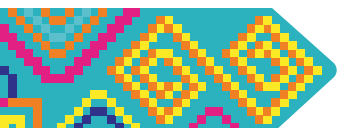
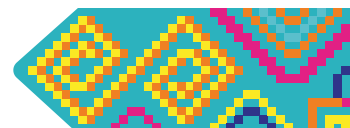




# Política Pública Departamental de Envejecimiento y Vejez 2013 - 2023



Secretaría  
de **Equidad**  
de **Género** e  
**Inclusión Social**





Libertad y Orden



República de Colombia

Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social

POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

## **1. MARCOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO**

### **1.1 MARCO CONCEPTUAL**

El marco conceptual define para la formulación de la Política Pública Departamental de Envejecimiento y Vejez enfoques diferenciales y componentes para cada uno de los ejes estratégicos adoptados de la política pública nacional, que deben ser definidos a manera de bases conceptuales.

#### **1.1.1 POLÍTICA PÚBLICA**

La política pública entendida como el conjunto de acciones participativas, decisiones y componentes estratégicos, que llevan a la transformación de una situación identificada o situacional inicial, determinado como importante o prioritario en la medida en que subsisten en el condiciones de desequilibrio que afectan la calidad de vida de un grupo poblacional; dando como resultado respuestas o acciones sugeridas a partir de la identificación colectiva de soluciones.

De acuerdo a lo anterior se entendería la política pública como un instrumento estatal que sirve para organizar la gestión local o regional, el cual se orienta desde la institucionalidad que representa al Estado y por otro lado se podría entender la política, en tanto lo público corresponde al interés general y colectivo y entonces su pretensión es organizar, en primer lugar, la mirada sobre el poder<sup>1</sup>.

La política pública social en el marco del enfoque de derechos, contempla la segunda opción en tanto considera al ciudadano y ciudadana, sujeto y titular de derechos y fija las responsabilidades estatales en la garantía, protección y restablecimiento de los mismos.

#### **1.1.2 DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE**

La Política Pública Departamental de Envejecimiento y Vejez acoge para su inserción y puesta en marcha en el territorio departamental la orientación específica del Plan de Desarrollo Nariño Mejor 2012-2015 que adopta el enfoque de Desarrollo Humano Sostenible (DHS), que considera necesario, pero no suficiente, avanzar en el crecimiento económico para alcanzar el desarrollo integral, pues nuestra gente, además, se reconoce en valores y necesidades no materiales que determinan el buen vivir<sup>2</sup>.

De acuerdo al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (1994:7) "... El Desarrollo Humano Sostenible es un desarrollo que no sólo genera crecimiento, sino que distribuye sus beneficios equitativamente; regenera el medio ambiente en vez de destruirlo; potencia a las personas en vez de marginarlas; amplía las opciones y oportunidades de las personas y les permite su participación en las decisiones que afectan sus vidas. El Desarrollo Humano Sostenible es un desarrollo que está a favor de los pobres, a favor de la naturaleza, a favor del empleo y a favor de la mujer. Enfatiza el crecimiento, pero un crecimiento con empleos, un crecimiento con protección del medio ambiente, un crecimiento que potencia a la persona, un crecimiento con equidad".

De esta forma, se privilegia un enfoque de desarrollo que, sin negar los procesos económicos y empresariales modernos, es consistente con la base de la propiedad agraria familiar campesina,

---

<sup>1</sup>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez del Distrito Capital. En: Secretaría Distrital de Integración Social [en línea]

[http://www.integracionsocial.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2&Itemid=11](http://www.integracionsocial.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=11)

<sup>2</sup>GOBERNACION DE NARIÑO. Plan de Desarrollo "Nariño Mejor" 2012-2015. En Gobernación de Nariño [en línea] <http://narino.gov.co/index.php/plandedesarrolloordenanza00412>



Libertad y Orden



con las prácticas culturales de los pueblos indígenas y las comunidades afro nariñenses, con la sostenibilidad ambiental; que reconoce la equidad con las generaciones presentes y venideras, con la equidad de los géneros, y se opone a toda clase de discriminación, y prácticas económicas que atentan contra el medio ambiente y el buen vivir de los que tienen menos oportunidades de desarrollo.

### 1.1.3 DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES

Los derechos humanos son garantías jurídicas universales fundamentales que protegen a los individuos y a los grupos, contra acciones, omisiones que interfieran en sus libertades en relación a la dignidad humana. Asumirlos constituye una postura ética- moral de cada uno de los miembros de la comunidad humana y de la sociedad en su conjunto.

En el marco constructivo de la política pública y en el entendido de la importancia que se genera a partir del reconocimiento de los derechos es preciso reconocer la escala de los mismos como derechos humanos y universales:

- Derechos fundamentales
- Derechos económicos, sociales y culturales
- Derechos colectivos y del ambiente

**DERECHO HUMANO**

- Facultad natural del ser humano para hacer legítimamente lo que conduce a los fines de su vida
- Conjunto de normas que regulan la convivencia social y permiten resolver conflictos

Así mismo se proclama en la Constitución Política Colombiana en su artículo 46: El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria.

El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia, que es lo se desarrollara en el marco de esta política con el fin de asumir las responsabilidades que tiene el Estado frente a esta población.

### 1.1.4 PROTECCIÓN SOCIAL INTEGRAL

La protección social integral busca promover el desarrollo de las capacidades de las subregiones y sus municipios, atendiendo sus particularidades territoriales y asegurando la sinergia entre los diferentes sectores, el manejo eficiente de los recursos y resaltando la participación de la población en los territorios.

Así mismo promueve la construcción de respuestas integrales sobre la base del conocimiento de realidades o situaciones de diagnóstico plenamente identificadas, en este contexto la problemática de la población adulta mayor en Nariño está asociada básicamente a: i) Deficiente acceso a servicios de atención en salud, aumento de riesgo en las enfermedades propias de la edad, desnutrición, discriminación social, económica y familiar, bajo nivel de vida e insuficientes ingresos, ii) Baja participación política, económica y social; niveles bajos de organización y productividad, iii) Bajos recursos económicos de sus familias, desprotección por parte de entidades y familia, baja cobertura programas nacionales, deficiente prestación de servicios de salud, y iv) Subvaloración de



Libertad y Orden



República de Colombia

Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social

POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

la persona mayor por parte de la sociedad y familia, que favorece las condiciones que mantienen su escasa participación <sup>3</sup>.

Desde el Plan de Desarrollo del Departamento de Nariño y a través de un accionar conjunto, desde los Consejos Municipales de Política Social y apoyados en el Comité Departamental de Adulto Mayor, se busca preparar a la población adulta mayor a alcanzar una vejez activa y saludable y a la vez mejorar sus actuales condiciones de vida, en especial de aquellos que pertenecen a los estratos 1 y 2 del SISBEN.

