



DNP Departamento
Nacional
de Planeación

Observatorio de Políticas de Familias

Director General
Simón Gaviria Muñoz

Subdirector Sectorial
Luis Fernando Mejía

Subdirector Territorial y de Inversión Pública
Manuel Fernando Castro

Secretario General
Edgar Antonio Gomez Alvarez

Directora Dirección de Desarrollo Social
Alejandra Corchuelo Marmolejo

Subdirector de Promoción Social y Calidad de Vida
Alejandro Mateus Amaya

Consejo Editorial
Carmen Elisa Florez
Hermes Niño Leal
Kattya de Oro Genes
Edgar Vicente Marcillo Yépez
Carlos Hernando Rodriguez
Karla Bibiana Mora Martinez
Cesar Augusto Merchán Hernández

Departamento Nacional de Planeación
Bogotá D.C, Colombia, Diciembre de 2015

Tabla de contenido

Editorial.....	4
La familia y la persona adulta mayor en Colombia	6
Estado de salud y gasto para la población adulta mayor.....	18
El uso del tiempo libre en el Adulto Mayor.....	30
Los adultos mayores en el hogar como proveedores y demandantes de cuidado	38
Mercado laboral e ingresos en la vejez en Colombia	46
El cuidado en la era del envejecimiento poblacional en Colombia	55

Editorial

De acuerdo con el Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizado por las Naciones Unidas en 2002, el número de personas con 60 años o más aumentará de 600 millones a cerca de 2.000 millones de personas al año 2050, lo que significará que esta población pasará de representar el 10% al 21% de la población mundial.

Igualmente, en Colombia, teniendo en cuenta las cifras presentadas en el artículo “La Familia y la Persona Adulta Mayor en Colombia” del presente Boletín, las personas de 60 años o más, pasarán de representar el 11% en 2015 al 22.7% en 2050 del total de la población, lo que significa que, a ese año, más de la quinta parte de la población colombiana estará conformada por personas mayores.

Dicha transformación en la pirámide poblacional implica que la sociedad y el gobierno deben actuar en función de estos cambios, adecuando las estructuras políticas, económicas y sociales, de tal forma que permitan cubrir integralmente a esta población en crecimiento y faciliten su participación activa dentro de la familia y el Estado.

Uno de los principales ajustes que se deben realizar es el relacionado con el sistema de salud, el cual registrará incrementos en la utilización de los servicios, a la par que crece dicha población. Como lo revelan las cifras presentadas en el artículo “Estado de salud y gasto para la población adulta mayor” de este Boletín, el gasto asignado al sector salud de las personas mayores se incrementará al pasar del 29% en 2011 al 35% en 2020, dentro del total del gasto social. Igualmente se presenta en este artículo una reseña sobre los estilos de vida saludable, al referirse a los patrones de consumo de tabaco, drogas, alcohol, adecuada alimentación y actividad física.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en el momento de diseñar políticas y realizar acciones dirigidas a la población de personas mayores es el

referente a la utilización del tiempo libre. Como se afirma en el artículo “El Uso del Tiempo en el Adulto Mayor”, las actividades de las personas se puede dividir entre el trabajo (remunerado y no remunerado) y las actividades personales. En este contexto, el tiempo libre es el que se dedica a actividades personales, diferentes a las desarrolladas en la jornada laboral. En éste artículo se hace un análisis de las políticas adelantadas en Colombia, dirigidas a las personas mayores.

Igualmente, con las acciones del cuidado, el artículo “El rol de los adultos mayores en el hogar como proveedores y demandantes de cuidado. Análisis desde una perspectiva de género”, presenta un panorama en el que las personas de 60 años más se convierten en proveedores y demandantes de las acciones de cuidado. Proveen cuidado, principalmente dentro de las familias, haciéndose cargo de menores o de personas con discapacidad. El artículo muestra diferencias por género: los adultos hombres mayores dedican más participación en actividades de trabajo remunerado, mientras que las mujeres contribuyen más en los oficios del hogar y en el cuidado de otros.

Por su parte, el artículo “Mercado laboral e ingresos en la vejez en Colombia” analiza el comportamiento de la población de 60 años o más en empleo y sus ingresos en nuestro país. Dicho artículo pone en consideración aspectos como la necesidad de que exista una protección económica que no esté basada exclusivamente en los ingresos obtenidos por el trabajo; su situación frente a actividades a las que se dedican cuando están inactivos; la posición ocupacional ejercida en su papel de personas ocupadas; y el tipo de ingresos que reciben las personas mayores, su nivel de ingreso y su situación de pobreza e indigencia por zonas de residencia y sexo.

Finalmente, con el propósito obtener el aporte de investigadores o de instituciones académicas en cada uno de los temas que abordan los boletines, el Departamento Nacional de Planeación invita a un autor externo a que participe con un artículo para el Observatorio de Políticas de las Familias. En esta ocasión, la Fundación Saldarriaga Concha colabora con el artículo “El cuidado en el área del envejecimiento poblacional en Colombia”, escrito por Alejandro Díaz Orama, Analista del Área Vida Saludable de la Fundación. El artículo tiene como antecedente el informe de investigación llamado Misión Colombia Envejece, realizado por investigadores de la Fundación Saldarriaga Concha y la Fundación para la Educación Superior y Desarrollo – Fedesarrollo. Se exponen las realidades y los retos que debe enfrentar el régimen de cuidado que opera en Colombia, para procurar una atención eficaz y universal acorde con los cambios en la estructura demográfica durante las próximas décadas.

Autor

Hermes Niño Leal
Asesor

La familia y la persona adulta mayor en Colombia

El proceso de Transición Demográfica, ampliamente conocido y documentado, es el paso de altas a bajas tasas de natalidad y mortalidad. Varios estudios evidencian que Colombia, al igual que la mayoría de los países de América Latina, vivió durante la segunda mitad del siglo XX por lo menos tres terceras partes de dicho proceso. En la actualidad, el país crece a una tasa cercana al 1,1%, acercándose paulatinamente a un crecimiento cero en la segunda mitad del siglo XXI. La principal consecuencia de la Transición Demográfica es el envejecimiento de su población, debido no solo al descenso de la fecundidad sino a una mayor longevidad.

Las proyecciones de población oficiales realizadas por el DANE para el periodo 1985-2020 y las proyecciones de Pachón (2014) para la Misión de Ciudades permiten tener una visión de largo plazo del crecimiento de la población y su proceso de envejecimiento. El proceso de envejecimiento se traduce en el cambio en la estructura por edad: una mayor importancia absoluta y relativa de los grupos de edad de 60 años o más¹, frente a una menor participación de los menores de 15 años (Gráfico 1). En Colombia, al igual que en los demás países de la región Latinoamericana que experimentan la transición demográfica, el gran desafío del siglo pasado fue el crecimiento poblacional, mientras que el desafío de este siglo es el del cambio en la composición de su población (Cotlear, 2011).

Se espera que, entre 1985 y 2050, la población colombiana se doble al pasar de 30,8 millones a 61,4 millones, mientras que la población de 60 años o más aumente 6,5 veces al pasar de 2,1 millones a cerca de 14 millones. En 1985, la población de 60 años o más representaba el 7% de la población total, en 2015 sube al 11% y en el 2050 llegará al 22,7%. Es decir, a mitad del siglo XXI, más de la quinta parte de la población estará conformada por personas adultas mayores. Por el contrario, entre 1985 y 2050, la población menor de 15 años mantiene su importancia

absoluta y disminuye su importancia relativa: este grupo, conformado por alrededor de 11 millones de personas, en 1985 representaba el 36,7% y en 2050 pasará a representar el 18,9%. A partir del año 2040, aproximadamente, el número absoluto de personas adultas mayores superará al de menores de 15 años. Este fenómeno de mayor crecimiento del grupo de población adulta mayor respecto a los demás grupos de edad es común a los países de América Latina (CELADE, 2009), ocurre con más rapidez que en otras regiones del mundo (Guzmán y Hakkert, 2001), y tiene importantes implicaciones en términos de la demanda por servicios de salud, educación, cuidado, cultura y recreación, y de la necesidad de protección social, especialmente de pensiones.

El envejecimiento demográfico ha estado acompañado también de un envejecimiento de la población adulta mayor. Es decir, no solo está aumentado la importancia absoluta y relativa del grupo de población de 60 años o más, sino que también se da un envejecimiento al interior del grupo de adultos mayores.

Así, mientras en 1985 las personas de 80 años o más representaban el 8% dentro del grupo de adultos mayores, en 2015 representan el 13% y en el 2050 llegarán al 21%. Este envejecimiento de los viejos es causado por una mayor longevidad,

¹ la Ley 1276 de 2009 en su artículo 7° define al Adulto Mayor como aquella persona que cuenta con 60 años de edad o más.

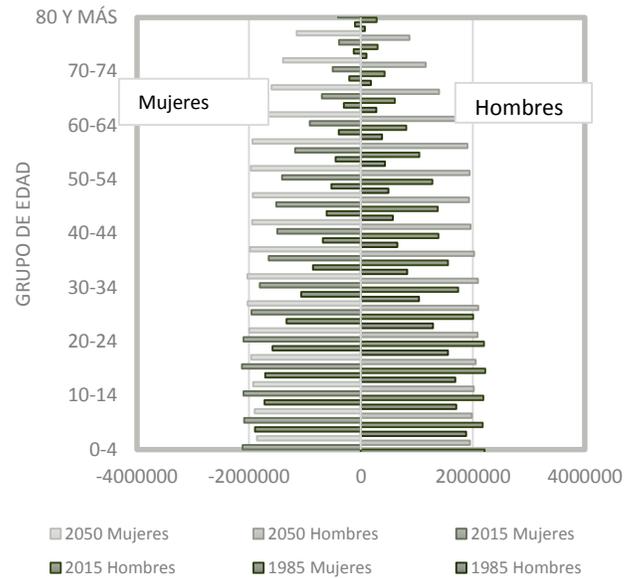
Por tanto, el grupo de 60 años o más corresponde al grupo de adultos mayores.

es decir por un aumento en la esperanza de vida a las edades mayores. En 2015, se estima una esperanza de vida a los 60 años de 20 años en los hombres y 22,8 en las mujeres.

Es decir, en 2015, en promedio, un hombre de 60 años puede esperar vivir hasta los 80 años y una mujer hasta los 82,8 años. Para el 2050, se estima que los hombres de 60 años vivan hasta los 82,2 años y las mujeres hasta los 86 años.

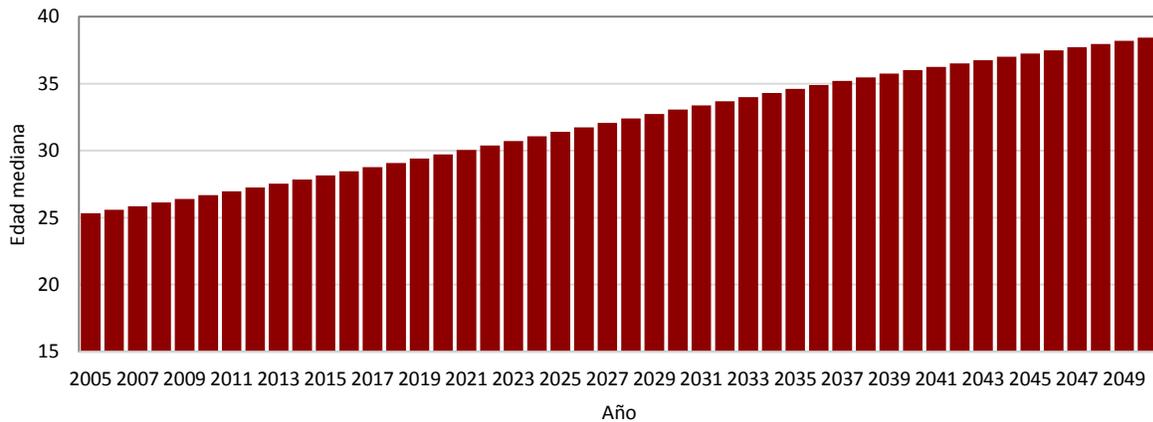
Esta mayor sobrevivencia de los adultos mayores tiene implicaciones en términos de la demanda de servicios de salud y de cuidado de este grupo que, por su avanzada edad, requiere de atención por pérdida de capacidades físicas y funcionales y por la mayor prevalencia de enfermedades crónicas propias del envejecimiento.

Grafica 1. Población por edad y sexo. 1985, 2015 y 2050



Fuente: Pachón (2014).

Gráfico 2: Edad Mediana de la población. 2005-2050



Fuente: Pachón (2014).

Un indicador dicente del envejecimiento acelerado que vivirá la población colombiana en la primera mitad del siglo XXI es la evolución de la edad mediana de la población. Se espera que la edad mediana aumente de 25,3 años en 2005 a 28 años en 2015 y a 38,4 años en 2050 (Gráfico 2). Así, en 2050, la mitad de la población tendrá por lo menos 38 años de edad.

Los cambios en la estructura por edad conllevan cambios en las relaciones de dependencia demográfica, es decir, en la carga que tendrá la población potencialmente activa. La relación de dependencia total² disminuye entre 1985 y el 2016, a medida que la importancia relativa de los menores de 15 años disminuye y se da un leve

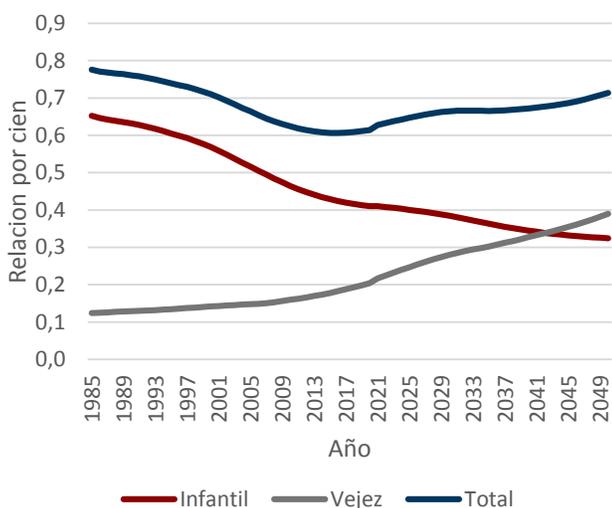
² Mide la relación entre la población menor de 15 años y la población de 60 años o más, con respecto a la población entre 15-59 años.

aumento de la población adulta mayor. Sin embargo, a partir del 2016, la relación de dependencia total empieza a aumentar nuevamente debido al aumento acelerado de la población de 60 años o más (Gráfico 3).

Esto implica que la población colombiana vive el bono demográfico en el periodo entre 2005 y 2029, cuando la relación de dependencia es menor a 66 personas dependientes por cada 100 potencialmente activos³, y por ende en este periodo aumentan las posibilidades de inversión de capital humano y de crecimiento económico.

Aproximadamente a partir del 2029 termina el bono demográfico en el país e inicia lo que CEPAL denomina “el impuesto demográfico” (CELADE, 2014), periodo en el cual la población potencialmente activa crece más lentamente que la población dependiente debido al aumento acelerado de la población de 60 años o más.

Gráfico 3: Relación de dependencia demográfica. 1985-2050



Fuente: Cálculos propios con base en Pachón (2014).

Los cambios en la estructura por edad que llevan a un incremento sistemático de la proporción de personas mayores en la población total, consecuencia del proceso de transición

³ De acuerdo con Ramírez, et al. (2013), se considera que el bono demográfico ocurre cuando la relación de dependencia es menor a 66 dependientes por 100 personas potencialmente activas.

demográfica, se conoce como envejecimiento demográfico. Paralelo al envejecimiento demográfico se da un aumento en el promedio de personas adultas mayores por hogar.

Este proceso se conoce como envejecimiento doméstico (CELADE, 2008). A diferencia del envejecimiento demográfico, el envejecimiento doméstico responde no solo al envejecimiento de la población sino también, en mayor medida, a factores socioculturales, principalmente al patrón de cohabitación familiar.

En América Latina, la cohabitación multigeneracional es considerada como un mecanismo de intercambio y una forma habitual de solidaridad intergeneracional, tanto de las cohortes mayores a las jóvenes como de las jóvenes a las mayores (Guzmán, 2002; CELADE, 2008). Con estos patrones residenciales, el envejecimiento doméstico tiene implicaciones sobre los requerimientos de cuidado por parte de los hogares con personas adultas mayores.

Dado el acelerado proceso de envejecimiento demográfico que vive el país en esta primera mitad del siglo XXI, se considera igualmente importante tener en cuenta el envejecimiento doméstico dadas las implicaciones que tiene para la familia y sus miembros.

Este artículo busca evidenciar el proceso de envejecimiento de los hogares y el contexto familiar en los que viven los adultos mayores, con el fin de dar luces sobre los cambios que pudieran estar ocurriendo al interior de los hogares asociados al proceso de envejecimiento demográfico.

Se usan las ECV-2003 y ECV-2014 realizadas por el DANE, las cuales tienen representatividad a nivel nacional, urbano-rural. Dada la imposibilidad de observar estadísticamente a la familia, ésta se aproxima a través del hogar como unidad de gasto, el cual excluye al empleado doméstico, trabajadores, y sus familiares.

La importancia de los adultos mayores en los hogares

En todos los países de América Latina, el envejecimiento doméstico es mayor que el envejecimiento demográfico (CELADE, 2008). En Colombia, mientras que, en 2015, un 11% de la población tiene 60 años o más, cerca de un 30% de los hogares cuenta con la presencia de personas adultas mayores, casi una cuarta parte de los hogares (24%) tiene a un adulto mayor como jefe del hogar, y en un 8,4% de los hogares viven solo adultos mayores. Estos porcentajes son mayores a los observados en 2003, indicando una tendencia hacia un creciente envejecimiento de los hogares (Cuadro 1).

El envejecimiento doméstico es mayor en las zonas rurales que las urbanas, en donde también hay un mayor porcentaje de hogares con solo adultos mayores. Esto se da a pesar de que el proceso de Transición Demográfica es más avanzado en las zonas urbanas – menor fecundidad y menor mortalidad - y se relaciona con la migración rural-urbana selectiva por edad y sexo que se observó en los años 70 y 80, que hizo que los adultos y los mayores permanecieran en la zona rural mientras los jóvenes entre 15-25 años, principalmente mujeres, migraban a las ciudades.

Por quintil de ingreso pc, en los quintiles bajo y alto se observa una mayor proporción de hogares con adultos mayores. En el estrato bajo, probablemente el fenómeno puede estar asociado a una organización familiar extensa de apoyo intergeneracional, mientras que en el estrato alto puede estar relacionado con el hecho de que este grupo vive una fase más avanzada de Transición Demográfica y por ende un mayor envejecimiento.

Entre 2003 y 2014 disminuye el porcentaje de hogares sin adultos mayores y aumenta el de hogares con solo adultos mayores – de 5,8% a 8,4%. Esta tendencia es común por zona y por quintil de ingreso pc del hogar, y está relacionada con el proceso acelerado de envejecimiento demográfico que vive el país.

Cuadro 1: Distribución de los hogares según presencia de adultos mayores, por zona y quintil de ingreso pc del hogar. 2003 y 2014

Año/zona	Hogares sin adultos mayores	Hogares con al menos una persona adulta mayor			Total
		Como dependientes	Como jefe de		
			Solo adultos mayores	Con personas de menos de 60 años	
2003					
Total	73,6%	5,5%	5,8%	15,1%	100%
Zona					
Urbano	74,3%	5,5%	5,4%	14,7%	100%
Rural	71,2%	5,3%	7,0%	16,5%	100%
Quintil					
Bajo	71,4%	5,3%	7,6%	15,7%	100%
Bajo medio	75,2%	6,3%	3,4%	15,1%	100%
Medio	74,2%	5,8%	4,5%	15,5%	100%
Medio alto	74,8%	6,5%	4,5%	14,3%	100%
Alto	72,7%	4,1%	8,1%	15,2%	100%
2014					
Total	71,1%	5,1%	8,4%	15,3%	100%
Zona					
Urbano	71,4%	5,2%	8,0%	15,3%	100%
Rural	70,0%	4,9%	9,8%	15,3%	100%
Quintil					
Bajo	67,4%	6,0%	10,7%	15,9%	100%
Bajo medio	73,9%	5,7%	6,1%	14,3%	100%
Medio	73,6%	5,7%	5,6%	15,1%	100%
Medio alto	74,3%	4,9%	6,8%	14,0%	100%
Alto	67,6%	4,0%	11,7%	16,8%	100%

Fuente: Cálculos propios con base en ECV-2003 y ECV-2014.

La presencia de personas mayores en los hogares no necesariamente debe asociarse a una “carga” o dependencia de la persona mayor. Por el contrario, en la mayoría de los hogares con adultos mayores, los jefes de hogar son personas mayores. El Cuadro 1 muestra que, en el 2014, los adultos mayores son jefes de hogar en el 82% de los hogares con adultos mayores. Esta situación se observa también en el resto de países de América Latina: “en todos los países, y de manera sistemática en zonas urbanas y rurales, entre el 73 % y el 85 % de los hogares que tiene personas mayores son liderados precisamente por una persona mayor” (CELADE, 2008, p. 52).

Con quiénes viven los adultos mayores

Con base en Ullmann, Maldonado y Nieves (2014), los hábitos de co-residencia se analizan mediante dos tipologías de hogares: la de estructura familiar y la generacional. La primera tipología provee información sobre la organización familiar con base en la relación de parentesco, mientras que la segunda evidencia la organización familiar como medio para el apoyo intergeneracional.

Tipología de estructura familiar de hogares con adultos mayores

La tipología de estructura familiar clasifica a los hogares con base en la relación de parentesco entre sus miembros con el jefe de hogar, en las siguientes categorías:

- i. Hogar nuclear: conformado por el núcleo conyugal biparental con o sin hijos; o núcleo conyugal monoparental con hijos⁴. Se puede subdividir en:
 - a. Pareja sola (sin hijos)
 - b. Pareja o padre/madre con hijos
- ii. Hogar Extenso: conformado por el hogar nuclear más otros parientes
- iii. Hogar Compuesto: conformado por el hogar nuclear (con o sin otros parientes) más otros no parientes
- iv. Hogar familiar sin núcleo: conformado por hogares en los cuales no existe un núcleo conyugal o una relación padre/madre-hijo/hija, pero existe una relación de hermanos u otras relaciones de parentesco.
- v. Hogar unipersonal: conformado por una sola persona
- vi. Hogar no familiar sin núcleo: conformado por hogares en los cuales no existe un núcleo conyugal o una relación padre/madre-hijo/hija o una relación de hermanos, ni existen otras relaciones de parentesco.

⁴ El núcleo conyugal no necesariamente es el conformado por el jefe del hogar. Por ejemplo, un jefe que vive con sus padres

A nivel del total de hogares, el hogar nuclear representa la mayoría de los hogares en el país: representan el 60%, tanto en 2003 como en 2014. Sin embargo, se observa una tendencia hacia una mayor importancia del hogar nuclear sin hijos, aunque en 2014 todavía prevalecen los hogares nucleares con hijos. Los hogares extensos y compuestos, por el contrario ven reducida su participación a expensas de un aumento de los hogares unipersonales (Cuadro 2).

Los hogares con adultos mayores, por el contrario, son más de la tercera parte de tipo extenso, con la mayor participación, mientras que en el total de hogares prevalecen los hogares nucleares con hijos – por lo menos la mitad (51%) es de este tipo (Cuadro 2). En segundo lugar, se encuentra el hogar nuclear con hijos como organización de los hogares con adultos mayores, mientras que en el total de hogares siguen en importancia los hogares extensos. Vale la pena resaltar la mayor importancia de los hogares nucleares de pareja sola y de los hogares unipersonales en los hogares con adultos mayores que en el total de hogares.

Entre 2003 y 2014, tanto en el total de hogares como en los hogares con adultos mayores, aumenta la importancia de los hogares nucleares de pareja sola, los unipersonales y los familiares sin núcleo, a expensas de los hogares extensos y compuestos. Este comportamiento está acorde con los cambios que se han venido observando asociados a nuevas formas de organización familiar, diferentes a la familia nuclear de padre, madre e hijos. En este contexto, cobran importancia los hogares unipersonales, los cuales son más comunes en los hogares con personas adultas mayores que en el total de hogares: en 2014, cerca del 18% de los hogares con adultos mayores era unipersonal, es decir adultos mayores viviendo solos, mientras que en el total de hogares representaban el 13% (Cuadro 2).

(o padre/madre) es un hogar nuclear a pesar de que el núcleo lo conforman los padres del jefe de hogar.

Cuadro 2: Distribución de hogares según tipología de estructura familiar y presencia de adultos mayores en el hogar. 2003 y 2014

Tipología de estructura familiar	Total Hogares		Hogares con adultos mayores	
	2003	2014	2003	2014
Nuclear - Pareja sola	6,4%	9,2%	9,8%	13,9%
Nuclear - Pareja o padre/madre con hijos	54,0%	51,4%	23,8%	23,8%
Extensa	22,5%	19,8%	42,8%	34,3%
Compuesta	3,1%	2,1%	3,6%	2,8%
Familiar sin núcleo	3,2%	3,7%	5,2%	6,7%
Unipersonal	10,2%	13,1%	14,0%	17,8%
No familiar sin núcleo	0,7%	0,7%	0,8%	0,6%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Cálculos propios con base en ECV-2003 y ECV-2014.

La tipología de estructura familiar de los hogares con adultos mayores es similar entre la zona urbana y la rural, mientras que hay diferencias importantes por quintil de ingreso pc del hogar. El Cuadro 3 muestra que, en los hogares con adultos mayores, tanto en zona urbana como rural, ha cobrado importancia el hogar nuclear de pareja sola y el hogar unipersonal, a expensas de los hogares nucleares con hijos y extensos, principalmente.

En 2014, entre el 17% y el 20% de los hogares con adultos mayores son hogares unipersonales, y entre el 13% y el 16% son hogares nucleares de pareja sola. Es decir, en alrededor de una tercera parte de los hogares con adultos mayores – 30,5% en la zona urbana y 36% en la zona rural - vive la persona adulta mayor sola o sola con su pareja y por ende van a requerir de cuidado que proviene fuera del hogar. Llama la atención el mayor porcentaje de hogares con adultos mayores que son unipersonales o pareja sola, frente a la zona urbana. Sin embargo, este fenómeno es común también a los demás países de la región latinoamericana (Guzmán y Hakkert, 2002).

Cuadro 3: Distribución de hogares con adultos mayores según tipología de estructura familiar y zona. 2003 y 2014

Tipología de estructura familiar	2003		2014	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Nuclear - Pareja sola	9,3%	11,3%	13,3%	16,2%
Nuclear - Pareja o padre/madre con hijos	24,0%	23,0%	24,8%	20,4%
Extensa	43,9%	39,6%	34,3%	34,1%
Compuesta	3,5%	3,8%	2,8%	2,9%
Familiar sin núcleo	5,2%	5,3%	7,1%	5,5%
Unipersonal	13,1%	16,5%	17,2%	20,1%
No familiar sin núcleo	0,9%	0,5%	0,5%	0,9%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Cálculos propios con base en ECV-2003 y ECV-2014.

Por quintil de ingreso, los hogares con adultos mayores de los estratos bajos se organizan principalmente en familia extensa, mientras que en el estrato alto es el hogar nuclear, ya sea pareja sola o con hijos (Cuadro 4). Los hogares unipersonales, contrario a lo esperado, son igualmente importantes en los estratos bajos que altos: 21% y 23%, mientras que en los estratos intermedios son menos comunes (13%).

Cuadro 4: Distribución de hogares con adultos mayores según tipología de estructura familiar y quintil de ingreso pc del hogar. 2014

Tipología de estructura familiar	Quintil de ingreso pc del hogar					Total
	Bajo	ajo medi	Medio	Medio alt	Alto	
Nuclear - Pareja sola	13,7%	12,2%	9,5%	15,2%	16,7%	13,9%
Nuclear - Pareja o padre/madre con hijos	15,6%	19,2%	22,3%	25,3%	31,7%	23,8%
Extensa	38,1%	45,0%	42,9%	35,0%	20,8%	34,3%
Compuesta	2,7%	3,9%	3,4%	2,7%	2,0%	2,8%
Familiar sin núcleo	8,5%	6,1%	7,1%	6,9%	5,5%	6,7%
Unipersonal	21,0%	13,2%	14,1%	13,8%	22,9%	17,8%
No familiar sin núcleo	0,4%	0,4%	0,8%	0,9%	0,4%	0,6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Cálculos propios con base en ECV-2014.

Tipología generacional de hogares con adultos mayores

La tipología generacional clasifica a los hogares según la cohabitación de tres generaciones: niños (menores de 15 años), generación intermedia (entre 15 y 59 años) y adultos mayores (de 60 años o más). Se identifican las siguientes categorías:

- i. Hogares generacionales:
 - a. solo adultos mayores
 - b. solo generación intermedia
- ii. Hogares sin niños: con generación intermedia y adultos mayores
- iii. Hogares sin generación intermedia: con adultos mayores y niños
- iv. Hogares sin adultos mayores: con generación intermedia y niños
- v. Hogares multigeneracionales: con las tres generaciones.

En Colombia, prevalece el hogar conformado por la generación intermedia y niños. En 2014, un poco menos de la mitad del total de hogares (44,6%) se clasificaba como hogares con generaciones intermedia y niños pero sin adultos mayores, porcentaje que, una década atrás, en 2003, era casi 10 puntos porcentuales mayor (52,7%) (Cuadro 5). Es decir, esta tipología de hogar ha venido perdiendo importancia. Este fenómeno se observa también en el promedio de los países de la región Latinoamericana, en donde baja del 63% en 1990 a 51% en 2010 (Ullmann, Maldonado y Nieves, 2014)

Por el contrario, los hogares generacionales - de solo adultos mayores o de solo generación intermedia – al igual que los hogares conformados por generación intermedia y adultos mayores, aumentan entre 2003 y 2014. Esto se refleja en un descenso en los hogares sin niños, consecuencia del descenso en la fecundidad.

En cambio, los hogares con adultos mayores o generaciones intermedias aumentan en importancia, producto del proceso de envejecimiento poblacional.

Cuadro 5: Distribución de hogares según tipología generacional y presencia de adultos mayores.2003 y 2014

Tipología generacional	Total Hogares		Hogares con adultos mayores	
	2003	2014	2003	2014
Hogares generacionales: solo adultos mayores	5,8%	8,4%	22,0%	29,2%
Hogares generacionales: solo generación intermedia	20,8%	26,5%		
Hogares sin niños: generación intermedia y adultos mayores	9,5%	11,6%	36,0%	40,3%
Hogares sin generación intermedia: adultos mayores y niños	0,7%	0,5%	2,6%	1,8%
Hogares multigeneracionales: las tres generaciones	10,4%	8,3%	39,4%	28,7%
Hogares sin adultos mayores: generación intermedia y niños	52,7%	44,6%		
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Cálculos propios con base en ECV-2003 y ECV-2014.

Los hogares con adultos mayores muestran una creciente importancia de los hogares con solo adultos mayores y de los hogares con generación intermedia y adultos mayores, mientras que disminuyen los hogares multigeneracionales, como consecuencia de la menor presencia de niños en el hogar. Sin embargo, en 2014, aún un 29% de los hogares con adultos mayores es multigeneracional (Cuadro 5).

