

ISSN: 1130-2887

ISSN electrónico: 2340-4396

DOI: <http://dx.doi.org/10.14201/alh2015716181>

ENVEJECER EN COLOMBIA

Aging in Colombia

María Lourdes SANTOS PÉREZ

Universidad de Salamanca, España

✉ lula@usal.es

Nelcy Yoly VALENCIA OLIVERO

Universidad Autónoma de Madrid, España

✉ nelcyolyvalencia@gmail.com

BIBLID [2340-4396 (2015) 71, 61-81]

Fecha de recepción: 17 de junio del 2014

Fecha de aceptación y versión final: 2 de octubre del 2015

RESUMEN: A partir de datos procedentes de fuentes estadísticas y de informes oficiales, se propone una aproximación crítica a la vejez en Colombia, específicamente desde el punto de vista de las políticas públicas que se están llevando a cabo o que se hallan en proyecto. Nuestra hipótesis principal es que dichas medidas renuncian a un tratamiento integral de la vejez en términos de necesidades y derechos apostando por un sistema de carácter asistencialista, lo que contribuye a afianzar un imaginario de vejez dependiente y empobrecida, con consecuencias «fatales» para el mantenimiento y la reproducción del sistema socioeconómico.

Palabras clave: Colombia; vejez; políticas públicas; salud; pensiones.

ABSTRACT: Using data from statistical sources and official reports, we propose a critical approach to aging in Colombia, specifically from the point of view of public policy in progress or in planning. Our main hypothesis is that these measures refuse comprehensive treatment of the ageing in terms of needs and rights promoting a pure welfare system which, instead, contributes to reinforce a collective imagination of a dependent and impoverished old age, with «fatal» consequences that sustain and reproduce the socioeconomic system.

Key words: Colombia; aging; public policy; health care; pension.

I. ¿VEJEZ O «VEJECES»?¹

Una parte del debate se ha orientado a clarificar los conceptos de envejecimiento y vejez. Si el envejecimiento es un proceso –se envejece durante toda la vida, desde el nacimiento hasta la muerte–, la vejez se refiere al final de dicho proceso, al hecho de haber vivido más tiempo que otros individuos de la misma especie. Y también a mostrar las implicaciones que tiene conectar el envejecimiento y la vejez, por un lado, con el género –las mujeres viven, envejecen y llegan a ser personas viejas de manera muy diferente a los hombres– (Arber y Ginn 1996) y, por otro, con las generaciones –se «vive-envejece» en el contexto de las influencias sociales y culturales de cada época– (Gil Calvo 2003).

Como resultado de ese debate, existe un consenso bastante amplio en el sentido de considerar el envejecimiento y la vejez como «proceso y condición», respectivamente, «diferenciables»; y de ahí que se apueste por el establecimiento con carácter urgente de condiciones que favorezcan el bienestar *a lo largo de la vida*, con especial atención a la salud, la educación, la seguridad económica y los entornos físicos y sociales. Abundando en la idea, más que de vejez habría que hablar de múltiples formas de vejez, ya que son los contextos físicos, geográficos, políticos y culturales, así como los estilos de vida sociales, familiares e individuales los que influyen en el vivir-envejecer de todos nosotros. Dicho de otro modo, lo que puede llegar a constituir un problema no es el hecho de envejecer, sino la forma como se vive, se envejece y se llega a la vejez (Lalive d'Epina *et al.* 2000).

Desde estos presupuestos, en el plano normativo internacional, en el marco de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en 2002, dentro de su denominado Plan de Acción, se plantean tres orientaciones prioritarias a tener en cuenta en el diseño de las políticas públicas: participación de las personas de todas las edades, particularmente de las de más edad, como aportantes y beneficiarias del desarrollo de sus países; salud y bienestar en términos de promoción, prevención, atención, accesibilidad y cuidado en y para todas las edades, en especial, en y para la vejez; y creación de entornos físicos y sociales propicios, accesibles y favorables para todas las edades y condiciones. Singularmente, en el contexto regional, a partir de la Declaración de Brasilia sobre envejecimiento, de 2007, cuyo objetivo es identificar prioridades con el fin de aplicar en América Latina y el Caribe el citado Plan, se identifican y trabajan algunos desafíos específicos, a saber: superar la discriminación por edad, considerada como discriminación múltiple; superar la pobreza y las condiciones de vida precarias, reconociendo el nivel de vida relativamente desfavorable de las personas mayores de 59 o 65 años; terminar con la violencia, los abusos y los malos tratos, tanto físicos y económicos como emocionales y sexuales, así como también con la explotación económica; y resolver el problema de la falta de servicios y medidas específicas para el disfrute de los derechos humanos, incluyendo los servicios de atención y cuidado.

1. Las autoras agradecen los comentarios y las sugerencias de dos evaluadores anónimos de *América Latina Hoy, Revista de Ciencias Sociales*, a la primera versión de este artículo.

II. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN COLOMBIA

El tema de las políticas públicas ha estado casi ausente de los debates académicos no sólo de Colombia, sino también de toda América Latina, hasta los años noventa. Hoy en día, sin embargo, se ha vuelto un tema de obligada referencia, tanto en la discusión académica como en la política. Así, se ha empezado a producir un volumen importante de información y de datos sobre las políticas públicas en América Latina y en Colombia, que se explica a la luz de algunos factores. Para empezar, algunos organismos internacionales como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Interamericano de Desarrollo han hecho sentir su influencia a favor de una reforma de los Estados en el marco de las orientaciones neoliberales del denominado Consenso de Washington. Del mismo modo, las distintas organizaciones, gubernamentales y no gubernamentales de cooperación al desarrollo, en un contexto internacional caracterizado por la competencia, la reducción del gasto público y el auge de la rendición de cuentas, se han visto en la necesidad de presentar, para legitimar su acción, los resultados de sus políticas. Finalmente, en sintonía con la reforma del Estado y la introducción en el ámbito de la administración pública de principios de la llamada Nueva Gestión Pública, con énfasis en la evaluación de resultados e impactos y en el análisis costo-beneficio, ha aumentado la oferta de cursos de posgrado en el área de las políticas y de la gestión públicas (Roth 2007).

Singularmente, para el caso de Colombia, los estudios y análisis relativos a las políticas públicas de todo tipo se han centrado de modo preferente en la presentación de datos cuantitativos, en detrimento de otros enfoques más teóricos y epistemológicos. Con todo, recogiendo la inquietud cada vez más amplia de un sector de la academia, dos son los desafíos fundamentales a los que se enfrentan las políticas públicas en el país: uno conceptual y otro práctico. El primero tiene que ver con la falta de claridad en relación con «qué son, qué hacen y cómo funcionan» las políticas públicas (Arroyave Alzate 2011); el segundo, con su eficiencia, esto es, con sus «puntos de desequilibrio y sus retos» (Arroyave Alzate 2011).