### 1.1.5 ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El término «Envejecimiento Activo» fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales de los años 90 con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de «Envejecimiento Saludable» y reconocer los factores que con la atención en salud afectan la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones (Kalache y Kickbusch<sup>4</sup>).

El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios que señalan las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos.

Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento basado en las necesidades (que contempla a las personas mayores como sujetos pasivos) a otro basado en los derechos, que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen<sup>5</sup>.

De acuerdo con el máximo organismo de la salud, el término «activo» hace referencia a una participación continua en los escenarios sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo. Las personas de edad que se retiran del trabajo, las que están enfermas o viven con discapacidad siguen contribuyendo activamente con sus pares, familias, comunidades y naciones.

El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población, lo cual reafirma que a medida que cambien las condiciones de vida y existan mayores oportunidades para las personas, al tiempo que transcurre su edad y disfruta su bienestar físico, mental y social tendrán mayor probabilidad de participar en todos los espacios de la vida social y comunitaria.

Por otra parte, la noción de envejecimiento activo redefine el enfoque de ciclo vital. En efecto, se reconoce que las personas mayores no son un grupo homogéneo y que la diversidad del individuo está presente en todas las edades.

Desde el concepto de ciclo vital, la vida se piensa como una sucesión de momentos con características específicas que va desde la concepción hasta la muerte, pasando por la infancia, la adolescencia, la vida adulta y la vejez. Es el fenómeno natural del envejecimiento. Todos los momentos interactúan entre sí y son determinados socialmente. En el marco de la anterior definición, la vejez no sólo se entiende como un momento, sino cómo parte integral del desarrollo humano.

<sup>3</sup>GOBERNACION DE NARIÑO. Plan de Desarrollo “Nariño Mejor” 2012-2015. En Gobernación de Nariño [en línea] <http://narino.gov.co/index.php/plandedesarrolloordenanza00412>

<sup>4</sup>ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Envejecimiento activo: un marco político. Revista Española de Geriátria y Gerontología. Madrid. 2002.

<sup>5</sup>MIRANDA G., Joaquín, Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo, Universidad de la Rioja. España. 2006.



Libertad y Orden



República de Colombia

Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social

POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

En este punto se hace necesario recordar que las “personas envejecen como han vivido y en esa medida llevan consigo un importante bagaje de acontecimientos vitales. Envejecer no es otra cosa que cambiar, acumular saberes y experiencias que requieren desplegar procesos de adaptación y desarrollo (aunque también de pérdida) a nivel personal y social. Por eso se considera el envejecimiento activo como un proceso dinámico y no como un estado. Este dinamismo inherente al envejecimiento activo se ve incrementado por la particular forma en que cada persona envejece y los significados íntimos que se le atribuyen, que hacen que se viva (se sea “activo”) de diferentes maneras” (Bermejo<sup>6</sup>).

### 1.1.6 ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

El envejecimiento demográfico o envejecimiento de la población, es un proceso en el cual se presenta un aumento progresivo de la proporción de personas mayores de 60 años en relación con la población total. Se considera como uno de los resultados de la evolución de los componentes del cambio demográfico (descenso de la fecundidad y mortalidad), lo cual incide tanto en el crecimiento de la población, como en su composición por edades: el descenso del ritmo de crecimiento medio anual de la población, y el incremento mucho más acelerado en el tramo de 60 años de edad y más (Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL<sup>7</sup>).

Sin lugar a dudas, es un proceso generalizado e ineludible para América Latina y el Caribe; desde el análisis de la transición demográfica las diferencias de cada país han sido clasificadas por la CEPAL en cuatro categorías: incipiente: la natalidad y mortalidad son elevadas y relativamente estables, el crecimiento de la población es bajo; moderada: la mortalidad disminuye en tanto que la natalidad se mantiene estable o aumenta como consecuencia de la mejora de las condiciones de vida, el crecimiento de la población es elevado; plena: la natalidad baja en tanto que la mortalidad se estabiliza, el crecimiento de la población es más limitado; avanzada y muy avanzada: ambas variables presentan valores reducidos y el crecimiento de la población es bajo o nulo.

En este proceso los estudios demográficos destacan de manera significativa el ritmo acelerado en el que se está presentando el envejecimiento poblacional en América Latina, en relación con el tiempo que históricamente les tomó a los países identificados como desarrollados. Francia duró 115 años para pasar del 7% al 14%, de población adulta mayor; Estados Unidos y Canadá tardaron más de 60 años a diferencia de América Latina que le tomará 25 años o menos. Lo anterior, unido al incremento de la expectativa de vida, significa que no sólo habrá mayor cantidad de personas de 60 años y más, sino que vivirán más años. “En los próximos 50 años, el envejecimiento de la población estará marcado por un rápido envejecimiento del propio grupo de personas mayores, porque son los segmentos de edad más avanzada los que crecen más rápidamente” (CEPAL<sup>8</sup>).

Ahora bien, si se contextualiza la perspectiva de orden demográfico, se observa que el envejecimiento poblacional se está haciendo realidad en un marco social y económico muy complejo que llama especialmente la atención en la cuestión del cuidado, pues se presenta en situaciones de inequidad, pobreza, insuficiente desarrollo institucional, problemas con la seguridad social, y la preocupación frente a la probabilidad de menor apoyo familiar por la disminución en la fecundidad. De acuerdo con la CEPAL “la relación de dependencia de cuidados era elevada a inicios de esta década, y en el transcurso de los siguientes cuatro decenios mostrará una trayectoria descendente. Sin embargo, a partir de 2040 se aprecia una inflexión que marcará el

<sup>6</sup>BERMEJO L, Envejecimiento activo. Documento técnico. IMSERSO. Madrid, 2007

<sup>7</sup>COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Envejecimiento y desarrollo en una sociedad para todas las edades. Santiago de Chile. 2007.

<sup>8</sup> CEPAL, op. cit.



Libertad y Orden



República de Colombia

Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social

POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

comienzo de una nueva fase de expansión de la demanda de cuidados por efecto del aumento de la población de 75 años y más, que se habrá triplicado entre 2000 y 2050”.

Hay otra serie de características importantes en el envejecimiento poblacional de las próximas décadas que deben ser consideradas: de una parte, está el índice de masculinidad<sup>9</sup> con el cual se identifica la relación existente entre el número de hombres por cada cien mujeres. Generalmente muestra que existe un mayor número de mujeres, lo cual plantea necesidades específicas en las áreas de salud y seguridad social. La longevidad que se refiere al mayor número de años de supervivencia de mujeres y hombres, también muestra que ellas viven más años. La disminución de la tasa de fecundidad que de 7 hijos por mujer en los años 50, pasó a 2,4 hijos por mujer en el 2005.

