020) muestra que el 48,1% de la población adulta mayor sólo alcanzó la primaria como máximo nivel educativo, lo que contrasta con el 22,2% en el grupo de 25 a 60 años, lo que representa una brecha de 25,9 punto porcentual (p.p). Asimismo, tan solo el 15,2% de la población de personas mayores alcanzó un nivel de educación superior, mientras que el 30,36% del gru-

po etario entre 25 y 60 años está en este nivel de estudios (Figura 7).

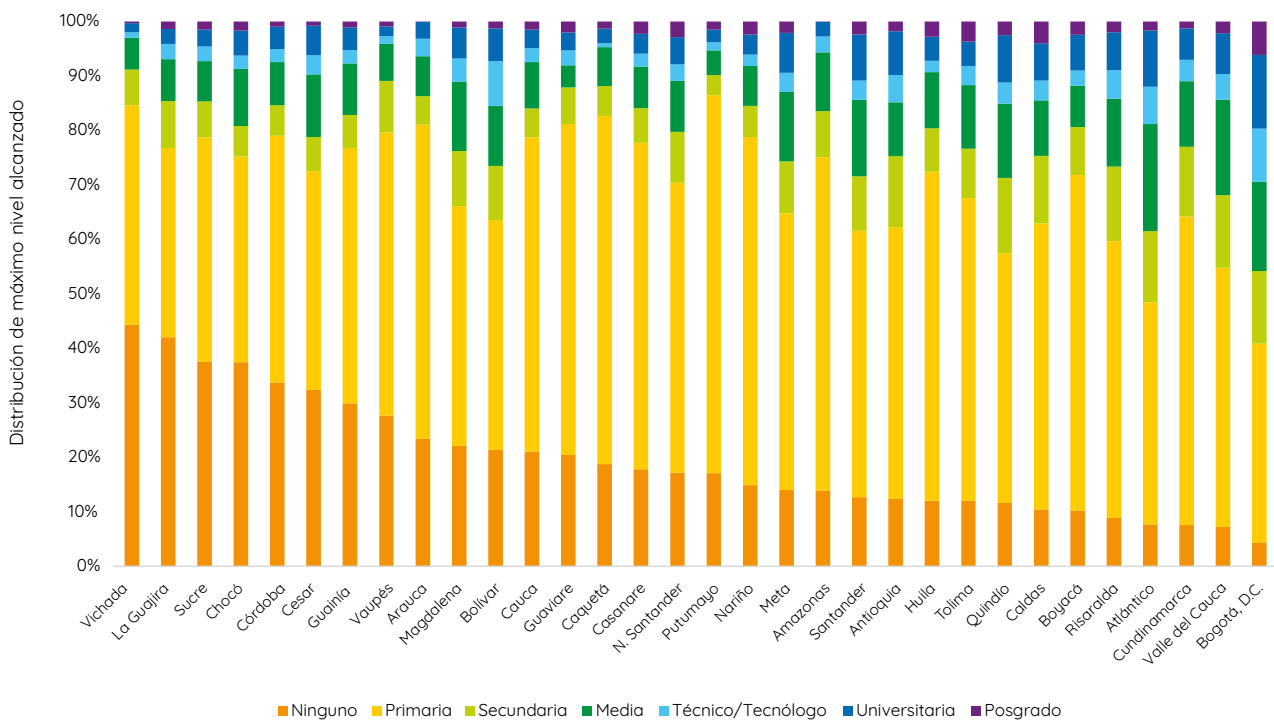
También se observa un elevado nivel de heterogeneidad en el máximo nivel educativo entre los diferentes entes territoriales (Figura 6). En todos los departamentos, primaria es el mayor nivel educativo que reportan tener las personas mayores, salvo en Vichada y La Guajira donde es más frecuente no tener ningún nivel educativo (el 44% y el 41,9% respectivamente reporta no haber asistido al colegio). Lo anterior contrasta con los valores en Bogotá D.C., y los departamentos de Valle del Cauca y Cundinamarca, que muestran mayor escolaridad. De hecho, en Bogotá D.C., solamente el 4,3% de las personas mayores reportan no haber accedido a educación, mientras el 36,6% alcanzó el nivel de primaria, el 29,8% estudios bachilleres y el 29,5% educación superior (Figura 7).

Figura 6. Años de escolaridad promedio por departamento, personas mayores



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2020).

Figura 7. Máximo nivel de escolaridad obtenido por departamento, personas mayores



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2020).

3.3.14. Nivel de escolaridad urbano-rural

Además de presentarse una alta heterogeneidad en el máximo nivel educativo a nivel territorial se observa una marcada diferencia entre la zona urbana y la zona rural. La Gran Encuesta Integrada de Hogares del DANE (2021) muestra que, mientras en las zonas urbanas las personas mayores tienen en promedio 6,2 años de educación, este grupo poblacional se ha educado poco menos de la mitad de años en áreas rurales (3,34 años). Lo anterior cobra particular relevancia por el envejecimiento más acelerado de la po-

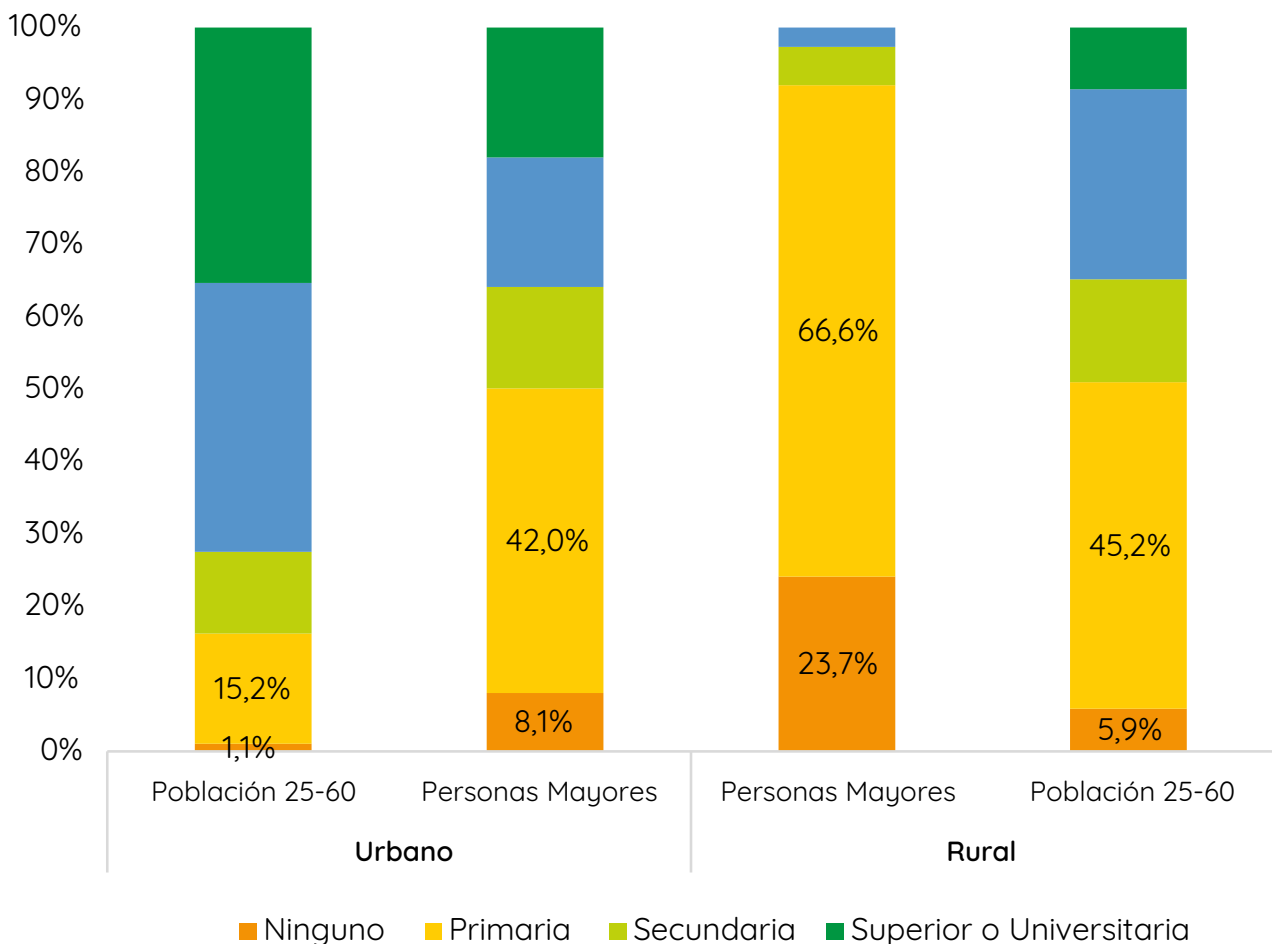
blación rural frente a la población urbana.

Las diferencias urbano-rurales se observan en todos los departamentos, aunque con una alta dispersión en su proporción. Por ejemplo, mientras en el departamento del Quindío existe una diferencia de tan solo 0,6 años entre la población de personas mayores urbanas y rurales, esta cifra asciende a 4,28 años para el caso de Guainía pues, mientras la población de personas mayores en zonas urbanas tiene una educación similar al promedio nacional (6,1 años de educación) en zonas rurales las personas mayores tan solo cuentan con 1,8 años

de educación en promedio. En Santander, Bolívar y Magdalena se presenta una diferencia de 4 años en promedio. Finalmente, mientras que el 8,1% de la población mayor en áreas urbanas afirma no

tener ningún nivel de estudios esta cifra asciende a 23,7% en el caso de las zonas rurales, lo que se correlaciona con las elevadas tasas de analfabetismo descritas posteriormente.

Figura 8. Máximo nivel educativo por condición de ruralidad



Fuente: Elaboración propia con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (DANE, 2021).

3.3.1.5. Nivel de escolaridad por género

Al realizar un análisis específico de la educación en personas mayores por género se puede concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de escolarización de hombres y mujeres de edad avanzada. Mientras los hombres mayores de 60 años tienen en promedio 6,28 años de educación, las mujeres alcanzan 6,13 años, una diferencia de sólo 0,15 años. Estas cifras contrastan con lo observado en la población de personas menores de 60 años, donde se concluye que las mujeres tienen más educación que los hombres (medio año

de educación adicional con significancia estadística al 99%). En cuanto al máximo nivel educativo se concluye que tanto hombres como mujeres mayores de 60 años lograron en su mayoría el nivel de básica primaria sin diferencias significativas entre los dos géneros (47,6% y 48,5% respectivamente). En cuanto a educación superior sí existen unas diferencias, que, aunque son pequeñas en magnitud, resultan significativas pues, mientras el 16% de los hombres mayores de 60 años afirman que tienen estudios superiores, el 14,5% de las mujeres mayores afirma lo mismo, es decir 1,5 Punto Porcentual (p.p.) menos que lo observado en los hombres.

Figura 9. Máximo nivel de escolaridad alcanzado por género, personas mayores



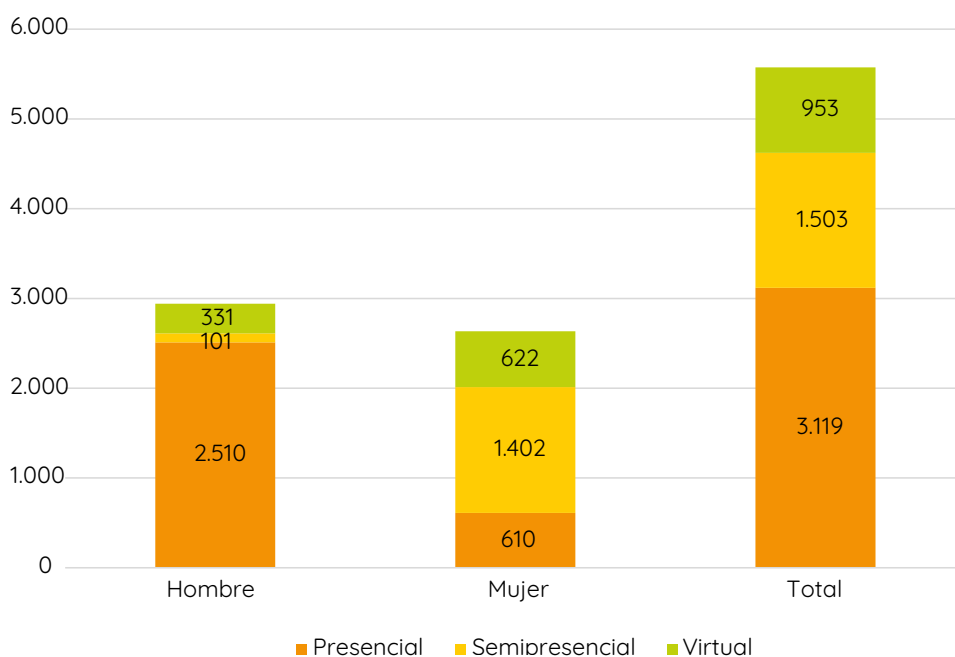
Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2020).

En cuanto a la asistencia a educación formal se encuentra que, poco menos del 0,1% de la población de personas mayores ha cursado algún nivel en centros formativos de educación formal a cualquier nivel. Al realizar el análisis diferenciado entre hombres y mujeres, no muestra diferencias estadísticamente significativas pues, mientras el 0,09% de los hombres mayores de 60 años afirman que se encuentran cursando estudios formales, el 0,07% de las mujeres hacen esta afirmación.

A pesar de lo anterior, existen diferen-

cias que deben ser consideradas como el porcentaje de matriculados en programas presenciales o virtuales. Mientras el 85,3% de los hombres asisten a educación formal de manera presencial sólo el 23,1% de las mujeres asisten bajo este tipo de modalidad. La información de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020 muestra que las mujeres participan en mayor proporción a sus clases de educación formal de manera semipresencial, con un 52,3% del total de asistencia y un 23,6% de manera virtual, 12,3 p.p. menos que lo reportado por los hombres.

Figura 10. Número de estudiantes que asisten a educación formal por género y modalidad de asistencia, personas mayores



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2020).

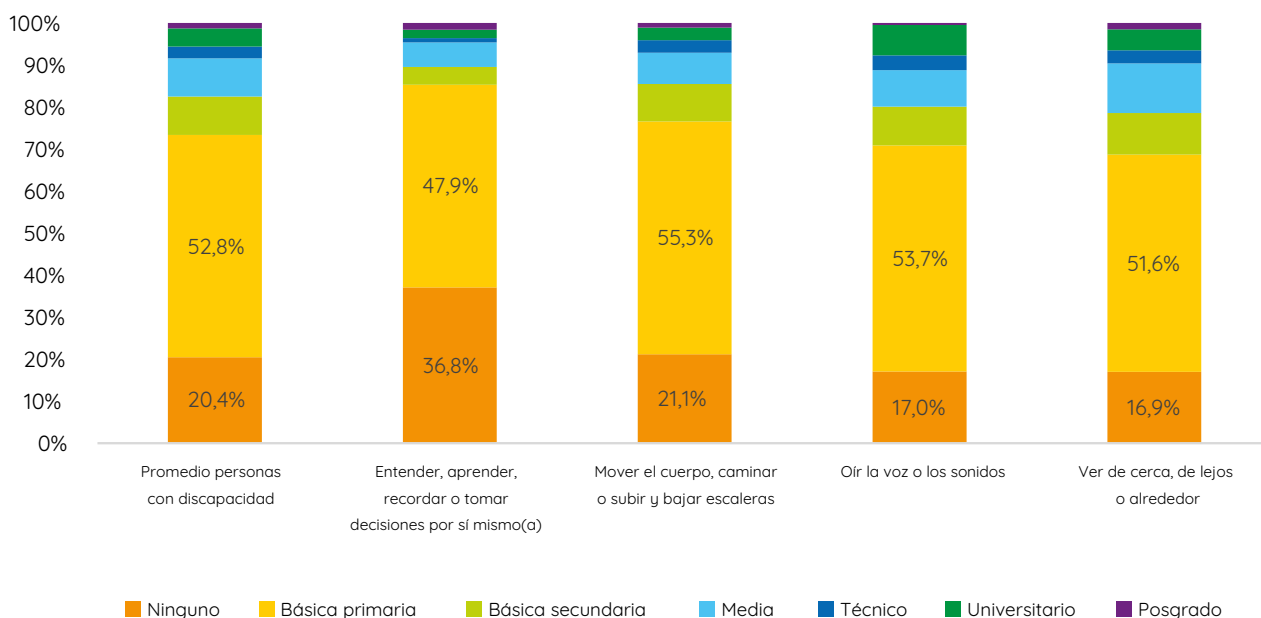
3.3.1.6. Brechas de persona mayor con discapacidad y sin discapacidad en educación

La Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020 permite concluir que el 50,43% de la población con discapacidad mayor de 25 años es adulto mayor. La discapacidad de mayor prevalencia en la población mayor es la dificultad para ver de cerca siendo el 40,4% del total de la población mayor con discapacidad, seguido por las limitaciones en movilidad (37,01%), discapacidad cognitiva (12,8%) y en menor proporción las limitaciones auditivas (9,66%). En cuanto al nivel de escolarización de las personas mayores con discapacidad, se puede argumentar que esta población se encuentra en mayor desventaja pues, mientras el 13,1% de la población de personas mayores afirma no tener ningún nivel de estudios, la cifra asciende a 20,4% para la población con discapacidad de este grupo etario.

Al analizar el nivel de escolaridad por el tipo de discapacidad presente se encuentra que la discapacidad intelectual (dificultad para entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo/a) presenta el menor nivel de escolaridad, pues una de cada tres personas mayores con dificultades cognitivas no tiene ningún nivel de escolaridad (36,8%). De igual forma, resulta interesante que la discapacidad

visual (ver de cerca, de lejos o alrededor) es la discapacidad con menor incidencia en el desempeño educativo, donde el 16,9% de este grupo poblacional no tiene ningún nivel de estudios, muy similar a lo observado en la población con discapacidad auditiva. En general, se evidencia que las personas mayores con algún tipo de discapacidad cuentan con estudios a nivel de básica primaria con un 52,8% de esta población.

Figura 11. Mayor nivel educativo por tipo de discapacidad en personas mayores

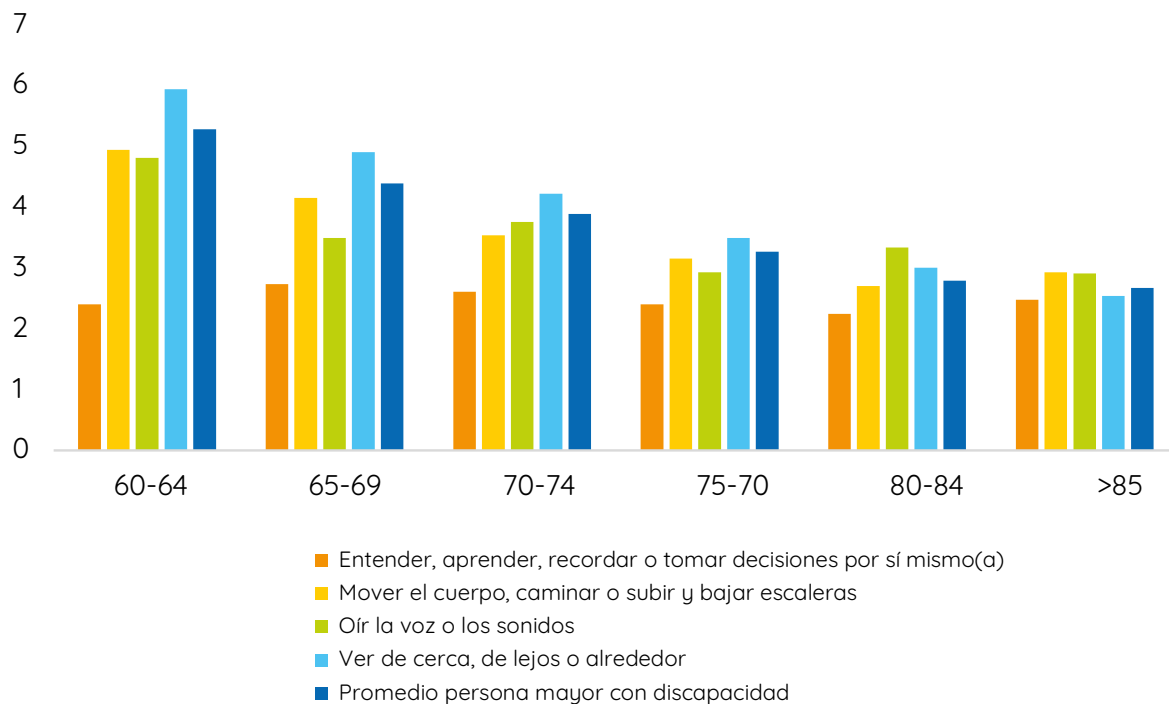


Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2020).

En cuanto a los años de escolaridad promedio de la población de personas mayores con discapacidad se encuentra que el total de este grupo poblacional es de 4,52 años, 1,7 años menos que el promedio general del grupo etario de personas mayores. En este punto vale la pena destacar que, aunque los años promedio

de educación son decrecientes en función de la edad tal como se mencionó anteriormente, las personas con dificultades para entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a) tienen una educación sistemáticamente menor y cercana a los 2,5 años de educación para cualquier grupo etario de la población adulta mayor.

Figura 12. Años promedio de educación por grupo etario y tipo de discapacidad, personas mayores



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2020).

Las anteriores cifras muestran la necesidad de hacer ajustes y adaptaciones en las propuestas educativas ofertadas para la población mayor con discapacidad. Principalmente se recomienda hacer dos tipos de revisiones. Por un lado, el primer grupo con relación a la generación de ajustes metodológicos, didácticos y curriculares, que favorezcan la inclusión de la población con alteraciones en los dispositivos básicos de aprendizaje como atención, memoria, concentración. Esto es muy importante porque de no haber flexi-

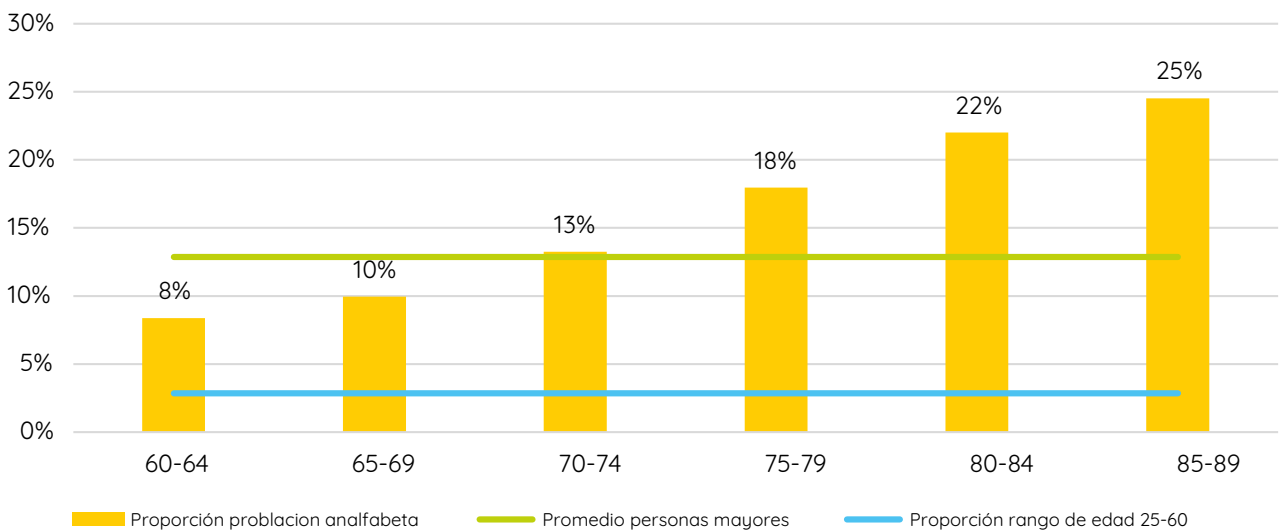
bilidad, la brecha educativa para las personas con discapacidad intelectual será cada vez mayor y tendrán más dificultades para una verdadera inclusión social y productiva. Por otro lado, se necesita contar con más opciones de apoyos para favorecer la accesibilidad, no sólo a nivel físico sino en el uso de la información. El país debe adaptar progresivamente a normas como la 5854 que establece los requisitos de accesibilidad que son aplicables a las páginas web y la creación de documentos en línea.

3.3.1.7. Tasas de analfabetismo

A partir de la ECV (2020) se encontró que un total de 1.559.839 colombianos (mayores de 25 años) carecen de habilidades de lectura y/o escritura en el nivel más básico, es decir, el 5,15% de la población total. Al realizar una desagregación por grupos etarios se evidencia que dos de cada tres analfabetas del país pertenecen a la población de personas mayores (57,09%) cuando este grupo poblacional constituye tan solo el 22,8% de la población nacional mayor de 25 años. En este sentido se muestra una alta preva-

lencia de analfabetismo en las personas mayores, con una clara sobrerrepresentación de dicha población, donde el 12,87% del total de este grupo etario presenta analfabetismo, 7,72 p.p. por encima de la tasa global. Al analizar la descomposición en grupos quinquenales de la población adulta mayor hay una tendencia creciente en la tasa de analfabetismo en función de la edad; mientras que la población entre 60 y 64 años presenta una tasa de analfabetismo de 8,3%, dicha tasa se duplica para la población entre 75 y 79 años (17,96%) y se triplica para la población de más de 85 años (24,5%).

Figura 13. Tasa de analfabetismo por grupo de edad, población persona mayor

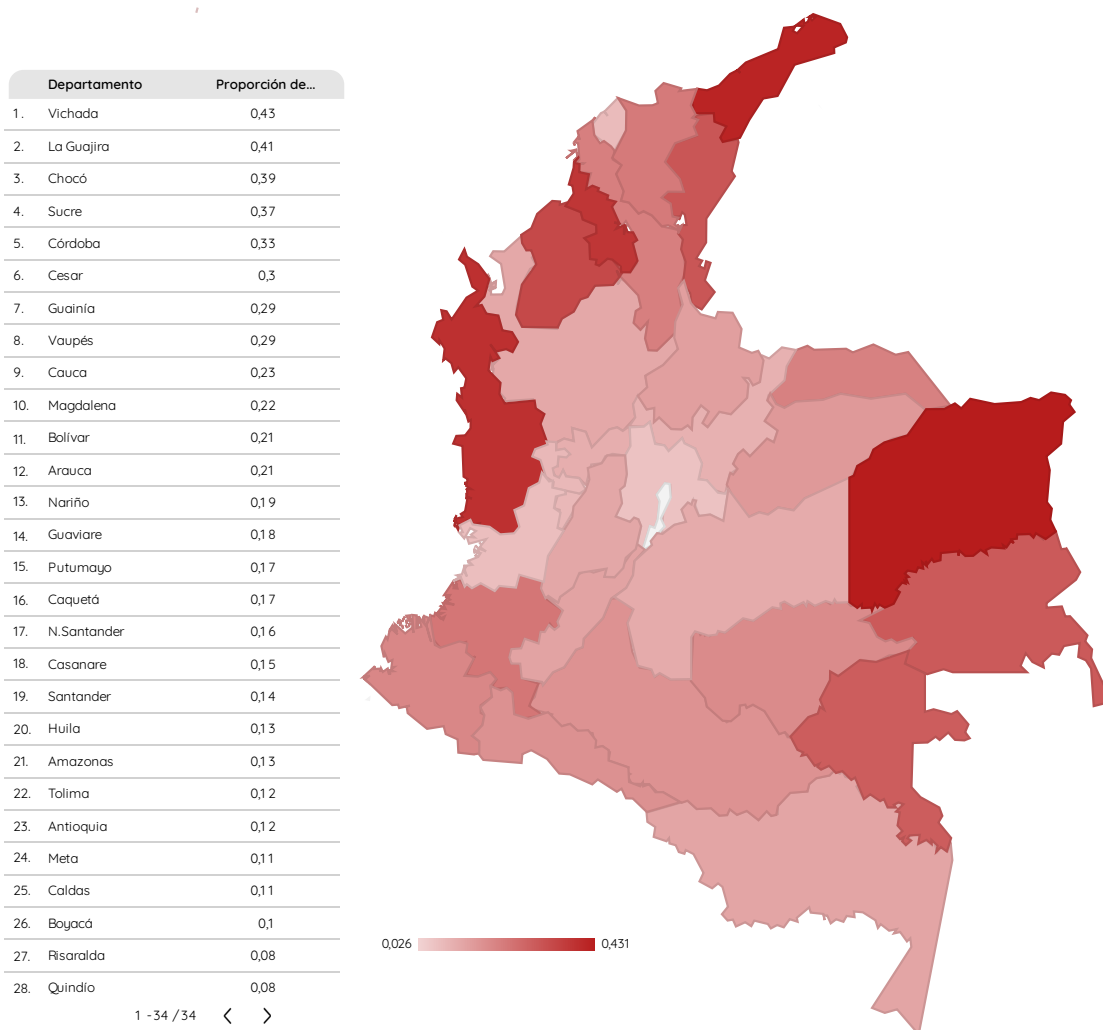


Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2020).