Por lo que se refiere al desafío teórico, las aportaciones de André Roth y de Alejo Vargas constituyen una referencia necesaria. Ambos académicos cuentan con una abultada producción bibliográfica; concretamente, dos obras son de consulta y de estudio obligado en la academia. En Roth (2006), éste construye y propone temas de reflexión, modos de pensar y herramientas para la comprensión de la acción política y del Estado. La hipótesis que en el texto se trata de defender es que, hoy en día, la constitución del análisis de las políticas públicas es un proceso de construcción de una «sociedad postestatal», donde la sociedad tienen a emanciparse de la tutela del Estado, mientras que éste se halla permeado por la sociedad civil organizada, lo que pone en evidencia la necesidad de una nueva forma de gobierno más adaptada al contexto que haga frente a una profunda crisis de gobernabilidad. Alejo Vargas (1999), por su parte, en *Notas sobre el Estado y las políticas públicas*, un libro que fue concebido con el fin de servir de introducción al estudio de las políticas públicas, combina la propuesta de una «perspectiva» para abordar el estudio del Estado y su relación con el concepto de

sistema político con la introducción de «elementos analíticos» para el entendimiento de las políticas públicas y su relación con la administración pública, la gobernabilidad y la legitimidad. En la citada obra hay también una parte dedicada al «análisis» de las políticas públicas, ilustrado con un estudio de caso; otra que pretende servir de introducción a su «evaluación», y, finalmente, una «reflexión» acerca de la posibilidad que tiene la sociedad para influir en éstas. También Germán Arboleda (2008), en este intento común de clarificar el concepto, lleva a cabo una clasificación de los diferentes tipos de políticas públicas según sea su enfoque, campo de acción, finalidad, procedencia, nivel de formulación, clientela y coerción. Finalmente, en una lista que no pretende ser exhaustiva, Jorge Cuervo (2007 y 2015) ha coordinado una ambiciosa iniciativa en el mismo sentido.

Las reformas orientadas hacia la modernización estatal, particularmente las relativas a la descentralización y a la privatización de las funciones sociales, han llevado también, tal y como ya se ha dicho, a cuestionar si las políticas públicas son un instrumento eficiente. Por concretar aún más, Arroyave Alzate (2011) cifra en tres los grandes retos de las políticas públicas a nivel nacional. Para empezar, aunque en lo conceptual contienen una idea de empoderamiento, inclusión, horizontalidad, planeación y eficacia, «están muy lejos de observarse en su ejecución» (Arroyave 2011: 99). El segundo reto se concentra en su adjetivación como instrumento *público*. Al delegar el gobierno una responsabilidad constitucional en agentes privados, «la vinculación de las comunidades responde más a un ejercicio simbólico de legitimación» (Arroyave 2011: 101). A su vez, en tercer lugar, los antecedentes de las políticas públicas (a saber, la burocracia, la teoría de las organizaciones y el *Management Public*) han materializado «un contexto de corrupción, clientelismo e ilegalidad» que ha dificultado el fortalecimiento de las instituciones en todos los niveles territoriales (Arroyave 2011: 102). Desde estas premisas, Arroyave (2011), por ejemplo, ha puesto el énfasis en la necesidad de orientar el análisis a los procesos de política, específicamente a la «red interorganizacional» en la cual se gestan. Por su parte, Juliana Mejía y William Jiménez, entre otros, bajo la presuposición de que «la política social es una política pública» (Mejía 2012: 151), apuestan por un diseño que responda al enfoque de derechos y que incluya la participación democrática como posibilidad de gobernabilidad de las administraciones. A mayor abundamiento, afirma Jiménez (2007: 43) que, aunque las políticas en derechos humanos comparten las características generales de toda política pública (a saber, un contenido, un programa, una orientación normativa, un factor de coerción y una competencia social), deben reunir también unas condiciones mínimas que permitan en último término asegurar su eficacia. A saber: integralidad, intersectorialidad, participación, universalidad, intergubernamentalidad y coordinación. Para terminar, autores como André Roth (2009) ponen el acento en la evaluación, pues con ella se «pretende conocer mejor el desempeño institucional y los efectos de las políticas y programas, limitar la corrupción, aumentar la transparencia y, ante todo, dar elementos para mejorar la acción pública e informar a la ciudadanía (legitimación) y a las instituciones públicas de la eficacia y eficiencia de ésta» (Roth 2009: 1). El reto es, si cabe, aun mayor, puesto que la práctica evaluativa colombiana «oficial» sigue «centrándose en una alianza del saber científico exclusivo

en manos de expertos con un poder político fundamentalmente concebido desde una perspectiva autoritaria y vertical» (Roth 2009: 13).

III. POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ EN COLOMBIA

Sin ánimo de ser exhaustivos², las principales políticas públicas acometidas por los distintos gobiernos nacionales están contenidas en la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019, el Plan Nacional de Desarrollo 2010-14 y el Programa para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010-25.

El primero de los documentos, de diciembre de 2007, fue elaborado por el Ministerio de la Protección, y en él se especifican como cuestiones clave el envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico, los derechos humanos, el envejecimiento activo y la protección social integral. El segundo de los documentos, de 2011, pone el acento en la articulación de programas que, con enfoque diferencial, se orienten a personas adultas mayores en condiciones de pobreza, en la alfabetización de adultos y en la puesta a punto de mecanismos de protección a la vejez. Finalmente, el Programa aprobado por la Alcaldía Mayor de Bogotá, en el mismo año, busca «garantizar la promoción, protección, restablecimiento y ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas mayores, sin distingo alguno».

En un balance provisional de dichas políticas, la literatura especializada ha advertido cómo en contraste con los documentos internacionales que resaltan el «proceso» de envejecimiento con énfasis en el respeto a los derechos humanos, en Colombia las referencias a las personas adultas mayores es más bien estrecha y fatalista, pues se centra sobre todo en las condiciones de pobreza e indigencia y, desde ahí, en la articulación de medidas asistencialistas y cortoplacistas (Dulcey-Ruiz *et al.* 2013).

IV. LOS ADULTOS MAYORES EN COLOMBIA: PERFIL Y CONDICIONES DE VIDA

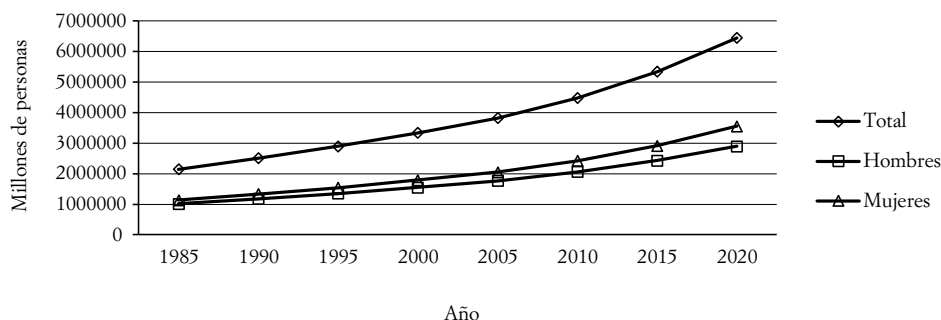
De acuerdo con datos del Censo de Población realizado en 2005 (DANE 2005), en Colombia el número de personas mayores de 59 años³ era de 3.778.000; de éstos,

2. Se puede consultar un listado completo de estas medidas en un estudio realizado por la Escuela Nacional de Demografía y Salud, dependiente de PROFAMILIA, y titulado *Envejecimiento y vejez en Colombia* (2013).

3. Los textos normativos, singularmente la Ley 1251 del CONGRESO DE COLOMBIA (2008), señalan que tiene la consideración de «persona mayor» en Colombia la persona de 60 o de más años de edad. Aunque, también, a efectos del ingreso a algunos programas de promoción, se tiene por tales a personas mayores de 55 años, en atención a su deterioro físico y/o mental, previa valoración por especialistas. El legislador apunta también que el proceso de envejecimiento se inicia en la concepción y termina con la muerte; consecuente con esto, se añade que la vejez es una etapa del proceso de envejecimiento, así como lo son la infancia y la juventud. La vejez, por abundar en la idea, representa el ciclo final del proceso de envejecimiento, de modo que las condiciones en esta etapa dependen del desempeño, logros y frustraciones de los períodos precedentes.