El envejecimiento demográfico también es diferente al interior de cada país, no todas las entidades territoriales de un país, envejecen al mismo ritmo, en el caso colombiano, los departamentos como Vaupés, Vichada y Guainía tienen porcentajes de mayores de 65 años entre 2 y 7%, mientras que en Antioquia, Nariño, Valle y Bogotá, este valor oscila entre 10 y casi 14%.

### **1.1.7 ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ**

El término “envejecimiento individual” se asocia comúnmente al proceso biológico que experimenta una persona cuando avanza su edad; sin embargo, tiene que ver, no sólo con la evolución cronológica, sino también con fenómenos de naturaleza biopsíquica y social (Magno de Carvalho y Andrade<sup>10</sup>).

Como proceso, es natural, y va desde la concepción hasta la muerte, y su desarrollo conlleva una serie de cambios que se ven afectados de manera diferente por factores como la herencia biológica, el comportamiento individual, factores sociales, económicos, ambientales y políticos.

Como parte de ese proceso está la vejez, la cual ha sido definida como el último de los momentos del ciclo de la vida que comienza alrededor de los 60 años y representa el ciclo final del proceso de envejecimiento. Por ello, las condiciones en esta etapa dependen del desempeño, logros y frustraciones, de los períodos precedentes.

### **1.1.8 MALTRATO DE LA PERSONA MAYOR**

Este concepto guarda mucha similitud con la definición del síndrome del niño maltratado, por cuanto se contempla la agresión física, psicológica y sexual, aunque se le adicionan los perjuicios económicos. Se genera por acción u omisión de un victimario, el cual puede ser un familiar, un desconocido, una institución y hasta el Estado.

Agrega el Informe mundial sobre la violencia y la salud: “Cualquiera que sea el tipo de maltrato, es indudable que el anciano será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus Derechos Humanos y deterioro de su calidad de vida”.

Las formas más frecuentes de maltrato a la persona mayor son, entre otras:

- Abuso físico: uso de fuerza física que puede resultar en daño corporal, dolor o deterioro físico. Puede incluir golpes, pellizcos, empujones, patadas, quemaduras, castigos físicos, latigazos, uso inapropiado de fármacos, de restricciones físicas, forzar a comer, etc.

<sup>9</sup> El índice de masculinidad, también llamado razón de sexo es un índice demográfico que expresa la razón de hombres frente a mujeres, expresado en tanto por ciento.

<sup>10</sup>CELADE/CEPAL. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Santiago de Chile. 2006



Libertad y Orden



República de Colombia

Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social

POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

- Abuso sexual: contacto sexual no aceptado, de cualquier clase. Puede incluir tocamientos, hacer fotografías sin consentimiento, asalto sexual, sodomización, violación, desnudez forzada, etc.
- Abandono: desamparo de una persona mayor por una persona que había asumido la responsabilidad de proporcionarle cuidados, o bien, por la persona a cargo de su custodia (tutor legal). Incluye el abandono en instituciones asistenciales, tales como: hospitales, residencias y clínicas; también, en centros comerciales o locales públicos y en la vía pública.
- Abuso económico: uso ilegal o impropio de todos, o algunos, de los fondos económicos, bienes y/o propiedades del adulto mayor, entre otros.
- Abuso psíquico: uso de la coacción, insultos, menosprecio, infravaloración, descalificación, conductas de dominio e imposición<sup>11</sup>.

### 1.1.9 ENFOQUES

#### 1.1.9.1 ENFOQUE DE GÉNERO

El enfoque de género considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan. Todas estas cuestiones influyen en el logro de las metas, las políticas y los planes de los organismos nacionales e internacionales y por lo tanto, repercuten en el proceso de desarrollo de la sociedad. Género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de los individuos y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la percepción que la sociedad tiene de él.

El sexo se refiere a las características biológicas que entre otras, son comunes a todas las sociedades y culturas. Género, en cambio, se relaciona con los rasgos que han ido moldeándose a lo largo de la historia de las relaciones sociales. Las divergencias biológicas son el origen de las que se producen en materia de género, pero los modos en que se determina el papel que desempeñan mujeres y hombres van más allá de las particularidades físicas y biológicas que distinguen a cada sexo. Las diferencias en materia de género se construyen socialmente y se inculcan sobre la base de la percepción que tienen las distintas sociedades acerca de la diversidad física, los presupuestos de gustos, preferencias y capacidades entre mujeres y hombres. Es decir, mientras las disimilitudes en materia de sexo son inmutables, las de género varían según las culturas y cambian a través del tiempo para responder a las transformaciones de la sociedad.

Las relaciones de género derivan de los modos en que las culturas asignan las funciones y responsabilidades distintas a la mujer y al hombre. Ello a la vez determina diversas formas de acceder a los recursos materiales como tierra y crédito, o no materiales como el poder político. Sus implicaciones en la vida cotidiana son múltiples y se manifiestan por ejemplo, en la división del trabajo doméstico y extra-doméstico, en las responsabilidades familiares, en el campo de la educación, en las oportunidades de promoción profesional, en las instancias ejecutivas, etc.

---

<sup>11</sup>RICAURTE Villota, Ana Ines. Sobre la Violencia intrafamiliar contra la persona mayor, P 93-94



Libertad y Orden



República de Colombia

Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social

POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

### **1.1.9.1 ENFOQUE ETNICO**

La Política Pública de Envejecimiento y Vejez asume el compromiso de velar por el respeto a la diferencia y la garantía del cumplimiento de los derechos de los diversos grupos étnicos que se encuentran en el departamento. Actualmente se encuentran distribuidos en siete pueblos: Pastos con 132.000 habitantes (77.32%), seguido por los Awá con 26.800 habitantes (15.69%), Quillasinga con 4.008 habitantes (2.63%), los Inga con 3.041 habitantes (1.78%), la etnia Kofán con 160 habitantes (0.093%)-DANE 2005-, y el pueblo Nasa.

La población afrocolombiana habita principalmente la Costa Pacífica y en el Piedemonte Costero, que es la región más extensa de Nariño (19.737 km) y en menos extensión en la Cordillera.

Es de especial interés para esta política este enfoque ya que reconoce una serie de dinámicas con las que cuenta nuestro territorio, dinámicas en torno a lo cultural, la organización social, las formas de relación.

### **1.1.9.1 ENFOQUE POBLACIONAL**

Se propone este enfoque con una orientación hacia el alcance de las intervenciones, que reconoce al ser humano individual y colectivo desde su integralidad en la relación territorio – población, este espacio permite visibilizar sus propias potencialidades o limitaciones del territorio los cuales aportan a los procesos de desarrollo integral de las personas y colectivos.