Las brechas de analfabetismo no sólo son evidentes entre grupos etarios, la población adulta mayor presenta tasas diferenciadas por su condición de ruralidad y su lugar de residencia a nivel departamental. Para el primer caso se encuentra que una de cada cuatro personas mayores en zonas rurales no sabe leer y/o escribir (25,85%), superando la tasa observada

en zonas urbanas por 16,8 p.p. Por lo tanto, aunque esta característica no es única del grupo etario de personas mayores localizada en zonas rurales, las brechas de analfabetismo urbano-rurales también se observan en los grupos etarios, para el promedio nacional las zonas rurales presentan 8,59 p.p. más prevalencia de analfabetismo en comparación con las zonas rurales.

Figura 14. Tasa de analfabetismo a nivel departamental en personas mayores



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2020).

Por su parte, al realizar un análisis geográfico se observa que los departamentos que presentan las mayores tasas de analfabetismo en la población mayor (superiores al 30%) tienen a su vez alta incidencia de pobreza (Figura 14). Vichada es el departamento con mayor analfabetismo en la población adulta mayor (43,1%), siendo este a su vez el departamento con mayor pobreza monetaria del país (DANE, 2020). Le siguen los departamentos de La Guajira (41,3%), Chocó (38,6%), Sucre (37,4%) y Córdoba (33,0%). Por su parte, Bogotá D.C presenta la menor tasa de analfabetismo para personas mayores (3,8%), seguido por Cundinamarca (6,2%), Valle del Cauca (7,1%) y Atlántico (7,8%).

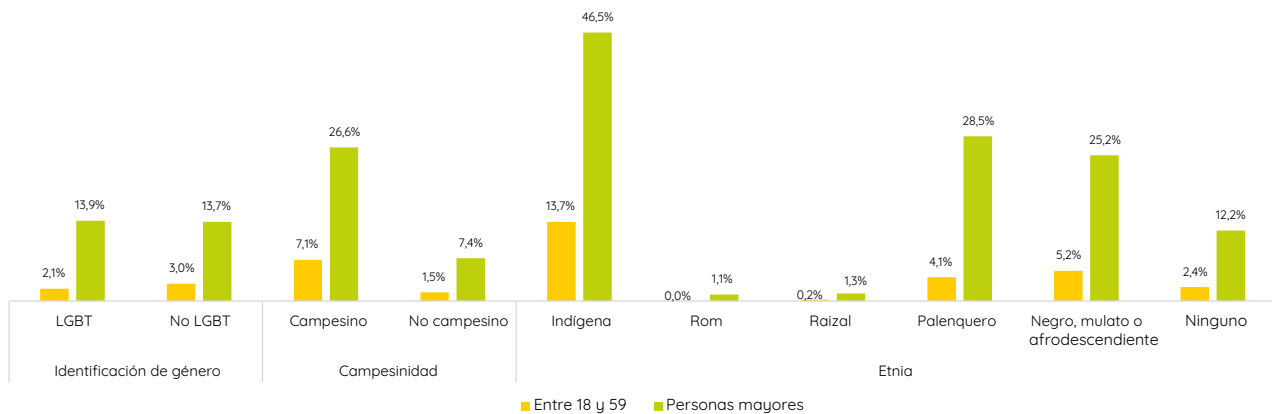
En la caracterización de analfabetismo en la población mayor en función del género, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Mientras la tasa de analfabetismo para hombres es de 12,6%, para el caso de las mujeres es de 13,1%, sólo 0,8 p.p. superior. Este hallazgo es consistente con lo observado para toda la población del país, pues las mujeres presentan una tasa de analfabetismo de 0,5 p.p. superior a los hombres.

En línea con los hallazgos para el total de la población, el analfabetismo es mayor en el grupo etario de las personas mayores de 60 años que en el de los menores de 60 años, independientemente de las condiciones de género, campesinidad o etnia. Sin

embargo, la prevalencia del analfabetismo sí cambia significativamente según el grupo poblacional que se analiza.

Entre las personas mayores que se reconocen y no se reconocen como población de Lesbianas, Gais, Bisexuales y Trans -transgénero, transexuales y travestis- (LGBT) no hay diferencias significativas, pero la tasa de analfabetismo de las personas mayores de 60 años que se reconocen como campesinas es 3,6 veces más alta que la de aquellas personas mayores que no se reconocen como campesinas. Asimismo, la tasa de analfabetismo entre las personas mayores que se autorreconoce como indígenas, palenqueros o negros, mulatos o afrodescendientes es significativamente más alta que la de las personas menores de 60 años pertenecientes a los mismos grupos étnicos. En el caso de la población indígena, por ejemplo, casi la mitad de las personas mayores son analfabetas.

Figura 15. Tasa de analfabetismo de las personas mayores por grupos de especial interés



Fuente: Elaboración propia, Gran Encuesta Integrada de Hogares GEIH (DANE, 2021)

A nivel departamental también se encuentran discrepancias significativas. En Chocó, por ejemplo, el 54% de las personas mayores que se reconocen como LGBT son analfabetas, y en Bogotá y Vaupés la tasa de analfabetismo de las personas mayores de 60 años que se reconocen como LGBT es 3,3 y 2,5 veces más alta que la de aquellas personas en el mismo grupo etario que no son LGBT. En departamentos como Arauca, Casanare y San Andrés, no hay analfabetas entre las personas mayores que se reconocen como LGBT.

En Chocó, Córdoba y Arauca, la tasa de analfabetismo de las personas mayores campesinas es de 54, 48 y 44%, respectivamente; en Bogotá, Quindío y Cundinamarca, la tasa de analfabetismo de las

personas mayores campesinas es menor al 15%. En Bolívar, la tasa de analfabetismo de las personas mayores campesinas es 6 veces más alta que la de los que no son campesinos en el mismo grupo etario; en Atlántico, Arauca, Casanare y Guainía, esta razón es cercana a las 4 veces.

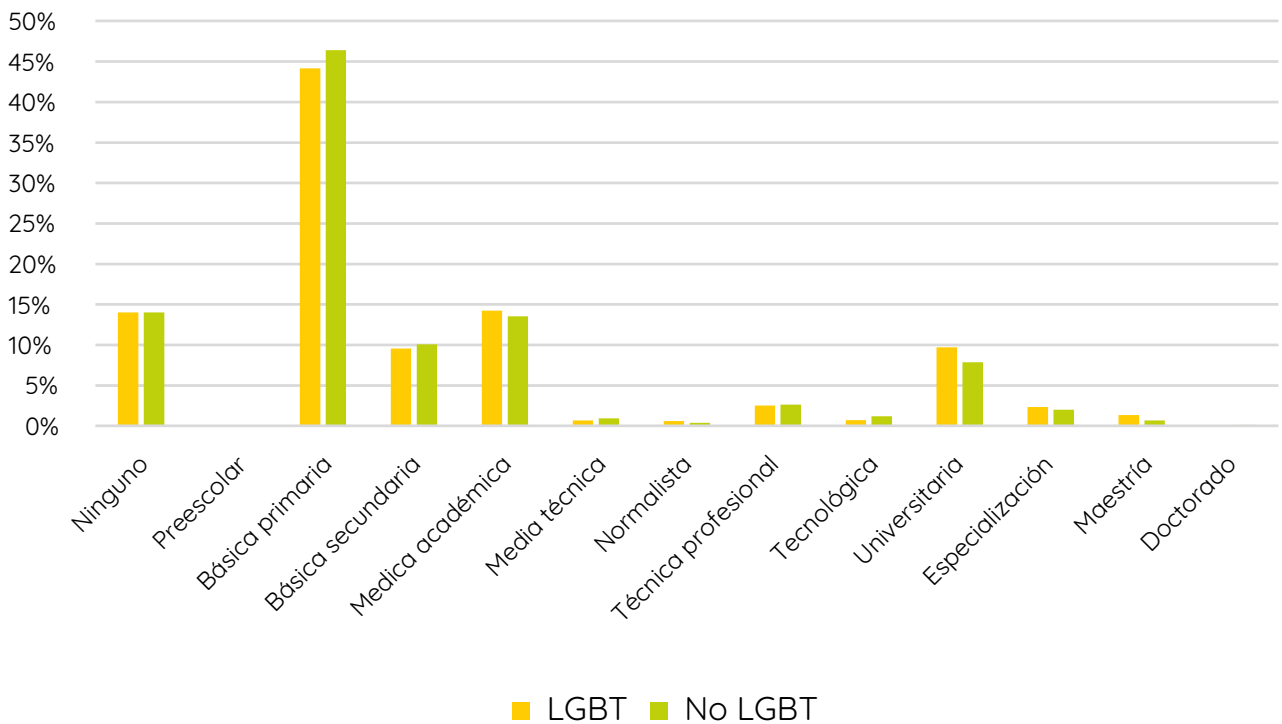
En Arauca, todas las personas mayores que se reconocen como indígenas son analfabetas, y en Córdoba y Chocó, casi 6 y 9 de cada 10 personas mayores indígenas respectivamente son analfabetas. En Arauca, la tasa de analfabetismo entre las personas mayores pertenecientes al grupo étnico de negros, mulatos y afrodescendientes es de 85%, y en Vichada, Sucre y Chocó la misma tasa es superior al 40%.

3.3.1.8. Logro educativo por sectores poblacionales: LGBT, campesinidad y etnia⁸

Aunque no hay diferencias significativas entre los dos grupos y la básica primaria es el nivel con mayor porcentaje de representación, el logro educativo promedio es ligeramente más alto en el grupo de las personas mayores LGBT: 13 de cada 100

personas mayores que se reconocen como LGBT alcanzaron niveles universitarios de pregrado o posgrado, mientras que solo 10 de cada 100 personas mayores que no se reconocen como LGBT alcanzaron el mismo logro educativo. Asimismo, el porcentaje que solo llegó hasta básica primaria es ligeramente menor entre quienes se identifican como LGBT que entre quienes no lo hacen.

Figura 16. Logro educativo por identificación LGBT



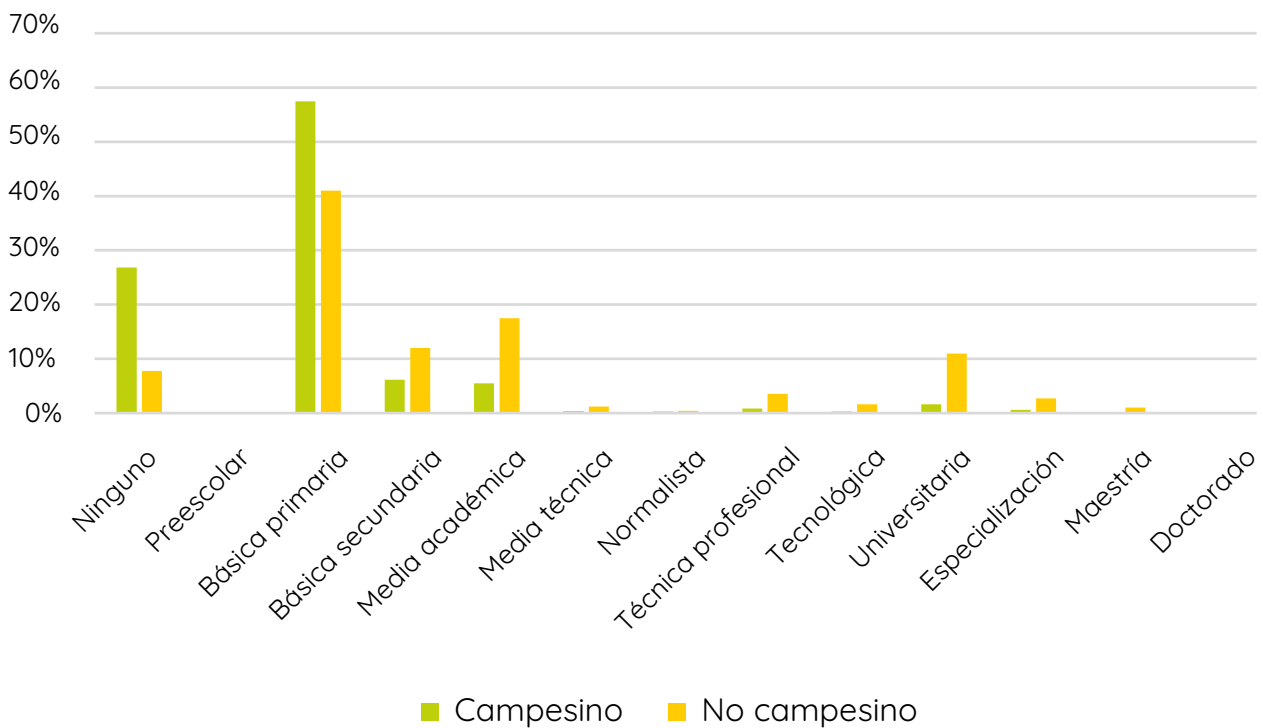
Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2018), (DANE, 2021).

8. A partir de 2021, la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) incluyó en el cuestionario de la encuesta un bloque de preguntas para visibilizar la población LGBT y el campesinado. Estas preguntas de autorreconocimiento solo aplican para mayores de edad.

Respecto al campesinado, 27% de las personas mayores campesinas no alcanzaron ningún nivel educativo, 19 puntos porcentuales más que las personas mayores ni campesinas. Asimismo, 57% de las personas

mayores campesinas llegaron hasta básica primaria y solo 2% alcanzaron los niveles universitarios, mientras que los mismos porcentajes para la población mayor no campesina son 41 y 15 %, respectivamente.

Figura 17. Logro educativo población rural

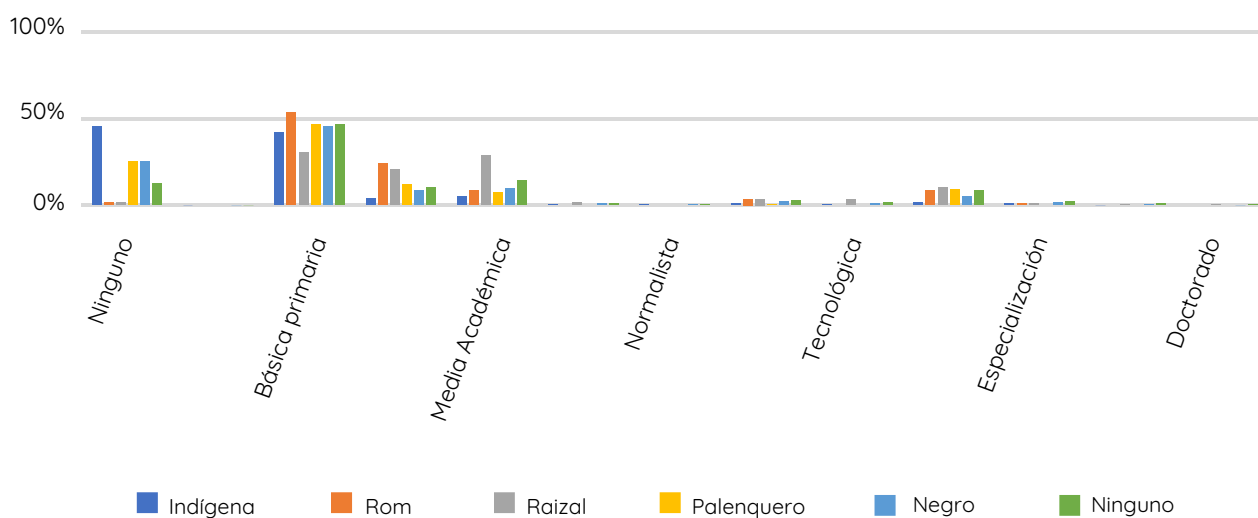


Fuente: Elaboración propia con base en la GEIH 2021, 2018.

Por grupos étnicos, el porcentaje de personas mayores que no alcanzaron ningún nivel educativo es más alto en los grupos étnicos indígenas, palenqueros y negros, mulatos o afrodescendientes, mientras que todos los grupos étnicos registran un porcentaje representativo

en los niveles de básica primaria. En educación universitaria de pregrado, aunque los porcentajes son iguales o inferiores al 10 %, los grupos étnicos con mayor porcentaje de personas mayores que alcanzaron ese nivel son los raizales y los palenqueros.

Figura 18. Logro educativo por grupos étnicos



Fuente: Elaboración propia con base en la GEIH (2018, 2021).

3.3.2. Calidad

La calidad educativa que reciben las personas mayores se puede dimensionar desde dos ejes fundamentales en cumplimiento del objetivo del sistema educativo de generar las condiciones para un aprendizaje efectivo; 1. la relevancia de los temas impartidos en los cursos educativos, los cuales deben tener en cuenta las preferencias individuales y colectivas del grupo poblacional mayor; 2. el continuo mejoramiento de las condiciones y calidad de vida (Quality of Life, QoL, si-

gla en inglés) de las personas mayores, atendiendo los principales factores que inciden en su calidad. A propósito, Cabedo explica que la principal motivación de las personas mayores en participar de la educación a través de la vida es el envejecimiento activo (participar en diferentes actividades que supongan un reto intelectual y físico) (Cabedo et al., 2013). Además, encuentra suficiente evidencia para argumentar que “la oportunidad de conocer nuevas personas” es la segunda causa principal de participación en actividades de educación, mientras que el inte-

res por generar una transferencia de conocimientos, es la tercera principal razón expuesta por la población de personas mayores entrevistadas.

Esta sección analiza dos elementos de la calidad educativa para la población mayor (adicionales a las consideraciones pedagógicas descritas en el marco lógico de la segunda sección): 1. la educación para el bienestar que considera la recreación, el deporte, la educación para la salud y el desarrollo intelectual como elementos centrales de una oferta educativa de calidad y como habilitantes para la inclusión social, y 2) el desarrollo de habilidades digitales y el estado actual de conectividad de la población.

3.3.2.1. Educación para el bienestar

Si bien el periodo de mayor plasticidad del cerebro es durante la primera infancia, este tiene capacidad maleable a lo largo de la vida que se ve reducida a medida que la edad avanza (Erickson et al., 2012). En particular, el tamaño de la masa cerebral se reduce con los años y esto se ve asociado a pérdidas en el desarrollo cognitivo, que, sumadas a la menor maleabilidad del cerebro, dificulta la adquisición de aprendizajes (Harada et al., 2013). No obstante, literatura interdisciplinaria ha mostrado evidencia de cómo la combinación de un estilo de vida sano y entrenamiento intelectual estimulante

protege el desarrollo cognitivo durante el envejecimiento (Hertzog et al., 2008). El bienestar físico y emocional durante la vejez son cruciales para amortiguar los efectos naturales del envejecimiento sobre el desarrollo cognitivo y así mejorar la calidad de vida durante la vejez.

Por un lado, la relación entre la actividad física y el desarrollo cognitivo se da a través de sus efectos en la salud. Existe evidencia que asocia una baja, o falta de actividad física con mayores riesgos de enfermedad cardiovascular, diabetes, cáncer, osteoporosis entre otros (Hertzog et al., 2008). Además, hay evidencia que muestra la importancia de realizar ejercicio para la prevención de enfermedades. Muchas de estas patologías se asocian con compromisos sobre el desempeño cognitivo, por lo que una mayor actividad física y ejercicio ayudan a mantener el desarrollo cognitivo durante la vejez al reducir el riesgo de estas enfermedades. Por otro lado, la exposición a situaciones adversas durante la vida lleva a cambios sobre las ramas dendríticas y lleva a la modificación de la estructura cerebral (McEwen, 2000). Sin embargo, la literatura argumenta que un conjunto de factores sociales, individuales y ambientales, entre estos la actividad física, ha mostrado efectos sobre incrementos en las ramas dendríticas y la generación de nuevas redes sinápticas, por tanto, sobre cambios

fisiológicos positivos en el cerebro (Hertzog et al., 2008). Así las cosas, el ejercicio durante la vejez ayuda a amortiguar los efectos del proceso natural del envejecimiento cognitivo y de los cambios en las estructuras cerebrales que provienen de situaciones adversas a lo largo de la vida.

En una caracterización de la población mayor en Colombia, Hessel usa la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) y caracterizan la alta prevalencia de problemas de presión arterial alta en las personas mayores para 2015 (Hessel et al., 2020). En particular, resaltan un gradiente en las condiciones socioeconómicas y la severidad de los síntomas, donde la población mayor con mayor vulnerabilidad socioeconómica presenta un mayor riesgo de sufrir problemas de presión arterial alta, más comportamientos poco saludables como el consumo de cigarrillo, menor consumo de alimentos sanos, y mayor riesgo de obesidad. Un estudio de la Revista Colombiana de Cardiología (Barón-Castañeda, 2019), resalta que el envejecimiento de la población en Colombia está en aumento, y por consiguiente la cantidad de personas mayores con enfermedades y riesgos cardiovasculares también. La baja prevalencia de actividad física en población mayor es uno de los principales riesgos para la salud cardiovascular de la población longeva.

La salud mental por su parte también juega un rol crítico en el desarrollo cognitivo, y es particularmente relevante, dado que es un componente subyacente a otras esferas de la vida. Por un lado, la prevalencia de problemas de salud mental afecta la adquisición de habilidades y la acumulación de capital humano (Ridley et al., 2020). En particular, la evidencia ha mostrado efectos de baja salud mental sobre los procesos de toma de decisiones económicas, por ejemplo, decisiones sobre consumo, ahorro, participación laboral entre otros. Y, por consiguiente, tiene efectos sobre la calidad de vida. El componente cognitivo es particularmente vulnerable ante dificultades de salud mental. Los problemas de salud mental son impedimentos en sí mismos que pueden estar asociados a la discapacidad, pero también son condiciones subyacentes a patologías de salud física que afecta aún más la calidad de vida. Baja salud mental en conjunto con escasez en capital social y físico afectan negativamente la salud física, la productividad y la formación de capital social que tiene consecuencias económicas de largo plazo (Ridley et al., 2020).

Intervenciones de actividad física y estimulación cognitiva, como juegos que fomentan la memoria y la cognición, han sido efectivas para mejorar las funciones cognitivas y el estado funcional de

las personas mayores con y sin deterioro cognitivo. Un meta-análisis conducido por la Sociedad Americana de Medicina Psicosomática recopila los resultados de 29 experimentos aleatorios controlados donde se resaltan los efectos positivos sobre habilidades cognitivas de intervenciones grupales y comunitarias que combinan aspectos de estimulación cognitiva y de actividad física con una confianza estadística del 95% (Smith et al., 2010).

Por el lado de la dimensión cognitiva se abordan componentes específicos, por ejemplo, la memoria, atención y velocidad a través de actividades grupales. De igual manera, el componente de actividad física de mediana y baja intensidad se realiza en dinámica individual y grupal. Las intervenciones específicamente destinadas a la actividad física, por ejemplo, “Women who walk” un programa que consistía en caminatas grupales semanales dentro de las zonas residenciales de las personas mayores, evidenció que aquellos que participaban presentaron un menor riesgo de experimentar deterioro cognitivo en la medición de seguimiento 6-8 años después (Yaffe et al., 2001).

Un ejemplo adicional es el estudio “FINE”⁹ que recopila datos de los factores físicos, mentales y sociales del envejecimiento en tres países europeos, encontró

que la participación en actividades físicas de baja intensidad tuvo la capacidad de posponer el deterioro cognitivo de las personas mayores (Van Gelder et al., 2004). La mayoría de la evidencia apunta a que las intervenciones de actividad física y estimulación de herramientas cognitivas tienen efectos individualmente sobre el desarrollo cognitivo. Sin embargo, la combinación de los dos entrenamientos parece derivar en efectos más significativos y duraderos sobre las habilidades motoras y de memoria reflejando mayor función cognitiva (Fabre et al., 2002).

Los programas y servicios educativos, formativos y que promuevan la actividad física durante la vejez, juegan un rol importante para proveer estimulación y protección a la función cognitiva. En Colombia, distintas entidades institucionales han desarrollado programas de acompañamiento a población mayor en condiciones de vulnerabilidad. Por ejemplo, la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) en Bogotá, o la Alcaldía de Medellín han desarrollado programas para atender población con vulneración en su integridad personal (física, psicológica, moral o económica); por tanto son programas de respuesta principalmente de protección a una población específica más no de prevención. Esto resalta la

9. El estudio FINE es un estudio longitudinal de 2.285 personas mayores nacidas en Finlandia, Italia o los Países Bajos entre 1900 y 1922. Se toma como línea base el estado de salud cardiovascular en el seguimiento de 1984 (Hale, 2022) y se analizan variables de salud mental como incidencia de la demencia además de la capacidad cognitiva a través del test Mini (MMSE por sus siglas en inglés). Recuperado de: <https://www.sevendecountriesstudy.com/about-the-study/related-studies/fine-study/>

necesidad de pensar en dinámicas para proveer atención a personas mayores que no están en condiciones de vulnerabilidad, pero que tampoco están recibiendo la estimulación física y cognitiva necesaria para el bienestar integral durante la vejez.

En Colombia, la Universidad EAFIT desarrolla un programa llamado “Saberes de Vida” que busca crear un espacio donde las personas mayores puedan continuar enriqueciéndose intelectualmente. Este programa promueve el entrenamiento cognitivo de los adultos a través de actividades individuales y grupales con pares generacionales, por ejemplo: a través de tertulias, juegos, convenciones u otras actividades dinámicas en las cuales puedan desarrollar y socializar sus proyecciones (Manjarrés, M. 2014). Otra intervención es el programa “Casa de la Felicidad” desarrollado por la Universidad Pontificia Bolivariana. Es un programa de formación cognitiva, espiritual, artística y de oficios cuyo objetivo es brindar espacios de aprendizaje y crecimiento personal en el disfrute, la socialización, la apropiación social del conocimiento y la generación de comunidad como contexto propicio de bienestar, interacción y goce para el adulto. Este programa promueve en los adultos la importancia de un estilo de vida equilibrado consigo mismo, con los otros, con el mundo y espiritual, para po-

der tener calidad de vida (Peláez, 2018).

Por otro lado, la Universidad Nacional de Colombia desarrolla iniciativas para fortalecer las habilidades cognitivas, lingüísticas y comunicativas, tal como el programa “Mentes en Acción”, diseñado y puesto en marcha desde 2008 y dirigido a personas mayores de 60 años. Con la implementación de esta propuesta se evidencian mejoras significativas en la mayoría de los dominios evaluados (comunicación, atención, memoria, habilidades de planificación y razonamiento) y en algunas de las variables relacionadas con la calidad de vida tales como dolor, salud general, rol emocional, función social y salud mental (Lara-Díaz et al., 2019).

En síntesis, la evidencia muestra que existen mecanismos a través de los cuales el deterioro cognitivo natural del envejecimiento puede ser mitigado y donde el bienestar juega el rol principal. La actividad física y la estimulación intelectual, y más aún la combinación de ambas, son esenciales para garantizar la función cognitiva y calidad de vida durante la vejez. Esta sección resalta la necesidad de promover intervenciones que aborden no solo la estimulación de habilidades cognitivas - a través de juegos, tertulias, reuniones grupales-, sino sobre todo de cómo el bienestar físico es un componente necesario. Este afecta la capacidad de involucrarse en actividades cognitivamente

estimulantes y además tiene un efecto directo sobre la arquitectura cerebral ayudando a posponer el deterioro cognitivo.