La mayor parte de los hogares con adultos mayores (40% en 2014) está conformada por hogares sin niños (con generación intermedia y adultos mayores. Sin embargo, entre 2003 y 2014, aumentan especialmente los hogares generacionales de solo adultos mayores, llegando a representar el 29% de los hogares con adultos mayores en 2014.

Esta tendencia de un mayor envejecimiento doméstico tiene implicaciones en términos de una creciente demanda de servicios de cuidado para esa población adulta mayor, ya sea para ser provista al interior o fuera del hogar, por miembros o no de los hogares en los que viven los adultos mayores.

La cohabitación generacional en los hogares difiere entre la zona urbana y rural, aunque en ambos casos se observa, entre 2003 y 2014, una creciente importancia de los hogares generacionales con solo adultos mayores y

hogares de generaciones intermedia y adultos mayores (Cuadro 6).

Mientras en la zona urbana, en 2014, prevalecen los hogares con generación intermedia y adultos mayores (42,3%), en la zona rural tienen importancia similar los hogares generacionales de solo adultos mayores, los hogares con generación intermedia y adulto mayor, y los hogares multigeneracionales: alrededor de 32% cada uno.

Así, en la zona rural frente a la urbana, los hogares con generación intermedia y adultos mayores son menos importantes mientras ganan peso relativo las otras formas de organización generacional. Esto podría relacionarse con una menor fecundidad rural, y la migración rural-urbana selectiva por edad de las décadas de los años setenta y ochenta.

Cuadro 6: Distribución de hogares según tipología generacional y zona. 2003 y 2014

Tipología generacional	2003		2014	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Hogares generacionales: solo adultos mayores	21,1%	24,4%	28,2%	32,7%
Hogares sin niños: generación intermedia y adultos mayores	37,1%	32,6%	42,3%	33,5%
Hogares sin generación intermedia: adultos mayores y niños	2,1%	4,2%	1,5%	3,0%
Hogares multigeneracionales: las tres generaciones	39,7%	38,8%	28,1%	30,8%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Cálculos propios con base en ECV-2003 y ECV-2014.

La organización generacional de los hogares tiene marcadas diferencias por quintil de ingreso pc del hogar. En general, los hogares con generación intermedia y adultos mayores aumentan con el quintil de ingreso, mientras que los hogares multigeneracionales y los hogares con adultos mayores y niños (sin generación intermedia) disminuyen con el quintil de ingreso del hogar. Así, mientras en el quintil superior, estrato alto, un 50% de los hogares son de generación intermedia y adultos mayores, en el quintil inferior, estrato bajo, solo el 26% tiene esta organización (Cuadro 7). Por el contrario, los hogares multigeneracionales son casi tres veces más importantes en el estrato bajo (36,3%) que en el alto (13%), sugiriendo un

mayor apoyo intergeneracional a través de la cohabitación en el estrato bajo que en el alto.

Cuadro 7: Distribución de hogares según tipología generacional y quintil de ingreso pc del hogar. 2014

Tipología generacional	Quintil de ingreso pc del hogar					Total
	Bajo	ajo medi	Medio	edio alt	Alto	
Hogares generacionales: solo adultos mayores	32,8%	23,4%	21,1%	26,5%	36,0%	29,2%
Hogares sin niños: generación intermedia y adultos mayores	25,9%	33,1%	39,5%	46,5%	50,1%	40,3%
Hogares sin generación intermedia: adultos mayores y niños	4,9%	1,9%	1,2%	0,9%	0,7%	1,8%
Hogares multigeneracionales: las tres generaciones	36,3%	41,6%	38,1%	26,1%	13,1%	28,7%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Cálculos propios con base en ECV-2003 y ECV-2014.

La jefatura de hogar y el envejecimiento doméstico

En Colombia, la jefatura femenina de hogar ha venido aumentando a nivel del total de hogares, pasando de 28,6% en 2003 a 34,7% en 2014 (Cuadro 8). Así, en 2014, más de la tercera parte de los hogares del país era liderado por una mujer. El aumento en la jefatura femenina se da en todas las tipologías de estructura familiar, siendo más marcado el aumento en el hogar nuclear de pareja sola.

Esto implica que la jefatura femenina de hogar que tradicionalmente se asociaba a la ausencia del hombre en el hogar, es decir a los hogares monoparentales, con el tiempo aumenta también en los hogares biparentales. Este fenómeno podría estar asociado al mayor empoderamiento de la mujer traído por los mayores niveles educativos, la mayor participación laboral y la mayor independencia económica.

Existen diferencias en la tasa de jefatura femenina según la estructura familiar del hogar. Los hogares nucleares de pareja sola son los de menor tasa de jefatura femenina (11,4% en 2014), mientras que los hogares familiares sin núcleo son los de mayor jefatura femenina (66,7%), seguidos por los hogares extensos, 45% (Cuadro 8).

Así, aunque la tasa de jefatura femenina ha aumentado en los hogares nucleares biparentales, aún su nivel es muy bajo (11%), lo cual se asocia al reconocimiento del hombre como jefe de hogar cuando éste se encuentra presente en el hogar.

La tasa de jefatura femenina en los hogares con adultos mayores está por encima de la observada para el total de hogares: en 2014, un 42,2% de los hogares con adultos mayores tenía como jefe a una mujer. Este fenómeno podría estar relacionado con la mayor importancia de hogares monoparentales entre los adultos mayores debido a la mayor mortalidad a estas edades, la cual es mayor en los hombres que en las mujeres. Las mujeres, al quedar solas por la viudez, asumen la jefatura del hogar.

Cuadro 8: Tasa de jefatura femenina por tipología de estructura familiar según presencia de adultos mayores. 2003 y 2014

Tipología de estructura familiar	Total Hogares		Hogares con adultos mayores	
	2003	2014	2003	2014
Nuclear - Pareja sola	5,3%	11,4%	3,4%	10,9%
Nuclear - Pareja o padre/madre con hijos	23,8%	31,5%	30,0%	38,1%
Extensa	38,6%	45,0%	35,2%	44,6%
Compuesta	19,0%	29,8%	24,7%	29,2%
Familiar sin núcleo	62,4%	66,7%	76,2%	79,1%
Unipersonal	38,5%	39,4%	54,2%	55,4%
No familiar sin núcleo	41,9%	39,2%	69,9%	56,2%
Total	28,6%	34,7%	35,5%	42,2%

Fuente: Cálculos propios con base en ECV-2003 y ECV-2014.

Al igual que en el total de hogares, la tasa de jefatura femenina en hogares con adultos mayores ha venido aumentando, pues en 2003 era de 35,5% y pasa a 42% en 2014, y lo mismo ocurre con todas las estructuras familiares, tanto para el total de hogares, como para los hogares con adultos mayores (Cuadro 8). Sin embargo, a diferencia del total de hogares, la tasa de jefatura femenina más alta según la estructura familiar de los hogares con adultos mayores es la de los hogares familiares sin núcleo (79%), seguido por los hogares no familiares sin núcleo y los hogares unipersonales (56% y 55%, respectivamente). La de menor tasa, por su parte, es la de los hogares nucleares de pareja sola.

Lo anterior evidencia que cada vez son más las mujeres a cargo de hogares en Colombia, tanto para el total de hogares, como para los hogares con adultos mayores. Aunque esto parecía ser un fenómeno especialmente urbano (Wartenberg, 1997), el crecimiento de las tasas de jefatura femenina también ha sido relevante en el sector rural.

De acuerdo al Cuadro 9, en 2003, el 39% del total de hogares con adultos mayores estaba a cargo de una mujer en el sector urbano, mientras que en el sector rural poco más de una cuarta parte tenía a una mujer como jefe de hogar (26%). Una década después, en 2014, la tasa de jefatura femenina en hogares con adultos mayores alcanza a ser del 45% en el sector urbano, mientras que la proporción de hogares con mujeres jefas es 30% del total de hogares con adultos mayores.

Cuadro 9: Tasa de jefatura femenina en hogares con adultos mayores por tipología de estructura familiar según zona. 2003 y 2014

Tipología de estructura familiar	2003		2014	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Nuclear - Pareja sola	3,3%	3,7%	11,8%	8,4%
Nuclear - Pareja o padre/madre con hijos	32,4%	22,9%	39,8%	30,9%
Extensa	38,6%	24,0%	48,2%	31,8%
Compuesta	25,5%	22,6%	33,0%	16,5%
Familiar sin núcleo	79,9%	65,4%	82,3%	64,5%
Unipersonal	60,6%	39,7%	60,8%	38,9%
No familiar sin núcleo	78,1%	27,7%	72,6%	24,0%
Total	38,8%	26,2%	45,5%	30,5%

Fuente: Cálculos propios con base en ECV-2003 y ECV-2014.

A pesar del aumento de las tasas de jefatura femenina, tanto en el sector urbano como en el sector rural, en 2014 se observa aún una brecha considerable en la tasa de jefatura femenina según el tipo de estructura familiar.

Cabe resaltar que la tasa de jefatura de los hogares nucleares de pareja sola casi que se triplica entre 2003 y 2014 en el sector urbano, mientras que en el sector rural más que se duplica (Cuadro 9). Esto evidencia, como se mencionó antes, una mayor aceptación y declaración de la mujer como cabeza de hogar, posiblemente explicado por mayores niveles de educación y de independencia económica, entre otros factores.

Entre 2003 y 2014, después de los hogares nucleares de pareja sola, son los hogares extensos y compuestos los que tienen un mayor aumento en la jefatura femenina en el sector urbano (30% y 25%, respectivamente). En el sector rural, el mayor incremento lo tuvieron los hogares nucleares con hijos (35%) y los hogares extensos (32%). Esto último puede estar relacionado con las mayores tasas de separación y divorcio que se observan en el país en las últimas décadas (Flórez y Sánchez, 2013).

La tasa de jefatura femenina por tipología generacional no muestra diferencias muy marcadas entre el total de hogares y los hogares con adultos mayores (Cuadro 10). La tasa de jefatura femenina por tipología generacional muestra una mayor importancia en los hogares sin generación intermedia (conformado por adultos mayores y niños). En 2014, más de la mitad del total de estos hogares estaban a cargo de una mujer (51%), mientras que en 2003 la proporción era 11 puntos porcentuales menor (Cuadro 10). Probablemente, este sea un resultado de una mayor mortalidad en los hombres mayores de 60 años respecto a las mujeres.

Cuadro 10: Tasa de jefatura femenina por tipología generacional según presencia de adultos mayores. 2003 y 2014

Tipología generacional	Total Hogares		Hogares con adultos mayores	
	2003	2014	2003	2014
Hogares generacionales: solo adultos mayores	40,4%	42,9%	40,4%	42,9%
Hogares generacionales: solo intermedia	30,1%	31,5%	n.a.	n.a.
Hogares sin niños: generación intermedia y adultos mayores	34,7%	40,6%	34,7%	40,6%
Hogares sin generación intermedia: adultos mayores y niños	40,0%	51,1%	40,0%	51,1%
Hogares multigeneracionales: las tres generaciones	33,3%	43,2%	33,3%	43,2%
Hogares sin adultos mayores: generación intermedia y niños	24,6%	31,7%	n.a.	n.a.
Total	28,6%	34,7%	35,5%	42,2%

Fuente: Cálculos propios con base en ECV-2003 y ECV-2014

La tasa de jefatura femenina de los hogares con generación intermedia y adultos mayores y de los multigeneracionales también presentaron un incremento considerable entre 2003 y 2014 (6% y 10%, respectivamente). El envejecimiento poblacional y la mayor esperanza de vida en las mujeres, así como la tendencia al mayor

reconocimiento de la jefatura femenina, explican el incremento en la tasa de jefatura femenina en los hogares con adultos mayores.

Desagregando por zona, se observa una menor tasa de jefatura femenina en todos los hogares con adultos mayores rurales respecto a los urbanos (Cuadro 11). En el sector urbano, entre 2003 y 2014, todos los hogares con adultos mayores por tipología generacional presentan un incremento en este indicador, mientras que en el sector rural solo ocurre en los hogares con generación intermedia y adultos mayores y en los hogares multigeneracionales. En los hogares urbanos, las tasas de jefatura femenina están cercanas al 50%.

Por su parte, los hogares rurales evidencian la predominancia de la jefatura masculina en todas las tipologías. Esto se podría asociar a menores niveles de educación, participación laboral y empoderamiento femenino en las áreas rurales frente a las urbanas.

Cuadro 11: Tasa de jefatura femenina en hogares con adultos mayores por tipología generacional según zona. 2003 y 2014

Tipología de hogar	2003			2014		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
Hogares generacionales: solo adultos mayores	40,4%	44,4%	30,4%	42,9%	47,2%	29,9%
Hogares sin niños: generación intermedia y adultos mayores	34,7%	37,7%	24,9%	40,6%	42,7%	31,5%
Hogares sin generación intermedia: adultos mayores y niños	40,0%	44,3%	34,0%	51,1%	65,6%	25,5%
Hogares multigeneracionales: las tres generaciones	33,3%	36,5%	23,8%	43,2%	47,1%	30,6%
Total	35,5%	38,8%	26,2%	42,2%	45,5%	30,5%

Fuente: Cálculos propios con base en ECV-2003 y ECV-2014.

Contexto conyugal de los adultos mayores jefes de hogar

En 2014, cerca del 24% de los hogares tiene como jefe de hogar a una persona adulta mayor (Cuadro 1), de los cuales el 42% tiene como jefe a una mujer (Cuadro 8). Sin embargo, el estado conyugal de los jefes de hogar adultos mayores difiere significativamente entre hombres y mujeres. Más de la mitad (52%) de las mujeres adultas mayores

jefes de hogar son viudas, mientras que solo un 9% de los hombres lo son (Cuadro 12).

Este fenómeno se observa cualquiera sea el tipo de estructura familiar del hogar, y puede estar relacionado con el hecho de que la muerte del esposo/compañero es la razón más común que lleva a la mujer a declararse o asumir la jefatura del hogar; pero también al hecho observado que las mujeres viudas tienden a permanecer solas mientras que los hombres tienden a casarse/unirse de nuevo con mujeres generalmente más jóvenes (Guzmán, 2002). Esto mismo explicaría que un 76% de los hombres adultos mayores jefes de hogar sean casados/unidos.

Cuadro 12: Distribución de hogares con adultos mayores como jefe de hogar según estado conyugal del jefe del hogar. 2014

Tipo de hogar/Sexo del jefe	Estado conyugal del jefe				Total
	Soltero	Casado/ Unido	Separado/ Divorciado	Viudo	
Hogares nucleares					
Hombre	0,2%	94,0%	2,6%	3,2%	100%
Mujer	5,3%	26,7%	22,0%	46,0%	100%
Total	1,5%	76,4%	7,7%	14,4%	100%
Hogares unipersonales					
Hombre	19,0%	12,3%	44,5%	24,3%	100%
Mujer	18,7%	2,8%	23,8%	54,7%	100%
Total	18,8%	7,0%	33,1%	41,1%	100%
Hogares no nucleares ni unipersonales					
Hombre	3,2%	79,9%	6,8%	10,1%	100%
Mujer	11,6%	12,1%	22,4%	53,9%	100%
Total	7,5%	45,1%	14,8%	32,6%	100%
Total					
Hombre	4,3%	75,9%	10,9%	8,9%	100%
Mujer	12,0%	13,2%	22,7%	52,1%	100%
Total	7,5%	49,6%	15,9%	27,0%	100%

Fuente: Cálculos propios con base en ECV-2014.

De igual forma, y por razones similares, cerca de un 23% de las mujeres jefes de hogar son separadas/divorciadas, mientras que tan solo un 11% de los hombres lo son. Esto se observa en cualquier estructura de hogar, con excepción de los hogares unipersonales. En los hogares unipersonales con jefe adulto mayor hombre, un 44,5% son separados/divorciados y un 24,3% son viudos; mientras que lo contrario se observa en las mujeres adultas mayores jefes de hogar: un 54,7%

son viudas y un 23,8% son separadas/divorciadas. Nuevamente, las mujeres viudas tienden a permanecer solas mientras que los hombres tienden a unirse de nuevo.

Conclusiones y recomendaciones

Como consecuencia del proceso de transición demográfica, Colombia vive un envejecimiento paulatino de su población. A mitad del siglo XXI, más de la quinta parte de la población (22%) estará conformada por personas adultas mayores. Este proceso de envejecimiento tiene importantes implicaciones en términos de la demanda por servicios de salud, educación, cuidado, cultura y recreación, y de la necesidad de protección social, especialmente de pensiones. El envejecimiento doméstico, hogares con adultos mayores, es mayor que el envejecimiento demográfico: en 2015, un 11% de la población tiene 60 años o más, mientras que cerca de un 30% de los hogares cuenta con la presencia de personas adultas mayores. En la última década, disminuye el porcentaje de hogares sin adultos mayores y aumenta el de hogares con solo adultos mayores

Los hogares con adultos mayores son más de la tercera parte de tipo extenso, es decir viven con otros parientes. Igualmente, cerca del 30% de los hogares con adultos mayores son multigeneracionales. Estas cifras evidencian la importancia de los apoyos intergeneracionales en los arreglos familiares. Sin embargo, entre los hogares con adultos mayores, sistemáticamente aumenta la importancia de los hogares nucleares de pareja sola, de los hogares unipersonales, y de los hogares generacionales de solo adultos mayores.

Esta tendencia común hacia una mayor importancia de hogares con solo adultos mayores es especialmente importante en el contexto del país en donde la oferta de servicios de cuidado al adulto mayor es prácticamente inexistente. En el país, al igual que en la mayoría de los países de la región latinoamericana, el cuidado de los adultos mayores lo provee el hogar, y recae principalmente en la mujer. De acuerdo con Huenchuan (2013), *“En América Latina y el Caribe son las familias —y*

mayoritariamente las mujeres— quienes se encargan de cubrir las necesidades de salud y cuidado de la población adulta muy mayor. Además, frecuentemente son los hijos o hijas adultos mayores (de 60 años y más) quienes proporcionan a las personas de edad muy avanzada (de 80 años o más) no solo ayuda monetaria y manutención, sino también cuidados y dedicación” (pp. 55).

En este contexto, además de la doble carga de trabajo que enfrentan las mujeres (carga doméstica y laboral), con el envejecimiento demográfico y doméstico se verán enfrentadas a una carga adicional relacionada con el cuidado de los adultos muy mayores del hogar. Sin embargo, dados los crecientes niveles de educación y de participación de la mujer en la fuerza laboral, es probable que la mujer no tenga el tiempo ni la disposición para asumir esa nueva carga de cuidado del adulto mayor. Por tanto, el envejecimiento acelerado implica un reto para el Estado y las familias, en términos del requerimiento y provisión de cuidado que provenga fuera del hogar.

Se requerirá del apoyo del Estado y de nuevos arreglos familiares y comunales para proveer estos servicios. Así, el Estado y las familias deben prepararse para enfrentar los niveles de envejecimiento demográfico y doméstico al que se llegará en este siglo.

Bibliografía

- CELADE (2008). “Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe.” Santiago de Chile: División de Población de la CEPAL.
- CELADE (2009). “El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe.” Santiago de Chile: División de Población de la CEPAL.
- CELADE (2014). “La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe. La hora de la igualdad según el reloj poblacional.” Primera Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: División de Población de la CEPAL.
- Cotlear, Daniel (2011). “Envejecimiento de la población: ¿Está preparada América Latina?” Cap. 1, pp. 1-44. En: “Envejecimiento de la población: ¿Está preparada América Latina?”. Cotlear (Ed). Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Flórez, C.E. y Sánchez, L. (2013). “Fecundidad y Familia en Colombia: ¿hacia una segunda transición demográfica?”. Serie de Estudios a Profundidad – Encuesta Nacional de Demografía y Salud END 1990/2010. Bogotá: Profamilia.
- Guzmán, J. M. (2002). “Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe”. Serie Población y Desarrollo No. 28. Santiago de Chile: CEPAL – CELADE.
- Guzmán, J. M. y Hakkert, R. (2002). “Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina”. Working Paper Series CST/LAC No. 21. Mexico City: UNFPA.
- Huenchuan, Sandra (2013). Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013. CEPAL-UNFPA-Documento de Proyecto. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Ullmann H., Maldonado C. y Nieves M. (2014). “La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010: los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado.” Santiago de Chile: CEPAL-UNICEF.
- Wartenberg, Lucy (1999). “Vulnerabilidad y jefatura femenina en los hogares urbanos colombianos”, en Mercedes González de la Rocha, *Divergencias del modelo tradicional: hogares de jefatura femenina en América Latina*, pp.77-96. CIESAS-SEP-Conacyt-Plaza y Valdés: México.

Autores

Carmen Elisa Flórez

Consultora SPSCV-DDS-DNP

Profesora Titular- Investigadora Facultad de Economía

Universidad del Rosario

Humberto Cote O

Joven Investigador

Facultad de Economía

Universidad del Rosario

Estado de salud y gasto para la población adulta mayor

La distribución de la población colombiana por edad muestra que a 2014 el 11,1% eran personas con 60 años de edad o más, es decir, población adulta mayor de acuerdo la definición que contempla a Ley 1251 de 2008. De ellos, el 54,3% son mujeres y el 45,7% hombres. En su mayoría, 97%, están afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, perciben un buen estado de salud así como una buena calidad del servicio. La hipertensión es la enfermedad más diagnosticada en esta población y el 16,7% presenta algún tipo de discapacidad (Encuesta de Calidad de Vida – ECV, 2014). Se espera que el gasto en salud para la población adulta mayor crezca respecto al total del gasto en salud, pasando del 29% en 2011 al 35% en 2020, según los resultados del modelo DNP salud V2.

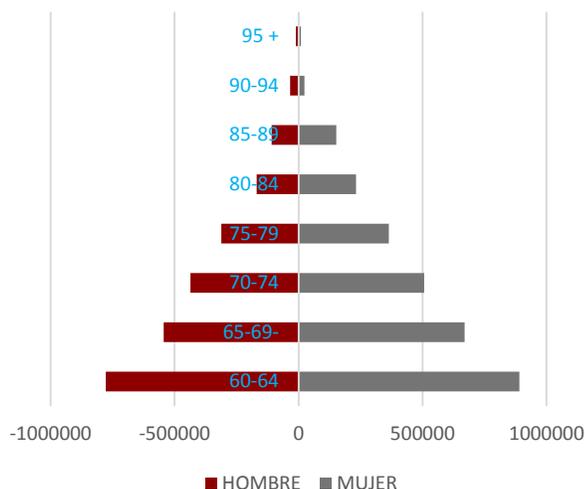
Existe una relación entre la transición demográfica y la transición epidemiológica, que se da como un proceso dinámico en el cual las pautas de salud y enfermedad de una sociedad evolucionan en respuesta a cambios demográficos, socioeconómicos, tecnológicos, culturales y biológicos. Una mayor sobrevivencia genera una exposición mayor de la población a factores de riesgo con relación a enfermedades de tipo crónico – degenerativo, así mismo, se observa un nuevo equilibrio entre mortalidad y morbilidad, puesto que en muchos casos el evento de mortalidad se sustituye por la condición de morbilidad crónica.

Entonces, no solo el acceso y la calidad de los servicios de salud son aspectos importantes a la hora de estudiar el estado de salud de la población. En el caso de los adultos mayores es importante analizar los hábitos de las personas antes de llegar a la vejez, pues las prácticas saludables determinan en gran medida su estado de salud en el mediano y largo plazo. En este sentido, la calidad de vida de los adultos mayores es uno de los factores más importantes de la vejez, la cual está no solo en función del acceso oportuno y en

condiciones de calidad a los servicios de salud sino también de una adecuada nutrición, prevención de enfermedades crónicas y limitaciones funcionales (discapacidad), y de la adopción de estilos de vida saludables (OMS, 2012). Si bien la OMS señala que en promedio el 75% de la población adulta mayor en la región no realiza alguna actividad física, en Colombia este porcentaje es de 65,7% (ELPS, 2012).

La mayor sobrevivencia de las mujeres a edades avanzadas es considerada un cambio estructural como consecuencia del rápido envejecimiento de las sociedades en países en desarrollo (Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez, 2014). Por su parte, los factores biológicos y hereditarios, las condiciones y estilos de vida generan diferencias entre hombres y mujeres a la hora de vivir y envejecer. Los estudios señalan que si bien nacen más hombres, son las mujeres las que viven más años (Profamilia, 2013), como se refleja en el Grafico 1.

Gráfico 1. Pirámide poblacional para adultos mayores 2014



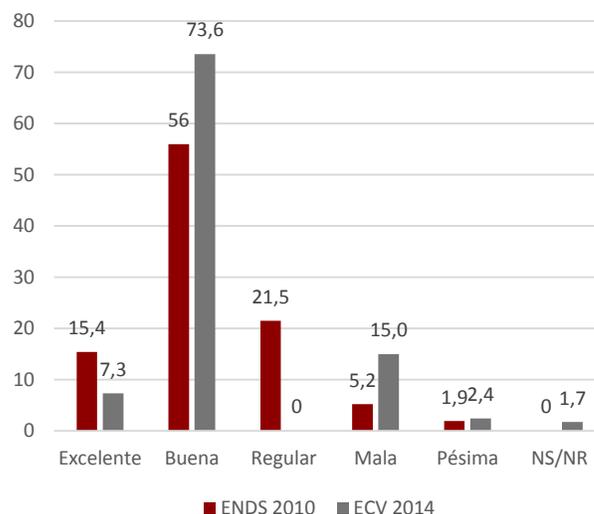
Fuente: ECV, 2014. Cálculos DNP-DDS-SS

Acceso, percepción y calidad de los servicios de salud

La Ley 1251 de 2008 establece como una tarea del Estado proveer a esta población de bienestar social así como la ampliación de las coberturas de acceso a los servicios de salud de acuerdo a sus necesidades. En el caso del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 97,3% de la población adulta mayor se encuentra afiliada a salud, mientras que el 2,7% no está afiliada a ningún régimen. Los mayores porcentajes de afiliación son al régimen subsidiado (48,9%), al contributivo (47,5%) y a regímenes especiales (3,4%) (ECV, 2014).

Por su parte, en cuanto a la percepción de la calidad del servicio de salud, el 80,9% de personas con 60 años o más la consideran como excelente/muy buena o buena mientras que el 17,4% la considera mala o muy mala (Gráfico 2). Las principales barreras de acceso se dan por mal servicio y oportunidad en la asignación de la cita (9,2%), falta de dinero (8,7%), y distancia del centro de atención (6,8%), entre otras (ECV, 2014).

Gráfico 2. Distribución porcentual de adultos mayores por opinión de la calidad del servicio 2009-2010 y 2014

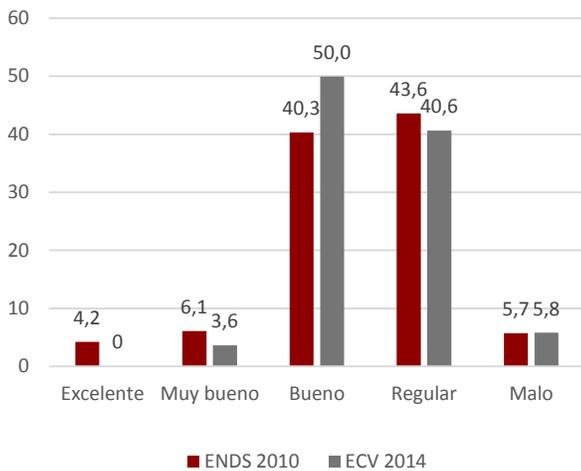


Fuente: ENDS, 2010. Cuadro 17.17. ECV 2014 - Cálculos DNP-SS. La ECV no incorpora "regular" en sus opciones de respuesta. La ENDS no incorpora "ns/nr" en sus opciones de respuesta.

El estudio sobre envejecimiento y vejez de la serie de estudios a profundidad de la ENDS (Profamilia, 2013) reveló que tanto hombres como mujeres adultos mayores consideraban como regular su estado de salud para el momento de la encuesta (2009-2010). En la actualidad, sobre el estado de salud de esta población según la ECV, un poco más de la mitad, 54%, señala tener un buen o muy buen estado de salud mientras que alrededor del 46% lo considera regular o malo.

Comparando estos resultados, puede decirse que en general la percepción del estado de salud ha mejorado en los últimos cinco años pues ha aumentado el porcentaje de adultos mayores que la consideran buena y ha disminuido el porcentaje del mismo grupo de edad que la considera regular (Gráfico 3).

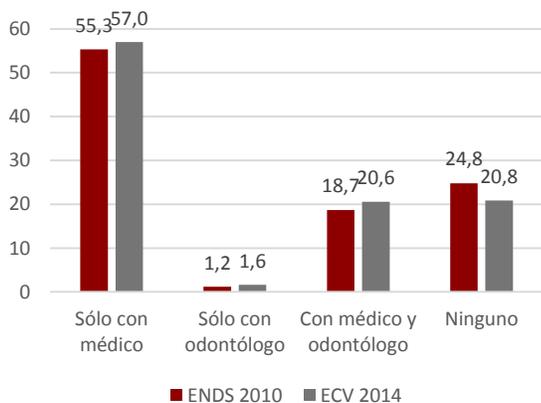
Gráfico 3. Distribución porcentual de adultos mayores por percepción del estado de salud 2009-2010 y 2014



Fuente: ENDS, 2010. Cuadro 17.17. ECV 2014 - Cálculos DNP-SS. La ECV no incorpora "excelente" en sus opciones de respuesta.

En términos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, los servicios de salud más usados en el año son los de medicina general: un poco más de la mitad de los adultos mayores (57%) consulta al médico por prevención. Sin embargo, es alto el porcentaje que no consulta por prevención: en 2014, cerca de uno de cada 5 adultos mayores no consulta ni al médico ni al odontólogo (Gráfico 4).

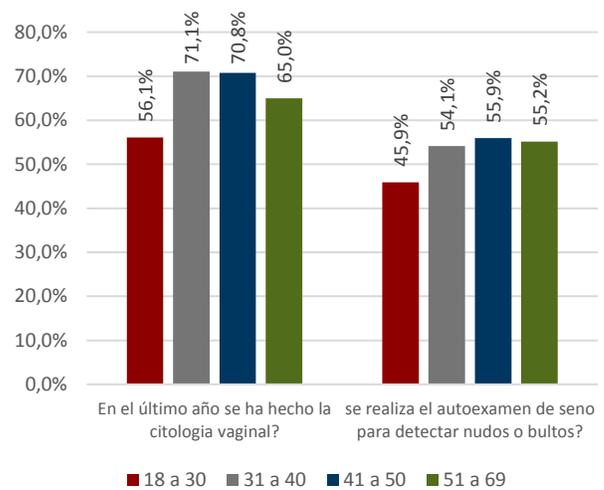
Gráfico 4. Distribución porcentual de adultos mayores por asistencia a servicios preventivos de salud



Fuente: ENDS, 2010. Cuadro 17.17. ECV 2014. Cálculos DNP-SS

Por su parte, las actividades de prevención en la juventud y en la adultez ayudan a mitigar el impacto de las enfermedades en la vejez. En cuanto a prácticas de prevención, en la población femenina entre 18 y 69 años existe un amplio porcentaje que se ha practicado la citología vaginal y autoexamen de seno (aunque este último en menor porcentaje), actividades que pueden ayudar a un diagnóstico temprano, tratamiento o prevención de cáncer (Gráfico 5). Por su parte las mujeres más jóvenes (entre 18 y 30 años) son las que menos se han practicado citologías y autoexamen de seno.