### **1.1.9.2 ENFOQUE DE DERECHOS**

Se busca enfatizar en la persona como sujeto integral (bio-psico-social), como un sujeto concreto y particular, cuyos derechos son universales, indivisibles e integrales, por tanto este enfoque significa construir e implementar un modelo equitativo en la distribución de los beneficios, con el objeto de mejorar las opciones y capacidades de las personas, las oportunidades, la seguridad haciendo referencia esta a la necesidad de garantizar que las personas vivan en condiciones que no las exponga a riesgos.

### **1.1.9.3 ENFOQUE DE CICLO VITAL**

Es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite mejorar el uso de recursos escasos, facilitando la identificación de riesgos y brechas y la priorización de intervenciones claves.

Acercarse al envejecimiento considerando el ciclo vital permite reconocer la heterogeneidad de las personas mayores y cómo ésta aumenta con el tiempo. Las intervenciones que crean ambientes de ayuda y que fomentan opciones saludables son importantes en todas las etapas de la vida. Por ejemplo, un envejecimiento activo es la consecuencia de potenciar las oportunidades de salud,



Libertad y Orden



República de Colombia

Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social

POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

participación y seguridad a lo largo del ciclo de vida buscando un mayor bienestar físico, social y mental acorde con sus necesidades, deseos y capacidades<sup>12</sup>.

## **1.2 MARCO CONTEXTUAL**

El contexto del envejecimiento y vejez, a nivel mundial y regional busca aproximarnos a una lectura de la realidad que sirva de base para la construcción de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez.

### **1.2.1 CONTEXTO MUNDIAL**

Cuando se habla de envejecimiento se definen los tipos de envejecimiento en el marco conceptual, la edad no es más que uno de los parámetros utilizados para clasificar o definir quién es una persona mayor sin embargo, no se pueden desconocer otros aspectos propios del envejecimiento que tienen que ver con cambios fisiológicos, psicológicos y sociales; para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una persona mayor quien tiene más de 65 años, y para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo es quien tiene más de 60.

Según estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas, el número de personas mayores de 60 años en el mundo pasará de 600 millones en el 2000 a 1.200 millones en el 2025 y a casi 2.000 millones en 2050. Durante esos 50 años se espera que la proporción de personas de 60 años y más se duplique en el mundo, pasando de un 10% actual a cerca del 21%, mientras en los países en vía de desarrollo este porcentaje crecerá de forma más acelerada, incluso hasta llegar a cuadruplicarse durante el mismo período.

Es decir que cuando hablamos de envejecimiento poblacional no se trata únicamente de un aumento en términos absolutos de la cantidad de personas mayores, sino también de un aumento en el peso relativo de esas personas mayores con relación al total de la población. Una transformación demográfica de estas características no tiene precedentes en la historia de la humanidad. Alfonso Sandoval, representante del Fondo de Población de Naciones Unidas, expresó: "El acelerado fenómeno del envejecimiento como proceso del cambio poblacional es único, al que nunca antes se había enfrentado la humanidad"; manifestó además que hasta el momento prácticamente en ningún país, incluidos muchos de los desarrollados, existen enfoques integrales de respuesta a dicho fenómeno y que la situación se agrava en América Latina debido a la carencia de recursos.

### **1.2.2 CONTEXTO LATINOAMERICANO**

En el contexto regional, de 48 millones de personas mayores que habitaban en América Latina en el 2005 (8.8% de la población latinoamericana) pasaremos a 114.5 millones en el 2030 (16.3 % de la población). Es recurrente en las distintas proyecciones consultadas que en los países en vía de desarrollo el crecimiento de la población mayor de sesenta años es más acelerado con respecto a los países desarrollados.

El mejoramiento de las condiciones de vida de la población y la mayor disponibilidad de servicios de salud han conducido a una transición demográfica acelerada en América Latina y el Caribe. Esta transición se caracteriza por la reducción de las tasas de fecundidad y de mortalidad, lo que modifica la estructura por edades de la población.

---

<sup>12</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCION SOCIAL, En Ministerio de Salud y de la Protección Social [en línea] [http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Promocion\\_Social.aspx](http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Promocion_Social.aspx)



Libertad y Orden



Como resultado, en las dos últimas décadas la población de América Latina ha empezado a experimentar un proceso de “envejecimiento”. Si bien en 1975 la población mayor de 60 años en esta parte de la Región era de 21 millones de personas (6,5% de la población total), en solo 25 años este grupo de población ascendió a 41 millones de personas (8,1% de la población).

### 1.2.3 CONTEXTO NACIONAL

Específicamente en el caso de Colombia se observa el mismo fenómeno, pero de alguna manera acentuado. Durante los últimos treinta años la población colombiana creció a una tasa promedio anual del 1.69%, mientras las personas mayores lo hicieron al 3.26%, en contraste con América Latina, en donde la población total creció en promedio 1.83% anual y la población mayor de 60 años creció a un ritmo promedio de 2.89 % anual. Estos datos ponen de manifiesto dos realidades aparentes: la primera, el hecho de que la población mayor está creciendo más rápido que la población total en América Latina, y la segunda, que Colombia parece tener aún más acelerado el envejecimiento, en la medida en que el diferencial entre el ritmo de crecimiento de la población total y el de la población “envejecida” es mayor.

### 1.2.4 CONTEXTO DEPARTAMENTAL

En un contexto regional, el Departamento de Nariño no es ajeno al cambio demográfico, la población total, según las proyecciones del DANE Censo 2005 para el año 2013, es de 1.701.782 habitantes que representa el 3,61% de la población nacional, en este orden la concentración departamental de personas mayores (60 años y más) es del 10.30% (175.352 personas mayores) y para personas en proceso de envejecimiento (45 a 59 años) es del 13.71% (233.350 personas), distribuidas en las 13 subregiones del departamento, de las cuales se puede clasificar por concentración las 5 primeras según los componentes analizados así: subregión del Occidente ocupa el primer lugar con mayor concentración de población adulta mayor (14.06%), seguida de las subregiones del Mayo (12.90%), La sabana (12.84% ), Juanambú (12.67%) y Abades (12.39%).

De esta manera el Plan de Desarrollo 2012-2015 “Nariño Mejor” reconoce y valora el aporte que las personas mayores han hecho a la dinámica cultural, social, política y económica de la región y por lo tanto también se estructura para iniciar acciones tendientes al mejoramiento de la calidad de vida de este grupo poblacional incluyéndolo en dicho plan a través del eje estratégico: Nariño solidario, incluyente y gestor de capacidades para el buen vivir; programa: Inclusión social de grupos poblacionales; subprograma: Persona mayor.

