



**Lineamiento para identificación y uso de
fuentes de información nacionales sobre
personas adultas mayores, envejecimiento
humano y vejez**

Oficina de Promoción Social



La salud
es de todos

Minsalud

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social

IVÁN DARÍO GONZÁLEZ ORTIZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA
Viceministro de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

OSCAR JAVIER SIZA MORENO
Jefe Oficina de Promoción Social

JOSUE LUCIO ROBLES OLARTE
Coordinador Grupo Gestión Integral en Promoción Social

Elaboración y edición:
Jaime Eduardo Pérez Castillo
Profesional Especializado
Grupo Gestión Integral en Promoción Social
Bogotá, D.C., Enero de 2020

CONTENIDO

Presentación

1. Marco normativo y político

- 1.1 Normatividad sobre personas adultas mayores y vejez.
- 1.2 Política nacional e internacional sobre envejecimiento humano y vejez
- 1.3 PAIS y MAITE: Política de salud y modelo de acción integral territorial

2. Envejecimiento humano y vejez: marco conceptual

- 2.1 Envejecimiento social.
- 2.2 Envejecimiento activo y saludable.
- 2.3 Vejez dependiente y cuidado.

3. Identificación de fuentes de información nacionales sobre personas adultas mayores, envejecimiento humano y vejez

- 3.1 Registros Administrativos SISPRO.
- 3.2 Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud.
- 3.3 Definición de fuentes de información destacadas sobre Envejecimiento Humano y Vejez.

4. Uso de las fuentes de información disponibles

- 4.1 Gestión del conocimiento en salud.
- 4.2 Planes de análisis.
- 4.3 Líneas de base sobre personas adultas mayores, envejecimiento humano y vejez.
- 4.4 Caracterización de la situación de salud, bienestar y condiciones de vida de las personas mayores y la vejez
- 4.5 Difusión y comunicación de la evidencia.

Conclusiones y recomendaciones

Referencias bibliográficas

Presentación

El lineamiento para identificación y uso de fuentes de información nacionales sobre personas adultas mayores, envejecimiento humano y vejez tiene como propósitos: 1) difundir las principales fuentes de información disponibles que contienen variables, datos e información relacionada con las condiciones de vida de las personas adultas mayores y la vejez, 2) contribuir a la construcción, de competencia de departamentos, distritos y municipios, de líneas de base y de estudios de caracterización de la situación de salud, bienestar y condiciones de vida de las personas mayores y la vejez que sirvan de fundamento para la formulación de políticas públicas departamentales y de planes de acción municipales, dirigidos a la atención integral de las personas mayores, y a 3) estandarizar variables e indicadores de envejecimiento y vejez que faciliten su comparabilidad interterritorial, nacional e internacional.

Para lograr los anteriores propósitos el presente lineamiento parte de una breve exposición de contexto de la normatividad sobre personas adultas mayores y vejez, que incluye la referencia a la política nacional de salud y al modelo de acción integral territorial. Y describe, de manera sintética, la política nacional e internacional de envejecimiento humano y vejez. Este marco normativo y político se complementa con una presentación conceptual básica, referida a las nociones de envejecimiento social, envejecimiento activo y saludable, y vejez dependiente y cuidado, conceptos mínimos para la elaboración de política pública y de planes de acción para la atención integral de las personas adultas mayores.

El lineamiento identifica y define las principales fuentes de información nacionales sobre personas adultas mayores, envejecimiento humano y vejez, con base en los registros Administrativos contenidos en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO y en el Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud.

El lineamiento, además, orienta el uso de las fuentes de información disponibles para la elaboración de líneas de base y la realización de estudios de caracterización de la situación de salud, bienestar y condiciones de vida de las personas mayores y la vejez, en el marco de un proceso de gestión del conocimiento tanto para la difusión y comunicación de la evidencia como para la formulación de política pública y el diseño de planes de acción.

Por último, el lineamiento para identificación y uso de fuentes de información nacionales sobre personas adultas mayores, envejecimiento humano y vejez, constituye un complemento obligado de la guía para implementación de políticas departamentales y distritales de envejecimiento humano y vejez, con énfasis en salud.

1. Marco Normativo y Político

Enseguida presentamos los principales aspectos relacionados con la normatividad dirigida a promover, proteger y garantizar el ejercicio de derechos de las personas adultas mayores, así como las políticas nacionales e internacionales, diseñadas e implementadas para facilitar la materialización de tales derechos.

1.1 Normatividad sobre personas adultas mayores y vejez



Los derechos humanos de las personas adultas mayores se encuentran protegidos por el bloque de constitucionalidad vigente y reconocido por el Estado colombiano, mediante instrumentos como: 1) Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, suscrita por Colombia; 2) el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (aprobado por la Ley 74 de 1968), 3) el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (aprobado por la Ley 74 de 1968); 4) la Convención Americana de Derechos Humanos (aprobada por la Ley 16 de 1972), 5) el Protocolo de San Salvador (aprobado por la Ley 319 de 1996) y 6) la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ratificada por la Ley 1346 de 2009).

Por otro lado, la Constitución Política de Colombia viabiliza la realización y garantía de los derechos civiles y políticos, de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, incluido el derecho al libre desarrollo, así como la eliminación de todas las formas de desigualdad y discriminación, en particular de la discriminación por edad, y la previsión de acciones especiales de protección y asistencia en las situaciones de pobreza extrema, abandono, maltrato y vulneración de derechos de las personas adultas mayores. En específico, la Carta Política de 1991, artículo 46, establece que la protección y asistencia de las personas mayores es una responsabilidad compartida entre las familias, la sociedad y el Estado.

En desarrollo de este precepto constitucional, la Ley 1850 de 2017, artículo 9, determina que “Las personas adultas mayores tienen derecho a los alimentos y demás medios para su mantenimiento físico, psicológico, espiritual, moral, cultural y social.” Los cuales deben ser proporcionados por quienes se encuentran obligados de acuerdo con la Ley y su capacidad económica. Los alimentos comprenden lo imprescindible para la nutrición, habitación, vestuario, afiliación al sistema general de seguridad social en salud, recreación y cultura, participación y, en general, todo lo que es necesario para el soporte emocional y la vida autónoma y digna de las personas adultas mayores.

Además, la Ley 1251 de 2008 ordena la protección, promoción y defensa de derechos de las Personas Adultas Mayores y establece la elaboración de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. También fija competencias para los procesos de atención integral a cargo de las entidades territoriales y de diversos organismos de carácter nacional en materia de salud, vivienda y educación, entre otros. Esta Ley crea modalidades de atención para las personas mayores mediante centros de día y centros de bienestar, para su adopción por parte de las entidades territoriales. La Ley 1251 de 2008, artículo 6, también precisa deberes de la sociedad para con las personas mayores como, entre otros, los de: 1) Dar un trato especial y preferencial a las personas adultas mayores; 2) Generar espacios de reconocimiento del saber, de las habilidades, competencias y destrezas de las personas mayores; 3) Propiciar la participación de las personas adultas mayores; 4) Reconocer y respetar los derechos de las personas mayores; 5) Denunciar cualquier acto que atente o vulnere sus derechos.

Por último, la Ley 100 de 1993, capítulo cuarto, crea un programa de auxilios económicos para personas adultas mayores en condiciones de pobreza extrema, de responsabilidad del Gobierno Nacional, conocido actualmente como Programa Colombia Mayor, y ordena la implementación de Planes Locales de Servicios Complementarios a cargo de los municipios o distritos. Estos últimos deben garantizar la infraestructura necesaria para la atención de las personas mayores en pobreza extrema y la elaboración de un plan municipal de servicios complementarios para la población adulta mayor residente en su jurisdicción, como parte integral del plan de desarrollo municipal o distrital.

Respecto a la prestación de servicios de salud, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, se dirige a la totalidad de la población que habita el territorio nacional. Este plan se define como el conjunto de servicios y tecnologías en salud contenidos en la Resolución 5857 de 2018, o

norma que la modifique o sustituya, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección del derecho fundamental a la salud para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en salud.

De manera complementaria, mediante la aplicación de la Ley 1276 de 2009 los departamentos, distritos y municipios de Colombia están en la obligación de garantizar, por intermedio de los centros vida para personas adultas mayores, la prestación de los servicios de alimentación, orientación psicosocial, capacitación en actividades productivas, deporte, cultura y recreación, encuentros intergeneracionales, promoción del trabajo asociativo, promoción de redes de apoyo, uso de Internet y auxilio exequial, entre otros.

La Carta Política, artículos 287 y 288, ordena además que las entidades territoriales gocen de autonomía para la gestión de sus intereses, dentro de los límites de la Constitución y la Ley, con derechos a gobernarse por autoridades propias, ejercer las competencias que les correspondan, administrar los recursos y establecer los tributos necesarios para el cumplimiento de sus funciones y participar de las rentas nacionales. Las competencias atribuidas a los diferentes órdenes territoriales deben ser ejercidas acorde con los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad.