Gráfico 5. Porcentaje de mujeres con citología y examen de seno por grupos de edad

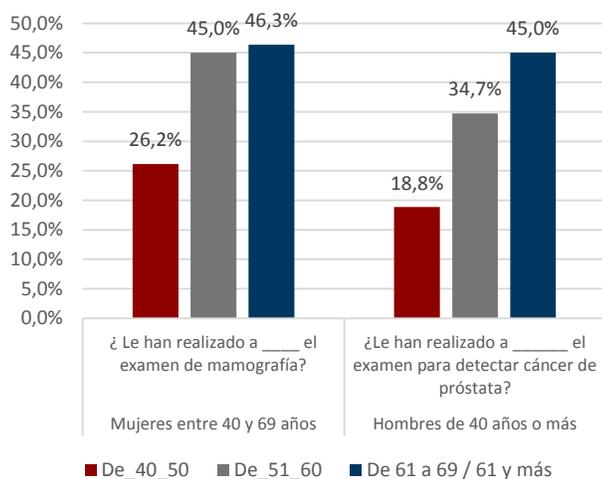


Fuente: ELPS 2012. Cálculos DNP-SS

En cuanto a la realización del examen de mamografía, se observa un menor porcentaje en aquellas mujeres entre los 40 y 50 años en comparación con las mujeres más mayores. Por su parte, los hombres en ese mismo rango de edad también presentan los menores porcentajes en la realización de exámenes de cáncer de próstata.

Como se observa en el Gráfico 6, al avanzar la edad aumenta el porcentaje de hombres y mujeres que se practican este tipo de exámenes. Tal como lo señala el Banco Mundial (2012), las intervenciones multisectoriales focalizadas deben centrarse en mejorar la frecuencia de las consultas de promoción y prevención, la nutrición, la actividad física y a reducir el consumo de tabaco y alcohol. Así mismo, promover estilos de vida y envejecimiento saludable para prevenir estas enfermedades en la población adulta mayor.

Gráfico 6. Porcentaje de mujeres y hombres con exámenes de cáncer de seno y próstata por grupos de edad



Fuente: ELPS 2012. Cálculos DNP-SS

Estilos de vida de la población en general

Antes de presentar un panorama general del estado de salud de la población adulta mayor, es importante reconocer la importancia de la adopción de estilos de vida saludables, puesto que son prácticas que ayudan a mejorar el estado de salud en la población. Básicamente, a la hora de hablar

⁵ Para la gráfica 7 se agruparon las respuestas de frecuencia “Todos los días, 5 a 6 veces por semana, 3 a 4 veces por semana, 1 a 2 veces por semana, 1 a 3 veces al mes y algunas veces al año” en la categoría “SI” y las respuestas de frecuencia “Nunca o casi nunca” en la categoría “NO”.

de estilos de vida nos referimos a patrones de consumo de tabaco, drogas, alcohol, adecuada alimentación y actividad física⁵, entre otras actividades asociadas (OMS, 2012).

Estas prácticas o actividades, cuando atentan contra la salud, se convierten en los principales factores de riesgo que desencadenan enfermedades transmisibles y no transmisibles como la diabetes, cáncer, enfermedades cerebrovasculares, etc., que además de afectar la salud de toda la población se ven reflejadas en su mayoría en la vejez (OMS, 2012). En específico, se analiza el consumo de cigarrillo, alcohol y la práctica de actividad física en toda la población para luego mirar el estado de salud del adulto mayor.

Información de Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá permiten concluir una baja frecuencia de actividad física acompañada de un alto consumo de alimentos densos en energía como las bebidas azucaradas y las comidas rápidas, que causan sobrepeso y obesidad, problemas de malnutrición que en su mayoría se presentan con más frecuencia en hombres que en mujeres.

Así mismo, se observaron altos porcentajes de sobrepeso junto con altos porcentajes de desnutrición crónica en el hogar. La coexistencia de la desnutrición y la obesidad es evidencia de la “doble carga” de morbilidad que enfrentan los países.⁶ El Banco Mundial (2012) señala que en la región están tres de los cuatro países que presentan la prevalencia de doble carga más alta del mundo: Guatemala (13%), Bolivia (11%), y Nicaragua (10%). Colombia presenta una prevalencia de doble carga de 8,18% calculada con datos de la ENSIN para 2010 (OSAN, 2014).

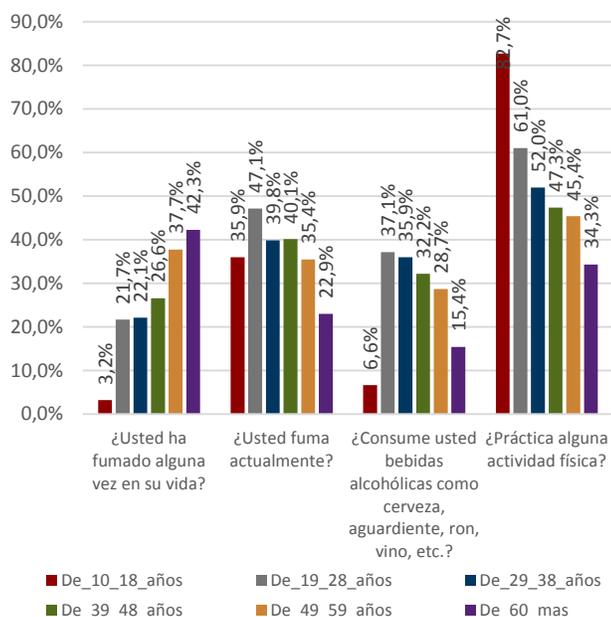
Los porcentajes de consumo de tabaco también son altos en la región pues en general 27,4% de los hombres y 14,4% de las mujeres adultos fuman tabaco. La mayor prevalencia de tabaquismo a nivel mundial se presenta en Ecuador (31%) y

⁶ Mientras los países continúan lidiando con los problemas de las enfermedades infecciosas y la desnutrición, empiezan a experimentar un aumento brusco en los factores de riesgo de contraer enfermedades no transmisibles como la obesidad y el sobrepeso, en particular en los entornos urbanos. (WHO, 2015).

Nicaragua (30%). Por su parte los países que tienen el consumo más alto de bebidas alcohólicas y el mayor porcentaje de bebedores son Belice, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua y Paraguay (Banco Mundial, 2012).

Respecto a prácticas saludables reportadas en la ELPS (2012), se observa en el Gráfico 7 que el consumo de tabaco aumenta con la edad, especialmente se registra un incremento en el consumo a partir de los 19 años en adelante, mientras que el consumo de alcohol presenta una dinámica contraria al consumo de tabaco, pues a partir de los 19 años disminuye e porcentaje de personas que consumen algún tipo de bebida alcohólica.

Gráfico 7. Porcentaje de personas con prácticas de estilos de vida y grupos de edad



Fuente: ELPS 2012. Cálculos DNP-SS

En cuanto a la práctica de actividad física, se observa una relación inversa a medida que aumenta la edad, dado que la población más joven (de 10 a 18 años) reporta el mayor el porcentaje de actividad física mientras que los adultos mayores son los que menos actividad física realizan. Esto es consistente con el patrón señalado por la OMS (2012) que indica que en promedio el 75% o más

de los adultos mayores informan que no realizan actividad física en forma regular.

Estado de salud del adulto mayor

Como lo define la National Public Health Partnership (2001), las enfermedades crónicas están usualmente caracterizadas por una causalidad compleja, múltiples factores de riesgo, un periodo largo de latencia, un prolongado curso de la enfermedad, discapacidad funcional y en muchos casos, la imposibilidad de cura.

Los factores de riesgo se han convertido en uno de los aspectos claves para los países respecto a la definición de políticas, actividades, procedimientos y medicamentos destinados a la atención en salud por las nuevas necesidades que se han venido gestando, principalmente por efectos del fenómeno de transición demográfica.

Las enfermedades crónicas pueden estar conceptualizadas dentro de un sinnúmero de factores causales, factores proximales (directos) o distales (indirectos); el resultado de una enfermedad crónica puede estar relacionado con una serie de factores de riesgo que interactúan de diferentes maneras. A su vez, un factor de riesgo puede estar generando múltiples efectos a nivel crónico con lo cual se obtienen resultados negativos sobre la salud en general.

El Análisis de la Situación de Salud para Colombia (2013) señala que entre 2009 y 2012 la causa principal de atención en los servicios de salud en hombres y mujeres de 60 años de edad o más han sido las enfermedades no transmisibles, conocidas también como enfermedades crónicas, como se muestra en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Proporción de adultos mayores atendidos por causa de morbilidad y sexo

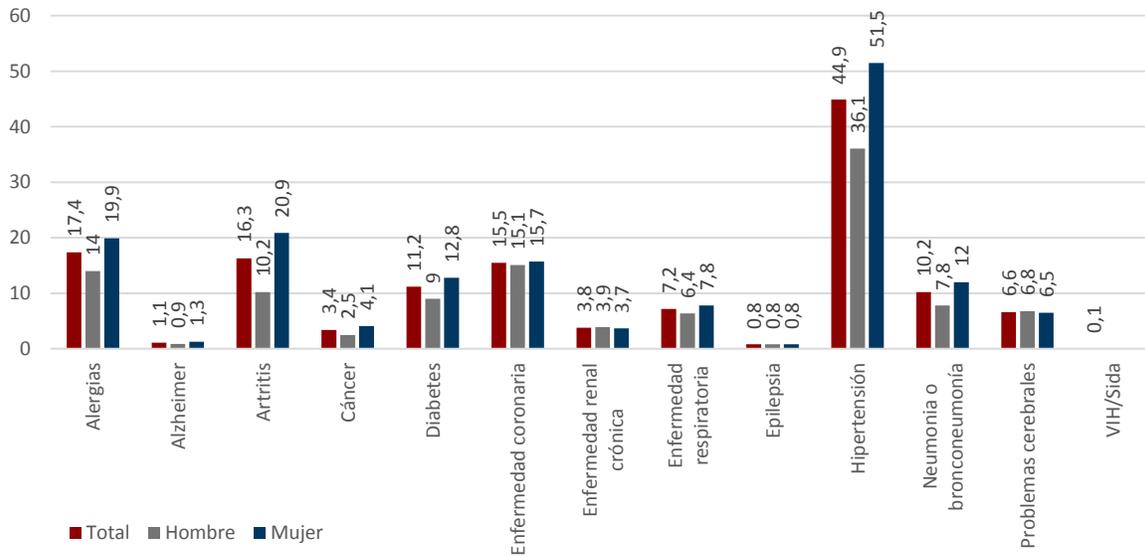
Gran causa de morbilidad	Hombres				Mujeres				Total			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Condiciones transmisibles y nutricionales	13,32	12,23	11,48	11,01	14,43	13,27	12,81	12,3	13,98	12,85	12,27	11,78
Condiciones maternas	-	-	-	-	0,11	0,08	0,08	0	0,07	0,06	0,05	0
Enfermedades no transmisibles	63,28	65,4	66,05	65,6	62,08	64,62	64,9	64,44	62,56	64,92	65,36	64,91
Lesiones	6,81	6,26	6,32	6,76	6,43	5,87	6,02	6,52	6,58	6,02	6,14	6,62
Condiciones mal clasificadas	16,59	16,11	16,15	16,62	16,95	16,16	16,2	16,74	16,8	16,14	16,18	16,7

Fuente: Adaptado de ASIS 2013 - MSPS. Página 150.

Según la ENDS (2010), la enfermedad más diagnosticada alguna vez en los adultos mayores de 60 años o más era la hipertensión arterial, con una prevalencia del 45% (Gráfico 8). Por sexo, son mayores las prevalencias de enfermedades en las mujeres, además de la hipertensión, se encuentra la artritis, alergias, diabetes, neumonía, cáncer,

entre otras. Enfermedades como el Alzheimer, enfermedades coronarias y renal crónica, epilepsia y problemas cerebrales afectaban en proporciones similares tanto a hombres como a mujeres (Gráfico 8).

Gráfico 8. Porcentaje de adultos mayores a quienes alguna vez les diagnosticaron enfermedades específicas. Total nacional y por sexo. 2009-2010

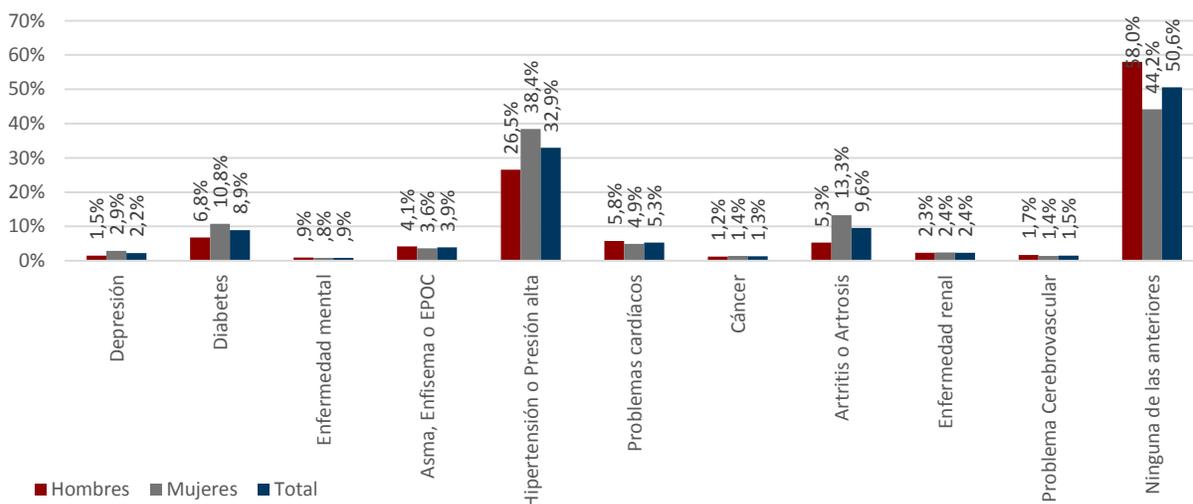


Fuente: ENDS, 2010. Cuadro 17.15.1

La Encuesta Longitudinal de la Protección Social (ELPS, 2012) muestra que la hipertensión o presión alta sigue siendo la enfermedad de mayor diagnóstico entre esta población (33%), seguida de la artritis o artrosis (10%) y diabetes (9%). Por el contrario, menos del 1% de los adultos mayores ha sido diagnosticado con alguna enfermedad mental. En el caso del VIH SIDA, no se encontraron casos dentro de la muestra de la ELPS 2012. Sin embargo, esto no significa que no se presenten

casos dentro de esta población. Por sexo, siguen siendo mayores las prevalencias de enfermedades en las mujeres a excepción del asma y los problemas cardíacos, donde se observa un mayor porcentaje de hombres diagnosticados con estas enfermedades (Gráfico 9).

Gráfico 9. Porcentaje de población de 60 años o más por enfermedades diagnosticadas y sexo



Fuente: ELPS 2012. Cálculos DNP-SS

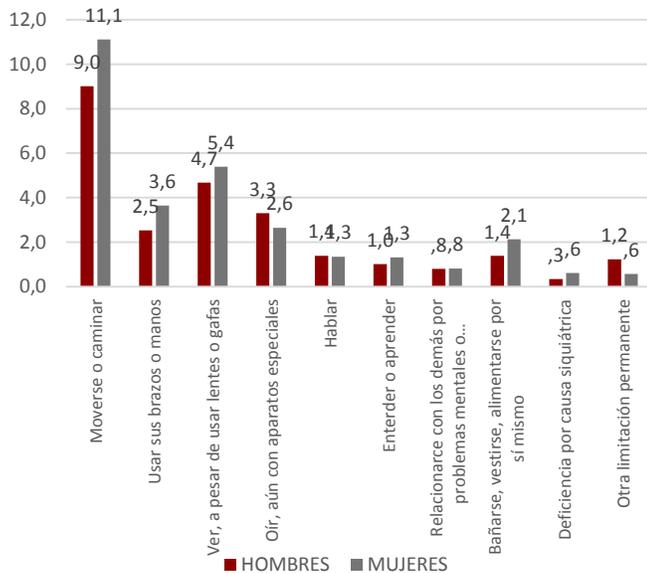
La Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social (CONPES 166 de 2013) define la discapacidad como “aquellas personas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, a largo plazo, que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”⁷. Al indagar por discapacidad en la población adulta mayor, el 18,6% presenta algún tipo de discapacidad o limitación permanente. Tanto en hombres como en mujeres son mayores las limitaciones para moverse o caminar y para ver aun usando lentes o gafas (ELSP, 2012) (Gráfico 10).

Si bien las encuestas son útiles para obtener datos sobre discapacidad, en Colombia la principal fuente de información sobre la prevalencia de la discapacidad corresponde sin lugar a dudas a los censos de población (CONPES 166 de 2013). Hasta la Ronda del 2000, Colombia identificó 2.624.898 personas con algún tipo de limitación permanente equivalente a una tasa de prevalencia del 6,3%, la más alta entre los países de América Latina y el Caribe. Para la Ronda del 2010, la medición mejora sustancialmente logrando superar el 10% en países como Argentina, Costa Rica, Paraguay, Uruguay, Belice y Suriname y un 23.9% en Brasil.

⁷ Cabe resaltar que una persona puede presentar más de una alteración permanente, por lo que la suma de los porcentajes no necesariamente es 100%.

En promedio según la CEPAL, la tasa de prevalencia de la discapacidad para los países de la región podría estar alrededor del 12.5%, proporción que se incrementa notoriamente debido al proceso de envejecimiento y cambios en los estilos de vida (CEPAL, 2014).

Gráfico 10. Porcentaje de población de 60 años o más con limitaciones, por sexo

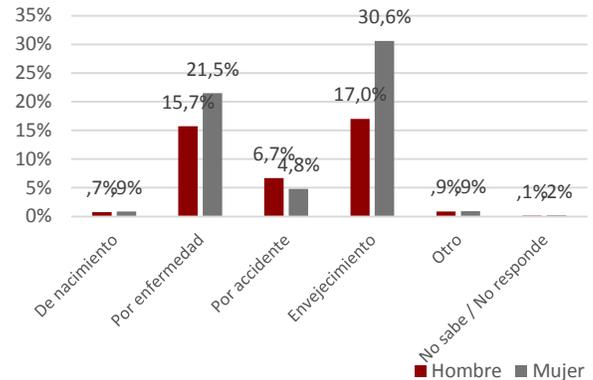


Fuente: ELPS 2012. Cálculos DNP-SS

En general, el envejecimiento y las enfermedades son las principales causas de limitaciones permanentes o discapacidad en la población adulta mayor. Estas mismas causas se presentan en mayor porcentaje en mujeres, mientras un mayor porcentaje de hombres adquieren discapacidad por accidentes (Gráfico 11).

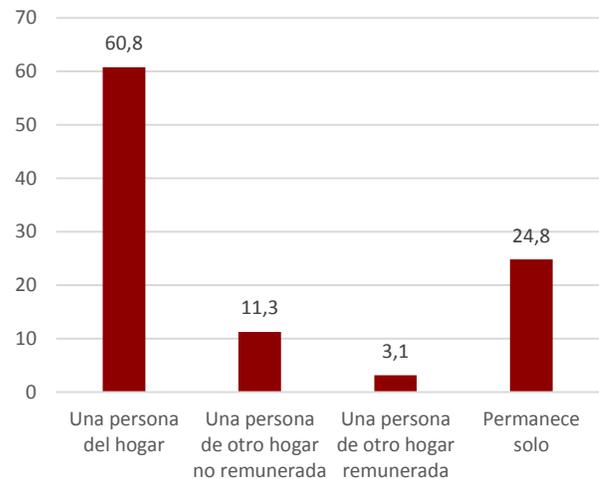
En cuanto al cuidado de los adultos mayores con limitaciones permanentes, en su mayoría son las personas del hogar las que se encargan de proveerlo (61%), mientras que las personas de otros hogares representan los menores porcentajes de provisión de cuidado remunerado y no remunerado (14%) (Gráfico 12). Sin embargo, alrededor de un 25% de los adultos mayores permanecen solos. Se observa que el cuidado como actividad remunerada es la menos demandada por esta población.

Gráfico 11. Porcentaje de población de 60 años o más con limitaciones por origen de la limitación



Fuente: ELPS 2012. Cálculos DNP-SS

Gráfico 12. Distribución porcentual de la población de 60 años o más con limitaciones permanentes por tipo de cuidador



Fuente: ELPS 2012. Cálculos DNP-SS

En resumen, se puede decir que los adultos mayores presentan una alta cobertura en salud y están satisfechos con su estado de salud y con la calidad del servicio. No obstante, existe un porcentaje importante que por prevención no consulta al médico u odontólogo en el año, además de ser la población que menos practica actividades físicas. Adicionalmente, las enfermedades no transmisibles, o crónicas, son las más diagnosticadas, entre ellas la hipertensión, a su

vez, las principales causas de discapacidad adquirida son envejecimiento y enfermedad. Llama la atención el porcentaje de adultos mayores que permanecen solos sin ningún tipo de cuidado, por lo que las políticas públicas deberían plantearse en función de estas realidades.

Análisis del gasto en salud destinado a la población adulta mayor

Para analizar el gasto en salud de la población colombiana se cuenta con información de dos fuentes: por un lado, se tiene información de carácter demográfico, proyecciones de crecimiento poblacional, tasas de mortalidad y fecundidad. Por otro lado, se tiene información de prestación de servicios de salud, más específicamente la información del Registro Individual de Prestación de Atenciones en Salud y la Base de Datos de Suficiencia. Estas bases de datos de prestaciones de servicios de salud permiten a nivel de individuo observar el gasto en cada una de las atenciones de salud demandas durante un año.

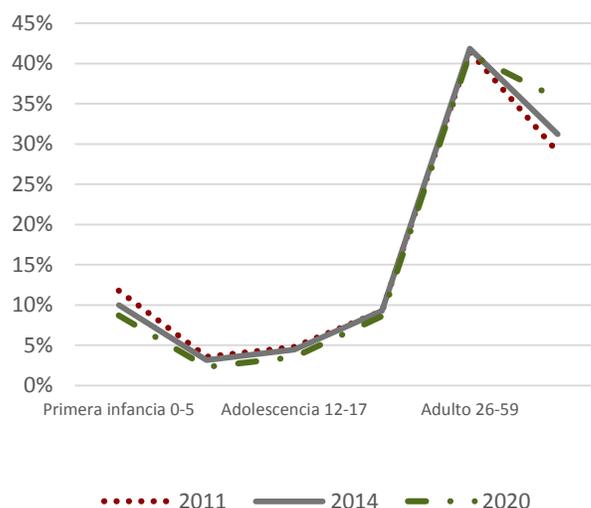
El Modelo DNP Salud (DNP, 2015), es un modelo de cohortes que haciendo uso de la información de prestaciones de servicios de salud e información de carácter demográfico, agrupa a la población afiliada al SGSSS por edades simples, asocia un costo y un promedio de uso de los servicios de salud (a partir de la información de prestaciones de servicios) y a partir de estas variables proyecta el gasto del sistema. Este modelo es de carácter recursivo y por su nivel de detalle permite realizar diferentes ejercicios de simulación de escenarios de cambios en los parámetros de política y evolución de la población colombiana.

Para analizar el gasto destinado a la población adulta mayor, el Modelo DNP Salud divide a la población colombiana en seis grupos de acuerdo al curso de vida. Estos grupos son: Primera infancia (de 0 a 5 años), Infancia (de 6 a 11 años), Adolescencia (de 12 a 17 años), Juventud (de 18 a 25 años), Adulto (de 26 a 59 años) y Persona Mayor (a partir de los 60 años). Con base en estos grupos, el Modelo realiza proyecciones de gasto en el mediano plazo de 2011 a 2020, cuyos

principales resultados se presentan a continuación.

El Gráfico 13 muestra el comportamiento del gasto en salud agrupado por curso de vida para el total del sistema. Se observa que la mayor proporción del gasto en salud se concentra en el grupo de personas Adultas (de 26 a 59 años de edad). Con el paso del tiempo, y con el proceso de envejecimiento de la población, se espera que la participación del gasto en prestación de servicios de salud para las adultos mayores (de 60 años o más) crezca respecto al total del gasto en salud, pasando del 29% en 2011 (año observado del modelo) a 35,6% en 2020.

Gráfico 13. Participación del gasto en salud por ciclo de vida según Modelo DNP Salud



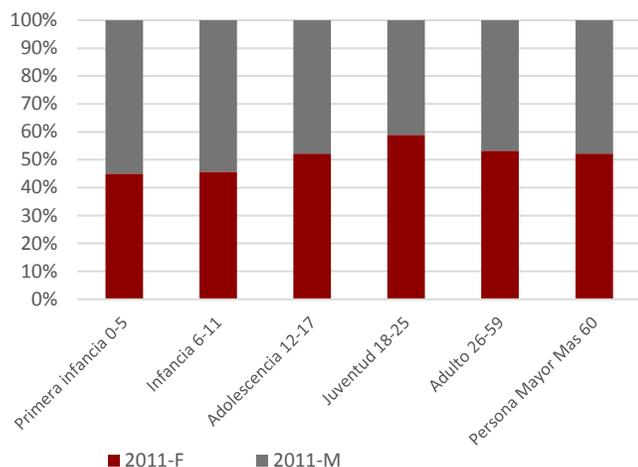
Fuente: MSPS - SISPRO. 2011. Proyecciones a partir del Modelo DNP Salud

El Gráfico 14 muestra la participación del gasto en prestación de servicios de salud por sexo para el 2011, año base de proyección. Se observa que para los grupos de edad menores a 12 años, la mayor proporción del gasto se destina a la atención de población masculina. Esto cambia para los grupos de edad mayores a 12 años, encontrando la diferencia más alta en el grupo de edad de jóvenes, en donde el 59% del gasto se destina a la atención de población femenina.

El gasto en salud masculino en menores de 12 años es superior al femenino, en tanto los nacimientos masculinos superan los femeninos en

número (en 2014, 20.434 más niños que niñas lo que equivale al 4,6% de los nacidos). Mientras que en la juventud, el gasto femenino es superior por las necesidades durante la etapa del periodo reproductivo.

Gráfico 14. Composición del gasto en salud por sexo 2011



Fuente: MSPS - SISPRO.

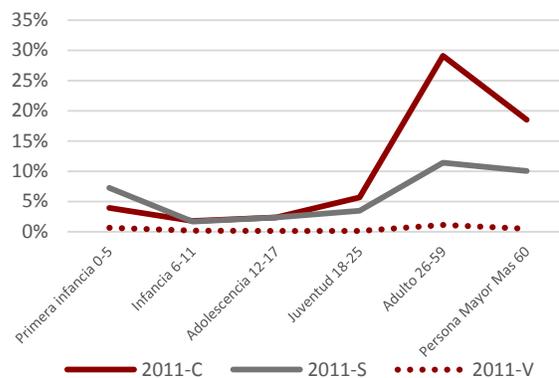
Los Gráficos 15 y 16 muestran la estructura del gasto en prestación de servicios de salud por régimen de afiliación para el año 2011 y la proyección del gasto en el año 2020. En general, se espera que tanto en el régimen subsidiado como en el régimen contributivo la participación del gasto del grupo de adultos mayores aumente.

El hecho de que los regímenes de afiliación a salud presenten una distribución etaria de la población muy diferente, se refleja en el mayor gasto en el grupo de adultos mayores en el régimen contributivo que en el régimen subsidiado.

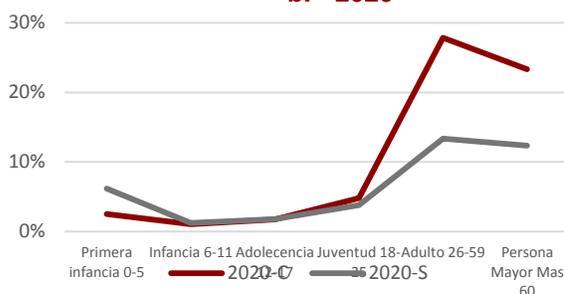
Lo anterior debido a que el régimen contributivo concentra más población adulta mayor, cuya demanda de servicios es más alta comparada con la población adolescente y joven, quienes se encuentran principalmente en el régimen subsidiado; en 2012 la participación de la población infantil y adolescente por régimen subsidiado y contributivo fue de 34% y 23% respectivamente.

Gráfico 15. Distribución del gasto en salud por régimen de afiliación

a. 2011



b. 2020



Fuente: MSPS - SISPRO. 2011. Proyecciones a partir del Modelo DNP Salud.

Teniendo en cuenta que el régimen subsidiado agrupa mayor proporción de población joven que el régimen contributivo se presentan diferencias significativas por régimen de afiliación a salud en cuanto a la importancia relativa del gasto destinado a las atenciones en salud de la población mayor a 60 años. Mientras que el régimen subsidiado destina tan solo el 10% del gasto total del sistema a la atención de esta población, el régimen contributivo gasta el 18.5% del total de sus recursos; como se mostró este fenómeno se explica por la estructura etaria disímil entre estos dos regímenes.

Las proyecciones de gasto indicarían que si bien el gasto destinado a la atención de las personas mayores de 60 años crecería con el paso del tiempo en ambos regímenes, seguiría el régimen contributivo destinando proporcionalmente mayor

cantidad de recursos para la atención de la población adulta mayor. En 2020 la diferencia entre las participaciones en el gasto total de los recursos destinados a la prestación de servicios de salud de personas mayores de 60 años entre ambos regímenes de afiliación a salud alcanzaría el 10% aproximadamente (12.3% en el régimen subsidiado y 23.3% en el régimen contributivo).

Conclusiones y recomendaciones

En general, en este artículo se evidencian coberturas casi universales en los servicios de salud en la población adulta mayor y una percepción de la calidad de los servicios así como del estado de salud muy buena o buena. Más de la mitad de esta población consulta al médico general y alrededor del 20% al médico y odontólogo. No obstante, se observó un bajo porcentaje en consultas de odontología por parte de la población adulta mayor, por lo que es necesario promover este tipo de consultas y un estado adecuado de la salud oral por su impacto en la ingesta de alimentos y en los niveles nutricionales de la población.

De igual forma, deben ser focalizados mayores esfuerzos por parte del sistema de salud y de la misma población para ampliar las coberturas de las citologías, mamografías y exámenes de próstata realizados a esta población dado que también presentaron bajos porcentajes. Esto es indispensable porque de realizarse en la población adulta promueven la detección temprana de cánceres y mejora el estado de salud en la vejez. Así mismo, se observó que en las mujeres entre 18 y 69 años presentaron los menores porcentajes de realización de citología vaginal y un poco menos de la mitad no se habían practicado autoexamen de seno.

La hipertensión sigue siendo la enfermedad más diagnosticada en la población adulta mayor de acuerdo con los datos de las encuestas de 2010 (ENDS) y 2012 (ELSP). Se requieren estrategias focalizadas en prevenir factores de riesgo en la población adulta.