## 1.3 MARCO JURÍDICO Y LEGAL EN TORNO A LA POBLACIÓN EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ.

### 1.3.1 PRINCIPALES ACUERDOS E INICIATIVAS INTERNACIONALES CON ENFOQUE EN LAS PERSONAS MAYORES.

AÑO	NORMA
1948	La Asamblea General de la ONU aprobó la resolución 213: Relativa al proyecto de declaración de los derechos de la vejez.

<b>1982</b>	Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena: Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento: recomienda medidas en sectores tales como el empleo y la seguridad económica, la salud y la nutrición, la vivienda, la educación y el bienestar social. Además se considera a las personas de edad como un grupo de población diverso y activo con aptitudes diversas y necesidades especiales en algunos casos.
<b>1988</b>	Protocolo de San Salvador: Los Estados Se Comprometen a: i) adoptar de manera progresiva las medidas necesarias para proporcionar a los ancianos: instalaciones adecuadas, alimentación y atención médica especializada, a ejecutar programas laborales específicos; ii) estimular la formación de organizaciones sociales; y iii) considerar las repercusiones que impone el envejecimiento de la población a la seguridad social. Reafirmado por Colombia en 1996.
<b>1.991</b>	Resolución 46 – Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad: se establecieron normas universales para las personas de edad en cinco ámbitos principales: independencia, participación, cuidado, autorrealización y dignidad.
<b>1992</b>	Conferencia Internacional sobre el Envejecimiento “Décimo aniversario de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” – proclamación sobre el envejecimiento: establece la orientación general para seguir aplicando el Plan de Acción y proclamó 1.999 como el Año Internacional de las Personas de Edad. Este año tenía como tema unificador "Hacia una sociedad para todas las edades". Se estudió el tema en cuatro dimensiones: i) La situación de las personas de edad, ii) El desarrollo individual a lo largo de toda la vida, iii) Las relaciones entre generaciones, iiiii) La relación entre desarrollo y envejecimiento de la población.
<b>1995</b>	Informe de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social, Copenhague: Insta a los gobiernos a establecer un marco para cumplir su responsabilidad con las generaciones presentes y futuras asegurando la equidad entre las generaciones.
<b>1999</b>	Año Internacional de las Personas de Edad: Medida de la ONU - Marco de políticas para una sociedad para todas las edades y Programa de Investigación para el envejecimiento para el siglo XXI: estos documentos sintetizan las políticas para facilitar la transición hacia una sociedad para todas las edades.
<b>2002</b>	Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid, España: la finalidad de esta Asamblea sería el de crear una nueva estructura para el envejecimiento y transformarla en políticas específicas. Asimismo, se examinarían los resultados de la primera Asamblea Mundial y se iniciaría el proceso de actualización del Plan de Acción Internacional de 1982 y la elaboración de un plan internacional a largo plazo sobre el envejecimiento.
<b>2002</b>	Estado Mundial de las personas mayores – informe realizado por Helpage Internacional: Constituye un llamado de las Personas Mayores a reconocerles la igualdad de derechos, la parte que les corresponde de recursos nacionales e internacionales y la inclusión en la toma de decisiones y en la sociedad civil.
<b>2002</b>	Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores OMS: Realiza un llamado a la acción dirigido a la prevención del maltrato de las personas mayores. Establece los puntos que deben ser considerados a nivel mundial para esta acción.
<b>2002</b>	Declaración de la OPS: Insta a los Estados Miembros a que adopten las políticas y planes del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y a que se preste el apoyo adecuado para la ejecución de las áreas prioritarias.
<b>2003</b>	Estrategia regional para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Chile: Plantea para la región de América Latina y el Caribe, las metas, objetivos y recomendaciones para la acción a favor de las personas mayores en cada una de las tres áreas prioritarias acordadas en Madrid 2002.
<b>2003</b>	Resolución 58/134 de 2003 de la Asamblea de las Naciones Unidas: in dispensable que el fenómeno del envejecimiento se integre en las políticas de desarrollo para la consecución de los objetivos de desarrollo internacionalmente convenido, incluido los de la Declaración



Libertad y Orden



República de Colombia

Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social

**POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023**

	del Milenio. Promociona el envejecimiento activo y saludable.
<b>2007</b>	Segunda conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos – Brasilia: Realizar seguimiento a los diferentes niveles de profundización y aplicación de la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002.

Fuentes: NACIONES UNIDAS, Envejecimiento. En: medidas tomadas para mejorar las condiciones de las personas de edad [en línea]. [http://www.cinu.org.mx/temas/envejecimiento/p\\_edad.htm](http://www.cinu.org.mx/temas/envejecimiento/p_edad.htm)  
 CEPAL, Declaración de Brasilia [en línea]. 2011. [http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/32460/LCG2359\\_e.pdf](http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/32460/LCG2359_e.pdf)  
 MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Política Pública de Envejecimiento y Vejez [en línea]. <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>

### 1.3.2 DESARROLLOS NORMATIVOS RELACIONADOS CON LAS PERSONAS MAYORES EN COLOMBIA.

<b>AÑO</b>	<b>NORMA</b>
<b>1975</b>	Ley 29 de 1975 – Protección Nacional a la Ancianidad: Por la cual se faculta al Gobierno Nacional para establecer la protección a la ancianidad y se crea el Fondo Nacional de la Ancianidad Desprotegida. Reglamentada por el decreto 2011 de 1976.
<b>1986</b>	Ley 48 de 1986 – autoriza a Asambleas Departamentales y al Distrito de Bogotá el diseño de una estampilla para la construcción de los Centros de Bienestar al Anciano (modificada en 2001).
<b>1991</b>	La Constitución Política – es un conjunto de reglas que establece los derechos, garantías y deberes que tienen todos los colombianos. Para la Constitución las Personas Mayores constituyen uno de los miembros de la familia con tratamiento jurídico especial.
<b>1887</b>	Código Civil - los derechos para las personas de la tercera edad - Cuidado Familiar; Artículo 251 y Artículo 411.
	Código Penal – prohíbe el rechazo y la hostilidad hacia los ancianos, la negación de afecto, humillaciones permanentes y amenazas físicas, para evitar que se concurra en el delito de tortura moral. Tipifica los delitos contra la integridad personal.
<b>1992</b>	Resolución 007020 del 1° de septiembre de 1992 del Ministerio de Salud: Según esta resolución las personas mayores tienen los siguientes derechos, basados en el artículo 46 de la Constitución Política de Colombia: 1. Derecho a que se reconozca la vejez como el período más significativo de la vida humana, por su experiencia y sabiduría y por el mismo hecho de ser anciano.2. Derecho a desarrollar una actividad u ocupación en bien de su salud mental y física.3. Derecho a hacer uso de su libertad de conciencia, pensamiento y elección.4. Derecho a tener acceso a los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud.5. Derecho a ser tratado en todo momento con respeto y dignidad que merece por su condición de personas y por su edad.6. Derecho a no ser discriminado y ser calificado como enfermo por su condición de anciano.7. Derecho a una atención médica humanizada, a un trato digno y respetuoso de su cuerpo, sus temores, sus necesidades de intimidad y privacidad.
<b>1993</b>	Ley 100 de 1993 – por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, con énfasis en el Sistema General de Pensiones, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema General de Riesgos Profesionales y los Servicios sociales complementarios, Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.



