

~~CEPAL/CELADE (1997)~~

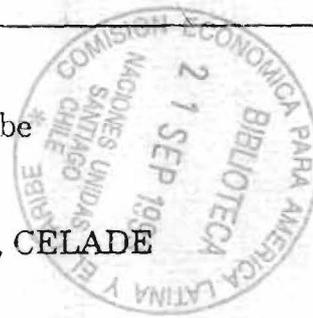
INT-1997

V. 2 c.2

SÓLO PARA PARTICIPANTES  
SEPTIEMBRE DE 1999

CEPAL  
Comisión Económica para América Latina y el Caribe

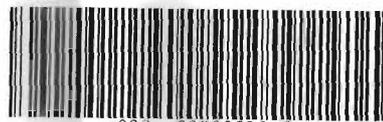
División de Población,  
Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE



**ENCUENTRO  
LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO  
SOBRE LAS PERSONAS DE EDAD**

**SEMINARIO TÉCNICO**

**SANTIAGO DE CHILE, 8 AL 10 DE SEPTIEMBRE, 1999**



Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de la exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

Información: [www.eciac.org/Celade-Esp](http://www.eciac.org/Celade-Esp)

*del 1*

**PRESENTATION BY HONOURABLE GERTRUDE ROBERTS,  
MINISTER FOR COMMUNITY DEVELOPMENT AND WOMEN'S  
AFFAIRS AT THE SYMPOSIUM ON OLDER PERSONS TO BE HELD IN  
SANTIAGO CHILE FROM 8<sup>TH</sup> TO 10<sup>TH</sup> SEPTEMBER, 1999**

The Commonwealth of Dominica is a former British Colony which became independent in 1978. It is one of the Windward Islands which comprises the Lesser Antilles and lies between the two French speaking islands of Guadeloupe to the North and Martinique to the South.

The capital, Roseau, is situated on the South-West coast of the island and about one-fifth of the country's population of 71,183 (1991 Census) lives there. The bulk of the population lives in the 55 villages scattered all over the rugged landscape which is characterized by its towering peaks up to heights of almost 5,000 feet with rushing waterfalls, rivers and streams which have earned it the name of "The Land of Many Waters".

The Government of the Commonwealth of Dominica is elected every five years through the democratic process - one person, one vote - and comprises twenty-one (21) elected and nine (9) nominated members which make up the House of Assembly. The President is Head of State with the Prime Minister as Head of Government.

**DEMOGRAPHIC SITUATION**

It is now fully recognized that all over the world people are living longer because of improved nutrition and health services and better hygienic practices. This has resulted in a marked growth in the number of Older Persons.

The mandatory retirement age in the Public Service, the largest working force, is 55 years and no longer 60 years. This has created economic problems for many retirees due to the fact that they do not receive Social Security Benefits until they reach the age of 60 years. Government has, however, attempted to alleviate some of the financial stress experienced by these retirees by introducing an interim form of pension until the required age to receive Social Security Benefits.

The population of Older Persons - sixty years and over in Dominica has been increasing over the past three decades both in absolute terms and as a proportion of the total population. The total population increased from 59,916 in 1960 to 71,183 in 1991 an increase of 18.8%. In the

same period the number of persons sixty (60) years old and over in the population moved from four thousand, eight hundred and fifty (4,850) to eight thousand, one hundred and seventy-seven (8,177), an increase of 68.6%, or nearly four times the rate of increase in the overall population.

The gender composition of older persons population has also changed significantly within that period. Although throughout the period the number of elderly women has been consistently greater than the number of men, there has been a regular increase in the proportion of men in the sub-group, from 38% in 1960 to 44% in 1991. There has been a corresponding trend of a decrease in the proportion of women in the total population by less than 3% during the period, from 53.0% in 1960 to 50.2% in 1991 (Table 1).

### HEALTH

The Older persons in Dominica are not exempt from the medical conditions brought about by aging. They are often affected by multiple diseases which make them incapacitated, produce disability or death. The more important group of disorders includes degenerative diseases, cancer, psycho-geriatric problems and accidents. The most frequent ailments diagnosed in persons over 65 years are hypertension, respiratory tract infections, osteoarthritis, trauma, diabetes, cardiovascular problems and a variety of skin disorders. Senility in the older person is commonly accepted as a state of old age; but in recent years there have been a few cases of Alzheimers Disease and while not in any significant numbers to warrant undue alarm, it nevertheless causes much suffering to family members who are unprepared for the trauma which accompanies this disease. It is therefore imperative that a mechanism be put into place to deal with the phenomenon of persons living to a much older age.

Dominica now has an Eye Surgeon who heads and operates the Government Eye Clinic. Of major concern is the high incidence of Diabetes; the increase in Glaucoma and Cataract.

While there has been a reported increase in blindness and near blindness due to Cataract, the Clinic is happy to report that it has performed 200 operations out of the annual target of 250.

Dominica is now producing eye-drops locally which makes it more available and affordable to victims of Glaucoma, thus enabling them to better cope with the disease. In addition, the great strength of the eye-care service is that Clinics are held in the rural areas as a preventative measure enabling early detection and arrest of the disease.

Those suffering from impaired vision and who are not able to meet the full cost of glasses are assisted by a local optical concern which either gives a reduction on the cost of the glasses or provides used frames which are easily converted, since the Centre has the facility to cut lenses. Visiting Optometrists are encouraged to leave glasses frames which they do not use and these are also used by persons who are unable to meet the cost and need glasses. Every effort is made to provide assistance to the many who cannot meet the cost. One means is through a Referral System which provides the opportunity for the Social Worker at the Princess Margaret Hospital to examine each case on its merit, to recommend reduction on charges or a withdrawal of fees.

### **SOCIAL WELFARE CONSIDERATIONS**

Census figures show that in Dominica 4,770 persons live on their own. 50% of them (2,323) are over the age of 50 and 975 are over the age of 70 years. In spite of the foregoing, the main safety net in Dominica is the family or the support from family members who live abroad.

Traditionally, the family assumes responsibility for caring for its most vulnerable members, such as the very young, disabled and elderly. However, while the family still attempts to remain the strong force in maintaining the well-being of the elderly, changes in family functions and responsibilities, coupled with the downward economic trends, fueled by the decision of the World Trade Organization (WTO) ruling on bananas, have caused a deterioration in the support services in many instances.

Migration, urbanization and the diminishing involvement of the extended family have impacted negatively on the welfare of the older persons. Those, who are affected most, are the ones with no children or those who have lost touch with their children. Migration for many has not proved as lucrative as was expected, which often results in migrants not being able to continue sending a monthly remittance to dependants. When financial support is not forthcoming, the only resort is to seek Public Assistance through the Social Welfare Division.

The commercial banks in an effort to maintain the standard of living of the older persons have introduced a number of incentives for persons 55 years and over. All banks have initiated some form of benefit which enables those who qualify to enjoy some measure of relief. Such benefits range from tax exemption on international money orders and drafts, cheque cashing power and other branch - to - branch services within the Eastern Caribbean to valuable discount on purchases at selected pharmacies and dental clinics.

The Roseau Co-operative Credit Union offers a Member Retirement Plan (MRP). Its mission includes looking after members when they will be no longer employed. It's primary aim is to introduce to its members the concept of planning for retirement from an early age. Membership is from seventeen years.

The Division of Welfare of my Ministry maintains close contact with the three (3) main institutions caring for the Elderly namely the Dominica Infirmary, Portsmouth Home for the Aged and the Mahaut Senior Citizens Home. It also support the efforts to care for the residents of the Grotto Home for the Homeless.

Enrollment is as follows:-

Dominica Infirmary	-	95 inmates
Portsmouth Home for the Aged	-	12 inmates
Mahaut Senior Citizens Home	-	6 inmates

#### **NON-GOVERNMENT INVOLVEMENT**

Some Non-Government Organizations (N.G.O.s) in Dominica assist in providing care to Older Persons and must be highly commended. Their activities vary but they all endeavour to alleviate the plight of this vulnerable sector of Society. Some of the more active NGOs with specific programmes geared towards the care of the older persons are the St. Vincent de Paul Society, R.E.A.C.H. (Reaching Elderly Abandoned Citizens House-bound), CARE (Care of the Elderly), the St. Jerome's Ministry and La Salette Elderly Day Centre.

R.E.A.C.H. is an organization mainly concerned with the improvement and welfare of the elderly, particularly those who are house-bound. Many of them live alone and have no one to care for them. The staff visit the clients weekly or more frequently if the person's condition warrants it. Visitation and administering health care, laundry services, clothing and a cooked meal are all provided on a daily basis.

The organization does most of its work in Roseau and environs and in the coastal villages from Scotts Head in the South to Mahaut on the West coast.

The major concern of R.E.A.C.H. is their inability to meet the challenge posed by the rapid growth of those in need. It has therefore embarked on a programme of prevention. As a first step, five persons from Pointe Michel were enrolled in the Training Programme for Care Givers conducted by the Dominica Council on Aging. On completion they have

responded to calls from the community and have been involved in providing care to older persons within the home setting. The second step was to begin a once-a-week Day Centre.

### ST. VINCENT de PAUL

The St. Vincent de Paul Society is affiliated to the Roman Catholic Church. It is totally responsible for the running of the Home for the Aged in Portsmouth. There are ten inmates at present. The Society receives a grant from the Government which is augmented by donations and fund-raising activities carried out by the Portsmouth Branch.

Over the past ten years they have built 15 two-room houses for older persons; and have given home-care service for 100 older persons since their existence 20 years ago. They have provided a shelter for homeless elderly in the village of Salisbury where there are presently 3 inmates. In addition, they provide a food distribution service through their several branches island-wide.

### OTHER SOURCES OF SUPPORT

The Methodist Church provides a weekly meal for the more needy in the community and a monthly allowance to its more needy members. There are, however, many older persons who do not receive care from the wider society and that number is growing. In many cases the economic status of a person in old age is mainly dependent on a fixed income such as a pension or retirement benefits or social security as in the case of persons who were salaried employees either in the public or private sector, which entitles them to these benefits. However, there are a number of persons who may not qualify, most of whom were agricultural labourers or domestics. If, however, they did contribute to the Social Security Scheme, on retirement they will receive their benefits. Subsistence farmers and other small scale self-employed persons are the ones negatively affected, and since the Social Security only came into effect in the late 70's most of these older persons do not qualify.

A common occurrence is the abandonment of the older person by family members who have migrated to so called greener pastures, leaving the upbringing of grandchildren to grandparents. Now these children themselves are parents. The family home has become too small to accommodate two, sometimes three families. The children move out, leaving the grandparents alone to fend for themselves but expect them to continue to assist in the care of the children. The generation gap in itself

creates problems and what is more, the financial burden rests on the shoulders of the grandparent.

### **ROLE OF THE DOMINICA COUNCIL ON AGING**

The Dominica Council on Aging which came into existence towards the end of 1993 has been actively seeking ways and means of enhancing the welfare of the older persons. It is a non-profit, governmental and voluntary organisation. Among its objectives are the following:-

- To develop programmes tailored to the needs of senior citizens and in keeping with the national policy with special emphasis on the vulnerable;
- To promote/negotiate and institute privileges/services for senior citizens - local, regional, international;
- To involve public participation islandwide on issues affecting the elderly;
- To recommend legislation to meet the needs of the elderly.

The Dominica Council on Aging in consultation with the Government has submitted a Draft Policy on Older Persons which will seek to address the issues presented in this paper. The Goals are in keeping with the rights of Older Persons as stated in the United Nations International Federation on Aging (IFA) "Declaration on the Rights and Responsibilities of Older Persons". The goal of the Policy on Older Persons will be to ensure that the Older Person will be provided with protection, care and opportunity to participate in the development of the Nation.

The Dominica Council on Aging (DCA) has embarked on a two-year project designed to facilitate older and younger people working more closely together.

The project will allow for younger people to interact with older persons in several ways. These will include:

- Documenting older people's knowledge of the traditional art forms so as to create a memory bank;
- Working collaboratively to transmit knowledge of Dominican artifacts and folklore through stories and written plays;

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA – DANE**

**Dirección Técnica de Censos**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**Facultad de Psicología**

**ASOCIACION INTERDISCIPLINARIA DE GERONTOLOGIA  
AIG DE COLOMBIA**

**SISTEMA DE INFORMACION SOBRE ENVEJECIMIENTO  
DE LA POBLACION COLOMBIANA**

**(PROPUESTA)**

**Encuentro Latinoamericano y Caribeño de las Personas de Edad  
(CEPAL – CELADE, FNUAP, OPS)  
Santiago de Chile, 8 al 10 de septiembre de 1999**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Página</b>
1. Antecedentes y Justificación	3
1.1. El Problema	3
1.2. La Atención por parte del Estado y la Sociedad	6
1.3. Estado de la investigación y del conocimiento	8
1.4. Importancia estratégica y urgencia de un Sistema de Información	9
1.5. El DANE como coordinador del Sistema Estadístico Nacional	11
2. Objetivos	12
2.1. Objetivos Generales	12
2.2. Objetivos Específicos	12
3. Marco Conceptual	13
3.1. Un enfoque contemporáneo del envejecimiento	13
3.2. La perspectiva de género	15
4. Estrategias	16
5. Variables e Indicadores del Sistema	17
6. Actividades y Recursos	20
Cuadro No. 1: Población mayor de 55 años por grupos de edad	22
Cuadro No.2: Población menor de 15 años	23
Bibliografía	24

# SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN COLOMBIANA \*

José Olinto Rueda Plata \*\*

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE\*\*\*

Elisa Dulcey-Ruiz \*\*\*\*

Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá

En el contexto de los procesos de transformación sociodemográfica, socioeconómica y cultural de Colombia, se plantea la necesidad de un sistema de información sobre envejecimiento, el cual sirva de fundamento a la investigación y a las políticas de planificación relacionadas con el envejecimiento y la vejez, teniendo en cuenta la importancia estratégica de los mencionados procesos y la urgencia de acciones integrales a largo plazo. Todo ello enmarcado en un enfoque no deficitario del envejecimiento y la vejez, el cual promueva condiciones y estilos de existencia que hagan posible la calidad de vida de las generaciones viejas de hoy y del futuro, al igual que la participación activa de las personas mayores en el desarrollo personal, comunitario y nacional.

## 1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

### 1.1 El problema

La población colombiana viene experimentando, a partir de las tres últimas décadas del presente siglo, un acelerado proceso de envejecimiento, entendido como la expansión, tanto en volumen como en su importancia relativa, de la población mayor de 55 años dentro del

---

\* Trabajo presentado al Encuentro Latinoamericano y Caribeño de las Personas de Edad (CEPAL - FNUAP - OPS) Santiago de Chile, 8 al 10 de septiembre de 1999.

\*\* Sociólogo y demógrafo, asesor de la Dirección Técnica de Censos - Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE. (Miembro de la Asociación Interdisciplinaria de Gerontología - AIG de Colombia)

\*\*\* Dirección DANE: Avenida El Dorado - CAN - Santa Fe de Bogotá, D.C., Colombia -  
Fax: (571) 222 1845

Teléfono (571) 222 3178 - E-mail: ybc07000@inter.net.co

\*\*\*\* Psicóloga, profesora titular. Universidad Javeriana - Apartado 52366 - Telefax (571) 210 1715 Santa Fe de Bogotá, D.C. Colombia - E-mail: agingcol@colomsat.net.co (Miembro de la Asociación Interdisciplinaria de Gerontología - AIG de Colombia)

conjunto de la población nacional. A comienzos de la década de los años cincuenta, la población mayor de 55 años ascendía a 934.000 personas, representando el 7.5% de la población del país. Treinta años después ascendía a 2'344.000, abarcando el 8.2% del total nacional. El año entrante serán ya cerca de 4'100.000 personas, comprendiendo el 9.6% del total. Hacia el año 2025 sumarán más de 11'200.000, aproximándose al 19% del conjunto de la población y dentro de 50 años, su volumen será alrededor de 20 millones, representando más de la cuarta parte del total de los colombianos (cuadro No. 1).

### **1.1.1. Los acelerados procesos de transformación socio-demográfica: tendencias y perspectivas**

El proceso acelerado de envejecimiento descrito anteriormente, no es en absoluto conjetural. Las personas que conformarán estas cohortes han nacido ya y por tanto, este proceso es de carácter irreversible. Su intensa expansión se origina fundamentalmente en las pautas reproductivas del inmediato pasado, caracterizada por una elevada natalidad y por los notables descensos experimentados y previstos de la mortalidad general e infantil.

A diferencia de lo ocurrido en los países actualmente industrializados, en el caso colombiano y en el de la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños, avanzados en el proceso de transición demográfica, se presenta la coexistencia, por la celeridad de estos procesos, de dos estadios de la evolución demográfica que le confieren a esta dinámica un carácter excepcional dentro de la historia de la población mundial y que al converger, complican en extremo la situación para su manejo y canalización dentro de los procesos de desarrollo de estas sociedades.

Los ecos de la "explosión demográfica" del pasado reciente, que por efecto de la inercia demográfica están engrosando las cohortes de los adultos mayores y que en la actualidad constituyen los sectores de población de mayor de crecimiento, se unen a las nuevas cohortes que justamente se aproximan y también al parecer de modo irreversible, a un crecimiento estacionario, cuando no ya a tasas negativas, configurando una paradoja cuasi trágica, de que crecen más rápido los ancianos que los niños (cuadro No. 2), avanzando hacia un mundo de adultos mayores

### **1.1.2. Las transformaciones socioeconómicas y culturales. Algunas paradojas**

Las transformaciones demográficas descritas se inscriben en un contexto de procesos políticos, socio - económicos y culturales que les confieren un carácter de excepcional severidad. En un entorno de crisis económica, como el que soportamos, que no es en modo alguno coyuntural, expresado socialmente en tasas de desempleo del orden del 20%, bajos ingresos, creciente informalidad económica, elevados índices de pobreza, y su correlato uno de los peores índices mundiales de distribución del ingreso, elevado déficit fiscal, políticas

regresivas de inversión y desarrollo social, restringida cobertura y calidad de la atención en salud, vivienda, recreación, ocupación, seguridad social y de servicios sociales, unido todo esto a las transformaciones en cuanto a funciones, tamaño y composición de la estructura familiar, configuran la cada vez mas acentuada y continua reducción de las condiciones para encarar de modo adecuado y garantizar a este creciente grupo de población, en situación de extrema indefensión, una vejez digna y productiva.

### **Algunas paradojas**

De acuerdo con Rodríguez (1995) y Dulcey Ruiz, Mantilla y Méndez (1999) tanto Colombia como América Latina en general son regiones de paradojas:

- 1. Hay crecimiento y desarrollo económico, pero aumenta la pobreza y la desigualdad.** En América Latina más del 35% de las personas tienen ingresos diarios iguales o inferiores a dos dólares y esta cifra parece haber aumentado particularmente en las áreas urbanas. De modo que la urbanización de la pobreza resulta ser uno de los rasgos más característicos de la región. No obstante, a ritmos diferentes y a pesar de las dificultades, América Latina ha registrado crecimiento económico (Rodríguez, 1995).
- 2. La democracia parece haberse instalado en la mayor parte de la región, sin que ello signifique acceso real a oportunidades (educativas, de salud, laborales,...).** Se ha incrementado la democracia electoral, sin que eso haya implicado, en grado similar, respeto a las libertades civiles. Si se analizan índices relacionados con equidad, calidad de la educación, la salud y los servicios en general, así como rectitud administrativa, estos revelan una realidad deplorable. América Latina sigue siendo la región más inequitativa del mundo, en materia de ingresos, posesiones y acceso a oportunidades reales de calidad de vida y de desarrollo personal y social. Así, los más pobres siguen teniendo escaso o nulo acceso a la seguridad social; educación, salud y vivienda de baja calidad.
- 3. Contraste entre indicadores sociales y realidad vivida.** Más allá de los índices económicos, otros, como el Índice de Desarrollo Humano (IDH, el cual incluye como principales indicadores la salud, la educación y los ingresos) son altos en varios países de la región. No obstante, las realidades vividas por muchas personas están lejos de parecerseles. Pensar, por ejemplo, en pensiones que, según convenios internacionales, no han de ser inferiores al 40% de lo devengado previamente, al igual que hablar de coberturas cada vez mayores en pensiones y salud, puede generar algo de optimismo. Pero tal optimismo se transforma en crisis cuando la realidad nos indica que esas pensiones, por mínimas que sean, no llegan a tiempo, o a veces, no llegan; y que, en muchos casos (a veces en más del 85%) las pensiones equivalen al salario mínimo, al tiempo que un escaso porcentaje de personas recibe pensiones que superan 10 o más veces el salario mínimo; y las reciben regular y oportunamente. En cuanto a salud, en

algunos de nuestros países el panorama no es más alentador: debido a las circunstancias y la forma en que se presta, la 'atención' contribuye muchas veces a empeorar la condición, no sólo física, sino psicológica y social de quienes consultan.