En desarrollo de lo anterior fue expedida la Ley 715 de 2001 con el objeto de dictar normas orgánicas en materia de recursos y competencias y de determinar otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación, salud y de otros sectores, en particular, en materia de atención de poblaciones vulnerables, dentro de las cuales se incluye a las personas adultas mayores.

En conclusión, las funciones y servicios a cargo del Estado se ejecutan según los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad, de acuerdo con las competencias y recursos asignados a la Nación, los Departamentos, Distritos y Municipios, es decir son una responsabilidad compartida y no una competencia exclusiva de la Nación. En materia de protección y garantía de derechos, atención integral y mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores también se configura una responsabilidad compartida entre Familia, Sociedad y Estado.

1.2 Política nacional e internacional sobre envejecimiento humano y vejez

Respecto al contexto de política pública sobre envejecimiento humano y vejez es importante destacar los siguientes hitos: la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en 2002 en Madrid, España, por convocatoria de la Organización de Naciones Unidas, adoptó un Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento para responder a las oportunidades que ofrece y a los retos que plantea el envejecimiento de la población mundial en el siglo XXI y para promover el desarrollo de sociedades para todas las edades. En el marco del Plan de Acción, fueron establecidas medidas en tres direcciones prioritarias: las personas mayores y el desarrollo; la promoción de la salud y el bienestar en la vejez, y el logro de entornos propicios y favorables.

El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, formulado por Naciones Unidas en 2002, fue adaptado para nuestra región en el marco de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe adelantada en Santiago de Chile en 2003. Esta primera reunión de carácter intergubernamental sobre envejecimiento, en la cual participó el Gobierno de Colombia, constituyó una instancia de análisis e intercambio respecto a la situación del envejecimiento y las personas adultas mayores. En la conferencia los países de la región acordaron una Estrategia Regional

de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento.

Posteriormente Colombia formuló la Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez, dirigida a todas las personas residentes en Colombia y, en especial, a las personas de 60 años o más, con énfasis en aquellas en condiciones de desigualdad social, económica, cultural o de género. Teniendo presente la referencia permanente al curso de vida. La política formulada es una política pública, de Estado, concertada, que articula a todos los estamentos del gobierno y a las organizaciones sociales con un propósito común: visibilizar, movilizar e intervenir la situación del envejecimiento humano y la vejez de las y los colombianos. Esta política pública fue actualizada en 2015 y se encuentra vigente como Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez, 2015-2024.

De acuerdo con lo determinado por la Ley 1251 de 2008, actualmente la rectoría de la Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez es responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

1.3 PAIS y MAITE: Política nacional de salud y modelo de acción integral territorial

La Ley 100 de 1993 es la norma estatutaria del Sistema de Seguridad Social Integral de Colombia, del cual se desprende el Sistema de Seguridad Social en Salud. Este último sistema ha tenido diversos desarrollos normativos, que incluyen la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015, Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud. Las normas antes descritas son el marco para la garantía del derecho a la salud de las y los colombianos en general y de las personas adultas mayores, en particular.

En desarrollo de la Ley 1751 de 2015 y de la Ley 1753 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social formuló la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), en el marco de la cual adoptó tanto las estrategias de atención primaria en salud y gestión integral del riesgo en salud como el enfoque de cuidado de la salud y el enfoque diferencial de derechos en salud.

La Política de Atención Integral en Salud fue definida como “el conjunto de enfoques, estrategias, procesos, instrumentos, acciones y recursos que centra el sistema de salud en el ciudadano, permite atender a la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud para generar mejores condiciones de salud de la población, ordenando la intervención de los integrantes del sistema de salud y de otros actores responsables de garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación y la muerte digna, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutive.” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019)

El desarrollo de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS se concreta con la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial –MAITE, entendido como conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo de departamentos y distritos. El modelo MAITE, a su vez, dispone de las siguientes líneas y herramientas articuladas e integradas: aseguramiento, salud pública, prestación de servicios de salud, talento humano en salud, financiamiento, enfoque diferencial, intersectorialidad y gobernanza.

Para materializar las acciones del modelo MAITE en los territorios, se requiere formular, ejecutar, monitorear y ajustar un plan de acción en cada entidad territorial que especifique las prioridades en cada línea de acción, responsables, compromisos, productos, indicadores y tiempos de ejecución de las acciones requeridas para el logro de los objetivos concertados.

2. Envejecimiento Humano y Vejez: marco conceptual

En este apartado buscamos desarrollar la interrelación de conceptos que permite configurar un marco conceptual mínimo en materia de Envejecimiento Humano y Vejez. En específico, a partir del concepto de envejecimiento social haremos explícitas las relaciones con el envejecimiento activo y con la vejez dependiente.

Si bien todos los seres vivos envejecen, el envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; en la esfera individual inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y finaliza con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo (Fernandez-Ballesteros, 2000). El orden multidimensional del proceso de envejecimiento humano implica, entonces, dimensiones tanto biológicas, psicológicas y sociales como económicas, políticas, culturales y espirituales.

En este orden de ideas, más allá del fenómeno del envejecimiento poblacional emerge el envejecimiento social entendido como la construcción que una sociedad realiza por sí misma para explicar los cambios que trascurren en la historia local, nacional y global (Montes de Oca, 2010), y la relación de tales cambios con la diversidad presente entre personas adultas mayores expresada en términos de clase social, de diferencias de género (papeles culturales asignados a hombres y mujeres), de diferencias debidas a razones de pertenencia étnica (Bazo, 1992) y a grupos específicos de edad, a partir de los 60 años.

2.1 *Envejecimiento social*

De acuerdo con Neugarten (1999) el estudio de las vidas individuales y el de los cambios sociales debe verse como una interrelación permanente del tiempo vital, el tiempo definido socialmente y el tiempo histórico. De acuerdo con esta tesis, cada sociedad construye representaciones, discursos y prácticas culturales del envejecimiento humano y la vejez que se transforman a lo largo del devenir histórico, generacional e individual. En la sociedad moderna el envejecimiento de la población adquiere su mayor complejidad, pues se encuentra en la intersección de numerosos cambios sociales, producto del transcurrir del siglo XX. La sociedad envejece, dentro de un contexto caracterizado por el cambio social en la familia, el trabajo y la jubilación. A su vez, el envejecimiento humano y la vejez se transforman adoptando nuevos patrones socioculturales, estructurales e institucionales en el interior de las sociedades modernas, sobre las cuales se configuran y sustentan (Osorio, 2006).

Las consecuencias del rápido envejecimiento de las sociedades en los países en desarrollo, como Colombia, se manifiestan en cambios estructurales tales como las modificaciones en la composición

familiar, en los patrones de trabajo, en la migración de los jóvenes a las ciudades, en la profundización de los procesos de urbanización, en el mayor ingreso de las personas al mercado laboral y en la mayor sobrevivencia de las mujeres a edades avanzadas.

Si bien los desarrollos científicos y tecnológicos en todos los campos de la ciencia, y particularmente los derivados de las ciencias de la salud, han impactado positivamente sobre las condiciones del envejecimiento humano, generando una mayor esperanza de vida al nacer, una disminución progresiva de las tasas de mortalidad y una modificación de la estructura de edad de la población que se traduce en mayor proporción de personas adultas mayores, fenómeno denominado envejecimiento poblacional o demográfico, resulta importante comprender que el envejecimiento humano no es un proceso lineal en el interior del curso de vida, sino fundamentalmente una construcción social que evidencia avances, retrocesos y también algunos saltos cualitativos de cambio cultural.

A nivel individual, el envejecimiento es un proceso dinámico y discontinuo, que para ser entendido requiere superar la mirada estática del estado de vejez e incorporar su carácter de construcción social y biográfica. Lo anterior implica comprender el envejecimiento individual como un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, oportunidades, capacidades y fortalezas humanas. La vejez, en consecuencia, representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano que se produce en función de las identidades de género, las experiencias, los eventos cruciales y las transiciones afrontadas, entre otros aspectos, durante el transcurso de cada vida. Es decir, la vejez implica procesos tanto de desarrollo como de declinación.

Las personas adultas mayores, desde un punto de vista social, son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Para el caso colombiano, las personas mayores constituyen sujetos de especial protección constitucional tal como lo ha precisado la Corte Constitucional, de tal condición se deriva el grueso de obligaciones públicas para con este colectivo y para con las personas que envejecen.