2.655.911 tendrían 65 años o más. Según proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), cuatro años después, esta población habría aumentado hasta alcanzar la cifra de 4.151.533, que representaría el 9,48% de toda la población. Para el año 2020 se espera que el porcentaje de personas mayores de 59 años se sitúe en torno al 12,64%, hasta llegar al 23,12% en 2050 (ver Gráfico 1).

GRÁFICO I
ESTIMACIONES (1985-2005) Y PROYECCIONES (2005-2020) POBLACIÓN MAYOR DE 59 AÑOS EN COLOMBIA (DESAGREGADA POR SEXO)



Fuente: DANE. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

Las proyecciones muestran, además, un envejecimiento demográfico. Mientras la población general se incrementa en promedio anual un 1,9%, la población mayor, especialmente la más longeva, crece a un ritmo de un 4%.

De forma más concreta, el país atraviesa lo que puede definirse como la primera fase dentro de un proceso de transición demográfica. Como es sabido, la teoría de la transición demográfica constituye un marco explicativo del crecimiento de la población mundial. Concretamente, se considera que los cambios demográficos que han tenido lugar en los últimos decenios se explican a la luz de dicho fenómeno. La transición demográfica se caracterizaría por ser un proceso de larga duración que discurre entre dos regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico y con altas tasas de fecundidad y de mortalidad, y otro, final, también de bajo crecimiento aunque con niveles también bajos en ambas tasas. Entre ambas situaciones, se pueden identificar dos etapas cruciales o de transición: en la primera, la tasa de crecimiento aumenta como consecuencia del descenso de la natalidad, mientras que, en la segunda, dicho crecimiento se aminora debido al descenso subsiguiente de la fecundidad⁴.

4. Un estudio muy completo sobre la transición demográfica en Colombia puede verse en D. MEJÍA, M. T. RAMÍREZ y J. TAMAYO (2008).

Para el caso de Colombia, si atendemos a las cifras que muestran las expectativas de vida de la población, nos encontramos con que los datos avalan una dinámica acelerada hacia una mayor supervivencia (especialmente de las mujeres): en concreto, se estima un incremento de 8,16 años de vida en un período de apenas 35 años (según estimaciones del DANE, si la esperanza de vida al nacer se situaba en 74 años en el período comprendido entre los años 2005 a 2010, ésta subirá a 75,22 al concluir 2015; mientras que, para 2020, será de 76,15). Por su parte, la tasa global de fecundidad ha venido disminuyendo desde mediados de los años sesenta: si en el año 2000 ésta era de 2,86 (de 3 entre 1985 y 1995; de 7 en los sesenta), en 2005 resulta ser de 2,60 (se estima que, al concluir 2020, ésta habrá seguido descendiendo hasta el 2,28). En cuanto a la tasa de mortalidad infantil, también se ha reducido sensiblemente: en los años comprendidos entre 2000 y 2005, ésta era de 24,40 (por mil), siendo las proyecciones de 19,90 (para el período 2005-2010), 17,10 (entre 2010 y 2015) y 15,10 (para el período 2015-2020). Finalmente, los datos relacionados con los procesos de migración identifican un saldo migratorio negativo; concretamente, para el quinquenio 2015-2020, se estima una tasa negativa de -1,14 por mil habitantes, equivalente a -282.695 personas (ver Tabla I).

TABLA I
INDICADORES DEMOGRÁFICOS, CONCILIACIÓN CENSAL
Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN. COLOMBIA, 1985-2020

	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020
Tasa Bruta de Natalidad (por mil)	28,80	26,86	24,20	21,66	19,86	18,88	18,03
Tasa Bruta de Mortalidad (por mil)	6,77	6,57	6,22	5,95	5,81	5,80	5,95
Tasa de Migración Neta (por mil)	-1,51	-1,50	-3,62	-3,18	-2,26	-1,59	-1,14
Tasa Global de Fecundidad (por mujer)	3,34	3,14	2,86	2,60	2,45	2,35	2,29
Tasa General de Fecundidad (por mil)	112,60	103,90	92,00	81,40	74,60	71,50	69,60
Esperanza de Vida al Nacer (Total)	67,99	69,25	70,90	72,56	74,00	75,22	76,15
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil)	43,20	32,50	28,40	24,40	19,90	17,10	15,10

Fuente: DANE, Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

Además de los indicadores demográficos, son interesantes otros datos que acreditan cómo se (sobre)vive en la vejez. A partir de los intentos llevados a cabo para el diseño de un índice de bienestar para las personas mayores, dos son las dimensiones, además

de la longevidad, que permitirían certificar qué nivel registra la población mayor de 59 años. Por una parte, estarían los conocimientos, representados, específicamente para la población adulta mayor, por el porcentaje de alfabetización y el promedio de años de estudio; y, por otra, el nivel digno de vida, representado, para el caso de los adultos mayores, por el porcentaje de personas por encima de la línea de pobreza, la cobertura de previsión social y el monto promedio de las jubilaciones⁵.

En cuanto a la primera de las dimensiones, no se dispone de datos específicos relacionados con la población de mayor edad. El Censo General de 2005 indica una disminución de los niveles de analfabetismo en los últimos 41 años en la población de 15 años y más. De una tasa del 27,1% en 1964 se ha pasado en 2005 a una del 8,4%. Específicamente, en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 24 años, se ha pasado de una tasa del 11,1% en 1973 a una del 3,1% en 2005. Además, se señala que el 96,9% de la población de 15 a 24 años sabe leer y escribir (DANE 2005a).

Pues bien, estos datos, indirectamente, arrojan algunas informaciones en relación con las personas de más edad. Así, entre quienes en la actualidad superan los 59 años, la tasa de analfabetismo sería superior al 25%⁶, sin que la expansión de la educación primaria haya hecho notar sus efectos significativamente sobre el grupo poblacional que actualmente se acerca a la vejez⁷. En otro orden de cosas, de acuerdo con la información anterior, es previsible que el porcentaje de población adulta mayor que sabe leer y escribir sea sensiblemente bajo. En cuanto a los datos referidos a la asistencia escolar, las cifras del DANE indican, para la población comprendida entre los 18 y los 24 años de edad, un aumento de dicha tasa: si en 1973 era del 19,6%, en 2005 asciende al 27,1%. De nuevo, estos porcentajes arrojan información sobre las personas que en estos momentos tienen entre 55 y 64 años. De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (PROFAMILIA, 2010) adelantada por PROFAMILIA, alrededor de la quinta parte de los adultos mayores no ha aprobado ningún año de educación, el 57,7% ha cursado solo la primaria, el 17,1% la secundaria y el 4,6% tiene estudios superiores (ver Gráfico II). Además, sigue habiendo un amplio diferencial por zona de residencia: los de las zonas rurales tienen poca educación en comparación con los de la zona urbana, en tanto que éstos tienen más educación secundaria y superior⁸. Un último

5. Así, por ejemplo, la CEPAL, en un documento fechado en 2001, y del cual es autora F. DEL POPOLO (2001), propone la formulación de un índice de bienestar para las personas mayores al que denomina IBAM (Índice de Bienestar para el Adulto Mayor), a partir de una revisión del Índice de Desarrollo Humano (IDH) articulado por el PNUD.