El envejecimiento y la enfermedad son las principales causas de la discapacidad en la

población adulta mayor. Es necesario replantear o fortalecer las estrategias y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de estilos de vida saludable, no solo en la vejez sino en la adultez, y aún desde la juventud, para lograr estados de salud adecuados y prevenir y evitar las enfermedades asociadas al envejecimiento y su impacto en la discapacidad.

En cuanto al cuidado del adulto mayor, actualmente es el hogar quien lo provee principalmente. Se requiere un sistema que organice la provisión de cuidado y que lo formalice como actividad económica remunerada no informal. De esta forma, no solo los adultos mayores podrían verse beneficiados, sino las demás poblaciones dependientes (primera infancia, personas con discapacidad, personas enfermas, etc.).

Según datos de prestaciones individuales de servicios de salud y proyecciones realizadas a partir del proceso del envejecimiento población colombiana, para el año 2014 el gasto en salud destinado a la atención de personas mayores de 60 años representa el 29% del costo total del Sistema y éste aumentará al 35.6% en 2020.

Por su parte, el modelo DNP Salud evidencia el efecto del proceso de envejecimiento de la población en el gasto en salud. No solo se observa un aumento en el gasto en salud, sino que para el año 2020, más de la tercera parte del gasto en salud proviene de la población adulta mayor. Por otra parte, el aumento en el gasto en salud es mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado debido a un mayor envejecimiento de la población cubierta por éste régimen.

Autores

Carolina Suarez Vagas

Asesora Subdirección de Salud
lsuarez@dnp.gov.co

David Eduardo Gómez

Asesor Subdirección de Salud
degomez@dnp.gov.co

Karla Bibiana Mora Martínez

Asesora Subdirección de Salud
kmora@dnp.gov.co

Bibliografía

- Banco Mundial. Promoción de estilos de vida saludable en América Latina y el Caribe. María Eugenia Bonilla Chacín. Número 176. Mayo 2012. En: http://siteresources.worldbank.org/INTLAC/147256-1268173593354/23213433/EnBreve_176_Spanish_Web.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Informe del Grupo de tareas sobre Medición de la Discapacidad. CEA - XIII reunión del Comité Ejecutivo. 2014.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Encuesta de Calidad de Vida. 2014.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Departamento Nacional de Planeación. Encuesta Longitudinal de Protección Social. 2012.
- Departamento Nacional de Planeación. Modelo DNP Salud V-2.0. Robles, A., Rodríguez, A., Suarez C., Gómez, D. Archivos de Economía N° 435. 2015.
- Ley 1251 de 2008. Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.
- Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de la Situación de Salud – ASIS Colombia. 2013.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez, 2014. Segundo borrador para consulta y consolidación final, enero 2015.
- National Public Health Partnership. Preventing Chronic Disease. A strategic framework. Octubre. 2001.
- Organización Mundial de la Salud. Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. Roberto del Aguila. Chile. 2012. En: <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
- Profamilia. Serie de Estudios a profundidad. Envejecimiento y Vejez en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2013.
- World Health Organization WHO. 2015. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva No. 311. Enero (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>).

El uso del tiempo libre en el Adulto Mayor

“A cada periodo de la vida se le ha dado su propia inquietud: la inseguridad a la infancia, la impetuosidad a la juventud, la sensatez y la constancia a la edad media, la madurez a la ancianidad”
Cato maior, sive De senectute
Marco Tulio Cicerón

El ciclo de vida de las personas está marcado por diferentes etapas en las que se desarrollan ciertas actividades; así mismo, el tiempo destinado a cada una de estas depende de diversos factores, tales como la edad de dichas personas. De otra parte, las actividades que las personas desarrollan en su diario vivir dentro de una sociedad, determinan, en parte, el nivel de desarrollo de esta⁸, razón por la cual, el uso del tiempo se convierte en un indicador socioeconómico de gran importancia, al mismo tiempo que permite identificar aspectos de la vida de las personas, los cuales pueden estar asociados a su calidad de vida.

Una comprensión acerca de cómo las personas mayores disponen de su tiempo, resulta de suma importancia al momento de diseñar políticas y programas orientados a este grupo de población⁹. Por lo anterior, es importante conocer los diferentes aspectos relacionados con el uso del tiempo, en general, y, en particular, describir el uso del tiempo entre las personas mayores.

El uso del tiempo libre - ¿Qué es el tiempo libre?

El transcurrir de la vida de las personas se realiza básicamente entre dos tipos de actividades: las actividades relacionadas con el trabajo (remuneradas y no remuneradas) y las actividades personales. El uso del tiempo que las personas destinan a cada una de estas varía dependiendo de diversos factores, tales como la edad o la situación económica, entre otras.

De otra parte, el tiempo libre hace referencia al tiempo dedicado a actividades diferentes a las que se desarrollan dentro de la jornada laboral o trabajo formal, y hacen parte de las actividades personales. Se aplica al periodo de tiempo en el que las personas ejercen actividades recreativas, así como actividades que, aunque no sean laborales, requieren de la destinación de una porción del tiempo para su realización. Tiene como funciones básicas el desarrollo personal, el descanso y la diversión, y se encuentra asociado al tiempo para descansar del trabajo, generalmente, en actividades consideradas como más motivadoras y que, al mismo tiempo, brindan esparcimiento o placer.

Dentro de las actividades a que se hace referencia, se pueden mencionar las deportivas, las culturales, las asociadas al turismo, entre muchas otras, a las que se dedica gran parte del tiempo libre, llamado también tiempo de no trabajo, o tiempo de ocio. Aunque muchos consideran que el tiempo libre es un tiempo no productivo, llegando a valorarlo de

⁸ Al respecto, la CEPAL publicó en 2003 el artículo “Un acercamiento a las Encuestas sobre el Uso del Tiempo con orientación de género” de María José Araya, en el que menciona que: “El funcionamiento económico y social de nuestras sociedades y su eventual desarrollo depende directamente de las actividades que los individuos realicemos en nuestro diario vivir. Tanto hombres como mujeres distribuimos diferentemente nuestro tiempo según diversas actividades tales como trabajo remunerado, trabajo doméstico no remunerado, actividades recreativas y de cuidado personal, tiempos de ocio, pero con proporciones de tiempo asignadas a cada actividad absolutamente diferentes”.

⁹ El actual Plan Nacional de Desarrollo contempla en el capítulo de Movilidad Social, la estrategia de Consolidar la cobertura y el portafolio de servicios de atención al adulto mayor desprotegido.

una forma despectiva¹⁰, existen estudios que evidencian lo contrario:

El departamento de comercio de Estados Unidos incluye dentro del sector del ocio los gastos en electrónica para el hogar, radio y televisión, música, juguetes, jardinería, libros y revistas, y equipamiento para el ocio (barcos, bicicletas, etc.). En 2008 el gasto en consumo final de los hogares en % de su PIB en ocio y cultura supuso el 6,5% en EE.UU., el 5,2% en España y una media de un 5% para los países de la OCDE (González y Benavides, 2010)¹¹.

El consumo de las personas mayores en España aporta al conjunto de la economía nacional un 8,5% del PIB; el consumo de ocio de las personas mayores, asociado a la disponibilidad de tiempo libre, se traduce en una aportación económica del 0,90% en términos de PIB: su aportación del gasto en turismo es del 0,17% al producto nacional¹².

El término tiempo libre relativamente es nuevo en la medida en que las personas de generaciones anteriores, y de siglos pasados, dedicaban la mayor parte de su tiempo al trabajo. Hace un siglo, el tiempo libre era un tema de poco interés: *la idea de que los trabajadores tuvieran vacaciones provocaba hilaridad. Pocas de las organizaciones privadas que negocian con el ocio existían. En aquellos tiempos el hombre rural tenía los domingos para ir a eventos religiosos... Los pasatiempos rurales incluían reuniones comunitarias tales como desgranar el maíz, o el trabajo de ayuda mutua, tareas rurales que han sido sustituidas por diversiones urbanas tales como cine, radio o televisión*¹³.

Dadas las diferentes percepciones que las personas pueden tener sobre lo que puede ser divertido o satisfactorio, el uso del tiempo libre

implica una elección autónoma de quien dispone de él. Esto debe ser tenido en cuenta al momento de comparar y analizar la forma y el tiempo en que las personas ocupan su tiempo libre, en beneficio de su enriquecimiento personal y del disfrute de la vida en forma individual o colectiva.

La edad del envejecimiento... ¿desde cuándo?

Sobre el proceso de envejecimiento existen diferentes concepciones o teorías respecto del momento en que este empieza a manifestarse en la vida de las personas. La mayoría están de acuerdo en que este es un proceso continuo que inicia desde el mismo nacimiento y que, por tal razón, el estilo o las condiciones de vida en una etapa de la vida misma, llegan a determinar las subsiguientes etapas.

Pero, si bien es cierto que la vejez del ser humano es el resultado de las experiencias, cuidados y hábitos que se hayan tenido en el desarrollo de su ciclo vital, no podemos llegar a concluir que el proceso de envejecimiento inicia desde el mismo nacimiento.

En tal sentido, existen afirmaciones que merecen ser revisadas toda vez que, desde la misma teoría del ciclo vital, algunos autores se contradicen en este postulado:

Biológicamente, los humanos comienzan a envejecer desde su nacimiento, pero con ritmos diferentes ... existen diferentes explicaciones del envejecimiento, que coinciden todas en aceptar la presencia de una pérdida progresiva y uniforme del estado óptimo de salud y del vigor, que afecta la mayoría de las funciones fisiológicas,

10 Por mucho tiempo se consideró el ocio como nocivo; se le juzgaba improductivo porque el tiempo para el ocio era un tiempo que se le restaba a la producción: desviaba una parte de la fuerza de trabajo hacia actividades que no contribuían al desarrollo económico, el ocio incitaba al consumo, era fuente de excesos y derroche; se oponía al ahorro necesario para la acumulación de capital e impedía el crecimiento del proceso de producción. Su función era antieconómica, esta concepción se tenía por los economistas del

siglo XIX, comprensible en esa época en la que se trataba de crear un potencial productivo inexistente.

11 Marta Álvarez Alday. Asunción Fernández-Villarán Ara. Impacto económico del ocio en el siglo XXI. Universidad de Deusto – Bilbao.

12 Ministerio de Educación, Política social y Deporte. España. Economía y Personas Mayores. 2008

13 Guillermo Miranda Román. El tiempo libre y ocio reivindicado por los trabajadores. Universidad Autónoma del Estado de México. México 2006.

cognoscitivas, emocionales y del comportamiento¹⁴.

Así, la contradicción a la que se hace referencia es que el envejecimiento no se podría dar antes de lograr un *estado óptimo de salud y del vigor*. Lograr dicho estado implica haber pasado por diferentes etapas, como la infancia y la adolescencia, desarrollando las herramientas y capacidades suficientes para afrontar el resto de nuestras vidas. El crecimiento, también conocido como una etapa de formación, inicia realmente desde el nacimiento y dura aproximadamente hasta los 25 – 30 años, momento en que posiblemente nos encontremos en ese estado óptimo.

Adicionalmente, no todas las personas abordan a la misma edad las diferentes etapas de su respectivo ciclo de vida, es decir, las personas llegan o pasan por cada una de estas etapas a una edad cronológica¹⁵ diferente.

Bajo los anteriores argumentos, establecer el momento en que las personas llegan a la vejez no es fácil por cuanto no existe una única edad para determinarla¹⁶: son diferentes la edad cronológica (número de años que en algún momento de la vida tiene una persona); la edad corporal (determinada por el proceso biológico) y la edad social, la cual es establecida por la sociedad¹⁷. A esta última, se hace referencia, dentro del modelo de la productividad, al momento del retiro o la jubilación, momento definido más por factores económicos que por la edad.

Así las cosas, es difícil comprender que empecemos a envejecer en el mismo momento en que estamos creciendo y formándonos. Al respecto, el doctor Francesc Formiga, director del programa de envejecimiento del Hospital Universitario de Bellvitge, de la Universidad de Barcelona, sostiene que empezamos a envejecer,

aproximadamente, a partir de los treinta años, momento en que la masa ósea ya no aumenta:

“... Hay gente que cree que envejecemos desde que nacemos, pero yo entiendo el envejecimiento como el proceso en que la mayoría de funciones empiezan a menguar más que a crecer: tenemos menos neuronas, menos nefronas, menos fuerza muscular, etc.”

Otro estudio, elaborado por Universidad de Duke en Estados Unidos, que analiza la edad biológica de las personas, concluyó que el envejecimiento de las personas comienza a mediados de los 20 años¹⁸.

Al parecer, las afirmaciones de Formiga como los resultados del estudio de la Universidad de Duke, estarían coincidiendo en que el estado óptimo de salud y vigor se logra entre los 25 y 30 años, momento a partir del cual, parece, empezamos a envejecer.

Un breve recuento de las políticas orientadas al adulto mayor

Las políticas de atención al adulto mayor se han promovido desde diferentes conceptos y términos. Es así como las primeras iniciativas legislativas en Colombia se desarrollaron bajo el término de *ancianos*, término que después fue remplazado por el de *adulto mayor* y, este, a su vez, por el de *tercera edad*.

La evolución en la forma de referirse a esta población evidencia avances de políticas en términos más incluyentes: el primer término al que se hace referencia – anciano - ha tenido connotaciones excluyentes, discriminatorias y que subvaloran a esta población; en este caso, se alude a la discriminación por edad, conocida como “viejismo”, donde el viejo es una persona disfuncional que ya no hace parte de la vida activa y productiva al desvincularse del mercado del

14 Concepción de vejez: entre la biología y la cultura. Revista Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 13, núm. 2, julio-diciembre, 2011, pp. 89-100 Pontificia Universidad Javeriana.

15 La edad cronológica hace referencia al número de años que en algún momento de la vida tiene una persona.

16 Al respecto, se cita el artículo 7° de la Ley 1276 de 2009, en el que se define al Adulto Mayor como aquella persona que cuenta con 60

años de edad o más. Sin embargo, en el mismo artículo se precisa que “una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen”.

17 Lozano Poveda, Diana. Concepción de vejez: entre la biología y la cultura. 2011

18 Revista de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos (PNAS).

trabajo. Esta connotación se ha construido y legitimado social y políticamente, particularmente, al momento de definir criterios y lineamientos de políticas sobre jubilación y régimen pensional.

Aunque han sido diferentes las formas en que se ha referido a esta población, la mayoría de normas expedidas presentan similitud en cuanto sus objetivos y alcances, las cuales han estado orientadas básicamente al acceso a salud, seguridad social y subsidios alimentarios para esta población.

Ejemplo de lo anterior fue el Primer Seminario Nacional sobre el Anciano, en 1973, en el que abordaron contenidos relacionados con la asistencia social y su respectiva institucionalidad. Asimismo, la Ley 29 de 1975, Ley de Protección a la Ancianidad Desprotegida, ordena prestar servicios de albergue, vestuario, alimentación y atención médica a los ancianos, refiriéndose a ellos como personas mayores de 60 años. Esta ley es reglamentada por el Decreto 2011 en el que, además de los servicios ordenados en la mencionada Ley, se incluye el servicio de recreación.

Bajo el término de tercera edad, la Constitución Política de 1991 (Artículo 46) ordena que “El Estado garantizará a las personas de la tercera edad los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”. Dos años más tarde (1993), la Consejería Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia dicta la Política para la población de tercera edad.

Las políticas mencionadas hasta el momento, como se mencionó anteriormente, buscaban brindar mayor acceso a los servicios básicos de salud y seguridad social; sin embargo, en ninguna de ellas se tiene en cuenta el proceso de envejecimiento de las personas, ni el desarrollo de capacidades necesarias o herramientas que les permitiera afrontar o disminuir los riesgos propios de esta etapa de la vida.

Son contadas las normas sobre envejecimiento y vejez que se formulan bajo la perspectiva de que la salud y el bienestar de las personas mayores dependen de la calidad de vida que se lleve desde

el nacimiento. Este precepto tiene sus inicios en la Roma antes de Cristo, cuando Marco Tulio Cicerón, en su obra *Cato maior, sive De senectute*, (Catón el Viejo, o Sobre la vejez) manifestó que:

... los fundamentos de una vejez suave y feliz se han de echar muy de antemano... en la mocedad...

Este criterio, en Colombia es tenido en cuenta, por primera vez, en la formulación del documento Conpes 2793 de 1995, en el que se definen los lineamientos de la política relativa a la atención al envejecimiento y a la vejez de la población colombiana, y en especial a las necesidades de las personas de mayor edad. En concordancia con lo manifestado por Cicerón, el documento plantea que la política social debe ocuparse de la preparación de la población para las etapas subsiguientes de la vida. De esta forma, uno de sus objetivos propuestos es el de “*mejorar las condiciones de vida de toda la población, independientemente de su edad, sexo o etnia, con el fin de que vivan un proceso de envejecimiento saludable*”.

Dicho documento además introduce el concepto de *tiempo libre*. De esta forma, uno de los programas propuestos, en cabeza de Coldeportes, fue el de Recreación, Cultura y Educación, el cual tenía como objetivo promover una mayor participación de las personas de edad en actividades que permitieran una utilización creativa del tiempo libre. De igual forma, se encargaba a Colcultura organizar actividades con y para las personas mayores, con el fin de promover la sabiduría y el conocimiento de los viejos entre las generaciones más jóvenes.

Por su parte, la Política Nacional de Envejecimiento y vejez 2007 – 2019, diseñada por el Ministerio de la Protección Social, aunque explícitamente no hacía referencia al uso del tiempo libre, proponía el fomento a la actividad física en todas las etapas del ciclo de vida. En este caso, le correspondía al Ministerio de Educación Nacional... “*promover el deporte y la participación de las personas mayores en competencias deportivas*”. De igual forma, le correspondía al Ministerio de Cultura, crear espacios que permitieran fomentar actividades culturales,

recreativas y artísticas con carácter de gratuidad para las personas mayores. De esta política se debe llamar la atención que, aunque proponía el desarrollo de acciones en todas las etapas del ciclo de vida, el desarrollo de estas se focalizan finalmente en las personas mayores.

Otra Ley que hace referencia a la inclusión de actividades asociadas al tiempo libre, como estrategia de atención a la población mayor, es la Ley 1251 de 2008. Esta Ley proponía el otorgamiento de subsidios, por parte de la Nación y sus entidades territoriales, dando prioridad a los adultos mayores, con el fin de que accedieran a programas sociales de recreación y deporte, entre otros; adicionalmente, se daban orientaciones para desarrollar propuestas para el acceso del adulto mayor a las actividades culturales tanto de creación como de apropiación de la cultura.

El uso del tiempo libre según el ciclo de vida

La ENUT (2012-2013)¹⁹ permite reconstruir el uso del tiempo en dos grandes grupos: i) las actividades de trabajo²⁰ y ii) las actividades personales²¹. Dado que el interés de este documento es el uso del tiempo libre en los adultos mayores, veremos, en primer lugar, su comportamiento dentro del grupo de las actividades personales. Vale la pena recordar la descripción ya hecha en el primer apartado de este documento. En tal sentido, podemos clasificar las actividades personales en dos grupos: las de tiempo libre²² y, las llamadas otras actividades²³. A las primeras, el total de la población le destina el

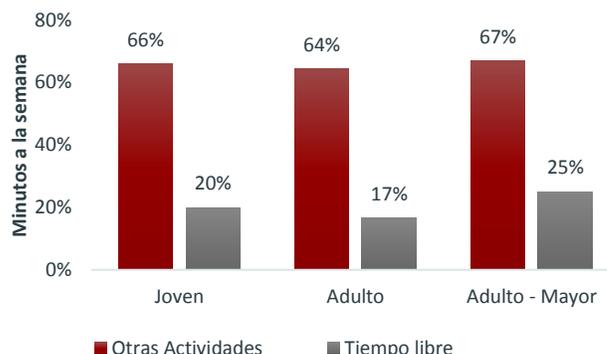
¹⁹ Encuesta Nacional de Uso del Tiempo – ENUT 2012 - 2013. DANE

²⁰ En el marco del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN), las actividades de trabajo se separan en dos grandes grupos: i) el trabajo incluido en la frontera de producción del SCN, entendido como toda actividad que puede delegarse en otra persona y da lugar a un producto, sea un bien o un servicio, y ii) el trabajo por fuera de dicha frontera, tales como el trabajo doméstico y de cuidados, que no es remunerado ya que las personas no perciben ingreso por estas actividades. A las actividades de trabajo, el total de la población le destina el 14% de su tiempo.

²¹ Del grupo de actividades personales hacen parte las de cuidado personal, vida social, actividades de educación, uso de medios de

20% de su tiempo, mientras que a otras actividades²⁴ se le destina el 66% en promedio (Gráfica 1).

Gráfica 1. Tiempo dedicado a Actividades personales por etapa del ciclo de vida



Fuente: DANE - ENUT 2012 – 2013. Cálculos propios

A medida que aumenta la edad, tanto hombres como mujeres, jóvenes y adultos, reducen su tiempo promedio diario dedicado a las actividades de tiempo libre, lo que podría estar relacionado con una mayor actividad productiva, laboralmente, en estas etapas de la vida (jóvenes y adultos) (Gráfica 2).

Por el contrario, este tiempo en los Adultos mayores se incrementa en 52 minutos respecto del tiempo que le destinan los Adultos, pasando de 225 a 277 minutos a la semana. Este incremento tendría explicación con la edad de jubilación y retiro de las actividades laborales. Los adolescentes y adultos mayores presentan similar dedicación al uso tiempo en estas actividades.

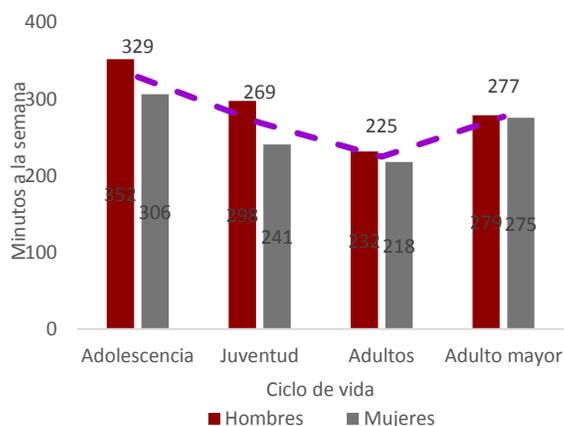
comunicación, vida religiosa y vida cultural aficiones y deporte, entre otras.

²² i) Uso medios de comunicación; ii) Vida cultural, aficiones y deporte; iii) Vida religiosa; y iv) Vida social.

²³ En el grupo de Otras actividades se incluyen las de cuidado propio, cuidado de la casa, cuidado a miembros del hogar, compras y actividades de voluntariado.

²⁴ Se debe tener en cuenta que dentro del grupo de Otras actividades se encuentran las relacionadas con el cuidado propio, cuidado de la casa, cuidado a miembros del hogar, compras y voluntariado. El tiempo que los Adultos mayores le destinan a la semana, en promedio, es de aproximadamente 16 horas.

Gráfica 2. Tiempo dedicado en Actividades de Tiempo Libre por etapa. Minutos a la semana por género



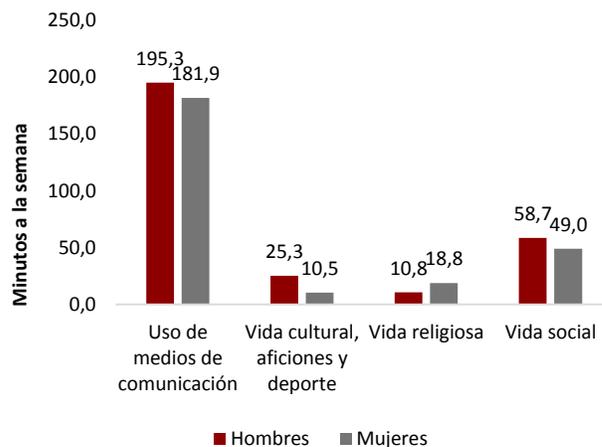
Fuente: DANE - ENUT 2012 – 2013. Cálculos propios

Los hombres, en todas las etapas de la vida, destinan una mayor porción de tiempo que las mujeres a este tipo de actividades²⁵. La mayor diferencia de tiempo se presenta en la juventud – entre los 18 y 28 años -, momento en que los hombres le destinan 57 minutos más que las mujeres; las diferencias de tiempo, entre hombres y mujeres, se reducen entre los adultos a 14 minutos y, entre los adultos mayores a 4 minutos.

Al desagregar este tiempo entre los diferentes grupos de actividades relacionadas con el tiempo libre (uso de medios de comunicación; vida cultural, aficiones y deporte; vida religiosa y; vida social), vemos que los hombres le dedican mayor tiempo a estas, excepto a las actividades religiosas (Gráfica 3).

²⁵ Una posible explicación a este comportamiento podría ser la doble jornada de la mujer: laboral y doméstica. Sin embargo, al estimar los promedios de tiempo dedicados a ambas actividades (laboral y doméstica), tanto por hombres como por mujeres, se encuentra que los hombres destinan mayor tiempo a las actividades de ocio, aun comparando entre hombres y mujeres que reportan el desarrollo de una sola actividad, como entre hombres y mujeres que reportan el desarrollo de las dos actividades. Al respecto, en Perú se aplicó en 2010 la I Encuesta Nacional de Uso del Tiempo, ENUT 2010; el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social publicó el documento

Gráfica 3. Promedio de minutos semanales por actividad, según sexo



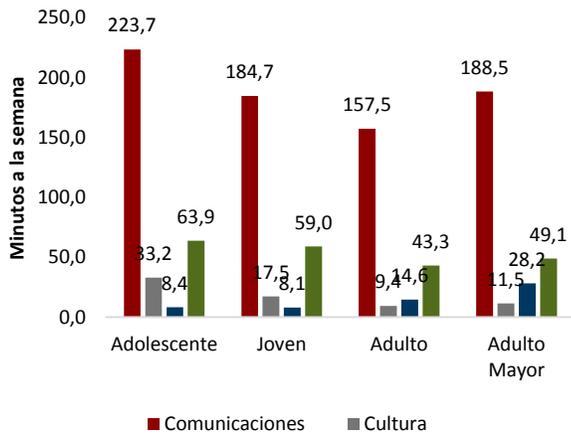
Fuente: DANE - ENUT 2012 – 2013. Cálculos propios

La mayor diferencia, tanto absoluta como relativa, se presenta en las actividades relacionadas con la vida cultural, aficiones y deporte, en la que los hombres le dedican 15 minutos más en promedio a la semana. En las actividades relacionadas con el uso de medios de comunicación, los hombres dedican 13.3 minutos más que las mujeres. Por el contrario, las mujeres dedican 8 minutos más en promedio a la semana a actividades religiosas.

La actividad a la que mayor tiempo dedican las personas, en todos los rangos de edad, es al uso de medios de comunicación y, en segundo lugar, a desarrollar actividades relacionadas con la vida social (Gráfica 4). Las actividades relacionadas con vida cultural, aficiones y deporte, son priorizadas en tercer lugar por el grupo de adolescentes y jóvenes; actividad que pasa a un cuarto lugar entre los adultos y adultos mayores.

Brechas de género en el uso del tiempo, en el que al respecto se menciona... los hombres dedican más tiempo que las mujeres a leer, salir a la calle, practicar deportes o descansar sin hacer nada. Ellos diversifican el uso de su tiempo libre con mayor facilidad porque tienen más tiempo disponible, generalmente manejan su propio dinero, y se les concede mayor autonomía para socializar fuera del hogar y/o el barrio.

Grafica 4. Promedio de minutos semanales por actividad, por ciclo de vida

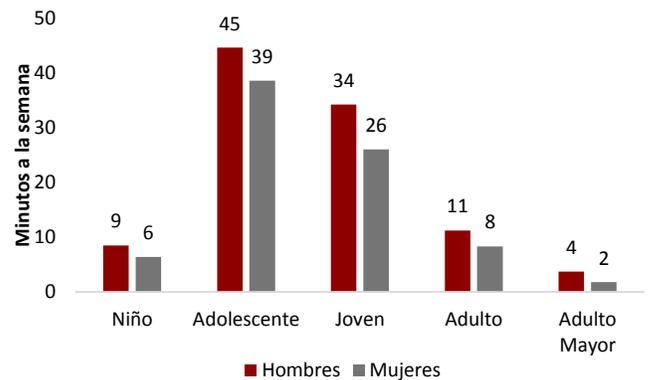


Fuente: DANE - ENUT 2012 – 2013. Cálculos propios

Dentro del grupo de actividades relacionadas con el uso de medios de comunicación se incluyen actividades como: i) Ver televisión, videos o películas en dvd, blue-ray o computador, sin hacer otra actividad; ii) Escuchar música, bajar música por internet o escuchar la radio, sin hacer otra actividad; iii) Navegar por internet con fines recreativos, chatear, jugar con el computador o con una consola de videojuegos, sin hacer otra actividad; iv) Hablar por teléfono sin hacer otra actividad; v) Leer libros, revistas, periódicos.

Al desagregar por este tipo de actividades se aprecian diferencias importantes entre los diferentes grupos de edad (Gráfica 5). El uso del Internet tiene mayor tiempo de dedicación entre los adolescentes y los jóvenes, quienes le dedican 42 y 30 minutos en promedio, respectivamente. Por su parte, los Adultos mayores dedican a esta actividad solamente 3 minutos en promedio, lo cual podría estar relacionado con una posible brecha digital asociada a las brechas generacionales²⁶.

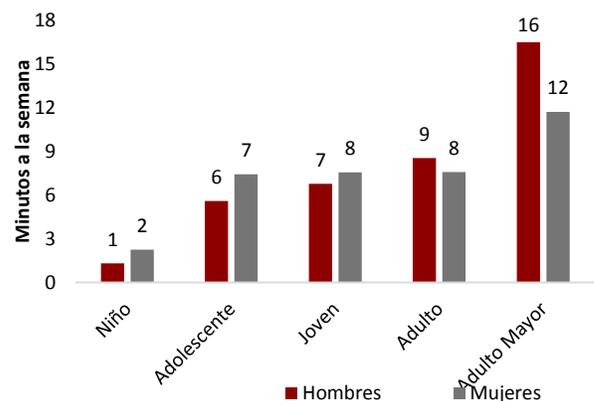
Grafica 5. Tiempo promedio en el Uso de Internet, por Grupos de edad y sexo



Fuente: DANE - ENUT 2012 – 2013. Cálculos propios

Sin embargo, en actividades de lectura (leer libros, revistas, periódicos, etc.), entre los diferentes grupos de edad se evidencia un comportamiento contrario al del uso de Internet: los adultos mayores duplican en promedio (14 minutos) el tiempo que adolescentes y jóvenes (7 minutos) dedican a esta actividad (Gráfica 6). Dentro del grupo de Adultos mayores, los hombres dedican a la lectura 4 minutos más, en promedio, que las mujeres. A pesar de que los adultos mayores dedican más tiempo a la lectura se debe advertir que el promedio de tiempo del total de la población es tan solo de 16 minutos a la semana.