En el caso colombiano, se suma a los factores enunciados, la situación de extrema violencia, (no solo por el conflicto socio político), que golpea a la estructura familiar, afectando de modo mas agudo a sus miembros más vulnerables: niños, mujeres y ancianos.

## 1.2. La atención por parte del Estado y la sociedad

### Un poco de historia

Hasta donde sabemos, fue en el año 1973, cuando por primera vez, se realizó en Colombia una reunión sobre el tema de la vejez, por iniciativa conjunta de entidades gubernamentales y no gubernamentales. El Ministerio de Salud, junto con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Cruz Roja Colombia organizaron entonces el *Primer Seminario Nacional sobre el Anciano*, el cual se reunió en Bogotá. Las memorias de dicho seminario revelan, en general, un interés predominantemente asistencialista y centrado en lo inmediato, pero también un primer llamado de atención acerca de la consideración de la vejez como parte integrante de la vida.

Durante esa misma década de los años 70 surgieron también otras iniciativas: se organizan entidades profesionales y de asistencia orientadas a atender en forma cada vez más sistemática cuanto se refiere a la vejez, particularmente desde el punto de vista de la salud y la institucionalización.

Hacia finales de la década de 1970, en el inventario de realizaciones colombianas sobre el particular, se cuenta además con el establecimiento de una *Sección de Geriatria* en el Ministerio de Salud de Colombia, así como la realización de dos Seminarios Nacionales sobre Jubilación (Medellín, 1976, 1979), en los cuales se analiza el tema del retiro por derecho a pensión, considerando no sólo aspectos económicos y legales, sino socioculturales, psicológicos y familiares.

Es en la misma época cuando empiezan en el país algunas acciones orientadas a la preparación para el retiro en empresas privadas (en primer término) y oficiales (algo más tarde). Sólo dos décadas después se replantean las acciones mencionadas buscando una mirada más amplia y en perspectiva, no sólo del retiro, sino de cambios vitales en general, considerando condiciones y estilos de existencia favorables a una calidad de vida integral, que implique previsión y disposición al cambio. El anterior replanteamiento lo asume como *Política Pre-retiro Marco* el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, a partir de la reforma de la seguridad social colombiana en 1993.

En la década de 1980 se incrementan las investigaciones sobre todo en relación con el retiro por pensión, con actitudes hacia la vejez, con medios de comunicación, desarrollo cognoscitivo y participación, así como sobre instituciones, capacidad funcional, demencias y otros aspectos relacionados con la salud. En esa misma década se establecen programas de pregrado en Gerontología, lo cual plantea cuestionamientos. También se organiza como especialización en Medicina Interna, un postgrado en Geriátrica y al comenzar la década de 1990, un postgrado en Gerontología.

Los primeros programas de estudio en Gerontología ya mencionados tuvieron, en sus comienzos, un cariz eminentemente asistencialista, centrado en la vejez, el cual progresivamente ha disminuido ante la evidencia de tendencias y exigencias mundiales que pretenden disminuir la dependencia, el asistencialismo y la visión deficitaria de la vejez. Al mismo tiempo, se ha ido centrando el interés en el proceso de envejecimiento, como parte de la vida misma, desde su comienzo hasta su final. La perspectiva que atiende al transcurso total de la existencia va tomando entonces prioridad, al menos en el plano discursivo y poco a poco, en el investigativo y académico, aunque mucho más lentamente en el relacionado con políticas y programas sociales.

Convergen progresivamente las inquietudes demográficas (evidenciadas ante los cambios que para muchos resultan inesperados) con las inquietudes que surgen en otros campos, tanto biomédicos, como de las ciencias sociales y del comportamiento.

### **Atención por parte del Estado en las dos últimas décadas.**

A partir de la década de 1980 se establece una oficina relacionada con la vejez (“tercera edad”) adscrita a la Presidencia de la República, con un coordinador *ad – honorem*. Al comenzar la década de 1990 se instaura el Programa Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia (PPJMF) en el cual se incorpora la consideración de la vejez. En 1995 el Departamento Nacional de Planeación junto con la Vicepresidencia de la República elaboran el documento CONPES<sup>1</sup> sobre Envejecimiento y Vejez, el cual incluye un llamado a procurar en la población la cultura del envejecimiento, como una construcción a lo largo de la vida; sin embargo, en el mismo documento se adopta a la vez una visión de corte deficitario y asistencialista con respecto a la vejez

El nuevo Plan de Desarrollo para los años 1999 – 2002, aprobado por el Congreso de la República (Ley 508 de julio 29 de 1999), plantea como uno de sus objetivos “Ofrecer incentivos para la promoción social y económica de la población, en igualdad de condiciones para la expansión de las oportunidades sociales, particularmente para la población que se encuentra en condiciones de especial vulnerabilidad, por sus características socioeconómicas, culturales, étnicas, territoriales, religiosas o de género”. En el plano de la Salud y la Seguridad Social, “lograr que se cumpla con la afiliación

---

<sup>1</sup> Documento CONPES – DNP – UDS # 2793 del 28 de junio de 1995

obligatoria y se cotice por el valor real de los ingresos, al Sistema General de Seguridad Social en Salud; para que los afiliados al régimen subsidiado en salud sean verdaderamente los más desvalidos”. En el artículo 4º correspondiente a la Descripción de los Principales Programas de Inversión, se incluye dentro del Plan Nacional de Recreación además de la población infantil y juvenil, a las personas de la tercera edad.

En el capítulo 5 sobre Familia y Niñez, de modo específico se destaca la **Protección especial a la población mayor de 60 años**, para lo cual se proponen tres estrategias diferentes: “Incorporación voluntaria de esta población al programa jornada escolar complementaria, entrega de subsidios y afiliación al régimen subsidiado en salud”. En lo que hace relación a la igualdad de género, el capítulo 6 incluye el Plan de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, “para dar cumplimiento a los mandatos constitucionales y a los acuerdos internacionales suscritos por el país en cuanto a la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres”.

En el plano de la investigación y de la información, el Plan se compromete a establecer “un sistema integral de información en salud confiable y oportuno que permita el seguimiento de las acciones de los gobiernos locales y el flujo de información hacia estos niveles, de tal forma que se le faciliten sus funciones”.

### 1.3. Estado de la investigación y del conocimiento.

Ya hemos señalado el ámbito de acción y las posibilidades del Estado para abordar el reto del desarrollo social en el contexto de la crisis. A los límites de la inversión social, y del alcance de las políticas y proyectos de desarrollo en este campo, se suma un insuficiente y deficiente conocimiento acerca de la magnitud, proyecciones y repercusiones de las transformaciones socio - demográficas, no solo en la actualidad y en el futuro inmediato, de cuyo delicadas, sino en el escenario de la primera mitad del siglo entrante.

Asediados por la severidad de la crisis económica, socio - política e institucional, hemos puesto menos acento al conocimiento y formación de una conciencia nacional sobre los procesos de envejecimiento y de sus profundas implicaciones para el desarrollo económico y social del país.

Pese a los esfuerzos de los demógrafos y de los analistas sociales por efectuar un seguimiento objetivo y documentado de estos procesos de cambio, aún no se ha llegado a constituir un área de investigación e información que logre articular un cuerpo de conocimiento integral y sistemático en los campos de la demografía, la economía, la sociología, la antropología, la psicología y las ciencias de la salud, entre otras disciplinas, que provea a los investigadores, los planificadores y los administradores de programas de desarrollo social, los elementos de información para la planeación y gestión del desarrollo de este tan importante, creciente y vulnerable segmento de nuestra población.

Se advierte en este campo, además, la ausencia, insuficiencia o inadecuación de enfoques conceptuales apropiados que desde una perspectiva integral, incorpore los avances alcanzados en las ciencias sociales y de la salud sobre las dimensiones biológicas, psicosociales y culturales del envejecimiento, revisando y reformulando los enfoques tradicionales, convencionales y frecuentemente acientíficos con los que comúnmente se interpretan dichos procesos y se diseñan las políticas, planes y programas de atención que por su naturaleza tienen un limitado impacto.

Los estudios hasta ahora adelantados se han remitido al seguimiento del volumen, dinámica y composición del grupo de adultos mayores y sus perspectivas a través de la elaboración de proyecciones en distintos escenarios temporales. En menor medida se han realizado trabajos sobre las implicaciones de la transición demográfica sobre el empleo, la salud, la seguridad social y los regímenes prestacionales; menos frecuentes son los correspondientes a las transformaciones de la familia y dentro de ella, la situación de los adultos mayores; poco sabemos sobre su situación en aspectos de ocupación, ingresos, seguridad social, salud, nutrición, morbilidad, causas de defunción, situación de género, educación, recreación, participación, integración familiar, comunitaria y social; ni sobre la infraestructura institucional de atención del anciano indigente, para no señalar sino algunas dimensiones importantes que definen sus condiciones de vida. Un gran vacío se advierte en cuanto al conocimiento de sus expectativas frente a la familia, la sociedad, la cultura, el uso de su tiempo libre, frente a la salud y la enfermedad, la participación social, la soledad, el afecto y en fin sobre sus percepciones del devenir de sus vidas.

Gran parte de este conocimiento está disponible, pero disperso y asistemático. Otra parte importante se halla inexplorada, pero factible de desarrollar con el auxilio de las ciencias sociales y de las de la salud. De otra parte, la información existente es pobremente y deficientemente utilizada. Faltan aún adecuados mecanismos de difusión y de incorporación en la planeación del desarrollo social, frustrando la misión y la función social del conocimiento como herramienta para la transformación de una situación indeseable.

#### **1.4. Importancia estratégica de estos procesos y urgencia de un sistema integral de información sobre el envejecimiento**

Frente a la magnitud e importancia de este fenómeno, se requiere emprender acciones inmediatas para desarrollar y consolidar una base de información integral, oportuna y confiable que permita afrontar con instrumentos apropiados el gran desafío de la sociedad colombiana de asegurar a los adultos mayores una mejor calidad de vida, una participación efectiva y adecuada al desarrollo y una integración social y familiar más extendida y armónica.

En diferentes foros convocados por organismos internacionales, particularmente desde la década pasada, se llama la atención acerca de la necesidad de dar prioridad a la

investigación relacionada con el envejecimiento. En tal sentido se pronunció la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento reunida en Viena (1982), señalando la importancia de la investigación sobre el particular, con el “fin de proporcionar una bases lógica para las políticas relativas al envejecimiento en general” (Recomendación 60 del *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento*. ONU, 1982).

Por su parte, la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* reunida en El Cairo, en septiembre de 1994, al aludir al crecimiento y la estructura de la población, exhorta a los gobiernos a que presten más atención a la importancia de las tendencias demográficas para el desarrollo y señala, además, con respecto a las personas de edad, la necesidad de sistemas de seguridad social más equitativos e intergeneracionalmente solidarios, así como la urgencia de eliminar cualquier forma de violencia y discriminación contra las personas de edad, al tiempo que promover su autonomía física y decisoria, sin descuidar su participación activa en la sociedad.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas - FNUAP (1998)<sup>2</sup>, al aludir a las transformaciones demográficas, señala que “los datos acerca de la población y la calidad de vida serán imprescindibles para la formulación de políticas” (p. 5). Y refiriéndose a cuestiones claves relativas a las “nuevas generaciones” en todas las regiones, advierte “lagunas en la información para la formulación de políticas”, al tiempo que considera como una necesidad prioritaria “mejorar la capacidad de investigación y diálogo con respecto a las políticas” (p. 61).

Más recientemente (junio 7 – 10 de 1999) el *Foro Andino sobre Políticas para los Adultos Mayores*, reunido en Lima, Perú, por invitación de la OPS y otros organismos (gubernamentales y no gubernamentales) se pronunció en sentido análogo. En las conclusiones del mencionado foro se recomienda con carácter prioritario “la conformación de sistemas de información fundamentados en alianzas y coparticipación”, los cuales constituyan las bases para el desarrollo investigativo y el diseño de políticas relacionadas con el envejecimiento y la adultez mayor.

Al convocar al *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad*, a realizarse en Santiago de Chile, entre el 8 y el 10 de septiembre próximos – en el marco de la celebración del Año Internacional de las Personas de Edad (1999) -, la CEPAL – CELADE, el FNUAP y la OPS, plantean como objetivos fundamentales el análisis del proceso de envejecimiento poblacional y sus consecuencias económicas y sociales, así como la necesidad de atender a políticas y programas orientados al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores. En tal sentido, la reunión mencionada pretende centrarse en los aspectos demográficos, de salud, socioeconómicos y relacionados con seguridad social y pensiones.

---

<sup>2</sup> FNUAP (1998). Estado de la Población Mundial - 1998. Nueva York: FNUAP ([www.unfpa.org](http://www.unfpa.org))

El interés en establecer un sistema de información sobre envejecimiento se fundamenta en consideraciones como las anteriores, particularmente en la evidencia de nuestro acelerado proceso de envejecimiento demográfico, así como en la conciencia de que “hacer política social significa tomar decisiones que se realicen en un contexto económico, cultural e ideológico” (Bazo, 1999, p. 111), el cual es preciso conocer suficientemente de antemano. Por ello, el DANE, con la colaboración de la Universidad Javeriana y la participación de la Asociación Interdisciplinaria de Gerontología – AIG de Colombia, se ha interesado, sobre todo desde comienzos de 1999, por constituir dicho sistema de información integral sobre el envejecimiento.

### **1.5. El DANE como Coordinador del Sistema Estadístico Nacional.**

El DANE, como ente rector y coordinador de la actividad estadística en el país, en cumplimiento de su misión institucional, se propone conformar, dentro de la Dirección de Censos y Demografía, un Sistema Integral de Información sobre envejecimiento que provea de modo oportuno, eficiente, y suficiente, las bases de información que el país requiere para abordar el conocimiento y tratamiento de la situación y de sus implicaciones en distintos escenarios temporales, sociales y territoriales, originadas en los procesos de envejecimiento que viene experimentando la población colombiana.

Cuenta el DANE para este propósito con el marco de funciones que le asigna el decreto 2118 de diciembre 29 de 1992 y los mandatos del Plan de Desarrollo del DANE (Documento CONPES 2774 de abril 5 de 1995) que crearon el Sistema de Monitoría Social y el Sistema de Estadísticas Demográficas, entre otros.

Dispone además de la capacidad apropiada, de la organización requerida, de los instrumentos y medios para la coordinación interinstitucional con las entidades públicas y privadas involucradas en este campo, con buena parte de las fuentes primordiales de información al respecto (Censos de población y vivienda, Encuestas de Hogares, Sistema de Proyecciones de Población, Sistemas de Estadísticas Vitales, Sistema de Estadísticas Básicas, Estudios Postcensales e Intercensales y Sistemas de Georreferenciación de la Información pertinente.) Igualmente está en condiciones de incorporar al sistema, fuentes complementarias en el campo de la salud, la seguridad social, el Bienestar Familiar, Encuestas Demográficas y otras afines, a través de convenios interinstitucionales.

Dentro de este marco de fuentes disponibles y requeridas, se contará con la información del Censo de población y Vivienda del Nuevo Milenio, aprobado para realizarse en el 2001 y se avanza en la propuesta y diseño de la Primera Encuesta Nacional sobre Envejecimiento a realizarse en el año 2000 para investigar aquellos aspectos socio - demográficos, culturales y psicosociales que no registran las fuentes existentes. Esta gran encuesta nacional, junto con el nuevo censo de población y vivienda, constituirán el eje del nuevo sistema.

El sistema de Información sobre envejecimiento de la población generaría, de modo progresivo las bases de información sobre las personas de edad de modo sistemático, oportuno y confiable, y difundiría dicha información, propiciando su incorporación y aplicación a las tareas de planeación y gestión del desarrollo social en general y de los grupos de adultos mayores en particular.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivos generales**

- Contribuir, mediante la producción, difusión y utilización de la información sobre la población de mayor de edad, al mejoramiento de sus condiciones de vida y a su participación e integración al desarrollo nacional.
- Proveer a los investigadores, planificadores y administradores del Desarrollo Social, bases integrales de información sistemática, oportuna y confiable sobre la dinámica, principales características, perspectivas e implicaciones de los procesos de envejecimiento de la población colombiana.
- Propender por un uso mas intensivo de la información sobre las personas adultas mayores en la planeación y gestión del desarrollo de este grupo poblacional.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Integrar, desarrollar, sistematizar y consolidar las fuentes de información sobre la situación y perspectivas de los procesos de envejecimiento de la población colombiana.
- Favorecer el desarrollo de la investigación y de la información sobre la situación y perspectivas de la población de adultos mayores.
- Difundir y apoyar una utilización intensiva de la información producida en las actividades de planeación y administración de desarrollo social de los adultos mayores.

### 3. MARCO CONCEPTUAL

#### 3.1 Un enfoque contemporáneo del envejecimiento

La mundialización de la cultura, la ciencia y la tecnología, la globalización económica, las transformaciones derivadas del campo biotecnológico y de las comunicaciones, las migraciones y el nomadismo, el particular énfasis en la virtualidad, junto con el inminente envejecimiento de la población mundial constituyen, según expertos y futurólogos, el panorama que nos abre las puertas del próximo siglo. En todo caso, los cambios están siendo y serán cada vez más rápidos y notables.

Con razón advierte el FNUAP (1998) que “los cambios en los estilos de vida han sido tan espectaculares como los aumentos en la esperanza de vida. Las relaciones entre los hijos adultos y sus progenitores son cada vez más variadas debido a la creciente urbanización y al aumento de la movilidad y el ingreso; y los ancianos están escogiendo cada vez más una mayor independencia en cuanto a la organización de su vida. En los países en desarrollo, casi siete de cada diez ancianos siguen viviendo en los hogares de miembros más jóvenes de su familia, pero están aumentando las cantidades de quienes viven solos o únicamente con su cónyuge. Va en aumento la cantidad de personas de edad mediana que no prevén que han de vivir con sus hijos (Crónica para la Prensa). Agrega el FNUAP (1998) que “la esperanza de una vida saludable va en aumento, a medida que va aumentando la esperanza de vida en general. Los “*nuevos ancianos*” están mejor educados y son más sanos que las anteriores generaciones de ancianos y desempeñan papeles más activos y productivos en sus sociedades” (p. 37).

La figura de la vejez, marcada por el estereotipo en todo sentido inclinado y declinante, va transformándose por otras maneras de ser persona adulta mayor en las que se reconoce cada vez más la incidencia de condiciones históricas y socioculturales y de estilos de vida y ya no de inexorables e inmutables predicciones marcadas por el deterioro.

Así, una revisión a la literatura sobre el envejecimiento y la vejez nos revela actualmente panoramas mucho más divergentes, donde caben menos la estereotipación y la homogenización. Donde se reconoce, sin lugar a dudas que la población más disímil – y no la más homogénea – es la que más ha vivido; donde se proclama – como lo evidenciamos con creces en este Año Internacional de las Personas de Edad – la importancia de la actividad en todos los campos y de la participación, para lograr una vejez activa, autónoma y socialmente integrada.

Es en esta línea como empiezan a moverse las tendencias investigativas, cada vez más orientadas, tanto a lo transcultural, como a lo diacrónico, al tiempo que se incrementa la evidente necesidad de políticas que tengan en cuenta el transcurso integral de la existencia, consecuentes con el hecho de que la vejez es el resultado de una construcción colectiva e individual que se hace desde el comienzo de la vida y no un capítulo aparte de la misma.

## Una mirada alternativa: la perspectiva del ciclo vital

En coherencia con los planteamientos anteriores, un enfoque contemporáneo del desarrollo, del envejecimiento y de la vejez, como la denominada *perspectiva del ciclo vital (life span perspective)* (Baltes, Smith y Staudinger, 1992), asume el transcurso de la vida como una construcción dialéctica, histórica, cultural, social y personal, en la cual se conjugan procesos que implican continuidad y discontinuidad.

Premisas fundamentales de esta *perspectiva del ciclo vital*, son, entre otras:

-Considerar la edad cronológica como algo relativo, al tiempo que entender como fundamentales el contexto, la historia, la cultura, así como las experiencias y los comportamientos personales.

-Entender el cambio, constitutivo de la vida misma, como diverso, plural y multidireccional, de modo que durante los mismos períodos, algunos sistemas de comportamiento revelan incremento, en tanto que otros evidencian decremento en su nivel de funcionamiento.