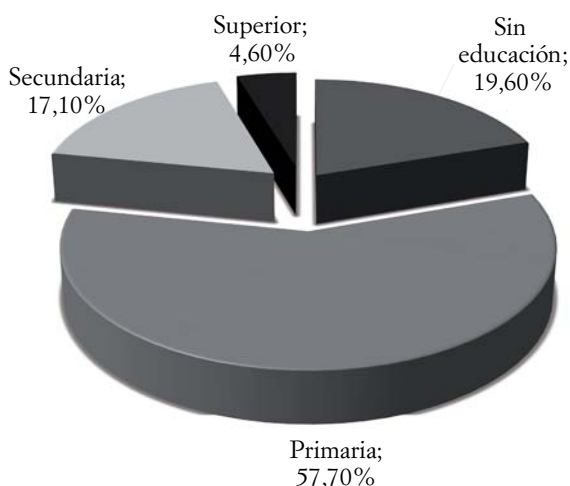
6. Desde 1964 a 2013 han transcurrido 49 años. Si el dato referido a 1964 es para la población de más de 15 años, entonces indirectamente puede calcularse cómo afecta dicho dato a las personas cuya edad es igual o mayor de 59.

7. La tasa de analfabetismo de 1973 identifica al grupo de población que en este momento se acerca a los 60 años.

8. Conviene subrayar que la citada Encuesta adelantada por PROFAMILIA (2010) incluyó, entre sus temas de investigación y a solicitud del Ministerio de la Protección Social, específicamente la situación del adulto mayor, a la que dedica el último de los capítulos (se excluyen del estudio los adultos mayores institucionalizados).

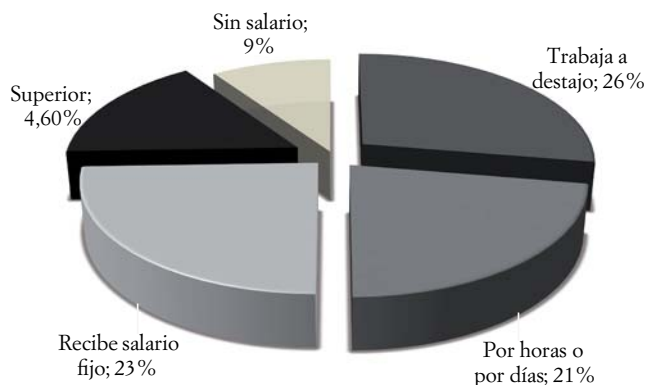
apunte relacionado con esta dimensión: si bien los datos del DANE acreditan que las cohortes que irán ingresando al grupo del adulto mayor serán cada vez más educadas, las desigualdades actuales ponen de manifiesto que tendrá que transcurrir un período significativo de años antes de que el analfabetismo se erradique por completo entre las personas de más edad.

GRÁFICO II
NIVEL EDUCATIVO DE ADULTOS MAYORES DE 59 AÑOS EN COLOMBIA. 2010



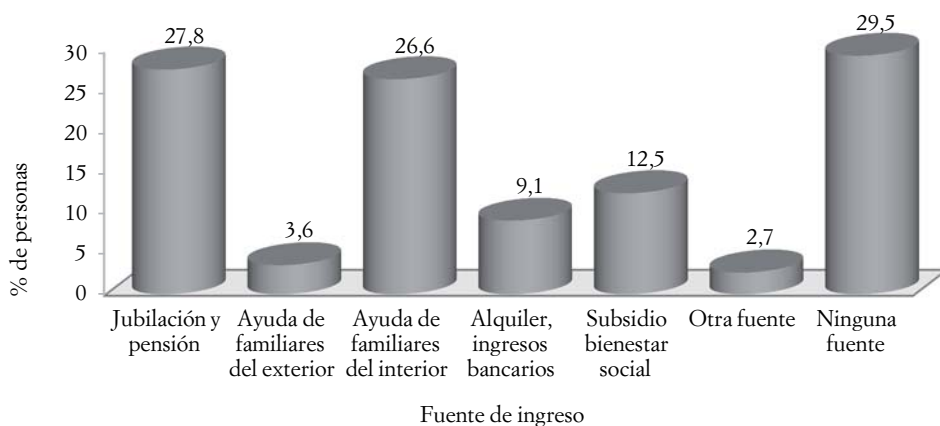
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de PROFAMILIA 2010.

Para llevar a cabo una estimación de la situación en la que se encuentra la población colombiana mayor de 59 años desde el punto de vista de la seguridad económica, hay que empezar por señalar que cerca de una cuarta parte (el 27%) de los adultos mayores trabaja (PROFAMILIA 2010); además, a medida que aumenta el índice de riqueza, disminuye el porcentaje de los que lo hacen. En consonancia con este dato, singularmente, la mayor parte de los que trabajan (el 79%) manifiesta que lo hace por necesidad económica. En cuanto a las formas de retribución, casi la mitad trabaja a destajo, por horas o por días (el 26% y el 21%, respectivamente); les siguen quienes reciben un salario fijo (un 23%), o aquellos a los que pagan por comisión o porcentaje (un 15%); un 9% no recibe contraprestación alguna; un 3% lo hace en especie, y, finalmente, un 2% percibe honorarios (ver Gráfico III). En otro orden de cosas, el número de salarios mínimos mensuales (SMM) promedio que reciben es de 1,3, lo que les obliga a completar su monto con otros ingresos procedentes de ayudas familiares (14%), la pensión de jubilación (10%) o el subsidio de bienestar social (9%); para el 61% el salario representa la única fuente de ingresos.

GRÁFICO III
FORMAS DE RETRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE TRABAJAN EN COLOMBIA

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de PROFAMILIA 2010.

Por lo demás, quienes no trabajan aducen las siguientes razones para no hacerlo: el 35% refiere problemas de salud, el 24% está jubilado, el 18% no consigue trabajo y un 17% manifiesta que no labora por expreso deseo de sus familiares. Un dato más: respecto de sus ingresos, el 30,2% recibe ayudas de sus familias, el 27,8% son jubilados, el 11,8% vive de otros ingresos (rentas o ingresos bancarios y otros); hay un 12,5% que recibe el subsidio social de supervivencia y un 29,5% manifiesta no tener ninguno (ver Gráfico IV).

GRÁFICO IV
FUENTE DE INGRESOS DE ADULTOS MAYORES QUE NO TRABAJAN EN COLOMBIA

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de PROFAMILIA 2010.

Respecto al porcentaje que manifiesta tener obligaciones económicas con terceros, los datos indican que los adultos mayores que no trabajan son los que tienen más personas a su cargo (alrededor del 60%; y, de éstos, el 18% declara que tienen tres o más personas adicionales bajo su responsabilidad). Con carácter general, tres de cada cinco (el 61%) son jefes de hogar, mientras que, en otro porcentaje del 20%, lo son sus cónyuges. Independientemente de que ostenten o no la jefatura de la casa, los menores de 75 años pagan en todo o en parte los gastos asociados a vivienda (57%), comida (77%), ropa (72%), salud (67%) y transporte (71%). Por lo demás, en el 73% de los hogares no se sufragan otros gastos que éstos. Tampoco las condiciones de habitabilidad son óptimas: la tercera parte de los hogares con personas mayores aparece con dos o más condiciones desfavorables. En otro orden de cosas, la Encuesta señala que un 14% del total de adultos mayores son beneficiarios de algún tipo de programa alimentario del Estado.

Así pues, a la vista de los datos precedentes, parece que los estudios que cifran en un 50% el porcentaje de población mayor que, en Colombia, se encuentra en situación individual de pobreza son correctos⁹.