Libertad y Orden



República de Colombia

Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social

**POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023**

<b>2002</b>	Ley 789 de 2002 – por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo, siendo que el Sistema de Protección Social se lo define como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo. El objeto fundamental, en el área de las pensiones, es crear un sistema viable que garantice unos ingresos aceptables a los presentes y futuros pensionados. En salud, los programas están enfocados a permitir que los colombianos puedan acceder en condiciones de calidad y oportunidad, a los servicios básicos.
<b>2004</b>	Ley 882 de 2004 – incremento de las penas relacionadas con el maltrato a ancianos y otras poblaciones vulnerables.
<b>2006</b>	Ley 1091 de 2006 – por la cual se reconoce al colombiano y colombiana de oro.
<b>2007</b>	Ley 1171 de 2007 – tiene por objeto conceder a las personas mayores de 62 años beneficios para garantizar sus derechos a la educación, a la recreación, a la salud y propiciar un mejoramiento en sus condiciones generales de vida.
<b>2008</b>	Ley 1251 de 2008 – tiene por objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los personas mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez.
<b>2009</b>	Ley 1276 de 2009 – tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de los niveles I y II de Sisben, a través de los Centros Vida, como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida.
<b>2009</b>	Ley 1315 de 2009 - busca garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social.

Fuente: MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Política Pública de Envejecimiento y Vejez [en línea]. <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%20C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>

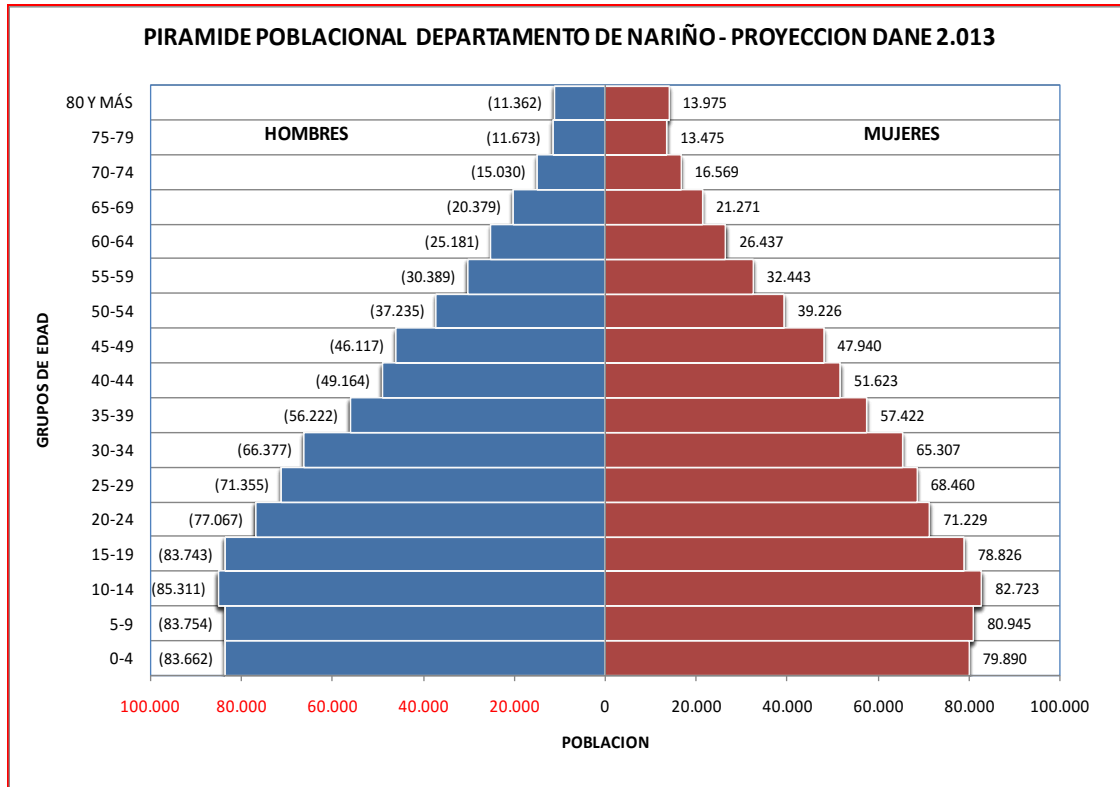
### **1.3.3 DESARROLLOS NORMATIVOS RELACIONADOS CON LAS PERSONAS MAYORES EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO**

<b>AÑO</b>	<b>NORMA</b>
2011	Decreto No. 756 del 03 de mayo, por medio del cual se crea el Comité Departamental del Adulto Mayor.
2011	Decreto 1043 del 26 de Julio, por medio del cual se compila los Decretos 756 del y 1042 del mismo año, para clarificar la creación y normatividad que regirá al Comité Departamental del Adulto Mayor.

## **2. DIAGNÓSTICO DE LA POBLACION EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO.**

### **2.1 DIAGNÓSTICO DEMOGRÁFICO DEPARTAMENTAL**

#### **2.1.1 PIRAMIDE POBLACIONAL DEPARTAMENTO DE NARIÑO – 2.013**



Fuente: DANE. Boletín censo 2.005 – Proyección 2.013.

La distribución de la población según la pirámide poblacional con información DANE Censo 2.005 – Proyección 2013, indica una transición demográfica en el Departamento de Nariño que en su conjunto no presenta cambios de estructura fuertes, puesto que si bien hay un descenso en los índices de fecundidad y mortalidad, estos no afectan dicha estructura de manera significativa ya que este comportamiento no es similar en todas las subregiones lo que equipara al final el comportamiento entre nacimientos, transición por edades y aumento de la esperanza de vida manteniendo una estructura piramidal ancha en la base y disminuida en la parte superior con un leve incremento en el medio por la transición generacional de jóvenes a adultos y personas mayores.