-Asumir que a través de toda la vida se dan de manera simultánea ganancias (crecimiento) y pérdidas (declinación).

-Considerar que tanto la plasticidad, como la heterogeneidad (intra e interindividuales) hacen parte del transcurso de la vida, de modo que un aspecto clave es identificar los rangos y límites de la plasticidad, así como las fuentes de las diferencias individuales -teniendo en cuenta que la heterogeneidad se incrementa entre más se vive-.

-Plantear que la vida de cada persona es el resultado de la interacción dialéctica entre tres sistemas de influencias: (1) expectativas sociales relacionadas con la edad (época de vivir la pubertad, la menopausia, de independizarse de los padres, entrar al mundo del trabajo, constituir una familia,...); (2) hechos históricos que afectan positiva o negativamente (bonanzas, guerras,...); y (3) acontecimientos personales únicos (encuentros inesperados, logros o fracasos personales,...), sin descartar, en cada caso, la acción del sujeto en relación consigo mismo y con el contexto.

Desde otro punto de vista y con miras a lograr condiciones y formas de vida que propicien transiciones, más que crisis, la consideración de actitudes de previsión, de disposición al cambio, diversidad y flexibilidad en cuanto se refiere a las actividades que una persona realiza en diversas épocas de su vida, vale la pena señalar lo planteado por Bolles (1979), quien alerta acerca del peligro de unidimensionalizar la existencia en cualquier época, convirtiendo en realidad expectativas sociales dicotomizantes, como aquellas que pretenden

identificar la infancia y la juventud con aprendizaje, la adultez con trabajo y la vejez con descanso.

Afirma Bolles (1979) que si desde temprano en la vida y durante toda la existencia aprendiéramos a combinar aprendizaje, trabajo y descanso, podrían incrementarse notoriamente las posibilidades de asumir positivamente cambios como el retiro del empleo por jubilación y muchos otros.

En sentido similar se pronuncia Schein (1982) al referirse a la necesidad de *anclas de carrera*, considerando la importancia de atender simultáneamente al desarrollo personal, familiar y laboral.

Todo esto nos lleva a revisar con beneficio de inventario los modelos de desarrollo centrados en el trabajo y la productividad, que dejan de lado una visión integral del ser humano.

Por lo demás, no sobra reiterar dos ideas consideradas fundamentales: (1) el cuestionamiento del enfoque tradicional asistencialista para considerar la vejez; (2) la necesidad de enfatizar enfoques alternativos centrados en la vejez como posibilidad de participación y desarrollo personal y comunitario.

### 3.2. La perspectiva de género

El Capítulo IV y específicamente el literal C del *Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo* de El Cairo (1994) se refiere a las responsabilidades públicas y privadas compartidas por ambos géneros y sugiere dos tipos de acción: un cambio de actitudes y comportamientos en mujeres y hombres; y atención al mejoramiento de la comunicación entre los dos géneros.

Igualmente, el Documento de la Conferencia de Beijing (1995) hace la siguiente sugerencia: “hacer recomendaciones y preparar los planes curriculares escolares, los textos y otros materiales de enseñanza, de manera que estén libres de estereotipos de género para todos los niveles del sistema escolar, incluyendo la educación de educadores” (Capítulo IV, literal B).

Al respecto el FNUAP (1998) afirma que: “En promedio las mujeres viven más tiempo que los hombres y en la mayor parte de los países constituyen la población mayoritaria de personas ancianas. Las ancianas soportan la carga de las percepciones negativas y enfrentan discriminación social y económica; además, tienen mayores probabilidades que los hombres de ser pobres y analfabetas. No obstante, los encargados de formular políticas muy a menudo descuidan los problemas que afectan a las ancianas. Las mujeres que enviudan a cualquier edad tienden a permanecer sin pareja durante un tiempo mayor que los hombres.

Con frecuencia las políticas de salud omiten abordar las cuestiones de particular interés de las ancianas que, en promedio, padecen enfermedades durante más años que los hombres, debido a factores biológicos, agravados por una vida entera de acceso insuficiente a los servicios básicos, los alimentos y la nutrición, además de las dificultades de su etapa de procreación. En el informe se señala la necesidad de efectuar más investigaciones, por ejemplo, sobre la menopausia y sus consecuencias, y de mejorar la recopilación y el análisis de datos, utilizando indicadores para la medición fidedigna de las diferencias de género en el estado de salud” (FNUAP, 1998, Crónica para la Prensa).

Surge entonces la necesidad de interrogarnos no sólo acerca de la forma en que los patrones socioculturales inciden en el envejecimiento y la vejez, sino en la manera en que la sociedad cambia como consecuencia de la longevidad. Una mirada psico-social nos permite indagar acerca de la manera como el comportamiento en determinadas condiciones socioculturales e históricas afecta la forma de envejecer, de ser mujer vieja y hombre viejo. Desde tal perspectiva resulta fundamental estudiar el envejecimiento, no sólo desde el punto de vista socio-demográfico, sino principalmente desde una mirada sociocultural e histórica, tomando en consideración la perspectiva de género.

El envejecimiento demográfico lleva a planteamientos de tipo psico-social, los cuales implican la necesidad de resignificar la vejez y el hecho de vivirla, puesto que más que cualquier otra época del transcurso vital, conlleva un universo de experiencias ligadas a la totalidad de la historia de las personas, y no puede considerarse como aislada del continuo que constituye la vida misma. La experiencia de ser persona vieja -de uno u otro género- constituye, por tanto, un reto con múltiples posibilidades de desarrollo.

#### 4. ESTRATEGIAS

- 4.1. Efectuar una revisión y evaluación del estado de la investigación y de la información sobre los aspectos relativos al envejecimiento de la población y realizar un diagnóstico sobre los requerimientos de información a la luz de los procesos del desarrollo nacional y de los planes, políticas y programas en este campo.
- 4.2. Identificar y valorar las fuentes y sistemas de información existentes en términos de integralidad, oportunidad, cobertura, calidad y sistematización, al igual que las bases institucionales, organizacionales y de recursos disponibles para la producción de la información.
- 4.3. Establecer un balance del estado de la demanda, gubernamental y privada, por información y sus grados y niveles de incorporación a la planeación del desarrollo social, así como de los factores que están interviniendo en su aplicación.

- 4.4. Con base en los elementos establecidos en el diagnóstico precedente, convocar a las instituciones involucradas (productoras y /o usuarias de la información) para presentarles los resultados del diagnóstico y los lineamientos de la propuesta de conformación del Sistema, incluyendo los objetivos, enfoques conceptuales, metodológicos y operativos, al igual que la base institucional y de recursos, así como las estrategias, instrumentos y mecanismos para su diseño, e implementación.
- 4.5. Adelantar convenios interinstitucionales, diseñar y convenir un plan de desarrollo de corto, mediano y largo plazo que sienta las bases para la conformación y consolidación del sistema.
- 4.6. Creación de un grupo especializado dentro de la División de Demografía de la Dirección de Censos y Demografía del DANE, encargado del diseño técnico del sistema, de la coordinación interna y externa al DANE, con los productores y usuarios del sistema, para su montaje y puesta en marcha dentro del DANE.
- 4.7. Identificar y canalizar recursos, tanto de los organismos estatales, sector privado, ONG's, y de la Cooperación Técnica Internacional, para la conformación y mantenimiento del sistema.
- 4.8. A la luz del balance entre disponibilidades y requerimientos de información, elaborar y desarrollar, en cooperación con las entidades involucradas, un programa de investigaciones que atienda las demandas de diverso tipo que plantee el desarrollo social en este campo.

## 5. VARIABLES E INDICADORES DEL SISTEMA

Procurando atender a los elementos conceptuales sobre envejecimiento, a partir de los cuales se aborda el análisis y tratamiento de los procesos de envejecimiento de la población y sus interrelaciones con el desarrollo social y global y tomando en consideración los conceptos, métodos, técnicas, fuentes, variables e indicadores disponibles y susceptibles de incorporar de modo que provean en el mediano y largo plazos las bases de información necesarias sobre los acelerados procesos de envejecimiento de la población, se presenta de modo esquemático y provisional y con fines ilustrativos, el conjunto de variables e indicadores, agrupados en categorías funcionales, según las principales dimensiones que comprenden estos procesos, reconociendo que este listado debe ser ampliado y reestructurado según los resultados del diagnóstico sobre disponibilidades actuales y potenciales y respecto al estado y avances previsibles en cuanto a la demanda por parte de los usuarios.

Las variables se han agrupado atendiendo las características personales de los individuos componentes de este subgrupo de la población, las correspondientes al entorno de los

hogares; las relativas al ámbito socio económico, las atinentes a los servicios públicos y sociales que en buena medida son definitorias de las condiciones de vida, incluyendo aquellas concernientes a la intervención del Estado y de la sociedad civil, en términos de la formulación y aplicación de políticas, planes, programas y recursos, dentro de los cuales se cuenta la base institucional en los diferentes campos y dimensiones de intervención.

A través de la institucionalización de un Sistema Nacional de Encuestas aplicadas a este segmento de la población, se profundizará periódicamente en la indagación y registro de otros aspectos de índole psicosocial y sociodemográfica no disponibles en las fuentes censales, los registros continuos o las estadísticas sectoriales actualmente existentes.

En la actualidad el DANE ha venido preparando la realización de la primera Encuesta Nacional sobre Envejecimiento de la población del país, la cual se realizaría en el año 2000. Dicha encuesta se aplicaría a una muestra de hogares particulares y a las personas mayores de 60 años residentes en los mismos, así como a las personas de este grupo de edad residentes en Lugares Especiales de Alojamiento (LEAS) que estén atendiendo a dichas personas. Se considerará la posibilidad de ampliarla a los ancianos indigentes.

Para su realización se convocará a las instituciones responsables de las Políticas Sociales, en el campo de la vejez, la Salud y la Seguridad Social, a los entes de investigación sociodemográfica, ONGS, sector privado y a los organismos de Cooperación Técnica Internacional en este campo.

A continuación se presenta un listado de variables, indicadores y aspectos que conformarían las bases de datos del Sistema de Información sobre el Envejecimiento de la Población.

## I. VARIABLES DEMOGRAFICAS

- 1.1. Volumen
- 1.2. Dinámica
- 1.3. Composición
  - Sexo
  - Edad
  - Estado Civil
- 1.4. Distribución espacial
- 1.5. Mortalidad: Niveles, estructura, diferenciales, causas
- 1.6. Migración
- 1.7. Proyecciones por sexo, edad, zona de residencia

## II: VARIABLES SOCIO – ECONOMICAS

- 2.1. Educación: grado y nivel
- 2.2. Pertenencia étnica
- 2.3. Ocupación

- 2.4. Actividad
  - 2.5. Rama de actividad
  - 2.6. Ingresos
  - 2.7. Calificación ocupacional
- III. SALUD
- 3.1. Capacidad funcional
  - 3.2. Discapacidad
  - 3.3. Morbilidad: Niveles, estructura, diferenciales, causas
- IV. ACCESO A SERVICIOS
- 4.1. Salud y Seguridad Social
  - 4.2. Recreación y cultura
  - 4.3. Servicios públicos
  - 4.4. Vivienda
  - 4.5. Servicios sociales
  - 4.6. Educación
- V. PARTICIPACION E INTEGRACION
- Pertenencia a:
- 5.1. Asociaciones cívicas, comunitarias, gremiales, religiosas, recreacionales, políticas, culturales, etc.
- VI. HOGAR Y FAMILIA
- 6.1. Estructura
  - 6.2. Composición
  - 6.3. Funciones
- VII. BASE INSTITUCIONAL
- 7.1. Según carácter
    - 7.1.1. Gubernamentales
    - 7.1.2. Privadas
    - 7.1.3. ONGS
    - 7.1.4. Comunitarias
    - 7.1.5. Cooperación Internacional
  - 7.2. Según funciones

- 7.2.1. Atención
- 7.2.2. Prevención
- 7.2.3. Integración y participación
- 7.2.4. Investigación
- 7.2.5. Formación de Recursos Humanos

## 6. ACTIVIDADES Y RECURSOS

### 6.1 Diseño del Proyecto

### 6.2. Promoción del Proyecto

6.2.1. Presentación del Proyecto en el “I Congreso Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor”, Santafé de Bogotá, D.C. Agosto 25-27 de 1999.

6.2.2. Presentación del Proyecto en el Encuentro con Periodistas Colombianos *Por un periodismo para todas las edades*. Bogotá. Septiembre 1 de 1999; y en el Simposio sobre Envejecimiento y Comunicación de la Asociación Interdisciplinaria de Gerontología – AIG de Colombia – Bogotá, septiembre 2 y 3 de 1999.

6.2.3. Presentación del Proyecto en el “Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre Personas de Edad”, Santiago de Chile CEPAL-CELADE, FNUAP, OPS, Septiembre 8 a 10 de 1999.

6.2.4. Presentación del Proyecto a nivel interinstitucional Santafé de Bogotá : Consejería para la Política Social, Red de Solidaridad, ISS, MINSALUD, MINTRABAJO, Sistema de Seguridad Social, ONGs, FNUAP, OPS, Banco Mundial, CEPAL-CELADE.

### 6.3. Organización del Proyecto

6.3.1. Creación de un grupo técnico en la Dirección Técnica de Censos del DANE, dentro de la División de Estudios sociodemográficos con la asesoría de un consultor externo contratado por el DANE para el Proyecto con la cooperación de la Asociación Interdisciplinaria de Gerontología – AIG de Colombia.

6.3.2. Creación y adopción de mecanismos de coordinación interna en el DANE con las Direcciones Técnicas de la Entidad y creación y puesta en funcionamiento del Comité Interinstitucional del Sistema de Información sobre Envejecimiento de la Población Colombiana.

6.3.3. Gestión de apoyo interinstitucional y de la Cooperación Técnica Internacional.

## 6.4. Diseño Técnico

6.4.1. Definición del marco conceptual y metodológico.

6.4.2. Elaboración del diagnóstico sobre necesidades y disponibilidades de información sobre la situación, procesos, perspectivas, y características de las personas de edad.

6.4.3. Identificación y evaluación de las fuentes existentes y de fuentes alternativas y complementarias.

6.4.4. Identificación y evaluación de las bases institucionales responsables de la generación, producción, difusión y utilización de la información.

6.4.5. Diseño de un plan de estudios e investigaciones de mediano y largo plazo de acuerdo con las prioridades resultantes de los planes, políticas y programas de atención a este grupo poblacional.

6.4.6. Diseño, promoción, gestión, organización y realización de una Encuesta Nacional sobre Envejecimiento, base del Sistema de Información en este campo.

## 6.5. Montaje del Sistema

6.5.1. Con base en el diagnóstico propuesto en los puntos 4.2, 4.3. y 4.4., proponer y elaborar un conjunto de indicadores sociodemográficos, económicos y culturales.

6.5.2. Construcción de las bases de datos y series estadísticas requeridas.

6.6. Diseño de un plan de desarrollo y consolidación del sistema que atienda las demandas en términos de suficiencia, pertinencia, calidad, oportunidad y accesibilidad.

6.7. Diseño de un plan de producción y difusión de la información producida en el Sistema.

CUADRO No. 1

**POBLACION MAYOR DE 55 AÑOS, POR GRUPOS DE EDAD. 1950 – 2050**

GRUPOS DE EDAD	1950	1980	2000	2025	2040	2050
55-60	313.662	704.380	1.174.180	3.168.546	3.738.118	4.279.295
60-65	230.469	550.532	905.809	2.690.593	3.407.398	3.789.134
65-70	168.174	438.839	712.700	2.068.856	2.871.305	391.649
70-75	114.966	308.844	538.609	1.515.349	2.559.916	2.927.194
75-80	71.046	190.564	379.262	950.311	1.929.822	2.265.342
80 y +	<u>41.301</u>	<u>141.295</u>	<u>364.386</u>	<u>825.547</u>	<u>1.990.227</u>	<u>3.066.885</u>
Subtotal	939.618	2.344.454	4.074.946	11.219.202	16.496.786	19.719.499
TOTAL PAIS	12.568.428	28.446.598	42.321.386	59.757.925	67.632.416	71.549.568
%	7.5	8.2	9.6	18.8	24.4	27.6%

Fuente: DANE. "Colombia. Proyecciones quinquenales de Población por sexo y edad, 1950 – 2050".  
DANE. Estudios Censales No. 1, Santafé de Bogotá, D.C., Junio de 1998

CUADRO No. 2

POBLACION MENOR DE 15 AÑOS; 1950 - 2050

<u>AÑOS</u>	<u>0 - 14</u>	<u>55 Y MAS</u>
1950	5.358.427	939.618
1980	11.567.875	2'344.454
2000	13.850.554	4'074.946
2025	14.572.077	1'219.202
2050	14.517.621	19'719.499

En el primer cuarto del próximo siglo, el número promedio anual en que se incrementará la población menor de 15 años será de 28.880 personas con tendencia decreciente; los mayores de 55 años se incrementarán en promedio en 285.770 anualmente, con tendencia al incremento. Es decir que este último grupo crecerá 10 veces más que el primero.

## BIBLIOGRAFIA

- BALTES, PAUL B., JACQUI SMITH, AND URSULA M. STAUDINGER (1992). Wisdom and Successful Aging. En: Sonderegger, Teo B. (E .) *Psychology and Aging – Nebraska Symposium on Motivation, 1991*. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.
- BAZO, MARIA TERESA (1999). *Gerontología Social*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- BOLLES, RICHARD N. (1979). *The three boxes of life*. Berkeley, California: Ten Speed Press.
- CONGRESO DE COLOMBIA. *Ley 508 de 1999* (julio 29). Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo para los años 1999 – 2002.
- DANE. *Colombia. Proyecciones quinquenales de Población por sexo y edad, 1950 - 2050*.
- \_\_\_\_\_. Colombia. *Tablas abreviadas de mortalidad, por sexo, para fechas censales y estimaciones quinquenales, 1995 – 2025*.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. (1995). Documento CONPES. DNP – UDS # 2793 del 28 de junio de 1995: *Envejecimiento y Vejez*.
- DULCEY-RUIZ, ELISA, MANTILLA, GRACIELA Y MENDEZ, VIRGINIA (1999). *La transición del retiro*. Trabajo presentado en el Foro Andino sobre Políticas para los adultos mayores. Lima, Perú, 7 -11 de junio, de 1999.
- DUQUE-VALENCIA, MARÍA DEL PILAR, SALAZAR-RINCÓN Y DULCEY-RUIZ, ELISA (1997). *Representaciones sociales de roles de género en la vejez*. Bogotá, Colombia: Universidad Javeriana – Facultad de Psicología.
- ECHEVERRI ANGEL, LIGIA (1994). *Familia y vejez. Realidad y perspectivas en Colombia*. Bogotá, Colombia: Tercer Mundo Editores.

- FNUAP (1998). *Estado de la población mundial - 1998. Las nuevas generaciones*. Nueva York: FNUAP.
- HEREDIA, RODOLFO. *La Tercera Edad en Colombia*. En Economía de la Pobreza y del desarrollo. El Futuro de la Tercera Edad en Colombia. Pontificia Universidad Javeriana. Instituto de Política de Desarrollo. Santafé de Bogotá, D.C. 1997.
- NACIONES UNIDAS (1983). *Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento*. Nueva York: Naciones Unidas.
- RODRÍGUEZ, HENRY A. (Agosto 21, 1995). La dictadura de la miseria. *El Espectador*. Pp. 4 y 5 B.
- SCHEIN, EDGAR (1982). *Dinámica de la carrera empresarial*. México: Fondo Educativo Interamericano.
- UNITED NATIONS (february, 1994). *Programme of Action of the International Conference on Population and Development* – Cairo. (A/CONF.171/PC/5).
- UNITED NATIONS (march, 1995). *Conceptual Framework for the International Year of Older Persons, 1999* (A/50/114).
- UNITED NATIONS (october, 1995). *The Platform for Action adopted at the Fourth World Conference on Women* – Beijing. (A/CONF.177/20).

# Managed Care (HMOs) for Minority Elderly in the United States - Blessing or Curse?

Servicios Medicos Prepagados (HMOs) Para Personas Minoritarias de Edad  
en los E.E.U.U.- ¿Bendición o Maldición?

Steven P. Wallace, Ph.D.  
Vilma Enriquez-Haass, MPH  
University of California-Los Angeles  
School of Public Health (and) UCLA Center for Health Policy Research

Earlier versions of this paper have been presented at the American Public Health Association Annual Meetings, November 1998 and the UCLA Center on Aging Research Conference, June 1999. This work has been supported in part by funds from the Anna and Harry Borun Foundation through the Borun Center for Gerontological Research.