En cuanto al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el porcentaje de población colombiana de más edad afiliada al mismo se aproxima al 95% (salvo en el grupo de más de 80 años, donde el porcentaje ronda el 90%), siendo mayores las tasas de participación en el régimen subsidiado que en el sistema contributivo en las zonas rurales (72,9%) y a la inversa en las zonas urbanas (55,1%) (ver Tabla II). En términos generales, la meta de llegar a través del régimen contributivo al 70% de la población no se ha cumplido, ya que apenas se ha llegado al 40%; mientras que la de alcanzar al 30% de la población mediante el régimen subsidiado se ha rebasado con creces, pues, según datos de PROFAMILIA, se encuentra en el 44% y puede seguir incrementándose¹⁰.

9. Para más detalles, S. HUENCHUAN (2006). Hay que advertir que el nivel de pobreza del *hogar* no es necesariamente el nivel de pobreza del *individuo*. Esto explica que las estadísticas muestren una disminución de la pobreza estructural en el país, que se mediría en función del nivel de pobreza de los hogares.

10. Según el DANE (2012), la afiliación al Sistema General de la Seguridad Social en Salud por regímenes arrojó, para el 2012, que el 52,2% de los afiliados estaban cubiertos por el régimen subsidiado, frente a un 47,5% del régimen contributivo, lo que representa un incremento en la afiliación al régimen subsidiado del 2,5% frente a una reducción del 2,6% del régimen contributivo con respecto a la información obtenida en 2001.

TABLA II
AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN
COLOMBIA. DESAGREGADO POR SEXO, ZONA DE RESIDENCIA Y JEFATURA DE HOGAR. 2010

CARACTERÍSTICA	SEXO		ZONA	
	HOMBRE	MUJER	URBANA	RURAL
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL				
EPS (Contributivo)	43,80	46,10	55,10	18,30
EPS (Subsidiado)	45,88	45,10	35,20	72,90
Especial	3,50	3,00	4,00	1,20
No está afiliado(a)	6,60	5,70	5,70	7,30
No sabe	0,20	0,10	0,10	0,30

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de PROFAMILIA 2010.

Aunque, como vemos, la cobertura en salud entre la población mayor es casi total, conviene apuntar algunos otros datos. Para empezar, casi un 25% de las personas mayores que presentaron problemas de salud en el último mes no acudió a un servicio médico (optando por los remedios caseros un 8%, la automedicación en un 9%, la visita a la farmacia en un 3%, la medicina tradicional en un 2% y las terapias alternativas en un 1%). Entre las razones aducidas para justificar la no asistencia a los servicios de salud están: considerar que el problema era leve (29%), que el transporte hasta el centro de salud resultaba muy costoso (9%), que éste les quedaba lejos (7%), que era muy caro (8%) o que creían que era de mala calidad (15%). A su vez, de los que fueron al médico, a un 22% no se les prescribió medicamento alguno; y a los que sí se les recetó, sólo al 62% les dieron toda la prescripción. Las razones por las cuales no se les entregaron los medicamentos, o solamente una parte de ellos, son: porque no estaban incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (41%), porque no los tenían (26%), porque no tenían la cantidad prescrita (3%) o porque la receta presentaba errores o deficiencias en la expedición (1%)¹¹. Por lo demás, del total de adultos mayores que requirieron ingreso hospitalario, al 34% solo se les costeó parcialmente (mientras que a un 5% adicional, por carecer de afiliación, no se les reembolsó gasto alguno).

En cuanto a la cobertura de Seguridad Social en pensión, se estima que el número de personas mayores pensionadas asciende aproximadamente a 750.000 (Superintendencia Financiera 2013), lo que representa un exiguo 13%. Además, el 76% de los

11. Esto explica, de acuerdo con lo que son estimaciones para el total de la población realizadas por el DANE (2012), que para cubrir los costos en salud haya aumentado el porcentaje de personas (casi el 20%) que manifiesta que ha tenido que recurrir a otras fuentes, fundamentalmente recursos propios o familiares, diferentes a la entidad que presta el servicio, para sufragar su coste. Algunos estudios, como el de PROFAMILIA (2010) señalan que, en el grupo poblacional de más edad, este pago resulta mayor en comparación con otros colectivos.

pensionados¹² recibe pensiones que oscilan entre uno y dos salarios mínimos, mientras que tan sólo un 0,1% recibe mesadas¹³ pensionales equivalentes a 16 salarios mínimos. El valor promedio de pensiones en Colombia es de 1,8 salarios mínimos¹⁴, lo cual explica el elevado porcentaje de personas mayores que, a pesar de su edad, se encuentra participando en el mercado laboral, que se caracteriza por un elevado índice de informalidad (casi el 50% del total de población activa).

Que la cobertura resulta, a todas luces, insuficiente (no solo para el grupo de personas adultas mayores, sino también para la generalidad de la población)¹⁵, lo demuestra el hecho de que el gobierno ha anunciado su propósito de entrar a regular el denominado derecho a los Beneficios Económicos Periódicos (BEP), que permite realizar a población activa, sin capacidad de contribución al sistema general de pensiones, ahorros para la vejez en condiciones flexibles. Mientras tanto, la normativa ha articulado, adicionalmente, un programa de auxilios para el adulto mayor, el denominado Programa de Protección Social al Adulto Mayor (PPSAM), a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, cuyos beneficiarios son los mayores de 60 años que se encuentran viviendo en condiciones de extrema pobreza o indigencia. El apoyo económico se brinda en dinero o en especie (en forma de servicios sociales complementarios) y su entrega se realiza directamente o con el apoyo de los municipios o distritos, quienes están habilitados para ampliar su cobertura con ingresos propios. El monto máximo se determina de acuerdo con el nivel de ingresos mínimos que debe tener una persona para cubrir sus requerimientos nutricionales, estimado con base en el valor de una canasta de alimentos. El número de personas que han accedido a este apoyo, de acuerdo con datos provistos por el Ministerio de la Protección Social, desde el año 2003 a abril de 2011, es de 608.988¹⁶.

12. Este 76% está referido a los pensionados del régimen de prima media que es, por lo demás, el que presenta mayor número de afiliados/beneficiarios (742.570 personas frente a 11.671 que se encuentran en el régimen de ahorro individual).

13. La mesada pensional es el valor mensual recibido por los pensionados, que normalmente se calcula como un porcentaje del salario o sueldo sobre el que se cotizó. En algunos regímenes se reciben 13 o 14 mesadas al año.

14. De acuerdo con un informe reciente de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO (2012) sobre la situación del sistema pensional en Colombia, con una mesada promedio de quienes reciben 16 salarios mínimos mensuales se pagan, por lo menos, 17.431 mesadas de quienes reciben el valor promedio. La relación, por tanto, de pago es de 9 a 1.

15. El propio gobierno, a través del MINISTERIO DE TRABAJO (2013) reconoce que el sistema general de pensiones tiene «baja cobertura, es desigual e insostenible socialmente». Solo uno de cada diez colombianos, advierten fuentes oficiales, llega a pensionarse.

16. Por otra parte, el Fondo de Solidaridad Pensional subsidia los aportes al régimen general de pensiones de los trabajadores asalariados o independientes del sector rural y urbano que carecen de recursos suficientes para efectuar la totalidad de sus aportes al Sistema General, tales como discapacitados, madres comunitarias o miembros del sector solidario de la economía.

V. LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN COLOMBIA: ALGUNAS CONSIDERACIONES CRÍTICAS

En las líneas precedentes, hemos tratado de ofrecer algunos datos que permiten contextualizar quiénes son y cuáles son las condiciones de vida de los adultos mayores en Colombia. A continuación, se propone una lectura crítica de dichas cifras, a partir de la formulación de los enunciados siguientes.