Al indagar por la motivación que tienen las personas mayores por sumarse a procesos de aprendizaje a lo largo de la vida, se encontró en el análisis cualitativo que buscan el bienestar emocional, físico y económico, así como socializar, compartir con otras personas y sentirse útiles para mantener su mente y su cuerpo trabajando en pro de algo que les gusta:

“A mí me gustaría aprender (...) cómo administrar el negocio, aprender algo más que podamos hacer (...) ahora las cosas se manejan muy distintas; las ventas, el manejo, aprender todo eso para traer beneficios a la fundación, que nos podamos modernizar”.

(GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 3 y 4, Manizales).

3.3.2.2. Habilidades digitales

Las habilidades digitales son fundamentales para el ámbito laboral y educativo, para cualquier grupo poblacional, independiente de su edad y contexto socioeconómico. Sin embargo, para el caso de la población mayor, las herramientas

TIC permiten, por ejemplo, gestionar procesos con entidades bancarias, de salud o gubernamentales, sin necesidad de salir de casa, ni generar desplazamientos que en muchos casos implican grandes esfuerzos o simplemente no son viables por diferentes motivos (por ejemplo, de salud), brindándole mayor autonomía e independencia a esta población. Además, las herramientas TIC permiten a la población adulta mayor mantener contacto permanente con sus familiares y personas cercanas, cuidando su salud mental y emocional.

Por otra parte, la participación de las personas mayores en el mercado laboral ha crecido de manera sostenida motivada por el aumento en la esperanza de vida, mejoras en la salud física y mental, aparición de empleos con menor demanda de esfuerzo físico, así como los incrementos en la edad de pensión (Hecker y Kuehn, 2021). Adicionalmente, el aparato productivo de las economías modernas se ha visto beneficiado por esta mayor participación gracias a la posibilidad de aprovechar las habilidades cristalizadas de las personas mayores (adquiridas a través de la experiencia) y cada vez se valora más el aporte que hacen a la democracia, la convivencia social y al respeto de los derechos humanos.

Las personas mayores poseen habilidades únicas como el conocimiento es-

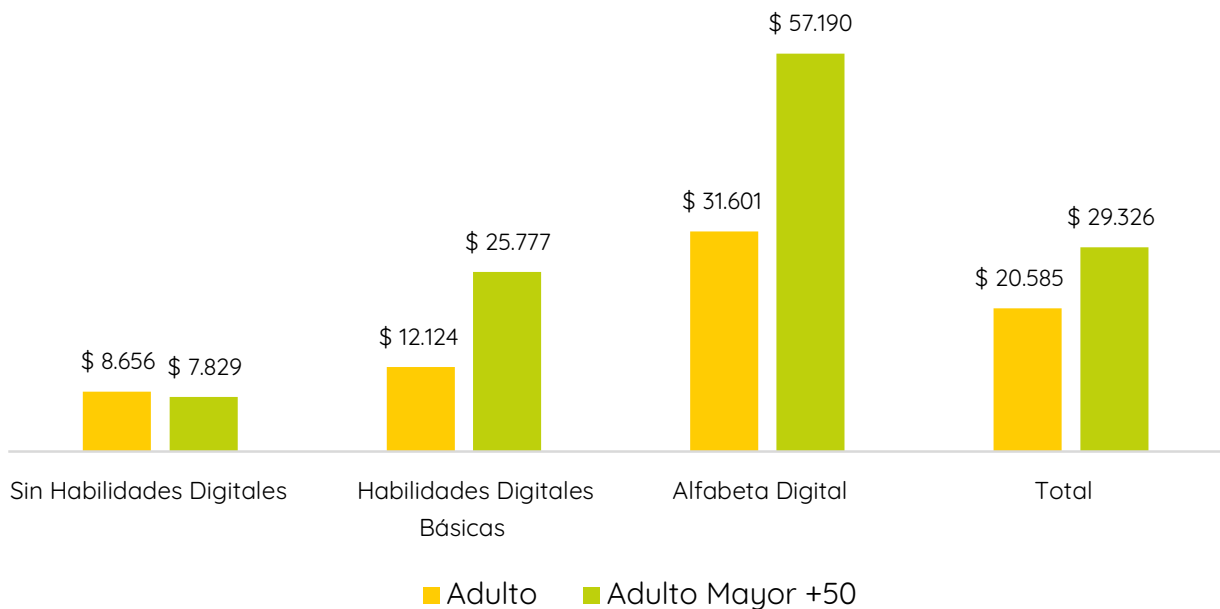
pecializado, así como capacidades de relacionamiento interpersonal que los hace ideales para ocupar cargos de líderes. Sin embargo, la acelerada digitalización de las habilidades requeridas en el mercado laboral ha puesto en riesgo la empleabilidad de la población mayor, quienes tienen menores habilidades digitales y apropiación de las nuevas herramientas tecnológicas, tal como se muestra en la presente sección. Adicionalmente, la pandemia por COVID-19 ha acelerado el ritmo de adopción de las habilidades digitales, el cual ha generado una expulsión del mercado laboral de personal no calificado. Por lo anterior, las personas mayores han sido expulsadas más que proporcionalmente con respecto a otras condiciones de vulnerabilidad como la pobreza, la falta de educación o la pertenencia a un grupo minoritario (Bennet, 2021). Además, las personas en edad avanzada presentan mayores tasas de desempleo de largo plazo por la falta de habilidades digitales causada, entre otras cosas, por la baja disposición de los empleadores en capacitar o re-entrenar a este grupo poblacional, lo que genera una noción negativa en la población mayor respecto a su capacidad de aprendizaje dada su avanzada edad.

Las mediciones sobre habilidades digitales y sus impactos en salarios y productividad no son recientes a nivel global.

De hecho, la evaluación de la encuesta de habilidades digitales PIACC 2013 realizada para 24 países miembros de la OCDE mostró que las personas mayores sin habilidades digitales tenían en promedio un salario 9,5% menor que las personas adultas menores de 50 años que reportan no tener habilidades digitales. Por su parte, las personas mayores con habilidades digitales básicas presentaban una mayor remuneración promedio que su contraparte más joven. Específicamente, las personas mayores con habilidades digitales tienen una remuneración 70,5% mayor en promedio que los trabajadores jóvenes y adultos (Hecker y Kuehn, 2021).

A partir de evidencia empírica el Fondo Monetario Internacional (FMI) estima que la expulsión de personas mayores del mercado laboral por la digitalización de las habilidades reducirá las capacidades productivas en hasta 25%. Sin embargo, si se aplican políticas educativas y de formación para el trabajo específico para las personas mayores, el efecto negativo del envejecimiento poblacional en la productividad será de tan solo 7%, 18 p.p. menos que en ausencia de dichas políticas.

Figura 19. Retornos de largo plazo, habilidades digitales personas mayores



Fuente: USA - Programa para la Evaluación Internacional de las Competencias de la Población Adulta (PIACC), (OCDE, 2013).

En el caso colombiano los resultados de la ECV (2020) muestran el estado de conectividad y el autorreporte sobre el desarrollo de algunas habilidades digitales. Sobre la conectividad se observa que mientras el 31,5% de la población colombiana afirma que utilizan un computador al menos una vez por semana, el porcentaje se reduce a 10,5% de la población adulta mayor, tres veces menos que la población general. A su vez, se observa una brecha importante en el uso de computador para esta población con base en su condición de ruralidad, ya que tan solo el 1,7% de la población adulta mayor en zonas rurales utiliza un computa-

dor, lo cual es 11,3 p.p. menor a lo observado en áreas urbanas.

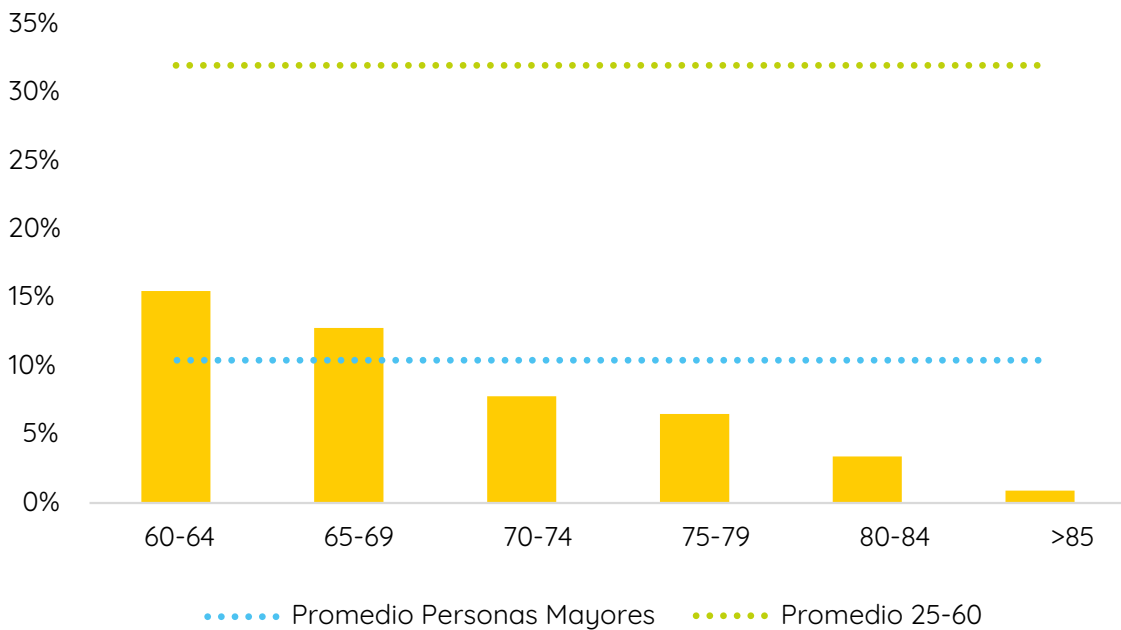
Además, la proporción de personas mayores que utilizan computador al menos una vez al mes aumenta significativamente cuando se dispone de un computador en casa, en especial la población rural, donde aumenta 12,5 veces con una proporción de 17,5%. Por lo tanto, se puede argumentar que la condición de poseer un computador en casa es un determinante en la población adulta mayor para poder acceder a las herramientas que este dispositivo ofrece, diferente a las condiciones de otros grupos etarios que pueden utilizar el computador en

otros lugares diferentes al hogar como los centros educativos y los lugares de trabajo.

En cuanto a las habilidades digitales específicas de esta población, en el uso del computador, se cuenta con información de dos variables que reflejan actividades que integran diferentes conocimientos; uso de Excel, que se refiere a realizar operaciones con fórmulas básicas y presentar cuadros con información estructurada; instalación de Software, que incluye la identificación de programas que sean relevantes para el usuario, así como la descarga e instalación de este (DANE, 2020). Para ambos casos se concluye que las habilidades que tiene la población adulta mayor que afirma utilizar

el computador es menor a la observada en la población adulta menor de 60 años pues, mientras el 59,1% de las personas mayores que afirman utilizar computador tiene conocimientos básicos en Excel, esta cifra aumenta a 75.6% en la población entre 25 y 60 años. De igual forma, se evidencia una marcada tendencia decreciente en las habilidades digitales en función de la edad ya que mientras el 40% de las personas entre 60 y 65 años (con habilidades en el manejo del computador) afirman tener conocimientos para descargar e instalar software, esta proporción se reduce a la mitad (20%) en personas entre 70 y 75 años y tan sólo el 7% en las personas mayores de 85 años.

Figura 20. Uso de computador de manera frecuente



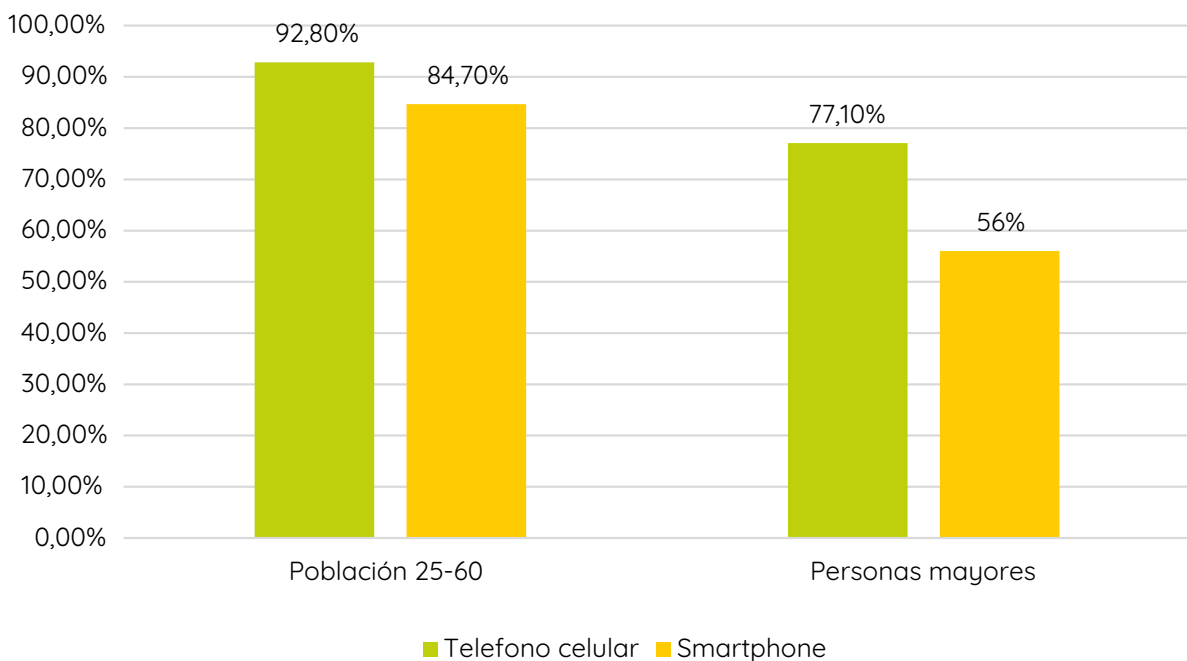
Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Calidad de Vida (DANE, 2020).

Adicionalmente, la Encuesta de Calidad de Vida (2020) permite concluir que tres de cada cuatro personas mayores (77%) en el país tienen un teléfono celular, cifra menor a lo observado para el total de la población mayor de 25 años, cuya proporción asciende al 92%. Asimismo, del total de personas mayores que reportan tener un teléfono celular, un poco más de la mitad (56%) de estos son teléfonos inteligentes (smartphones).

Al igual que lo observado en el caso de los computadores, cuando se posee el dispositivo su uso aumenta significativamente, siendo especialmente cierto con los teléfo-

nos celulares pues, del total de la población adulta mayor que tiene un dispositivo celular, dos de cada tres lo utilizan con una frecuencia diaria y prácticamente el total de esta población lo utiliza al menos una vez a la semana (95,9%). Por su parte, si bien el principal motivo de uso del teléfono es la comunicación (99%) cuatro de cada cinco personas mayores utilizan su teléfono celular para navegar por internet (79,7%) demostrando que las necesidades de esta población en cuanto a herramientas TIC es fundamentalmente la comunicación, la búsqueda de información y la gestión de tareas simples de su vida cotidiana.

Figura 21. Tenencia dispositivo celular



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Calidad de Vida (DANE, 2020).

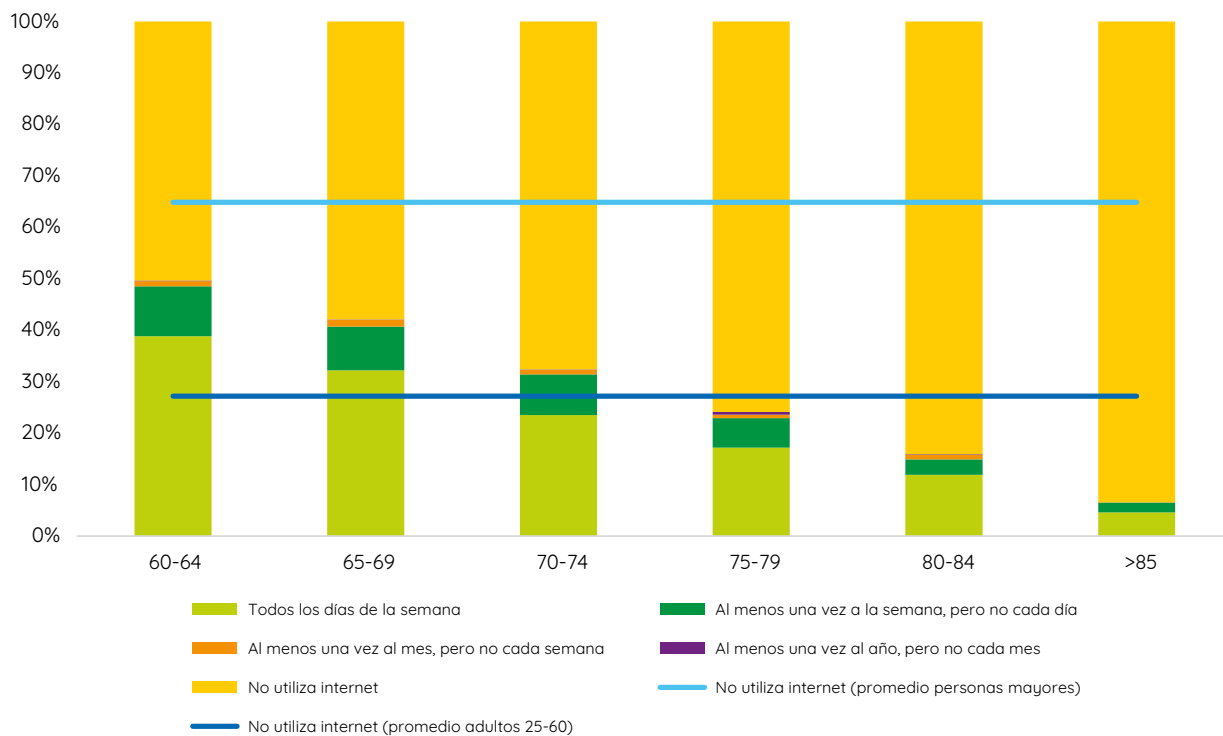
Uno de los componentes más importantes para el desarrollo de las habilidades digitales es el acceso y uso del Internet, que en el caso de la población mayor presenta brechas frente al resto de la población. La Encuesta de Calidad de Vida (2020) muestra que uno de cada tres personas mayores (35,1%) acceden a internet al menos una vez por semana mientras que el 72,8% del total de la población adulta (entre 25 y 60 años) en el país utiliza el internet con dicha frecuencia. Además, una de cada tres (36,6%) personas mayores que acceden a Internet lo hacen desde sus lugares de trabajo dado que ya se había mencionado que esta población tiene una alta participación relativa en el mercado laboral.

La principal razón para usar internet de este grupo población es fundamentalmente la comunicación, pues el 86,73% afirma que usa internet para acceder a redes sociales a su vez que el 80,91% responde que utiliza el correo electrónico. Además, aunque en menor medida el 21% de la población mayor utiliza el Internet como herramienta para la formación (tanto formal como informal). La proporción de personas mayores que utilizan internet para hacer operaciones bancarias (13,1%) es muy similar a la proporción de adultos entre 25 y 60 años que hacen la misma afirmación (18,4%). De igual forma, mientras el 6,9% de las personas mayores

afirman acceder a servicios del Estado a través de internet, esta cifra aumenta ligeramente para las personas entre 25 y 60 años, con un 9,6% de respuestas afirmativas.

Las dos principales razones para no utilizar el internet en las personas mayores son la ausencia de conocimiento para utilizarlo (60,5%) y que creen que el Internet no le genera valor a ningún aspecto de su vida (26,7%). Estas cifras demuestran que, aunque la apropiación del Internet como herramienta de información y comunicación en la población mayor no es despreciable, aún existen brechas en las habilidades que esta población. De igual forma existe desinformación sobre las grandes prestaciones que el Internet puede brindar para mejorar aspectos de su vida.

Figura 22. Frecuencia uso internet por grupos etarios



Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Calidad de Vida (DANE, 2020).

A partir de los hallazgos cualitativos encontramos que la mayoría de las personas mayores consideran que no cuentan con habilidades digitales y aquellos que manejan las TIC en su mayoría son personas profesionales o por su trabajo han tenido que formarse en el manejo de las mismas. Además, las personas que viven o tienen familiares mayores identifican las barreras que tienen sus familiares frente al manejo tecnológico. No obstante, a partir de la pandemia los entrevistados identificaron aún más las brechas existentes entre las

personas mayores y el manejo de las TIC. Por ejemplo, a causa del confinamiento la atención en servicios de salud, las transacciones bancarias, el estudio, el trabajo, entre otras actividades empezaron a hacerse virtuales. Para la mayoría de las personas mayores el uso de medios tecnológicos afectó su autonomía de realizar actividades por sí solos, pero también identifican rapidez en trámites que antes requerían largas filas. Además, el uso de las TIC se convierte en una oportunidad para lograr acercarse a sus seres queridos.

Por otro lado, a causa de la pandemia los entrevistados reconocen que las instituciones educativas empezaron a hacer uso de los medios tecnológicos, sin embargo, para las personas mayores se ha convertido en una barrera porque hay ofertas educativas que empezaron a ser virtuales y no presenciales; y la mayoría de los adultos reconocen que su conocimiento sobre el manejo de computadores y plataformas digitales es bajo (en su mayoría de estratos 1 y 2).

“Hay muchas barreras en el momento porque ahora lo que manda es la tecnología, y a nosotros nos atropella la tecnología, porque yo veo que ahora hasta el más pequeño maneja celulares y nosotros apenas para chatear, contestar y llamar”.

(GF, Mujeres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Manizales).

3.3.3. Pertinencia

Según el Plan Nacional Decenal de Educación 2016-2026 la pertinencia se entiende como la congruencia entre el proyecto educativo con las necesidades sociales y la diversidad cultural de los estudiantes y

su entorno. Pensar en una educación pertinente requiere del desarrollo de habilidades para el empleo y el emprendimiento, evitando cualquier forma de marginación y exclusión económica.

La pertinencia de la oferta deberá estar centrada en cómo hacer que la vida de las personas mayores tenga valor, un sentido, que favorezca a su proyecto de vida y al proyecto de país. Por otra parte, el aprendizaje a lo largo de la vida enfocado en el bienestar intelectual contribuye al desarrollo de los individuos, haciendo que las personas mayores se sientan valoradas, eleven sus conocimientos; participen y decidan de manera objetiva y crítica en su comunidad, con aportes en ámbitos como el político, económico y social. Esta sección estudia la relación entre la educación y el bienestar material y productivo, describe el impacto diferencial que tiene la automatización del mercado laboral sobre la población mayor y revisa el caso específico de mayor demanda laboral en las áreas del cuidado a la primera infancia y a personas mayores.

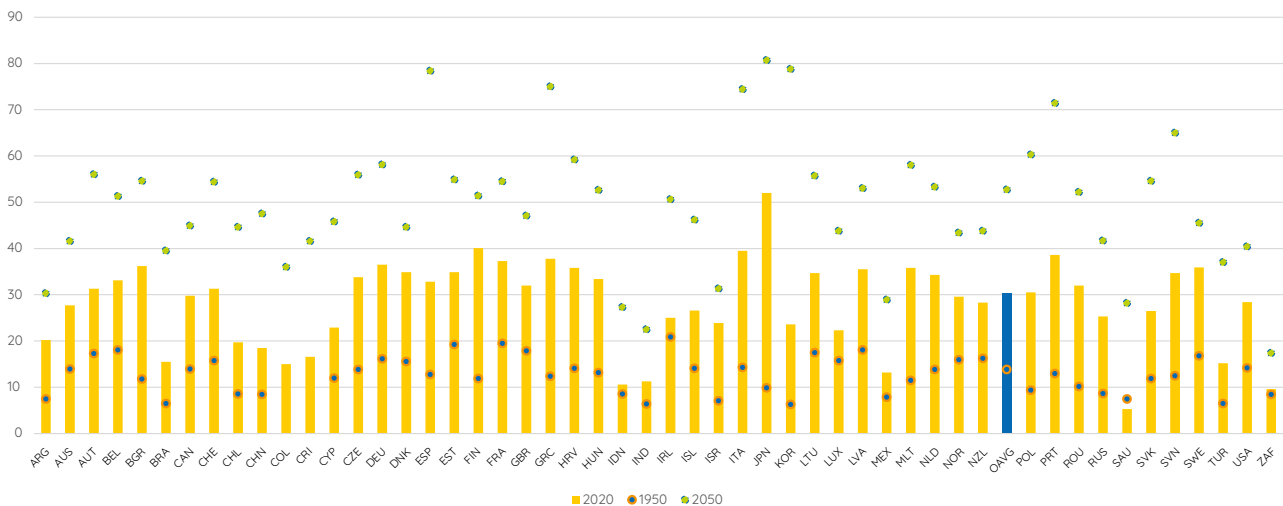
3.3.3.1. Educación y bienestar material y productivo

El nivel de escolaridad es una variable que se encuentra estrechamente relacionada con el desempeño laboral en el largo plazo, particularmente, las funciones más sensibles a la escolaridad son la memoria

y la fluidez verbal. Pero aún más importante, son las habilidades que permiten que una persona sea autónoma, tome decisiones y pueda programar las actividades que requiere realizar en su vida diaria (Lored-Figueroa et al., 2016). También se encuentra que el nivel de estudios obtenido

y el grado de lectura de una persona, favorecen la autonomía y funcionalidad de una persona mayor, en ese sentido, actúa como un elemento protector de la vejez. (Soto Añari, 2016). Las personas mayores con un grado de escolaridad más bajo evidencian mayor dependencia.

Figura 23. Personas mayores de 65 años por cada 100 habitantes menor de 65 años



Fuente: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) 2021.

Las personas mayores trabajadoras con baja educación son expulsadas del mercado laboral más rápidamente que sus pares educados. Asimismo, tienden a padecer de problemas de salud causados por trabajos que son físicamente demandantes, acortando su esperanza de vida en hasta 30% (Johnson & Karamcheva, 2017). Debido a la inversión de la pirámi-

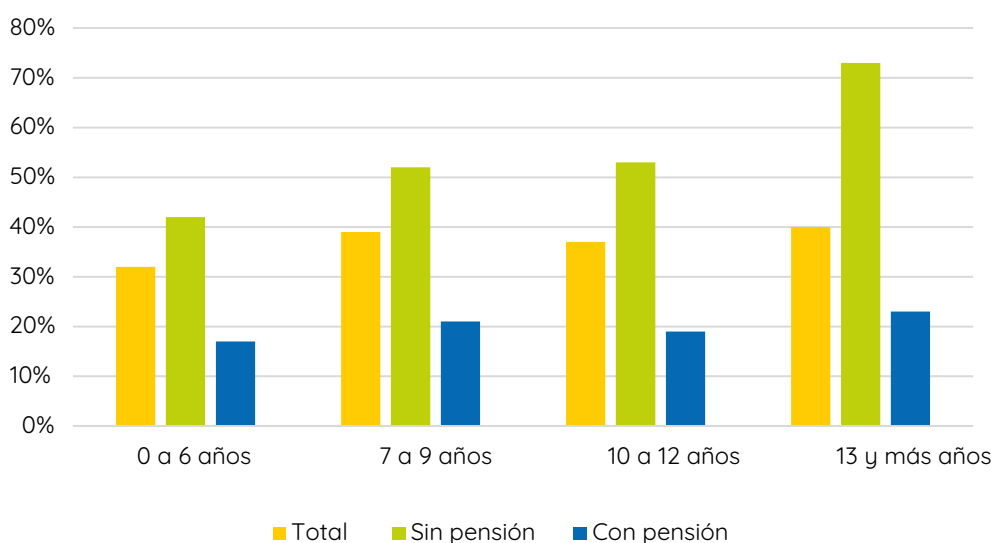
de poblacional, los gobiernos han optado por políticas pensionales más restrictivas, aumentando la edad legal de pensión que asegure la sostenibilidad de mediano y largo plazo del sistema pensional. Lo anterior ha incidido negativamente en el bienestar económico de la población mayor con menores estudios, al ser en muchos casos incapaces de cumplir con el número

mínimo de semanas establecidas por ley, limitados por las exigencias en las habilidades y competencias requeridas para mantenerse dentro del mercado laboral.