A complete set of data charts from an earlier version of this presentation are available at [http://geronet.ph.ucla.edu/presentations/HMO\\_elderly/index.html](http://geronet.ph.ucla.edu/presentations/HMO_elderly/index.html)

Correspondence to Wallace, UCLA School of Public Health, Box 951772, Los Angeles, CA 90095-1772. Fax 310-825-5960. Email [swallace@ucla.edu](mailto:swallace@ucla.edu)

## Resumen en Español

Este estudio evalúa como los recientes cambios del sistema de salud de Los Estados Unidos han afectado a las personas minoritarias de edad. El estudio analiza una encuesta nacional, *Medicare Current Beneficiary Survey*, conducida en 1,996 por la administración financiera de servicios para la salud. La muestra consiste de 13,786 personas de 65 años ó mas de edad entre los cuales 797 son Latinos, 1084 Afroamericanos y 11,905 Anglosajones. El estudio compara el sistema tradicional de servicios médicos con los servicios prepagados y los posibles cambios en disponibilidad de servicios médicos, el acceso a estos y su aceptación en cada uno de estos subgrupos de personas de edad.

El sistema prepagado ofrece mas servicios médicos a un costo mas accesible que el sistema tradicional. Estos servicios comprenden visitas medicas, medicinas, servicios dentales, servicios de la vista y acceso a medidas preventivas. Sin embargo, el sistema prepagado también ha creado nuevas polémicas. Las desventajas mas grandes son la restricción de servicios costosos a los pacientes mas enfermos y la limitación de la autonomía del personal medico para decidir entre la calidad de un tratamiento medico y su costo.

Los resultados muestran que las personas de edad Latinas y Afro-Americanas tienen menos recursos económico que los Anglosajones y esto contribuye a que en el sistema tradicional demoren cuidado medico para evitar su costo. La necesidad económico también los motiva a inscribirse en el sistema prepagado pues este les promete mas servicios a menos costo. Otra ventaja del sistema prepagado es su mejor disponibilidad de servicios médicos, pues se encuentran a distancias mas cortas para accesarlos. El nivel de satisfacción con los servicios prepagados también fue analizado. Los resultados indican que en general los Afro-Americanos y Latinos reportan un nivel de satisfacción mas bajo que el de los Anglosajones. Esto se debe a la burocracia excesiva del sistema prepagado, la poca continuidad de los servicios médicos, el poco tiempo que los doctores les dedican a los pacientes y la presencia de conflictos culturales. Este estudio demuestra la importancia de considerar las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad y aceptación de servicios médicos en los sistemas de salud para las personas mayores.

## Introduction

The United States is unusual among industrialized countries for its low level of social protections. It is alone among the major industrialized nations in having no system of universal health coverage – about one-third of the U.S. population under age 65 has no health insurance<sup>1</sup>. It has a fragmented and minimal system of cash assistance for the poor, an unusually weak programs of housing assistance, and comparatively low levels of labor protection. The only area the U.S. meets or exceeds international norms is in its programs for the elderly. Its social security system is financially stable and moderately redistributive, and the health insurance system, Medicare, is essentially universal at age 65.

When Medicare was established in 1965 it was patterned after then existing private insurance policies, with the intent of providing all older persons the ability to enter the existing marketplace of medical services in the same way as working families with employment based health insurance. As a result, Medicare was designed to cover acute care hospitalizations after a significant deductible (Medicare pays all hospital costs minus an amount equal to one day's average costs which the elder must pay, \$764 in 1998), 80% of the costs of curative care provided by physicians and other therapists (e.g. physical therapy) after the elder pays the first \$100, and rehabilitative or recovery nursing home care (up to 100 days) but not maintenance or chronic care. Medicare also does not pay for any medications outside of the hospital, it does not pay for eyeglasses or hearing aids, and it does not pay for any type of supportive long-term care. In the last decade Medicare has added coverage for a modest range of preventive services including flu and pneumonia vaccines; regular screening for breast, cervical, colorectal, and prostate cancer; and diabetes education. The hospital insurance is financed out of payroll taxes (1.45% employer and employee each) while the outpatient care is financed by premiums the beneficiaries pay (\$43.80/month in 1998) and general federal tax revenues. As a result of all of the uncovered services, copayment, deductibles, and premiums, Medicare pays only about half of beneficiaries total medical care costs<sup>2</sup>.

When Medicare began it paid provides on a retrospective "cost based" system, meaning that the program would pay the full costs of providing medical care (including profits and capital expenses), regardless of their relative efficiency. The costs of medical care rose so quickly that by the early 1980s the federal government established a prospective diagnosis-related reimbursement system for hospitals to provide efficiency incentives. It also began to move towards an established fee system for physicians so that each doctor did not establish their own pay scales.

For the working-aged population, employers during this time began to increasingly turn to health maintenance organizations (HMOs) to reduce their premium costs. HMOs reduced costs through bargaining with hospitals and doctors to accept lower fees in return for the volume of patients they provide, as well as by more carefully monitoring both provider and patient practices to reduce utilization. The central feature of HMOs is that they are prepaid on a capitation basis and assume all risk for exceeding their budgets (and retain all excess revenues if they spend less than budgeted). This is in marked contrast to the earlier "fee-for-service" system where there were almost no volume constraints, no incentives to use less costly alternatives, few systems to coordinate care, and no financial incentives to provide preventive services. HMOs developed rapidly in the private market, and soon HMOs in some parts of the country found that the Medicare rates (which differ for HMOs by county) were often high enough that they could offer more benefits (especially prescription medications) and charge less from the elderly Medicare beneficiary than traditional fee-for-service supplemental policies. Thus, in the 1990s, enrollment in Medicare HMOs began to grow rapidly.

In 1990, only 6 % of Medicare beneficiaries nationally were enrolled in Medicare HMOs. This percentage more than doubled to almost 14 % by 1997, and continues to grow <sup>3</sup>. In some parts of the country this increase is even greater. By 1999, almost 40% of California's Medicare beneficiaries were in managed care plans, while in two California counties the figure exceeded 50% <sup>4</sup>. This significant growth implies substantial changes in the structure and delivery of health services for the elderly, and especially for the most socially and economically vulnerable.

An extensive literature has developed over the past 20 years about HMOs. Since the initial concept behind HMOs was that they would compete on both cost and quality, most analyses examine one or both of those issues (for a review see <sup>5</sup>). But this focus excludes the third issue that is central to any complete health services analysis – access to care. Given the changing incentives in HMOs that can affect access, it is essential to examine how access is affected <sup>6</sup>, especially for those elders who are potentially the most vulnerable to changes in access.

### Dimensions of Access

A Presidential commission on health care has argued that all persons in a society have a basic right to medical care, reasoning that a minimum level of health is necessary for one to exercise one's social rights and responsibilities <sup>7</sup>. A nation's health care can be of the highest quality and economic efficiency, but if people who need the care are prevented or discouraged from using it then it fails to respect the basic rights of the nation's residents.

There are at least three dimensions to the general concept of access: availability, accessibility, and acceptability <sup>8</sup>. These form a logical hierarchy where first the necessary services have to exist (availability), then people have to have the means to use them (accessibility), and finally they have to respond to individuals' needs and values in a way that motivates them to use the services appropriately (acceptability).

### Availability

It is necessary to have both the physical and human resources present in sufficient quantities to meet the basic medical needs of an area's population. Low income areas, especially those with high concentrations of racial and ethnic minorities, have witnessed the closure of many hospitals and other facilities as medical institutions leave areas with large numbers of low-income and uninsured persons in favor of middle-income areas where most persons have private insurance <sup>9</sup>. The U.S. federal government designates both geographic areas and population groups within specific areas as medically underserved when there are not sufficient personnel practicing in that area (see, for example, <sup>10</sup>). In addition, if services are not made available during the hours that patients can use them, they are effectively not available.

### HMO Advantages in Availability to Minority Elderly

Under the fee-for-service system, individual practitioners typically choose their practice location and profile of patients they want to attract. Under an HMO system, HMOs contract with hospitals, physicians and physician groups in the areas where they have enrollees. This could encourage additional personnel resources to locate in current shortage areas because of the potential HMO business. The HMOs can also specify hours and other conditions to enhance the availability of care. One of the significant improvements in the care of low-income persons under HMOs has been the substantial increase in the proportion of persons with a "regular source of care," usually a primary care doctor whose use in turn reduces

inappropriate emergency room use.

### Disadvantages in Availability

Perhaps the most significant advantage of HMOs is their lower cost to Medicare beneficiaries and more generous benefits (see access, below). To take advantage of those cost savings and extra benefits, however, an HMO must decide to market its plan in the geographic areas where the elderly live. While Medicare HMOs have expanded their market areas substantially in the 1990s, by 1997 one-third of Medicare beneficiaries remained in counties where no HMOs offered coverage<sup>2</sup>. Many of these are rural areas where there are limited medical resources, and it is not clear that HMOs will ever be able to establish themselves in many of these regions.

One of the central ways that HMOs reduce costs is by utilization controls. This means that some services that a patient (or doctor) may want is unavailable to them. Many of the public complaints about unavailable services with HMOs involve the use of specialists and expensive treatments. In addition, not all HMO benefits are offered by all Medicare HMOs, meaning that some persons may sign-up for an HMO to obtain prescription or eyeglass benefits, only to learn later that those benefits are not available under their<sup>11</sup>. Many of the poor and racial/minority elderly enroll in HMOs because they are unable to afford the traditional fee-for-service system, making HMO enrollment highest among the poor elderly<sup>12</sup>. This group, however, usually can not afford to return to the fee-for-service system if they find the services they want are not available from HMOs<sup>3</sup>.

HMOs also commonly reduce costs by contracting with a subset of the providers in a region who agree to reduced fees. HMO members are then largely limited to using that subset of providers, even if they are not the nearest or most desirable. There have been reports of marketing abuses by HMOs where Medicare beneficiaries are convinced to sign up for a particular plan because of a generous benefit package or special services, only to find out that the nearest available provider takes an hour to travel to (federal guidelines recommend a maximum travel time to primary care of 30 minutes or less). The difference between anticipated and actually available services contributes to a high turnover of clients in managed care plans. One study found 14.2% of new Medicare HMO clients disenroll and switch HMO plans or return to the fee-for-service system, with higher rates among enrollees who also have Medicaid coverage (i.e. the poor) and who are very old<sup>13</sup>.

One final way that HMOs reduce costs is by marketing their services in such a way that it attracts low-utilization healthy older persons and discourages high-utilization sick persons from their plans. This can be observed in the consistent findings that Medicare HMO enrollees are healthier than Medicare fee-for-service beneficiaries<sup>14</sup>. Medicare HMOs benefit financially from this favorable selection pattern because the government pays the same premium per Medicare beneficiary whether or not they are sick, although Congress has mandated Medicare to being to "risk adjust" payments in the coming years<sup>15</sup>. By discouraging those who need low-cost plans the most, many Medicare HMOs effectively make themselves unavailable to the neediest older persons.

### Accessibility

There are a number of different barriers that can prevent a person from using available medical services. These most commonly involve the costs to the patient (both in terms of money and time), a lack of knowledge about how to use the services, and administrative barriers. Managed care is different from fee-

for-service in each of these areas, and is likely to affect low-income and minority elderly differently from high income and majority elders.

#### HMO Advantages in Accessibility for Minority Elderly

The most commonly discussed improvement in access under Medicare HMOs is the reduced financial barriers to care. Two-thirds of Medicare HMOs charge no premiums <sup>2</sup> (compared with as much as \$200/month for fee-for-service supplemental policies), most have no deductibles and low copayments (such as \$5-\$10 per doctor visit or prescription medication), and most offer additional services such as expanded preventive services, prescription medicines, and/or vision benefits. Extra benefits are especially common in California, Florida and cities like New York, Boston and Philadelphia where Medicare HMOs are paid the most by the federal government <sup>16</sup>.

The reduced costs and expanded services are especially important for seniors with low rates of supplemental insurance and low socioeconomic status. Low-income Medicare beneficiaries with Medicare-only coverage are the most financially at risk when they need care. They are twice as likely to delay health care because of cost compared to those with private or Medicaid coverage to supplement Medicare <sup>12</sup>. Low income among the elderly is greatest among women, minorities and the very old. Almost 20% of older African American and Latino men live in poverty compared to under 6% of older white men, while almost 30% of older African American and Latino women live in poverty compared to about 12% of white women <sup>17</sup>.

The low-income Medicare-only population bears the full risk for Medicare cost-sharing and uncovered services, especially if they have no supplemental coverage (i.e. are "Medicare only") and so they stand to gain the most in increased financial protection and improved access to care by enrolling in a Medicare managed care plan <sup>12</sup>. While the state-administered, public assistance Medicaid program assists low-income elderly with Medicare's uncovered expenses, half of eligible poor elderly do not receive it. This is due to lack of awareness, a complex enrollment process and reluctance to apply for help from a welfare-linked program. Low Medicaid coverage may also explain why many low-income Medicare beneficiaries are joining Medicare HMOs, as an alternative to reduce their out-of-pocket health care costs. Overall, elderly people with incomes below poverty spent 35% of their income on medical care services and premiums, as compared to 10 % of income for families with incomes above 400 % poverty. <sup>12</sup>.

A commonly discussed problem in the fee-for-service system is the paperwork required to obtain reimbursement from Medicare plus private supplemental insurance policies. It is often unclear to the older person how much their net liability is after submitting the claim to all of their health insurers. This paperwork can serve to discourage older persons from seeking needed care at times. HMOs eliminate this access problem by providing prepaid care, with the possible exception of a \$5-\$10 copayment that is required at the time of the visit. There are no forms for the beneficiary to process or reimbursement to track, eliminating this often onerous aspect of fee-for-service insurance.

#### Disadvantages in Accessibility for Minority Elderly

While managed care plans eliminate the administrative barrier of filing insurance claims, they add new barriers in the form of preauthorizations required for a number of services and treatments <sup>18</sup>. This contributes to the time costs of seeking care and at times makes the care unavailable (see above). In addition, to control use, some medical practices create long waiting times to obtain noncritical care <sup>19</sup>.

Managed care plans can create financial barriers when they deny payment for emergency room visits that the beneficiary believe to be a true emergency but turns out not to be a actual medical emergency.

Managed care also often rewards physicians with bonuses for denying services to their patients if that results in lower overall spending (and sometimes HMOs make the physician pay for a proportion of the hospital and other costs if the doctor orders more than a preset amount of services). Managed care consultants suggest that under the capitation-plus-bonus plan, some physicians who have low ambulatory care expenses receive 30 to 50 % of their income in bonuses<sup>20</sup>. Thus, financial incentives place physicians into the role of a gatekeeper which may compromise their medical judgement and provides incentives to undertreat patients. Thus, the financial and management techniques that can promote desirable system changes can also promote undesirable restrictions on care<sup>3</sup>.

Potential access problems also arise because Medicare HMOs have not had much experience with the extensive needs of older minorities. Minority elderly are not just poorer than the not Latino-White elderly. On average, they are more functionally disabled, have less education, face language and cultural barriers, and have endured racial/ethnic discrimination at both the personal and institutional level. In addition, many minority elderly are not familiar with the overall health care system. They are least likely than nonLatino whites to have had employment-based insurance during their working life<sup>3</sup>, making them less familiar with both fee-for-service and HMO systems. In general, many elderly patients have a limited ability to read and comprehend medical information pertinent to their health. This limitation is even greater among the minority elderly since 33.9% of English-speaking and 53.9% of Spanish-Speaking Medicare HMO beneficiaries reported inadequate or marginal health literacy<sup>21</sup>. This, minority elderly have different educational and service needs than the "average" elder that most HMOs are designed for.

### Acceptability

Health care services can be available and accessible, but if they do not meet the value orientations of the users it is likely that the patient will become discouraged from making appropriate use of the care.

### HMO Advantages in Acceptability to Minority Elderly

The acceptability of medical care is often studied in term of the patients' satisfaction with their care. Managed care enrollees are more likely to be satisfied with their overall care than those with traditional Medicare. However, satisfaction drops in many studies when asking specifically about delays in getting care and referrals to specialists<sup>16</sup>. One potential problem in measures of satisfaction is that many minority elderly have a greater tendency than nonLatino Whites to consider their physicians as authority figures and may not question their decisions nor feel it appropriate to complain about the care they receive.

As large organized systems, managed care programs can offer options that cater to the culture, ethnicity and native language of older minorities. An example of such a program is the All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) which provides all needed health care, long-term care, and social services to low-income frail elderly who qualify for nursing home placement but choose to remain in the community<sup>22</sup>. The comprehensive services include transportation, adult day health care, an interdisciplinary team of health professionals, a home health workers who also assist the elderly with personal care and chore services. PACE programs have a strong incentive to keep the enrollee in the community because participants cannot be disenrolled if they become more frail and need nursing home placement. By delaying expensive nursing home placement, PACE programs have been able to save between 5-15 % of the average medical costs for

a comparable population<sup>22</sup>. However, these incentives to reduce cost can sometimes be detrimental to those elderly who cannot advocate for themselves if the services are inadequate or do not meet their needs.

#### Disadvantages in Acceptability to Minority Elderly

Older persons typically report that the relationship that they develop with a personal physician is the most important aspect of their care. Building a relationship requires continuity of care, which may be impaired by high disenrollment rates in Medicare HMOs, rates that are even higher among minority elderly<sup>13</sup>. On the other hand, changing HMOs does not necessarily require changing doctors since many doctors serve multiple HMOs. Another possible barrier to maintaining a close relationship with a primary care doctor is the increased caseloads and shorter visit durations that many doctors report in HMOs. Patients may feel more rushed in HMOs, especially for those from cultures where relationship building requires preliminary discussions of family and other issues before the "business" of the visit is discussed.

An alternative to asking satisfaction questions is to observe disenrollment rates. The very sick, medicaid-eligible (i.e. poor), African Americans and the very old have the highest disenrollment rates to fee for service rather than to other HMO plans. This indicates greater dissatisfaction with HMOs rather than dissatisfaction with particular plan<sup>13</sup>. Medicare HMO enrollees with chronic conditions are also more likely to disenroll and return to fee-for-service than those with no chronic conditions<sup>15</sup>. Studies of managed care satisfaction tend to exclude disenrollees from their analyses<sup>14</sup>.

In sum, the existing literature contains suggestions that Medicare HMOs may have elements that improve access and elements that reduce access for minority elderly. This paper examines the extent to which the shift from fee-for-service towards managed care has had any impacts on minority elderly. It also analyzes whether managed care promotes racial/ethnic equity along the domains of availability, accessibility and acceptability of services.

#### Methodology

We used data from the 1996 Medicare Current Beneficiary Survey (MCBS). This is a national survey sponsored by the U.S. Health Care Financing Administration (HCFA) that represents all Medicare recipients nationally. We selected those age 65 and over for our analysis. Medicare covers approximately 95% of all older persons, with slightly lower coverage among African Americans (under 94%) and Latinos (under 90%)<sup>1</sup>. In 1996 HCFA oversampled managed care enrollees in Southern California and Florida, providing sufficient sample numbers for an comparison of managed care and fee for service enrollees. We used a normalized weight in our analysis to adjust for the oversampling in our bivariate analysis. The final survey contains data on 797 older Latinos, 1084 old African Americans, and 11,905 older nonLatino whites.

The survey asks a number of utilization and satisfaction questions, and contains information on managed care enrollment from administrative data. We identified those variables that represent availability, accessibility, and acceptability indicators and compared them both between fee for service and managed care within each racial/ethnic category, as well as between racial/ethnic groups within each service type. In this analysis we use chi-square and t-tests to determine the statistical significance of observed differences. In future analyses we will control for confounding variables through multivariate analyses.

## Findings

Since minority elderly have historically faced larger barriers to health care services than the majority population, we first examine whether disparities remain between Latinos, African Americans, and nonLatino whites who are in managed care plans.

For an individual to use needed health services, the first requirement is that the needed services exist. This is called the availability of care. There are a number of different ways to identify whether or not an elder has the necessary care present for them to use. One common barrier to the use of health services are hours that are inconvenient. While the elderly are not often employed, they may depend on employed family members for transportation and/or to accompany them to the doctor. When we compare satisfaction with evening and weekend care available to them, older nonLatino whites in Medicare HMOs are significantly more satisfied than other race/ethnic groups (Table 1). On the other hand, similar proportions of elders from each group in HMOs report traveling over 30 minutes to their usual doctor (the maximum distance recommended by federal guidelines). Other research we have conducted in Los Angeles<sup>23</sup> also found no difference in the proportion of doctors accepting new patients in selected Latino, Asian American, and nonLatino white neighborhoods. The availability of specialized services for follow-up care does not appear to differ either, with similar numbers in each group reporting difficulty obtaining referrals (Table 1). In contrast, however, hardly any fee-for-service beneficiaries reported difficulty obtaining referrals (data not shown).