Grafica 6. Tiempo promedio destinado a la Lectura, por Grupos de edad y Género

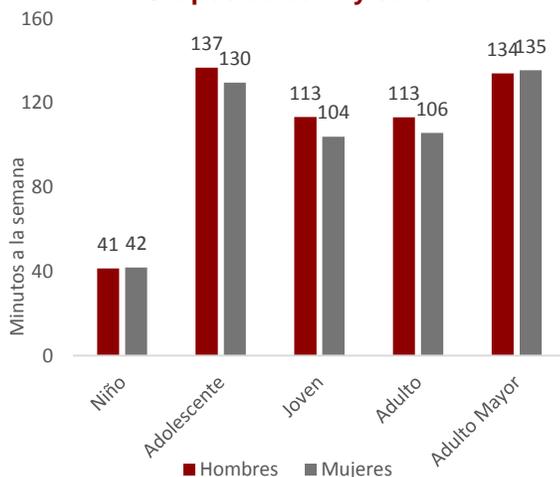


Fuente: DANE - ENUT 2012 – 2013. Cálculos propios

²⁶ El dominio en la utilización de las TIC se halla condicionado por variables tales como el conocimiento, o no, de la lengua de signos; la edad y la condición de nativo o no nativo digital.

La actividad a la que en promedio el total de la población dedica mayor tiempo es a Ver Televisión (106 minutos). El grupo de Adolescentes (133 minutos) y el de Adultos mayores (135 minutos) tienen un comportamiento similar frente a dicha actividad (Gráfica 7).

Grafica 7. Tiempo promedio en Ver Televisión, por Grupos de edad y sexo



Fuente: DANE - ENUT 2012 – 2013. Cálculos propios

Conclusiones y recomendaciones

Dados los resultados que la ENUT arroja en cuanto el tiempo destinado al uso de Internet, y al tiempo dedicado a la lectura (gráficos 5 y 6), se propone desarrollar estrategias orientadas a que, por un lado, se reduzca la brecha digital asociada a las brechas generacionales, creando oportunidades de formación en TIC's a la población adulta y adulta mayor. En el mismo sentido, se deben realizar mayores esfuerzos en la promoción, apoyo y fomento de la lectura, focalizando dichas estrategias en la población más joven, donde se encuentra que destinan menor tiempo a esta actividad.

Bibliografía

- Álvarez Alday, Marta. Asunción Fernández-Villarán Ara. Impacto económico del ocio en el siglo XXI. Universidad de Deusto – Bilbao. 2012.
- Araya, María José. "Un acercamiento a las Encuestas sobre el Uso del Tiempo con orientación de género". Revista de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos (PNAS). 2003.
- Cicerón, Marco Tulio. "De Senectute". P.M.T. Editorial Tal –Vez, "Colección Clásicos". Madrid. 2001.
- Dulcey-Ruiz, Elisa. Envejecimiento y vejez – Categorías conceptuales. Red Latinoamericana de Gerontología y Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano. Bogotá, Colombia. 2013
- Dulcey-Ruiz, Elisa. Envejecimiento y vejez – Categorías conceptuales. Red Latinoamericana de Gerontología y Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano. Bogotá, Colombia. 2013
- Elizalde, Rodrigo. «Resignificación del ocio», Polis [En línea], 25 | 2010, Publicado el 24 abril 2012, consultado el 02 noviembre 2015. URL: <http://polis.revues.org/642>; DOI: 10.4000/polis.642
- Encuesta Nacional de Uso del Tiempo – ENUT 2012 - 2013. DANE
- Lozano Poveda, Diana. Concepción de vejez: entre la biología y la cultura. Revista Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 13, núm. 2, julio-diciembre, 2011, pp. 89-100 Pontificia Universidad Javeriana.
- Ministerio de Educación, Política social y Deporte. España. Economía y Personas Mayores. 2008
- Miranda Román, Guillermo. El tiempo libre y ocio reivindicado por los trabajadores. Universidad Autónoma del Estado de México. México 2006.
- Rodríguez Daza, Karen Dayana. Vejez y Envejecimiento. Documento de investigación N° 12. Grupo de investigación en actividad física y desarrollo humano. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario.
- Truchado, Elena del Barrio. Uso del tiempo entre las personas mayores. Observatorio de Personas Mayores. Portal Mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. España 2007
- Vera-Tudela, David Traverso; Cárdenas García-Santillán, María Kathia. El adulto mayor y su contribución a la economía familiar: una aproximación empírica para el Perú y un estudio de caso en San Juan de Miraflores.

Los adultos mayores en el hogar como proveedores y demandantes de cuidado

El número de personas de 60 años y más se ha incrementado considerablemente en Colombia, en 1973 esta población representaba el 5,0% de la población total y en 2005 representa el 9% (cifras de muestras censales 1973 y 2005 del DANE), y se espera que en 2020 este grupo poblacional constituya el 12,7% del total de la población (Cifra de proyecciones de población del DANE)²⁷. En este sentido, se presenta y presentará un importante incremento de requerimientos de cuidado hacia personas en edades avanzadas, donde la familia, la sociedad y el estado deben garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas mayores, especialmente de aquellas que han perdido la autonomía personal.

El crecimiento absoluto y relativo del grupo de personas de edad avanzada representa un importante reto para la sociedad en materia de demanda de cuidado. No obstante, este grupo etario no solo representa una carga en términos de cuidado para la sociedad, sino que puede tener una participación importante en la provisión de cuidado y generación de ingresos al interior de las familias. De esta manera, en muchos hogares, especialmente en los hogares multigeneracionales, se observa la presencia de personas de edad avanzada que tienen a cargo la realización de actividades de cuidado y trabajo doméstico no remunerado.

De este modo, en este documento se analiza el doble rol que tienen las personas de 60 años y más, es decir, como proveedores de cuidado y demandantes de cuidado. Dentro del análisis de provisión de cuidado se analiza cómo es la participación de la población de 60 años y más en actividades de trabajo y oficios del hogar, adicionalmente se analiza cómo es su participación en materia de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado (según información de la

Encuesta Nacional de Uso del Tiempo) y cómo es su aporte en términos de ingresos monetarios. Por el lado de la demanda de cuidado, se analiza qué parte de la población de edad avanzada tiene algún tipo de limitación, cómo afecta esta limitación y quién se ocupa de su cuidado.

La población adulta mayor como proveedores de cuidado

Las personas adultas mayores que pertenecen a hogares multigeneracionales no necesariamente son personas dependientes en materia de recibir cuidado (Metha y Thang, 2009). Las personas en edad avanzada también son proveedores de cuidado, especialmente ellas proveen cuidado a sus nietos o nietas que viven en el mismo hogar o en los hogares de sus hijos, mientras los padres de los menores están trabajando o estudiando. En otras palabras, los abuelos y abuelas tienen una participación destacada en la prestación de cuidado de menores y son apoyo fundamental para la empleabilidad de los padres (Statham, 2011).

²⁷ Para tener en cuenta un periodo de tiempo más amplio, Según datos de CELADE de la CEPAL, en 1950 la población de 60 y más años representaba el 5,3% de la población total y en 2015 representa el 10,2%, y se espera que en 2050 este grupo poblacional constituya el 22,9% del total de la población.

Con base en información de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) del DANE, (Ver Cuadro 1), se observa que las personas de 60 años y más tienen una participación importante en la actividad “realizar oficios del hogar”. Dentro de los hombres que realizan esta actividad, el 34,3% de ellos son personas de 60 años y más, de hecho, es el grupo donde se observa una mayor participación de los hombres respecto a los otros grupos etarios. De este modo, se podría decir que en el caso de los hombres, una vez culmina su participación en el mercado laboral, pasan a tener una importante contribución al hogar a través de la realización de oficios del hogar. Por el lado de las mujeres, el 21% de las mujeres que hacen oficios del hogar son mujeres de 60 y más años de edad, lo cual significa que las mujeres de edad avanzada son una fuente importante en la provisión de oficios del hogar.

A pesar de este resultado, es importante resaltar la importante brecha que existe en la distribución porcentual por género en oficios del hogar entre los

adultos mayores: las mujeres tienen la mayor carga de estas actividades, del total de personas de edad avanzada que realizan oficios del hogar 89,2% son mujeres y el 10,8% son hombres. Por otra parte, el 12,1% de los hombres, frente al 46,5% de las mujeres de la población adulta mayor, contribuyen en sus hogares a través de la realización de oficios del hogar.

Además de ser importantes proveedores de oficios del hogar, las personas de edad avanzada también participan en actividades de trabajo y por tanto también generan ingresos al hogar. Según el Cuadro 2, del grupo total de trabajadores hombres, el 9% son hombres de 60 años y más y dentro del grupo total de mujeres trabajadoras el 4,8% son mujeres de 60 años y más. En este sentido, las personas de edad avanzada no solo contribuyen en actividades de oficios del hogar sino también con trabajo en el mercado laboral.

Cuadro 1. Participación en actividades de oficios del hogar según grupos de edad y sexo.

Edad	Distribución de actividades de oficios del hogar, según grupos de edad por sexo		Distribución de actividades de oficios del hogar, según sexo por edad		porcentaje de personas que participa en actividades de oficios del hogar, según edad y sexo	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
De 10 - 14 años	12,5%	1,8%	45,3%	54,7%	5,7%	7,8%
De 15 - 17 años	12,3%	3,6%	29,2%	70,8%	9,1%	24,9%
De 18 - 24 años	15,1%	13,8%	11,7%	88,3%	5,8%	41,7%
De 25 - 44 años	13,1%	35,2%	4,3%	95,7%	2,2%	46,2%
De 45 - 59 años	12,7%	24,5%	5,9%	94,1%	6,2%	70,4%
De 60 y más años	34,3%	21,0%	16,5%	83,5%	12,1%	46,5%
Total	100,0%	100,0%	10,8%	89,2%	4,6%	37,1%

Fuente: Cálculos propios con base en ENUT

Es evidente la brecha de género que existe, dentro del total de la población de 60 y más años que se dedica a trabajar, el 78,3% son hombres y el 21,7% son mujeres, claramente se observa que la brecha es mayor con respecto a la población total, 66% y 34% para hombres y mujeres, respectivamente. Adicionalmente, al analizar la participación en actividades de trabajo, dentro del grupo de los hombres de edad avanzada, el 24% participan trabajando, mientras que solo el 4,9% de las mujeres participa en actividades de trabajo.

Cuadro 2. Participación en actividades de trabajo según grupos de edad y sexo.

Edad	Distribución de actividades de trabajando, según grupos de edad por sexo		Distribución actividades de trabajando, según sexo por grupos de edad		Porcentaje de personas que participa en actividades de trabajo, según edad y sexo	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
	De 10 - 14 años	0,4%	0,1%	92,5%	7,5%	2,1%
De 15 - 17 años	2,0%	0,9%	81,5%	18,5%	15,6%	4,0%
De 18 - 24 años	13,8%	14,7%	64,3%	35,7%	56,8%	30,1%
De 25 - 44 años	47,8%	53,3%	63,2%	36,8%	87,3%	47,5%
De 45 - 59 años	27,1%	26,3%	66,4%	33,6%	98,2%	43,9%
De 60 y más años	9,0%	4,8%	78,3%	21,7%	24,0%	4,9%
Total	100,0%	100,0%	66%	34%	49,5%	25,1%

Fuente: Cálculos propios con base en ENUT

Como se mencionó anteriormente, las personas de edad avanzada también tienen una significativa participación en términos de generación de ingresos para los hogares: dentro de todas las personas que reciben ingreso, teniendo en cuenta los grupos de edad, el 14,4% y 15,5% son hombres y mujeres respectivamente de 60 años y más (Ver Cuadro 3). Si se analiza la población en términos de si tienen o no ingresos, las personas de 60 años y más tienen una importante participación en la generación de ingresos. Los datos muestran que dentro del grupo de personas con 60 años y más, el 84,4% y 60,4% de los hombres y mujeres respectivamente cuentan con algún tipo de ingresos²⁸. Es evidente una brecha en materia de participación en la generación de ingresos entre

²⁸ En este caso los ingresos están conformados por lo siguiente: ingresos por primer empleo, ingresos por segundo empleo, pensión de jubilación, sustitución pensional,

hombres y mujeres en todos los grupos de edad. Adicionalmente, al observar el ingreso promedio de las personas que reciben ingresos, se observa que el ingreso de las personas de 60 años y más es importante al compararlo con el ingreso de los otros grupos etarios, nuevamente en este aspecto existe una brecha importante entre hombres y mujeres en términos de ingresos.

Cuadro 3. Distribución porcentual de personas que tienen ingreso e ingreso promedio

Edad	Distribución por edad de las personas que tienen ingresos, según sexo		Porcentaje de las personas que tiene ingresos por sexo según edad		Ingreso Promedio (pesos corrientes) por sexo y edad	
	Hombre	Mujer	Hombres	Mujeres	Hombre	Mujer
	De 10 - 14 años	1,9%	2,0%	11,2%	10,2%	46.780
De 15 - 17 años	2,9%	2,3%	27,4%	18,7%	184.345	84.660
De 18 - 24 años	13,6%	13,6%	66,3%	48,9%	493.855	396.284
De 25 - 44 años	42,4%	42,7%	91,8%	67,0%	871.532	679.036
De 45 - 59 años	24,8%	23,9%	92,5%	64,1%	973.384	754.641
De 60 y más años	14,4%	15,5%	84,4%	60,4%	878.217	582.989
Total	100,0%	100,0%	58,6%	44,2%	810.353	616.962

Fuente: Cálculos propios con base en ENUT

Estas brechas de género (oficios del hogar, trabajo e ingresos) se encuentran en todos los grupos de edad, reforzando los patrones de división social del trabajo, donde las mujeres se encargan de las tareas de reproducción del hogar, garantizando la reproducción de la fuerza de trabajo de la sociedad, a través de la provisión de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado (Batthyány y Scuro, 2010). En este sentido, las mujeres de edad avanzada juegan un papel muy importante en la sociedad, debido a que hacen parte de la oferta de cuidado directo e indirecto que garantiza la fuerza de trabajo futura para la sociedad. Es importante tener en cuenta que los hombres de edad avanzada también tienen un rol importante, pero más en términos de trabajo e ingreso.

invalidez, vejez, sostenimiento de hijos menores de 18 años, arrendamientos, ayudas provenientes de otros hogares o instituciones.

En relación con las tareas más específicas de cuidado, según información de la ENUT 2012-2013, las personas de 60 años y más tienen una importante participación en las siguientes actividades: cuidado de personas con alguna limitación, actividad en finca o parcela, cuidado de salud a personas, acompañamiento a citas médicas, suministro de alimentos, entre otras. Por ejemplo, del cuidado total que la sociedad provee en cuidados de salud, dentro de la población masculina, el 18,6% es provisto por hombres de 60 años y más (el restante 81,4% es provisto por hombres de otros grupos etarios), mientras que dentro de la población femenina, el 13,3% del cuidado de salud es provisto por mujeres de 60 años y más (el restante 86,7% es provisto por mujeres de otros grupos etarios) (Ver Cuadro 4).

Nuevamente se observan marcadas diferencias entre hombres y mujeres. Como se puede observar, las cifras muestran que los adultos de edad avanzada tienen un rol importante dentro de la familia. Ellos tienen una contribución significativa a las labores de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado en su propio hogar y otros hogares, así son un soporte importante para la reproducción de la fuerza de trabajo. Además las personas de edad avanzada brindan entornos adecuados para que otros miembros de la familia puedan participar en el mercado laboral o puedan estudiar. Los resultados también son un reflejo de que las familias son lugares de mutua colaboración, donde las personas adultas mayores desempeñan un papel fundamental como proveedoras de cuidado (Rojas-Bolívar, 2012)

Cuadro 4. Participación población de 60 años y más en actividades de cuidado, según edad, sexo y participación en actividades de cuidado

Actividad	Porcentaje de personas de 60 y más años por sexo según actividades de cuidado		Distribución de personas de 60 y más años por sexo según actividades de cuidado		Porcentaje de personas de 60 y más años que realizan actividades de cuidado según sexo	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Suministro de Alimentos	15,3%	14,8%	23,3%	76,7%	27,5%	77,8%
Mantenimiento Vestuario	12,3%	13,6%	16,1%	83,9%	8,9%	39,6%
Mantenimiento del Hogar	13,1%	13,4%	31,0%	69,0%	35,2%	67,0%
Construcción del Hogar	15,4%	10,6%	89,6%	10,4%	3,5%	0,4%
Administración del Hogar	14,0%	13,0%	46,2%	53,8%	25,4%	25,3%
Actividades de cuidado a menores	4,2%	3,5%	43,3%	56,7%	3,7%	4,1%
Alimentar a personas	4,8%	3,7%	18,7%	81,3%	1,2%	4,4%
Bañar a persona	4,1%	3,7%	9,8%	90,2%	0,7%	5,2%
Cuidados de salud a personas	18,6%	13,3%	22,8%	77,2%	1,1%	3,2%
Ayudar tareas escolares	2,8%	1,4%	39,1%	60,9%	0,5%	0,7%
Acompañar a citas médicas	18,8%	7,0%	50,9%	49,1%	0,6%	0,5%
Apoyo a personas del hogar	5,9%	3,7%	51,5%	48,5%	1,0%	0,8%
Colaboro en un negocio o trabajo	8,5%	8,2%	57,6%	42,4%	1,6%	1,0%
Actividades para otros hogares	14,1%	14,9%	26,1%	73,9%	1,1%	2,7%
Actividad trabajo comunitario	13,7%	17,9%	45,3%	54,7%	1,2%	1,2%
Actividad en finca o parcela	21,5%	22,2%	51,9%	48,1%	9,5%	7,5%
Actividad en otra finca o parcela	14,3%	18,2%	59,3%	40,7%	0,7%	0,4%
Estar pendiente de personas del hogar	10,3%	10,2%	45,1%	54,9%	5,3%	5,5%
Actividades de cuidado otros hogares	14,5%	15,1%	18,7%	81,3%	0,7%	2,7%
Actividades cuidado personas con alguna limitación	30,5%	23,8%	58,3%	41,7%	7,5%	4,6%

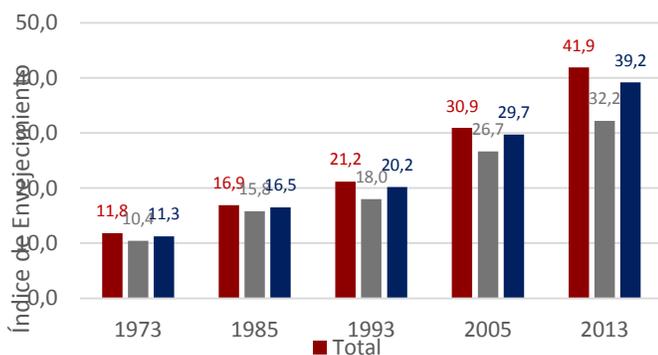
Fuente: Cálculos propios con base en ENUT

Es importante diferenciar la contribución de hombres y mujeres de edad avanzada, por una parte los hombres contribuyen más con su trabajo en el mercado laboral mientras que las mujeres tienen un mayor aporte en las actividades de trabajo de cuidado directo e indirecto. De este modo el rol que asumen las mujeres de edad avanzada es significativo en términos de contribución a la economía familiar, ya que su trabajo no remunerado permite a hijos e hijas acceder al mercado laboral y de este modo percibir un ingreso monetario. (Ramos, Vera-Tuleda y Cárdenas, 2009).

La población de adultos mayores como demandantes de cuidado

La demanda de cuidado en las personas de edad avanzada se ha incrementado considerablemente en las últimas décadas, a raíz principalmente del incremento de la esperanza de vida al nacer. Una evidencia de esta dinámica es el índice de envejecimiento: en 1973 en Colombia había 11,8 personas de 60 años o más por cada cien niños y jóvenes (menores de 15 años), este indicador se incrementó a 41,9 adultos de 60 años y más por cada cien menores de 15 años en el año 2013 (Ver Gráfico 1). Claramente se observa que la población adulta mayor ha crecido significativamente en relación con los niños y jóvenes, en este sentido, las demandas de cuidado también están cambiando su configuración, de cuidados a personas menores a cuidados de personas de edad avanzada.

Gráfico 1. Índice de envejecimiento 1973 – 2013

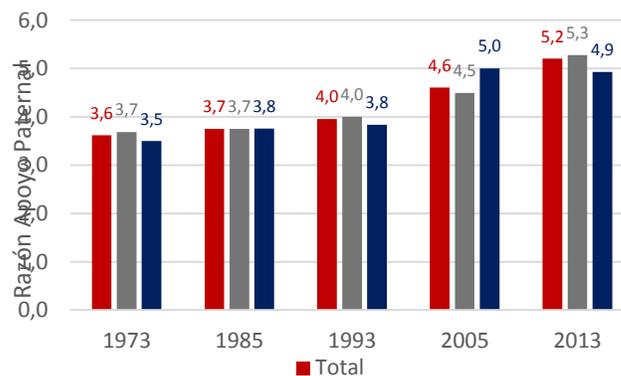


Fuente: 1973 – 2005 Muestra Censal (DANE) y 2013 GEIH (DANE)

Adicionalmente, otro indicador demográfico importante relacionado con el cuidado, es la razón de apoyo paternal. Este indicador, definido en CEPAL (2011), se usa para expresar la demanda familiar de cuidado y apoyo a sus miembros de edad muy avanzada, y se calcula como el cociente entre las personas mayores de 84 años y las personas entre 50 y 64 años. El indicador básicamente es una medida de la carga de cuidado de la familia, especialmente de los hijos que tienen a cargo padres de edades muy avanzadas.

Este indicador también ha experimentado un importante crecimiento en las últimas cuatro décadas (Ver Gráfico 2). En 1973, en el total nacional había 3,6 personas de 85 años y más por cada cien personas en edades entre 50 y 64 años, mientras que en el año 2013 este indicador se incrementó hasta 5,2 personas. Claramente las cargas de actividades de cuidado en los hogares o familias en los últimos años se han incrementado por el aumento de miembros del hogar de edad muy avanzada.

Gráfico 2. Razón de Apoyo Paternal 1973 – 2013



Fuente: 1973 – 2005 Muestra Censal (DANE) y 2013 GEIH (DANE)

De esta misma manera, los adultos mayores son las personas que más presentan algún tipo de limitación. En las cifras del Cuadro 5 se observa que del total de hombres que tienen algún tipo de limitación permanente, el 37,7% de ellos son hombres de 60 años y más, mientras que dentro del total de mujeres con algún tipo de limitación, el 41,7% son mujeres de 60 años y más (Ver Cuadro 5, columnas 1 y 2). Al analizar la distribución por

sexo, las mujeres presentan una leve mayor prevalencia de algún tipo de limitación, 52% frente a 48% de los hombres. Por otra parte, el 18,5% y 17,2% de los hombres y mujeres respectivamente, de 60 años y más, presentan algún tipo de limitación, (Ver Cuadro 5, columnas 5 y 6).

Teniendo en cuenta los tipos de limitación, al analizar por grupos de edades (sólo personas de 60 años y más), las personas de edad avanzada tienen una importante participación en limitaciones permanentes: oír aún con aparatos especiales, bañarse, vestirse, alimentarse por sí misma, moverse o caminar, usas sus brazos o manos y ver a pesar de tener lentes.

Por el lado de los tipos de limitación teniendo en cuenta el género de las personas, (Cuadro 5, columnas 3 y 4), hay ciertas brechas en favor de las mujeres en la actividad ver a pesar de usar lentes o gafas, mientras que se presenta cierta brecha en favor de los hombres en la actividades: relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales y bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismos.

Con respecto a la parte de la población de 60 años y más que presenta algún tipo de limitación, la participaciones más altas se encuentran en las actividades de oír aún con aparatos especiales, en este caso el 4,2% de los hombres y el 2,2% de las mujeres presentan esta limitación. Ver a pesar de usar lentes o gafas también tiene una importante participación en las personas de edad avanzada, el 4,5% de los hombres de 60 años y más presentan este tipo de limitación, mientras que la participación de las mujeres es del 4,3%.

Otro tipo de limitación importante para las personas de edad avanzada es la actividad moverse o caminar, el 4,1% de los hombres de 60 años y más tienen este tipo de limitación, mientras que el 4,2% de las mujeres de edad avanzada tiene limitación permanente para moverse o caminar.

Cuadro 5. Distribución porcentual tipo de limitación permanente para personas de 60 y más años.

Tipo de limitación	Porcentaje de personas de 60 y más años por sexo según tipo de limitación		Distribución de personas de 60 y más años por sexo según tipo de limitación		Porcentaje de personas que tienen limitación de 60 y más años según sexo	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Algún tipo de limitación permanente	37,7%	41,7%	47,9%	52,1%	18,5%	17,2%
Moverse o caminar	46,1%	54,9%	45,2%	54,8%	4,1%	4,2%
Usar sus brazos o manos	33,8%	40,1%	42,4%	57,6%	1,4%	1,6%
Ver a pesar de usar lentes o gafas	33,4%	32,8%	47,3%	52,7%	4,5%	4,3%
Oír, aún con aparatos especiales	70,0%	64,8%	62,7%	37,3%	4,2%	2,2%
Hablar	22,7%	22,1%	55,5%	44,5%	0,5%	0,3%
Entender o Aprender	16,9%	24,6%	47,4%	52,6%	0,6%	0,6%
Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales	14,6%	18,6%	51,9%	48,1%	0,6%	0,5%
Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismos	39,3%	53,1%	38,6%	61,4%	2,6%	3,5%

Fuente: Cálculos propios con base en ENUT

Una pregunta interesante que puede determinar la demanda de cuidado, es cómo afecta la limitación la capacidad para trabajar, estudiar o realizar sus actividades cotidianas (Cuadro 6). Los resultados muestran que dentro de los grupos de edades, las personas de 60 años y más son las más afectadas con respecto a otros grupos etarios, ya que el 43,3% y 62,2% de hombres y mujeres respectivamente tienen algún tipo de limitación por la cual no pueden realizar sus actividades cotidianas²⁹. Mientras que el 42,3% y 47,2% de hombres y mujeres respectivamente realizan sus actividades con dificultad.

Finalmente, dentro de las personas de 60 años y más que tienen algún tipo de limitación permanente, la mayor parte realizan sus actividades cotidianas con dificultad, 58,9% y 60,2% para hombres y mujeres respectivamente. Mientras que el 16,7% y 20,5% de hombres y mujeres respectivamente de 60 años y más no pueden realizar sus actividades cotidianas, este tipo de población es la que más demanda cuidado, dado que dependen del cuidado de otras personas para poder realizar sus actividades diarias.

²⁹ El restante 56,7% y 37,2% de hombres y mujeres respectivamente hace referencia a personas de otros grupos etarios diferentes de 60 y más años, los cuales tienen algún

tipo de limitación por la cual no pueden realizar sus actividades cotidianas

Cuadro 6. Distribución porcentual como afecta la limitación permanente personas mayores de 60 y más años

Cómo afecta la limitación	Porcentaje de personas de 60 y más años por sexo según como afecta la limitación		Distribución personas de 60 y más años por como afecta la limitación según sexo	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
No puede realizar sus actividades cotidianas	45,3%	62,2%	16,7%	20,5%
Realiza sus actividades cotidianas con dificultad	42,3%	47,2%	58,9%	60,2%
No afecta sus actividades cotidianas	27,4%	24,4%	24,4%	19,3%
Total			100%	100%

Fuente: Cálculos propios con base en ENUT

Con respecto a quién se ocupa del cuidado de las personas con alguna limitación, según grupos de edades, del total de personas con alguna limitación que son cuidadas por una o más personas no remuneradas del hogar, el 37,9% y 48,1% son hombres y mujeres respectivamente de 60 años y más, lo cual representa el grupo con mayor participación con respecto a otros grupos etarios (Cuadro 7). En este sentido, las personas de edad avanzada con algún tipo de limitación permanente representan el grupo de edad que más demanda cuidado por parte de cuidadores no remunerados dentro del hogar. Adicionalmente, las personas de edad avanzada representan el mayor grupo etario que demanda cuidado provisto por cuidadores de otros hogares o cuidadores contratados.

Un resultado interesante en términos de no provisión de cuidado, es el relacionado con las personas que no tienen quién las cuide. La gran mayoría de personas que no tienen quién les provee cuidado son las personas de 60 años y más con respecto a los demás grupos de edad, 60% y 55% de hombres y mujeres, respectivamente. Este resultado tiene una implicación sobre demanda de cuidado no atendida, pues existen algunas personas de edad avanzada que no tienen acceso al cuidado ni en el hogar ni fuera de él, y de esta manera la comunidad o el estado jugarían un rol importante en la provisión de cuidado para este tipo de personas.

En términos de distribución porcentual de quién se ocupa del cuidado de las personas de edad avanzada, una parte importante del cuidado es provisto por una o más personas no remuneradas del hogar, 38,8% y 39,6% para hombres y mujeres respectivamente. Del mismo modo, hay una proporción importante de personas que no requieren cuidado, el 45,1% y 37% de hombres y mujeres respectivamente, mientras que las personas de edad avanzada que no tienen que las cuide son 7,1% y 7,7% para hombres y mujeres respectivamente, nuevamente, este es el grupo de población de edad avanzada que no tiene quien atienda su demanda de cuidado.

Cuadro 7. Distribución porcentual sobre quién se ocupa del cuidado de personas de 60 años y más

Quién se ocupa del cuidado	Porcentaje de quién se ocupa del cuidado de personas de 60 y más años por sexo		Distribución por sexo, según quién se ocupa del cuidado de personas de 60 y más años		Distribución por quién se ocupa del cuidado de las personas de 60 y más años según sexo	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Una o más personas no remunerada del hogar	37,9%	48,1%	47,4%	52,6%	38,8%	39,6%
Una o más persona no remunerada de otro hogar	65,8%	75,2%	36,6%	63,4%	5,6%	9,0%
Una o más persona contratadas	65,2%	54,5%	31,4%	68,6%	3,4%	6,8%
No requiere cuidado	33,2%	30,6%	52,9%	47,1%	45,1%	37,0%
No tiene quién lo cuide	60,3%	54,6%	46,0%	54,0%	7,1%	7,7%
Total					100,0%	100,0%

Fuente: Cálculos propios con base en ENUT

Conclusiones y recomendaciones

En materia de cuidado, si bien las personas de edad avanzada son uno de los grupos etarios que más demanda cuidado, ellos también tienen un rol importante como proveedores de cuidado. Este tipo de provisión de cuidado se da principalmente en los hogares multigeneracionales donde hay presencia de ayuda mutua intergeneracional entre los diferentes miembros del hogar. De esta manera, los adultos mayores son un soporte importante en la provisión de cuidado, especialmente brindando cuidado a sus nietos o menores del hogar. En este sentido, ellos ayuda a liberar uso del tiempo de sus hijos (directos responsables del cuidado directo e indirecto de menores) en actividades de trabajo de cuidado, y

destinar ese tiempo a ofrecer su fuerza de trabajo en el mercado de laboral o estudiar.

Dentro de la provisión de cuidado por parte de las personas de edad avanzada teniendo en cuenta los roles de género, se observa que hay una clara división sexual del trabajo: los adultos mayores hombres dedican mayor participación a las actividades de trabajo remunerado, mientras que las mujeres participan más en actividades de oficios del hogar. De este modo, las mujeres de edad avanzada tienen una importante contribución en el cuidado directo e indirecto, garantizando así la formación de la futura fuerza de trabajo.