Finalmente, es importante resaltar que los sistemas sociales generan desigualdad, manifiesta durante el curso de vida como consecuencia de procesos de desarrollo y de procesos demográficos (Ferraro y Shippee, 2009), a su vez la trayectoria de vida de los individuos es influenciada desde las etapas tempranas de la vida por una acumulación de riesgos y oportunidades. Las trayectorias de desigualdad pueden ser modificadas con los recursos disponibles, y con aspectos subjetivos como la percepción de la propia trayectoria y las decisiones que toman los individuos.

En Colombia, las principales desigualdades sociales en la vejez se manifiestan, de acuerdo con los resultados de la Encuesta SABE Colombia 2015, en que las personas adultas mayores pertenecen a los estratos 1, 2 y 3 en porcentajes del 28,4%, 39,6% y 30,0%, respectivamente. Esto es, las personas adultas mayores tienen una mayor proporción en estratos 1 y 2 y una menor proporción en estratos más altos, en comparación con el promedio nacional. La peor condición socioeconómica evidenciada también se refleja en los demás indicadores de bienestar que evaluó la encuesta.

Entre las personas adultas mayores, la Encuesta SABE Colombia demuestra a su vez y de manera consistente las marcadas desigualdades existentes en las condiciones económicas y sociales. En particular, se observan desigualdades injustas respecto de la educación, la afiliación en salud, el nivel de ingresos y la ocupación, que se reflejan en diferenciales con peores condiciones de vida en las mujeres, en las personas de mayor edad, en las de piel oscura, en quienes residen en áreas de estrato socioeconómico bajo, en la zona rural y en regiones diferentes a Bogotá, especialmente en la región Atlántico y en la Orinoquia/Amazonia. La población de estratos más bajos, residente en el área rural y con piel oscura

concentra la mayor proporción de población con bajo nivel educativo, menor porcentaje de afiliación al Régimen Contributivo de Salud, menores ingresos y mayor proporción de ocupaciones menos calificadas. Esta situación refleja la afectación en la calidad de vida de este grupo en particular.

También resulta imprescindible reconocer la producción de desigualdades sociales derivadas del conflicto armado colombiano, por un periodo histórico superior a 50 años. El conflicto armado ha conducido a la victimización de miles de colombianos y colombianas, provocando trastornos en los procesos de envejecimiento de las personas víctimas, en tanto les ha impuesto daños derivados de diferentes hechos victimizantes, ruptura de proyectos de vida, afectaciones emocionales y psicológicas, etc.

2.2 *Envejecimiento activo y saludable*

El envejecimiento social está produciendo un fenómeno paradójico, por una parte, la construcción de una nueva identidad del grupo de edad de personas entre 60 y 79 años conformado por hombres y mujeres con mejor estado de salud, mejor ingreso y mayor nivel educativo, dispuestos a ejercer procesos de envejecimiento activo, y por otra parte, el rápido crecimiento de personas de 80 años o más quienes tienen un mayor riesgo de entrar en procesos de dependencia funcional que requieren de cuidados tanto informales como especializados.

Respecto al proceso de envejecimiento activo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) lo define como “proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.

En desarrollo de esta conceptualización, la OMS (2002) identifica ocho determinantes del envejecimiento activo. 1) Económicos: relacionados con los ingresos, el trabajo y la protección social. 2) Del entorno social: materializados en el apoyo social, la alfabetización y educación, y la prevención del abuso, el maltrato y la violencia. 3) Del entorno físico: representados por las viviendas seguras, la prevención de caídas, el acceso a agua limpia, aire puro y alimentos sanos, y la dotación de facilidades para personas mayores residentes en el medio rural. 4) Factores personales: relacionados con la herencia genética, biología y factores psicológicos como la inteligencia y la capacidad cognoscitiva. 5) Conductuales: actividad física, alimentación saludable, salud bucal, prevención del consumo de productos del tabaco y del alcohol, uso de medicamentos y cumplimiento terapéutico. 6) De los sistemas de salud y los servicios sociales: prevención de enfermedades, servicios de atención de salud y rehabilitación, servicios de salud mental y sistemas de atención a largo plazo. La OMS considera determinantes transversales del envejecimiento activo a: 7) la cultura: expresada en imaginarios, actitudes, valores y prácticas culturales asociadas con el envejecimiento y la vejez, y 8) el género: con referencia a la situación social desigual entre hombres y mujeres.

El envejecimiento activo se aplica tanto a las personas como a los grupos humanos. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo del curso de vida y participar en la sociedad de acuerdo con sus derechos, intereses, preferencias, capacidades, fortalezas y oportunidades. En este contexto es importante destacar el papel de las familias como escenarios en los cuales se favorece el envejecimiento activo, en sus dimensiones de salud, participación y seguridad, tanto por la confluencia de tres o más generaciones en su interior como por la contribución de las personas adultas mayores a la familia, a la comunidad y a la economía.

El término «activo» hace referencia, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar como parte de la fuerza de trabajo, sino a una participación continua en las cuestiones económicas, políticas, sociales, culturales y espirituales. Las personas adultas mayores que se retiran del trabajo y las que están

enfermas o viven en situación de dependencia funcional pueden, y deben, seguir contribuyendo activamente a sus familias, comunidades y sociedades.

Uno de los aspectos más relevantes del envejecimiento activo está constituido por la educación, entendida como derecho fundamental de todas las personas a la educación y al aprendizaje a lo largo de la vida, de acuerdo con la evidencia según la cual la capacidad de aprendizaje sólo disminuye hasta edades muy avanzadas. En este sentido, la Comisión Europea define el aprendizaje a lo largo de la vida como “el desarrollo del potencial humano a través de un proceso sustentador continuo que estimula y faculta a los individuos para adquirir todos los conocimientos, valores, destrezas y comprensión que requieran a lo largo de toda su vida y aplicarlos con confianza, creatividad y gozo en todos los roles, circunstancias y entornos” (IMSERSO, 2011). Los escenarios en que sucede el aprendizaje a lo largo de la vida pueden ser formales, no formales e informales.

Los factores emocionales, cognitivos, psicológicos y comportamentales también son importantes en el envejecimiento activo puesto que implican el desarrollo de fortalezas humanas como auto-estima, resiliencia, optimismo, vitalidad, bienestar subjetivo, satisfacción con la vida o felicidad, durante el curso de vida y particularmente en la vejez. Tales fortalezas humanas también incluyen la serenidad, inteligencia emocional y social, aprendizaje e inteligencia práctica, modestia y trascendencia, presentes a lo largo de la trayectoria vital de las personas, así como también las capacidades de selección, optimización y compensación que resultan relevantes frente a procesos de declinación funcional.

El envejecimiento activo se orienta a todas las personas y colectivos e impacta positivamente los costos de la atención en salud, y los niveles de bienestar subjetivo y social, pero exige una planificación acorde con las necesidades reales de la población en general, para garantizar el mejoramiento de la calidad de vida de todas y todos los habitantes del país. En este contexto resulta importante considerar las consecuencias de la interacción entre envejecimiento activo y longevidad saludable, toda vez que la longevidad constituye uno de los fenómenos más relevantes de la actualidad y representa la capacidad de las personas de vivir alrededor de 30 años extras, una vez alcanzados los 60 años de edad.

Por último, hacia el año 2015, la Organización Mundial de la Salud estableció una Estrategia y Plan de Acción Mundiales sobre Envejecimiento y Salud con el propósito de que todas las personas puedan tener un envejecimiento saludable. Para iniciar el desarrollo de este propósito la OMS proclamó la realización del Decenio del Envejecimiento Saludable que se adelantará entre los años 2020 a 2030, con la participación, entre otros, de los diferentes sectores gubernamentales, organizaciones sociales, personas adultas mayores, sectores público y privado y otras entidades mundiales y regionales. Los objetivos previstos para el Decenio son: 1) Promover el envejecimiento saludable en todos los países, 2) Crear entornos adaptados a las personas mayores, 3) Adecuar los sistemas de salud a las necesidades de las personas mayores, y 4) Desarrollar sistemas de atención a largo plazo (OMS, 2015a).

La OMS define como envejecimiento saludable al “proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella.” (OMS, 2015b)

2.3 Vejez dependiente y cuidado

Resulta fundamental destacar la importancia que en Colombia y América Latina tiene la dependencia funcional de las personas adultas mayores, por sus implicaciones tanto sobre la organización social del cuidado como sobre la demanda creciente de personas cuidadoras. De acuerdo con el Informe Mundial



sobre Alzheimer 2013, la prevalencia de dependencia funcional para América Latina se incrementará del 4.7% en 2010 al 5.5% en 2030, lo cual en números absolutos representa un crecimiento de 28 a 40 millones de personas con dependencia funcional en la región (Alzheimer's Disease International, 2013 a). La dependencia funcional se entiende como la pérdida de capacidades corporales o sensoriales para realizar actividades básicas de la vida diaria, esenciales para el cuidado personal y la autonomía, tales como vestirse, acostarse o levantarse, caminar, usar el baño, bañarse o comer (Gutierrez y otros, 2014).