1. La vejez, en Colombia, se vive a la sombra de profundas inequidades. Los mayores sufren discriminación por razón de edad, por razón de género y por razón de territorio. Por razón de edad, porque presentan un menor índice de bienestar, que se manifiesta en mayores tasas de analfabetismo (y menor promedio de años de estudio), y en un nivel de vida digna menor: individualmente considerados, son más pobres, lo que les impide acumular ahorros para tener seguridad, mientras que la baja previsión social les obliga a reingresar en el mercado de trabajo en condiciones precarias (se insertan en actividades por cuenta propia, que no requieren niveles elevados de capacitación y que generan bajos ingresos). Las inequidades de género vuelven a colocar a la mujer (mayor) en desventaja: las tasas de analfabetismo se acentúan y su cobertura provisional y participación laboral resultan sistemáticamente inferiores a las de los varones. Aunque su esperanza de vida es mayor, el hecho de que tengan una capacidad restringida a la hora de acumular recursos (participan menos en el mercado de trabajo, se retiran también antes, además de que perciben salarios inferiores a los de los hombres) tendrá serias implicaciones en las sociedades actuales, en las que persisten fuertes desigualdades económicas¹⁷. Por lo demás, las condiciones de vida para los mayores varían según el área de residencia. En términos generales, son más desfavorables en el área rural (que en el área urbana), donde los servicios (de salud, los relacionados con las condiciones de habitabilidad de los hogares, etc.) son más limitados y la cobertura de seguridad social resulta más escasa. En otro orden de cosas, aunque como ha quedado acreditado en el último siglo Colombia experimentó cambios positivos en indicadores como la tasa de mortalidad y la esperanza de vida, éstos son enormemente dispares según la región (la diferencia entre regiones en la esperanza de vida llega a ser de diez años en algún caso); del mismo modo, si bien es cierto que el porcentaje de ciudadanos mayores de 60 años ha crecido, en cifras absolutas y relativas, lo ha hecho a ritmos diferentes, dependiendo una vez más de la región (y del género).

2. La protección social del mayor queda diluida en el sistema de la Seguridad Social, en el apoyo de la sociedad y de la familia y en la responsabilidad del Estado de garantizar la alimentación solo para los indigentes. En relación con este punto, hay que señalar, específicamente, que la medida más importante viene dada por la Ley 100 de 1993, promulgada por el Ministerio de Salud y de la Protección Social (1993), que

17. Para un examen de los efectos que ha tenido la reforma pensional en Colombia sobre la equidad de género, puede consultarse C. URIBE (2002).

creó el denominado Sistema de Seguridad Social Integral, que es el que se encuentra actualmente en vigor.

Por otra parte, aunque la Constitución de 1991 incorporó los derechos sociales, económicos y culturales en su parte dogmática y, por vía jurisprudencial, otorgó a la población de más edad una protección especial, lo cierto es que el país carece de una auténtica política social para la vejez. Abundando en la idea, aunque el país dispone de un plan de actuación muy ambicioso para los años 2007 a 2019, plasmado en un documento del Ministerio de Salud y de la Protección Social (2007) titulado *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez*, que es, por lo demás, una previsión contenida en la Ley 1251 de 2008 con la que el gobierno colombiano pretendía un tratamiento integral de la vejez, lo cierto es que, en una primera valoración global de su implantación, ésta, como estamos tratando de verificar, ha sido muy deficiente. Con distintas modulaciones, la crítica ha insistido en las contradicciones existentes entre las políticas públicas, que parecen alentar un enfoque de desarrollo basado en derechos, y las medidas concretas adoptadas en desarrollo de dichas políticas, que privilegian un modelo asistencialista y con traslado de obligaciones a otros entes distintos del Estado.

3. La articulación del sistema de la Seguridad Social se fragua a la sombra de una noción fatalista, la de envejecimiento demográfico. En este sentido, desde la denominada corriente crítica de la demografía y de la gerontología, se sugiere una lectura no fatalista de este fenómeno, al entender que es el resultado connatural del proceso de democratización de un país que conlleva la garantía de los derechos humanos y el desarrollo social, económico y político de las comunidades (Arrubla-Sánchez 2010).

Desde premisas gubernamentales, se aboga a favor de que todas las personas tengan derecho a disfrutar del éxito reproductivo y a vivir una vida digna. Así, el modo de hacer frente a las consecuencias «irremediables» que conlleva el aumento de las tasas de dependencia, como son una mayor presión en los sistemas de pensiones, mayores costos en salud y lucha intergeneracional por los recursos de las políticas sociales, es individualizando el riesgo y privatizando los sistemas de protección.

Al individualizar el riesgo, la equidad queda subordinada al beneficio del capital financiero, lo que se traduce, entre otros efectos, en una merma en el acceso, la calidad y la oportunidad de los servicios y prestaciones. De nuevo, la corriente crítica de la gerontología advierte que, a la luz del sistema vigente, la vejez es vista como «riesgo» con un doble efecto: por una parte, adquiere un significado financiero, por otra, contemplada como tal es intervenida a través del Plan Obligatorio de Salud (POS), ocultando, de esta manera, las inequidades de las condiciones de vida tras la cortina de la recuperación de la enfermedad (Arrubla-Sánchez 2010). Robine (1995), por su parte, denuncia que las políticas que individualizan el riesgo fomentan el imaginario de una vejez que usufructúa la redistribución de recursos y, con ello, promueve el conflicto entre generaciones.

Lo anterior queda especialmente puesto de manifiesto en las acciones de tutela que han sido interpuestas invocando el derecho a la salud –la tutela es un procedimiento arbitrado en la Constitución de 1991 que posibilita de una manera accesible a los

ciudadanos instar ante la Corte Constitucional la defensa de los derechos fundamentales de los que son titulares y que consideran que se han visto vulnerados-.

Los datos (Defensoría del Pueblo 2013) más actualizados de que disponemos revelan que, en el año 2012, la salud fue el segundo derecho más invocado por la generalidad de la población, pasando al primer lugar entre las personas de más edad (seguido por el de pensiones). Interesa destacar que, en el año de referencia, el porcentaje de «solicitudes POS» fue el más alto de la última década y representó el 70,93% del total de las solicitudes en salud. Esto quiere decir que la tutela se interpuso frente a la negativa, por parte de los agentes implicados, a prestar servicios y tratamientos que, lejos de ser accesorios, marginales o exóticos, forman parte del contenido de planes básicos de atención en salud, que se supone que han sido cuidadosamente diseñados por las autoridades (Defensoría del Pueblo 2004). Esta situación, tal y como ha sido puesta de manifiesto por la Defensoría del Pueblo, induce a un agravamiento de las enfermedades, a la intensificación y progresión del sufrimiento y afecta a los costos de la «canasta médica» de la familia al incrementar los «gastos de bolsillo». Específicamente, en relación con la negación de cirugías prescritas, se advierte que de este modo se pone en riesgo tanto la integridad del paciente como el concepto de «invulnerabilidad del dictamen». El propio gobierno, a través del Ministerio de Salud y de la Protección Social (2013), en la Exposición de Motivos que acompaña la ley para la reforma del Sistema de Salud, advierte la presencia de numerosas deficiencias en el sistema: dispersión de fuentes de financiación, dificultades operativas y de costos asociados a la administración, problemas en relación con la afiliación, el recaudo y el pago a los prestadores, y problemas asociados al acceso a los servicios de salud y al uso ineficiente de los recursos y las tecnologías.