Con respecto a la demanda de cuidado por parte de las personas de edad avanzada, este cuidado representa y representará un reto muy importante ya que la participación de la población de 60 años y más casi se triplicará en 2050. Además, junto con la población menor de 10 años, es el grupo etario que más demanda cuidado, dado que son las personas que más requieren cuidados de salud, u otro tipo de cuidados, debido a que son el principal grupo etario que adolece de algún tipo de limitación permanente y necesitan el apoyo de un cuidador para realizar sus actividades cotidianas.

Es importante tener en cuenta que la mayor parte del cuidado que se provee a las personas con alguna limitación de edad avanzada es ofrecido por una o más personas no remuneradas del hogar. Teniendo en cuenta que el cuidado de este grupo poblacional es mayoritariamente provisto por las mujeres, el cuidado de las personas de edad avanzada tiene unas fuertes implicaciones en términos de género y es necesario tener en cuenta políticas públicas que coadyuven a aliviar la carga de cuidado en las mujeres.

Finalmente, es importante subrayar que hay un número de personas edad avanzada con alguna limitación, cuyo cuidado no está siendo atendido por ningún agente del diamante de cuidado: familia, Estado, comunidad y mercado (Aguirre (2005)). De este modo, es importante generar mecanismos para la atención de estas personas por parte del Estado o la comunidad.

Autores

Katty de Oro Genes

Subdirectora de Género

kgenes@dnpp.gov.co

Edgar Vicente Marcillo Yépez

Profesional Especializado

emarcillo@dnpp.gov.co

Bibliografía

- Aguirre, R. (2005). Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales" CEPAL, 28 y 29 de junio 2005 sala medina. Trigésima octava reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe Mar del Plata, Argentina, 7 y 8 de septiembre del 2005.
- Batthyány, K. y Scuro. L. (2010) "Uso del tiempo, ciudades y bienestar. Desafíos de Uruguay y la Región". Ciencias Sociales, Departamento de Sociología No. 27, Universidad de la República de Uruguay.
- CEPAL (2011). El envejecimiento y las personas de edad, indicadores para América Latina y el Caribe, Separata.
- Leng, T. y Mehta, K. (2009). "The dynamics of multigenerational care in Singapore". En Family support networks and population ageing. Doha International Institute.
- Ramos, M., Vera-Tuleda, D. y Cárdenas, M. (2009). "Impacto de la contribución económica no monetaria de las personas adultas mayores a la economía del cuidado". En Las mujeres adultas mayores y su contribución a la lucha contra la pobreza, Ministerio de la mujer y Desarrollo Social. Perú.
- Rojas-Bolívar, C. (2009). "Como contribuyen las familias al cuidado y protección de las personas adultas y ellas a las familias". En Info Boletín Familias, Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables. Perú
- Statham, J. (2011). "Grandparents providing child care". Briefing Paper, Childhood Wellbeing Research Centre.

Mercado laboral e ingresos en la vejez en Colombia

La importancia de la protección económica en la vejez reside en que, con respecto a las edades o etapas previas de la vida productiva, la persona en edad avanzada ha perdido capacidades para producir su sustento y padece de graves y frecuentes problemas de salud. Sus aptitudes para desempeñarse en el mercado laboral empiezan a decrecer. Su energía física vital disminuye con el paso de los años y se hace más vulnerable y dependiente.

En general, en la medida en que la persona envejece aumenta la imposibilidad de originar un flujo de ingresos derivado de la acción del trabajo debido a la disminución natural de la capacidad física. Esta situación es mucho más evidente para las personas que ejercen trabajos que requieren esfuerzos físicos. Entre este tipo de trabajadores se encuentran operarios de máquinas, conductores de vehículo, personas dedicadas a labores del campo y aquellos con tareas repetitivas. Estos trabajadores pueden experimentar un rápido deterioro de sus capacidades para ejercer sus labores en edades no tan avanzadas.

Por el contrario, quienes se dedican a actividades de orden intelectual, administrativo o que, en general, requieren menor esfuerzo físico, pueden seguir ejerciendo ese tipo de labores hasta edades bastante avanzadas. Ejemplos de este tipo de trabajadores son los escritores, gerentes, artistas y una amplia variedad de oficinistas. Sin embargo, con el paso del tiempo, sus capacidades también se ven menguadas y resulta difícil mantener sus ingresos laborales.

Además de la pérdida de capacidad laboral, las personas en edades adultas también empiezan a afrontar con mayor frecuencia problemas de salud. Los adultos mayores tienen una mayor predisposición a contraer enfermedades dado que, entre otros factores, su sistema inmunológico es menos efectivo. Según la Encuesta de Calidad de Vida de 2014, en promedio un 11.5% de las

personas mayores de 60 años tiene alguna enfermedad o problema de salud, frente a un 8.5% del resto de personas. Esto hace que requieran mayor cuidado de parte de otros miembros del hogar o de instituciones públicas o privadas.

Así, los adultos mayores se convierten en un grupo altamente vulnerable porque no pueden generar autónomamente los recursos para suplir sus necesidades, especialmente aquellas de salud y de cuidado que los hacen más vulnerables. Esa alta vulnerabilidad hace relevante la protección económica en la vejez.

Existen diversas alternativas para brindar esa protección. Entre ellas se encuentra la asistencia por parte de las familias - especialmente de los hijos-, de las comunidades, de organizaciones privadas y del Estado. Este tipo de protección suele traducirse en transferencias netas de dinero o de bienes y servicios y, por lo general, se brinda a los adultos mayores más desfavorecidos. También se cuenta con la generación autónoma de ingresos que no necesariamente dependen del trabajo sino que se derivan de ahorros o inversiones pasadas; entre estas se encuentran las utilidades, los arriendos y las pensiones, éstas últimas derivadas de los sistemas de seguridad social.

En otras palabras, el marchitamiento del flujo de ingresos del trabajo en la edad adulta puede ser compensado por otro tipo de ingresos o por el suministro directo de bienes y servicios. Esto se

logra bien sea a través de “acciones colectivas informales como las transferencias familiares, por medio de sistemas de mercado formales como el ahorro y la inversión, y mediante acciones colectivas de mayor envergadura como los programas públicos de seguridad social” (Banco Mundial 1994).

El mercado laboral de las personas mayores

Esta sección describe la situación económica de los adultos mayores en Colombia definidos como las personas de 60 o más años de edad. El análisis se hace en comparación con otros grupos de edad, para efectos de reflejar la dinámica del ciclo de vida. Se usa la información de la Gran Encuesta Integrada de Hogares, GEIH, del año 2014. Se abordan los temas de las actividades a las que se dedican los adultos mayores y su situación laboral.

Los adultos mayores en Colombia han venido aumentando en términos absolutos y ganando participación en el total de la población. Según estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, en 1985 representaban el 7% (unos 2.3 millones) del total. Para 2014, la proporción ascendía a 10%, sumando un total de 4.7 millones de personas que, a su vez, representaban un 15% de la población con mayoría de edad, es decir de los mayores de 18 años.

Como es de esperarse, la mayoría (tres millones o 63% del total) de adultos mayores se encuentra inactiva con respecto al mercado laboral (Cuadro 1). Esta situación es bastante diferente a otros grupos etarios. Por ejemplo, para las personas entre 29 y 39 años, la tasa de inactividad es de sólo 14% (un millón de personas) y en los jóvenes (grupo de 18-28) asciende a 26%, siendo el segundo mayor registro de este indicador.

Entre los adultos mayores inactivos, un 48% se dedica a oficios del hogar con un total de 1.4 millones. Esto significa que en términos absolutos, los adultos mayores son el grupo que más aporta a esas actividades del hogar. Sin embargo, en

términos relativos, la proporción es bastante inferior a la de otros segmentos de la población. En los grupos etarios de 29-39 y 40-49 años, un 85% de las personas clasificadas como inactivas se dedica a los oficios del hogar.

Cuadro 1. Población por actividad principal e indicadores de mercado laboral por rango de edad. Total nacional. 2014

Actividad principal	Grupos de edad					Total
	18 - 28	29 - 39	40 - 49	50 - 59	60 y más	
Ocupado	5.275.714	5.731.700	4.527.310	3.320.255	1.669.043	20.524.023
Desocupado	992.470	466.362	286.752	198.805	79.559	2.023.949
Inactivo	2.237.336	1.009.860	889.455	1.099.757	3.001.445	8.237.853
* Estudiante	942.450	36.804	5.794	3.241	1.772	990.061
* Oficios del hogar	1.049.308	854.663	754.439	850.697	1.436.988	4.946.095
* Incapacitado para trabajar	37.441	30.236	27.231	34.269	265.457	394.634
* Otra actividad	208.137	88.157	101.991	211.550	1.297.228	1.907.063
Total	8.505.522	7.207.922	5.703.517	4.618.817	4.750.047	30.785.825
Tasa de participación (%)	74	86	84	76	37	73
Tasa de ocupación (%)	62	80	79	72	35	67
Tasa de desempleo (%)	16	8	6	6	5	9
Tasa de inactividad (%)	26	14	16	24	63	27

Fuente: DANE, GEIH. Cálculos: Subdirección de Empleo y Seguridad Social –DDS – DNP.

Por su parte, quienes se encuentran incapacitados de forma permanente para trabajar constituyen un 9% (265.457 personas), el registro más alto frente a los otros grupos y representando además el 67% del personas mayores de 18 años con ese tipo de restricción.

Entre las personas mayores que participan en el mercado laboral, 1.6 millones son clasificadas como ocupadas y 79.559 como desempleadas. Sus tasas de participación (37%) y de ocupación (35%) son bastante bajas frente a los otros grupos etarios. Con respecto al desempleo (5%), si bien la diferencia es amplia frente a los jóvenes, el nivel es similar al de personas entre 40 y 59 años.

Entre los ocupados, un 69% (1.1 millones) de los adultos mayores trabaja como cuenta propia, siendo también la proporción más alta entre grupos etarios (Cuadro 2). Sin embargo, en términos absolutos, es la cantidad más baja y representa un 13% de los ocupados mayores de 18 años en esta categoría ocupacional.

Cuadro 2
Número de personas ocupadas según posición ocupacional por grupos de edad
Total nacional. 2014. Número de personas

Posición ocupacional	Grupos de edad					Total
	18 - 28	29 - 39	40 - 49	50 - 59	60 y más	
Empleado particular	2.837.144	2.582.704	1.515.094	825.189	161.339	7.921.469
Empleado del gobierno	115.490	245.625	231.804	208.827	35.806	837.552
Empleado doméstico	140.072	181.228	172.410	131.485	59.000	684.195
Cuenta propia	1.670.967	2.186.047	2.078.500	1.750.081	1.154.197	8.839.792
Patrón	60.812	216.710	262.890	206.234	136.764	883.409
TFSR*	262.268	156.987	121.614	95.691	71.467	708.026
Jornalero	178.454	158.093	143.124	100.962	49.956	630.589
Otros	10.508	4.306	1.874	1.788	516	18.991
Total	5.275.714	5.731.700	4.527.310	3.320.255	1.669.043	20.524.023

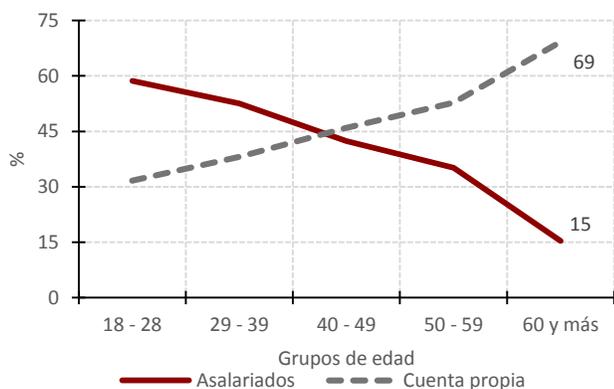
* Trabajador familiar sin remuneración

Fuente: DANE, GEIH. Cálculos: Subdirección de Empleo y Seguridad Social –DDS – DNP.

El segundo grupo ocupacional más representativo (15%) es el de los asalariados (empleados de empresa particular, del gobierno y de servicio doméstico), donde se destacan los empleados de empresas particulares con 161.339 personas. Por su parte, los patrones o empleadores constituyen la tercera categoría ocupacional en importancia dentro de los adultos mayores.

En general, se observan dos grandes tendencias a medida que aumenta la edad. Primero, la inactividad aumenta con un alto número de personas dedicadas a los oficios del hogar, al igual que se observa mayor participación de las personas con incapacidad permanente para trabajar.

Gráfico 1
Porcentaje de personas ocupadas según posición ocupacional y edad
Total nacional. 2014. Porcentaje.



Fuente: DANE, GEIH. Cálculos: Subdirección de Empleo y Seguridad Social –DDS – DNP.

Segundo, entre los ocupados, la participación de las personas asalariadas disminuye y aumenta la de personas cuenta propia y de patrones o empleadores (Gráfico 1). Estas tendencias en las ocupaciones pueden determinar el tipo de ingresos que reciben las personas en sus diversas etapas de la vida.

Tipo y monto de ingresos que reciben las personas mayores

Esta sección utiliza la GEIH para el año 2014. Con excepción del grupo de jóvenes, a medida que aumenta la edad, también aumenta el número de personas que no reciben ingresos de algún tipo (Cuadro 3).

Cuadro 3. Número de personas que reciben y no reciben ingresos por grupos de edad
Total nacional. 2014

Condición frente al ingreso	Grupos de edad					Total
	18 - 28	29 - 39	40 - 49	50 - 59	60 y más	
No recibe ingresos	2.328.338	882.307	792.180	824.203	941.322	5.768.350
Participación (%)	27	12	14	18	20	19
Sí recibe ingresos	6.177.183	6.325.614	4.911.340	3.794.616	3.808.724	25.017.476
Participación (%)	73	88	86	82	80	81
TOTAL PERSONAS	8.505.521	7.207.921	5.703.520	4.618.819	4.750.046	30.785.826

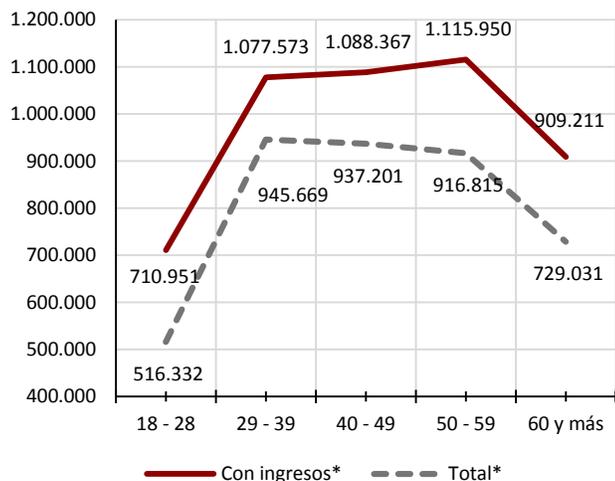
Fuente: DANE, GEIH. Cálculos: Subdirección de Empleo y Seguridad Social –DDS – DNP.

Resulta preocupante que un 20% de los adultos mayores manifiesta no recibir ingresos de algún tipo. Esa proporción es la segunda más alta entre los grupos etarios analizados, superada sólo por el grupo de jóvenes.

Entre las personas que obtienen ingresos, de cualquier tipo, se encuentra que a medida que aumenta la edad, aumenta el ingreso promedio recibido, pero cae para los adultos mayores (Gráfico 2). Esa situación de relativa desventaja para los adultos mayores puede reflejar en gran parte la progresiva caída en su capacidad de generar ingresos derivados del trabajo como se mencionó en la Sección 2. Esto, a su vez, puede presentarse por situaciones como cambios de actividades, movilidad desde el sector formal hacia el informal luego de jubilarse, disminución en el número de horas trabajadas y el paso total hacia la

inactividad para sólo recibir pensión o alguna otra renta incluidas, posiblemente, las transferencias provenientes bien sean del Estado o de otros entes.

Gráfico 2. Ingreso promedio por grupo de edad Total nacional. 2014. Pesos.



Fuente: DANE, GEIH. Cálculos: Subdirección de Empleo y Seguridad Social –DDS – DNP.

Por otra parte, el menor ingreso que reciben los adultos mayores frente a otros grupos etarios no es una desventaja *per se*. Dependerá también de su nivel de gastos. Como algunos estudios han señalado (Banco Mundial 1994, pág 341; Merchán 2002), las personas consumen diversas cantidades en diferentes etapas de la vida y en la vejez, aunque surgen necesidades adicionales en salud, las obligaciones económicas con la familia son menores.

El Cuadro 4 muestra el número de personas según la fuente de ingreso individual recibido por grupos de edad. En cada fila se indica el número de personas que declaró haber recibido ingresos de la fuente del caso y puede darse la situación de que una persona haya declarado que recibe ingresos de más de una fuente.

Se observa que al aumentar la edad, cambia el número de personas según la fuente de ingreso percibido. Disminuye la proporción de personas que depende de los salarios y aumenta la de personas que perciben cierto tipo de rentas como pensiones³⁰ y arriendos y la de quienes reciben transferencias bien sea de instituciones o de otros hogares.

Cuadro 4. Número de personas según tipo de ingreso recibido por grupos de edad Total nacional. 2014. Número de personas.

Tipo de ingreso	Grupos de edad					Total
	18 - 28	29 - 39	40 - 49	50 - 59	60 y más	
Salarios	3.292.197	3.203.162	2.088.613	1.289.295	314.159	10.187.425
Ganancias	1.763.649	2.511.653	2.418.055	1.981.737	1.269.744	9.944.837
Pensiones	19.146	32.599	77.716	263.612	1.191.326	1.584.400
Intereses y utilidades	32.213	54.152	48.781	48.600	57.976	241.723
Arriendos	59.856	192.017	300.941	370.898	535.444	1.459.156
Transferencias de otros hogares	897.406	643.617	443.985	429.937	842.058	3.257.004
Transferencias de instituciones	679.876	899.143	524.999	195.835	948.007	3.247.860
Otros Ingresos	1.202.699	1.220.542	737.803	489.467	326.684	3.977.195
Subtotal con ingresos	6.177.184	6.325.615	4.911.337	3.794.614	3.808.725	25.017.475
Sin ingresos	2.328.338	882.307	792.180	824.203	941.322	5.768.350
Total	8.505.522	7.207.922	5.703.517	4.618.817	4.750.047	30.785.825

Fuente: DANE, GEIH. Cálculos: Subdirección de Empleo y Seguridad Social –DDS – DNP.

En el grupo de adultos mayores, gran parte recibe ingresos de ganancias (33% frente al total que recibe ingresos) y de pensiones (31%). También es muy importante la fracción que recibe transferencias (47%): un 25% las recibe de instituciones y un 22% de otros hogares. Por su parte, quienes reciben ingresos por arriendos representan un 14% mientras que sólo un 8% recibe ingresos por salarios.

Para los adultos mayores, las pensiones resultan ser muy atractivas dado que ofrecen el mayor monto frente a otros tipos de ingreso (Cuadro 5). Quienes las perciben devengan en promedio \$1.3 millones al mes, seguidas de los intereses y utilidades (\$1.1 millones) y los salarios (un millón de pesos).

30 Las pensiones del Cuadro 4 no sólo se refieren a las pensiones por vejez o jubilación, también pueden estar incluidas aquellas recibidas por invalidez o sobrevivencia. Por esta razón se observa que

personas en los grupos menores de 60 años también perciben ingresos por concepto de pensiones que pueden ser diferentes a las de jubilación o vejez.

Cuadro 5. Ingreso promedio mensual según fuente de ingreso por grupos de edad. Total nacional. 2014. Pesos

Tipo de ingreso	Grupos de edad					Total
	18 - 28	29 - 39	40 - 49	50 - 59	60 y más	
Salarios	871.942	1.310.127	1.366.972	1.443.672	1.076.401	1.189.870
Ganancias	548.001	774.164	774.667	738.061	595.437	704.164
Pensiones	609.671	704.583	1.040.873	1.346.452	1.306.014	1.278.947
Intereses y utilidades	358.547	580.876	527.811	877.898	1.148.093	736.303
Arriendos	574.243	759.597	651.798	719.352	718.061	704.289
Transferencias de otros hogares	269.046	299.207	327.189	259.182	231.476	271.917
Transferencias de instituciones	67.187	67.694	63.728	61.564	60.400	64.448
Otros Ingresos	174.502	181.567	183.733	250.755	335.527	200.993
Subtotal con sólo personas ingresos	710.951	1.077.573	1.088.367	1.115.950	909.211	969.357
Sin ingresos	-	-	-	-	-	-
Total incluyendo personas sin ingresos	516.332	945.669	937.201	916.815	729.031	787.728

Fuente: DANE, GEIH. Cálculos: Subdirección de Empleo y Seguridad Social –DDS – DNP.

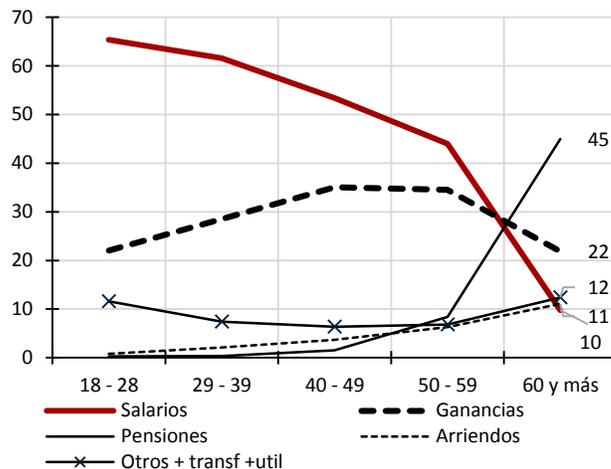
Por su parte, las transferencias recibidas desde instituciones son las que tienen el menor monto, \$60.400 al mes, y pueden resultar insuficientes como para superar situaciones de pobreza bien sea extrema o moderada. El valor mensual de estas transferencias, que corresponderían a los subsidios del programa de gobierno “Colombia Mayor”³¹, representa un 75% del umbral de ingreso para superar la pobreza extrema o indigencia (Línea de indigencia, LI) y un 43% respecto a la pobreza moderada (Línea de pobreza, LP) en el sector rural. Para el sector urbano dichos niveles representan 61% y 25% respectivamente³².

En general, como era de esperarse, las pensiones son el tipo de ingreso que más participación tiene entre el grupo de adultos mayores. Su ponderación en el total de la masa de ingresos³³ es de 45% (Gráfico 3). Esta cifra es más del doble que la proporción de las ganancias (22%) y alrededor de

31 Aunque la GEIH no permite distinguir si se trata de instituciones privadas o públicas, el monto reportado en transferencias de instituciones se asimila al otorgado por el Programa Colombia Mayor que para el año 2014 fue de \$57.300 mes, calculado como promedio simple del subsidio otorgado en todos los municipios del país.

cuatro veces con respecto a otros tipos de ingreso como los arriendos y los salarios.

Gráfico 3. Participación de los tipos de ingresos en la masa de ingresos por grupo de edad Total nacional. 2014. Porcentaje.



Fuente: DANE, GEIH. Cálculos: Subdirección de Empleo y Seguridad Social –DDS – DNP.

Por otra parte, los adultos mayores son el grupo con mayor diversidad en fuentes de ingresos: según el Cuadro 6, un 67% de los adultos mayores recibe ingresos de sólo una fuente, constituyéndose en el menor registro frente al resto de grupos etarios. Sin embargo, dependen en gran parte de las transferencias.

El Anexo 1 muestra que del total de quienes tienen solo una fuente de ingresos, un 38% (974.514 adultos mayores) recibe ingresos solamente de transferencias. Mientras que un 23% (597.632) recibe ingresos solamente de pensiones. Así, aunque las transferencias son la fuente de ingresos de menor monto, se constituyen en la principal fuente de ingresos de los adultos mayores.

En general, estas cifras muestran que existe una cobertura no muy amplia de los mecanismos que ha diseñado el Estado para proteger a las

32 Para el año 2014, los valores de la LI y de la LP eran, en su orden, de \$98.407 y \$233.530 al mes para las cabeceras y de \$79.837 y \$139.793 para el sector rural.

33 La masa total de ingresos se obtiene al ponderar los montos recibidos (Cuadro 5) por el número de personas (Cuadro 4) en cada tipo de ingreso.

personas en la vejez y una alta dependencia de las transferencias.

Del total de adultos mayores (incluidos los que reciben y los que no reciben ingresos), un 55% está protegido de alguna manera por los mecanismos del Estado. Por un lado, un 25% recibe pensiones como lo muestra el Cuadro 4. Por

otro, los registros administrativos del Ministerio del Trabajo señalan que al año 2014 existían 1.4 millones de adultos mayores recibiendo subsidio monetario por parte del Programa Colombia Mayor (o Programa de Protección al Adulto Mayor) que representan el 30% del total de adultos mayores³⁴.

Cuadro 6. Número de personas por grupos de edad según número de fuentes de ingreso Total nacional. 2014. Número de personas y participación porcentual

Número de fuentes de ingreso	Grupos de edad					Total
	18 - 28	29 - 39	40 - 49	50 - 59	60 y más	
	Número de personas					
Solo una fuente	4.664.832	4.306.897	3.476.444	2.734.980	2.555.278	17.738.430
Dos fuentes	1.387.616	1.775.309	1.240.902	906.383	1.082.168	6.392.379
Más de dos fuentes	124.735	243.408	193.994	153.253	171.278	886.667
Total personas con ingresos	6.177.183	6.325.614	4.911.340	3.794.616	3.808.724	25.017.476
	Participación porcentual					
Solo una fuente	76	68	71	72	67	71
Dos fuentes	22	28	25	24	28	26
Más de dos fuentes	2	4	4	4	4	4
Total personas con ingresos	100	100	100	100	100	100

Fuente: DANE, GEIH. Cálculos: Subdirección de Empleo y Seguridad Social –DDS – DNP

En términos de pobreza e indigencia, los adultos mayores no se encontraban relativamente desfavorecidos frente al resto de grupos etarios en 2014, pues se encontró. De acuerdo con el Cuadro 7 y el Gráfico 4³⁵, la pobreza extrema o indigencia era de 6% (268.977 personas) y la pobreza total de

21% (970.063), que incluye la pobreza extrema (6%) y la moderada (15%). Estos niveles están por debajo de los correspondientes para toda la población que fueron, en su orden, de 8.1% y 28.5%.³⁶

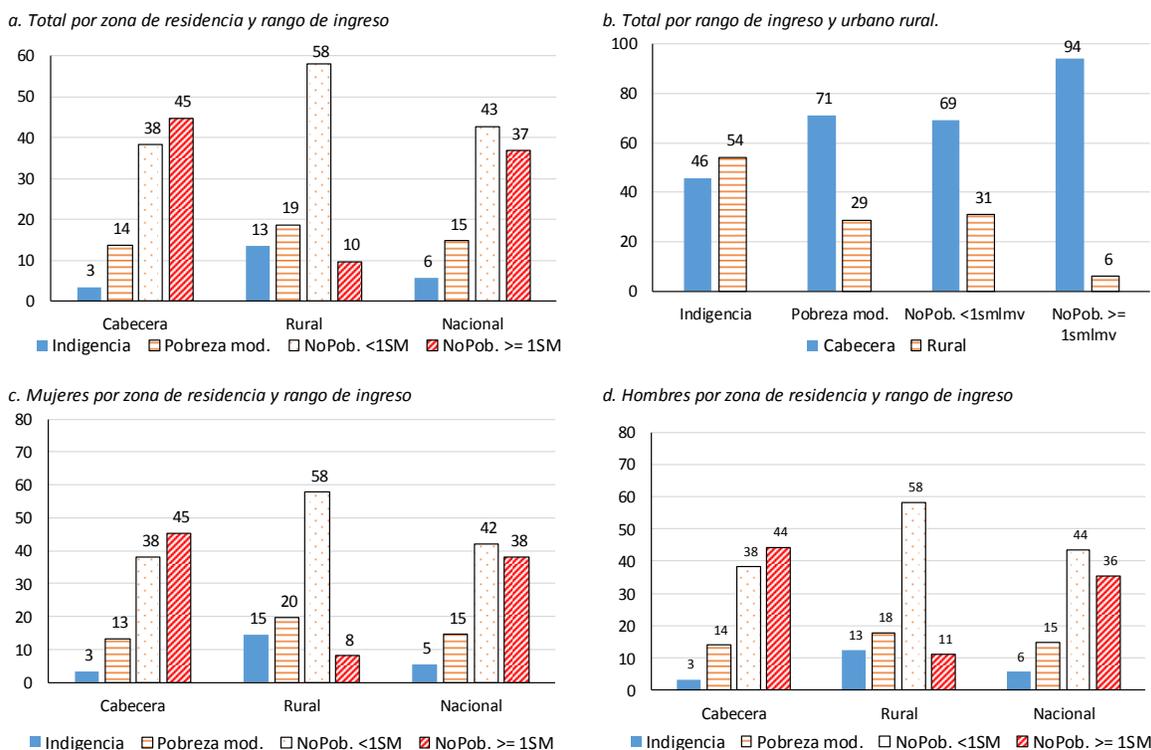
34 Para calcular la cobertura por transferencias también se utilizan registros administrativos del Ministerio del Trabajo porque la información de la GEIH no permite diferenciar si las transferencias institucionales son privadas o del Estado.

35 Los rangos de ingreso del Cuadro 7 y el Gráfico 4 se calculan clasificando a cada persona de acuerdo con el ingreso per cápita del hogar. Pobreza extrema abarca ingresos entre cero y una línea de indigencia (LI); Pobreza moderada, entre una LI y una línea de pobreza (LP); NoPob < 1SM, entre una LP y menos de un salario mínimo legal mensual (SM); y NoPob >= 1SM, entre 1 SM o más. Para

el año 2014, los valores de la LI y de la LP eran, en su orden, de \$98.407 y \$233.530 al mes para las cabeceras y de \$79.837 y \$139.793 para el sector rural.

36 La brecha de pobreza entre el total de la población y los adultos mayores difiere de la encontrada por el estudio de OECD (2015), citado en Villar y otros (2015). La diferencia puede deberse a que los datos de la OECD son para 2010 y se refieren a los mayores de 65 años, mientras que en el presente estudio los datos son para 2014 y se refieren a la población de 60 años o más.

Gráfico 4. Distribución (%) de los adultos mayores por nivel de pobreza según zona de residencia y sexo Total nacional. 2014. Porcentaje



Fuente: DANE, GEIH. Cálculos: Subdirección de Empleo y Seguridad Social –DDS – DNP

En el área rural la situación es menos favorable con respecto a las cabeceras urbanas. La pobreza extrema asciende a 13% y a 3% respectivamente, mientras que la pobreza total a 32% y 17%, en su orden (Gráfico 4a). Igualmente, se observa que en las cabeceras existe un gran porcentaje (45%) de adultos mayores que pertenecen a hogares cuyo ingreso *per cápita* es superior a un salario mínimo legal mensual (SM). Esta proporción solo llega a 10% en las áreas rurales. Esta situación también es ilustrada por el Gráfico 4b. Mientras los adultos mayores en indigencia se concentran en las áreas rurales, aquellos con pobreza moderada y los no pobres se concentran en las áreas urbanas.