Para el caso colombiano, la Encuesta SABE 2015 encontró que la dependencia funcional en personas de 60 años o más oscilaba entre el 2.2% con dependencia severa a total y el 19.1% con dependencia leve a moderada. De acuerdo con el criterio según el cual una persona adulta mayor presenta una condición de discapacidad cuando necesita ayuda para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria, el 21,3% de las personas de 60 años o más son personas con discapacidad.

En cuando a demencias, el informe La Demencia en América registra para el año 2009, en América Latina, una prevalencia de demencias en personas de 60 años o más del 8.5%. La prevalencia de demencias correlaciona con la edad y se duplica con cada incremento de 5,5 años de edad. En personas de 60 a 64 años es del 1.3%, en personas de 70 a 74 años es de 4.5%, en el grupo de 80 a 84 años es del 15.4% y en mayores de 90 años del 63.9% (Alzheimer's Disease International, 2013b).

Respecto a la organización de servicios de cuidado, la demanda de cuidado está aumentando en América Latina debido a tres causas principales: el número considerable de niños y niñas, el envejecimiento de la población y el incremento del número de personas con algún nivel de dependencia por razones de salud. Actualmente la región enfrenta una demanda de cuidado concentrada en la niñez, sin embargo en el futuro próximo las personas adultas mayores y las personas con dependencia funcional serán las que constituirán la mayor carga de asistencia. Por tanto, en un contexto de transición demográfica como el que ocurre en Latinoamérica, hay que anticipar las acciones y prepararse para enfrentar las transformaciones que ya se anuncian. (Cepal, 2012b)

Se calcula que esta inversión en la relación de cuidado, desde los niños y niñas hacia las personas adultas mayores, sucederá en Colombia en menos de veinte años, a juzgar por los estudios sobre velocidad del envejecimiento que demuestran que al año 2037 el 15% de los habitantes del país tendrán edades iguales o superiores a los 65 años.

En consecuencia, es necesario transitar hacia la construcción de la dependencia funcional y el cuidado como asuntos de responsabilidad colectiva, que deben ser atendidos mediante prestaciones y servicios que maximicen la autonomía y el bienestar de las familias y los individuos, en el marco de los sistemas de protección social. Las respuestas públicas para la atención de esta problemática han de concebirse como una extensión del quehacer estatal, que impone ciertas obligaciones inmediatas con respecto a quienes precisan ayuda y a quienes la brindan. (Cepal, 2012a)

Merece especial atención el concepto de cuidado, entendido desde referentes antropológicos como la experiencia por la que atraviesan todos los seres humanos, de recibir cuidado de alguien como condición indispensable de supervivencia y, a consecuencia del cuidado recibido, habilitar la capacidad de cuidar de sí mismo y de cuidar de otros.

Finalmente, la organización del cuidado se entiende como la acción social dirigida a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas que carecen o han perdido la independencia personal y que necesitan ayuda de otros para realizar las actividades esenciales de la vida diaria (Huenchuan, 2014). En particular, durante los últimos años ha venido creciendo la importancia de los cuidados a largo plazo

durante la vejez, que incluyen servicios de atención de las necesidades tanto médicas como psicológicas y sociales de las personas adultas mayores que no pueden cuidar de sí mismas durante largos períodos.

3. Identificación de fuentes de información nacionales sobre personas adultas mayores, envejecimiento humano y vejez

La información confiable es uno de los principales requerimientos para la adecuada formulación de políticas públicas, en general, y de políticas de salud pública, en particular. Por ésta razón, gestionar fuentes de información que provean datos estadísticos con un alto sub-registro hace difícil inferir si las variaciones en datos se deben a una variación en el fenómeno medido o a que se haya modificado el porcentaje de reporte del fenómeno bajo estudio, del mismo modo la baja cobertura y oportunidad del dato, pueden comprometer una adecuada y eficiente toma de decisiones (Montaño, Rengifo, Rivillas, & Ospina, 2013).

La consideración principal del Ministerio de Salud y Protección Social es optimizar el uso y aprovechamiento de las fuentes de información que son obligatorias por norma legal y, si estas presentan deficiencias que afecten su cobertura, oportunidad, calidad o flujo, dedicar esfuerzos para superarlas, pero no sustituirlos o remplazarlos por sistemas paralelos no obligatorios. Se propone de esta forma el uso de información rutinaria captada por norma legal y aquella que suministran los estudios y encuestas poblacionales quinquenal o decenalmente. En general, el principio estratégico de la gestión de información es simple: usar datos que por norma legal deben ser notificados y captados desde el nivel local, territorial y nacional, sin pretender crear un sistema paralelo, sino más bien realizando las acciones necesarias para fortalecer las fuentes de información existentes.

Lo anterior acorde con las competencias otorgadas por la Ley 715 de 2001, según la cual al Ministerio de Salud y Protección Social le corresponde definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales. Por ello, y en cumplimiento de leyes y decretos recientes, particularmente de la Ley 1438 de 2011 y del Decreto Ley 4107 de 2011, el Ministerio a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social -SISPRO, articula el manejo y es el responsable de la administración de la información sectorial para lo cual desarrolla, implementa, fortalece los sistemas existentes e integra al SISPRO sistemas de información, registros y observatorios nacionales.

La identificación y tipología de fuentes de información de acuerdo con lo definido por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, son las siguientes:

- I. Registros Administrativos: estadísticas vitales, registros administrativos nacionales, registros poblacionales.
- II. Encuestas: Encuesta Nacional de Salud, Encuesta de Demografía y Salud, Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, etc.
- III. Censos de Población y Vivienda.
- IV. Estadísticas Derivadas: índices, subanálisis, análisis secundarios de información, etc. (DANE, 2006)

La identificación de tales fuentes de información permite, además, explorar la calidad de gran parte de las fuentes de información con datos de personas en salud y protección social y enfatizar en la estandarización de criterios de notificación, uso de variables y categorías, y obligatoriedad del reporte con el fin de afianzar la cultura del dato y la información.

3.1 Registros Administrativos: SISPRO

El Ministerio de Salud y Protección Social dispone la información de usuarios y servicios de salud periódicamente, de acuerdo con las estructuras y especificaciones del SISPRO. La tabla 1 enlista las fuentes de información nominales que tienen datos relevantes sobre personas adultas mayores, envejecimiento humano y vejez, existentes en el país, y que se encuentran en diferentes etapas de integración al SISPRO.

Es importante resaltar que la necesidad de mejorar la notificación, captar fuentes primarias y estandarizar el almacenamiento del dato, así como de registros nacionales existentes está regulada por la Ley 1438 de 2011, con el propósito de reducir brechas en la información y garantizar la mayor confianza desde la generación hasta la gestión final del conocimiento.

Tabla 1. Registros administrativos SISPRO con datos relevantes sobre Envejecimiento y Vejez

FUENTE
1 Registro Único de Afiliados (RUAF)
2 Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS)
3 Registro Único de Población Desplazada (RUPD)
4 Eventos de Notificación Obligatoria del SIVIGILA
5 Estadísticas Vitales (EEVV)
6 Actividades de Protección Específica y Detección Temprana (PEDT)
7 Información de Lesiones por Causa Externa (SIVELCE)
8 Registro Único de Víctimas (RUV) UNARIV

Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2012.

3.2 Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud

Es importante destacar que tanto las encuestas como los estudios poblacionales proporcionan información relevante sobre diferentes aspectos de interés en salud pública, permitiendo caracterizar a nivel geográfico y sociodemográfico condiciones específicas de salud y protección social, y profundizar sobre sus determinantes y posibles contribuciones mediante análisis y asociación entre variables.

Igualmente identifican la transición y comportamiento de problemas presentados en diferentes series de tiempo, complementando la evidencia que proporcionan otras fuentes de información. De esta forma, los resultados de encuestas y estudios han sido fundamentalmente concentrados para orientar decisiones de política pública, y soportar la formulación e implementación de acciones e intervenciones que, enmarcados en planes y programas, pueden conducir a soluciones y enfrentar problemas específicos en el país.

La tabla 2 relaciona las encuestas y estudios poblacionales identificados por el SISPRO que se han realizado en Colombia, con disponibilidad desde 1990. También son fuentes de información, de uso permanentemente, con variables e información sobre personas adultas mayores, envejecimiento humano y vejez. Como ejemplo es válido citar una fuente como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud la cual incluye un capítulo sobre la situación de las Personas Adultas Mayores en Colombia y su disponibilidad data de 1995, 2000, 2005 y 2010.