La evidencia internacional da cuenta de los argumentos anteriormente planteados. Mientras el 13% de la población adulta mayor en Estados Unidos que no ha culminado sus estudios de bachillerato participa del mercado laboral, esta cifra asciende hasta un 35% para los profesionales universitarios (Johnson, 2017). De igual forma McAllister et al., concluyen que las personas mayores de cuatro países desarrollados (Canadá, Dinamarca, Suecia y el Reino Unido) con niveles de estudios superiores tienen una participa-

ción de hasta 10 p.p. mayor que sus pares con bajo nivel educativo (McAllister et al., 2020). En líneas generales, el panorama latinoamericano presenta tendencias similares a las observadas en los países desarrollados; la tasa de participación global de las personas mayores es creciente en función de los años de educación recibidos (ONU, 2018). Sin embargo, resulta más interesante el análisis al desagregar la participación laboral para las personas mayores que han obtenido los requisitos legales para pensionarse y las que no. La Figura 24 presenta este análisis para América Latina con base en las estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2019).

Figura 24. Tasa de ocupación en población pensionada y no pensionada por años de educación en Latinoamérica



Fuente: Organización Internacional del Trabajo (OIT) 2019.

Como ya se ha mencionado, la participación de las personas mayores en el mercado laboral es superior para las personas con alto nivel educativo pues, mientras el 33,4% de las personas mayores con 0 a 6 años de educación participan del mercado laboral, esta cifra asciende al 41,4% para la población de 13 y más años de educación, (OIT, 2019). A su vez, la población de personas mayores que no cuentan con pensión asegurada participa hasta un 38% más que sus pares pensionados, siendo las personas más educadas (pero sin pensión) las que presentan mayor tasa de ocupación donde una de cada 3 personas mayores de este grupo afirma realizar labores remuneradas. Finalmente, se observa la misma tendencia en las personas pensionadas, donde la mayor participación (de este grupo) se encuentra en los niveles más altos de educación.

La caracterización de la población mayor ocupada en América Latina nos permite llegar a tres conclusiones fundamentales. Primera, la participación de las personas mayores se encuentra motivada en una alta proporción por la falta de seguridad económica, es decir que existe una inserción laboral involuntaria pues necesitan los ingresos laborales y no pueden darse el lujo de quedar desempleadas. Lo anterior puede ser explicado por un ingreso pensional que no resulta suficiente para satisfacer sus necesidades básicas o la

ausencia total de este ingreso (ONU, 2018). Segunda, el hecho de que las personas mayores con mayores niveles educativos sin pensión tengan una sobrerrepresentación en el mercado laboral puede deberse en gran parte por un mayor nivel de habilidades adquiridas gracias a la educación recibida que les permite mantenerse competitivos y productivos incluso en edades avanzadas. Tercera, dado que la mayor participación observada de la población pensionada se encuentra en el grupo de mayor nivel educativo muestra que existe una motivación para trabajar en edad avanzada por preferencias personales, más allá de las necesidades económicas básicas. A propósito, Sewdas explica que uno de los factores más influyentes en la decisión de la población mayor de participar del mercado laboral es el sentido de pertenencia y contribución social (Sewdas et al., 2017).

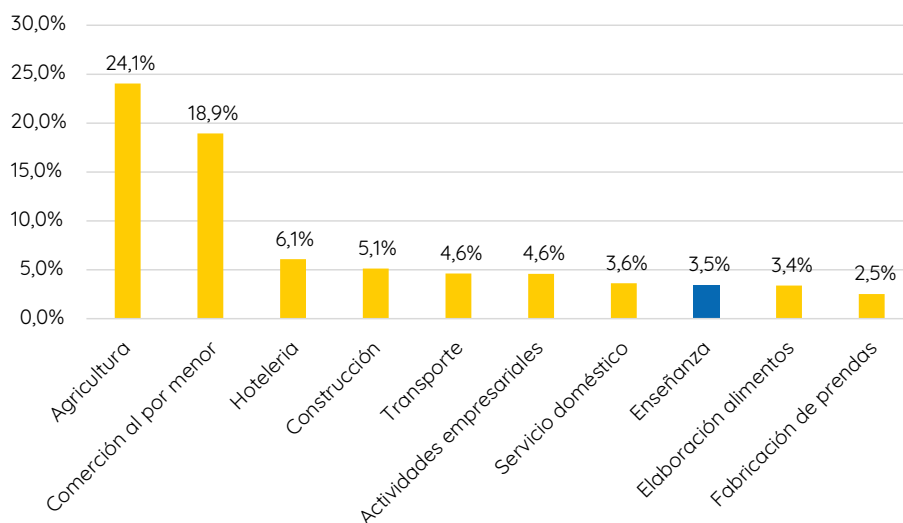
En cuanto a la relación entre desempleo y nivel educativo para el caso de Colombia, se encuentra una vez más que a mayor nivel de escolaridad alcanzada la tasa de desempleo es menor en promedio para toda la población adulta mayor, exceptuando a la población con estudios universitarios. Mientras que la población económicamente activa de este grupo etario que reporta no tener ningún nivel educativo presenta una tasa de desempleo del 10,6%, esta proporción se reduce a 5,7%

para las personas mayores que cuentan con estudios técnicos o tecnológicos. Por su parte, si bien la tasa de desempleo para las personas mayores con un nivel educativo universitario es menor que la de las personas mayores sin ninguna formación educativa, este valor es mayor que lo observado para la población con estudios de bachiller y técnicos.

Adicionalmente, la proporción de personas mayores empleadas disminuye con la edad. Mientras que el 53,6% de las personas mayores entre los 60 y 65 años se encuentran ocupados, esta tasa disminuye a 9,7% para la población entre 80 y 85 años, mientras que tan sólo el 3,7% de las personas mayores de 85 años se están ocupados. Sin embargo, a pesar de encontrarse en edad de jubilación, se

puede concluir que la población adulta mayor presenta alta tasa de ocupación, pues una de cada tres personas de este grupo poblacional está ocupada (35,8%), lo cual evidencia que las personas mayores están en la necesidad de trabajar para generar ingresos de subsistencia. Finalmente, a pesar de la alta participación de este grupo poblacional en actividades de bajo valor agregado, informales y con bajos requisitos en su formación educativa se encuentra que las labores de enseñanza (en todos los niveles educativos) hacen parte de las 10 actividades principales de las personas mayores, ubicándose en el octavo puesto en el que, según la Gran Encuesta Integrada de Hogares para 2019, se encontraban 77.191 personas mayores participando.

Figura 25. Sectores laborales en los que se ocupan las personas mayores en Colombia



Fuente: Elaboración propia con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (DANE, 2019).

3.3.3.2. La automatización como oportunidad de reconversión

El aprendizaje a lo largo de la vida también tiene como uno de sus objetivos la preparación para subir el nivel de los adultos ocupados, lo que incrementa la eficiencia de los trabajadores y los prepara para ocupar cargos superiores o en nuevos campos. Hablar de actualización de los conocimientos o de una reconversión laboral está unida a un proceso que en la actualidad se ha denominado automatización y que las personas mayores deben entender y prepararse para enfrentarlo y así no quedar por fuera del mercado laboral.

La visión tradicional de la automatización razona que el avance tecnológico permite relegar una proporción (cada vez mayor) de dichas tareas, generando una inevitable expulsión de la fuerza de trabajo que es independiente a cualquier industria o modelo económico. Sin embargo, Acemoglu argumenta que esta visión es muy limitada pues no tiene en cuenta factores relevantes al momento de analizar la composición productiva y la relación que existe entre los factores de producción (Acemoglu, 2003). El autor realiza una distinción entre dos tipos de tareas: las tareas rutinarias y las no-rutinarias. Evidentemente las tareas rutinarias son aquellas que, en palabras de Osborne son “altamente computarizables”

dado su bajo nivel de complejidad en términos operativos. Por su parte, las tareas no-rutinarias son aquellos procesos operativos que responden a contextos y realidades cambiantes, además de tener un alto componente de “juicio de valor” que suponen un razonamiento abstracto no computarizable (Benedikt Frey & Osborne, 2013).

Este marco teórico nos permite tener una visión más completa del efecto que tiene la introducción de nueva tecnología en el agregado productivo. Como es de esperarse, la automatización de procesos genera un reemplazo directo y proporcional de la fuerza laboral. Sin embargo, este fenómeno, como aseguran los autores, se da exclusivamente en las tareas rutinarias, es decir afectando los procesos y trabajos que requieren bajos niveles de habilidades en el razonamiento abstracto. Contrario a lo esperado desde la visión tradicional de la automatización, el reemplazo de tareas rutinarias implica una reconfiguración del proceso productivo, en el cual inevitablemente se generan nuevas tareas, pero esta vez de tipo no-rutinarias. En este sentido, Acemoglu y Restrepo concluyen que la automatización de procesos productivos libera fuerza de trabajo que puede ser utilizada en las nuevas tareas no-rutinarias donde existe un alto valor agregado (Acemoglu & Restrepo, 2019). La creación de nuevas

tareas no-rutinarias no se da (necesariamente) sobre la misma industria que ha sido objeto de automatización. Esto es observado por Osborne quien explica que existen industrias en proceso de completa automatización, dada su alta composición de tareas de tipo rutinaria¹⁰ (Benedikt Frey & Osborne, 2013).

Los hallazgos de Osborne se encuentran estrechamente relacionados con los propuestos por Acemoglu. Las industrias con baja probabilidad de automatización son a su vez industrias con una demanda de capital humano de alto valor agregado, es decir una fuerza laboral con habilidades cognitivas que son desarrolladas y adquiridas a través de la educación. A su vez, las industrias con alta probabilidad de automatización requieren de desarrollos en otras áreas productivas, generando nuevas tareas no rutinarias que sólo pueden ser cubiertas por fuerza laboral capacitada. Por lo tanto, se concluye que los nuevos desarrollos tecnológicos son complementarios a los procesos productivos en industrias de baja automatización, pues potencian las capacidades de su fuerza laboral y no implican una destrucción de empleos.

A pesar del alentador panorama que proponen los autores mencionados, re-

sulta evidente que uno de los mayores retos que enfrentan las sociedades modernas es la profesionalización y transición hacia una fuerza de trabajo con mayores niveles de habilidades cognitivas que aseguren la plena ocupación en las nuevas tareas no rutinarias generadas por el avance tecnológico. Esta situación se torna problemática al considerar que las personas expulsadas de los oficios automatizables no son capaces de ser absorbidos inmediatamente por los trabajos de alto valor agregado debido a su falta de conocimiento y habilidades requeridas. En especial atención a este fenómeno la OCDE explica que la población mayor se encuentra en mayor riesgo de presentar una expulsión involuntaria y de desempleo estructural (OECD Publishing, 2019). La Organización Internacional del Trabajo de las Naciones Unidas concluye que, a nivel global, el 40% de las personas ocupadas mayores de 60 años se encuentran laborando en oficios con bajas habilidades cognitivas, siendo la industria manufacturera la ocupación con mayor representación (14,3%) (International Labour Office, 2015).

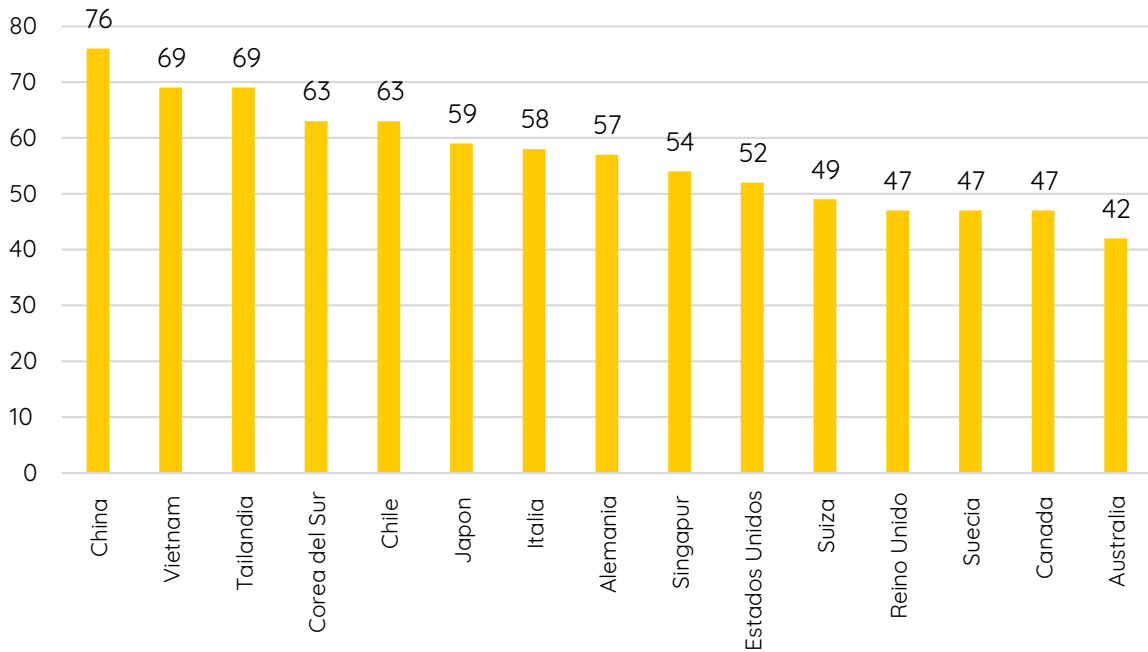
A propósito, Basú expone que los principales indicadores que explican el riesgo de automatización y expulsión de las per-

10. En este sentido, el autor espera una expulsión de fuerza de trabajo en oficios que requieren un alto esfuerzo físico y bajo nivel de habilidades cognitivas. A través de un proceso de clasificación que utiliza métodos estadísticos y computacionales (proceso de clasificación Gaussiana), Osborne estima la probabilidad de computarización de 702 ocupaciones, donde el criterio principal es la composición de tareas rutinarias y no-rutinarias del proceso productivo. De manera global, el autor concluye que los procesos industriales y de manufactura presentan el mayor riesgo de "completa automatización". Por su parte, los oficios de supervisión, desarrollo tecnológico, educación y atención a la salud tienen la menor probabilidad de ser automatizables, con una probabilidad cercana a cero.

sonas mayores se encuentran relacionados con los niveles de educación, el valor agregado de las industrias manufactureras, así como los derechos de las personas mayores (Basu et al., 2018). Para el primer caso, se encuentra que el gasto en educación reduce en hasta 24% el riesgo de automatización global de la economía. Además, y de especial relevancia, se observa que una mayor proporción de personas mayores entre 55 y 64 años con educación terciaria reduce en hasta 18% la probabilidad de expulsión de la población de personas mayores. Por su parte,

una mayor participación de la manufactura en el Producto Interno Bruto (PIB) aumenta en hasta 23% el riesgo de automatización. De igual forma, se evidencia que el cambio porcentual en el PIB per cápita (una medida de bienestar) observado entre 1985 y 2016 ha incrementado la probabilidad de automatización de los procesos en hasta 16%. Finalmente, el aumento en la edad de pensión, así como el fortalecimiento de los derechos de la población mayor reducen el efecto negativo de la automatización en 12% y 11% respectivamente.

Figura 26. Riesgo promedio de automatización en trabajos ocupados por la población mayor

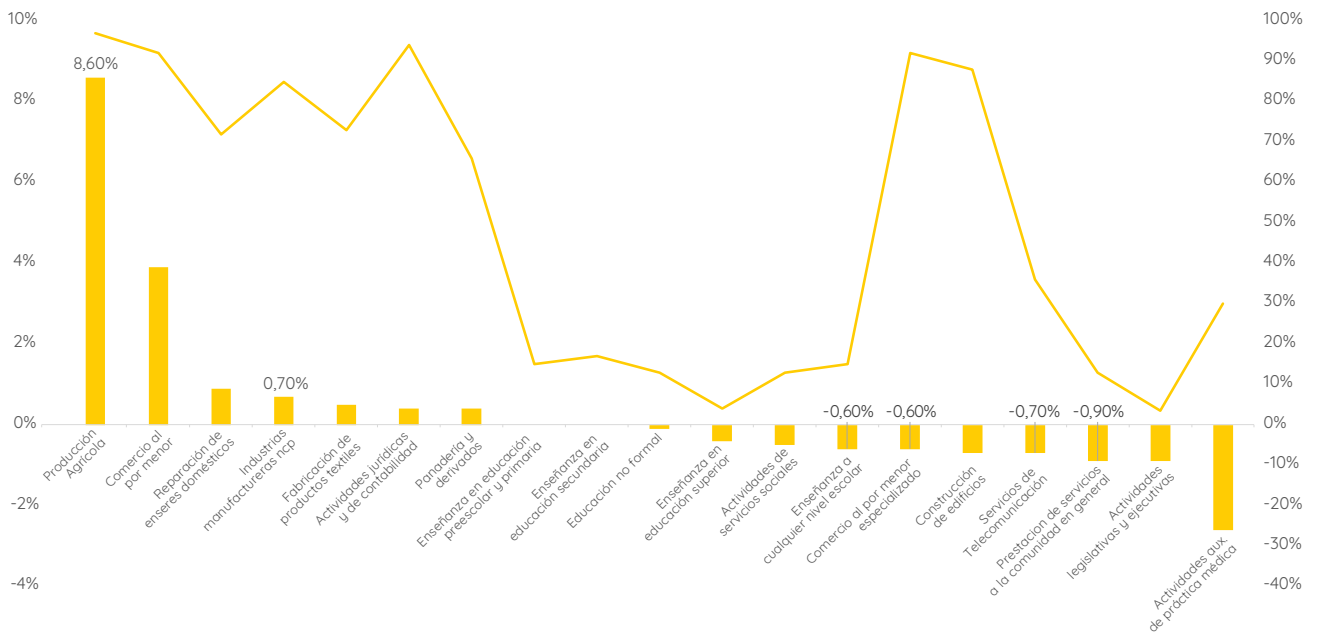


Fuente: Basu et. Al, 2019.

Los hallazgos de la OIT (2019) son consistentes con los hallazgos observados en la población de personas mayores ocupadas en Colombia. El comercio al por menor representa el 15% de la fuerza laboral para este grupo etario, rubro económico que muestra una probabilidad asociada de computarización del 92% - GEIH (DANE, 2019). A su vez, los 5 principales oficios de las personas mayores en Colombia se encuentran con una probabilidad de automa-

tización promedio del 83,8% según la escala propuesta por la Universidad de Oxford (Benedikt Frey & Osborne, 2013). Sin embargo, resulta igualmente interesante que una proporción importante de dicha población se encuentra laborando en oficios con baja probabilidad de computarización; enseñanza en instituciones oficiales (17% de probabilidad de automatización) y actividades de servicios sociales sin alojamiento (2,8% de probabilidad de automatización).

Figura 27. Diferencia promedio de la Población Económicamente Activa (PEA) por rubro de actividad económica (personas mayores versus personas adultas - barras) respecto a la probabilidad de automatización (línea)



Fuente: Cálculos propios con base en GEIH (DANE, 2021).

3.3.3.3. Oportunidades en áreas del cuidado y educación

La pertinencia sobre el aprendizaje a lo largo de la vida debe considerar también otras megatendencias del mercado laboral adicionales a los procesos de automatización, como lo es la necesidad de tener más personas empleadas en los sectores de salud, cuidado y educación. Forero et al., realizaron un estudio analizando tres componentes: 1. Los análisis

prospectivos de aumentos o reducciones en la demanda global por ocupaciones, 2. La empleabilidad y los salarios de los egresados de los programas de educación superior, 3. Los cambios en personas empleadas por ocupación del mercado laboral. De primer análisis construyen la Tabla 1 sobre las ocupaciones que a nivel global proyectan diversos analistas que tendrán aumentos en la población ocupada en los próximos años (Forero et al., 2021).

Tabla 1. Ocupaciones con prospectiva de aumento o reducción

Ocupaciones estratégicas: Alto crecimiento futuro	Ocupaciones de menor potencial: Mayor probabilidad de ser sustituidas	Ocupaciones con tendencias ambiguas
<ol style="list-style-type: none"> Ocupaciones asociadas a economía del cuidado y educación: médicos, enfermeros, cuidadores y docentes. Ocupaciones asociadas a las nuevas tecnologías de la información: desarrollo web, programación, ingeniería y mantenimiento de la nube, instalación y mantenimiento de equipos. Análisis de datos e inteligencia artificial. Equipo de ventas, marketing y diseño de publicidad. Apoyo a tecnologías limpias y medioambiental (parte de una base pequeña). 	<ol style="list-style-type: none"> Apoyos administrativos y de contabilidad. Digitadores y medidores. Empacadores y operarios de máquinas. Mecánicos. Preparación de alimentos. 	<ol style="list-style-type: none"> Derecho. Administración. Conducción de transporte público y de carga. Construcción.

Fuentes: Forero et al., 2021.

Se construye con base en: World Economic Forum 2020, Jobs of Tomorrow Mapping Opportunity in the New Economy 2019, Towards a reskilling revolution 2018, The Future of Jobs Report McKinsey Global Institute 2018, Skills Shift, Automation and the Future of Workforce 2017, Jobs Lost, Jobs Gained: Workforce transition in a time of Automation, Banco InterAmericano de Desarrollo 2019, El Futuro del Trabajo en América Latina, Banco Mundial 2019, The Changing Nature of Work, WDR, OECD 2019, Employment Outlook, Bain and Company 2018, Labor 2030: The Collision of Demographics, automation and inequality.

Datos recientes publicados por el Banco Interamericano de Desarrollo posicionan a las actividades educativas y los servicios de la salud como los campos laborales con mayor crecimiento esperado en la región latinoamericana (Robles et al., 2019). La participación de la fuerza laboral empleada en el sector de la educación y los servicios de la salud se ha duplicado desde el año de 1970, pasando de una participación global de 3,3% a 7,8% para 2018. Se espera no sólo continúe esta tendencia, sino que se acelere en las próximas décadas. La mayor demanda por profesionales en las áreas de salud y educación obedece a tres macro factores fundamentalmente: la baja probabilidad de automatización, los procesos de envejecimiento poblacional y los mayores esfuerzos de cobertura educativa y sanitaria para la población infantil.

Los mayores niveles educativos de los que goza la población económicamente activa en Latinoamérica han resultado en una mayor oferta laboral de profesiones con alto valor agregado. Este fenómeno se ha acompañado de políticas más comprensivas e integrales en materia de cobertura y calidad de servicios considerados como derechos fundamentales, en especial la salud y la educación, que han logrado absorber la mayor fuerza de trabajo. Lo anterior se ha reflejado en grandes incrementos de los salarios, con un crecimiento del 60% entre los años 2000

y 2018, superando lo observado en sectores tradicionales como la administración, el derecho e incluso las ingenierías. Por su parte, a pesar de los importantes avances tecnológicos que han tenido lugar en las últimas décadas, los servicios sociales de la salud y la educación tienen una probabilidad de expulsión laboral cercana a cero (Benedikt Frey & Osborne, 2013). Lo anterior se debe a que en estos sectores no se realizan tareas rutinarias, pues por el contrario dependen de los constantes ejercicios de innovación, así como del razonamiento abstracto.

A pesar de los importantes esfuerzos en materia de provisión de servicios educativos y de salud de calidad que se han dado en las décadas recientes, se observan en la actualidad brechas en el acceso a dichas prestaciones por parte de poblaciones especialmente vulnerables como los niños y adolescentes, así como las personas que habitan áreas rurales. Mientras Latinoamérica tiene un promedio de 20 estudiantes por profesor, esta cifra se reduce a tan sólo 11 estudiantes por profesor en promedio para el caso de Europa Occidental. Para el caso de Colombia, se cuenta con una tasa de 2.2 doctores (médicos) y 1.3 enfermeros y enfermeras por cada cien mil habitantes, fuertemente contrastando con los promedios observados para la OCDE (3.4 doctores y 6 enfermeros y enfermeras).

Figura 28. Núcleos del conocimiento con mejor perspectiva laboral en Colombia



Fuentes: Forero et al., 2021. Descifrar el Futuro, Fedesarrollo.

A partir de los hallazgos cualitativos encontramos que los entrevistados identifican barreras para acceder al mercado laboral, la mayoría consideran que el emprendimiento es la mejor alternativa que tienen no solo para generar ingresos sino también para emplear personas que no son incluidas por la edad, falta de experiencia laboral y de estudios universitarios o en condición de alguna discapacidad. Además, los participantes prefieren emprender porque tienen la posibilidad de manejar sus horarios laborales sobre todo para aquellas personas que son cuidadoras de Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) y/o personas mayores.

3.4. Conclusiones



La educación a lo largo del ciclo de vida es un factor determinante y transversal para el envejecimiento activo, la salud, el cuidado, la protección económica, la participación social y el bienestar de las personas mayores.

Al analizar los dos tipos de habilidades cognitivas ampliamente aceptadas en la actualidad: inteligencia cristalizada (capacidad de utilizar destrezas y conocimientos previos para resolver problemas cotidianos) e inteligencia fluida (capaci-

dad de razonar de manera rápida, flexible e innovadora para resolver nuevos retos), se puede concluir que existe una fuerte correlación entre educación en edad avanzada y la recuperación de habilidades cognitivas; devolviendo habilidades fluidas observadas en poblaciones hasta cinco años más jóvenes (para cualquier grupo etario de la tercera edad). Asimismo, es importante considerar en las recomendaciones para la toma de decisiones políticas integrales, que los adultos mayores que han recibido educación a lo largo de la vida presentan un deterioro menos acelerado de las habilidades cognitivas respecto a los que no continúan con los estudios en edad avanzada.

El nivel de escolaridad y analfabetismo en personas mayores se encuentra fuertemente correlacionado con el desarrollo económico del territorio donde habitan, evidenciando brechas significativas en el nivel educativo y analfabetismo de las personas mayores que se encuentran en la ruralidad. Además, existe una alta dificultad de cerrar brechas educativas entre las personas mayores de edad avanzada (mayor a 70 años) y el grupo etario más joven, especialmente, si se tiene en cuenta que el máximo nivel de escolaridad alcanzado en promedio por la población de personas mayores es de básica primaria.

Por su parte, las personas mayores con discapacidad presentan menores ni-

veles educativos. Esto representa un reto en las adaptaciones, ajustes y apoyos que deben generarse para lograr la inclusión de esta población.

Las personas mayores evidencian una baja tasa de asistencia a programas formativos de educación formal y educación para el trabajo. Las encuestas analizadas indican que este fenómeno está asociado a una baja oferta de programas educativos enfocados a esta población y de calidad que les de herramientas prácticas para brindar una mejor calidad de vida (QoL), desde sus dimensiones de independencia, participación social y bienestar.

Las universidades han adquirido protagonismo en el aprendizaje a lo largo de la vida tanto a nivel global como local ya que cuentan con el capital físico y humano requerido en la atención de esta población para la enseñanza bajo modelos formales y programas de extensión, que constituyen con una oferta complementaria a la del SENA y a las cajas de compensación familiar.

Los cursos de formación para el trabajo deben tener un enfoque diferencial para la población de personas mayores. Atender las recomendaciones de la población en proceso de jubilación, brindar una mayor cantidad de horas para su formación y adoptar el modelo educativo (aprendizaje basado en el computador,

aprendizaje tradicional o aprender haciendo) que mejor se ajuste a las habilidades observadas aseguran un proceso formativo de calidad.

Otro hallazgo significativo y transversal hace referencia al imperativo de avanzar en la inclusión digital de las personas mayores como factor habilitante para su bienestar y participación. Además de proveer servicios digitales de calidad, especialmente tras el panorama que reveló la pandemia del COVID-19.

Los hallazgos de la investigación muestran la necesidad de dar respuesta a la diversidad en este grupo poblacional y las brechas y desigualdades territoriales: grupos etarios (ciclo de vida), zonas urbanas y rurales, discapacidad, género, raza y etnia, entre otros. Se requiere ampliar la comprensión sobre la diversidad de las personas, de las comunidades y de los contextos, su magnitud y complejidad respecto a la ampliación de la cobertura, la mejor calidad y la mayor pertinencia educativa, la disponibilidad y accesibilidad suficiente y oportuna a la infraestructura, el acceso a las tecnologías y a los recursos educativos.