## 2.1.2 COMPARATIVO DE INDICADORES DEMOGRAFICOS COLOMBIA Y DEPARTAMENTO DE NARIÑO 2.011.



Libertad y Orden



República de Colombia

Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social

POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

**INDICADORES DEMOGRÁFICOS, 2011**

REGION	Fecundidad y Natalidad 2010 - 2015					Esperanza de Vida al Nacer 2010 - 2015			Defunciones Esperadas 2011	
	Tasa bruta de natalidad (por 1000 hb)	Tasa Global de fecundidad (por mujer)	Tasa General de fecundidad (por mil mujeres)	Mujeres en edad fértil (15-49) proyeccion 2011	Nacimientos esperados para 2011	Hombres	Mujeres	Total	Tasa bruta de mortalidad por 1000 hb 2010-2015	Defunciones
<b>DEPARTAMENTO DE NARIÑO</b>	20,23	2,52	79	427.680	33.787	70,69	75,87	73,21	6,18	10.266
<b>COLOMBIA</b>	18,88	2,35	71,5	12.227.598	881.384	72,07	78,54	75,22	5,8	267.194

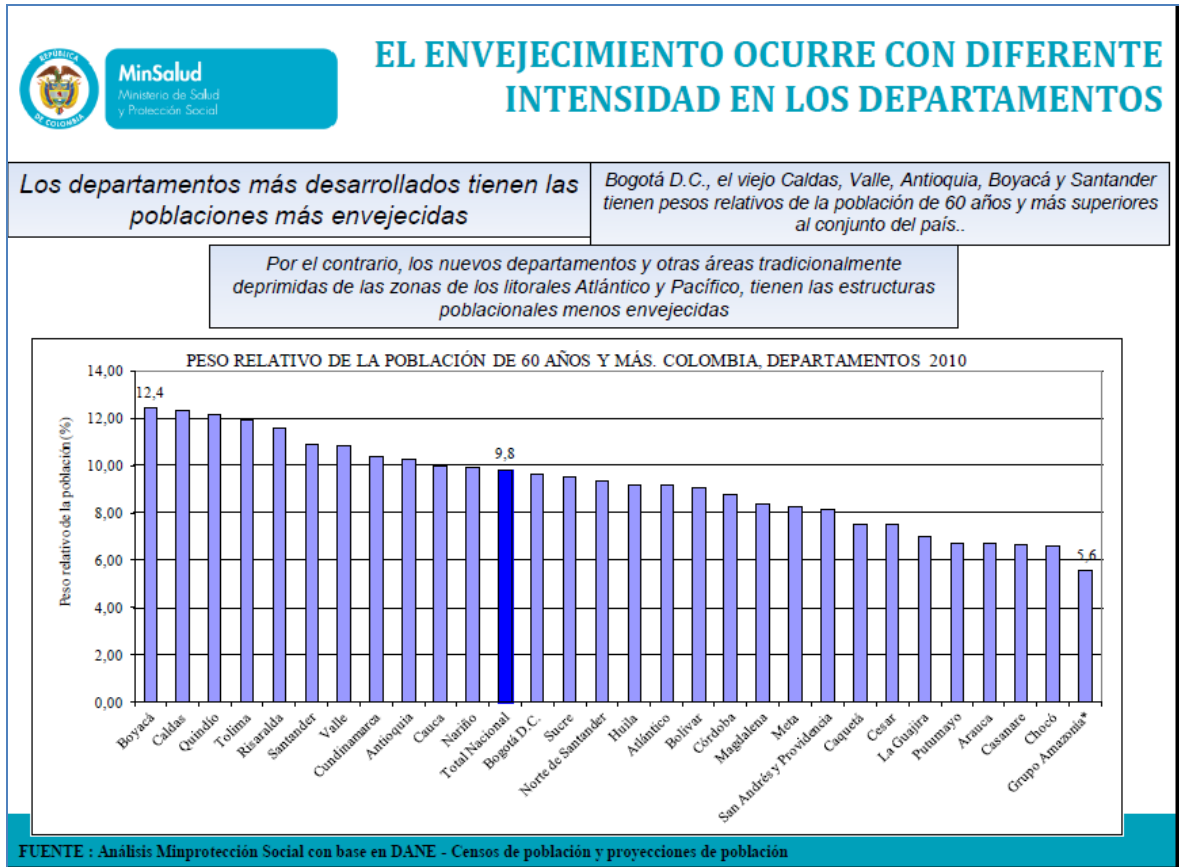
Fuente. Indicadores Básicos 2011 - Situación de salud en Colombia. MinSalud.

**Fecundidad:** Una de las transformaciones más significativas dentro del cambio demográfico es el descenso sostenido de la fecundidad. Esta modificación tan profunda de la conducta reproductiva, trasunta un complejo de cambios sociodemográficos y culturales (Villa y Rivadeneira, 2000). A medida que desciende la fecundidad se asiste a un proceso paulatino de envejecimiento de la población, pues ella es la principal fuerza remodeladora de la estructura etaria.

**La esperanza de vida:** En el período 1985- 1990 es de 67.99 años y en el período 2015- 2020 es de 76.15 años. Se estima entonces un incremento de 8.16 años de vida esperada en un período de 35 años. Si bien el promedio nacional crece, las mujeres presentan una esperanza de vida más alta; en estos 35 años, de 1985 al 2020, se incrementa para hombres de 64.95 años a 73.08 y para mujeres de 71.52 a 79.39 años.

**Mortalidad:** Durante el proceso de reducción de la mortalidad, Chesnais (1990) distingue nítidamente tres fases. La primera de ellas se produce cuando la fecundidad se mantiene alta y la mortalidad —en especial la infantil— comienza a reducirse notablemente, en consecuencia ocurre un crecimiento de la población en todas las edades. La segunda etapa se caracteriza por un descenso más equilibrado de la mortalidad, que afecta en forma más o menos parecida a todos los grupos etarios. La tercera y última etapa comienza cuando se ha eliminado casi del todo la alta mortalidad de los más jóvenes. De este modo, el aumento de la probabilidad de sobrevivir después de los 60 años impulsa, de forma directa, el envejecimiento de la población. En esta etapa, el aumento del promedio de vida genera un incremento sustancial del peso relativo de las personas mayores de 80 u 85 años, que son edades a partir de las cuales se acelera el deterioro y pueden incrementarse las necesidades de apoyo médico, institucional y familiar.

### 2.1.3 COMPARATIVO NACIONAL Y DEPARTAMENTAL - PESO RELATIVO DE LA POBLACION ADULTA MAYOR



Frente al peso relativo de las personas adultas mayores (personas de 60 y más años/población total), se puede observar para el año 2.010 que la población adulta mayor del Departamento de Nariño presenta un peso relativamente mayor al promedio nacional, peso relativo que calculado con datos de proyección DANE 2.013 es del 10.30%, frente a un promedio nacional que pasa a un 10.54 % para el mismo año, lo que infiere un aumento más acelerado del peso relativo nacional frente al del Departamento.

Este aumento en el peso relativo y cambio en el comportamiento demográfico denota la mayor participación de las personas mayores en el tiempo, determinando posiciones de interés frente al tema. Para el Departamento de Nariño este cambio en el comportamiento demográfico lo ubica en términos de peso relativo por debajo del promedio Nacional para el año 2.013.