As noted in the literature review, HMOs have been found to attract comparatively healthy patients and discourage sick Medicare beneficiaries for financial reasons. Among those already in Medicare HMOs, minority elderly have worse self-reported health than nonLatino whites and are more likely to report having diabetes (Table 1). Diabetes, in particular, is a sentinel condition because its outcome is sensitive to the quality of ambulatory care provided. While minority elderly appear sicker than nonLatino whites in HMOs, the minority population left in fee-for-service Medicare reports even worse health. As a result, minority elderly with high needs do appear to be enrolling in HMOs, but not at a rate that reflects the disease burden of their groups. The mechanism by which this occurs can not be determined from this study, but it is likely that HMO marketing and other practices make HMOs either unavailable or unattractive to many of those with poor health.

These are an admittedly limited number of indicators for drawing conclusions about the availability of services to minority elderly. We can tentatively suggest, however, that there do not appear to be substantial differences by race/ethnicity in the geographic availability of HMOs, although there may be some desired hours that are less available to minority elderly. There are also anecdotal reports that specialist care under HMOs may involve more problems with geographic availability, which may be reflected in the satisfaction differences with follow-up care. Finally, minority elderly tend to have higher levels of poor health and are more likely to have some chronic conditions than nonLatino whites, which is partly reflected in their health status among HMO members. Even so, HMOs are attracting a healthier mix of minority elderly than exists in each group nationally.

Even when a health provider exists, there are a number of factors that can make it difficult to use the available care. The most commonly discussed barriers to care include the costs involved (both in terms of money and time), a lack of knowledge about how to use the services, and administrative barriers.

Economics clearly will play a role in the options that Medicare HMO beneficiaries have. Under 10% of Latino and African American Medicare HMO beneficiaries have family incomes over \$25,000 per year, compared to almost 30% of nonLatino whites (Table 2). This suggests that minority elderly in HMOs are less likely to have the option of leaving a Medicare HMO and returning to the fee-for-service system if they encounter barriers to accessing the care they need. This is reinforced by the differences among each group that pays extra (such as a premium) for their Medicare HMO coverage. On the other hand, there is no significant difference by race/ethnicity in the proportion of Medicare HMO beneficiaries that report having delayed seeking medical care because of the costs of that care (Table 2) – an area that does have racial and ethnic differences among fee-for-service beneficiaries. In sum, it appears that the low-income status of many minority elderly provide them with fewer choices in accessing care, but that HMOs do help reduce differences in accessing medical services because of the cost.

Another potential access barrier in HMOs is the need to understand often complex bureaucracies and be assertive when facing administrative barriers to obtaining some types of care. These barriers are more likely to be a problem when the elder has a limited education, which is substantially more common among Latino and African-American Medicare HMO beneficiaries, under half of whom have high school degrees (Table 2).

Acceptability of care entails developing a close and trusting relationship with a personal physician, being satisfied with the process and outcomes of care, and feeling comfortable with the medical care provided. To be able to develop a relationship with a physician it is necessary to have a usual source of care and see the same doctor each visit. In Medicare HMOs, approximately the same proportion of each group reports seeing a particular doctor for care (Table 3), rates that are slightly higher than those reported by Medicare fee-for-service beneficiaries. In addition, similar proportions of persons with a usual doctor are new patients (under one year) (Table 3). Beneficiaries in fee-for-service are half as likely to be new patients, probably reflecting the recent growth in Medicare HMOs that has led some elders to switch to physicians who are in their HMO. Relationship building is further strained when the physician appears to be in a hurry. Most older Medicare HMO beneficiaries do not feel their doctor is in a hurry, with many disagreeing strongly that their doctor hurries (Table 3). While nonLatino whites are somewhat more likely to disagree strongly than Latinos and African Americans, the largest difference for Latinos between fee-for-service and HMOs where those in fee-for-service are twice as likely to disagree strongly (meaning they are much less likely to feel rushed). In sum, Medicare HMOs help reduce the racial/ethnic gap in elders with a usual doctor, improving the opportunity for a solid doctor-patient relationship to form. A substantial proportion of Medicare HMO beneficiaries, however, have not been seeing their doctor for long enough to develop such a relationship and the switch to managed care is perceived as speeding up doctors most for Latinos.

General satisfactions questions also tend to disadvantage minority elderly. NonLatino white Medicare HMO beneficiaries most often report being very satisfied with their doctor's concern for their overall health and with their follow-up care (Table 3). It is possible that the shorter duration of relationship with HMO physicians and the potentially more rushed HMO schedules for minority elderly in HMOs account for some of the lower level of satisfaction. It may also be the result of care settings that are not culturally comfortable or congruent with the patients.

While availability, accessibility, and acceptability are important process measures of health care, they do not tell us whether or not the elders received the medical care that they needed. When we examine four different preventive services (Table 4) we see that racial/ethnic gaps remain in some (pneumonia and flu vaccines) but have been eliminated in others (mammograms and eye exams). In all of these services,

Medicare HMOs have higher rates than fee-for-service and even when racial/ethnic differences remain they are smaller than under fee-for service. What this tells us is the Medicare HMOs have better outcomes for healthy elders, but does not provide data as in other studies that examine the outcomes of elders with chronic and/or life-threatening conditions.

### Conclusion

In this preliminary examination of the indicators available, it appears that HMOs improve or at least do not worsen racial and ethnic disparities in access to care among older Medicare beneficiaries. Yet, if we are to provide equitable access to health care for all older persons in the United States there is still plenty of room for improvement. It will be particularly important to continue to track these indicators as HMOs saturate markets and begin to have a sicker group under their care, potentially reversing the improved elements of access they have offered over fee-for-service. In addition, there are a number of racial and ethnic access disparities that remain in Medicare HMOs that merit attention. As organized systems it should be possible to devise targeted strategies to reduce the remaining access differences and have those policies implemented and monitored by the health plans.

The federal government's enthusiasm about Medicare HMOs has been based primarily on its potential for saving costs. The ever growing share of the national economy devoted to medical services guarantees that efforts will continue to reign-in medical inflation. If the emphasis on expanding HMOs only pays attention to costs, and secondarily to quality, it is likely that access will suffer. Those with the largest stake in equitable access – especially minority communities and organizations representing the interests of minority elderly – will need to form effective coalitions with mainstream aging organizations, citizen's lobby groups, and organized labor to push for policy changes that prioritize equitable access to health care <sup>24, 25</sup>.

But the most effective coalition to push for equitable access would include the millions in the United States who are under age 65 and have no health insurance. Equitable access for older people can be best built on the foundation of some type of universal health insurance that provides equal financial access to health care for all older Americans and provides nondiscriminatory forms of cost control over the entire medical care system <sup>26, 27</sup>. Such a system could be structured in such a way as to minimize many of the problems facing minority elderly in access to care, the growing financial burdens of health services, and institutional barriers to appropriate care. Only a concerted effort by a broad coalition has a chance of enacting the types of broad health policy changes needed by minority elderly to assure equitable access to health care.

Table 1  
Availability Indicators - Medicare HMO Members Age 65 and Over, U.S., 1996

	Latino	African-American	nonLatino white
Very satisfied with evening/ weekend hours*	16.8%	13.4%	27.4%
Reports difficulty obtaining referral (among those needing referrals)	6.3%	6.9%	7.6%
Very Satisfied with follow-up care*	16.8%	12.1%	27.2%
Self Assessed Health Fair or Poor*	22.7%	23.9%	16.5%
Self reported diabetes*	19.4%	26%	12.5%

\* Chi-square differences statistically different at the  $p < .05$  level

Source: Health Care Financing Administration, 1996 Medicare Current Beneficiary Survey. U.S. Department of Health and Human Services.

Table 2  
Access Indicators - Medicare HMO Members Age 65 and Over, U.S., 1996

	Latino	African-American	nonLatino white
Family income over \$25,000/year*	8.5%	9.1%	28.8%
Pays extra for HMO coverage*	16.0%	21.0%	29.0%
Delayed seeking care because of costs	3.3%	6.5%	4.2%
High school graduates*	37.6%	46.9%	73.0%

\* Chi-square differences statistically different at the  $p < .05$  level

Source: Health Care Financing Administration, 1996 Medicare Current Beneficiary Survey. U.S. Department of Health and Human Services.

Table 3  
Acceptability Indicators - Medicare HMO Members Age 65 and Over, U.S., 1996

	Latino	African-American	nonLatino white
Particular doctor usually seen	89.4%	87.7%	93.1%
Has used particular doctor (above) for under one year*	20%	16.2%	19.1%
Very satisfied with doctor's concern for overall health*	14.6%	14.5%	26.1%
Strongly disagrees doctor seems to be in a hurry*	12%	11.6%	17.4%
Very Satisfied with follow-up care*	16.8%	12.1%	27.2%

\* Chi-square differences statistically different at the  $p < .05$  level

Source: Health Care Financing Administration, 1996 Medicare Current Beneficiary Survey. U.S. Department of Health and Human Services.

Table 4  
Achieved Access - Medicare HMO Members Age 65 and Over, U.S., 1996

	Latino	African-American	nonLatino white
Ever had pneumonia vaccination*	43.9%	32.5%	53.1%
Flu vaccination past year*	61.5%	51.0%	71.8%
Mammogram past year	48.3%	44.1%	51.3%
Eye exam past year	60.7%	58.8%	61.4%

\* Chi-square differences statistically different at the  $p < .05$  level

Source: Health Care Financing Administration, 1996 Medicare Current Beneficiary Survey. U.S. Department of Health and Human Services.

References

1. National Center for Health Statistics. Health United States, 1996-97. Hyattsville, MD: NCHS, 1997.
2. Health Care Financing Administration. A Profile of Medicare, Chart Book 1998. Baltimore, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1998.
3. Feder J, Moon M. Managed Care for the Elderly: A Threat or a Promise? *Generations* 1998; 22:6-10.
4. Health Care Financing Administration. Medicare Managed Care Contract Report. Baltimore, MD: HCFA, 1998.
5. Luft HS. Medicare and managed care. *Annual Review of Public Health* 1998; 19:459-475.
6. Docteur ER, Colby DC, Gold M. Shifting the paradigm: monitoring access in Medicare managed care. *Health Care Financing Review* 1996; 17:5-21.
7. U. S. President's Commission. *Summing Up: Final Report on Studies of the Ethical and Legal Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*. Washington, DC: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, 1983.
8. Wallace SP. The No Care Zone: Availability, Accessibility, and Acceptability in Community-Based Long-Term Care. *The Gerontologist* 1990; 30:254-261.
9. Rice MF. Inner city hospital closures/relocations: Race, income status, and legal issues. *Social Science and Medicine* 1987; 24:889-896.
10. Federal Register. List of designated primary medical care, mental health, and dental health professional shortage areas--HRSA. Notice. *Federal Register* 1997; 62:29396-29537.
11. Polich C, Riley P. Is Medicare Contracting Right for Your Management Care Organization. *Medical Interface*. Vol. 7, 1994:78-80, 83-84, 90.
12. Rowland D, Feder J, Keenan P. Managed Care for Low-income Elderly People. *Generations* 1998; 22:43-51.
13. Riley G, Ingber M, Tudor C. Disenrollment of Medicare Beneficiaries from HMOs. *Health Affairs* 1997; 16:117-124.
14. Counte M, Glandon G. Managed Care for the Elderly: Impacts and Future Trends. In: Romeis J, Coe R, Morley J, eds. *Applying Health Services Research to Long-Term Care*. New York: Springer, 1996:231.
15. GAO. Lower Cost Beneficiaries with Chronic Conditions Enroll in HMOs. Washington, D.C.: US General Accounting Office, 1997.
16. Freudenheim M. Golden Years for HMOs: Budget Deal May Push More Elderly Into Managed Care. *New York Times*. New York, 1997:B1, B32.
17. Wallace SP, Enriquez-Haass V, Markides K. The Consequences of Color-blind Health Policy for Older Racial and Ethnic Minorities. *Stanford Law and Policy Review* 1998; 9:329-346.
18. Kilborn P. Tucson HMO's May Offer Model for Medicare's Future. *New York Times*. New York, 1996:A1, B11.
19. Bodenheimer T. The HMO Backlash - Righteous or Reactionary? *The New England Journal of Medicine* 1996; 335:1601-1603.
20. Advisory Board Company. *The Governance Committee: To the Greater Good*. Washington, D.C.: Advisory Board Company, 1995.
21. Gazmararian J, Baker D, Williams M, et al. Health Literacy among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. *JAMA* 1999; 281:545-551.
22. Goss S. Sutter SeniorCare: Capitated Managed Care for the Frail Elderly. *California Hospitals* 1994; 8:17-8.
23. Wallace SP, Enriquez-Haass V. Redlining by Race and Income among Medicare HMOs?, Annual Meetings of the American Public Health Association, Indianapolis, IN, November, 1997.
24. Binstock RH. A new era in the politics of aging: How will old-age interest groups respond? *Generations* 1995; 19:68-74.
25. Wallace SP, Villa V. Caught in Hostile Cross-Fire: Public Policy and Minority Elderly in the United States. In: Markides K, Miranda M, eds. *Minorities, Aging, and Health*. Thousand Oakes, CA: Sage, 1997:397-420.
26. Pepper Commission. *A Call for Action*. Washington, DC: U.S. Bipartisan Commission on Comprehensive Health Care, 1990.
27. Brown ER. Should single-payer advocates support President Clinton's proposal for health care reform? *American Journal of Public Health* 1994; 84:182-187.



**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA**

**DANE**

**DIRECCION TECNICA DE CENSOS**

**TRANSICION DEMOGRAFICA, CAMBIOS SOCIALES Y ENVEJECIMIENTO**

**Manuel J. Rincón Mesa**

*Santafé de Bogotá, D.C., 31 de agosto de 1999*

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>1. FACTORES, CONDICIONES Y CARACTERISTICAS DEL ENVEJECIMIENTO .....</b>	<b>2</b>
<b>2. LA IMPORTANCIA ACTUAL DEL TEMA DE ENVEJECIMIENTO.....</b>	<b>3</b>
<b>3. TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS Y ENVEJECIMIENTO EN COLOMBIA.....</b>	<b>4</b>
3.1 LA EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA.....	4
3.2 LOS CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA POBLACIONAL .....	7
<b>4. ENVEJECIMIENTO Y SALUD .....</b>	<b>12</b>
<b>5. ENVEJECIMIENTO Y SEGURIDAD SOCIAL.....</b>	<b>15</b>
5.1 OTROS CONSECUENCIAS SECTORIALES DEL ENVEJECIMIENTO.....	20
<b>6. CONCLUSIONES .....</b>	<b>21</b>

## INTRODUCCION

Uno de los aspectos que tiene gran trascendencia para la orientación del desarrollo futuro de la sociedad es el conocimiento de las profundas modificaciones en las tendencias demográficas y sus implicaciones. Hoy más que nunca y con perspectivas de largo plazo se requiere prestar atención a este punto, en el marco de los estudios de población y de forma particular en los estudios analíticos de la dinámica poblacional

Se trata de las transformaciones que se derivan de las tendencias demográficas y, de los cambios sociales de mediano largo plazo, que se traducen en un inexorable proceso de envejecimiento de la estructura por edad de la población. Las modificaciones estructurales tienen efectos importantes sobre la organización de la sociedad, repercute sobre los valores y normas de comportamiento individual, de la familia y de los colectivos. Su efecto se extiende al campo socioeconómico y tiene implicaciones muy importantes sobre las estructuras familiares, los sistemas de educación, salud y seguridad social, entre otras cosas.

Toda esta problemática se visualiza de forma muy directa y clara al revisar situaciones de países que ya han pasado por el proceso de baja de la fecundidad y reducción de la mortalidad con logros en la prolongación de los años de vida de las personas, y relacionados unos y otros cambios con las transformaciones económicas y sociales que se manifiestan al interior de cada sociedad.

La evolución de los dos componentes principales de la dinámica poblacional, desde altos valores hasta alcanzar un nuevo equilibrio demográfico a niveles bajos y reflejado luego, en términos de envejecimiento se conoce como la **TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA**. A lo largo de este proceso las estructuras por edad de las poblaciones cambian aumentando el peso de los grupos de mayor edad y cuanto más rápido ocurren estos cambios más acelerado es el proceso de envejecimiento.

La prolongación de la vida condujo en el pasado, en las sociedades hoy desarrolladas, y ocurrirá en el futuro en los países de menor desarrollo, a un incremento de la proporción de personas de edad avanzada, cuya transformación se conoce como **"ENVEJECIMIENTO"**.

Se presenta en este documento un resumen sobre la forma y condiciones bajo las cuales ha evolucionado la transición demográfica en 50 años (1950-2000), la posible evolución y cambios que se espera ocurran a lo largo de los próximos 50 años y, en ese contexto, señalar algunas de las consecuencias e implicaciones que acarrearían dichos cambios. El documento se ha elaborado para su presentación en el Congreso Nacional sobre Envejecimiento, que se realizará en el marco del año Internacional de las personas de edad 1999 el cual es preparatorio a su vez del Encuentro Latino Americano y Caribeño sobre las

personas de edad, que se realizará en Santiago de Chile entre 8 y de 10 de septiembre.

## **1. FACTORES, CONDICIONES Y CARACTERISTICAS DEL ENVEJECIMIENTO**

Los cambios en el campo de la reproducción condujeron en el pasado y conducirán hacia el futuro a una modificación del aporte de las mujeres en edad fértil dentro del proceso de generación de los nacimientos. La adopción de nuevos patrones estarían precedidos por mejoras en el sistema educativo, mayor participación de la mujer en las actividades económicas, la extensión en el uso de medios de control de la natalidad, postergación del matrimonio, uso de anticonceptivos, uso de la esterilización, etc.

Bajo las condiciones de transición demográfica y su efecto en términos de envejecimiento se expresa globalmente en la transformación de la estructura de la población por edad, cambio que se manifiesta en un incremento relativo y absoluto de personas de edades avanzadas.

En distintas formas, con distinta intensidad, en distintos momentos y bajo diferentes factores y condiciones, los países hoy desarrollados enfrentaron, en el pasado, la transición demográfica y el envejecimiento de su estructuras poblacionales . En las sociedades de menor desarrollo se están produciendo ya los cambios o se manifestarán en el futuro y, en estos casos, la transición en términos de envejecimiento se reflejará de manera general con las siguientes transformaciones:

- Rejuvenecimiento, por ampliación de la base de la pirámide al reducirse la mortalidad materna lo cual lleva a una mayor exposición al embarazo, y un número de nacimientos; de otro lado, un mayor número de sobrevivientes en las edades tempranas por reducción de la mortalidad infantil y juvenil.
- Estrechamiento de la base de la pirámide al reducirse el número de nacimientos, por baja de la fecundidad.
- Incremento de sobrevivientes, de edades adultas y en la vejez, por reducción generalizada de la mortalidad
- Ampliación de la cúspide de la pirámide por aumento de sobrevivientes de edad adulta en virtud del control de las enfermedades degenerativas.

A esto se puede agregar el impacto que pueden provocar los intensos procesos de migración internacional, que por lo regular están compuestos por cohortes de

poblaciones adultas jóvenes. En este caso las migraciones internacionales pueden contribuir a:

a) Acentuación del envejecimiento en países expulsores.

b) Rejuvenecimiento en el caso de poblaciones receptoras de inmigrantes.

La transición y sus características tiene que ver con la transformación global de la sociedad y su velocidad de cambio el resultado de medidas o la incidencia de las acciones que se lleven a cabo en los campos de la salud y el control de la fecundidad. Los mecanismos, la velocidad y la profundidad con que se esta manifestando la Transición Demográfica (en términos de reducción de la mortalidad y fecundidad), en los países de menor desarrollo contrasta con lo ocurrido en el pasado en los países más industrializados y esto le plantea grandes retos a la sociedades en desarrollo. Cuanto más eficaces sean estas medidas mas acelerado será el proceso de envejecimiento.

## **2. LA IMPORTANCIA ACTUAL DEL TEMA DE ENVEJECIMIENTO**

Si bien las características históricas de la transición demográfica presentan condiciones muy variadas, sus resultados finales son similares y se asocian en forma directa con el mejoramiento de las condiciones de salud, de la educación, de la urbanización; es necesario plantearse entonces que estas modalidades de cambio son en esencia una consecuencia y producto de las particulares modalidades en que se producen esas transformaciones.