El panorama laboral de las personas mayores en Colombia nos permite concluir que: primero, acerca de la relación entre desempleo y nivel educativo, se encuentra que, a mayor nivel de escolaridad alcanzado, la tasa de desempleo es

menor para toda la población adulta mayor, exceptuando a la población con estudios universitarios. Segundo, la menor tasa de desempleo para personas mayores está asociada a quienes reportan haber cursado estudios técnicos y tecnológicos. Tercero, mientras que el 96% de las personas mayores que pertenecen a la población económicamente activa y no reportan tener ningún nivel de escolarización se encuentran en la informalidad, esta tasa disminuye a 61% para los bachilleres y 30% en el caso de los universitarios, situación que se asimila a lo observado en la población general. Por último, 77.191 personas mayores, desempeñan labores de enseñanza, actividad que se ubica en el octavo puesto de las 10 actividades principales de esta población, según la Gran Encuesta Integrada de Hogares para 2019.

Finalmente, es necesario fortalecer la capacidad de articular la oferta institucional y la coherencia de una política educativa para las personas mayores. Se recomienda impulsar una comisión intersectorial que defina acciones de corto, mediano y largo plazo, indicadores y metas, y lineamientos técnicos, en la que participen, por lo menos, la Presidencia de la República, los Ministerio de Educación, Salud y Trabajo, el SENA, el Departamento para la Prosperidad Social (DPS) y el Departamento Nacional de Planeación

(DNP). Un ejemplo a seguir de modelo es la Comisión Intersectorial de Primera Infancia (CIPI), que ha resultado en una política integral del Estado para el bienestar de la primera infancia.

3.5. Recomendaciones



Desde una perspectiva integradora, la **Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva**, recomienda el diseño de una política educativa inclusiva y equitativa, que de manera intersectorial propendan por garantizar el derecho a la educación, a la formación y a la cualificación a lo largo del ciclo de vida y que promueva el envejecimiento activo y saludable desde la educación inicial, hasta las trayectorias educativas particulares y diversas para las personas mayores.

En este sentido, pensar en la educación para el bienestar de las personas a lo largo del ciclo de vida implica potenciar en la educación preescolar, básica, media y superior, la educación continua y la educación para personas adultas y mayores temáticas como la educación para la salud (física y mental), el deporte, la educación financiera, el cuidado, la

formación para la democracia, la participación, la convivencia y la ciudadanía, entre otras. Adicionalmente, se debe tener una oferta propia y diversa, dirigida a las personas mayores orientada a su proyecto y sentido de vida para la actualización, el reentrenamiento, el desarrollo de habilidades digitales y la preparación para la vejez, entre otros. Desde la parte didáctica y metodológica, implica una planeación sujeta a ajustes y flexibilización de acuerdo con las características y demandas de la población.

- › Colombia cuenta con niveles de analfabetismo elevados en comparación con otros países de América Latina, lo cual se asocia a los persistentes niveles de analfabetismo de la población mayor, en particular en la zona rural. Aunque el Ministerio de Educación y las secretarías de educación han contratado operadores para hacer alfabetización inicial durante décadas, las intervenciones no han sido consistentes a lo largo del tiempo. Se deben asignar recursos con énfasis en los departamentos con mayor concentración de población mayor: la Costa Caribe, el Litoral Pacífico y la Amazonía. Se debe buscar incluir este indicador como una meta prioritaria del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026.

- › Teniendo en cuenta que los avances en cobertura educativa evidencian un mayor número de años promedio de educación en el grupo etario de 60 a 65 años deberían resultar en una mayor capacidad cognitiva futura de este grupo poblacional con relación a las capacidades actuales de las personas mayores en edad avanzada (mayor a 85 años). En este sentido, las políticas públicas en educación deben adaptarse a los cambios en la capacidad cognitiva de las personas mayores que se han derivado de las mejores tasas de cobertura en la educación formal.

Sin embargo, se hace necesario realizar acciones diferenciadas orientadas a cubrir las necesidades de las personas mayores pertenecientes a grupos poblacionales de especial interés como campesinado, LGTBIQ+ e indígenas entre otros, y que se encuentran además en zonas apartadas y vulnerables; donde según indican las encuestas, se evidencia una alta tasa de analfabetismo y baja posibilidad de acceder a programas educativos formales. La recomendación en este caso es que el Ministerio de Educación en unión con las entidades territoriales puedan primero identificar y caracterizar a estos grupos poblacionales para diseñar estrategias innovadoras que logren cerrar la brecha educativa.

- › En Colombia se ha evidenciado que la oferta de programas de educación, formación o capacitación para personas mayores está concentrada actualmente en el SENA, las cajas de compensación, los centros comunitarios, fundaciones, las iglesias, bibliotecas públicas y algunas universidades. Sin embargo, no hay suficiente divulgación de los programas y beneficios para las personas mayores. Para generar mayores oportunidades es necesario realizar campañas encaminadas a dar a conocer la importancia de los programas de formación o educación para personas mayores y de las diferentes opciones de temáticas y lugares para realizarlas.
- › Como se señaló en el capítulo, si bien es cierto que las personas mayores con habilidades digitales básicas presentan una mayor remuneración promedio que su contraparte más joven, se estima que la expulsión de personas mayores del mercado laboral por la digitalización de las habilidades reducirá las capacidades productivas en hasta 25%. Lo anterior hace necesario contar con programas de capacitación y reentrenamiento específico para la población de personas mayores que brinden herramientas para el aumento de la confianza en la apropiación de las nuevas herramientas. El desarrollo de habilidades para personas mayores debe tener un foco en la formación para el trabajo que considere: habilidades digitales, habilidades para la participación laboral, re-entrenamiento por riesgo de estar en ocupaciones con potencial de ser automatizadas (como la asistencia administrativa y contable). Además, una formación concentrada en áreas que puedan absorber a la población como la educación inicial, el cuidado a la primera infancia y de otras personas mayores. El SENA podría desarrollar lineamientos pedagógicos específicos, implementar grupos definidos para la población de personas mayores que se adapten a las diferencias de velocidad de aprendizaje que presenta este grupo etario, y abrir oferta de formación titulada (técnicos y tecnólogos) y formación complementaria (cursos cortos).
- › Los programas de educación para la salud deben hacer parte integral de las estrategias de promoción del Ministerio de Salud, con especial énfasis en las personas mayores. Como parte de esta estrategia también las cajas de compensación familiar y las entidades territoriales, deben evaluar la efectividad de la oferta de cursos y

articularlos con los programas de deporte y actividad física.

- › Para construir una sociedad incluyente la política pública debe buscar el bienestar de las personas mayores considerando su desarrollo social, cultural, educativo y económico. La inversión en educación a lo largo de la vida permite mejorar la productividad laboral al reducir el deterioro cognitivo, y aumentando la participación laboral y la capacidad de generar ingresos complementarios a la pensión y los subsidios. En las próximas décadas la conservación del bienestar mental y físico será cada vez más importante para la actividad económica nacional, la independencia de las personas mayores y el trabajo y convivencia intergeneracional. En definitiva, el aprendizaje a lo largo de la vida abre oportunidades continuas para aprender permitiéndoles expresar su opinión sobre cuándo aprender, qué aprender, cómo aprender y, aún más importante, por qué hacerlo.

3.6. Referencias



Áberg, P. (2016). Nonformal learning and well-being among older adults: Links between participation in Swedish study circles, feelings of well-being and social aspects of learning. *Educational Gerontology*, 42(6), 411-422.

Acemoglu, D. (2003). Root Causes. Obtenido de A historical approach to assessing the role of institutions in economic development: http://courses.washington.edu/pbaf531/Acemoglu_RootCauses.pdf

Acemoglu, D., & Restrepo, P. (2019). AMERICAN ECONOMIC ASSOCIATION. Obtenido de Automation and New Tasks: How Technology Displaces and Reinstates Labor: <https://www.aeaweb.org/articles/pdf/doi/10.1257/jep.33.2.3>

Alcaldía de Bogotá. (s.f.). “¿Cómo atiende el Distrito a las personas mayores?”. Recuperado el 02 de mayo de 2022 de: <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/integracion-social/ayudas-para-personas-mayores>

Alcaldía de Medellín. (2021). “El modelo Centro Vida Gerontológico atenderá este año a 3.650 personas mayores con acciones de salud física y mental”. Recuperado el 02 de mayo de 2022 de:

<https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=contenido/10031-El-modelo-Centro-Vida-Gerontologico-atendera-este-ano-a-3650-personas-mayores-con-acciones-de-salud-fisica-y-mental>.

Banco Mundial (2022) Tasas brutas de participación en educación terciaria. Recuperado de: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SE.TER.ENRR>

Basu, M. S. (2018). The twin threats of aging and automation. Marsh & McLennan Companies, Mercer. Benedikt Frey, C., & Osborne, M. A. (17 de septiembre de 2013). THE FUTURE OF EMPLOYMENT: HOW SUSCEPTIBLE ARE JOBS TO COMPUTERISATION? Obtenido de https://www.oxfordmartin.ox.ac.uk/downloads/academic/The_Future_of_Employment.pdf

Barón-Castañeda, A. (2019). Geriatric cardiology: A challenge for the twenty-first century. *Revista Colombiana de Cardiología*, 26(6), 305-307.

Beier, M. E. (2022). Life-span learning and development and its implications for workplace training. *Current Directions in Psychological Science*, 31(1), 56-61.

Bennett, J. 2021. Long-term Unemployment Has Risen Sharply in U.S. amid the Pandemic, Especially among Asian Americans. Washington, DC: Pew Research Center.

Cabedo-Sanromà, J. Fortuño-Godes & J., Guerra-Balic, M., (2013). Health-related quality of life measures for physically active elderly in community exercise programs in Catalonia: comparative analysis with sedentary people. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013.

Cacioppo, J. T., & Freberg, L. (2012). *Discovering psychology: The science of mind.* Cengage learning.

Cavanaugh, J. C., & Blanchard-Fields, F. (2006). *Adult development and aging* (), 5th ed. . Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.

Carl Benedikt Frey & Michael Osborne (2013). *The Future of Employment* Oxford Martin Programme on Technology and Employment. <https://inclusioncg.net/wp-content/uploads/2020/08/future-of-employment-1.pdf>

DANE. (2019). DATOS ABIERTOS. Obtenido de Gran Encuesta Integrada de Hogares - GEIH: <https://www.datos.gov.co/Estadisticas-Nacionales/Gran-Encuesta-Integrada-de-Hogares-GEIH/mcpt-3dws/data?pane=feed>

DANE. (2 de septiembre de 2020). Encuesta nacional de calidad de vida. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2020>

DANE (2020). Pobreza multidimensional por departamentos. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-multidimensional>

DANE. (2021). DATOS ABIERTOS. Obtenido de Gran Encuesta Integrada de Hogares - GEIH: <https://www.datos.gov.co/Estadisticas-Nacionales/Gran-Encuesta-Integrada-de-Hogares-GEIH/mcpt-3dws/data?pane=feed>

Desjardins, R., & Warnke, A. J. (2012). Ageing and skills: A review and analysis of skill gain and skill loss over the lifespan and over time. OCDE, Education Paper no. 72

Dunkin, J. J.-U. (2020). The Effect of Memory Training on Memory Control Beliefs in Older Adults with Subjective Memory Complaints. *Experimental Aging Research*, 47(2), 131-144.

Erickson, K. I., Weinstein, A. M., & Lopez, O. L. (2012). Physical activity, brain plasticity, and Alzheimer's disease. *Archives of medical research*, 43(8), 615-621.

Fabre, C., Chamari, K., Mucci, P., Masse-Biron, J., & Préfaut, C. (2002). Improvement of cognitive function by mental and/or individualized aerobic training in healthy elderly subjects. *International journal of sports medicine*, 23(06), 415-421.

Forero, D., Saavedra, V., & Fernández, C. (01 de 04 de 2021). El futuro de la educación en Colombia. En Fedesarrollo. Obtenido de Descifrar el futuro. La economía colombiana en los próximos diez años (pp. 321-405). Bogotá: Penguin Colombia.: <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/4172?show=full>

Geda, Y. E., Roberts, R. O., Knopman, D. S., Christianson, T. J., Pankratz, V. S., Ivnik, R. J., ... & Rocca, W. A. (2012). Physical exercise, aging, and mild cognitive impairment: a population-based study. *Archives of neurology*, 67(1), 80-86.

GF, hombres y mujeres, intergeneracional, 18 a 40 años, Estrato 5 y 6, Bogotá. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, mujeres mayores de 60 años, Estrato 3 y 4, Manizales. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, mujeres mayores de 60 años, Estrato 1 y 2, Manizales. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

Harada, C. N., Love, M. C. N., & Triebel, K. L. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in geriatric medicine*, 29(4), 737-752.

Hecker, I., Spaulding, S., & Kuehn, D. (2021). Digital skills and older workers. *Urban Institute*, 2021, 1-24.

Hertzog, C., Kramer, A. F., Wilson, R. S., & Lindenberger, U. (2008). Enrichment effects on adult cognitive development: can the functional capacity of older adults be preserved and enhanced?. *Psychological science in the public interest*, 9(1), 1-65.

Hessel, P., Rodríguez-Lesmes, P., & Torres, D. (2020). Socio-economic inequalities in high blood pressure and additional risk factors for cardiovascular disease among older individuals in Colombia: Results from a nationally representative study. *Plos one*, 15(6), e0234326.

Hincapié, N. (2016). Cátedra de la Experiencia y la Familia del Salazar y Herrera, Primer Congreso Internacional, Profesionalización del Docente Universitario. Universidad Autónoma Latinoamericana. Medellín, Colombia.

Hooyman, N. R., & Kiyak, H. A. (2008). *Social gerontology: A multidisciplinary perspective*. Pearson Education.

International Labour Office. (2015). *World employment and social outlook: Trends 2015*. Obtenido de Geneva: International Labour Organization.

Johnson, R. W., & Karamcheva, N. S. (2017). What Explains Educational Disparities in Older Adults' Propensity to Work? *Journal of Organizational Psychology*, 17(6).

Johnson, R. W., & Wang, C. X. (2017). Educational Differences in Employment at Older Ages. Washington, DC: Urban Institute. tinyurl.com/sxlrrsr. Retrieved February, 6, 2020.

Kürüm, E., Strickland-Hughes, C. M., Ditta, A. S., Nguyen, G., Felix, M., Leanos, S. & Wu, R. (2020). The impact of learning multiple real-world skills on cognitive abilities and functional independence in healthy older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(6), 1155-1169.

Lara-Díaz, M. F., Beltrán-Rojas, J. C., & Araque-Jaramillo, S. M. (2019). Resultados de un programa de estimulación lingüística y cognitiva dirigido a adultos mayores y su impacto en la calidad de vida. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(1), 75-81.

Lövdén, M., Fratiglioni, L., Glymour, M. M., Lindenberger, U., & Tucker-Drob, E. M. (2020). Education and cognitive functioning across the life span. *Psychological Science in the Public Interest*, 21(1), 6-41.

Loredo-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 13(3), 159-165.

Manjarrés, M. (2014). Saberes de Vida. EAFIT. Recuperado de: <https://www.ea->

fit.edu.co/cec/programas/SiteAssets/Paginas/y-seras-feliz/Revista%20saberes%20de%20vida%202014_web.pdf

Martínez-Alcalá, C. I., Rosales-Lagarde, A., Alonso-Lavernia, M. D. L. Á., Ramírez-Salvador, J. Á., Jiménez-Rodríguez, B., Cepeda-Rebollar, R. M., ... & Agis-Juárez, R. A. (2018). Digital inclusion in older adults: A comparison between face-to-face and blended digital literacy workshops. *Frontiers in ICT*, 21.

McEwen, B. S. (2000). Effects of adverse experiences for brain structure and function. *Biological psychiatry*, 48(8), 721-731.

McAllister A, Bodin T, Brønnum-Hansen H, Harber-Aschan L, Barr B, et al. (2020) Inequalities in extending working lives beyond age 60 in Canada, Denmark, Sweden and England—By gender, level of education and health. *PLOS ONE* 15(8): e0234900. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234900>

McWilliams, S. C., & Barrett, A. E. (2018). “I hope I go out of this world still wanting to learn more”: Identity work in a lifelong learning institute. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(2), 292-301.

Navarro, J. L. A., Ruiz, V. R. L., & Peña, D. N. (2017). The effect of ICT use and capability on knowledge-based cities. *Cities*, 60, 272-280.

Noble, C., Medin, D., Quail, Z., Young, C., & Carter, M. (2021). How does participation in formal education or learning for older people affect wellbeing and cognition? A systematic literature review and meta-analysis. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 7.

OECD Publishing. (2019). OECD employment outlook 2019: The future of work. Organisation for Economic Co-operation and Development OECD.

OIT. (2019). Organización Internacional del Trabajo. Obtenido de Perspectivas sociales y del empleo en el mundo: Tendencias 2019: https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2019/WCMS_713013/lang--es/index.htm

ONU. (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Obtenido de Perspectiva regional y de derechos humanos: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo. Un marco político. *Revista española de geriatría y gerontología*, 37, 74-105.

Park, J. H., Lee, K., & Dabelko-Schoeny, H. (2016). A comprehensive evaluation of a lifelong learning program: Program 60. *The International Journal of Aging and Human Development*, 84(1), 88-106.

Patrício, M. R., & Osório, A. (2016). Intergenerational learning with ICT: A case study. *Studia paedagogica*, 21(2), 83-99.

Peláez, B. (2018). Programa Educativo para Adultos Mayores: Casa de la Felicidad. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Perera, A (2020, Oct 26). Fluid vs crystallized intelligence. *Simply Psychology*.

Prado, S. A., Cadavieco, J. F., & Seviliano, M. Á. P. (2013). Ventajas de la incorporación de las TIC en el envejecimiento/ Advantages of incorporating ICT in aging. *Revista Latinoamericana De Tecnología Educativa-RELATEC*, 12(2), 131-142.

Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522), eaay0214.

Robles, M., Cruz-Aguayo, Y., Schady, N., Zuluaga, D., Fuertes, N., & Kang, M. (Enero de 2019). Banco Interamericano de Desarrollo. Obtenido de El futuro del trabajo en América Latina y el Caribe: Educación y salud: ¿los sectores del futuro?: <https://publications.iadb.org/es/educacion-y-salud-los-sectores-del-futuro-version-para-imprimir>

Schoultz, M., Öhman, J., & Quennerstedt, M. (2022). Experiences of intrinsic values in education for older adults: insi-

ghts from a Swedish senior university. European journal for Research on the Education and Learning of Adults.

Sewdas, R., De Wind, A., Van Der Zwaan, L. G., Van Der Borg, W. E., Steenbeek, R., Van Der Beek, A. J., & Boot, C. R. (22 de agosto de 2017). Obtenido de Why older workers work beyond the retirement age: A qualitative study: <https://publications.tno.nl/publication/34625348/FJyUcJ/sewdas-2017-why.pdf>

Sibai, A. M., & Hachem, H. (2021). Embracing a culture of lifelong learning: older adult learning and active ageing: bridging self-actualization and emancipation. UNESCO.

Smith, P. J., Blumenthal, J. A., Hoffman, B. M., Cooper, H., Strauman, T. A., Welsh-Bohmer, K., ... & Sherwood, A. (2010). Aerobic exercise and neurocognitive performance: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Psychosomatic medicine*, 72(3), 239.

Socias, C. O., & CERDÀ, M. X. M. (2007). Envejecimiento, educación y calidad de vida: la construcción de una gerontología educativa. *Revista española de pedagogía*, 257-274.

Soto Añari, M. F. (2016). Nivel de lectura como medida de reserva cognitiva y su influencia sobre el control ejecutivo en adultos mayores y sano.

UNESCO. (2015). Declaración de Incheon y marco de acción para la realización del objetivo de desarrollo sostenible 4. Educación 2030.

UNESCO. (21 de junio de 2017). UNESDOC Biblioteca Digital. Obtenido de El aprendizaje a lo largo de toda la vida desde una perspectiva de justicia social: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000250027_spa

UNESCO. (8 de diciembre de 2019). 4th Global Report on Adult Learning and Education: Leave No One Behind: Participation, Equity and Inclusion. Obtenido de <https://reliefweb.int/report/world/4th-global-report-adult-learning-and-education-leave-no-one-behind-participation-equity>

Universidad del Rosario (2022). Índice Departamental de Competitividad. Recuperado de: <http://www.colombiacompetitiva.gov.co/snci/indicadores-nacionales/indice-departamental-competitividad>

Van Gelder, B. M., Tjihuis, M. A. R., Kalmijn, S., Giampaoli, S., Nissinen, A., & Kromhout, D. (2004). Physical activity in relation to cognitive decline in elderly men: the FINE Study. *Neurology*, 63(12), 2316-2321.

Watkins, I. & Xie, B. (2018). Health literacy. In M. H. Bornstein (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Lifespan Human Development*, pp. 1037-1038. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781506307633.n385>

Wessels, B. 2013. The reproduction and reconfiguration of inequality: Differentiation and class, status, and power in the dynamics of digital divides. In: M. Ragnedda and G.W. Muschert. eds. *The Digital Divide*. London, Routledge. Chapter 2.

Yaffe K, Barnes D, Nevitt M, Lui L, Covinsky K. A Prospective Study of Physical Activity and Cognitive Decline in Elderly Women: Women Who Walk. Arch Intern Med. 2001;161(14):1703-1708. doi:10.1001/archinte.161.14.1703



3.7.Siglas

ALTV	ALTV Aprendizaje a lo Largo de Toda la Vida
ECV	Encuesta de Calidad de Vida
GF	Grupo Focal
GEIH	Gran Encuesta Integrada de Hogares
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
QoL	Quality of Life Questionnaire (versión original). Cuestionario de la Calidad de Vida (Versión española)
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje
TIC	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

3.8. Lista de figuras



- Figura 1.** Habilidades fluidas y cristalizadas a lo largo de la vida
- Figura 2.** Efecto de la educación en el desempeño cognitivo a través de la edad
- Figura 3.** Años de escolaridad promedio por grupo etario
- Figura 4.** Máximo nivel de escolaridad por grupo etario
- Figura 5.** Tasa de asistencia a educación formal
- Figura 6.** Años de escolaridad promedio por departamento, personas mayores
- Figura 7.** Máximo nivel de escolaridad obtenido por departamento, personas mayores
- Figura 8.** Máximo nivel educativo por condición de ruralidad
- Figura 9.** Máximo nivel de escolaridad alcanzado por género, personas mayores
- Figura 10.** Número de estudiantes que asisten a educación formal por género y modalidad de asistencia, personas mayores
- Figura 11.** Mayor nivel educativo por tipo de discapacidad en personas mayores
- Figura 12.** Años promedio de educación por grupo etario y tipo de discapacidad, personas mayores
- Figura 13.** Tasa de analfabetismo por grupo de edad, población persona mayor
- Figura 14.** Tasa de analfabetismo a nivel departamental en personas mayores

- Figura 15.** Tasa de analfabetismo de las personas mayores por grupos de especial interés
- Figura 16.** Logro educativo por identificación LGBT
- Figura 17.** Logro educativo población rural
- Figura 18.** Logro educativo por grupos étnicos
- Figura 19.** Retornos de largo plazo, habilidades digitales personas mayores
- Figura 20.** Uso de computador de manera frecuente
- Figura 21.** Tenencia dispositivo celular
- Figura 22.** Frecuencia uso internet por grupos etarios
- Figura 23.** Personas mayores de 65 años por cada 100 habitantes menor de 65 años
- Figura 24.** Tasa de ocupación en población pensionada y no pensionada por años de educación en Latinoamérica
- Figura 25.** Sectores laborales en los que se ocupan las personas mayores en Colombia
- Figura 26.** Riesgo promedio de automatización en trabajos ocupados por la población mayor
- Figura 27.** Diferencia promedio de la Población Económicamente Activa (PEA) por rubro de actividad económica (personas mayores versus personas adultas - barras) respecto a la probabilidad de automatización (línea)
- Figura 28.** Núcleos del conocimiento con mejor perspectiva laboral en Colombia

3.9. Lista de tablas



Tabla 1. Ocupaciones con prospectiva de aumento o reducción



4

Capítulo:
El cuidado y
los cuidadores
de las personas
mayores

4

Capítulo:
El cuidado y
los cuidadores
de las personas
mayores

Autores >>>

- > Philipp Hessel
- > José Elías Durán
- > Mariana Vázquez Ponce
- > Camila Andrea Castellanos Roncancio
- > Lina María González Ballesteros

ISBN (ONLINE)

978-958-53617-9-9



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial CompartirIgual 3.0 Unported.

Publicación de la Fundación Saldarriaga Concha. Todas las publicaciones FSC están disponibles en el sitio web www.saldarriagaconcha.org

El contenido y las posiciones de la presente publicación son responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen a la Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE.

Cítese como:

Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE. (2023). Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva. Bogotá, D.C. Colombia. 597 páginas

Contenido

4.1. Introducción	264
4.2. Marco teórico.....	266
4.2.1. Definición de cuidado	266
4.2.2. Definición de tipos, modelos y programas de cuidado	268
4.2.2.1. Cuidado en la vejez	268
4.2.2.2. Cuidado en el hogar y cuidado institucional.....	269
4.2.2.3. Situación de cuidado en el mundo	270
4.2.3. Modelos pequeños, enfocados en la comunidad.....	272
4.2.4. Modelos grandes, regulados a nivel estatal o regional.....	274
4.2.4.1. Modelo de Columbia Británica	274
4.2.4.2. Modelo de Arizona.....	274
4.2.4.3. Modelos en Latinoamérica.....	274
4.2.5. El cuidador de la persona mayor	275
4.2.6. Costos de cuidado.....	276
4.2.7. Cuidado y pandemia.....	277
4.3. Hallazgos	279
4.3.1. Evolución de la cohabitación de personas mayores...279	
4.3.2. Principales fuentes de cuidado de las personas mayores	286
4.3.3. Niveles de dependencia y el rol del cuidado	299
4.3.4. Perfil y características de los cuidadores	303
4.3.5. Las mujeres y el cuidado de las personas mayores ...	310
4.3.6. Necesidades que se espera satisfacer a través del cuidado provisto.....	313
4.3.7. Del cuidado por parte de la población mayor	315
4.3.8. Bienestar de las personas recibiendo cuidado	321

4.3.9.	Bienestar de las personas prestando cuidado.....	324
4.3.10.	Efectos derivados de la provisión de cuidado.....	328
4.4.	Conclusiones.....	330
4.4.1.	La gran mayoría (70%) de las personas mayores que necesitan cuidados reciben cuidado no remunerado por parte de otro miembro del hogar.....	331
4.4.2.	Existe una carga importante para el cuidador en Colombia.....	333
4.4.3.	Efectos de la pandemia del COVID-19 y cambios en la oferta y demanda de atención a las personas mayores en Colombia	334
4.5.	Recomendaciones.....	335
4.6.	Referencias.....	338
4.7.	Lista de figuras.....	343



4.1. Introducción



El cuidado es una relación social a la cual nos vemos expuestos todos los seres humanos en algún momento de nuestro ciclo vital: ya sea en la niñez, durante una enfermedad o cuando somos personas mayores y requerimos de apoyo para realizar alguna labor. El cuidado es transversal a la vida.

Para Joan Tronto, citada por La Furcia et al. (2014), el cuidado es: “Una actividad

característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos con vistas a mantener, continuar o reparar nuestro “mundo”, de tal manera que podamos vivir en él, lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras individualidades (selves) y nuestro entorno, que buscamos tejer juntos en una red compleja que sostiene la vida” (Arango & Molinier, 2011).