Tabla 2. Encuestas y estudios poblacionales identificados por la Bodega de Datos SISPRO

FUENTE
1 Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) 2015
2 Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2000, 2005 y 2010
3 Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2005, 2010, 2015
4 Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2007
5 Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018
6 Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019
7 Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018
8 Encuesta de Consumo Cultural (ECC) 2010, 2012, 2014, 2016, 2017
9 Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) 2012-2013, 2016-2017

Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2016.

En resumen, al año 2019 se han identificado 17 fuentes de información relevante sobre personas adultas mayores, envejecimiento humano y vejez en el país, lo que no obsta para que posteriormente se identifiquen e integren fuentes adicionales que puedan dar cuenta de variables explicativas adicionales de la situación de salud y condiciones de vida de las personas mayores. Estas fuentes de información están siendo exploradas y examinadas críticamente para verificar su oportunidad y disponibilidad, y otros atributos de calidad del dato como pertinencia, exactitud, interpretabilidad y comparabilidad. La eficacia de la observación mediante el monitoreo, seguimiento y evaluación en salud y protección social depende de la pluralidad de fuentes oficiales de información que estén disponibles y puedan accederse para el intercambio enriquecido entre variables e indicadores dentro del Sistema Integrado de Información de la Protección Social -SISPRO.

3.3 Definición de fuentes de información destacadas sobre Envejecimiento Humano y Vejez

- Registro Único de Afiliados -RUAF – ND (Modulo de Nacimientos y Defunciones): es un sistema de información que contiene el registro de los afiliados al Sistema Integral de Seguridad Social (Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales), a Subsidio Familiar, Cesantías, y de los beneficiarios de los programas que se prestan a través de la red de protección social, tales como los que ofrecen el SENA, ICBF, Prosperidad Social y otras entidades, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 15 de la Ley 797 del 2003. Este sistema permite el flujo de información entre actores del Sistema, respetando la confidencialidad de la información y el rol de cada uno de los administradores. El Registro RUAF es administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS: es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el SGSSS, en relación con el Plan de Beneficios en Salud. Igualmente el objetivo del Registro RIPS es facilitar las relaciones comerciales entre las entidades administradoras (pagadores) y las instituciones y profesionales independientes (prestadores) mediante la presentación del

detalle de la factura de venta de servicios en medio digital, con una estructura, que al ser estándar, facilita la comunicación y los procesos de transferencia de datos y revisión de cuentas, independientemente de las soluciones informáticas que cada prestador utilice. Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación: diagnóstico y causa externa. El Registro RIPS es administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA: sistema de información creado para realizar la provisión en forma sistemática y oportuna de datos sobre la dinámica de eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población colombiana través de Unidades Primarias Generadoras del Dato UPGD en todo el país, con el fin de: a) orientar las políticas y la planificación en salud pública, b) tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud, c) optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones, y d) racionalizar, optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, orientadas a la protección de la salud individual y colectiva. El sistema SIVIGILA es administrado por el Instituto Nacional de Salud.

- Actividades de Protección Específica y Detección Temprana -PEDT: es el reporte de la gestión del riesgo realizada desde la protección específica, la detección temprana y el control de las enfermedades de interés en salud pública. Se genera mediante el registro por persona con las especificaciones definidas en las normas relativas al registro y control de las intervenciones realizadas a los usuarios. El Registro PEDT es gestionado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Estadísticas Vitales -EEVV: los registros vitales son estadísticas continuas que recogen información sobre nacimientos, defunciones fetales y no fetales, que permiten contar con información que revela los cambios ocurridos en los niveles y patrones de mortalidad y fecundidad, proporcionando una visión dinámica de la población, como complemento al enfoque estático propio de los censos. Las Estadísticas Vitales son administradas por el DANE.

- Registro Único de Población Desplazada – RUPD: este Registro surgió por mandato de Ley 387 de 1997 y fue reglamentado por el Decreto 2569 de 2000. En el registro se efectúa la inscripción de la declaración de los hechos que rinde la población en situación de desplazamiento ante el Ministerio Público. El objetivo del registro es tener información actualizada de la población en situación de desplazamiento forzado, según sus características y especificidades, para brindar una atención integral. En el registro se consignan los servicios que la Agencia para la Acción Social, actualmente Departamento para la Prosperidad Social, y otras entidades del Estado han brindado a esta población, con el fin de hacer seguimiento de las acciones adelantadas. Este Registro utiliza el Sistema de Información SIPOD (Sistema de Información de Población Desplazada). La Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado –UARIV administra actualmente el Registro RUPD.

- Registro Único de Víctimas – RUV: es un registro resultado de múltiples esfuerzos realizados por el Gobierno Nacional a través de diferentes entidades y sectores que trabajan por las víctimas del conflicto armado de Colombia, mediante acciones como la operación de la Red Nacional de Información para la Atención y Reparación a las Víctimas, incluyendo la interoperabilidad de los distintos sistemas de información para la atención y reparación a las víctimas, y la implementación y administración efectiva e íntegra de los registros actuales de información. El RUV está a cargo de la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado –UARIV.

- Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento – SABE Colombia: la encuesta tiene como objetivo conocer la situación, en el ámbito rural y urbano, de la población de personas adultas mayores de

Colombia, a través de la exploración y evaluación interdisciplinaria y a profundidad de la vejez y el envejecimiento, en el marco de los Determinantes del Envejecimiento Activo y desde el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud. SABE Colombia hace parte del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud del Ministerio de Salud y Protección Social. La Encuesta SABE Colombia es administrada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Encuesta Nacional de Demografía y Salud –ENDS: es una encuesta poblacional realizada quinquenalmente por la Asociación Pro-bienestar de la Familia Colombiana –Profamilia con recursos del Ministerio de Salud y Protección Social que monitorea cambios demográficos y variables relacionadas especialmente con la salud de la madre y el niño. Suministra información confiable y oportuna sobre factores asociados con la salud sexual y reproductiva en el país. La encuesta ENDS es gestionada por Profamilia.

- Encuesta Nacional de Salud –ENS: estudio diseñado con corte transversal y alcance nacional en todos sus componentes, con un conjunto de encuestas a hogares, personas e instituciones. Se aplica con base en un diseño muestral probabilístico, de conglomerados, estratificado y polietápico. Las unidades de observación de la encuesta son los hogares colombianos y sus integrantes, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS de cierta complejidad, y su personal técnico; los usuarios de los servicios de hospitalización, urgencias y consulta médica externa o programada. Con el propósito de satisfacer los requerimientos de información sobre morbilidad sentida e institucional, factores de riesgo y discapacidad, y de caracterización de la oferta y demanda de los servicios de salud, a nivel nacional. La Encuesta ENS es administrada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Encuesta Nacional de Calidad de Vida –ENCV: investigaciones que cuantifican y caracterizan las condiciones de vida de los colombianos incluyendo variables relacionadas con la vivienda (material de paredes, pisos y servicios públicos), las personas para quienes se incluyen variables de: educación, salud, cuidado de los niños, fuerza de trabajo, gastos e ingresos, etc., y los hogares que involucra variables como: tenencia de bienes y percepción del jefe o del cónyuge sobre las condiciones de vida en el hogar. La Encuesta de Calidad de Vida la adelanta el DANE.

- Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH: la Gran Encuesta Integrada de Hogares tiene como objetivo principal proporcionar información básica sobre el tamaño y estructura de la fuerza de trabajo (empleo, desempleo e inactividad) de la población del país, así como de las características sociodemográficas de la población colombiana, permitiendo caracterizar a la población según el sexo, edad, el parentesco, nivel educativo, la afiliación al sistema de seguridad social en salud, entre otros. Igualmente, a través de la encuesta se clasifica a las personas acorde con su rol en la fuerza de trabajo como ocupadas, desocupadas o inactivas. De esta forma es posible estimar los principales indicadores del mercado laboral colombiano, como son la Tasa Global de Participación (TGP), la Tasa de Ocupación (TO) y la Tasa de Desempleo (TD). Se trata de una investigación continua, que se aplica en el territorio nacional y que permite la desagregación de resultados para el total nacional, total cabeceras, total centros poblados y rural disperso, en cada una de las 23 ciudades capitales y áreas metropolitanas, más San Andrés Islas. La encuesta GEIH la realiza el DANE.

- Índice de Pobreza Multidimensional -IPM: permite realizar un análisis profundo de múltiples dimensiones de la pobreza diferentes al ingreso, para reflejar las privaciones que debe enfrentar un hogar en Colombia. Las variables usadas en el cálculo son definidas como: carencia por rezago educativo, carencia de acceso a los servicios de salud, carencia de acceso a la seguridad social, carencia por la calidad y espacios de la vivienda, carencia por servicios básicos en la vivienda, y carencia de acceso a la alimentación. El índice IPM lo gestiona el DANE.