Como la transición demográfica en el pasado se produjo en un proceso pausado, hay que tener claro que los cambios estructurales acentuados y de corto plazo le generan a la sociedades en trance de sufrir estos cambios, situaciones nuevas y de muy compleja solución. Son esta nuevas condiciones las que lleva a plantear la necesidad de conocer anticipadamente el impacto del envejecimiento demográfico y sus repercusiones sobre las condiciones bajo las cuales se diseñan y ejecutan los planes.

A partir del conocimiento acumulado sobre los cambios históricos en los patrones de fecundidad y mortalidad, en los países que ya cumplieron, con la etapa de transición demográfica, con alguna presunción sobre cuándo y con qué profundidad han de ocurrir estos cambios en las sociedades no desarrolladas, es posible producir insumos para prever y orientar la formulación de planes y políticas para contrarrestar los inevitables efectos de esos cambios.

Hoy más que nunca el conocimiento evaluación y comprensión de los cambios que se espera ocurran y los factores que lo determinan son fundamentales para

su consideración como insumo para la proporción de los planes y programas de acción en los diversos niveles de gestión.

- Los estudios socio demográficos de estos cambios son importantes como condición indispensable para la producción de insumos para la planeación.
- Al poder anticipar el conocimiento sobre los cambios esperados y establecer las posibles consecuencias del envejecimiento, sirve a las instituciones para diseñar programas, adoptar políticas para contrarrestar o por lo menos minimizar el impacto del envejecimiento, sobre los sistemas y políticas sectoriales en general.
- Conocer el patrón de envejecimiento permite orientar el diseño de políticas y programas de atención de la población según sus diversos segmentos de edad.

Las modificaciones estructurales van a tener efectos importantes, entre otras, en los valores y normas de comportamiento individual y colectivo, en el campo socioeconómico y de manera muy importante en los sistemas de educación, salud y seguridad social, ente otros.

### **3. TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS Y ENVEJECIMIENTO EN COLOMBIA**

Uno de los aspectos que más llama la atención respecto a la evolución de la población de Colombia, entre 1950 y 1995, es la significativa baja de la fecundidad que se refleja por supuesto en el número de hijos tenidos por las mujeres. Esas reducciones son consecuencia directa de los cambios en los comportamientos reproductivos de las parejas (particularmente de las mujeres); en la medida que para el futuro se esperan nuevos cambios, resulta importante analizar sus características y consecuencias.

#### ***3.1 La evolución demográfica***

Para visualizar la problemática del envejecimiento en Colombia se utilizan los insumos y resultados de las proyecciones más recientes de población elaboradas por el DANE para el período 1950-2050. Estas cifras proporcionan las indicaciones sobre la evolución demográfica de la segunda mitad de siglo XX y lo que se espera ocurra durante la primera mitad del siglo XXI.

Aunque la reducción de la mortalidad en Colombia pudo haberse iniciado desde comienzos del presente siglo, es evidente que se profundizó y aceleró en la década de los años 50. De otro lado con el inicio de la baja de la fecundidad a fines de la década de los 60 el país ha recorrido lo que puede definirse como

primera fase de transición demográfica. En los próximos 50 años se espera que se profundice ese proceso y se lleguen a completar dichos cambios.

Para la sociedad en su conjunto, para los entes sectoriales y regionales es importante conocer, evaluar y desarrollar propuestas de acción para atender las demandas y presiones que se generan en el mediano y largo plazo como consecuencia de las perspectivas poblacionales, de la intensidad de los cambios, de la forma como pueden ocurrir estos en el tiempo y el espacio.

En el cuadro numero 1 se presentan las cifras sobre la dinámica de la población colombiana en la segunda mitad del siglo XX y las perspectivas hasta el año 2050. Se presentan indicadores del cambio relativo en un período de 100 años. Las características mas relevante son:

- La población de 12.5 millones en 1950 se duplicó en el término de 25 años alcanzando en 1975 un volumen de 25 millones; Con el avance de la transición demográfica se espera que una nueva duplicación se produzca hacia el año 2011, esto es en un período de 36 años. En el año 2050, la población colombiana tendría un tamaño 5.7 veces mayor que el de 1950.
- Partiendo de un fecundidad cercana a los 7 hijos por mujer se logró, en este mismo período, reducir en un tercio dichas condiciones de fecundidad lo que significo 2.4 hijos menos por mujer. A partir de allí el descenso continuaría y de esa manera dentro de 50 años después estaría en el nivel de reemplazo reduciéndose a un tercio del nivel que tuvo 100 años atrás.
- En el campo de la mortalidad general se lograría una ganancia de 11 años en la esperanza de vida al nacer entre 1950 y 1975 y un total de 30 años entre mediados del siglo y XX y mediados del siglo XXI. Igualmente una reducción muy importante de la mortalidad infantil para ubicarse en un nivel que representa tan solo el 10 por ciento del que tuvo a mediados del siglo XX.

**Cuadro 1**  
**Colombia. Evolución de la población y de los indicadores de fecundidad y mortalidad entre 1950 y el año 2050**

Años	Población ambos sexos	Períodos quinquenales	Tasas Globales TGF	Esperanzas de Vida e	Mortalidad I Infantil q
1950	12'568.428	1950-1955	6.76	50.62	123.2
1975	25'380.952	1975-1980	4.34	61.72	73.0
2000	42'321.386	2000-2005	2.62	72.17	25.6
2025	59'757.925	2025-2030	2.15	76.34	13.8
2050	71'549.568	2045-2050	2.10	79.17	11.1

Cambios relativos en la población y en los indicadores de fecundidad y mortalidad 1950-2050

	1950 =1		1950-1955 = 1		
1950	1.00	1950-1955	1.00	1.00	1.00
1975	2.02	1975-1980	0.64	1.22	0.59
2000	3.37	2000-2005	0.39	1.43	0.21
2025	4.75	2025-2030	0.32	1.51	0.11
2050	5.69	2045-2050	0.31	1.56	0.09

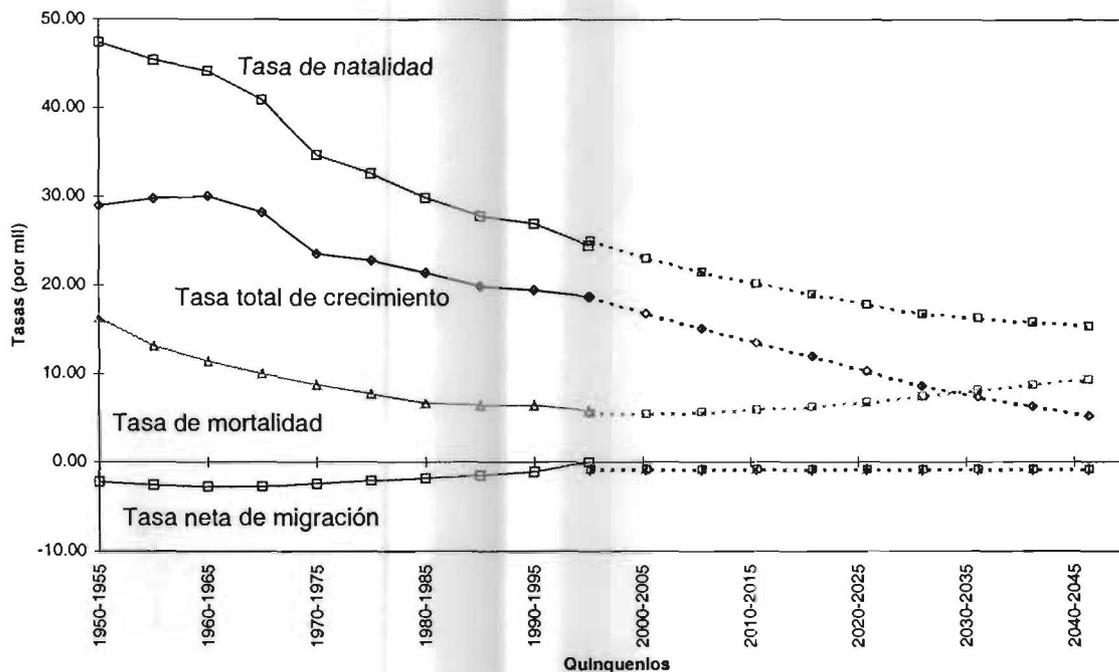
Fuente: Cuadros A.1, A.2 y A.3

El gráfico 1 muestra la forma como ha avanzado la transición demográfica en Colombia durante la segunda mitad del siglo XX y de otro lado las perspectivas de avance que este proceso tendría hasta el año 2050. Esto último, como resultado de los supuestos bajo los cuales se elaboraron estas proyecciones como sea alcanzar unas condiciones de reproducción cercanas al nivel de reemplazo y continuar el descenso de la mortalidad para lograr una esperanza de vida de alrededor de 79 años en ambos sexos hacia el año 2050.

Los nacimientos de mujeres menores de 15 años y mayores de 35, grupos extremos del período fértil alcanzan a un 31 por ciento al inicio de la proyección en 1950-1955. Hacia el futuro este grupo de mujeres estarán aportando alrededor de un 18 por ciento de nacidos vivos. Se produciría por tanto, una menor participación en los procesos de reproducción de aquellas mujeres que se sabe presentan mayores riesgos de mortalidad por embarazo y más alta mortalidad infantil.

Gráfico 1

Colombia. Tasas de natalidad, mortalidad, neta de migración y total de crecimiento por quinquenios. 1950-2050



Fuente: Cuadro A.1 anexo

### 3.2 Los cambios en la estructura poblacional

Como resultado de la dinámica demográfica de los últimos cincuenta años, que ha significado una reducción substancial del ritmo de crecimiento, la población colombiana se ha visto afectada por una modificación importante de su estructura etárea. Es indudable que para el futuro, como consecuencia de la reducción de la fecundidad, se continuará produciendo un envejecimiento de la población.

Tal proceso es evidente al examinar los cambios que se van produciendo en la estructura por edad y sexo, como se observa en la serie de figuras que se presentan en el gráfico 2. Se visualizan cambios substanciales en la estructura por edad de la población con un incremento en la proporción de la población de 60 años y más, que crece más rápidamente que los demás grupos. Aumenta el peso relativo y el número absoluto de este sector de población. Como tendencia general perderá importancia relativa el grupo de menores de 5 años, y aumentará substancialmente la proporción de población en edades activas, 15 a 59 años.

Conocer este conjunto de hechos resulta importante para efectos de planificación puesto que, por ejemplo, es reconocida la diferencia en los costos de manutención y atención de la salud de uno y otro sexo en las diferentes edades.

Desde otro punto de vista, los gastos para instrucción se concentran fundamentalmente en los jóvenes, en tanto que los servicios de salud, son en éstos menores que para los niños y ancianos. Con el conocimiento de estos cambios se pueden impulsar políticas de reasignación de recursos y el diseño de mecanismos para atender los cambiantes problemas que ya comenzaron a manifestarse y que en algunos aspectos se agudizarán en el futuro.

En el cuadro 2 se muestran datos sobre la evolución que tendría la población en cinco grandes grupos. Los niños menores de 5 años, el grupo 5-14, en el cual se concentra la población en edad escolar, los grupos 15-59 en los cuales se concentra la población laboral y el grupo de 60 y más, que corresponde más bien a la población en edad de jubilación.

**Cuadro 2**  
**COLOMBIA. Indicadores de envejecimiento de la población**  
**1950-2050. Población de ambos sexos**

Años	Proporción de población en el grupo en los tramos de edad					Total
	0 - 4	5 -14	15-59	60-74	75+	
1950	17.9	24.7	52.4	4.1	0.9	100.0
1955	18.8	25.9	50.4	4.1	0.8	100.0
1960	18.5	27.8	48.7	4.2	0.8	100.0
1965	18.3	28.4	48.1	4.3	0.9	100.0
1970	17.3	28.5	48.9	4.4	0.9	100.0
1975	15.0	28.4	51.0	4.6	1.0	100.0
1980	14.4	26.3	53.6	4.6	1.2	100.0
1985	13.4	24.4	56.1	4.7	1.3	100.0
1990	12.6	23.4	57.7	4.8	1.5	100.0
1995	12.3	22.1	59.0	4.9	1.6	100.0
2000	11.3	21.4	60.4	5.1	1.8	100.0
2005	10.4	20.6	61.6	5.5	1.9	100.0
2010	9.7	19.2	62.8	6.4	2.0	100.0
2015	9.1	17.9	63.1	7.7	2.2	100.0
2020	8.6	17.0	62.9	9.1	2.5	100.0
2025	8.2	16.2	62.1	10.5	3.0	100.0
2030	7.7	15.5	61.2	11.8	3.8	100.0
2035	7.3	14.8	60.6	12.5	4.8	100.0
2040	7.1	14.2	59.8	13.1	5.8	100.0
2045	7.0	13.7	59.0	13.5	6.8	100.0
2050	6.8	13.5	58.1	14.1	7.5	100.0

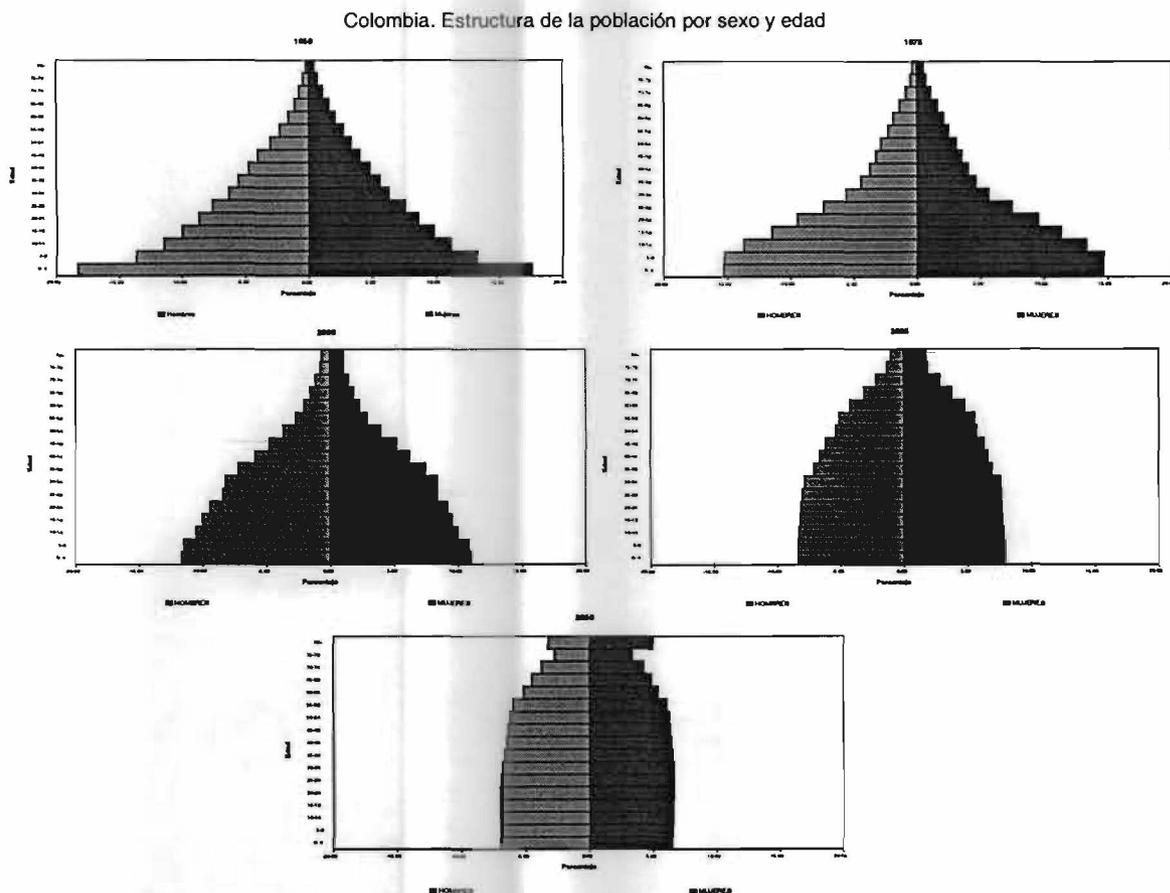
Fuente. Cuadro A. 3

En los gráficos 2 y 3 se observan los cambios en la estructura por edad de la población en ese periodo. Hacia 1950 la población menor de 5 años representaba un 18% en tanto que la de 60 y más años tan solo llegaba a un 5%. En el año 2000, estos dos subgrupos estarán representando un 11% y un 7%

respectivamente. Es clara entonces la pérdida de peso relativo de los menores y el incremento en las personas de mayor edad. Las proporciones alcanzadas por los grupos de población de 60 a 74 Años y de 75 y más años, respecto a la población total del país reflejan por si mismas las condiciones de envejecimiento.

Conforme a estos resultados se multiplicará en forma muy rápida la proporción de personas de 60 a 74 años cuyo peso relativo se incrementa de 4.5 por ciento en los pasados 50 años y que pasará a representar un 14 por ciento en el año 2050. Por su parte, el grupo de 75 que corresponde a la personas de mayor edad con mayores riesgos y problemas más complejos en el campo de la salud y en muchos aspectos de su vida personal y familiar se incrementa en forma acelerada llegando a representar más de un 7.5 por ciento en el año 2050.

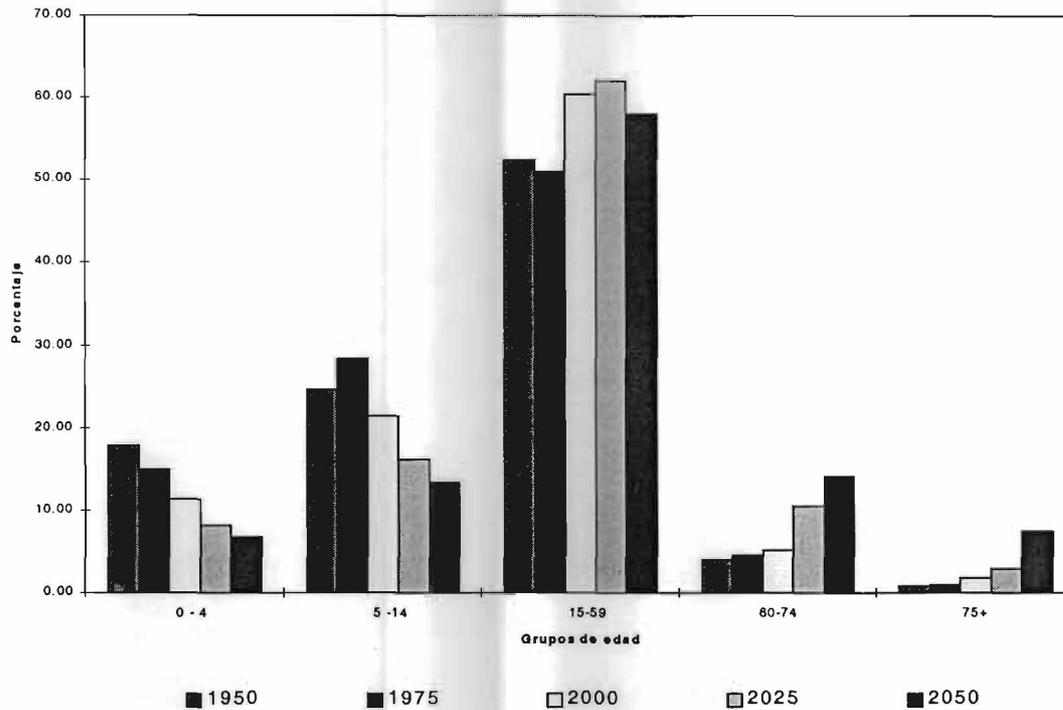
Gráfico 2



Fuente: DANE. "Colombia. Proyecciones quinquenales de población, por sexo y edad. 1950-2050".  
Santafé de Bogotá, junio de 1998.

**Gráfico 3**

**Colombia. Cambios observados y esperados en la estructura por edad 1950-2050, según cuatro grandes grupos -Ambos sexos-**



Fuente: Cuadro 2

Otra forma de ver el envejecimiento es a partir de ciertos indicadores resumen como la edad mediana y algunas relaciones entre grupos de edad de los dos extremos de la vida. En el cuadro 3 se presentan indicadores de envejecimiento como son la edad media de la población de ambos sexos entre 1950 y el año 2050 así como indicadores resultantes de la relación de los pesos de las poblaciones de los dos extremos de la vida la edad temprana y en vejez.