Por sexo, el Cuadro 7 y el Gráfico 4 muestran tres aspectos a destacar. En primer lugar, no se perciben diferencias notorias en la distribución de los adultos mayores según sus rangos de pobreza entre cada una de las zonas de residencia.

Mujeres y hombres muestran prácticamente la misma distribución al interior de las zonas rurales y de las cabeceras municipales. Sin embargo, las mujeres aportan más tanto a la pobreza total como a la pobreza extrema (53% en ambos casos).

Un segundo aspecto es la posible existencia de una marcada dependencia del hogar de los ingresos de los hombres mayores (Cuadro 7). Esto se puede deducir de las diferencias entre el ingreso personal y el ingreso *per cápita* del hogar para cada sexo. En el grupo de hombres, el primer tipo de ingreso es bastante superior al segundo tanto en las cabeceras como en las áreas rurales. Para las mujeres, en cambio, su ingreso personal es bastante inferior a su ingreso *per cápita* del hogar.

Cuadro 7. Número de adultos mayores e ingreso promedio mensual por rangos de ingreso y sexo según área de residencia. Cabecera, resto rural y nacional. 2014. Número de personas y pesos corrientes

Zona de residencia	Cabecera			Resto-rural			TOTAL NACIONAL		
	Frecuencia	Ingreso per cápita del hogar	Ingreso personal	Frecuencia	Ingreso per cápita del hogar	Ingreso personal	Frecuencia	Ingreso per cápita del hogar	Ingreso personal
	Personas	Pesos (\$)	Pesos (\$)	Personas	Pesos (\$)	Pesos (\$)	Personas	Pesos (\$)	Pesos (\$)
Total									
Pobreza extrema (Indigencia)	123.375	60.771	75.273	145.602	50.478	61.699	268.977	55.199	67.925
Pobreza moderada	499.020	169.487	157.464	202.066	110.021	115.630	701.086	152.347	145.407
No pobres	3.047.952	1.079.028	998.762	732.032	429.095	407.826	3.779.984	953.162	884.321
* NoPob < 1SM	1.403.103	410.809	359.654	627.152	288.476	268.279	2.030.255	373.020	331.428
* NoPob >= 1SM	1.644.849	1.649.039	1.543.939	104.880	1.269.960	1.242.278	1.749.729	1.626.317	1.525.857
Subtotal	3.670.347	921.139	853.337	1.079.700	318.322	306.465	4.750.047	784.117	729.031
Hombre									
Pobreza extrema (Indigencia)	54.716	61.020	82.053	72.886	49.643	79.216	127.602	54.522	80.433
Pobreza moderada	222.804	169.391	208.179	103.762	109.668	160.542	326.566	150.415	193.043
No pobres	1.318.074	1.098.596	1.358.336	402.701	455.328	561.813	1.720.775	948.057	1.171.931
* NoPob < 1SM	610.598	410.834	495.281	338.008	293.882	380.623	948.606	369.161	454.426
* NoPob >= 1SM	707.476	1.692.181	2.103.208	64.693	1.298.855	1.508.504	772.169	1.659.228	2.053.384
Subtotal hombres	1.595.594	933.264	1.153.965	579.349	342.382	429.231	2.174.943	775.869	960.914
Mujer									
Pobreza extrema (Indigencia)	68.659	60.572	69.869	72.715	51.315	44.140	141.374	55.811	56.636
Pobreza moderada	276.217	169.564	116.557	98.304	110.394	68.225	374.521	154.033	103.871
No pobres	1.729.878	1.064.119	724.786	329.331	397.018	219.532	2.059.209	957.429	643.980
* NoPob < 1SM	792.505	410.790	255.157	289.144	282.156	136.949	1.081.649	376.404	223.558
* NoPob >= 1SM	937.373	1.616.477	1.121.835	40.187	1.223.446	813.712	977.560	1.600.320	1.109.168
Subtotal mujeres	2.074.754	911.815	622.138	500.350	290.464	164.315	2.575.104	791.085	533.182

* Los rangos de ingreso se calculan clasificando a cada persona según el ingreso per cápita del hogar.

En pobreza extrema incluye personas con ingresos entre cero y una línea de indigencia (LI); en pobreza moderada, entre una LI y una línea de pobreza (LP); en NoPob < 1SM, entre una LP y menos de un salario mínimo legal mensual (SM); y en NoPob >= 1SM, entre 1 SM o más.

Fuente: DANE, GEIH. Cálculos: Subdirección de Empleo y Seguridad Social –DDS – DNP

Otro aspecto a resaltar es la brecha del ingreso personal entre sexos a favor de los hombres. En las cabeceras la diferencia es de 1.9 veces mientras que en las áreas rurales asciende a 2.6 veces. Así, se confirma que las mujeres también resultan menos favorecidas que los hombres en términos de ingresos durante la vejez.

Conclusiones y recomendaciones

Del análisis anterior se pueden extraer algunos aspectos que importarán para el diseño de política pública frente a la población adulta mayor. En primer lugar, se observó que los adultos mayores son el grupo que más aporta a los oficios del hogar. En este sentido, la población adulta mayor puede ser tomada en cuenta como un actor muy importante para desarrollar políticas de bienestar y convivencia al interior de los hogares como, por

ejemplo, el uso del tiempo en el cuidado de otros miembros del hogar.

También se encontró que un 9% de los adultos mayores está en situación de discapacidad, lo cual puede incidir en su baja participación en el mercado laboral. Esta situación advierte sobre la necesidad de políticas de atención a la discapacidad especialmente para este grupo etario.

Otro hallazgo fue la gran participación que tiene la actividad de cuenta propia entre los adultos mayores que están ocupados. De esta manera, las políticas de emprendimiento y empresarismo deben tener en cuenta a los adultos mayores y ajustar los aspectos a que haya lugar para atender a este grupo, ya que puede haber un sesgo para la atención a otros grupos más jóvenes.

Por otra parte, resulta preocupante que un 20% de los adultos mayores manifiesta no recibir ingresos de algún tipo. Esta situación hace que aumente la dependencia que, de por sí, es marcada en esa etapa de la vida. En este sentido se requeriría aumentar la cobertura de los mecanismos para protección económica en la vejez como las pensiones, las transferencias del Estado y los beneficios económicos periódicos. De hecho se encontró que sólo un 25% de las personas mayores recibe ingresos por pensiones y un 30% de transferencias del programa Colombia Mayor, dejando una gran franja desprotegida. Además, los montos Colombia Mayor resultan muy bajos como para superar situaciones de pobreza o pobreza extrema especialmente en las áreas urbanas.

También se observa que existen grandes diferencias en los ingresos por sexo en detrimento de la mujer. Esta situación podría ser objeto de medidas de emprendimiento o empresarismo para aumentar los ingresos de la mujer o de una mejor focalización hacia la mujer de los mecanismos de protección económica en la vejez que brinda el Estado.

Autor

Cesar Augusto Merchan Hernandez
Subdirector de Empleo y Seguridad Social
camerchan@dnp.gov.co

Referencias

Banco Mundial 1994. "Envejecimiento sin crisis". Washington D.C.
Merchán César 2002. Pensiones: conceptos y esquemas de financiación. En: Archivos de Economía, No. 177, febrero. Departamento Nacional de Planeación.
Villar L. y otros 2015. Protección económica a la población mayor en Colombia. En: Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha 2015, Misión Colombia Envejece.

El cuidado en la era del envejecimiento poblacional en Colombia

El presente artículo tiene como objetivo exponer las realidades y los retos que debe enfrentar el régimen de cuidado que opera en Colombia para procurar una atención eficaz y universal en los próximos años que esté acorde con los cambios en la estructura demográfica durante las próximas décadas. El proceso de transición demográfica obliga a repensar la forma en que se concibe, solicita, organiza, y se provee este servicio. El principal antecedente es el informe de investigación llamado Misión Colombia Envejece, realizado por investigadores de la Fundación Saldarriaga Concha y la Fundación para la Educación Superior y Desarrollo – Fedesarrollo.

El acelerado proceso de transición demográfica de la población colombiana tendrá grandes repercusiones en su estructura y composición por edades. Con el cierre del bono demográfico en los próximos años, se espera una estructura demográfica con edades más envejecidas, con una participación cada vez mayor de las personas mayores. Según datos de Pachón (2012) citados en el estudio Misión Colombia Envejece 2015, la población de 60 años y más pasó de representar el 7% en 1985 al 10% en la actualidad y se estima que este porcentaje alcance el 23% para el 2050. Al analizar los grupos de edad, las cifras estimadas son contundentes: mientras que la población total de Colombia se duplicará entre 1985 y 2050, al pasar de 31 millones a 61 millones de personas, el grupo de población entre 60 y 70 años se multiplicará por 6.4 y el grupo de 80 años o más por 17 (Misión Colombia Envejece, 2015).

El aumento de la proporción de las personas mayores en la población total y el consecuente cambio en la estructura demográfica del país, invitan a pensar en el sistema de cuidado del cual se valdrá la sociedad colombiana para afrontar estos cambios. A partir de la evidencia de otros países que actualmente están más envejecidos y del proceso de transición demográfica en el cual se

encuentra la población colombiana, una mayor longevidad de las personas -asociada al proceso de envejecimiento y los patrones de morbilidad de la población, supondrá una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las cuales sobresalen la diabetes, la hipertensión, las demencias y las enfermedades cerebrovasculares. Esto significa que las personas mayores, a medida que siguen envejeciendo, demandarán más servicios de cuidado a medida que sus niveles de dependencia aumentan a causa de estas enfermedades y otras causas que deriven en algún tipo de limitación en el ejercicio de sus actividades diarias.

Una de las preocupaciones que surgen a partir de estas proyecciones radica en la organización de la oferta de cuidado para satisfacer esta nueva demanda. Tradicionalmente, el cuidado ha sido una actividad que se desarrolla en los hogares y dentro de ella, por las mujeres. Sin embargo, los cambios en las normas sociales y laborales han puesto a competir el tiempo y los recursos disponibles de los cuidadores, quienes muchas veces tienen problemas tratando de conciliar sus responsabilidades laborales y de cuidado, en los que también se incluyen niños y personas con discapacidad. Paralelamente, algunos hallazgos de la Misión Colombia Envejece dan cuenta de la

institucionalidad débil que regula el cuidado y la participación insuficiente o incompleta del Estado y el mercado en la oferta de servicios que pudieran desconcentrar esta responsabilidad en los hogares y permitir la satisfacción efectiva de las necesidades de las personas mayores solicitantes de cuidado.

Estas proyecciones y nuevas dinámicas invitan a pensar en los numerosos retos que tiene el país para enfrentar la mayor demanda de cuidado y las exigencias específicas definidas en su mayoría a partir del perfil de morbilidad de las personas mayores en las próximas décadas.

Misión Colombia Envejece

Movidos por esta realidad, la Fundación Saldarriaga Concha y Fedesarrollo emprenden en 2014 la investigación Misión Colombia Envejece, con el objetivo de analizar más a fondo el proceso de envejecimiento de la población para el periodo 2015-2050 y producir evidencia científica sobre las implicaciones del proceso de envejecimiento y la vejez en el país en los temas de salud, pensiones, mercado laboral y ahorro, cuidado y construcción de paz. Dicha investigación ofrece un panorama del envejecimiento y sus implicaciones en diversas áreas sociales y económicas. Frente al tema de cuidado, la Misión da respuesta a las siguientes preguntas:

- *¿Está Colombia preparada para el envejecimiento de su población?*
- *¿Cuál es el efecto del envejecimiento en Colombia sobre el cuidado de las personas mayores?*
- *¿Cuáles son las características de este fenómeno en los diferentes subgrupos de la población cuando se distingue por sexo, nivel socioeconómico, rural y urbano?*

El estudio Misión Colombia Envejece es de carácter mixto, combinando enfoques cualitativos y cuantitativos. Para la parte cuantitativa se realizaron análisis descriptivos con el uso de datos secundarios provenientes de encuestas de hogares a nivel nacional, desagregando por sexo,

grupos etarios, nivel socio económico y tipo de familia entre otros. Para la parte cualitativa, se realizaron grupos focales con personas de 60 años o más y entre 40 a 60 años, en tres regiones del país (Nariño, Córdoba y Cundinamarca), divididos en grupos de hombres y mujeres, y grupos mixtos con personas entre 40 a 60 años en áreas rurales y en Bogotá. Así mismo, se realizaron entrevistas con expertos en cada uno de los temas, al igual que estudios de caso en contextos golpeados por la violencia y el conflicto armado.

Este artículo sintetiza los resultados de esta investigación en el tema de cuidado en la vejez y las recomendaciones que surgen a partir de éstos, con el ánimo de sugerir algunos cambios necesarios para atender los nuevos retos del cuidado en el país.

Entendiendo el cuidado desde un enfoque de envejecimiento

El cuidado es un concepto al que se le pueden atribuir diversas definiciones dependiendo de las temáticas y los ámbitos de estudio en los que se trate. Razavi & Staab (2008) definen el cuidado como la acción de brindar asistencia a una persona con el fin de apoyar total o parcialmente la ejecución de una actividad. Dicha asistencia o apoyo puede manifestarse en la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o bien, en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Mientras que las primeras atienden actividades tales como bañarse o vestirse, las segundas hacen referencia comúnmente a labores domésticas o logísticas como asear la casa, mercar o brindar transporte, entre otros, y que soportan las actividades diarias.

Al examinar la interacción entre quien solicita y quien provee cuidado, es posible determinar dos formas de abordar la acción de cuidar: de manera directa o indirecta. El primero se identifica cuando la persona a quien se le atribuye la responsabilidad de cuidado es la misma persona encargada de proveerlo. El segundo se diferencia en que el responsable se encarga de la supervisión del cuidado más no de proveerlo. En esta dinámica, el responsable adopta el rol de administrar del

cuidado de una persona y vela porque el tercero encargado de proveerlo lo haga de la mejor manera.

Aunque el cuidado se entienda como una acción de carácter unidireccional, es decir, desde quien lo provee hacia quien lo solicita, existe un tercer elemento llamado ayuda o apoyo socioemocional, paralela a la acción de cuidar y que transforma el cuidado en una actividad de naturaleza bidireccional. Según Walker, Pratt & Eddy (1995) el apoyo socioemocional hace referencia a la retroalimentación emocional y afectiva de una relación de cuidado. El apoyo socioemocional advierte una dinámica de interdependencia que de alguna manera tiene potencial de lograr un efecto compensatorio en el cuidador, ayudar a la salud mental del solicitante y por consiguiente, fortalecer los lazos entre ellos (Misión Colombia Envejece, 2015). Este tercer elemento es una pieza fundamental del cuidado pues de él dependen la calidad, oportunidad, las razones y con ello, la persistencia en el cuidado.

Por último, es importante mencionar que el cuidado puede realizarse en el marco de la formalidad; remunerado y ofrecido comúnmente por instituciones públicas, privadas o mixtas reguladas para hacerlo; o en la informalidad, está regulado ni supervisado por entidades competentes. El cuidado informal incluye a la familia, parientes, miembros de la comunidad o allegados al solicitante que se ofrecen para brindarle asistencia y además, se caracteriza por no ser remunerado.

Entender las dimensiones del cuidado implica, en primer lugar, definir los criterios según los cuales se fundamenta. Según Walker, Pratt & Eddy (1995), el cuidado se fundamenta en el grado de dependencia de la persona que lo solicita. Este criterio sugiere que el nivel de dependencia de una persona en la realización o en la ejecución de una labor de la vida diaria, define si la asistencia brindada se enmarca dentro del cuidado o no. De ser así, el criterio de dependencia advierte que la asistencia de una persona a otra en la realización de una actividad será catalogada como cuidado siempre que el receptor necesite de esa persona para llevarlas a cabo y no pueda realizarla por sí

sola, de lo contrario, se habla explícitamente de ayuda mas no de cuidado. Con esto, queda claro que el cuidado depende en cierta forma de la capacidad funcional y de la autonomía del solicitante más no de las actividades apoyadas.

Esta delimitación conceptual ayuda a entender la importancia, y con ello, las dimensiones del cuidado. Bookman & Kimbrel (2011, en Misión Colombia Envejece, 2015) exponen algunas de las dimensiones más importantes del cuidado, que son:

(1) la *dimensión temporal*, con énfasis en el corto o el largo plazo, o la intermitencia en la asistencia a los adultos mayores que solicitan cuidado; (2) la *dimensión geográfica*, es decir, la distancia y el tiempo de desplazamiento entre quien recibe y quien provee el cuidado; (3) *dimensión de residencia*, que evalúa si la persona cuidada vive o si debería vivir con su cuidador, teniendo en cuenta factores de seguridad y accesibilidad; (4) *dimensión financiera*, que determina la obtención de cuidado de parte de la familia, el Estado, la comunidad o el mercado de servicio privado; (5) *dimensión del estado de salud*, y con ello el tipo de cuidado – instrumental o no- que la persona necesita; (6) *dimensión ética y de representación legal*, aludiendo al grado de involucramiento en la toma de decisiones de carácter legal o económico del cuidador en función del nivel de autonomía y dependencia de la persona siendo cuidada; y (7) la *dimensión emocional, moral y espiritual*, que de alguna manera se encuentra ligada al concepto de apoyo emocional entre la persona siendo cuidada y su cuidador y a las expectativas del cuidado (Walker, Pratt, & Eddy, 1995).

La oferta tradicional de cuidado: mujeres y hogares

Las labores del cuidado han recaído históricamente en la mujer debido a razones estructurales e ideológicas (Bazo & Ancizu, 2004; Walker, Pratt, & Eddy, 1995). La feminización del cuidado es un fenómeno que sienta sus bases en la falsa noción de los atributos “innatos” o

“naturales” de la mujer para realizar labores domésticas.

En Colombia, al igual que en América Latina, el cuidado reposa en la familia y por consiguiente es una labor por la cual no se recibe una remuneración. No obstante, el cambio en las estructuras económicas y sociales ha permitido la inclusión de la mujer en actividades productivas remuneradas en el mercado laboral, lo que ha hecho posible su reivindicación como agentes de ingresos para sus hogares (Bookman, Kimbrel, 2011; Bazo & Ancizu, 2004). La participación de la mujer en espacios de trabajo remunerados problematiza la estructura de oferta tradicional de cuidado (Ullmann, Maldonado & Rico, 2014; Esquivel, 2011).

La situación parecería agravarse si se tiene en cuenta la disparidad en el cruce de roles entre hombres y mujeres en los hogares; mientras la mujer participa cada vez en las labores domésticas y en labores de generación de ingreso simultáneamente (actividades productivas remuneradas), la intervención del hombre en actividades domésticas como el cuidado sigue siendo pasiva y marginal (Misión Colombia Envejece, 2015).

La eventual sobrecarga para la mujer adulta, al tratar de distribuir su tiempo entre las responsabilidades laborales y domésticas, incluyendo el cuidado, no solo a personas mayores sino también a los hijos o familiares con discapacidad, deriva en un mayor riesgo para su salud y para su bienestar en general. Lo anterior sin mencionar el riesgo a la dependencia económica al que se enfrentan constantemente. El tiempo y el esfuerzo que pudieran emplearse en trabajos remunerados se sacrifican para atender las necesidades domésticas. La prolongación de esta situación conduce a un círculo vicioso que, a la luz de la teoría de la desventaja acumulativa, genera un estancamiento en la pobreza.

Los cambios en las estructuras familiares en los hogares obligan a una reorganización en la asignación de las responsabilidades de cuidado. En primer lugar, el incremento de los hogares monoparentales con jefatura femenina afectará el

cuidado, toda vez que la cabeza de familia está llamada a asumir simultánea e individualmente las labores de cuidado y generación de ingresos (Ullmann, Maldonado & Rico, 2014). Para el caso colombiano, los mismos autores (Ibíd.) señalan el incremento en los hogares monoparentales, al pasar de 10,9% en el año 2000 a 13,2% en 2010, y los hogares unipersonales de 7,2% a 12, 6% respectivamente (Misión Colombia Envejece, 2015).

Por otro lado, la reducción del tamaño de la familia explicado, principalmente, por la reducción en la tasa de fecundidad global será otro de los retos en la organización del cuidado familiar en tanto los hijos adultos contarán con una red de hermanos y descendientes cada vez menor por medio de la cual pudieran repartirse esta responsabilidad (Misión Colombia Envejece, 2015). Ante estas proyecciones, se espera que parientes de generaciones más jóvenes acudan a suplir la escasez de cuidado de algún familiar, como por ejemplo los nietos o bisnietos.

Algunos estudiosos del cuidado, como Sojo (2011), subrayan que las personas mayores son importantes cuidadoras de sus nietos, facilitando la conciliación entre la vida laboral y familiar de sus hijos. Más aún, Hopenhayn, Sojo, & Mancero (2012) sostienen que las personas mayores cuentan con todo un abanico de experiencias y conocimientos que pueden utilizarse productivamente por vía del cuidado intergeneracional. Estas nuevas formas de cuidado entre generaciones distintas han cobrado relevancia en la literatura a medida que las formas tradicionales de cuidado familiar cambian en el tiempo.

Los cambios en las estructuras sociales, laborales y domésticas del país sugieren un nuevo entendimiento de lo que significa el cuidado para el bienestar social y las transformaciones institucionales necesarias para acoplarnos a esta nueva realidad. La redistribución de las responsabilidades entre el Estado, el mercado y los hogares, y la reasignación de los roles dentro de estos últimos, son dos esfuerzos fundamentales en este aspecto. Sin embargo, es indispensable conocer a profundidad el estado en el cual se

encuentra el actual régimen de cuidado, de manera que sea posible identificar los retos a afrontar satisfactoriamente y también las consecuencias de no intervenir oportunamente. En este contexto, el presente documento ofrece una respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cómo se perfila la organización social de cuidado de las personas mayores teniendo en cuenta los cambios en la estructura demográfica del país?

Se postulan las siguientes tres hipótesis de trabajo que son estudiadas a lo largo del análisis y que finalmente se ven sustentadas en los hallazgos más destacados de la Misión Colombia Envejece:

IA - La mayor longevidad de las personas mayores traerá consigo el aumento de una demanda de cuidado diversa y heterogénea; existe una expectativa alta o preferencia de que sea la familia la fuente principal de cuidado.

IB - La actual estructura de oferta de cuidado se muestra insuficiente y poco preparada para atender las nuevas exigencias de las personas mayores, quienes en algunos casos reciben y proveen cuidado simultáneamente en los hogares.

IC - Una de las iniciativas de la Fundación Saldarriaga Concha es profundizar y seguir explorando las potencialidades de las relaciones intergeneracionales como medios para reorganizar las responsabilidades de cuidado, fomentar el envejecimiento activo de la población y contribuir a la inclusión de las personas mayores en actividades familiares y comunitarias.

Desarrollo

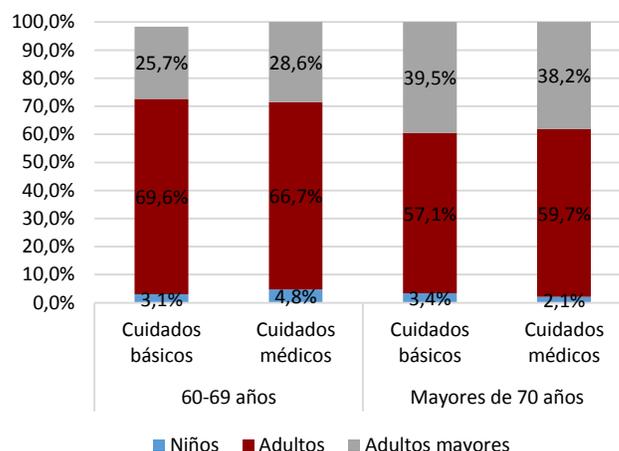
IA. Estructura de la demanda de cuidado IA - La mayor longevidad de las personas mayores traerá consigo el aumento de una demanda de cuidado diversa y heterogénea, y existe una expectativa alta de que sea la familia la fuente principal de cuidado.

Los principales cuidadores de personas mayores son adultos, seguidos de otras personas mayores. Según cifras de la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo – ENUT 2012, alrededor de un 60% del cuidado básico y médico es brindado por adultos y un 30% por personas mayores (Figura 1).

Entre los datos, resalta el hecho de que el porcentaje de las personas mayores cuidadoras aumenta a medida que la edad de las personas mayores solicitantes aumenta también. Es decir, mientras que en el grupo de 60-69 años del 26% al 29% de los cuidados básicos es brindado por personas mayores, este porcentaje aumenta entre un 38%-39% para el grupo etario de 70 años o más.

Una de las razones para explicar este fenómeno es el rol que adquiere la pareja contemporánea del solicitante cuando éste empieza a requerir cuidado a medida que envejece.

Gráfica 1. Distribución de cuidadores por tipo de cuidado de las personas de 60 años o más, 60 a 69 años y mayores de 70 años



Fuente: Misión Colombia Envejece 2015 a partir de Encuesta Nacional de Uso de Tiempo 2012

Los datos del estudio Misión Colombia Envejece revelan el deseo de las personas mayores de nivel socioeconómico bajo y medio de ser cuidadas por algún familiar. Esto puede obedecer a motivaciones económicas porque no cuentan con los recursos económicos suficientes para acceder a servicios de cuidado a domicilio o en una

institución. Además, existe también una falta de conocimiento sobre la importancia del ahorro y la planeación financiera a largo plazo que permita el consumo de estos servicios en épocas de vejez.

Esta problemática parece afectar más a las mujeres, quienes manifiestan su menor participación en el mercado laboral a lo largo de sus vidas y por su constante participación en el cuidado familiar. Por esta razón, estas personas permanecen en la informalidad o sin empleo, dependiendo de subsidios estatales o de transferencias al interior del hogar, y por ende se ven condicionados al cuidado familiar.

A medida que aumenta el nivel de ingresos, las personas, que en su mayoría se encuentran en el mercado laboral, proyectan las responsabilidades de cuidado fuera de la familia y en servicios de cuidado más especializados y tecnificados. Este es el caso de las generaciones más jóvenes, próximas a entrar al grupo de 60 años o más y de las personas mayores de ingresos medios y altos. Estas personas anticipan una potencial dependencia como una carga que quisieran evitarle a la familia.

En las zonas rurales, la familia sigue considerándose como la principal fuente para recibir cuidado. Esto podría deberse a una sucesión de tradiciones y normas sociales que asignan esta responsabilidad en la familia. Otra razón es que las fuentes de cuidado alternas a la familia son inexistentes o inaccesibles. A esto, la Misión Colombia Envejece (2015, pg. 456) añade que:

<<las personas de las áreas rurales están menos preparadas económicamente para la vejez. Esto es así porque hay un acceso más restringido a los trabajos formales y porque los ingresos de los empleos en el sector agrícola son inestables: se pagan por día o por semana y dependen de los ciclos de los cultivos. Adicionalmente, según los testimonios, las personas del campo tienen muy

poca información sobre ahorro, pensiones y preparación económica en general.

Es importante mencionar que a pesar de la presencia de los Centros Día³⁷ y de protección de las personas mayores financiados por la estampilla al adulto mayor, este tipo de oferta sigue siendo insuficiente e incompleta, llegando principalmente a las zonas urbanas y a las cabeceras de los municipios, dejando sin acceso a las personas mayores de las áreas rurales, en especial a aquellas que viven en zonas alejadas de las ciudades y en contextos geográficos difíciles.

Tanto en las zonas urbanas como rurales, las personas mayores y los grupos de 40 a 60 años priorizaron el apoyo socioemocional y el buen trato, seguido de las necesidades básicas e instrumentales. Este hallazgo sugiere que las personas conciben con igual o mayor importancia el apoyo en las necesidades básicas e instrumentales y el componente afectivo, del cual dependerá el grado de satisfacción del solicitante. El apoyo socioemocional constituye un pilar fundamental del cuidado toda vez que de él se retroalimentan los vínculos afectivos que hacen que las acciones de cuidado se repliquen en el tiempo. La ausencia de este componente debilita las relaciones de cuidado.

Los vínculos afectivos en un entorno de cuidado son difíciles de construir cuando no existe una relación de confianza y empatía entre el proveedor y el solicitante. Una de las hipótesis que surge a partir de la investigación es que las personas asignan las responsabilidades de cuidado en la familia por cuanto existen vínculos afectivos preexistentes que favorecen el apoyo socioemocional requerido para esta labor. Aunque los vínculos afectivos no son exclusivos de los entornos familiares, es difícil crearlos por fuera de la familia. Por ejemplo, es difícil pensar en la formación de vínculos afectivos en centros de cuidado donde la estabilidad del personal y de los mayores es incierta, y además donde existen

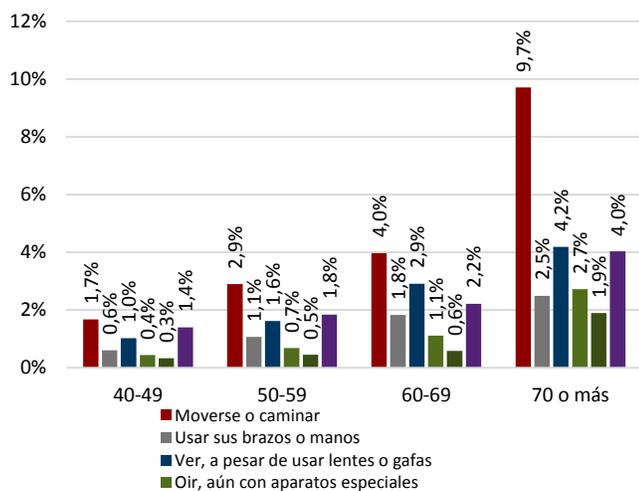
³⁷ Según la Ley 1315 de 2009, los Centros Día son todas aquellas instituciones públicas, privadas o mixtas, regidas por esta ley, destinadas al cuidado, bienestar integral y asistencia para las personas mayores durante las horas diurnas. Estos

Centros están dedicados a la prestación de servicios que tengan como fin beneficiar desde un enfoque de derechos a las personas mayores.

personas mayores, que por su alto grado de dependencia exijan física y mentalmente al cuidador, aumentando su riesgo al desgaste (*burnout*).

Una forma de inferir el cuadro de necesidades de la población mayor es estudiando las limitaciones que manifiestan y su severidad. Según la Misión Colombia Envejece, la principal limitación para todos los grupos etarios de 50 años o más, tanto en zonas urbanas como rurales, es para moverse o caminar (Figura 2). Estas dificultades significan, en primer lugar, asistencia instrumental en el ejercicio de locomoción para el desarrollo de las actividades cotidianas dentro del hogar. En segundo lugar, la dificultad en el movimiento de las partes del cuerpo se enmarca, en algunos casos, como necesidades de asistencia básica, toda vez que se trate de actividades como bañarse, vestirse o en casos más extremos para comer. El aumento de estas demandas, en ausencia de adultos cuidadores en los hogares invita a pensar en la satisfacción del cuidado de las personas mayores en su vida cotidiana, las nuevos actores que entran o no, y bajo qué circunstancias entran a suplir la ausencia de los adultos cuidadores, como por ejemplo nietos o bisnietos (este punto se discutirá más en el apartado IC del presente documento).