- Encuesta de Consumo Cultural –ECC: es una operación estadística que el DANE realiza desde 2007 y tiene por objetivo caracterizar formas de comportamiento que expresan prácticas culturales de la población de 5 años y más que reside en las cabeceras municipales del territorio colombiano. La Encuesta ECC la realiza el DANE.

- Encuesta Nacional de Uso del Tiempo –ENUT: busca generar información sobre el tiempo dedicado por la población de 10 años y más a actividades personales y de trabajo. Recolecta información para la población civil no institucional residente en todo el territorio nacional, excluyendo los departamentos de la Orinoquía y Amazonía. Tiene su origen en el marco de la Ley 1413 de 2010 en la cual se establece “la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales con la finalidad de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta para la definición e implementación de políticas públicas”. La ENUT cuenta con representatividad geográfica para total nacional, total de cabeceras municipales, total de centros poblados y zonas rurales dispersas, así como seis regiones del país: Bogotá, San Andrés, Caribe, Oriental, Central, y Pacífica.

De manera complementaria, también se incluye el:

- Estudio Misión Colombia Envejece: estudio sobre personas mayores y envejecimiento adelantado por el Centro de Investigación Fedesarrollo que combina métodos cuantitativos y cualitativos. En lo cuantitativo realiza análisis descriptivos a partir de datos secundarios provenientes de encuestas de hogares a escala nacional, con desagregaciones por sexo, grupos etarios, nivel socioeconómico y tipo de familia, entre otros. En lo cualitativo desarrolla grupos focales con personas de 60 años o más, en tres regiones, divididos en grupos de hombres y mujeres, y grupos mixtos con personas de 40 a 60 años, en áreas rurales y en Bogotá.

También es importante considerar que fuentes de información procesadas por el Departamento Nacional de Planeación y otras fuentes estadísticas del DANE pueden proporcionar información relevante sobre personas adultas mayores tales como el Producto Interno Bruto o las Necesidades Básicas Insatisfechas, por ejemplo.

4. Uso de fuentes de información disponibles

Este apartado desarrolla los mejores usos de las fuentes de información descritas en la sección inmediatamente anterior, desde el marco de la gestión del conocimiento en salud realizando un énfasis particular en la estructuración de líneas de base sobre personas adultas mayores, envejecimiento humano y vejez así como en la caracterización de la situación de salud, bienestar y condiciones de vida de las personas mayores y la vejez.

4.1 Gestión del conocimiento en salud

La gestión del conocimiento hace referencia a una información estructurada y organizada que constituye un nivel superior de información (Macías-Chapula, 2009) (Wilkinson, 2010). La gestión del conocimiento inicia con la planificación, organización, coordinación y control de las actividades que llevan a la captura y creación de variables e indicadores de ejecución, seguimiento y evaluación y finaliza con la difusión eficiente de la evidencia identificada. En concordancia, la gestión del conocimiento definida por la norma legal, por primera vez en el país, se refiere a una serie de acciones relacionadas con la producción científica, el ciclo de vida de la información y el modelo de comunicación de la evidencia en salud y protección social.

Básicamente son tres (3) los elementos involucrados en la gestión del conocimiento: i) la fuente de información en salud y protección social, ii) el usuario y iii) el canal de comunicación que conecta la fuente con el usuario de la información. Estos tres elementos interactúan durante cinco (5) procesos de la gestión del conocimiento:

- Acceso a conocimiento de fuentes externas
- Generación y medición de nuevo conocimiento
- Disposición de nuevo conocimiento en bases de datos
- Fomento de líneas de investigación
- Transferencia y difusión del conocimiento.

La gestión del conocimiento en el tema de Personas Mayores, Envejecimiento Humano y Vejez está sustentado en el Eje 4 de la Política Colombiana de Envejecimiento y Vejez, que plantea que el país debe generar conocimiento robusto sobre envejecimiento humano y vejez para mejorar la capacidad de aprender, generar otros conocimientos sobre el tema, producir, sistematizar, divulgar y desarrollar capacidades en las personas y en las instituciones para generar un talento humano suficiente y capaz de gestionar individual y colectivamente el proceso de envejecimiento humano y el periodo de la vejez.

El anterior eje de la política pública plantea las siguientes líneas de acción para la gestión del conocimiento, las cuales se materializarán en diferentes acciones y actividades a corto, mediano y largo plazo:

- Definición de líneas de base y caracterización territorial y local de la situación de salud y bienestar de las personas adultas mayores y la vejez que orienten, a través de la evidencia, la formulación de políticas públicas.
- Fomento de la investigación tanto nacional como territorial sobre envejecimiento y vejez.
- Diseño de agenda e inventario de necesidades de investigación del país sobre personas mayores, envejecimiento, vejez y aspectos socioculturales relacionados.
- Promoción de investigaciones en relación con el envejecimiento y la vejez sobre protección social, impactos socio-demográficos, género, asuntos étnicos, determinantes del envejecimiento, servicios de salud y servicios sociales.
- Conformación de una red nacional de gestión del conocimiento en envejecimiento y vejez.

Además, es importante señalar que en el Ministerio de Salud y Protección Social la gestión del conocimiento se encuentra integrada a la vigilancia en salud pública, la investigación, el análisis de situación de salud y la gestión de las tecnologías de la información.

4.2 Planes de análisis

Los métodos para análisis de información suponen un momento previo de captación, estructuración, almacenamiento y estandarización de la información disponible. En ese momento es necesario describir lo que se está haciendo o debe hacerse para responder a las preguntas de investigación que se han generado o para enfrentar las necesidades de información identificadas para cada área específica de análisis.

El diseño de estudios estadísticos y epidemiológicos debe ser estandarizado, y promovido bajo criterios de investigación claramente establecidos, estos estudios no sólo deben usar y explotar la información disponible, sino enfrentar necesidades y brechas en la información, generando conocimiento en temas poco explorados o de evidencia limitada.

Por lo tanto, la estructura de un plan de análisis debe describir de forma clara, precisa y lógica los métodos de trabajo para adelantar los análisis, modelos y estudios necesarios. La metodología empleada para el diseño de planes de análisis es la sugerida por Rothman (Rothman, 2002), (Rothman et al, 2008), estadístico y epidemiólogo de Boston University School of Public Health, que se concentra en siete aspectos claves del diseño de planes de análisis:

- 1) Describir las necesidades de información que desean superarse con el estudio o análisis.
- 2) Describir los métodos a utilizar en el estudio: tipo de estudio, fuente de datos y variables e indicadores de interés, modelos explicativos.
- 3) Explicar el objeto del estudio.
- 4) Relacionar los responsables de liderar y adelantar el estudio.
- 5) Describir observaciones específicas propias del estudio tales como si este responde a compromisos nacionales o internacionales, si constituyen insumos de un plan o política, o si se trata de una iniciativa del Ministerio de Salud y Protección Social, explicar disponibilidad de la fuentes o características generales del protocolo de investigación que deban ser tenidas en cuenta previo desarrollo y análisis estadístico.
- 6) Explicar los resultados esperados: si los resultados de los análisis deben materializarse en una publicación científica, un informe, un reporte, entre otras.
- 7) Tiempo de ejecución del estudio.

Es importante que el plan de análisis se organice cronológicamente por año, y que la información se presente en sub-secciones en función del tema en estudio. De esta forma mediante el diseño y desarrollo de estudios y modelos estadísticos para análisis de la información es posible generar evidencia sobre el comportamiento de la ocurrencia de eventos relacionados con la salud y bienestar de las personas adultas mayores, condicionada por determinantes sociales.

Así, los planes de análisis sobre personas mayores, envejecimiento humano y vejez estarán orientados a proporcionar información que permita identificar los determinantes que limiten o promuevan un envejecimiento activo y saludable. En lo correspondiente al momento de la vejez, conocer la situación física, funcional, psíquica, familiar y social que aporte en la perspectiva del envejecimiento humano y la vejez a la movilización de acciones para una intervención efectiva de los determinantes sociales. De otro lado, se busca que el plan de análisis incremente la evidencia que permita hacer seguimiento a la implementación efectiva de políticas y la asignación apropiada de recursos financieros y presupuestales dirigidos a este grupo poblacional.

La estructura del plan de análisis es sencilla y de manera general recopila la información necesaria que permita a los responsables obtener elementos de juicio para llevar a cabo un estudio o adelantar una evaluación. Los resultados de los análisis y estudios que se adelanten se materializarán en el incremento de reportes, informes o publicaciones científicas que puedan ser difundidos y divulgados, con facilidades de acceso para los usuarios en general.

Al igual que con los indicadores priorizados, el plan de análisis se constituirá teniendo en cuenta obligaciones plasmadas en normas o políticas nacionales, compromisos adquiridos por el sector salud y protección social, así como las derivadas de estudios de común acuerdo entre instituciones.