**Cuadro 3**  
**Colombia. Indicadores de envejecimiento asociados a la transición demográfica entre 1950 y el año 2050**

Años	Edad mediana	Indicadores de Relación de poblaciones extremas			
		N75+/N0-4	N60+/N0-14	N75+/N60-64	N75+/N60+
1950	18.71	5.0	11.7	21.9	17.9
1955	19.71	4.3	11.0	19.7	16.5
1960	20.71	4.4	10.9	19.4	16.3
1965	21.71	4.7	11.1	19.7	16.4
1970	22.71	5.4	11.7	21.1	17.4
1975	23.71	6.9	12.9	22.7	18.5
1980	24.71	8.1	14.1	25.6	20.4
1985	25.71	9.9	16.0	28.2	22.0
1990	26.71	11.8	17.5	31.0	23.6
1995	27.71	13.0	19.0	32.5	24.5
2000	28.71	15.5	20.9	34.5	25.6
2005	29.71	18.0	23.9	34.0	25.4
2010	30.71	20.8	29.2	31.4	23.9
2015	31.71	24.0	36.5	28.4	22.1
2020	32.71	28.6	45.1	27.2	21.4
2025	33.71	36.3	55.2	28.3	22.1
2030	34.71	49.6	67.2	32.5	24.5
2035	35.71	64.9	77.8	38.1	27.6
2040	36.71	81.2	88.5	44.4	30.7
2045	37.71	97.5	98.0	50.3	33.5
2050	38.71	109.6	106.4	52.8	34.5

Fuente cuadro 2

El proceso de envejecimiento de la población se vislumbra ya en las tendencias del período 1950-1995, la cual envejeció en 9 años desde mediados del siglo XX pasando de una edad media de 18.7 años en el año 1950, a 28.7 en el año 2000 y continuará en el futuro. En los próximos 50 años, la población Colombiana pasará por un envejecimiento adicional de aproximadamente 10 años, alcanzado 38.7 años en el 2050. Las características del proceso de transición hacia el envejecimiento se observa claramente en el gráfico 3.

En otros términos, en el año 1950 entre tres y cuatro menores de cinco años acompañaban en su hogares a una persona de 60 y más; cien años después, en el año 2050, la situación será exactamente a la inversa, cada niño menor de cinco años tendrá a su alrededor tres personas mayores de 60 años. Otra característica importante es que mientras a mediados del siglo XX lograran sobrevivir familias con integrantes de dos generaciones o a lo sumo tres generaciones, hacia el año 2050 será muy corriente encontrar familias cuyos integrantes provienen de cuatro

generaciones y posiblemente se originen casos de hasta cinco generaciones. Muchas son las consecuencias de este cambio en la composición de los hogares sobre diversos aspectos de la vida individual, familiar, de las comunidades y del país en general.

#### **4. ENVEJECIMIENTO Y SALUD**

La sociedad Colombiana vive una época de grandes transformaciones sociales, que por diversas circunstancias alteran el volumen y cualidad de la demanda de prestación de los servicios de salud. Las necesidades en el campo de la salud en el futuro están condicionadas, entre otros factores, por el aumento absoluto de la población, los patrones de reproducción y las condiciones de la mortalidad y sin duda el envejecimiento. La sola transformación de la estructura poblacional afecta la composición de la demanda de los servicios de dicho sector y es en este sentido que el efecto de la transición demográfica repercute sobre las condiciones de prestación de servicios.

El inevitable envejecimiento de la población, proceso que se agudizará en el largo plazo, debe ser cuidadosamente evaluado y puesto en consideración pues el envejecimiento puede traer ventajas y oportunidades pero también nuevos desafíos para las políticas públicas que operan bajo cierta segmentación por edad. Solamente con la plena percepción del fenómeno será posible anticipar medias de política adecuada.

Si bien las modificaciones estructurales representan ventajas, también se consideran los posible efectos negativos de dicha transición. En materia de salud, la disminución en el número de infantes y niños facilita ampliar la cobertura de vacunación y la atención materno infantil. Pero es indispensable atender las necesidades propias de los más ancianos, que cada vez más, constituyen un segmento de crecimiento más rápido de la población.

Las demandas para el sector salud asociadas al envejecimiento presentan problemas de índole un tanto diferente a las que enfrentaba cuando se mantenía una estructura joven. El impacto sobre servicios de salud - la composición de los servicios demandados tienen una calidad distinta (normalmente más sofisticados y de mayor costo) a los requeridos en poblaciones jóvenes.

No es suficiente que los recursos para su manutención material (pensiones) estén disponibles; se requiere también atender las demandas por descanso y recreación, la existencia de una infraestructura física adecuada, casas de ancianos, medios de transporte, acceso a la recreación y, en la medida de lo posible, las oportunidades para que ellos continúen haciendo un aporte productivo a la sociedad.

Deberá ponerse especial atención a la población femenina de edad, en la medida que por sus diferencias de mortalidad con los hombres, se incrementa en forma mas acelerada y sobrevivan hasta edades más avanzadas.

Como se señaló anteriormente la transición demográfica implica que además de la baja de la fecundidad se produzca una reducción de la mortalidad. Esto último es el resultado de las acciones concretas para controlar los factores de riesgo de tipo exógeno que provocan una alta mortalidad en los primeros años de vida. El control de esos factores lleva a una modificación del peso de las causas de morbilidad y mortalidad que se desplaza hacia causas de muerte que afectan a las personas en las edades más avanzadas.

Los diferentes grupos de población por edades y sexos plantean necesidades distintas en materia de cuidado de la salud y, por ello, las inversiones y las acciones en el sector salud deben modificarse, para adecuarlas a los cambios de la estructura poblacional. Teniendo en cuenta que el país está sometido a un proceso de envejecimiento continuo y permanente, conforme se va reduciendo la fecundidad, parece lógico que aumente la demanda de servicios médicos del sector de población que más crece, en este caso, la población mayor de 60 años. Esa demanda en general, es muy distinta en volumen per capita y en cuanto al tipo de recursos que son necesarios para satisfacerla, dada la distinta composición de las causas de morbilidad y de muerte. En el cuadro A.2 se muestra la tendencia de la población mayor de 60 años, población considerada como de "la tercera edad". En el cuadro A.3 se presentan las estimaciones sobre los volúmenes de defunciones totales y su composición en tres grandes grupos, los menores de un año, las del grupo 1-4 y los de 5 y más.

A mediados del siglo XX un 42% de las defunciones tenían menos de 5 años de vida. Para fines del siglo las defunciones serán en un 92% de personas mayores de cinco años. Para mediados del próximo siglo el 99% de los muertos tendrán más de cinco años. Esto significa que la atención en salud para la población infantil será proporcionalmente menor en el futuro, al perder importancia el grupo de 0 a 4 años. Esto a su vez cambia el panorama respecto a lo que significa la atención de la salud de una población de la "tercera edad" que se ha de duplicar en el término de 25 años y en particular el grupo mayor de 75 años, grupo de mayor riesgo, el cual para el año 2050 tendrá un volumen 8 veces mayor que el que tenía en 1990.

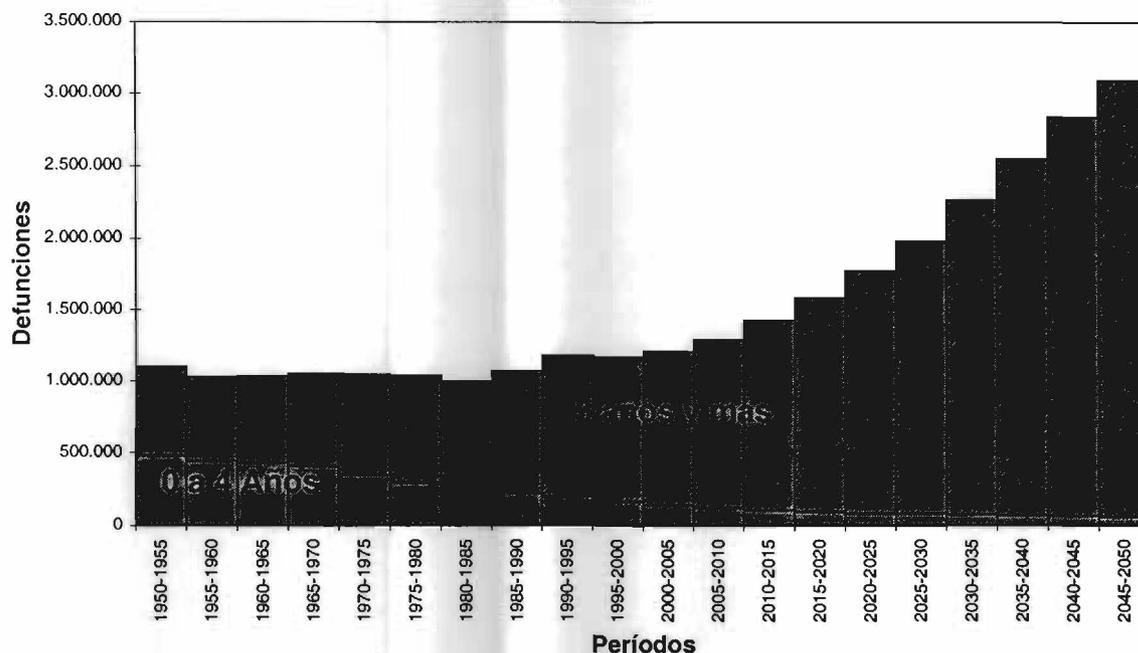
**Cuadro 4**  
**COLOMBIA. Evolución de la estructura de la mortalidad 1950-2050**  
**Ambos Sexos**

PERIODOS	PROPORCIÓN DE DEFUNCIONES			índices de cambio <sup>a/</sup>
	menos de 1	0 - 4	5y más	
1950-1955	35.9	43.6	56.4	100.0
1955-1960	36.5	42.9	57.1	93.4
1960-1965	35.7	41.6	58.4	94.1
1965-1970	33.7	38.7	61.3	95.6
1970-1975	29.0	33.2	66.8	95.1
1975-1980	24.0	28.3	71.7	94.2
1980-1985	21.7	25.1	74.9	90.8
1985-1990	17.9	20.7	79.3	97.3
1990-1995	14.7	16.8	83.2	107.3
1995-2000	12.7	14.2	85.8	106.2
2000-2005	10.4	11.6	88.4	109.9
2005-2010	8.4	9.3	90.7	117.5
2010-2015	6.6	7.4	92.6	129.9
2015-2020	5.3	5.9	94.1	144.3
2020-2025	4.2	4.6	95.4	161.6
2025-2030	3.4	4.0	96.0	179.9
2030-2035	2.8	3.2	96.8	205.8
2035-2040	2.3	2.7	97.3	231.5
2040-2045	2.0	2.3	97.7	257.6
2045-2050	1.8	2.0	98.0	280.7

<sup>a/</sup> Base Defunciones (1950 = 100)  
Fuente: Cuadro A.3

Gráfico 4

Colombia. Defunciones proyectadas, de 0 a 4 años de edad y de 5 y más, ambos sexos. 1950-2050



## 5. ENVEJECIMIENTO Y SEGURIDAD SOCIAL

Uno de los sectores que se ven seriamente afectados a consecuencia del envejecimiento, es el de la seguridad social, toda vez que la base tributaria disminuye y se incrementan las obligaciones del sistema. El envejecimiento lleva a incrementos acelerados del número de personas que una vez han participado en actividades productiva y cubierto los fondos de afiliación, tienen derecho a recibir atención médica y aportes necesarios para su subsistencia una vez abandona la actividad laboral por tiempo cumplido o por razones de salud.

De conformidad con lo expresado por la Ley 100 de 1993 en su **Artículo 3. Del Derecho a la seguridad social**. El estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad Social. El sistema de seguridad social en el futuro estará afectado por los límites de edad establecidos para recibir pensión, el crecimiento de la población, los cambios de estructura y la reducción de la mortalidad. En relación a este último aspecto cabe mencionar el incremento de la esperanza de vida de las personas a los 60 y 75 años, cambio

que significa una mayor permanencia de las personas a cargo del sistema de seguridad social.

**Cuadro 5**  
**COLOMBIA: Estimaciones y perspectivas de evolución de Esperanzas de vida al nacer**  
**Esperanza de vida a los 60 y 75 años por sexo, 1950-2050**

	Al nacer		A los 60 años		A los 75 años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1950 - 1955	48.98	52.34	14.07	15.18	6.17	6.57
1955 - 1960	53.48	56.88	14.86	16.10	6.97	7.36
1960 - 1965	56.23	59.68	15.33	16.65	7.46	7.84
1965 - 1970	58.33	61.83	15.69	17.08	7.84	8.22
1970 - 1975	59.70	63.85	15.90	17.49	8.07	8.58
1975 - 1980	61.76	66.25	16.59	18.22	8.59	9.42
1980 - 1985	63.62	70.22	17.51	19.90	9.18	10.64
1985 - 1990	64.23	71.69	17.93	20.39	9.27	11.01
1990 - 1995	64.27	73.04	18.36	20.80	9.58	11.22
1995 - 2000	67.25	74.25	18.64	21.23	9.60	11.37
2000 - 2005	69.17	75.32	18.79	21.63	9.57	11.49
2005 - 2010	70.34	76.27	18.87	21.99	9.56	11.59
2010 - 2015	70.95	77.10	18.90	22.31	9.55	11.69
2015 - 2020	71.68	77.95	18.95	22.67	9.53	11.79
2020 - 2025	72.48	78.80	19.01	23.04	9.52	11.89
2025 - 2030	73.24	79.60	21.18	24.18	11.17	13.23
2030 - 2035	73.95	80.35	21.42	24.63	11.29	13.49
2035 - 2040	74.67	81.10	21.67	25.09	11.42	13.74
2040 - 2045	75.33	81.80	21.90	25.53	11.54	13.98
2045 - 2050	76.00	82.50	22.14	25.98	11.67	14.23

Fuente: DANE, Colombia. Tablas abreviadas de mortalidad, por sexo, para fechas censales y estimaciones quinquenales 1995-2025. Santafé de Bogotá, mayo de 1998

Dos aspectos resultan relevantes de la información del cuadro: si las condiciones de mortalidad de los pensionados y no pensionados fueran similares, se tendría que en el lapso de 20 años, hacia el año 2010, el sistema de seguridad social se verá abocado a financiar un promedio de tres años adicionales a un pensionado de 60 años. El otro aspecto y considerando el incremento en la participación de la mujeres en la actividad económica ese mayor costo es aún más prolongado en el caso de las mujeres. En el quinquenio 1990-1995 un hombre pensionado tenía perspectivas de depender del sistema un promedio de 17 años, en el caso de las mujeres 20 o más años. A mediados del siglo XXI el promedio de años a cargo del sistema de seguridad de una persona de 60 años se elevaría a 23. Por su parte una persona de 75 años podría llegar a vivir en promedio 12 años más. Estos cambios van a repercutir fuertemente sobre el sistema, tanto desde el punto de vista de la seguridad económica del pensionado, como de los costos financieros del sistema.

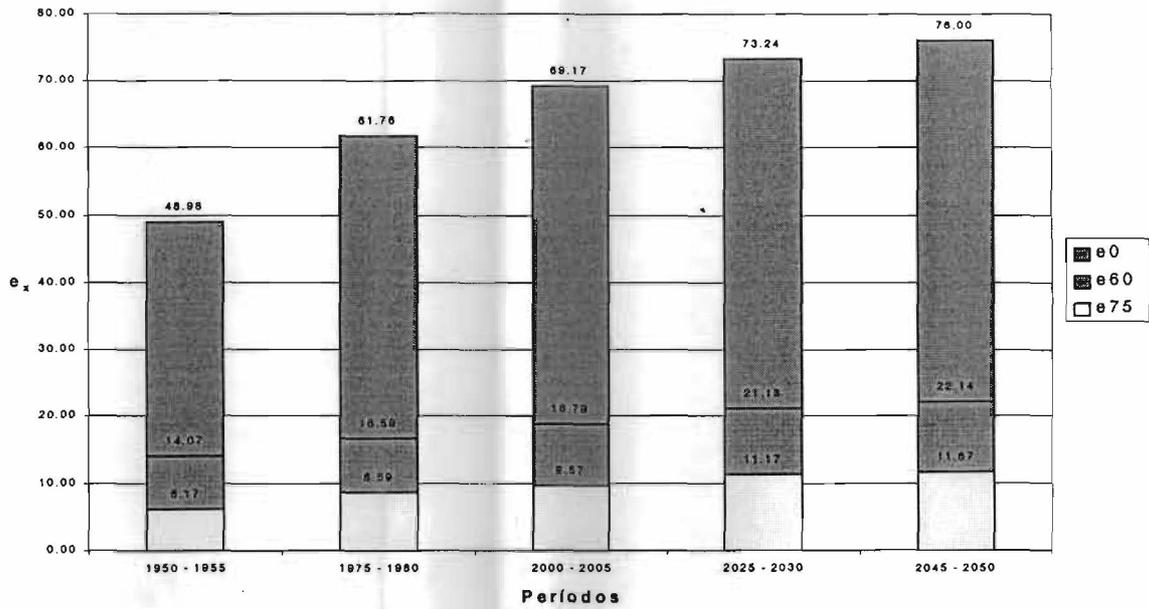
Cuadro 6  
 COLOMBIA: Relaciones entre las Esperanzas de vida a los  
 60 y 75 años respecto a la esperanza de vida al nacer 1950-2050

	A los 60 años		A los 75 años		Indices de longevidad esp75/esp60	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1950 - 1955	28.7	29.0	12.6	12.6	43.9	43.3
1955 - 1960	27.8	28.3	13.0	12.9	46.9	45.7
1960 - 1965	27.3	27.9	13.3	13.1	48.7	47.1
1965 - 1970	26.9	27.6	13.4	13.3	50.0	48.1
1970 - 1975	26.6	27.4	13.5	13.4	50.8	49.1
1975 - 1980	26.9	27.5	13.9	14.2	51.8	51.7
1980 - 1985	27.5	28.3	14.4	15.2	52.4	53.5
1985 - 1990	27.9	28.4	14.4	15.4	51.7	54.0
1990 - 1995	28.6	28.5	14.9	15.4	52.2	53.9
1995 - 2000	27.7	28.6	14.3	15.3	51.5	53.6
2000 - 2005	27.2	28.7	13.8	15.3	50.9	53.1
2005 - 2010	26.8	28.8	13.6	15.2	50.7	52.7
2010 - 2015	26.6	28.9	13.5	15.2	50.5	52.4
2015 - 2020	26.4	29.1	13.3	15.1	50.3	52.0
2020 - 2025	26.2	29.2	13.1	15.1	50.1	51.6
2025 - 2030	28.9	30.4	15.3	16.6	52.7	54.7
2030 - 2035	29.0	30.7	15.3	16.8	52.7	54.8
2035 - 2040	29.0	30.9	15.3	16.9	52.7	54.8
2040 - 2045	29.1	31.2	15.3	17.1	52.7	54.8
2045 - 2050	29.1	31.5	15.4	17.2	52.7	54.8