Mientras, el aseguramiento privado implica una renuncia a la universalidad, desdibuja el rol del Estado social y rompe el pacto de solidaridad intergeneracional (para el tema de las pensiones). Otras críticas recurrentes al sistema de pensiones han sido que se carece de evidencias sobre su eficiencia y que, del mismo modo, tampoco se han percibido beneficios en términos macroeconómicos (Giraldo 2007; Mesa-Lago 2004; Rodríguez 2006; Arévalo 2006).

4. Apostar por un sistema de protección complementaria que se mueve «entre los lazos de la proximidad familiar y la asistencia-caridad» supone negar la ciudadanía de las personas mayores y, consecuente con esto, la democratización del envejecimiento, afianzando un imaginario de vejez dependiente y empobrecida (Arrubla-Sánchez 2010).

En este sentido, desde distintos frentes (Arévalo 2006; Ahumada 1998), se ha insistido en que este elenco de acciones complementarias, más que combatir la pobreza, la administra; además de ser fragmentadas y sancionar una forma de responsabilidad no vinculante y diluida. Por otra parte, cuando estas acciones se concretan en subsidios, se critica que, además de paupérrimos, cubren a muy poca población (potencial), priorizando por lo demás su institucionalización. Así, la asociación que se propone entre institucionalización y asistencialismo explica, en parte, que el número de personas que viven en residencias colectivas resulte muy pequeño. La familia, que sigue siendo de

este modo la entidad responsable del cuidado de los mayores, ha visto cómo la composición de sus hogares se ha vuelto multigeneracional. Ahora bien, como la incidencia de la pobreza es, como hemos visto, sistemáticamente superior en los hogares multigeneracionales, se plantea el desafío de encontrar mecanismos de apoyo.

5. El régimen de la Seguridad Social es «sólo» «una más» dentro de las estructuras contra las que chocan los ciudadanos de más edad. También el mercado laboral, tal y como se haya configurado, les resta tiempo y calidad de vida.

Como se ha visto, la baja cobertura en pensiones conlleva su reingreso a éste en condiciones precarias. En este contexto, no les falta razón a quienes abogan por el planteamiento de políticas cuyo principio rector sea el universalismo (Hernández 2006; Almeida 2005).

Esto hace necesario separar los derechos del ciudadano de los derechos del trabajador, formal o no. Los mayores ya han contribuido a la formación del país y, en esa medida, se les debería reconocer el derecho a la asistencia por un trabajo que ya realizaron, con independencia de que haya sido formal o informal (y consecuente con ello, contabilizado o no). Con este sentido se ha pronunciado, en reiteradas ocasiones, la Corte Constitucional colombiana al vincular el pago de la pensión al «derecho a la subsistencia en condiciones dignas» o al «derecho al mínimo vital»¹⁸.

Dicha asociación, por lo demás, es la que posibilita al máximo tribunal elevar la pensión de vejez (y justificarla) a la categoría de «derecho constitucional fundamental». Así, por ejemplo, afirma la Corte (T-181/93, T-323/96) que

El derecho a la Seguridad Social en pensiones, vinculado al derecho a la subsistencia en condiciones dignas, adquiere la connotación de derecho fundamental, en especial el derecho a la pensión de jubilación o vejez, que es de aplicación inmediata en aquellos eventos en los cuales está destinado a suplir el mínimo vital básico de las personas cuya edad hace incierta una vinculación laboral, lo que compromete la dignidad de su titular.

También (T-1228/05) «el derecho a la salud de las personas de la tercer edad se configura, por las características de especial vulnerabilidad de ese grupo y por la fragilidad de su salud, en fundamental, dada su vinculación con el derecho a la vida y a la dignidad humana». Hay que advertir, por lo demás, cómo la Corte (C-727/09) precisa que, si bien el derecho a la pensión y el derecho a la salud son «derechos sociales

18. Así, por ejemplo, el Tribunal (T-999/00) declara que «el concepto de Seguridad Social no sólo interesa a los fines del Estado sino que debe comprometer a la sociedad en general en la búsqueda de los objetivos de brindarle al *hombre* la protección contra todos los riesgos de carácter social y contra las distintas cargas familiares» (cursivas nuestras). De acuerdo con la jurisprudencia de la Corte (T-001A/01), el «mínimo vital» se debe entender como «los medios absolutamente indispensables para cubrir no solamente las necesidades primarias de alimentación y vestuario, sino también lo referente a salud, educación, vivienda, Seguridad Social y medio ambiente, como factores insustituibles para preservar la calidad de vida propia para un *ser humano* en nuestra actual sociedad» (cursivas nuestras).

prestacionales que la Constitución y los Tratados de derechos humanos señalan que no son de aplicación inmediata e integral», eso no obsta para que

Los Estados tengan no sólo el deber de tomar todas las medidas posibles para lograr su realización progresiva integral, sino que además deben asegurar el goce de estos derechos a todos los habitantes, sin ninguna discriminación. Por ello, el mandato de progresividad no debe ser entendido como una justificación de la inactividad del Estado en la protección de esos derechos. [...] La progresividad hace referencia al deber del Estado de asegurar, tan pronto como sea posible, coberturas universales de los contenidos mínimos de esos derechos. [...] Finalmente, el mandato de progresividad implica que, una vez alcanzados unos determinados niveles de protección, la amplia libertad de configuración del legislador en materia de derechos sociales se ve menguada, al menos en un aspecto: todo retroceso frente al nivel de protección alcanzado debe presumirse en principio inconstitucional¹⁹.

Ahora bien, la actividad de la Corte Constitucional en favor de un tratamiento integral, en términos de necesidades y derechos, de la población de más edad mediante el mecanismo de la tutela, aunque muy meritoria, presenta ciertos problemas, nada desdeñables, como la recarga del sistema judicial, la demora en la prestación de servicios y los enormes costos burocráticos que lleva aparejada. Desde la literatura especializada se insiste, a mayor abundamiento, en que la forma en la que está configurada la tutela desincentiva la búsqueda de otras vías para la protección y defensa de los derechos de la vejez. De un lado, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) no cuentan con ningún incentivo para cumplir con arreglos extrajudiciales o, en general, para prevenir la tutela, puesto que no les representa costos; dicho de otro modo, es igual para ellas pagar antes que después de interpuesta la demanda. Por el contrario, el ciudadano cuenta con incentivos muy claros para accionar la tutela, pues ésta se presenta como un mecanismo accesible y de bajo costo para la defensa de los derechos fundamentales (Pereira 2007).

VI. BIBLIOGRAFÍA

- AHUMADA, Consuelo. Política social y reforma de salud en Colombia. En AHUMADA, Consuelo; HERNÁNDEZ, Amparo y VELASCO, Marcela. *Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización*. Santa Fe de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 1998.
- ALMEIDA, Celia. Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. *Revista Gerenci Polit Salud*, 2005, vol. 4 (9): 6-60.
- ARBER, Sara y GINN, Jay. *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid: Narcea, 1996.
- ARBOLEDA, Germán. *Evaluación de políticas públicas*. Cali: AC Editores, 2008.

19. Para una aproximación ajustada a la protección constitucional dispensada por la Corte Constitucional a las personas mayores, resulta muy instructivo el Informe elaborado por el OBSERVATORIO DE JUSTICIA CONSTITUCIONAL (2006), dependiente de la Defensoría del Pueblo.