4.3 Líneas de base sobre personas adultas mayores, envejecimiento humano y vejez

A continuación se presenta una síntesis del proceso de elaboración de líneas de base, a partir de la metodología establecida por el DANE para este propósito. Las etapas básicas para la elaboración de líneas

de base incluyen desde la revisión conceptual y de la normatividad relacionada hasta la estabilización y priorización final de indicadores para ser agrupados según las necesidades de información y áreas específicas requeridas para soportar, con evidencia, la formulación de política pública. La batería de indicadores priorizada constituye un requisito tanto para la estructuración como para la actualización de las líneas base.

Las líneas de base surgieron como consecuencia de la necesidad de evaluar proyectos sociales, específicamente cuando se buscaba obtener información concreta de la situación al momento de iniciarse las acciones planificadas, estableciendo un 'punto de partida' para la intervención. En este sentido, la línea de base ha tomado un papel fundamental dentro de los sistemas de información para la toma de decisiones, permitiendo reducir algunos problemas de asimetrías de información estadística y con ello reducir también la selección adversa de políticas públicas. (DANE, 2009)

La línea de base inicia con la medición de una batería de indicadores en un año específico, la cual constituye la referencia para hacer comparaciones a través del tiempo. Este conjunto de indicadores debe diseñarse de tal forma que responda a las necesidades presentes y futuras de las acciones estratégicas, operativas y de seguimiento que permitan detectar cambios en la evolución de la situación de salud y bienestar de la población adulta mayor así como del comportamiento de los servicios de salud en áreas específicas: enfermedades crónicas, capacidad funcional, uso de servicios de salud, uso de medicamentos, seguridad alimentaria, entre otras.

Teniendo en cuenta los problemas de organización de la información, es importante establecer dos conjuntos de indicadores que se enlazan entre sí y diferenciarlos en su uso (DANE, 2009):

- **Indicadores estructurales:** aquellos cuya medición y uso es permanente y generalizada.
- **Indicadores coyunturales:** aquellos referidos a un plan de gobierno o a políticas públicas.

Así mismo, la comparación de transformaciones, cambios, progresos a través de la medición de indicadores, puede darse en dos aspectos (DANE, 2009):

- **Frente a una referencia temporal:** cambios en el tiempo.
- **Frente a estándares nacionales o internacionales:** comparaciones entre regiones de un país o entre países

Frente a los problemas de organización y disponibilidad de la información, la línea de base distingue los aspectos estructurales y coyunturales en los temas que la integran. Por esta razón, en el primer caso habrá un conjunto de indicadores estructurales cuya producción y uso son permanentes y generalizados, no sólo para la política interna, sino también para las comparaciones frente a referencias nacionales o internacionales.

La relevancia del indicador y su continuidad en el tiempo son condiciones que exigen una mínima organización y disposición oportuna de la información. En el segundo caso, la línea de base ofrece la opción de incluir indicadores coyunturales: los referidos a un plan de gobierno, misional o institucional, o a una situación de coyuntura. De este modo, se facilita el enlace de indicadores estructurales con indicadores de coyuntura.

La línea de base suele tener un carácter cuantitativo y puede recurrir a fuentes primarias y secundarias de información, sin embargo, se prefieren las fuentes primarias dado que los registros rutinarios aumentan la especificidad de aquello que se desea comparar más adelante según los períodos de interés. De esta forma,

la línea de base contribuye a la consolidación de una cultura de identificación, uso y difusión de la evidencia obtenida a través de la medición de indicadores estratégicos.

La información de los indicadores de la línea de base puede ofrecer a los responsables de la formulación de las políticas una visión amplia de las diferencias que existen entre grupos poblacionales, económicos, sociales, culturales o cualquier otra agrupación temática en salud y bienestar, para que de esta forma pueda informar y orientar la política o reducir las desigualdades detectadas entre ellos.

Las principales contribuciones derivadas de la estructuración o actualización de las líneas base se sintetizan en lo siguiente:

- Fomentan la organización de fuentes de información de acuerdo con las necesidades de información identificadas.
- Identifican y priorizan indicadores estratégicos.
- Proporcionan un marco de referencia cuantitativo y cualitativo de la situación actual que se pretende conocer o modificar, para medir avances, y efectos de la gestión en las intervenciones que se adelanten.
- Entregan información agregada, oportuna y confiable para la emisión de recomendaciones y para los procesos de toma de decisiones.
- Estandarizan la generación de información requerida.
- Establecen roles y funciones de instituciones frente a los requerimientos de información.
- Contribuyen a la consolidación de una cultura de uso y difusión de políticas y acciones basadas en evidencia.

4.4 Caracterización de la situación de salud y bienestar de las personas mayores y la vejez

De manera general, para la realización de estudios departamentales, distritales y municipales sobre salud, bienestar y condiciones de vida de las personas adultas mayores, el Ministerio de Salud y Protección Social recomienda utilizar la metodología y el cuestionario validados estadísticamente por la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento – SABE Colombia 2015, por cumplir con criterios de pertinencia, exactitud, interpretabilidad y comparabilidad que facilitan la normalización de la información de modo que variables y datos puedan ser interoperables entre los diferentes departamentos, distritos y municipios del país.

La Encuesta SABE Colombia tuvo como objetivo conocer la situación actual, en el ámbito rural y urbano, de la población de personas adultas mayores en Colombia, a través de la exploración y evaluación interdisciplinaria y a profundidad de la vejez y el envejecimiento, en el marco de los Determinantes del Envejecimiento Activo y desde el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud. En particular, el marco conceptual sobre Determinantes del Envejecimiento Activo considera que el conjunto de factores socio-económicos, de entorno social, de entorno físico, personales, conductuales, de condiciones de salud y de uso de servicios de salud, ente otros, establecen la dinámica propia del proceso de envejecimiento humano. Las principales características de los determinantes del envejecimiento activo han sido descritas más arriba (ver páginas 11 y 12).

Por otro lado, la fuente de datos de la Encuesta SABE Colombia se estableció por muestreo probabilístico de conglomerados polietápico a personas adultas mayores. Al final de la aplicación de la encuesta estructurada, se llevó a cabo una toma de medidas antropométricas, toma de presión arterial y pruebas de funcionalidad a las personas seleccionadas en la muestra.

El cuestionario de la Encuesta SABE se estructuró a partir de las siguientes categorías: 1) identificación de la vivienda, 2) identificación del encuestado que incluyó un filtro con base en el test minimalista abreviado, 3) aspectos socio-económicos, 4) medio ambiente físico, 5) medio ambiente, 6) conducta, 7) cognición y afecto, 8) funcionalidad, 9) condiciones médicas y de salud, 10) uso y acceso a servicios de salud, 11) antropometría y valoración funcional y 12) enlace a sub-muestras de la encuesta. Para cada una de las anteriores categorías fueron definidas distintas variables que a su vez facilitaron la formulación de indicadores para cada uno de los determinantes del envejecimiento activo, descritos más atrás.

La documentación metodológica completa, para profundizar en los contenidos de esta sección, se encuentra disponible a través del enlace:

<http://url.minsalud.gov.co/publicaciones-encuesta-sabe-2015>

4.5 Difusión y comunicación de la evidencia

Para lograr contribuir de manera significativa con la gestión del conocimiento necesario para reducir las desigualdades en salud y protección social asociadas con la generación de las distintas formas de exclusión y discriminación, así como lograr tener un impacto importante en los resultados de salud, se requiere que muchos elementos de la agenda pública estén coordinados y no se limiten únicamente a las competencias para legislar. Se requiere ampliar y diversificar las intervenciones públicas a través de una variedad de estrategias, políticas, programas e iniciativas dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida y de los servicios de salud, aumento de la cobertura y disponibilidad de la tecnología en salud.

La difusión, diseminación, gestión y uso de nuevo conocimiento a partir de evidencia y datos, debe apoyarse en las siguientes iniciativas y herramientas:

- Seminarios y conferencias: sesiones de educación continua organizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y las instituciones involucradas con el uso de la información.
- Cursos y presentaciones ofrecidos por la Academia y a través de los cuales se promueva la visita de profesores invitados o investigadores con estudios relevantes para las áreas de monitoreo y seguimiento de políticas públicas.
- Publicaciones breves como mecanismo de difundir el aporte del uso de la información y la gestión del conocimiento en la orientación de las políticas en salud y protección social.
- Colección de nuevos artículos relacionados y producto de la gestión del conocimiento, de cada entidad territorial.
- Noticias publicadas relacionadas con logros y progresos de gestión del conocimiento local y regional.
- Sitios web interactivos que permitan acceder a resultados de indicadores y bases de datos no nominales, para fomentar el acceso a los datos y la virtualización de contenidos disponibles en una amplia gama de temáticas relevantes para la Nación, departamentos, distritos y municipios.
- Comunidades virtuales donde todos los miembros puedan participar y gestionar el conocimiento, accediendo y comunicando a través de medios como los descritos arriba.