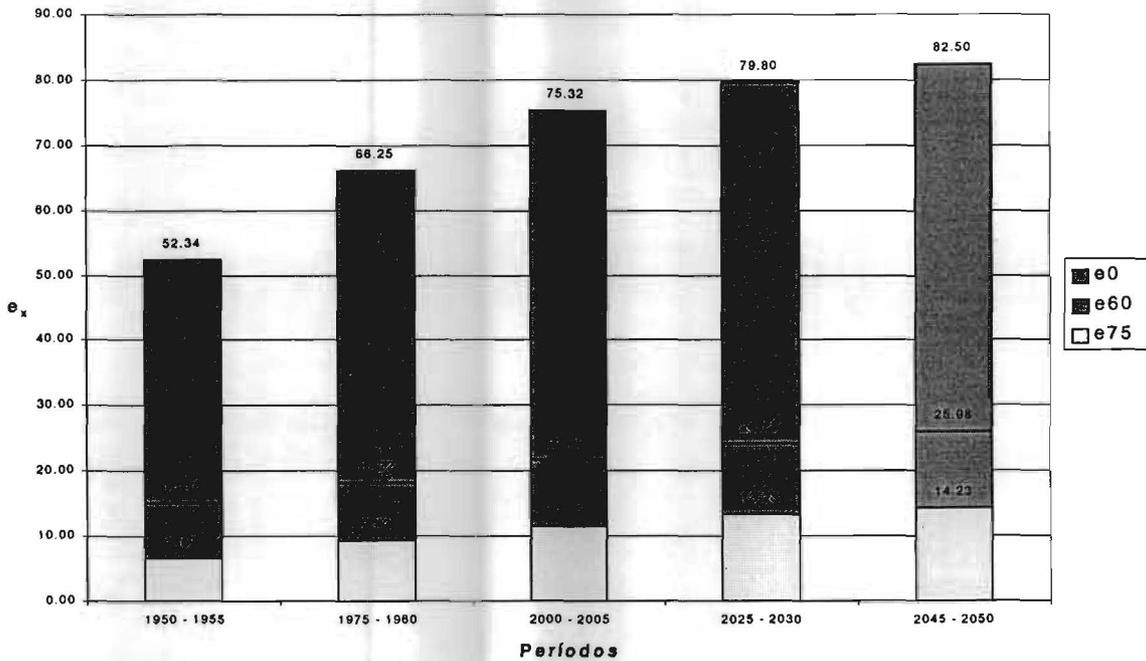
Fuente: Cuadro 5

**Gráfico 5**

**Colombia. Evolución de la esperanza de vida al nacer, a los 60 y a los 75 años de edad. 1950-2050**  
**-Hombres-**

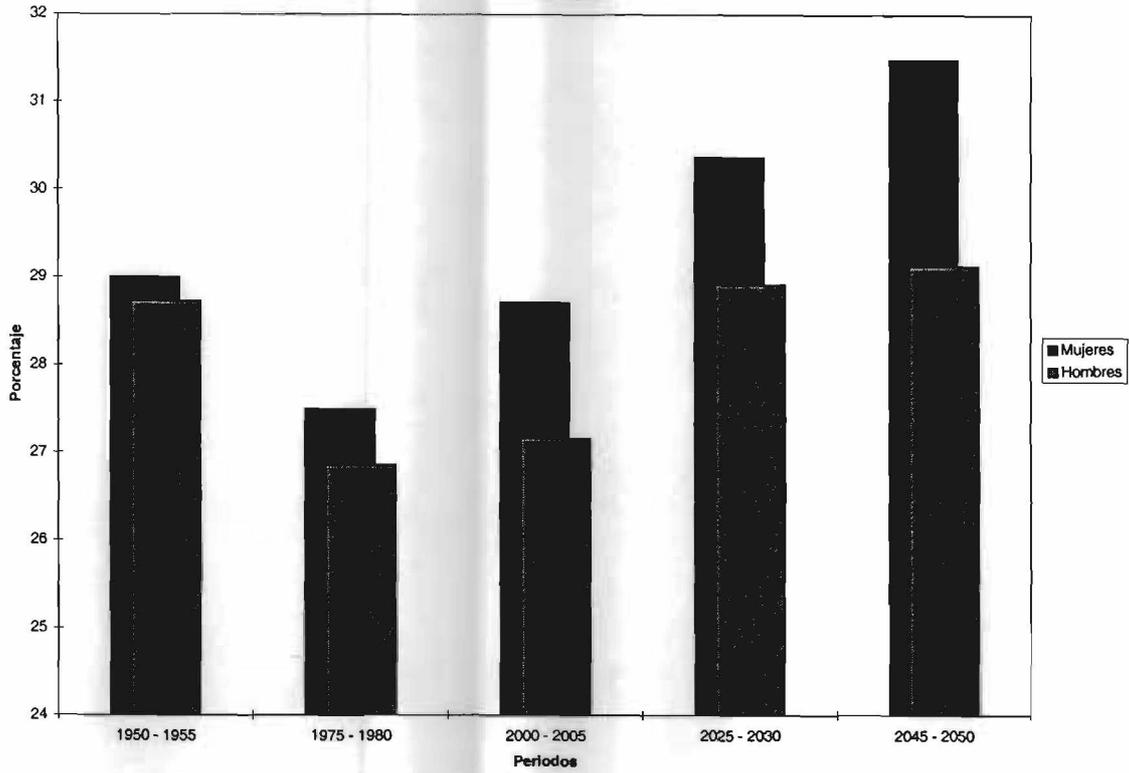


**Colombia. Evolución de la esperanza de vida al nacer, a los 60 y a los 75 años de edad. 1950-2050**  
**-Mujeres-**

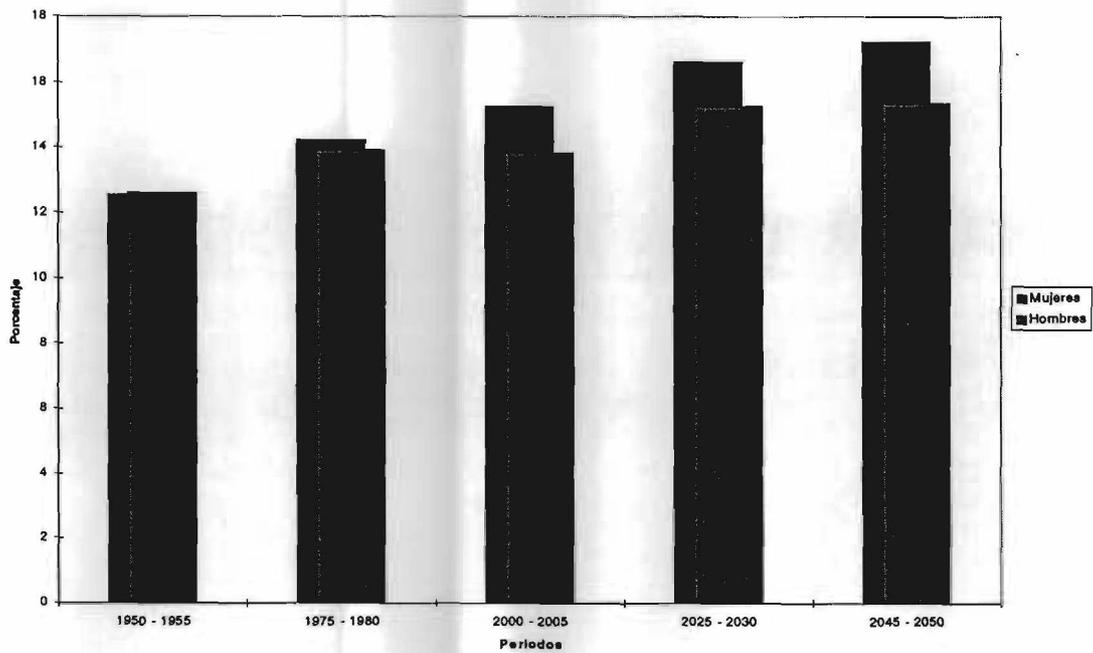


Fuente: Cuadro 5

Colombia. Relación entre la esperanza de vida a los 60 años y la esperanza de vida al nacer, por sexo 1950-2050



Colombia. Relación entre la esperanza de vida a los 75 años y la esperanza de vida al nacer, por sexo 1950-2050



Fuente: Cuadro 6

## **5.1 Otros consecuencias sectoriales del envejecimiento**

Todos los países bajo condiciones particulares y en tiempos variables sufrirán un envejecimiento, pues este es un proceso irreversible. Su duración puede diferir dependiendo de las acciones en el campo de la salud, de las políticas de planificación o control natal, e indudablemente del proceso que se siga en el campo del desarrollo económico y social.

El envejecimiento tiene consecuencias económicas y sociales importantes, no sólo por el incremento absoluto de las personas de edad sino, por lo que significa la modificación de la estructura poblacional en general. Las consecuencias económicas y sociales de este envejecimiento representan a la vez una oportunidad y otro tipo de dificultades para todas las sociedades; acá se mencionan algunos puntos.

### **a) El envejecimiento y la familia.**

La transición demográfica le plantea a la sociedad una transformación radical en la estructura familiar que se podría definir igualmente como una transición de la estructura y tamaño de la familia. Las familias en las sociedades más modernas tienden a un número más reducido, pero también con estructuras de familia completamente diferentes a las del pasado. De familias en las que predominaban el número de menores de edad, se está pasando, cada vez más al predominio de personas de edad avanzada y a un reducido número de niños. En este campo se requiere avanzar en el estudio de las relaciones e implicaciones del envejecimiento en temas como los cambios en la edad al casarse; cambios en la estructura por estado conyugal; cambios en la estabilidad y condiciones del matrimonio; las relaciones entre generaciones; predominio de mujeres viejas; incremento de la jefatura femenina; el tamaño de la familia y papel de la familia como redes de apoyo, entre otras.

### **b) La atención de la salud.**

El sistema de pensiones y la atención en el campo de la salud, los servicios para los discapacitados laborales; cambios en las necesidades de atención de la salud; limitaciones o regulaciones para el trabajo de los mayores; la cobertura del sistema de pensiones y pérdida de los sistemas de apoyo familiar y políticas de jubilación.

### **c) La Vivienda.**

Las consecuencias del envejecimiento sobre la demanda cuantitativa y cualitativa de vivienda es más que evidente, dados los cambios que se producen en el tamaño y estructura de la familia.

### **d) El envejecimiento migraciones internas y la urbanización.**

La velocidad de envejecimiento tiene mucho que ver con los proceso de migración y urbanización, factores que son claves en el proceso de descenso de la fecundidad del país en su conjunto. En este sentido, es importante considerar

situaciones como el envejecimiento del campo. El envejecimiento, la violencia y los desplazados.

## 6. CONCLUSIONES

Durante los últimos años, especialmente en la última década, la población de Colombia ha experimentado cambios en su dinámica demográfica, de características particulares y relevantes en América Latina. El país se encuentra, sin duda, en franco proceso de transformación demográfica y las perspectivas futuras indican que a mediados del siglo XXI se profundizarán y completarán los cambios que se supone han de ocurrir para que se llegue a cumplir el proceso de transición demográfica.

Los efectos combinados de las tendencias de la fecundidad, la mortalidad y la migración, continuarán imprimiéndole al país su carácter de población creciente en términos absolutos aunque con tasas de crecimiento cada vez menores. Una consecuencia inmediata de dichas tendencias, serán los cambios en la estructura por edad de la población, producto del envejecimiento gradual que le imprimirá el descenso continuo de la fecundidad que se supone continuará durante el primer cuarto del siglo XXI. Esto significará a su vez un cambio en la edad media de la población de 22 a 38 años entre 1990 y el año 2050, lo cual representa la transformación de un país joven en un país envejecido.

Estos dos aspectos fundamentales de la dinámica futura de la población del país, deberán ser considerados en todos los procesos de planificación. Hay que tener presente que, por ejemplo, las necesidades de servicios en el campo prenatal e infantil, serán cada vez menores dada la reducción en el número de nacimientos en tanto que aumentarán las necesidades de servicios para las personas mayores y viejas, especialmente para las mujeres.

Es importante considerar las implicaciones de los incrementos absolutos y relativos de la población de 60 y más años, la cual comenzará a crecer en forma muy rápida, duplicándose hacia el año 2005 y pasando a su vez de un 6% en el año 1985, a un 14% en el año 2025, y, a un 22% en el 2050. En este campo identifican las cambiantes condiciones de la demanda de los servicios de salud y seguridad social, cuyas acciones e inversiones deben modificarse, para adecuarlas a los cambios de la estructura poblacional.

Aumentar, mediante mecanismos adecuados, la autonomía de las personas adultas y viejas y crear condiciones que mejoren su calidad de vida y les permitan trabajar y vivir en forma independiente en sus propias comunidades tanto tiempo como pueda o deseen. Establecer sistemas de atención de salud y sistemas de seguridad económica y social para las personas mayores, según proceda, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres. Establecer un

sistema de apoyo social, en los planos oficial y no oficial, con vistas a aumentar la capacidad de las familias para asumir paulatinamente el cambio en la estructura familiar, con la participación cada vez mayor de los ancianos.

## BIBLIOGRAFIA

Chesnais Jean-Claude, El proceso de Envejecimiento de la población. CELADE, Serie E. 35, noviembre de 1990.

DANE. "Colombia. Estimaciones departamentales de la mortalidad infantil 1985-1993. Perspectivas para mediano plazo 1995-2005". Santafé de Bogotá, junio de 1998.

\_\_\_\_\_. "Colombia. Proyecciones anuales de población, por sexo y edad. 1985-2015". Santafé de Bogotá, junio de 1998.

DANE. "Colombia. Proyecciones quinquenales de población, por sexo y edad. 1950-2050". Santafé de Bogotá, junio de 1998.

\_\_\_\_\_. "Colombia. Tablas abreviadas de mortalidad, por sexo, para fechas censales y estimaciones quinquenales. 1995-2025". Santafé de Bogotá, mayo de 1998.

FNUAP. Las nuevas generaciones. Estado de la Población mundial 1998

Ham Chande, Roberto. Envejecimiento y desarrollo en América Latina: Una relación Bidireccional. Seminario: Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después del Cairo – 94. Bogotá, diciembre de 1995.

Naciones Unidas. Experiencias en materia de estrategias y programas de población y desarrollo. El Cairo. A/CONF.171/4 julio de 1994

\_\_\_\_\_. Programa de acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5-13 de septiembre de 1994. Población y Desarrollo. Volumen 1. ST/ESA/SER.A/149. Naciones Unidas 1995.

Vallin, Jacques. La Demografía. CELADE, Serie E 41. Santiago de Chile, octubre de 1994.

**Cuadro A.1**  
**COLOMBIA: Indicadores de la dinámica demográfica y hechos vitales del periodo 1950-2050**

Período	Tasas medias anuales de crecimiento (por cien)		Tasas implícitas (por mil)			Número estimado de		Migrantes netos	
	Exponencial	Geométrico	Crecimiento natural	Natalidad	Mortalidad	Nacimientos	Defunciones	Total	Tasa (por mil)
1950-1955	2.90	2.94	31.17	47.44	16.27	3.213.158	1.101.968	-150.000	-2.21
1955-1960	2.98	3.02	32.29	45.42	13.12	3.563.322	1.029.577	-200.000	-2.55
1960-1965	3.01	3.05	32.79	44.17	11.38	4.024.529	1.037.006	-250.000	-2.74
1965-1970	2.82	2.86	30.96	40.95	9.99	4.315.798	1.053.226	-290.000	-2.75
1970-1975	2.36	2.38	25.98	34.72	8.75	4.161.438	1.048.183	-290.000	-2.42
1975-1980	2.28	2.31	24.89	32.60	7.71	4.386.701	1.037.729	-280.000	-2.08
1980-1985	2.14	2.16	23.20	29.86	6.66	4.486.530	1.000.810	-270.000	-1.80
1985-1990	1.99	2.01	21.36	27.80	6.43	4.630.414	1.071.861	-245.000	-1.47
1990-1995	1.95	1.96	20.54	26.97	6.43	4.956.655	1.182.514	-200.000	-1.09
1995-2000	1.87	1.89	18.70	24.49	5.79	4.950.283	1.170.528	0	0.00
2000-2005	1.68	1.70	16.83	22.31	5.48	4.928.333	1.210.575	0	0.00
2005-2010	1.52	1.53	15.16	20.57	5.41	4.920.974	1.294.776	0	0.00
2010-2015	1.37	1.38	13.68	19.25	5.57	4.948.666	1.431.047	0	0.00
2015-2020	1.24	1.24	12.34	18.14	5.79	4.975.928	1.589.613	0	0.00
2020-2025	1.10	1.10	10.96	17.09	6.12	4.969.005	1.780.355	0	0.00
2025-2030	0.96	0.96	9.60	16.07	6.48	4.920.017	1.982.651	0	0.00
2030-2035	0.81	0.81	8.10	15.19	7.09	4.858.937	2.267.837	0	0.00
2035-2040	0.71	0.71	7.06	14.74	7.68	4.897.211	2.551.186	0	0.00
2040-2045	0.61	0.61	6.07	14.33	8.27	4.921.866	2.838.987	0	0.00
2045-2050	0.52	0.52	5.19	13.95	8.76	4.927.577	3.093.303	0	0.00

Fuente. DANE.

**Cuadro A.2**  
**COLOMBIA. Estimaciones de la población en edad activa y de la tercera edad 1950-2050**  
(Población de ambos sexos)

Años	Menores de 15 años				Población económicamente Activa				Población de la tercera Edad				Población Total
	Grupos 0-4		Grupo 5 - 14		Grupos 15-19		Grupo 20-59		Grupo 60-74		Grupo 75+		
	número	incremento. anual	número	incremento. Anual	número	incremento. Anual	número	incremento. Anual	número	incremento. Anual	número	incremento. anual	
1950	2251638	95208	3106789	132270	1242984	27912	5341061	118495	513609	16666	112347	1080	12568428
1955	2727676	77278	3768140	184476	1382543	45411	5933537	132433	596938	22477	117746	4029	14526580
1960	3114066	94035	4690519	175785	1609596	85885	6595704	156762	709322	28435	137892	5906	16857099
1965	3584239	62114	5569442	171207	2039023	93228	7379516	228768	851496	29845	167424	8717	19591140
1970	3894811	-18952	6425477	157641	2505161	77396	8523357	306290	1000722	31403	211011	10304	22560539
1975	3800050	58084	7213681	52745	2892143	96153	10054808	364186	1157737	28096	262533	13865	25380952
1980	4090471	29236	7477404	52032	3372909	67503	11875740	437324	1298215	38642	331859	17686	28446598
1985	4236649	33843	7737566	91729	3710424	-11358	14062360	490230	1491425	37729	420291	20015	31658715
1990	4405865	69066	8196209	64611	3653634	62449	16513508	454216	1680070	44504	520364	19550	34969650
1995	4751195	6503	8519263	109516	3965881	34655	18784586	529264	1902592	50905	618114	25107	38541631
2000	4783709	800	9066845	79711	4139158	38270	21430908	523434	2157118	77252	743648	24085	42321386
2005	4787710	2496	9465399	9392	4330509	72363	24048076	486180	2543379	127920	864071	26888	46039144
2010	4800192	8526	9512358	4704	4692326	8070	26478977	468231	3182979	181398	998511	32596	49665343
2015	4842822	7938	9535877	12208	4732677	2091	28820131	399462	4089968	208860	1161489	46704	53182964
2020	4882513	777	9596916	17753	4743130	3578	30817441	311346	5134267	228106	1395010	76170	56569277
2025	4886398	-9321	9685679	8073	4761020	8316	32374172	232914	6274798	222266	1775858	125225	59757925
2030	4839792	-10800	9726044	-9080	4802601	8623	33538741	236966	7386129	152158	2401982	140354	62695289
2035	4785793	8530	9680645	-19186	4845714	135	34723572	178126	8146918	138340	3103751	163260	65286393
2040	4828444	5655	9584714	-1444	4846387	-8490	35614203	144104	8838619	114174	3920049	162577	67632416
2045	4856720	1773	9577495	14908	4803935	-9983	36334725	100600	9409487	139698	4732933	119859	69715295
2050	4865586		9652035		4754020		36837723		10107977		5332227		71549568

Fuente. DANE

**Cuadro A.3**  
**COLOMBIA. Indicadores de mortalidad. 1950-2050**

PERIODO	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)			TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (por mil)	DEFUNCIONES		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL		< 1 AÑO	0-4 AÑOS	1-4 AÑOS
1950-1955	48.98	52.34	50.62	123.2	395.768	480.082	84.314
1955-1960	53.48	56.88	55.14	105.3	375.375	442.055	66.681
1960-1965	56.23	59.68	57.91	92.1	370.639	431.267	60.628
1965-1970	58.33	61.83	60.04	82.2	354.659	408.038	53.378
1970-1975	59.70	63.85	61.72	73.0	303.918	348.453	44.535
1975-1980	61.76	66.25	63.95	56.7	248.805	293.420	44.615
1980-1985	63.62	70.22	66.84	48.4	216.951	251.002	34.051
1985-1990	64.23	71.69	67.87	41.4	191.792	222.085	30.293
1990-1995	64.27	73.04	68.55	35.2	174.241	198.260	24.019
1995-2000	67.25	74.25	70.66	30.0	148.409	166.575	18.165
2000-2005	69.17	75.32	72.17	25.6	126.042	140.622	14.580
2005-2010	70.34	76.27	73.23	22.0	108.419	120.782	12.363
2010-2015	70.95	77.10	73.95	19.1	94.732	105.845	11.112
2015-2020	71.68	77.95	74.74	16.9	84.043	93.415	9.372
2020-2025	72.48	78.80	75.56	15.2	75.355	82.607	7.252
2025-2030	73.24	79.60	76.34	13.8	68.123	80.225	12.103
2030-2035	73.95	80.35	77.07	12.9	62.452	73.145	10.693
2035-2040	74.67	81.10	77.81	12.1	59.310	68.766	9.456
2040-2045	75.33	81.80	78.49	11.6	56.872	65.146	8.274
2045-2050	76.00	82.50	79.17	11.1	54.938	61.991	7.054