- ARÉVALO, Decsi Astrid. La protección del adulto mayor: entre la dádiva y el derecho. En LE BONNIEC, Yves y RODRÍGUEZ SALAZAR, Óscar. *Crecimiento, equidad y ciudadanía*. Bogotá: Universidad Nacional, 2006: 283-320.
- ARROYAVE ALZATE, Santiago. Las políticas públicas en Colombia. Insuficiencias y desafíos. *Revista Forum*, 2011, vol. 1 (1): 95-111.
- ARRUBLA-SÁNCHEZ, Daysi. Política Social Para el Envejecimiento: el (sin) sentido de los argumentos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 9 (19), 2010: 229-242.
- CONGRESO DE COLOMBIA. *Ley n.º 1251 de 27 de noviembre de 2008, por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, la promoción y la defensa de los derechos de los adultos mayores*. 2008: en línea: <http://refworld.org/pdfid/4c56bf682.pdf>. Fecha de consulta: 1 de noviembre de 2013.
- CUERVO, Jorge. *Ensayos sobre políticas públicas I*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2007.
- CUERVO, Jorge. *Ensayos sobre políticas públicas II*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2015.
- DANE. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Censo General 2005*. Colombia: DANE, 2005: en línea: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-registros-vitales/censos/censo-2005>. Fecha de consulta: 1 noviembre 2013.
- DANE. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Informe especial (1 de 7). Censo General Colombia Educación*. Colombia: DANE, 2005a: en línea: <https://www.dane.gov.co/files/censo2005/educaci.pdf>. Fecha de consulta: 2 octubre 2015.
- DANE. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2012*. Colombia: DANE, 2012: en línea: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Prensa_ECV_2012.pdf. Fecha de consulta: 1 noviembre 2013.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Informe defensorial. Situación del sistema pensional en Colombia*. Colombia: Defensoría del Pueblo, 2012: en línea: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/00/informe_166Pensiones2012.pdf. Fecha de consulta: 1 noviembre 2013.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La tutela y el derecho a la salud 2012*. Colombia: Defensoría del Pueblo, 2013: en línea: <http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutelaDerechoSalud2012.pdf>. Fecha de consulta: 1 noviembre 2013.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La tutela y el derecho a la salud. Causas de las tutelas en salud*. Colombia: Defensoría del Pueblo, 2004: en línea: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/02/informe_106.pdf. Fecha de consulta: 1 noviembre 2013.
- DULCEY-RUIZ, Elisa; ARRUBLA SÁNCHEZ, Deisy y SANABRIA FERRAND, Pablo. *Envejecimiento y vejez en Colombia. Estudio a profundidad basado en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 1990/2010*. Bogotá: Profamilia, 2013.
- GIL CALVO, Enrique. *El poder gris. Una nueva forma de entender la vejez*. Barcelona: Mondadori, 2003.
- GIRALDO, César. *¿Protección o desprotección social?* Bogotá: Ediciones Desde Abajo, 2007.
- HERNÁNDEZ, Diego. La universalidad como fundamento para el diseño de la política social. En LE BONNIEC, Yves y RODRÍGUEZ SALAZAR, Óscar. *Crecimiento, equidad y ciudadanía*. Bogotá: Universidad Nacional, 2006: 723-746.
- HUENCHUAN, Sandra. *Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas*. Santiago de CHILE: CEPAL, 2006.
- JIMÉNEZ, William. El Enfoque de los Derechos Humanos y las Políticas Públicas. *Revista Civilizar*, 2007, vol. 7 (12): 31-46.

- LALIVE D'EPINA, Christian *et al.* *Vieillesse au fil du temps 1979-1994. Une révolution tranquille.* Lausana: Réalités sociales, 2000.
- MEJÍA, Daniel; RAMÍREZ M., Teresa y TAMAYO, Jorge. *The Demographic Transition in Colombia. Theory and Evidence.* Bogotá: Banco de la República, 2008: en línea: <http://www.banrep.gov.co/docum/ftp/borra538.pdf>. Fecha de consulta: 29 septiembre 2015.
- MEJÍA JIMÉNEZ, Juliana. Modelos de implementación de las políticas públicas en Colombia y su impacto en el bienestar social. *Analecta Política*, 2012, vol. 2 (3): 141-164.
- MESA-LAGO, Carlos. *¿Públicos o privados? Los sistemas de pensiones en América Latina después de dos décadas de reformas.* Chile: Nueva Sociedad, 2004.
- MINISTERIO DE LA SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Ley número 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.* Colombia: Ministerio de la Salud y de la Protección Social, 1993: en línea: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%20100%20DE%201993.pdf>. Fecha de consulta: 1 noviembre 2013.
- MINISTERIO DE LA SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. 2007-2019.* Colombia: Ministerio de la Salud y de la Protección Social, 2007: en línea: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>. Fecha de consulta: 1 noviembre 2013.
- MINISTERIO DE LA SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Proyecto de ley para la redefinición del Sistema General Social de Seguridad Social en Salud.* Colombia: Ministerio de la Salud y de la Protección Social, 2013: en línea: <http://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Exposicion-Motivos-%20Proyecto-leyredefinicion-sistema-General-SeguridadSocialSalud%20pdf.pdf>. Fecha de consulta: 1 noviembre 2013.
- MINISTERIO DE TRABAJO. *Nuevo modelo de protección para la vejez. 2013.* Colombia: Ministerio de Trabajo, 2013: en línea: http://www.mintrabajo.gov.co/pensiones.html#abece_tres. Fecha de consulta: 1 noviembre 2013.
- OBSERVATORIO DE JUSTICIA CONSTITUCIONAL. *Protección constitucional y derechos fundamentales de las personas mayores.* Colombia: Observatorio de Justicia Constitucional, 2006: en línea: <http://defensoria.org/ojc/pdf.php/4>.
- PEREIRA, Marta. *La prestación del servicio de salud en Colombia.* París: Instituto de investigación y debate sobre la gobernanza, 2007: en línea: <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-283.html>. Fecha de consulta: 1 noviembre 2013.
- (DEL) POPOLO, Fabiana. *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina.* Santiago de Chile: CEPAL, 2001.
- PROFAMILIA. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010.* Bogotá: Profamilia, 2010: en línea: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=138&Itemid=155. Fecha de consulta: 1 noviembre 2013.
- ROBINE, Jean-Marie. Consecuencias de la revolución demográfica y del envejecimiento de la sociedad: reestructuración de edades y modificación de las relaciones entre generaciones. *Sociologie et société*, 28 (2), 1995.
- RODRÍGUEZ, Óscar. Del patronato al aseguramiento en el sistema de protección social en Colombia: asistencia, identificación y legitimidad. En LE BONNIEC, Yves y RODRÍGUEZ SALAZAR, Óscar. *Crecimiento, equidad y ciudadanía.* Bogotá: Universidad Nacional, 2006: 197-281.
- ROTH, André. *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación.* Bogotá: Ed. Aurora, 2006.

- ROTH, André. Análisis de las políticas públicas: de la pertinencia de una perspectiva basada en el anarquismo epistemológico. *Ciencia Política*, 2007, vol. 2 (3): 6-29.
- ROTH, André. La evaluación de políticas públicas en Colombia: una mirada crítica a partir de las prácticas evaluativas oficiales de los programas de la «Red Apoyo social». *Reforma y Democracia*, 2009, n.º 45. En línea: <http://old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/045-octubre2-2009/roth>. Fecha de consulta: 4 octubre 2015.
- SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. 2013: en línea: <http://www.superfinanciera.gov.co>. Fecha de consulta: 1 noviembre 2013.
- URIBE, Consuelo. La reforma de pensiones en Colombia y la equidad de género. *Asuntos de Género*, n.º 41, 2002.
- VARGAS, Alejo. *Notas sobre el Estado y las políticas públicas*. Bogotá: Almudena, 1999.
- VARIOS. *La familia colombiana, ¿crisis o renovación?* Colombia: Observatorio de Coyuntura Socioeconómica, 2011.