Los anteriores servicios y herramientas que aparentemente podrían limitarse a ser comunes estrategias de difusión y comunicación, han logrado demostrar ser exitosos (EuroHealthNet, 2013), por gestionar, por ejemplo, el conocimiento necesario para prevenir y reducir enfermedades adecuadamente a través del análisis de la magnitud y comportamiento de los determinantes de mayor contribución con la generación de éstas entre diferentes poblaciones y territorios.

También resulta importante entender que la difusión y comunicación de la evidencia generada y la disponibilidad de información deben darse seguramente a distintos ritmos de avance, pero dependiendo

del rol que cada entidad territorial desempeña como centro de referencia en gestión del conocimiento en sus áreas de especialización, logrará realizar su aporte tanto a la reducción de brechas en materia de información como al avance en la lucha contra las desigualdades en salud y protección social que enfrenta el país.

Conclusiones

- El marco legal y político debe ser, junto con las necesidades de información, la base fundamental de la organización de los conceptos y de la implementación y gestión de conocimiento.
- Gestionar información especializada permite explorar la evidencia para enriquecer las fuentes de datos existentes y definir redes fuertes para acceder y mejorar otras fuentes de información.
- Los indicadores deben ser debidamente instrumentalizados con el fin de disponer de mediciones de forma oportuna y continua. La priorización e instrumentalización de indicadores estratégicos debe ser una tarea rigurosa, concertada y de equipo, enfocada en proveer a los referentes temáticos sistemas de seguimiento automatizados, confiables y que generen y actualicen información periódicamente.
- La gestión de información sobre personas mayores, envejecimiento humano y vejez puede facilitar la conformación de una red de entidades con las cuales intercambiar información, metodologías, conocimiento y compartir desarrollos.
- Las agendas comunes de investigación y el diseño y puesta en marcha de estudios locales y regionales sobre personas mayores, envejecimiento y vejez puede contribuir a mejorar el entendimiento de la situación y la pertinencia de las políticas públicas.
- La identificación y uso de información constituye un requisito fundamental para la formulación de políticas, programas e intervenciones para prevenir y reducir problemáticas de salud y protección social, con base en evidencia. El eje central de la formulación y orientación de las políticas que requiere el país debe estar alineado, apoyado y basado en la evidencia generada y gestionada a partir del conocimiento.

Recomendaciones Finales

- La gestión de información deberá aportar al conocimiento generado a nivel nacional de manera efectiva, para ser incluido en reportes regionales o internacionales, haciéndose parte del entorno global en materia de información relacionada con los avances y desarrollos aplicables a la Política Nacional y las Políticas Departamentales y Distritales de Envejecimiento Humano y Vejez.
- Recabar evidencia internacional sobre el estudio y superación de desigualdades asociadas a los problemas de salud y protección social de las personas de 60 años o más. El análisis de desigualdades sociales y económicas asociadas permite examinar cómo se comportan las mismas dentro de la población de cada país y como éstas varían comparativamente entre los países de una misma Región.
- Facilitar acciones y estrategias adecuadas para mejorar la cultura de la información y el conocimiento, para generar cambios de orden nacional, regional y local de tal manera que contribuyan al fortalecimiento de las capacidades de análisis en todos los niveles.
- La información pertinente es clave, es uno de los principales requerimientos para el adecuado diseño de políticas y planes. Consideramos que la información es pertinente cuando cumple con al menos cuatro principios básicos: cobertura, oportunidad, precisión y bajo sub-registro.
- Afrontar el sub-registro, la baja calidad y dispersión de las fuentes de información con datos sobre personas adultas mayores, envejecimiento humano y vejez.
- Destacar preguntas relevantes en salud pública y promover una agenda pública como centro de formulación de políticas sociales y económicas en el tema envejecimiento humano y vejez.
- Gestionar el trabajo en equipo intersectorial e interdisciplinario. Sólo la colaboración y cooperación puede garantizar el éxito en la gestión de conocimiento regional y local.

Referencias bibliográficas

- Alzheimer's Disease International. (2013b). La Demencia en América. Londres: ADI.
- Alzheimer's Disease International. (2013). World Alzheimer Report 2013. London: ADI.
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Santiago de Chile, Chile.
- Bazo, M. T. (1992). La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos. *Revista REIS*, (60), 75-90.
- Bergonzoli, G. (2006). Sala Situacional: Instrumento para la Vigilancia en Salud Pública.
- CELADE. (2006). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la Vejez. Santiago de Chile: El Centro.
- CEPAL. (2004). Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento. Santiago de Chile: Cepal.
- CEPAL. (2012). Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento. San José: Cepal.
- CEPAL. (2012a). Carta de San José de Costa Rica. San José: Cepal.
- CEPAL. (2012b). Envejecimiento, solidaridad y protección social: La hora de avanzar hacia la igualdad. Santiago de Chile: Cepal.
- Colombia. (2002). Constitución Política de Colombia 1991. Bogotá: Editorial Unión.
- DANE. (2006). Documento Metodológico. Plan Estratégico Nacional de Estadísticas-PENDES. Bogotá D.C.: DANE.
- DANE. (2009). Metodología línea base de indicadores. Bogotá, D.C.: DANE.
- DANE. (2012). Estadísticas Vitales. Recuperado de:
<http://190.25.231.249/aplicativos/sen/NADA/ddibrowser/?section=technicaldocuments&id=54#overview>
- EuroHealthNet. (2013). EuroHealthNet for a Healthier Europe between and within countries. Recuperado de:
<http://eurohealthnet.eu/policy/policy-communications>
- Fernandez-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social. Madrid: Pirámide.
- Ferraro, K. F. y Shippee, T. P. (2009). Aging and Cumulative Inequality: How Does Inequality Get Under the Skin? *The Gerontologist*, 49 (3), 333-343.
- Gutierrez, L. M. et al. (2014). Envejecimiento y dependencia: realidades y previsión para los próximos años. México: Intersistemas editores.
- Huenchuan, S. (2014). “¿Qué más puedo esperar a mi edad?” Cuidado, derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado. En Huenchuan, S. y Rodríguez, R. I. Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores. México: ONU.
- IMSERSO. (2011). Envejecimiento activo: libro blanco. Madrid: IMSERSO.
- Macías-Chapula, C. (2009). La Gestión del Conocimiento en el Área de la Salud. *Revista de Evidencia e Investigación Clínica*, 2 (1): 31-35.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Universidad del Valle y Universidad de Caldas. (2016). Encuesta SABE Colombia: Situación de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia. Bogotá: Las Universidades.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). Documento de diagnóstico de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. Bogotá, D.C.: El Ministerio.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). Encuesta Nacional de Salud ENS 2007. Bogotá, D.C.: El Ministerio.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. Bogotá, D.C.: El Ministerio.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Cuadro de temas Registro Único de Afiliados - RUAF. Recuperado de:
<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/registro-unico-de-afiliados-ruaf.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Guía Metodológica de los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud. Bogotá, D.C, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Sistema de Información de Prestaciones de Salud - RIPS. Recuperado de:
<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/rips.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez, 2015-2024. Bogotá, D.C.: El Ministerio.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud: hacia un modelo de atención integral en salud. Bogotá: El Ministerio
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Registro de Actividades de Protección Específica y Detección Temprana. Bogotá, D.C.: El Ministerio.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 2626 de 2019, por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial –MAITE.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. (s.f.). Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud. 2013. Bogotá, D.C.: El Ministerio.

- Montaño, J. I., Rengifo, H., Rivillas, J. C., & Ospina, M. L. (2013). Gestión del Conocimiento y fuentes de información para la salud en Colombia. *Monitor Estratégico*, 49-55.
- Montes de Oca, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Revista Renglon*, (62), 159-181.
- Neugarten, B. (1999) *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.
- Organización de Naciones Unidas. (2002). *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*. Madrid: ONU.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 37 (S2): 74-105.
- Organización Mundial de la Salud. (2015a). *Estrategia y Plan de Acción Mundiales sobre Envejecimiento y Salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2015b). *Informe mundial sobre envejecimiento y salud*. Ginebra: OMS.
- Osorio, P. (2006). La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales. *Papeles del CEIC*, (22), 1-28.
- Rothman, K. J. (2002). *Epidemiology: An Introduction*. . Oxford University Express, Inc.
- Rothman, K. J., et al. (2008). *Modern epidemiology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wilkinson, J. (2010). The first ten years of Public Health Observatories in England – and the next? *Public Health* , 124, 245-247.