De este modo, el cuidado es una relación social que procura mantener, continuar o reparar el mundo en el que vivimos, nuestra realidad inmediata, por medio de las relaciones sociales que se entretajan

entre los actores que participan en ella. Por lo mismo, el cuidado ha sido estudiado desde múltiples orientaciones teóricas y metodológicas. Precisamente, por la amplitud conceptual del cuidado se ha llegado a conclusiones diversas, porque la acotación del concepto tiene efectos directos sobre el proceso de investigación, permitiendo enfatizar los elementos más relevantes para cada campo de estudio. En este sentido, para el caso de las personas mayores, es necesario hacer hincapié en cómo las condiciones de salud de una parte de la población mayor afectan la realización de las actividades básicas en su vida cotidiana, lo que genera a la vez, la necesidad de cuidado y apoyo para lograr su bienestar integral.

Precisamente Ravazi y Staab (2008) definen cuidado como el apoyo y asistencia proveída a una persona que lo requiere, para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), como vestirse, bañarse, comer, o para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), que implican apoyo en labores domésticas o transporte. Esta diferenciación entre ABVD y AIVD representa una división en niveles de dependencia y, por ende, en cargas de cuidado. De este modo, para Ravazi y Staab (2008) el apoyo o cuidado se diferencia de la ayuda o la asistencia porque en las primeras hay dependencia funcional de por medio. Es decir, bañar a una perso-

na que no puede bañarse por sí misma sería una relación de ayuda o asistencia, más no de cuidado. Así, las autoras, acotan el concepto de cuidado de tal manera que es posible resaltar las cargas del sistema de salud, las familias y la comunidad frente a las crecientes Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) de la población.

Este es el efecto preciso que tiene la transición demográfica sobre las relaciones de cuidado. En primer lugar, el incremento de las ECNT en las personas mayores, aumenta la carga de cuidado que recae sobre la población en etapa productiva. Sin embargo, la responsabilidad del cuidado no se distribuye de manera homogénea y equitativa, por el contrario, el cuidado ha recaído históricamente en las familias y, en especial, en las mujeres. Por ello, transformaciones asociadas a la transición demográfica tales como la disminución de la tasa de natalidad y el encogimiento de los núcleos familiares (menos hijos para cuidar a sus padres), sumado a la inclusión de la mujer en el mercado laboral, han ocasionado un panorama donde se incrementa la demanda de cuidado mientras la oferta mengua. A dicho proceso se le denomina la Crisis del Cuidado (Aguirre & Ferrari, 2014) y afecta tanto a las personas que cuidan como a quienes son cuidadas. Este aumento en las cargas de cuidado junto con

la persistencia de la asimetría de género a la hora de cuidar genera un grave peligro de sobrecarga a las familias y a las mujeres que puede resultar en trampas de pobreza o en sobrecarga en tiempo y en trabajo por parte de los cuidadores (Arango & Molinier, 2011).

4.2. Marco teórico



4.2.1. Definición de cuidado

El concepto de cuidado ha sido estudiado con un enfoque altamente multidisciplinar. Así, tanto la sociología, la psicología, la historia, la antropología y la economía, además de las ciencias de la salud, han profundizado en su definición, alcance y dinámicas propias. Sin embargo, de manera general, se ha definido el cuidado como las actividades y prácticas sociales dirigidas a asegurar la supervivencia básica de las personas a lo largo de la vida (Agulló et al., 2010).

De este modo, el cuidado puede proporcionarse no solamente a familiares, sino a todas aquellas personas que por sus condiciones requieren asistencia para actuar por sí mismos de manera integral, física, mental, emocional y social (Rogeró, 2009).

Adicionalmente, brindar cuidado incluye ofrecer el apoyo físico y mental necesario para cuidar a un miembro de la familia o a un amigo persona (Cepal, 2020), asegurando un nivel funcional de acuerdo a la capacidad del individuo, que le posibilite gozar de sus derechos básicos, libertades fundamentales y dignidad humana (OMS, 2015). En resumen, el cuidado está compuesto de todas las acciones que se realizan en favor de otro individuo que es incapaz de hacerlas por sí mismo, involucra una conexión emocional y es facilitado por algunos rasgos del carácter, habilidades, conocimiento y tiempo para compartir con el receptor del cuidado (Huenchuan & Rodríguez, 2015).

Cuando el cuidado es proporcionado por profesionales de la salud, se le reconoce como cuidado formal. Si las tareas de cuidado son desarrolladas por familiares, allegados o amigos, se le reconoce como cuidado no remunerado, en cuanto implica una prestación de servicios que no recibe retribución económica (Rogeró, 2009). La forma en que se administra el cuidado varía de una comunidad a otra, sin embargo, la modalidad no remunerada suele prevalecer sobre la formal, siendo el cónyuge, hijo o hija, yerno o nuera, amigo o allegado sobre quien recaen las tareas asociadas al cuidado de una persona mayor (OMS, 2015). Este cuidado no remunerado ha sido considerado

desde cuatro dimensiones: el cuidado directo, que lidia con las tareas cotidianas; el cuidado emocional, relacionado con el apoyo social y del ánimo; el cuidado de mediación, negociar con otros a nombre del receptor del cuidado y, cuidado financiero, el manejo de recursos fiscales (Cepal, 2020). El cuidado es transitivo, puede delegarse o transferirse de la familia al profesional y viceversa (Huenchuan & Rodríguez, 2015).

Tanto el cuidado no remunerado como el cuidado formal se incluyen dentro de las actividades catalogadas como trabajo. El cuidado formal se asocia normalmente con un pago por prestación de servicios. Sin embargo, las actividades de cuidado no son siempre remuneradas monetariamente. Las labores desarrolladas en este ámbito se consideran directas, cuando el cuidador realiza las tareas, e indirectas, cuando el cuidador tiene un rol de supervisión o de apoyo.

De este modo, se evidencia que el cuidado abarca diferentes dimensiones relacionadas con el bienestar de los individuos incluyendo el aspecto emocional, material, económico y moral. Por ello, una aproximación holística a las dinámicas del cuidado nos lleva a definir de modo más certero este concepto como las prácticas y actividades sociales orientadas a asegurar la conservación de las condiciones físicas, psíquicas y sociales de las perso-

nas a lo largo de la vida (Tobio et al., 2010).

En la investigación sobre el cuidado suele utilizarse el concepto de necesidad, el cual se define por como la “carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida”. Así pues, una carencia pasa a ser necesidad cuando se percibe como algo que es imprescindible para vivir. Existen diferencias en el establecimiento de cuáles necesidades son superiores y cuáles son inferiores; no obstante, hay un consenso en que existen algunas necesidades básicas para el desarrollo de una existencia humana digna (Doyal & Gough, 1994). El contexto social, económico, cultural y político es de suma importancia para realizar la definición, ya que las causas por las que acontecen las necesidades son variadas y requieren de un entendimiento puntual.

Así pues, el cuidado tiene en cuenta elementos esenciales para la vida, como lo son el abrigo, la salud, la limpieza, la alimentación, el acompañamiento, hasta la transmisión de conocimientos, apoyo, valores sociales y prácticas mediante procesos relacionados con la crianza (Cepal, 2020). Además, el cuidado implica una relación entre personas cuidadoras y personas que reciben el cuidado en situación de dependencia, vulnerabilidad o con limitaciones parciales que las llevan a requerir de cuidado.

Los actores principales en el cuidado

no son únicamente aquellos con un vínculo familiar directo, debido a que también tienen un rol central los vínculos comunitarios o laborales. Tanto el apoyo brindado dentro del núcleo familiar como fuera de él debería asegurar un nivel funcional de acuerdo con la capacidad del individuo, enfocado en los derechos y los principios de igualdad, solidaridad y universalidad (OMS, 2020).

4.2.2. Definición de tipos, modelos y programas de cuidado

El cuidado se puede clasificar en función del actor que lo provea. Por un lado, el cuidado formal es brindado por parte de profesionales de la salud, psicólogos, trabajadores sociales o individuos capacitados para este fin que reciben una remuneración monetaria por su labor. Por otro lado, el cuidado no remunerado recae sobre miembros del núcleo familiar o de la comunidad y no recibe remuneración. En Colombia prevalece notoriamente el cuidado no remunerado. Adicionalmente dependiendo su enfoque el cuidado se subdivide en cuatro categorías principales: cuidado emocional, cuidado de mediación, cuidado financiero y autocuidado.

Cuando existen impedimentos para realizar las actividades de la vida diaria, se presentan cuatro posibilidades para

recibir los cuidados indispensables: (i) cuidado no remunerado, (ii) cuidado formal, (iii) cuidado formal y no remunerado o (iv) no recibir ningún tipo de cuidado. Suelen distinguirse tres categorías de ayuda en el cuidado no remunerado: apoyo material o instrumental, apoyo informativo o estratégico y apoyo emocional (Rogeró, 2009).

4.2.2.1. Cuidado en la vejez

El envejecimiento es un proceso natural inherente a la naturaleza del ser humano que conlleva cambios fisiológicos, sociales y psicológicos que afectan la vida del individuo en diferentes ámbitos. El patrón poblacional proyectado para Colombia pronostica un incremento de la población mayor en los siguientes 50 años, se ha visto ya el aumento de este grupo etario respecto a la población joven en diversas zonas del mundo (Cubillos et. al, 2020). Por ello, es fundamental consolidar y fomentar el cuidado de la persona mayor.

En la mayoría de los casos, el envejecimiento lleva a un deterioro en la funcionalidad del individuo que resulta en grados de dependencia en la realización de diferentes actividades, funcionales e instrumentales. El cuidado de la persona mayor está encaminado a la asistencia en aquellas actividades que no puedan ser llevadas a cabo independientemente;

se busca el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y aportar apoyo físico y psicológico según sea requerido. El cuidado de la población mayor debe estar enfocado en la preservación y mejoramiento de su calidad de vida y hacia el proceso de envejecimiento saludable.

4.2.2.2. Cuidado en el hogar y cuidado institucional

Para cumplir con el propósito de las actividades relacionadas con el cuidado, uno de los primeros retos que surge es lograr armonía entre las necesidades del receptor del cuidado y el entorno donde este se dará. Por ello, es fundamental considerar la funcionalidad individual y capacidad de integración recíproca entre cuidador-cuidado. Esta integración puede afectar positiva o negativamente los resultados del cuidado.

De esta manera, el cuidado en el hogar se refiere al cuidado proporcionado en el domicilio habitual del receptor. El cuidado institucional, por el contrario, es aquel que se da en los sitios adecuados para implementar programas de atención, como hospitales, instalaciones de rehabilitación, instituciones de cuidado crónico y asilos (10). Además del tipo de institución, la calidad del cuidado es otro de los factores determinantes para que un individuo receptor de cuidado opte por uno u otro. En algunos escenarios, como en el

caso de individuos con baja dependencia y buen nivel de suficiencia, e incluso algunos con ciertas discapacidades, prefieren el cuidado en casa sobre el institucional, en relación con el deseo no solo de permanecer en su hogar, sino también en su comunidad (11).

En sociedades envejecidas como Japón y Taiwán, se ha comparado el resultado de la atención del cuidado en el hogar con la institucional (PACE, 2019). En Japón, un país con una población que envejece de manera creciente, en la que los familiares, potenciales cuidadores, también son generalmente personas mayores, los costos asociados al cuidado institucional, también cada vez más crecientes, han llevado a considerar alternativas para disminuir el gasto relacionados al cuidado institucional, como la eliminación de algunas de las instituciones prestadoras, los planes de salud que los cubren y la reducción en las estancias hospitalarias, entre otros. Sin embargo, dadas las características particulares de esta población, como el rápido envejecimiento de la población rural, han evidenciado hallazgos como que el costo de la atención en el hogar es comparativamente mayor que el cuidado institucional (PACE, 2019).

Al comparar el cuidado en el hogar con el institucional utilizando algunos indicadores de calidad del cuidado, en Taiwán mos-

tró que las personas que recibían atención en casa hacían mayor uso de los servicios de urgencias, menos hospitalizaciones en infecciones, pero una mayor presentación de úlceras por presión. Aquellos que recibían cuidado en instituciones presentaban un menor riesgo de requerir atención de urgencias, un intervalo de tiempo entre las situaciones de urgencia, menor mortalidad y menor riesgo de desarrollar úlceras por presión, pero mayor riesgo de presentar infecciones. Considerando lo anterior, se ha concluido que, en esta población, los indicadores de calidad difieren significativamente en los dos escenarios, pero estos resultados se han adjudicado a la diferencia en las características de los pacientes, haciendo que la calidad del servicio sea entendida de acuerdo a los indicadores que se evalúen.

En estudios realizados en países desarrollados, que esperan un rápido crecimiento de su población de personas mayores, en general, el cuidado en el hogar da mejores resultados que los observados en individuos que permanecen en su hogar, pero de forma independiente. Estos resultados son menos claros al comparar el cuidado domiciliario con el cuidado institucional (Talley & Travis, 2013).

Los anteriores datos ponen de manifiesto que el escenario donde se presta el cuidado es una variable que aporta a la complejidad del proceso de atención de las

personas que requieren asistencia para desarrollar sus actividades. Es claro también que los resultados van más allá de la simple evaluación de indicadores, costos y planes de atención. La consideración y evaluación de las características de la población receptora del cuidado deben ser determinantes al momento de plantear los programas de atención, tratando de entender las necesidades propias del sistema de salud, del cuidador y especialmente de las personas receptoras del cuidado.

4.2.2.3. Situación de cuidado en el mundo

En el mundo, a nivel gubernamental, el análisis del cuidado a largo plazo de las poblaciones en constante envejecimiento se ha centrado en el efecto de los programas de atención en la sostenibilidad del sistema. En los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), este rubro representó un 4,6% del gasto público en el periodo 2006-2011, con proyecciones que indican que para 2060 este se habrá duplicado (Eng et. al 1997). En el informe de indicadores del panorama de la salud de 2021, la OCDE reportó que para 2019 el gasto en cuidado representó el 1,5% del PIB en todos los países miembros, sin embargo, se identificaron brechas importantes entre estados de la unión de la Unión Europea y estados de regiones con economías emergentes. Por ejemplo, el

gasto en cuidado de Países Bajos fue del 4,5 % y el de México, Chile, Grecia y Turquía estuvo entre 0,1% y el 0,2%, situación que se propone que puede ser explicada por la implementación de los servicios de cuidado, que pueden ir desde una mayor proporción de estos prestados de manera informal, hasta la implementación de verdaderos sistemas de cuidado.

En respuesta a la necesidad no satisfecha de optimización de los recursos, mejora en la calidad de la atención, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado las recomendaciones de cuidado integral para personas mayores (Integrated Care for Older People – ICOPE) (OMS 2017). En estas se brindan recomendaciones basadas en la evidencia a los profesionales de la salud para detectar y manejar reducciones importantes en las capacidades físicas y mentales de las personas mayores y para implementar estrategias de apoyo a los cuidadores. Se proponen como una base para el desarrollo de lineamientos nacionales usando un enfoque centrado en las personas.

Las recomendaciones de ICOPE están divididas en 3 módulos (OMS 2017):

› **Módulo I**

Disminución de la capacidad intrínseca individual, incluyendo pérdida de la movilidad, malnutrición, disminución de la agudeza visual, hipoacusia, alte-

raciones cognoscitivas y síntomas depresivos.

› **Módulo II**

Síndromes geriátricos asociados con la necesidad de cuidado, incluyendo incontinencia urinaria y riesgo de caídas.

› **Módulo III**

Apoyo al cuidador: intervenciones para brindar apoyo al cuidador y evitar sobrecarga por las actividades de cuidado.

Uno de los principales modelos de atención y cuidado de personas que requieren asistencia es el de “sistemas integrados”. En estos se realiza una aproximación integral a la provisión de servicios en salud, asistencia social y residencial para atender las necesidades de las personas que requieren cuidado y son diseñados para superar las barreras administrativas, legislativas, financieras y clínicas respecto a la atención y el cuidado centrados en el paciente (Robles, 2015).

Existen varias formas de implementar un sistema integrado de atención, sin embargo, estas deben ser congruentes con el contexto donde se desarrollen, las necesidades a satisfacer y la población a intervenir. De manera global, los programas identificados como sistemas integrados se constituyen en dos grandes grupos, los modelos pequeños enfocados

en la comunidad y los modelos grandes regulados a nivel estatal o regional, de los que se han reportado experiencias sobre la implementación y resultados de programas específicos (14).

4.2.3. Modelos pequeños, enfocados en la comunidad

Modelo PACE (Program of All-inclusive Care of the Elderly)

Este modelo parte de la premisa: es mejor para el bienestar de las personas mayores en condiciones crónicas y de sus familias, que aquellas permanezcan en su comunidad tanto como sea posible, por lo que su objetivo principal es mantener la calidad de la atención y reducir el uso innecesario del hospital a partir de la atención preventiva y el control regular. El modelo se remonta al programa On Lok, que nació en el barrio chino de San Francisco, Estados Unidos, en 1971, y hasta 2019 había sido replicado en 31 de los 50 estados subnacionales de Estados Unidos, a través de 130 organizaciones que contaban con 50.000 participantes (National Peace Association, 2019).

El programa atiende personas mayores de 55 años que requieran atención domiciliaria a través de centros de atención (PEACE centers) y visitas al hogar del participante, e incluye servicios como cuidado primario –medicina general y

servicios de enfermería–, servicios de emergencia, prescripción de fármacos, odontología, optometría y podología, entre otros. El PACE se financia a partir de un esquema de capacitación, en el que los centros reciben del gobierno –a través de los programas de cobertura de seguridad social Medicare y Medicaid– un pago fijo por persona que cubre todos los servicios prestados durante un período determinado. La capacitación busca crear incentivos para hacer más eficiente la prestación de servicios.

Según Meret-Hanke (2011), quien usó modelos econométricos de propensión de probabilidad para evaluar el PACE, los beneficios de la reducción de las hospitalizaciones compensan los costos de ampliar los servicios ofrecidos en el PACE, aunque los altos costos de inversión y la preferencia de algunas personas mayores por ser atendidos por un solo médico limitan la expansión del modelo. Eng et al. (2015) también concluyeron que los resultados del PACE han sido positivos, pues los participantes han reportado una mayor satisfacción con los servicios recibidos y una reducción en el uso de servicios médicos institucionales.

Sin embargo, los autores destacan que una limitante para la expansión del PACE a lo largo de Estados Unidos es la alta inversión en tiempo y capital que debe hacerse para crear un centro PACE. El Wis-

consin Partnership Program encontró que con este programa se observaron menos ingresos hospitalarios y reducciones de la estancia hospitalaria y de consultas de urgencias cuando se comparó el modelo WPP (Wisconsin Partnership Program).

Modelo SIPA (System of Integrated Care for Older Persons)

De acuerdo con Bergman et al. (2008), el SIPA, al igual que el PACE, es un modelo de cuidado primario basado en la comunidad que busca atender las necesidades de las personas mayores con salud frágil mediante una atención multidisciplinar en servicios médicos y sociales, que incluyen prevención, rehabilitación, medicación y cuidado de largo plazo. El SIPA fue la implementación en Canadá del PACE. Son elegibles para el programa las personas mayores que tengan discapacidad severa en una o discapacidad moderada en dos de las siguientes áreas: Actividades Cotidianas de Autocuidado (ADL, por sus siglas en inglés) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

A diferencia del PACE, en el equipo multidisciplinar que conforma el SIPA puede participar el médico personal de la persona mayor atendida o de su familia. Este equipo es el encargado de proveer las intervenciones geriátricas basadas en la evidencia necesaria para identificar y minimizar el riesgo de discapacidad fun-

cional de la persona mayor atendida y propender por el uso apropiado de las instituciones de cuidado de largo plazo. En el SIPA, la persona mayor puede elegir el proveedor de servicios de cuidado de su preferencia.

El SIPA también funciona a partir de la capacitación e integra los recursos públicos que las provincias canadienses destinan para la salud y los servicios sociales. Los presupuestos del SIPA se construyen en función del número de personas inscritas, de las características socioeconómicas y demográficas de los participantes y de la apropiación presupuestal autorizada. Los operadores funcionales del SIPA no tienen permitido incurrir en déficits, y los superávits deben ser reinvertidos en un fondo de reservas o en la misma prestación de servicios. En algunos casos, con el permiso de las autoridades locales de gobierno, los prestadores de SIPA pueden cobrarles a los participantes una cuota moderadora para cubrir los costos de prestación de servicios. Según Beland et al. (2006), los resultados indican que el SIPA tiene resultados favorables en reducir el uso y costos de los servicios hospitalarios y de los servicios de enfermería sin incrementar los costos, reducir la calidad de los servicios o incrementar la carga financiera sobre las familias.

4.2.4. Modelos grandes, regulados a nivel estatal o regional

4.2.4.1. Modelo de Columbia Británica

Modelo implementado en la década del 90, proveía servicios relacionados con el cuidado a todas las personas mayores bajo una sola regulación administrativa y una sola fuente de financiación para todos los servicios. Ofrecía una amplia variedad de servicios como cuidado en casa, rehabilitación en programas comunitarios, servicios de apoyo domiciliario, cuidado diurno del persona y hogares comunitarios.

También incluía instalaciones para proveer cuidado a largo plazo y centros de diagnóstico y tratamiento geriátrico. Un análisis por minimización de costos mostró que el modelo reducía el gasto estatal y de bolsillo de los beneficiarios y los costos sociales, como el tiempo requerido por los cuidadores informales para atender a sus familiares.

4.2.4.2. Modelo de Arizona

Aprobado en 1981 como el sistema de control de costos del cuidado de la salud de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System), con el objetivo de expandir el cuidado agudo y contener los costos. Durante su implementación, el estado de Arizona le pagó a organizaciones

de cuidado administrado para proveer un conjunto de servicios relacionados con el cuidado a largo plazo a individuos en una región determinada mediante un sistema de capacitación. A cambio, estas organizaciones proveían o pagaban por todo el cuidado residencial a largo plazo y servicios de atención domiciliaria, profesional o de apoyo. Simulando los costos en un periodo de 24 meses, se lograba un ahorro de alrededor de 4,6 millones de dólares en estancias en asilos evitados con el programa.

4.2.4.3. Modelos en Latinoamérica

Se ha destacado el caso de Argentina, donde se implementó un programa de cuidado de las personas mayores, que integra tres dimensiones con un alto impacto sobre la forma como se administra. Primera, un módulo que invita a la población mayor a compartir sus experiencias y conocimientos con personas jóvenes. Segunda, un registro de cuidadores domiciliarios a través de una herramienta en línea que permite acceder a información pública y confiable sobre los cuidadores domiciliarios de todo el país, a la vez que permite a quien lo desee, entrenarse como cuidador y a quien lo necesite, buscar un cuidador capacitado. En desarrollo de la tercera dimensión, las personas mayores que no cuentan con servicios de salud ni recursos para adquirirlos, reciben

atención integral en residencias de larga estadía, donde acceden a los cuidados que necesita y ejercen su derecho a una vida activa mediante distintas actividades. Además, las acciones del programa promueven iniciativas nacionales para garantizar los derechos de las personas mayores, fortalecer su autonomía y promover el buen trato hacia ellos (Alberti, 2020).

4.2.5.El cuidador de la persona mayor

En términos generales, el término cuidador se refiere a la persona que brinda cuidado a las personas que necesitan ayuda para cuidar de sí mismas. Pueden ser profesionales de la salud, familiares, amigos, trabajadores sociales, miembros del clero u otras sociedades civiles y prestar sus servicios en casa, el hospital y otras instalaciones dedicadas al cuidado de la salud (Alberti, 2020).

Las personas encargadas del cuidado poseen trayectorias de formación diversas, con habilidades y experiencias profesionales y personales variadas. Por un lado, los cuidadores no remunerados, que suelen ser familiares, allegados o amigos, y por otro, los cuidadores formales, profesionales sanitarios capacitados para proveer la atención. Entre ambos grupos existe un espectro de personas con diversas capacidades y conocimientos

técnicos, por lo que es más compleja su clasificación. Por ejemplo, miembros de la familia con un alto grado de capacitación y capacidad técnica, podrían diferenciarse de un profesional sanitario solamente por la habilitación de las agencias reguladoras para ejercer las actividades asociadas al cuidado de otros individuos (Valdivia, 2020).

Los cuidadores no remunerados están sometidos a situaciones que alteran su propio desenvolvimiento individual. Frecuentemente se ven forzados a reducir sus horas de trabajo para prestar los cuidados (Valdivia, 2020) y se encuentran en circunstancias que conllevan una carga económica adicional, preocupaciones sobre su propio bienestar, dificultades para realizar sus propias actividades y las relacionadas con el cuidado y aumento del estrés (Marin, 2020).

A pesar de las dificultades que supone para los cuidadores no remunerados desarrollar su labor, se han identificado situaciones que modifican su desenvolvimiento de forma positiva, como mejoría de la autopercepción y la autoestima, de su estado emocional, disminución del estrés, darle sentido a su actividad como cuidador, satisfacción y enriquecimiento de la misma (Marin, 2020).

Es así, como el concepto de cuidador puede ser concebido como la persona profesional o no profesional, que asiste

a otra que requiere apoyo. El cuidador puede ser integrante de la familia, trabajador social, psicólogo, etc., además, le es posible prestar sus servicios en distintos lugares. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el cuidador es un familiar de la persona mayor que se encarga de asistirle en las actividades funcionales o instrumentales, en las que requiera ayuda; asimismo, si es el caso, brindarle apoyo emocional, financiero y de mediación.

4.2.6. Costos de cuidado

El envejecimiento implica una serie de cambios y también varios desafíos para los sistemas de atención en salud. Las personas mayores pueden necesitar los cuidados de otros por una enfermedad crónica, trauma o una discapacidad. Además, el aumento de la esperanza de vida en las últimas décadas, la creciente conciencia sobre la salud y los continuos avances tecnológicos, han impulsado el incremento en los costos de la atención médica; por estas razones, es importante abordar los costos del cuidado para comprender las implicaciones en los ámbitos individual y social.

El costo del cuidado se define como el gasto en servicios sociales y de salud para atender a las personas dependientes y que requieren atención continua. Este gasto contempla no solamente la atención y el acompañamiento necesario

para las actividades básicas e instrumentales, también puede incluir la atención paliativa, sea esta proveída en el hogar o en una institución y el recurso humano requerido para proveer los servicios.

La definición de costos de cuidado y la generación de un plan de seguridad social para cubrirlos, ha sido abordada por un pequeño número de países, incluyendo Japón, Alemania, Holanda y la provincia china de Taiwán (ILO, 2014). Esto refleja una ausencia de atención global ante las necesidades de cuidado de personas mayores y dificulta la creación de sistemas de cuidado que pueden favorecer a esta población. De este modo, el costo personal para los cuidados de largo plazo tiene un gran impacto sobre el ingreso de personas mayores, afectando en su mayoría a las mujeres, los pobres y aquellos con edad muy avanzada.

En América Latina, las políticas de cuidado se soportan sobre la base que las redes privadas ([p.ej](#) familiares, amigos) pueden asumir el cuidado de las personas mayores sin ser remuneradas (OPS, 2020). Mientras que, a nivel local, con el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, se brinda cobertura de riesgos en salud a toda la población, independientemente de su vinculación laboral y/o capacidad de pago, adoptando de este modo un modelo que podría denominarse de aseguramiento social.

4.2.7. Cuidado y pandemia

La pandemia por el COVID-19 ha perjudicado fuertemente a las personas mayores. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, la pandemia expuso la fragilidad de los sistemas de salud para apoyar a las personas mayores y atender sus necesidades. La población mayor ha sido la más vulnerable a causa de la pandemia, tanto por la probabilidad de morir como de contraer una enfermedad infecciosa. Las personas mayores han sufrido la interrupción súbita de sus rutinas cotidianas y de su seguridad y estabilidad económica; y con los cuidadores, quienes en muchos casos también son personas mayores, han sido los más perjudicados por la alta dispersión en los hogares geriátricos.

Siette et al. (2021) estudian el impacto inmediato de las medidas restrictivas adoptadas durante la pandemia del COVID-19 en la calidad de vida, la ansiedad, la depresión y las interacciones sociales de la población mayor que recibían servicios comunitarios de cuidado en Australia. De acuerdo con los análisis cuantitativos longitudinales desarrollados en tres momentos de corte transversal (2018, 2019 y 2020), los autores concluyen que la calidad de vida de las personas mayores se redujo significativamente después de la pandemia de 2020: incrementaron los

porcentajes de personas que reportaron sentirse más ansiosas o deprimidas y con problemas en su cotidianidad. Además, solo un porcentaje reducido de personas mayores pudo adoptar las nuevas tecnologías de comunicación, es decir, que hubo una interrupción en las relaciones familiares.