Grafica 2. Porcentaje de personas con limitaciones permanentes según tipo de limitación por grupos etarios



Fuente: Misión Colombia Envejece 2015 a partir de Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

A pesar de que la fuente de cuidado principal recae en la familia, las personas mayores reconocen que su cuidado viene acompañado de exigencias físicas, psicológicas y económicas que no quisieran transferir a sus hijos adultos, pues reconocen los esfuerzos suplementarios necesarios. Más aún, las personas mayores manifestaron la preocupación de que el desgaste persistente de sus cuidadores conlleve a la vulneración, o al rompimiento de los vínculos afectivos entre ellos: una realidad que antecede el abandono y el olvido. Frente a este punto, las personas expresaron su preocupación de terminar en esta situación.

Como cada hijo tiene su vida independiente, entonces yo seguiré en mi casa y me irán a visitar. Porque uno no puede ser una carga para los hijos ni para los nietos. La decisión ya es de ellos, de los sentimientos que tengan. (Mixto, altos ingresos, Montería)

Hay muchas cosas por hacer, y también tengo pensado no ser una carga para mi familia. Eso es lo que uno más piensa. (Mixto, 40 a 60 años, Bogotá)

Esta percepción anticipada puede causar estrés y un daño psicológico al potencial receptor de cuidado, al punto de afectar su salud mental y sus proyectos de vida durante la vejez a medida que percibe incertidumbre en su futura calidad de vida, bienestar emocional y red de apoyo durante sus próximos años de vida. La problemática se acentúa cuando se evalúa la percepción de sus familiares, en especial aquellos de las generaciones adultas jóvenes, quienes están más prestos a renunciar a las responsabilidades de cuidado que anteriormente se transferían con mayor facilidad entre generaciones. En este caso, el abandono de los hijos se asocia a la institucionalización o al completo abandono.

Ahora, como dicen por ahí, “si tienes una vejez necia, entonces hay que meterte en un ancianato”, porque la juventud de ahora no es como la de antes. Yo, por ejemplo, fui siempre de atender a mi viejita, hasta lo último... La juventud de ahora no es así. (Mujeres, pensionadas, Montería)

El rompimiento de los lazos entre las personas mayores y sus familias representa una fractura del tejido familiar, generando dinámicas de segregación en la sociedad y generando un impacto psicológico negativo en la generación mayor. Según una de las personas entrevistadas:

La crisis que está enfrentando la familia como núcleo es la principal debilidad que hay, porque las personas dejan a las personas mayores en un espacio en el que se deshacen de ellas, no hay una reciprocidad de atención frente a lo que ellas alguna vez hicieron por nosotros cuando éramos chiquitos. Ahora tenemos tantas cosas que hacer, que ya no hay tiempo para atender a las personas mayores. (Entrevista a profundidad)

En síntesis, las personas refieren a la familia como la principal fuente de cuidado salvo aquellas de mayores ingresos y adultos entre 40 y 59 años de ingresos medios-altos de las zonas urbanas. Los hallazgos de la Misión Colombia Envejece sugieren que la expectativa de cuidado reposa en la familia por varias razones, entre las que se encuentran: los vínculos afectivos preexistentes a las necesidades de cuidado que fortalecen el componente socioemocional del cuidado *ex ante*; la oferta restringida de servicios de cuidado *extrafamiliares*, especialmente en áreas rurales; y, la falta de preparación económica para la vejez que dificulta el acceso a dichos servicios alternos. Sin embargo, las personas también manifiestan el riesgo de que su cuidado repose en la familia, por el temor a que sus cuidadores entren en situación de desgaste a tal punto de afectar los vínculos afectivos.

Por último, resulta interesante profundizar en futuros estudios si las personas deciden acudir al cuidado familiar porque su situación económica no les permite acceder a servicios alternos, o bien porque ven en la familia la mejor alternativa para su cuidado. En otras palabras, estudiar qué tanta autonomía tienen las personas mayores en su proyecto de cuidado.

IB - La actual estructura de oferta de cuidado se muestra insuficiente y poco preparada para atender las nuevas exigencias de las personas mayores, quienes en algunos casos reciben y

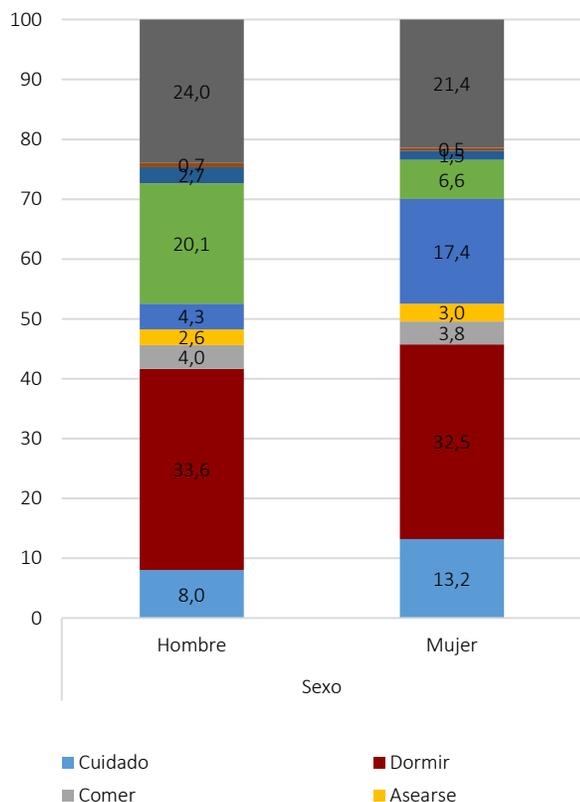
proveen cuidado simultáneamente en los hogares.

Los resultados cualitativos de la Misión Colombia Envejece concuerdan con la literatura al sugerir que las personas cuidadoras de ingresos bajos cuentan con una mayor flexibilidad para atender simultáneamente las labores de cuidado y aquellas ligadas al ingreso, debido a la flexibilidad laboral que ofrece el autoempleo y los trabajos informales, y por el acceso a subsidios que logran suplir el ingreso mínimo necesario. Asimismo, existe la posibilidad de que estos cuidadores externalicen las labores de cuidado mediante la remisión de las personas mayores dependientes a centros estatales de atención para esta población.

Algunos datos de la Encuesta Nacional de uso de Tiempo – ENUT 2012 dan cuenta de la mayor dedicación que tienen las mujeres sobre los hombres en las labores de cuidado durante el día. Según la encuesta, mientras que las mujeres de 60 años o más dedican en promedio un 13.2 % (3.2 horas) de su tiempo al cuidado de otras personas, los hombres dedican un 8 % (1.9 horas) (Figura 3). Estos resultados confirman la evidencia analizada en el marco conceptual según la cual la carga de cuidado y las labores del hogar son asumidas comúnmente por la mujer y que generan desequilibrios en las responsabilidades del ámbito doméstico. Según los hallazgos de la Misión Colombia Envejece:

Mientras que las mujeres de 40 a 49 años le dedican al cuidado un 17 % en promedio –cuatro horas– de su tiempo por día, las mujeres de 50 a 59 años le dedican un 14 % (3.4 horas), las de 60 a 69 un 13.3 % –3.2 horas– y las de 70 o más un 10.9 % –2.6 horas. Esta diferencia se explica porque, en general, las mujeres entre los 40 y los 59 años pueden estar cuidando a la vez a sus padres y a sus nietos, mientras que en edades más avanzadas cuidarán a sus nietos y probablemente a sus parejas, pero no a sus padres. En los dos sexos aumenta con la edad el número de horas que se dedican al sueño, lo que puede atribuirse al desgaste fisiológico que viene con el incremento de la edad cronológica.

Gráfica 3. Uso del tiempo de personas de 60 años o más por sexo. Total nacional



Fuente: Misión Colombia Envejece 2015 a partir de Encuesta Nacional de Uso de Tiempo 2012

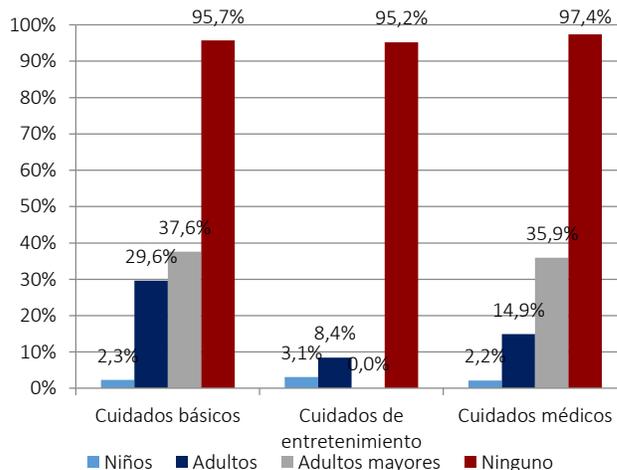
Las actividades en que se desenvuelve el cuidado de personas mayores a otros, se enmarcan principalmente en actividades de cuidado básico³⁸, seguidas de cuidados médicos y de entretenimiento (Figura 4) (ENUT, 2012). Los principales beneficiarios de los cuidados básicos son: otras personas mayores (38%), adultos (30%) y por último, niños (2%) (Figura 5 y 6).

Con respecto a los cuidados de entretenimiento, los mayores beneficiarios son adultos (8%) seguidos de niños (3%). Finalmente, de los cuidados médicos se benefician primordialmente

³⁸ Las actividades de cuidado básico comprenden la alimentación y el baño. Las de entretenimiento incluyen los juegos, leer cuentos, llevar al parque, ayudar con las tareas y llevar al sitio de estudio. Los

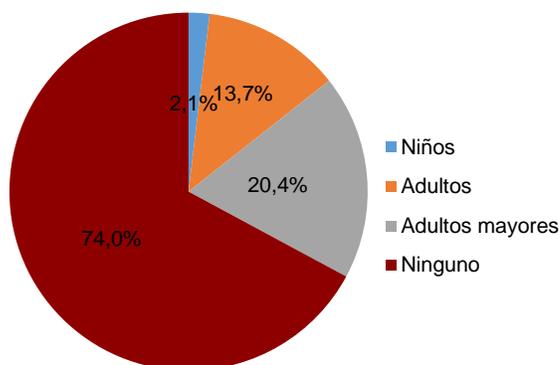
otras personas mayores (36%), seguidos de adultos (15%), y finalmente niños (2%) (Misión Colombia Envejece, 2015).

Gráfico 4. Proporción de las personas de 60 años o más según a quien cuidan, por tipo de cuidado



Fuente: Misión Colombia Envejece 2015 a partir de Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2012-2013

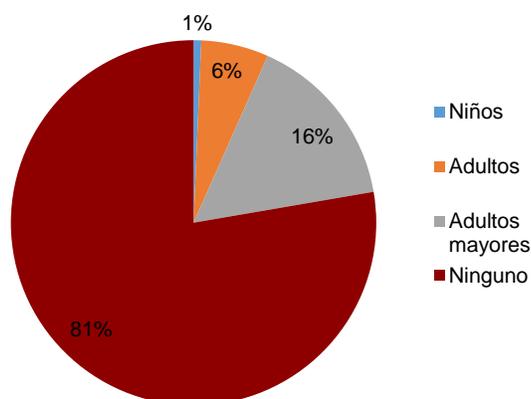
Gráfico 5. Distribución de personas entre 60 y 69 años según a quien cuidan



Fuente: Misión Colombia Envejece 2015 a partir de Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2012

cuidados médicos incluyen dar medicamentos y llevar a citas médicas.

Gráfica 6. Distribución de personas de 70 años o más según a quien cuidan



Fuente: Misión Colombia Envejece 2015 a partir de Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2012

Como se mencionó anteriormente, las personas mayores -especialmente las mujeres, reciben a la vez que proveen cuidado en los hogares. La Misión Colombia Envejece subraya que las mujeres mayores son importantes cuidadores de nietos, seguido de padres, hijos y la pareja. Estos datos concuerdan con la literatura al sugerir que las mujeres, aún durante su vejez, tienen un rol de cuidadoras *multigeneracionales* en contextos en los que las familias extensas habitan en el mismo hogar.

Mi mamá tiene 84 años. Se ve joven, pero tiene una enfermedad que ya no para. Yo tengo que llevarla, traerla...de todo.

(Mujeres mayores, ingresos medios, Ayapel)

A mí me toca cuidar a mi compañero.

(Mujeres mayores, pensionadas, Montería)

Yo ahorita vivo con un hijo discapacitado.

(Mujeres mayores, pensionadas, Montería)

Trabajé en una empresa. Ahora soy pensionada y cuido a mis nietos.

(Mujeres mayores, pensionadas, Bogotá)

En conclusión, la oferta de cuidado se encuentra altamente concentrada en los hogares y dentro de ellas, las mujeres son quienes dedican más tiempo al cuidado. Este cuidado no se limita a los pares sino también a personas de distintas generaciones dentro del entorno familiar. Este fenómeno de concentración expone el gran desequilibrio dentro del régimen de cuidado en el país, en términos de

fuente y también de género. A pesar de los esfuerzos del Estado, su actual modelo institucional presenta insuficiencias en términos de calidad y cobertura que empeoran la imagen que se tiene de esta alternativa.

Por otro lado, el mercado de cuidado tampoco ofrece opciones viables y afines a la realidad del país, en parte porque los incentivos que lo rodean son muy pocos y también porque sus modelos de negocio contemplan casi que de manera exclusiva al segmento de mercado de altos ingresos de los estratos más altos. Como se discutirá más adelante, es indispensable el liderazgo del Estado en la redistribución de las cargas dentro del Régimen mediante la implementación de políticas sociales coherentes con las realidades sociales, culturales y económicas del país.

Por último, y en aras de transformar el cuidado como una carga, es importante mencionar que las responsabilidades de cuidado en la familia, en especial de las personas mayores cuidadoras, deberían adoptarse autónoma y voluntariamente, por medio de negociación y consenso y no por vías de la imposición. No obstante, para que esto sea posible, los solicitantes deben contar primero con alternativas de cuidado a su alcance geográfico y adquisitivo.

IC. Una de las iniciativas de la Fundación Saldarriaga Concha es profundizar y seguir explorando las potencialidades de las relaciones intergeneracionales como medios para reorganizar las responsabilidades de cuidado, fomentar el envejecimiento activo de la población y contribuir a la inclusión de las personas mayores en actividades familiares y comunitarias

La retribución y el cuidado intergeneracional son dos conceptos claves para entender las dinámicas de cuidado desde la esfera familiar. La noción de retribución justifica el emprendimiento de las labores de cuidado de un familiar o ser querido. El principio de reciprocidad y de compensación explica por qué las personas deciden cuidar o depositar sus expectativas de cuidado en una persona de quien se espera un acto de retribución.

El cuidado intergeneracional explica dinámicas de retroalimentación positiva de saberes, experiencias y vínculos afectivos entre generaciones distintas.

Según el cruce de los resultados cualitativos, el *efecto carga* del cuidado guarda relación con la noción de retribución. Los resultados del análisis demuestran que las familias o sus potenciales cuidadores principales están dispuestos a asumir la carga del cuidado en compensación a las ayudas económicas o domésticas que las hoy personas mayores les prestan o les prestaron en el pasado. Estos son casos en que las dinámicas de reciprocidad definen acuerdos implícitos de cuidado entre distintas generaciones dentro de una familia.

De acuerdo con la literatura de la teoría de roles, la conciliación entre las responsabilidades laborales y domésticas – entre las que se encuentra el cuidado- pareciera no representar un efecto negativo de “carga”, sino que por el contrario, mejora la salud mental y física, además de tener un impacto positivo en los ingresos económicos para el adulto cuidador (Lahaie, Earle, & Heymann, 2012; Lee & Tang, 2013 en Misión Colombia Envejece, 2015).

El *efecto realce* en el cuidado intrafamiliar está relacionado con el deseo de retribución en razón de favores o ayudas prestadas por ellos en el pasado. Referencias cualitativas, como la de esta participante del grupo focal de mujeres pensionadas en Bogotá, sirve de ejemplo para entender a grandes rasgos los sentimientos que genera el cuidado dentro del abanico de necesidades posibles:

“Yo cuidé a mi suegra por diez años, pero había tanta empatía y tanto amor que uno puede, yo la molestaba mucho porque le decía yo <<Nadie la mando a que se convirtiera en niña, que nunca tuve una muñeca, le tocó aguantarse que usted sea mi muñeca>> y lo que dice, yo a ella le lavaba, le ponía, le quitaba, porque ella toda la vida fue muy pinchada, entonces que sus collares, que sus aretes y aun en sus noventa y dos años que murió, yo la arreglaba para que estuviera ella como siempre le había gustado y fue una experiencia muy bonita, y ahorita hace poquito la pastora de la ancianidad también se nos fue con la señora Claudia, otra bonita, también le cortaba el cabello, íbamos, la bañábamos, entonces seguimos como ese rol de cuidar a los abuelos, es como la misión y el carisma que Dios nos regaló,

entonces nosotros frecuentemente visitamos y ese es el trabajo que estamos haciendo hoy, visitarlos”.

(Mujeres, pensionadas, Bogotá)

Las dinámicas que ayudan a conceptualizar la oferta y la demanda del cuidado en las familias sustentan además algunos de los hechos evidenciados en la investigación. La participación cada vez mayor de los adultos en el mercado laboral, que involucra el traslado permanente o temporal a las grandes ciudades del país, no solo pone de manifiesto la escasez del cuidado a las personas mayores sino también de los hijos y de las generaciones más jóvenes de la familia.

El envejecimiento de la población colombiana obligará a una serie de cambios en la forma en que se provee y se recibe cuidado. Desde el punto de vista del cuidado familiar, la escases en la oferta de cuidado tradicional proveída por los adultos, y en especial las mujeres, generará una sobredemanda de cuidado que tendrá que ser suplida, en primer lugar, ampliando el portafolio de servicios de cuidado externos a la familia con el cumplimiento de estándares de cobertura y calidad que se traduzcan en un beneficio para la población mayor del país, tanto en zonas rurales como urbanas.

En segundo lugar, la ausencia de los adultos en los hogares y el aumento de las personas mayores en la estructura demográfica del país dan lugar a nuevas configuraciones de cuidado intrafamiliar en las que los demandantes tendrán, a su vez, la capacidad de satisfacer total o parcialmente las demandas de cuidado de otras personas. El cuidado intergeneracional parece manifestarse como una temática a estudiar con detenimiento: la intergeneracionalidad en las relaciones de cuidado ofrece beneficios que superan las necesidades exclusivas del mismo y permean otras áreas del desarrollo humano como lo es el envejecimiento activo de la población mayor de Colombia.

En el análisis de los datos cualitativos se identificaron las potencialidades del cuidado intergeneracional entre personas mayores y niños, comúnmente identificadas entre abuelos y nietos. Los efectos de este tipo de cuidado demuestran,

aunque de manera general, un beneficio para quien cuida y para quien es cuidado. Para las personas mayores, el cuidado intergeneracional pareciera brindar un espacio de participación en las responsabilidades domésticas fundamentales - como lo es el cuidado a los niños del hogar.

Además, brinda un ingrediente que, como se mencionó anteriormente, es un factor esencial del cuidado: el apoyo socioemocional. Por lo tanto, el apoyo socioemocional no solo ayuda a promover el envejecimiento activo y la salud mental de la persona mayor sino que también ofrece una ventana para el desarrollo socioemocional de los niños, un ingrediente fundamental para su desarrollo. Cuando se les preguntó a las personas mayores sobre sus necesidades prioritarias dentro de su cuidado, éstos hicieron referencia al componente socioemocional que acompaña el cuidado básico e instrumental:

“Yo tengo una sola hija con dos nietos, no me quejo para nada, hasta ahora, soy feliz con ellos [...] estoy dedicada a mis nietos, yo cuido a mis nietos [...]”
(Mixto, altos ingresos, Montería)

“Cuando estaban estudiando me tocaba sacarlos de la ruta, recogerlos y cuando no tenían la ruta me tocaba hasta el colegio y fue cuando me enfermé, entonces ahora solo los saco a la ruta y los recojo y al otro lo recojo al colegio, y cuando mi hija tenía que hacer otras cosas, entonces <<mami hágame el favor de recoger la niña al colegio>>, entonces me la pasaba recogiendo a los niños.”
(Mujeres, pensionadas, Bogotá)

“[...] Yo lavo, cocino, plancho, llevo los niños [los nietos] al colegio, los traigo y les tengo la comida [...]”
(Mujeres, víctimas, Bogotá)

A partir de las citas cualitativas se puede concluir una mayor disposición de las generaciones adultas (40-60 años) a externalizar sus responsabilidades de cuidado que implícitamente se le atribuyen. De la misma manera, esta futura generación de viejos tampoco espera que sus hijos o generaciones familiares más jóvenes los cuiden directamente. Estas decisiones se fundamentan en la percepción del

cuidado como una actividad de carga y desgaste para el cuidador.

Las oportunidades de envejecimiento activo para las personas mayores por vías del cuidado intergeneracional por un lado, y su riesgo a ser sujeto de exclusión, abandono o marginalización por el otro, son dos temas de suma importancia ya que de la relación entre ellos se pueden articular soluciones innovadoras para promover una vejez adecuada en el país.

Conclusiones y recomendaciones

Uno de los retos principales del cuidado es su visibilización y valoración como labor indispensable para las actividades productivas. Desde el punto de vista macroeconómico, los hogares sostienen de manera invisible el Producto Interno Bruto del país, manteniendo la fuerza laboral activa, productiva y disponible para ejercer labores remuneradas.

Los hogares también mantienen a aquellas personas mayores, que aunque no se encuentren dentro de la fuerza laboral, representan un capital humano importante para la transmisión de conocimientos, habilidades y destrezas a personas en capacidad de trabajar. En todo caso, el hogar es el espacio en el cual los bienes y servicios adquiridos en los mercados logran transformarse en bienestar efectivo para sus miembros.

Estos procesos de transformación recaen comúnmente en la mujer, quien asume este tipo de labores domésticas. Como se ha evidenciado en la literatura de la economía del cuidado³⁹, la división sexual del trabajo doméstico restringe las oportunidades de trabajo remunerado y en términos generales, la posibilidad de desenvolverse activamente en la sociedad. Aparte de ser ineficiente desde el punto de vista económico, es un tema de vulneración en el goce

mantenimiento de la vivienda, los cuidados a otras personas del hogar o a la comunidad, y el mantenimiento de la fuerza de trabajo remunerado” (Art. 2).

³⁹ Según la Ley 1413 de 2010 que regula la inclusión de la economía del cuidado en el Sistema de Cuentas Nacionales, la Economía del Cuidado “hace referencia al trabajo no remunerado que se realiza en el hogar, relacionado con el

efectivo de derechos. En las actividades de cuidado subyace una problemática de desigualdad e inequidad de género irresuelto.

El cuidado es una labor que aunque se desarrolla mayoritariamente en los hogares, su alcance beneficia a todo el país, aun cuando el Estado no se ha visto involucrado activamente en la formulación de políticas sociales para organizarlo, regularlo y fomentarlo.

El Estado deberá entender que el cuidado es un asunto público, que por los cambios en las estructuras demográficas, políticas y sociales del país, ha desbordado la esfera familiar y por ende es necesario su liderazgo en la formulación de políticas de protección social referentes a este tema.

En este mismo sentido, se espera una estructuración de un Régimen de Cuidado en el cual se reasignen los roles y responsabilidades entre los hogares, el mercado y el Estado, empleando desde el principio un enfoque de género. En aras de formular políticas públicas orientadas a la creación de un Sistema Nacional de Cuidado en el país, es importante encaminar estudios y seguir diseñando encuestas de alcance nacional como la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo - ENUT que permiten entender más a fondo el contexto y las particularidades del cuidado en el país, incluyendo las dinámicas en los distintos dominios en los que se desarrolla.

Los hallazgos de la investigación Misión Colombia Envejece también revelan la importancia de las relaciones entre jóvenes y mayores. Las nuevas formas de cuidado entre generaciones distintas han cobrado relevancia en la literatura a medida que las formas tradicionales cambian en el tiempo. Frente a este punto, es importante resaltar que la brecha generacional permite el intercambio de vivencias y conocimientos recogidos en tiempos y espacios distintos que mantienen la memoria familiar e histórica. El cuidado intergeneracional ofrece medios para valorar a la persona mayor como apta y capaz de asumir algunas de las responsabilidades en la familia o en la comunidad, procurando un mayor bienestar físico y mental al sentirse útil y activo en su vejez.

La atención de las necesidades emocionales de los niños y niñas de parte de las personas mayores en contextos de violencia, podría favorecer el desarrollo de actitudes, comportamientos y conductas favorables al ejercicio de relaciones más pacíficas. Es indispensable reconocer la importancia de la persona mayor; sus saberes, experiencias y sus atributos como persona, como agente de cambio, capaz de aportarle a la construcción de entornos más pacíficos por la vía del cuidado intergeneracional.

Es indispensable adecuar los entornos en los cuales las personas mayores habitan, incluyendo o modificando las estructuras, los bienes y los servicios a su disposición con el fin de garantizar una mejor calidad de vida, y sobre todo mayor sentido de agencia en el ejercicio de su propio cuidado. Estos entornos incluyen desde los privados (hogares) a los comunitarios (parques, vías, espacios comunales de integración). En primer lugar, es preciso garantizar una mayor accesibilidad en las viviendas de las personas mayores para que éstas o sus cuidadores puedan llevar a cabo labores básicas o instrumentales de su cuidado de manera más fácil y segura.

En segundo lugar, se sugiere una planificación territorial que entienda las nuevas demandas de la población en contextos urbanos y rurales. La dotación de centros médicos o de atención a la población mayor, y mercados de bienes y servicios de cuidado en lugares que faciliten el acceso al consumo físico o virtual de parte de las personas mayores. En tercer lugar, se deberá minimizar la exposición al riesgo de desatención y abandono de las personas mayores, especialmente aquellas que decidan vivir solas. En este punto, la familia o los allegados a las personas mayores deberán apoyar en la administración de la supervisión, vigilancia y acompañamiento alrededor del cuidado de estas personas.

El envejecimiento de la población colombiana implica que, con el paso del tiempo, habrá más personas demandando bienes y servicios especiales para su cuidado. Paralelamente, la demanda de nuevas tecnologías de la información y comunicaciones conduce a reflexionar sobre las

formas en que el cuidado se administra y se provee.

En Colombia, sabemos que la capacidad de las instituciones públicas es todavía muy limitada, heterogénea y desigual en distintas partes del país. Además, las características geográficas del país complejizan aún más la problemática de acceso y goce efectivo de estos servicios, incluso tratándose de servicios privados. Por esta razón, se considera que servicios virtuales como la teleasistencia, televigilancia y telemedicina son oportunidades que deben ser exploradas por el Estado y las empresas de servicios de cuidado a personas mayores, con el fin de superar las barreras institucionales y geográficas y así garantizar una mayor cobertura y calidad del cuidado en el país.

Autor

Alejandro Díaz Oramas
Analista Área Vida Saludable
Fundación Saldarriaga Concha
adiaz@saldarriagaconcha.org

Bibliografía

Bazo, M. T., & Ancizu, I. (Enero de 2004). El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas. *Reis*, 105, 43-77.

Bookman, A., & Kimbrel, D. (2011). Families and Elder Care in the Twenty-First Century. *The Future of Children*, 21(2), 117-140.

Brank, E., & Wylie, L. (2014). Differing perspectives on Older Adult caregiving. *Southern Gerontological Society*, 1-23.

Calderón, C. (2013). Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas. Publicación Organización de Naciones Unidas.

CELADE. (2008). Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

CEPAL. (2008). Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y El Caribe. Santiago de Chile: CEPAL.

Collins, N., & Feeney, B. (2003). Motivations for caregiving in adult intimate relationships: Influences on caregiving behavior and relationship functioning. *PSPB*, Vol. 29, No. 8, 950-968.

Cotlear, D. (2011). Population Aging: Is Latin America Ready? En D. Cotlear, *Population Aging: Is Latin America Ready?* (págs. 1-38). Washington DC: The World Bank.

DANE. (2014). Pobreza de tiempo e ingreso 2012-2013. Bogotá: DANE.

Díaz, Alejandro; Sánchez, Norma; Montoya, Soraya; Martínez-Restrepo, Susana; Pertuz, María Cecilia; Flórez, Carmen Elisa; González, Lina. (2015). Las personas mayores: cuidados y cuidadores, Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá D.C, Colombia, 100p.

Esquivel, V. (2011). La Economía del Cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda. *Procesos gráficos*.

Finley, N. (1989). Theories of family labor as applied to gender differences in caregiving for elderly parents. *Journal of Marriage and Family*, 79-86.

Flórez, C.E. (2004). La transformación de los hogares: Una visión de largo plazo. *Revista Coyuntura Social*, No. 30, June 2004. Pp. 23-50.

Hopenhayn, M., Sojo, A., & Mancero, X. (2012). *Panorama Social en América Latina*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Killian, T., & Ganong, L. (2002). Ideology, context and obligations to assist Older Persons. *Journal of Marriage and Family*, 1080-1088.

Lahaie, C., Earle, A., & Heymann, J. (2012). An uneven burden: Social disparities in adult caregiving, working conditions and caregiver outcomes. *Research on Aging*, 243-274.

Lee, Y., & Fengyan, T. (2013). More caregiving, less working: Caregiving roles and gender differences. *Journal of Applied Gerontology*, 1-19.

Lee, R., Mason, A., & Cotlear, D. (2010). Some economic consequences of global aging. Washington, DC: World Bank.

Ley 1251 de 2008 (27 de noviembre), por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.

Ley 1276 de 2009 (5 de enero), a través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida.

Ley 1315 de 2009 (13 de julio), por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centro de día e instituciones de atención

Ley 1413 de 2010 (11 de noviembre), por medio de la cual se regula la inclusión de la Economía del Cuidado en el sistema de cuentas nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2015). *Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones*. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá D.C. Colombia. 706p.

Navaie-Waliser, M., Spriggs, A., & Feldman, P. (2002). Informal caregiving: Differential experiences by gender. *Medical Care*, Lippincott Williams & Wilkins, 1249-1259.

Pachón, A. (2012). *Proyecciones demográficas para el Sistema de ciudades en Colombia*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación

Piercy, K. (1998). Theorizing about family caregiving: The role of responsibility. *Journal of Marriage and Family*, 109-118.

Razavi, S., & Staab, S. (2008). The social and political economy of care: contesting gender and class inequalities. *Division for the advancement of Women*, 1-34.

Rodríguez, C. (2005). Economía del cuidado y política económica: una aproximación a sus interrelaciones. *Políticas de protección social, economía del cuidado y género* (págs. 1-37). Mar de Plata, Argentina: CEPAL.

Sojo, A. (2011). De la evanescencia a la mira: El cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina. *Serie Seminarios y Conferencias*, No. 67, CEPAL.

Ullmann, H., Maldonado, C., & Rico, M. N. (2014). La evolución de las estructuras familiares en América Latina: 1990-2010: Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado. Santiago de Chile: Serie Políticas Sociales No. 193, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Wakabayashi, C., & Donato, K. (2006). Does caregiving increase poverty among women in later life? Evidence from the Health & Retirement Survey. *Journal of Health and Social Behavior*, American Sociological Association, 258-274.

Walker, A., Pratt, C., & Eddy, L. (1995). Informal caregiving to aging family members: A critical review. *Family Relations*, Vol. 44, No. 4, 402-411.