De acuerdo con Clark (2021), los hogares de cuidado de personas mayores en Canadá tenían más probabilidades de reportar al menos un caso de contagio de COVID-19 que otras entidades de cuidado. Adicionalmente, en los hogares con más de 25 personas mayores, donde hubo al menos un caso de contagio entre el personal de enfermería o de dirección y donde las habitaciones eran compartidas, las probabilidades de un brote de COVID-19 eran hasta siete veces más altas. Adicionalmente, los hogares de cuidado también reportaron dificultades logísticas para adoptar las medidas sanitarias de bioseguridad y para conseguir los insumos para asegurar la continuidad en el funcionamiento, así como, problemas de ausentismo entre el personal.

Al respecto, Néstor et al. (2021) investigaron cómo la pandemia del COVID-19 afectó social y profesionalmente a los trabajadores de los hogares de cuidado en Irlanda. Una proporción mayoritaria del personal manifestó que su carga de trabajo se incrementó significativamente

desde el comienzo de la pandemia, y que habían experimentado más estrés y ansiedad relacionados con el riesgo de contagio y con las medidas de aislamiento.

Ortega et al. (2021), a partir de la recolección de información mediante entrevistas y grupos focales en España, Reino Unido, Holanda, México, Panamá, Brasil y Argentina, identificaron seis retos respecto a la respuesta a la pandemia en relación con la atención a la población mayor: (i) recursos materiales y de gestión insuficientes, (ii) recursos humanos insuficientes y frágiles, (iii) infravaloración del peligro de los recursos residenciales, (iv) falta de coordinación interinstitucional entre los servicios de cuidado y salud, (v) falta de manejo de las consecuencias emocionales de la pandemia y (vi) edadismo (discriminación por edad).

Asimismo, los autores identificaron cuatro áreas de buenas prácticas que, durante la pandemia, han incrementado la autonomía de las personas mayores en condiciones de seguridad: (i) la adaptación de los servicios residenciales, (ii) el potenciamiento de los recursos humanos, (iii) la adopción de servicios de apoyo al bienestar emocional de las personas mayores y (iv) la organización de iniciativas en el ámbito comunitario. Los autores recomiendan incorporar estas buenas prácticas, junto con otras tendencias relacionadas con la creación de un modelo

de atención centrado en la persona, donde los servicios se brindan en el hogar o con una personalización que apunta a replicar sus mismas condiciones, para el fortalecimiento de los hogares de cuidado de la persona mayor.

Respecto al caso colombiano se destacan los trabajos de Fajardo et al. (2021) y el libro digital *La vejez. Reflexiones de la postpandemia*, de la Fundación Opción Colombia en 2020. Fajardo et al. (2021) estudian la resiliencia de los cuidadores formales y no remunerados de las personas mayores en Ibagué durante la pandemia del COVID-19. En marzo de 2020, las autoras aplicaron a 49 cuidadores la Escala Breve de Afrontamiento Resiliente (BRSC), por sus siglas en inglés). Aunque las autoras mencionan que los cuidadores de personas mayores afrontan circunstancias de alto estrés en su trabajo cotidiano, los resultados indican que las medidas de aislamiento social y el riesgo de contagio incrementaron las circunstancias de estrés, por lo que recomiendan poner en práctica intervenciones emocionales, cognitivas y socioculturales orientadas a fortalecer la resiliencia en el cuidador.

Finalmente, el libro *La vejez. Reflexiones de la postpandemia* (2020), recoge 21 artículos de expertos sobre asuntos del cuidado de la población mayor en Latinoamérica y en Colombia a la luz de los

cambios generados por la pandemia del COVID-19. De los artículos se destacan el de Alberti (2020), que resalta la transformación del paradigma del cuidado por el de la protección, en el que la persona mayor pueda evitar el contagio sin ser abandonado por una distancia social no-civa. El de Forttes (2020), resalta que en Latinoamérica es la familia la que está encargada del cuidado de la persona mayor, razón por la que cualquier intervención orientada a fortalecer el sistema de cuidado debe partir de un enfoque multidisciplinar que tenga en cuenta la informalidad. Y Galeano (2020), propone una reconsideración del cuidado a partir de las consecuencias del aislamiento social en la relación cuidador-persona cuidada, ya que las medidas de contención de la pandemia debilitan y, en algunos casos, corta abruptamente el proceso de construcción de relaciones, con lo cual se produce un vacío físico y emocional en ambas partes.

4.3. Hallazgos



4.3.1. Evolución de la cohabitación de personas mayores

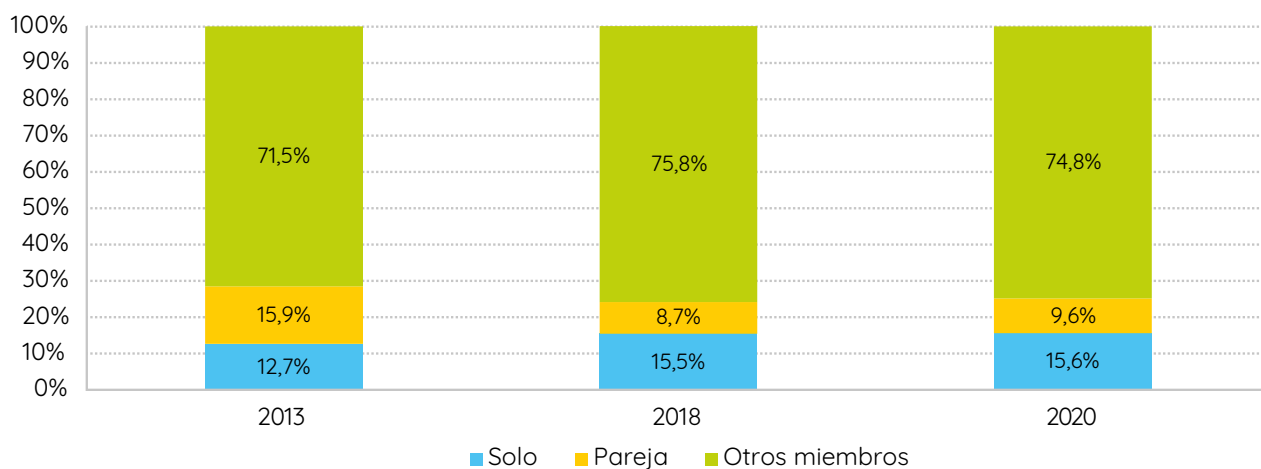
Caracterizar la composición de los hogares en los que habitan las personas mayores es determinante para realizar un análisis certero de las dinámicas de cuidado dentro del círculo de cohabitación. En Colombia para 2020 el 70,7% de las personas mayores que requerían cuidado lo recibían por parte de un miembro del mismo hogar. Por ello, la estructura familiar juega un rol fundamental en el tipo de cuidado que se brinda a las personas mayores, ya que establece las relaciones de dependencia económica y la construcción de redes de apoyo para afrontar limitaciones funcionales y/o de salud.

Adicionalmente, la llegada del COVID-19 y las consiguientes medidas de aislamiento preventivo impactaron la composición de los hogares en Colombia, generando en muchos casos la unificación de grupos familiares previamente dispersos e incidiendo en las tasas de mortalidad, especialmente de la población mayor.

Como se observa en la Figura 1, con el paso del tiempo han aumentado los hogares unipersonales, habitados solamente por una persona mayor de 60 años, pasando de 13,0% en el año 2013 al 15,6% para el año 2020. Teniendo en cuenta que la mayor parte del cuidado a personas mayores, se realiza dentro del núcleo familiar y no remunerado; el incremento de personas mayores viviendo solas puede implicar a su vez un aumento en la brecha

de cuidado. Sin embargo, también el número de personas mayores viviendo con otros familiares (distintos a su pareja) ha crecido en el tiempo, pasando de 71,5% en 2013 a 74,8% en 2020. Por su parte, la fluctuación en el porcentaje de personas mayores viviendo con su pareja presenta mayor variabilidad: a pesar que de 2013 a 2018 disminuyó en 7,2 p.p. tuvo un leve aumento de 1 p.p. para 2020, ubicándose en 9,6%.

Figura 1. Distribución de los adultos de 60 años o más según cohabitación



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

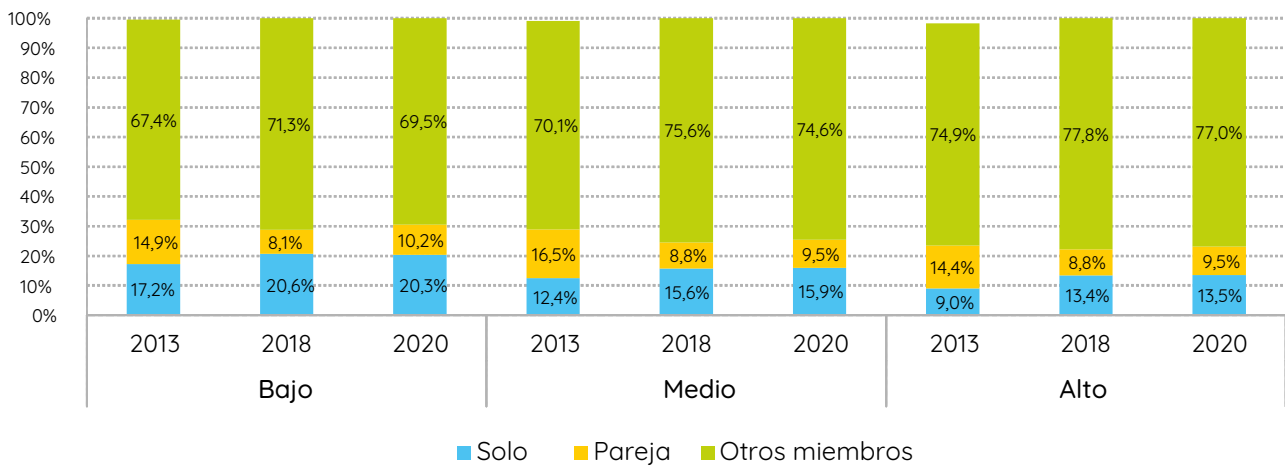
Al desagregar por nivel socioeconómico (Figura 2) se evidencia que las tendencias generales observadas a nivel poblacional se mantienen. Sin embargo, para el nivel socioeconómico bajo, la cantidad de

personas mayores viviendo solas asciende a 20,3%, muy por encima del 13,5% observado en el nivel socioeconómico alto. Lo anterior redundará en una doble vulnerabilidad de las personas mayores de estratos

bajos porque presentan menor solvencia económica para acceder a cuidado formal y, además, una proporción considera-

ble, tampoco puede acceder al cuidado no remunerado de la familia, porque habita en hogares unipersonales.

Figura 2. Distribución de personas mayores, según cohabitación y nivel socioeconómico



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

Nota: El nivel socioeconómico de la cohabitación se definió a partir del nivel educativo del jefe del hogar. El nivel bajo equivale a ningún nivel educativo; el nivel medio equivale a preescolar y básica y primaria, y el nivel socioeconómico alto equivale a educación media y superior.

Por otra parte, los cambios más fuertes a través del tiempo se observan en el nivel socioeconómico alto. sí, entre 2013 y 2020 la cantidad de personas mayores viviendo en hogares unipersonales aumentó en 4.5 p.p. cifra mayor que el aumento temporal en este mismo rubro para el nivel bajo (3.3 p.p.) y medio (3.5 p.p.). Esta diferencia en la tasa de crecimiento se puede comprender en cuanto que la tasa de natalidad presenta una disminución considerable para los estratos altos a tra-

vés del tiempo, mientras que la cantidad de hijos se ha mantenido en niveles altos para los estratos bajos (Aguirre y Ferrari, 2014).

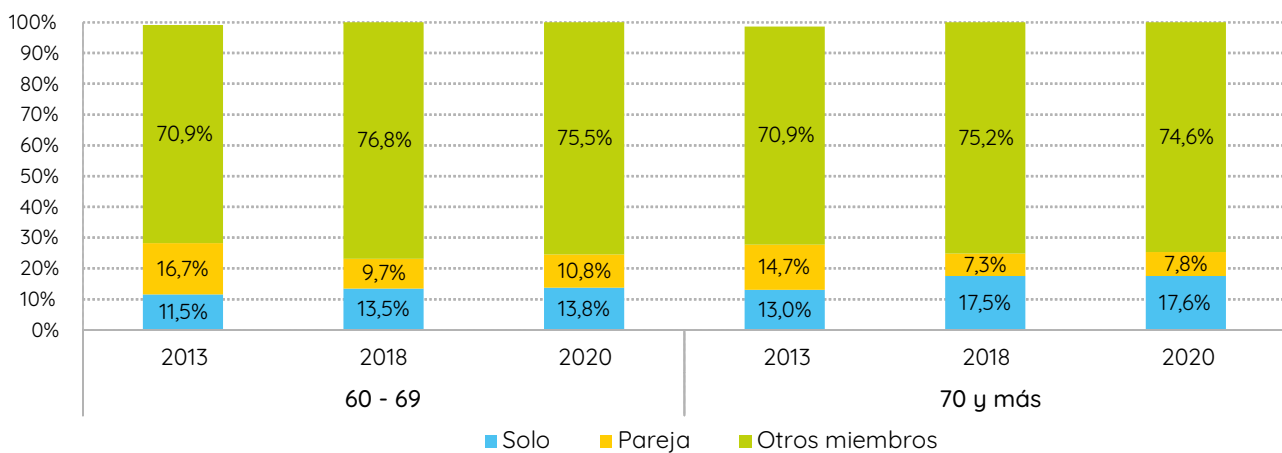
Por último, en todos los niveles socioeconómicos la cohabitación con otros miembros de la familia, hijos, nietos, padres, otros familiares, otros no familiares o empleados, es altamente preponderante y ha aumentado entre 2013 y 2020 de manera considerable, explicando en parte la prevalencia del cuidado no remune-

rado como principal fuente para el cuidado de personas mayores.

Adicionalmente, la Figura 3 muestra que, al desagregar por grupos etarios, los mayores de 70 años evidencian un mayor porcentaje de hogares unipersonales a lo largo del tiempo, representando un 17,6% de la cohabitación de este grupo. Como se analizará posteriormente, la población mayor a 70 años muestra mayor probabilidad de presentar limitaciones funcionales y/o comorbilidades que afecten la

realización de las Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD). Por ello, una mayor proporción de esta población viviendo sola implica un aumento en la brecha de cuidado para las personas mayor más vulnerables. Finalmente, la diferencia de aproximadamente 2 p.p. en la proporción de cohabitación con pareja entre los grupos etarios anunciados se explica por la mayor mortalidad de las personas mayores a 70 años respecto al rango etario comprendido entre 60 y 69 años.

Figura 3. Cohabitación de personas mayores, según grupo etario



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

En conclusión, el análisis de la cohabitación en Colombia muestra que la proporción de personas mayores viviendo solas ha aumentado en el tiempo, situa-

ción que es especialmente preocupante para los niveles socioeconómicos bajos y el rango etario por sobre 70 años. Estos grupos de manera particular evidencian

una mayor vulnerabilidad económica, física y psicológica que requeriría un mayor grado de cuidado y asistencia. Adicionalmente, se presenta la preponderancia de hogares intergeneracionales en los que conviven personas mayores con otros familiares dentro de la misma vivienda. Esta situación explica la prevalencia del cuidado no remunerado por parte de personas

del mismo hogar como principal fuente de cuidado.

Dentro de las redes de apoyo a lo largo de los grupos focales identificamos que las familias es el gran pilar para ayudar a las personas mayores ya sea en las ABVD y/o las AIVD, como se puede observar en las siguientes experiencias relatadas por algunos de los entrevistados que son cuidadores:

“Vivo con una tía de 93 años, aunque tiene una vitalidad de admirar, pero de todas maneras ella depende mucho de mí en el caso de llevarla al médico, tampoco la dejo cocinar, entonces pues sí, pienso que ella depende mucho de mí”.

(Grupo Focal -GF-, intergeneracional, estratos 3 y 4, Bogotá).

“Yo cuido a mi mamá hace 9 años, a ella toca bañarla, ella solamente come y habla, ella no se puede vestir, ni desvestir, debe tener pañal, ella está acostadita”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional 2, estratos 1 y 2, Manizales).

“A mi papá (...) estuve muy pendiente de él... Ha sido muy delicado porque él tiene un marcapasos, siempre ha sido muy independiente, pero durante la pandemia, la salud mental de él disminuyó, se ha visto muy afectado y ahora requiere más de mis cuidados”.

(GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, Quibdó).

“Pues cuidados, digamos directamente, que tengamos que estar ahí todo el tiempo no, pero si de pronto en sus cuestiones médicas, de su salud, sus medicamentos, de hacer diligencias, de ese tipo de cosas sí, que son nuestras madres”.

(GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 1 y 2, Bogotá).

“En mi casa en la parte superior viven mi tía y mi abuela que ya son personas de edad avanzada, entonces si pasa cualquier inconveniente, estemos lo que estemos haciendo, vamos para allá, no es un apoyo constante porque no es que yo le ayude a comer o con las funciones básicas, pero si hay un apoyo, por si necesita un mercado, hacer una vuelta; por ejemplo, en el caso de la pandemia cuando ellas necesitaban comprar implementos de aseo, tapabocas, etc., nosotros lo hacíamos por ellas”.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años 2, estratos 3 y 4, Manizales).

A su vez, cualitativamente se observó cómo algunas personas mayores que viven solas no se encuentran totalmente apartadas de la familia; algunas reciben visitas de sus seres queridos mientras que otras mantienen contacto con sus hijos a través de dispositivos tecnológicos, que se volvieron recurren-

tes a causa de la pandemia, como se muestra en los siguientes relatos. El primero, es la experiencia de una persona mayor que vive en una casa hogar; el segundo, sobre el cuidado a causa de la pandemia; y el tercero, se refiere a una cuidadora de personas mayores en un centro geriátrico.

“Yo tengo es hermanos, ellos me pagan, porque me trajeron a mí aquí. Me están regalando mi salud, porque pagan mi salud. Lo que pasa es que ellos me visitaban con frecuencia, pero eso se me paralizó por la cuestión de la pandemia. Pero, sin embargo, cada ocho días, voy donde dos hermanos, porque hay uno que me lava la ropa. Ellos recogen platica y me tienen un fondito, usted qué necesita y así...como para mis necesidades”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Manizales).

“Mi hijo me llamaba a preguntarme que cómo iba, que cómo había pasado la noche, que cómo caminaba, me llamaba mi muchacho todos los días”.

(GF, hombres mayores de 60 años, Quibdó).

“Y fue un reto para todos porqués nos tocó aprender a volvernos muy amigos de las redes sociales para que los hijos los pudieran llamar, para que los pudieran ver. A veces fue muy difícil porque no todos entendían la magnitud de la pandemia y fue muy difícil dejar de ver a la familia, o ver a la familia detrás de una cámara o si tenían problemas auditivos o de visión era como si cualquier otra persona les hablara”.

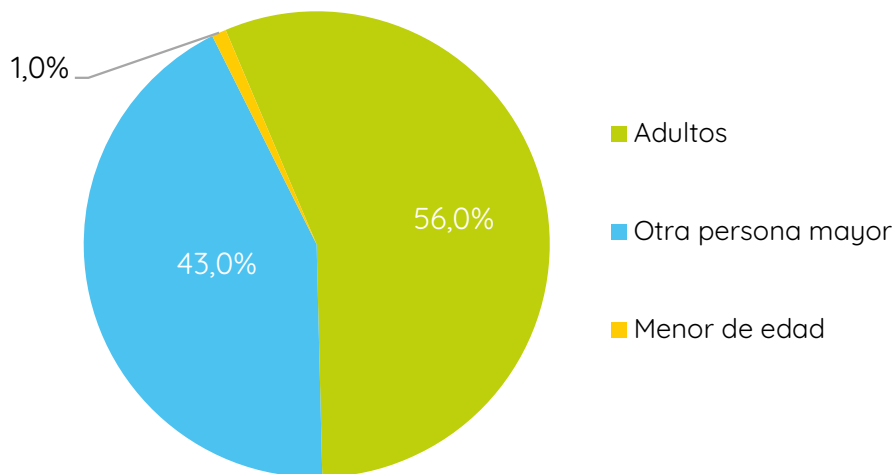
(GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Manizales).

4.3.2. Principales fuentes de cuidado de las personas mayores

En Colombia existe alta preponderancia del cuidado no remunerado como principal fuente de cuidado de la población mayor. Como se observa en la Figura 4, en 2020 la mayor parte de los cuidadores de personas mayores dentro del hogar eran personas (56%). Sin embargo, también las personas mayores ejercen el rol de cuidadoras en el núcleo familiar representando el 43% del total de cuidadores en el mismo hogar,

mientras que el porcentaje de niños y niñas encargados del cuidado de familiares mayores equivale a un 1%. El perfil del cuidador es determinante para la calidad de la prestación del cuidado, así como para la integración y reciprocidad entre la persona mayor cuidada y su cuidador. De este modo, ante la presencia de discapacidades funcionales se requiere en ocasiones formación básica o media en prestación de servicios médicos. Por ello, caracterizar el perfil de los cuidadores, así como las distintas fuentes de cuidado a nivel nacional cobra especial relevancia.

Figura 4. Tipo de cuidador de la persona mayor dentro del hogar. Total nacional 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.

Asimismo, en los grupos focales se identificó que muchos de los familiares que viven y son cuidadoras de personas mayores, dedican gran parte de su tiempo al cuidado y a garantizar que se suplan las necesidades

básicas de la persona mayor. Las siguientes citas dan cuenta de las experiencias de personas de diferentes ciudades y edades dedicadas plenamente al cuidado informal de una o más personas mayores:

“Soy (...) ingeniera de sistemas de los Andes. Estoy en este momento retirada. Me dedico a una cosa que se llama ahora...el tema del cuidado. Tengo a mi madre, que tiene una enfermedad degenerativa”.

(GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

“No estoy trabajando, pues me dedico al cuidado de mi madre, las cosas que correspondan, de sus citas médicas y pues al pendiente de ella, la verdad (...) estuve algunos años trabajando con mis hermanos desempeñándome como auxiliar contable. Pero, pues ya mi madre empezó a presentar quebrantos de salud, entonces me retiré y estoy dedicada solamente a ella”.

(GF, hombres y mujeres de 40 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

“Yo soy cuidadora de mi mamá y de mi papá. O sea, me toca repartir el tiempo entre mis cosas y cuidarlos a ellos, estar pendiente de las citas médicas, estar pendiente de todo lo que es de la salud de ellos; ¿qué es lo que ellos más necesitan o qué más ameritan?: el tiempo para poder compartir con ellos”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional, estratos 1 y 2, Barranquilla).

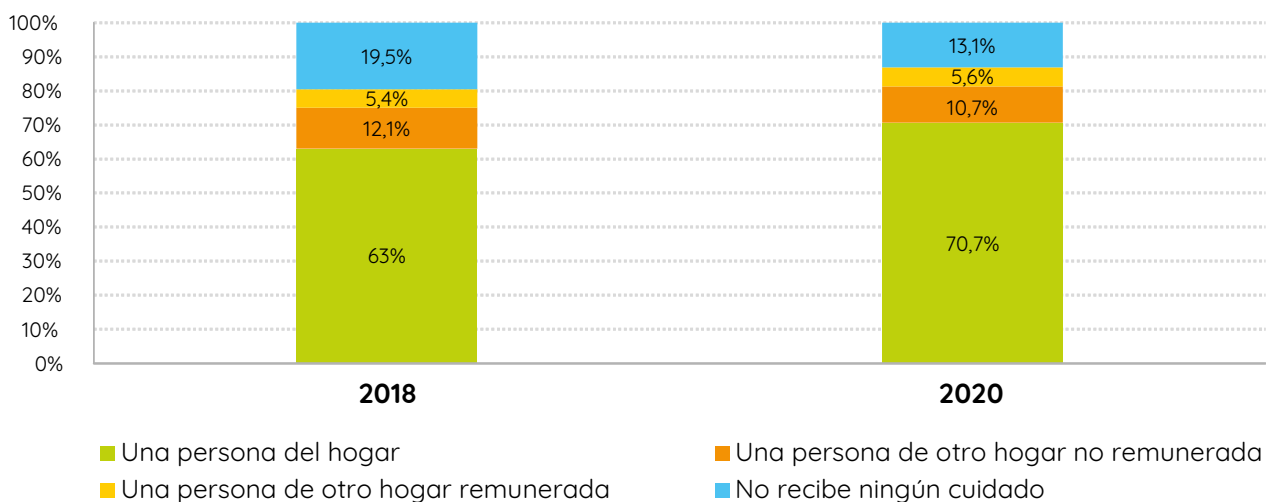
“Soy directora administrativa, pero yo no soy accionista de la empresa, gano unos honorarios, y pues obviamente uno siempre quisiera tener un poco más de ingreso, pues por el tema de sostenimiento de las personas mayores que tengo a mi cargo, porque pues ellos no son pensionados ni nada, siempre ha sido un tema complejo”.

(GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

De modo general, como se observa en la Figura 5, para 2020 el 70,7% de las personas mayores que requerían cuidado lo recibían por parte de una persona de su mismo hogar. Esta cifra presentó un aumento de más de 7 p.p. entre 2018 y 2020 lo que se podría explicar como efecto de la pandemia y las medidas de aislamiento preventivo que llevaron a muchas familias a suspender el contacto con cuidadores externos al hogar. Por su parte, el cuida-

do remunerado representa únicamente el 5,6% del total nacional, siendo inferior al 10,7% de cuidadores no remunerados externos al hogar. Finalmente, la brecha de cuidado, es decir, aquel porcentaje de personas mayores que requieren algún tipo de cuidado, pero no lo reciben, osciló entre 13 % y 19% en el periodo comprendido entre 2018 y 2020, representando aún una proporción considerable de la población y un reto vigente de política pública.

Figura 5. Distribución de cuidadores para personas mayores que requieren de cuidado



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

Además, los cuidadores no solo hicieron uso de un aislamiento preventivo en pandemia sino también reforzaron el uso de los elementos de bioseguridad para cuidar a las personas mayores y a ellos

mismos. Asimismo, apoyarlos en alguna actividad que necesitaran para evitar que las personas mayores salieran porque identificaban que era la población más vulnerable a causa del COVID-19.

“Pues los que tenemos más cerca, y uno velaba por su salud, porque tuvieran alimentos si no vivían con uno, si vivían solos, de ir a mercales, por asegurarles que las condiciones estuvieran bien; dentro de todo, perdiendo su libertad porque no los dejan salir y muchas cosas”.

(GF n°2, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Manizales).

“(…) yo tengo varios familiares con hipertensión, asma, y todas esas cosas hacían que uno dijera bueno, yo salgo por la necesidad de venir a comprarle a todos, porque vivimos, prácticamente, yo vivo en la mitad y uno en la esquina y el otro en la otra esquina de arriba, entonces salía una persona a hacer el mercado de las tres casas, entonces yo decía, yo me expongo, pero no los quiero exponer a ellos”.

(GF n°1, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Manizales).

“(…) ya era no dejarlos que ellos salieran, comprarles alimentos. También teníamos que prevenir muchas cosas. Uno por la condición de los dos, porque las defensas de mi papá son demasiado bajas, y por mi mamá, porque mi mamá es una persona diabética, tiene problemas del corazón (…). Empezamos a restringir todo, ese era el cuidado acá, de bañarse, del alcohol, de los tapabocas, de limpiarles los alimentos, todo.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 1 y 2, Bogotá).

“(...) conozco a una amiga, que ella no dejaba entrar a nadie a su casa, pues ella cuidaba a sus padres en casa y ambos tienen enfermedades de base (...) echaba cloro a todo (...) los otros hermanos los veían a través de una ventana por ahí saludaban a los papás a la mamá (...) entonces, los cuidados se tuvieron que intensificar un poco, pues porque es una población que estaba vulnerable”.

(GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Barranquilla).

“(...) teníamos que estar muy pendientes con ella: -mami no puede hacer esto, mami venga para acá, mami usted no puede ir para allá, mami usted...-. Entonces teníamos muchas cosas que habíamos que limitarlas para que (...) ella tuviera los cuidados”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional, Quibdó).

De igual forma, hubo un refuerzo en centros geriátricos, casas de hogar y asilos, para garantizar las medidas de bioseguridad, para proteger al cuidador y a las personas mayores.

“En el tema de cuidados en centros de larga estancia también fue difícil, el hecho de estar encerrados y que hubo restricciones para las visitas, para el contacto físico. Sé que también hubo pues, como dificultades a nivel emocional de no poder tener contacto con las pocas personas”.

(Entrevista a Profundidad -EP-, experto n°1 en Bienestar y participación social).

“(...) sobre todo, en hogares geriátricos de niveles socioeconómicos altos, que tuvieron medidas contra el coronavirus muy estrictas, medidas sanitarias muy estrictas; fueron ancianos aisladísimos, ancianos que, durante meses, meses, no vieron a sus familiares, porque era tan estricto el control en estos hogares geriátricos que se les olvidó, que era más importante el contacto, y muchos ancianos fallecieron solos y no por no tener familia. Muchos otros hogares geriátricos tenían la posibilidad de tener ventanas, entonces veíamos a montones de personas por la parte de afuera viendo a sus ancianos (...)”.

(EP, experto n°2 en Cuidado y cuidadores).

“En los albergues de los ancianos, ellos eran constantemente mirando todo asegurándose que se cumplieran los protocolos, para que cualquier persona que entrara; se supone que no tuviera el virus o no estuviera enfermo, pero pasaba el más mínimo caso y se aislaba todo. Entonces en el mismo albergue como que juntaban a la gente más vulnerable, a mano de gente no vulnerable, que los convertía en vulnerable; o sea, la propia gente que los apoyaba y los cuidaba, era la gente que los podía enfermar, entonces era como algo contraproducente de los ancianos. Y en el caso de las personas mayores que la familia le pagaba el asistente, entonces la mayoría de casos que me contaban era o que el asistente vivía con ellos o a la persona mayor le tocó irse a vivir con los familiares o intentar vivir solo”.

(GF n°2, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Manizales).

Un análisis más detallado muestra que a medida que disminuye el nivel socioeconómico aumenta a su vez la proporción de personas mayores que requieren cuidado,

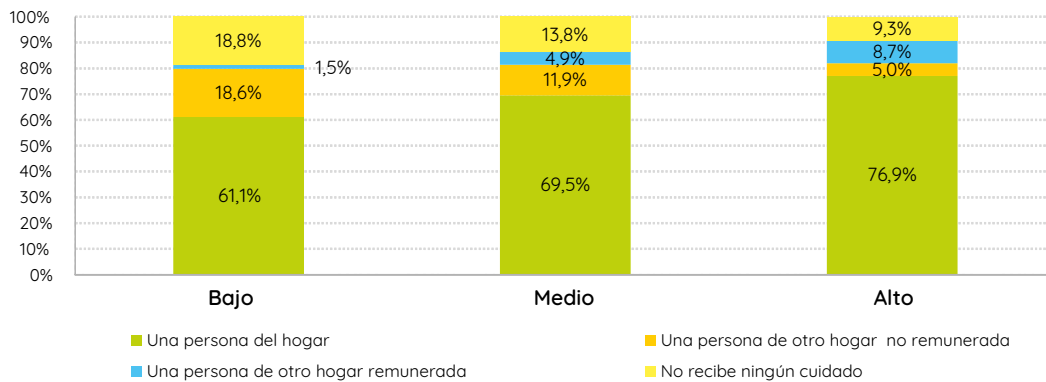
pero no lo reciben, es decir, la “brecha de cuidado” (Figura 6). Mientras que la brecha en niveles socioeconómicos altos se ubicó en 9,3% para 2020, en el nivel bajo fue de

18,8%, es decir, más del doble. Esto potencialmente se explica por un menor poder adquisitivo limita la capacidad de las familias o de las propias personas mayores para acceder a cuidado remunerado o centros especializados. Así, se advierte que en 2020 tan solo un 1,5% de las personas mayores de nivel socioeconómico bajo recibían cuidado por parte de individuos que obtenían un pago por su labor. Esta proporción contrasta fuertemente con la observada para niveles socioeconómicos altos donde los cuidadores remunerados representaron un 8,7% del total.

Sin embargo, a pesar de esta marcada diferencia en el acceso a cuidado formal entre niveles socioeconómicos, una parte de la brecha observada en el nivel socioeconómico bajo, es cubierta por cui-

dadores de otros hogares que no reciben pago, representando el 18,6% del total (Figura 6). Esta cifra muestra cómo en grupos con menor poder adquisitivo la comunidad debe suplir parte de la brecha generada por la dificultad económica de acceder a centros especializados o contratar cuidadores. Dado el mayor grado de complejidad de las condiciones de vida de quienes se ubican en el nivel socioeconómico bajo, la prevalencia del cuidado no remunerado por miembros de otros hogares puede representar una carga adicional para los individuos del entorno, ya que no solo deben lidiar con las responsabilidades laborales y las necesidades del propio hogar, sino que además prestan asistencia a personas mayores de otros hogares sin recibir remuneración.

Figura 6. Distribución de cuidadores para mayores de 60 años que requieren de cuidado por nivel socioeconómico



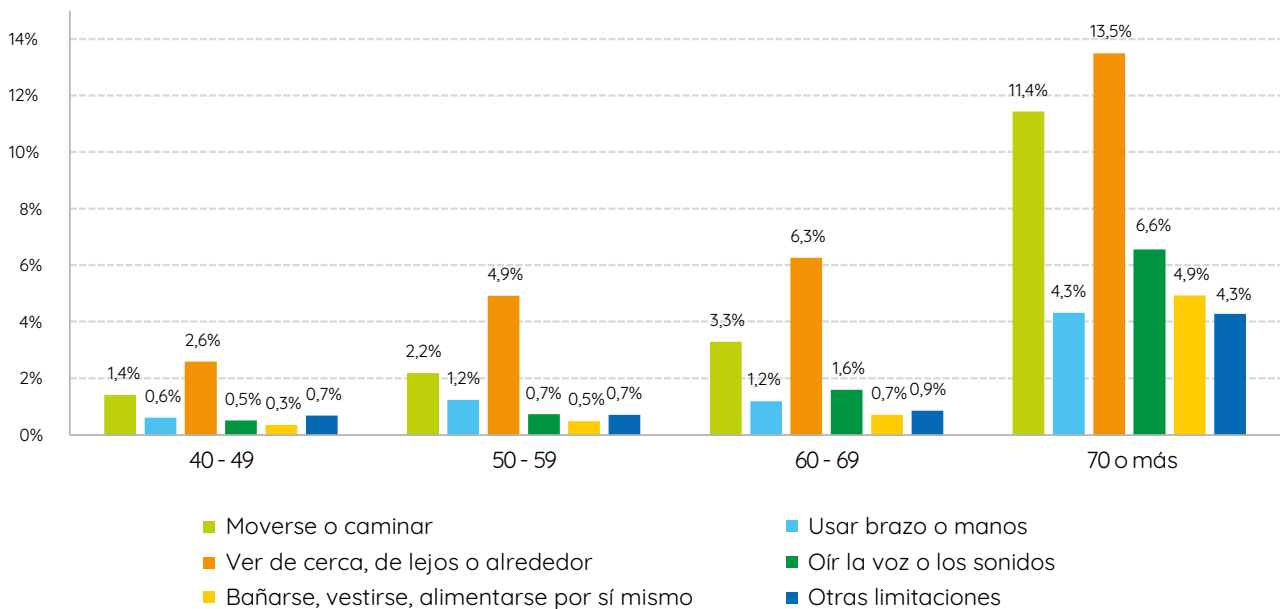
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

Nota: El nivel socioeconómico de la cohabitación se definió a partir del nivel educativo del jefe del hogar. El nivel bajo equivale a ningún nivel educativo; el nivel medio equivale a preescolar y básica y primaria, y el nivel socioeconómico alto equivale a educación media y superior.

Por otro lado, se observa que la necesidad de cuidado aumenta con la edad, en cuanto las limitaciones funcionales de las personas mayores también presentan una correlación positiva con la edad (Figura 7). De este modo, como evidencia la Figura 8, el rango etario de 70 o más concentra la mayor proporción de cuidadores remunerados. Por otro lado, a pesar del impacto

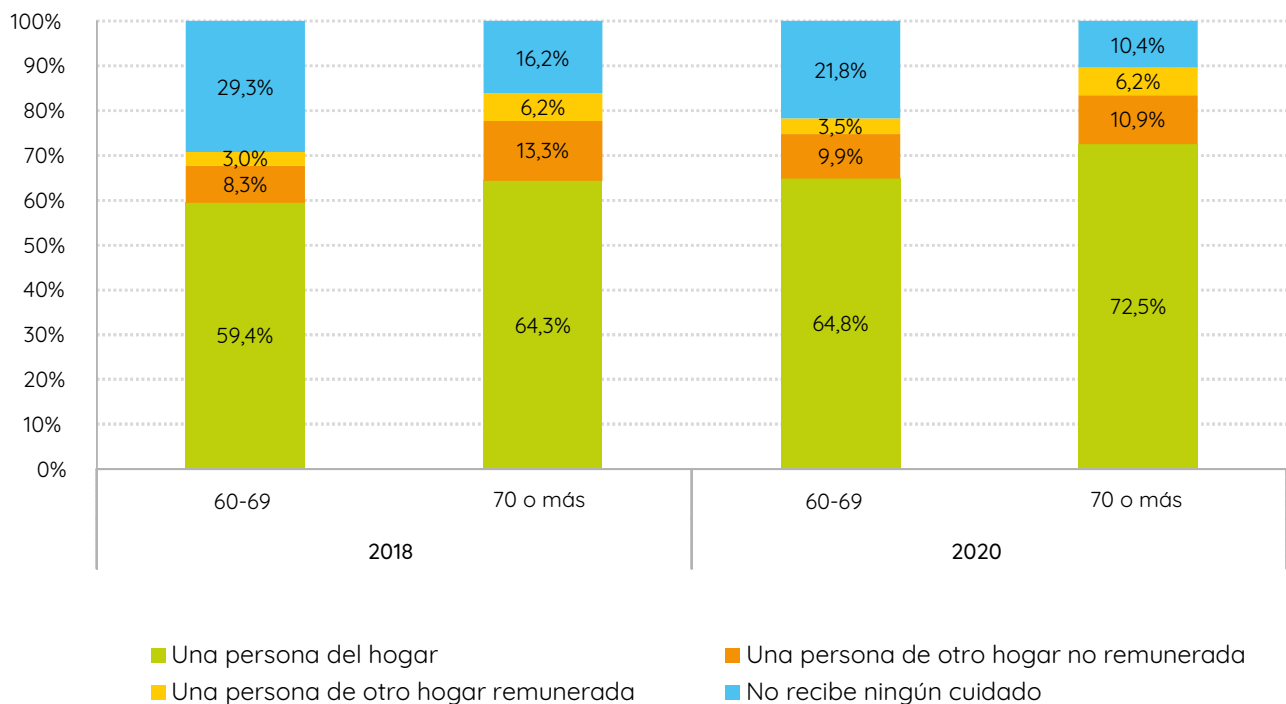
económico de la pandemia del COVID-19, la proporción de cuidadores que recibieron una retribución económica se mantuvo constante entre 2018 y 2020. Esto no ocurrió con el cuidado dentro del hogar, que presentó un aumento considerable en el mismo periodo de tiempo, explicando la reducción de 6 p.p. en la brecha de cuidado para las personas mayores de 70 años.

Figura 7. Porcentaje de personas con limitaciones permanentes, según el tipo de limitación y por grupos etarios



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.

Figura 8. Distribución de cuidadores de personas mayores que requieren de cuidado por rango etario

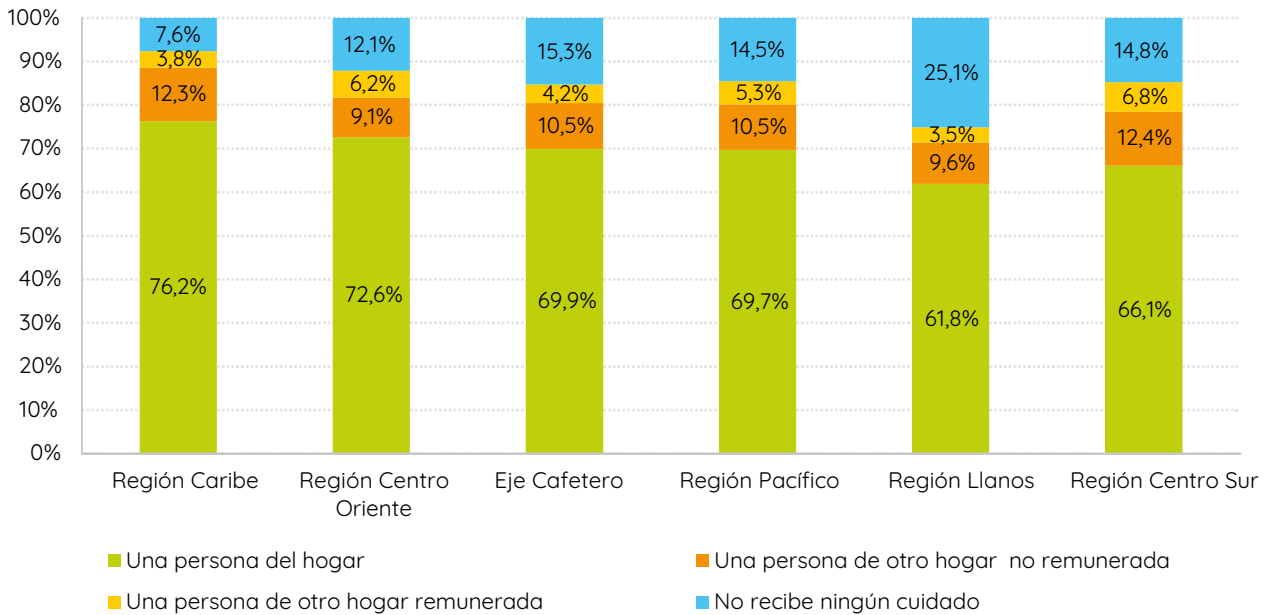


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

Las diferencias mencionadas también se observan dentro del territorio colombiano, producto de la alta heterogeneidad cultural, económica y social de las regiones de Colombia. De este modo, en la Figura 9 se puede identificar que, aunque el cuidado dentro del hogar es preponderante en todas las regiones del país, la región Caribe presenta la mayor proporción de cuidadores dentro de la misma vivienda con un 76,0%, valor superior al prome-

dio nacional de 72,5% y significativamente mayor al del resto de regiones. Esto explica a su vez que el Caribe tenga la menor brecha de cuidado de entre las seis regiones administrativas (7,6%). A pesar de ello, llama la atención que la importancia del cuidado remunerado es secundaria, siendo el Caribe la segunda región con menor proporción de cuidadores formales (3,8%), solo superada por la región de los Llanos en la que tan solo equivale a un 3,5%.

Figura 9. Distribución de cuidadores de personas mayores que requieren de cuidado por región

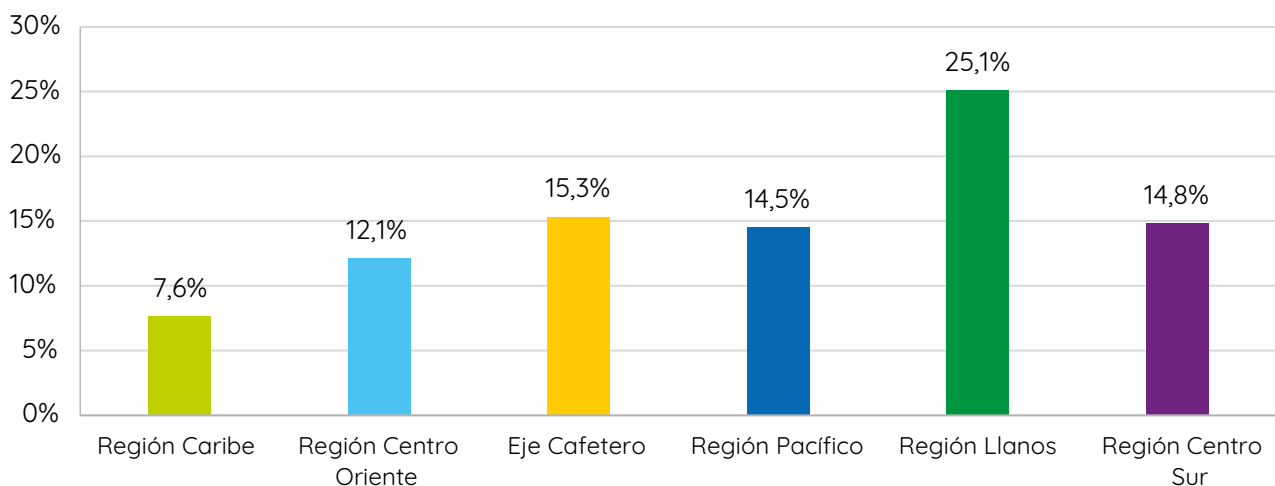


Nota: Los porcentajes se calculan sobre el total de personas mayores que requerirían algún tipo de cuidado.
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.

Esto no solo resalta el bajo acceso al cuidado remunerado a nivel nacional, sino su escaso impacto en la reducción de la brecha de cuidado. Tanto en la región con menor brecha (Caribe), como en la que mayor carencia de cuidadores presenta (Llanos), el cuidado formal no superó el 4% del total. La Figura 10 permite dimensionar de mejor modo las diferencias en cobertura de cuidado a nivel nacional. En particular es preocupante el caso de la región de los Llanos en la que el 25,1% de las personas mayores que requerirían cui-

dado permanecen solas. Esto se entiende en cuanto el territorio de los Llanos incluye dos de los departamentos con mayor vulnerabilidad económica del país: Guainía y Vichada. En específico Guainía es el departamento con mayor prevalencia de pobreza monetaria de Colombia. En 2020 el 65% de la población se encontraba por debajo de la línea de la pobreza y el departamento presentaba una brecha de cuidado equivalente a 27,6%, más del doble del promedio nacional para el mismo año (13,07%).

Figura 10. Porcentaje de personas que requieren cuidado y no lo reciben (brecha de cuidado) por región política administrativa



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2018 y 2020.

A la difícil situación económica que enfrentan estos territorios, reflejada también en el bajo nivel de cuidado remunerado de la región de los Llanos, 3,5% (Figura 9), se suma la alta dispersión geográfica y altos índices de ruralidad que disminuyen la participación de miembros de otros hogares no remunerados en el cuidado de personas mayores. Las largas distancias y la dificultad de movilización podrían ser factores explicativos de que tan sólo 9,2% de los cuidadores de esta región sean miembros no remunerados de otras viviendas. Por el contrario, se observa que,

en regiones como Caribe y Centro Sur, los cuidadores externos tienen mayor participación y contribuyen a cerrar la brecha de cuidado, supliendo, en parte, la baja participación del cuidado formal.

Así, frente a la ausencia del cuidado, los vecinos pueden ser un apoyo importante para aquellas personas mayores que no tiene el respaldo de un familiar o una institución para su cuidado. De ahí que una de las expertas entrevistadas reflexione sobre la importancia del cuidado desde un enfoque de reconocimiento comunitario.

“El cuidado como estar pendiente, pero (...) involucra no solamente al cuidador o al familiar, sino un núcleo más grande, involucra a los vecinos, involucra a la gente que vive en el barrio, que no es tan cercana; porque eso les da una sensación de reconocimiento y de pertenencia (...) entonces ese concepto de cuidado me parece que nosotros lo tendríamos que ir cambiando a más allá de proporcionar ayuda en las actividades de la vida diaria y es estar pendiente; es un reconocimiento (...), estar pendiente, conocer las palabras de ellos”.

(EP, experto n°1 en Cuidado y cuidadores).

De esta manera, es oportuno ver el concepto de cuidados no desde la dependencia, sino desde la vivencia y el compartir. Además, cuando el cuidado remunerado no es habitual, las comunidades pueden formar mecanismos de apoyo para generar arraigo entre sus miembros y así poder cuidar en algunas ocasiones de quienes lo necesitan. Como lo mostraron en los grupos focales el apoyo de la comunidad en la pandemia fue importante para aquellas personas que requerían algún tipo de cuidado, como las personas mayores.

“En mi vida personal mi comunidad si ayudó, tanto a mí como a mi familia; yo estuve los dos años de pandemia en Cali y mi mamá estuvo sola en Barranquilla. Con mi mamá sola, supremamente insegura de sí misma, porque todo la podía matar; los vecinos fueron la clave para que mi mamá estuviera bien, no le pasara nada, para que cuando estuviera angustiada, le lidiaran la angustia mis vecinos”.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Barranquilla).

“Uno mismo ha creado la red con los vecinos, con el señor de la panadería, con el señor de la cafetería. Y hoy en día pues, uno tiene que moverse y resolver cosas, entonces por WhatsApp, uno pide el favor a tal persona que ayúdeme con tal cosa, que lleva algo a domicilio (...). Bueno, entonces (...) tenemos un grupo y precisamente nos reunimos por Zoom, realizamos bailes, lo que sepa tocar un instrumento lo toca; repartimos antes de reunirnos algo, así sea una gelatina con unas galletas a los que estamos reunidos, (...). Cuando alguien está enfermo del grupo que tenemos también, entonces nos apoyamos mucho, de pronto darle un caldito, estar pendiente de esa persona, en lo que podamos colaborar personalmente, lo estoy haciendo, lo he hecho y lo sigo haciendo”.

(GF n°2, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

“He tenido la bendición en el conjunto con una hermana mía de poder apoyar a una señora que no es de mucha edad, pero sufre de Alzheimer y tiene un hijo con una discapacidad grande, entonces ahorramos con mi hermana normalmente y le llevamos cada dos meses o si podemos o antes, un buen mercado para su casa, se le hace al mercado y se le llevó hasta su casa”. (GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

(GF n°2, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

Sin embargo, dos de las seis regiones del país presentan una proporción de cuidado remunerado superior a la media

(5,25%). Tanto la región Centro Oriente, con un 6,2%, como la región Centro Sur, con un 6,85%, se ubican por encima del

promedio nacional de cuidado formal (Figura 10). La mayor participación de cuidadores económicamente retribuidos en los territorios mencionados se explica, en parte, por el mayor nivel de ingreso promedio de la población que habita estas regiones. Por ejemplo, la región Centro Sur incluye a la ciudad capital de Bogotá, donde la proporción de cuidado remunerado representa un 7,4% del total, valor que no solo es superior a la media nacional, sino que supera todos los promedios regionales de cuidado formal.

La desigualdad observada en términos de cobertura de cuidado entre niveles socioeconómicos y regiones del país representa un reto para el Estado Colombiano. Reducir la brecha de cuidado realizando con especial énfasis en los grupos y territorios más vulnerables es un desafío para el diseño futuro de políticas sociales. Las diferencias observadas reflejan que las desigualdades en ingresos y el nivel educativo no sólo tienen consecuencias sobre las generaciones jóvenes con mayor actividad en el mercado laboral, sino que se perpetúan en el tiempo afectando también a la población mayor del país.

4.3.3. Niveles de dependencia y el rol del cuidado

La presencia de limitaciones funcionales que dificultan la realización de las actividades diarias es un aspecto intrín-

secamente relacionado con el cuidado de las personas mayores. El grado de limitación que presenta la persona cuidada compromete en muchas ocasiones su nivel de independencia, forzándola a depender de otros para la práctica de actividades diarias como el uso del baño o la alimentación. Por ello, cobra especial relevancia profundizar en el estudio de las dinámicas de cuidado en torno a las limitaciones físicas o de salud, en cuanto pueden comprometer el bienestar de las personas mayores que requieren un nivel de cuidado más intensivo o especializado.

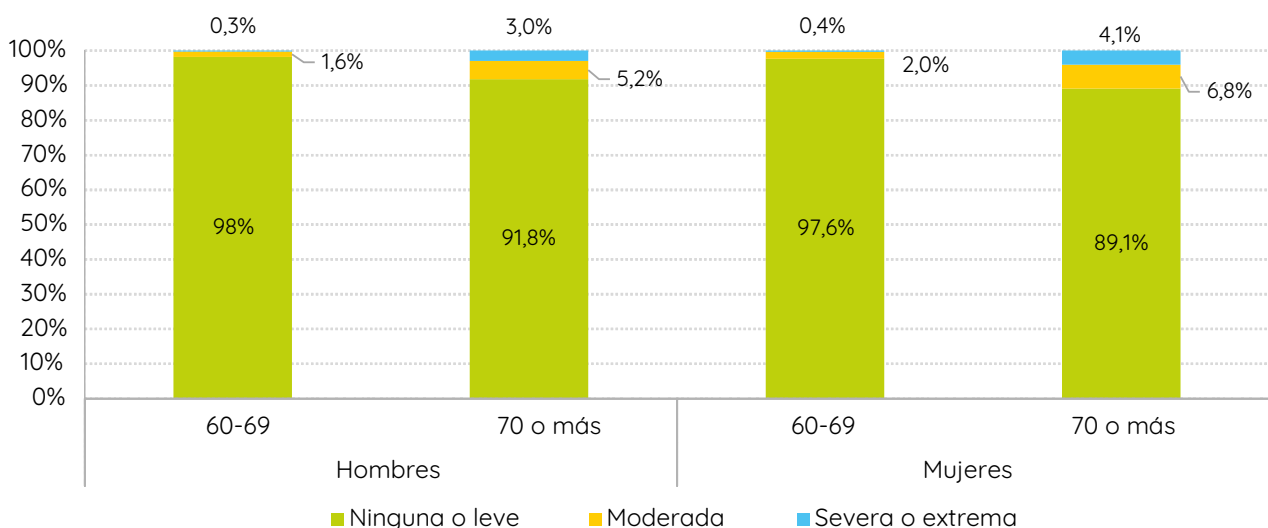
Una primera aproximación a la situación de salud de personas mayores en Colombia muestra que, en general, existe un alto grado de independencia en la población mayor. Utilizando el índice de Barthel de la encuesta SABE 2015, que permite de modo estandarizado identificar los grados de limitación en la realización de actividades diarias, se encuentra que tan solo un 5,4% de las personas mayores sufren discapacidad a nivel nacional. Profundizando en el análisis encontramos que existen diferencias al desagregar por sexo. Mientras un 4,4% de los hombres mayores presenta limitaciones leves o severas, un 6,5% de las mujeres reporta dificultades en la realización de actividades cotidianas.

Estas diferencias se acentúan más aún al analizar las limitaciones reporta-

das no solo diferenciando por sexo, sino también por grupo etario. De este modo la Figura 11 muestra cómo la mayor parte de la población mayor que reporta un grado severo o extremo de dificultad en las actividades cotidianas recae sobre los mayores de 70 años, y de modo más específico sobre las mujeres pertenecientes

a este grupo etario. Mientras un 3% de los hombres mayores a 70 años reporta limitaciones severas o extremas, un 4,1% de las mujeres de la misma edad se encuentra en esta situación. Lo anterior da a entender que existe una mayor demanda de cuidado intensivo en las últimas etapas de la vida.

Figura 11. Distribución según el grado de dificultad para realizar actividades diarias por sexo y por grupo etario



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de encuesta SABE 2015.

De este modo, en la Figura 12 se observa que la demanda de cuidado es mayor por parte de la población con algún tipo de limitación, superando en casi todos los casos a la media nacional de 5,6%. Específicamente, mientras más afectada se ve la funcionalidad de la persona mayor, como

la incapacidad de bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo, mayor proporción representan los cuidadores remunerados, llegando para el caso mencionado a representar un 10,5%. Eso se explica dado que un mayor nivel de dependencia por parte de la persona mayor requiere en