**2.1.4 COMPARATIVO DEPARTAMENTAL DE TASAS DE CRECIMIENTO DE POBLACION ADULTA MAYOR Y POBLACION TOTAL**

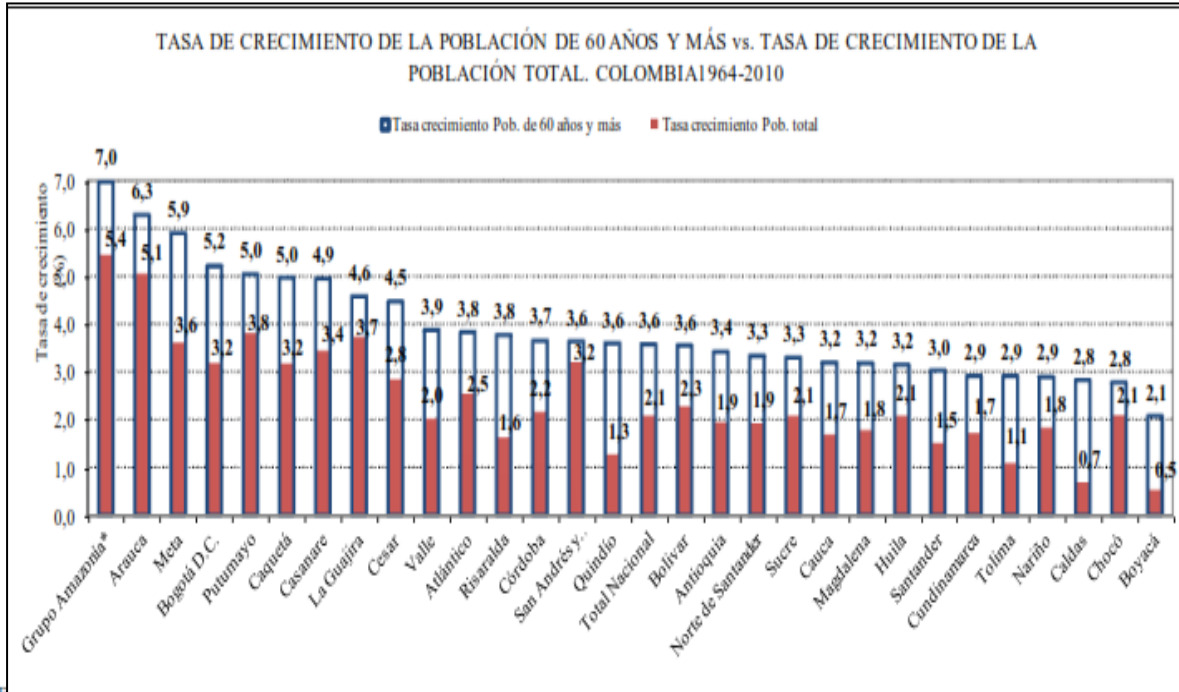


FIGURA 1. Análisis de protección social con base en DANE - Censos de población y proyecciones de población

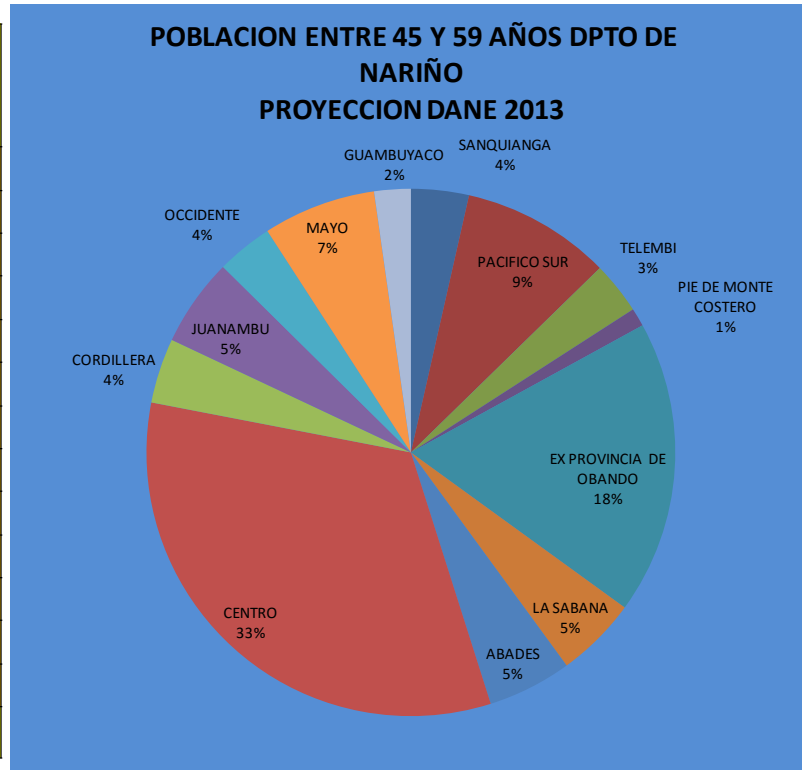
Frente a este comportamiento se puede observar que en el Departamento de Nariño se presenta un margen de diferencia considerable entre la tasa de crecimiento total estimada en 1.8 y la tasa de crecimiento de la población adulta mayor (60 años y más) que se estima en 2.9 según la tabla.

Esta diferencia marca un ritmo en el envejecimiento demográfico del Departamento de Nariño, el cual no representa cambios fuertes en su estructura y por el contrario da la oportunidad en tiempo para prepararse en torno a procesos de envejecimiento que son más acentuados en departamentos como Quindío, Tolima, Caldas y Boyacá.

Adicionalmente, es preciso considerar además de la tasa de crecimiento poblacional de personas mayores, los factores o estructura de composición de la misma, que arrojan para el Departamento de Nariño un índice de masculinidad de la población adulta mayor de 91 hombres por cada 100 mujeres para el año 2.010, frente a un índice de masculinidad nacional de 85, con valores extremos en el Amazonas de 113 para este índice.

### 2.1.5 COMPARATIVO SUBREGIONAL – POBLACION EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO (45 A 59 AÑOS DE EDAD)

SUBREGIONES	TOTAL POBLACION ENTRE 45 Y 59 AÑOS
SANQUIANGA	8.257
PACIFICO SUR	21.359
TELEMBI	7.475
PIE DE MONTE COSTERO	2.603
EX PROVINCIA DE OBANDO	41.954
LA SABANA	11.599
ABADES	12.003
CENTRO	76.833
CORDILLERA	9.276
JUANAMBU	12.589
OCCIDENTE	8.043
MAYO	16.144
GUAMBUYACO	5.215
<b>DPTO NARIÑO</b>	<b>233.350</b>

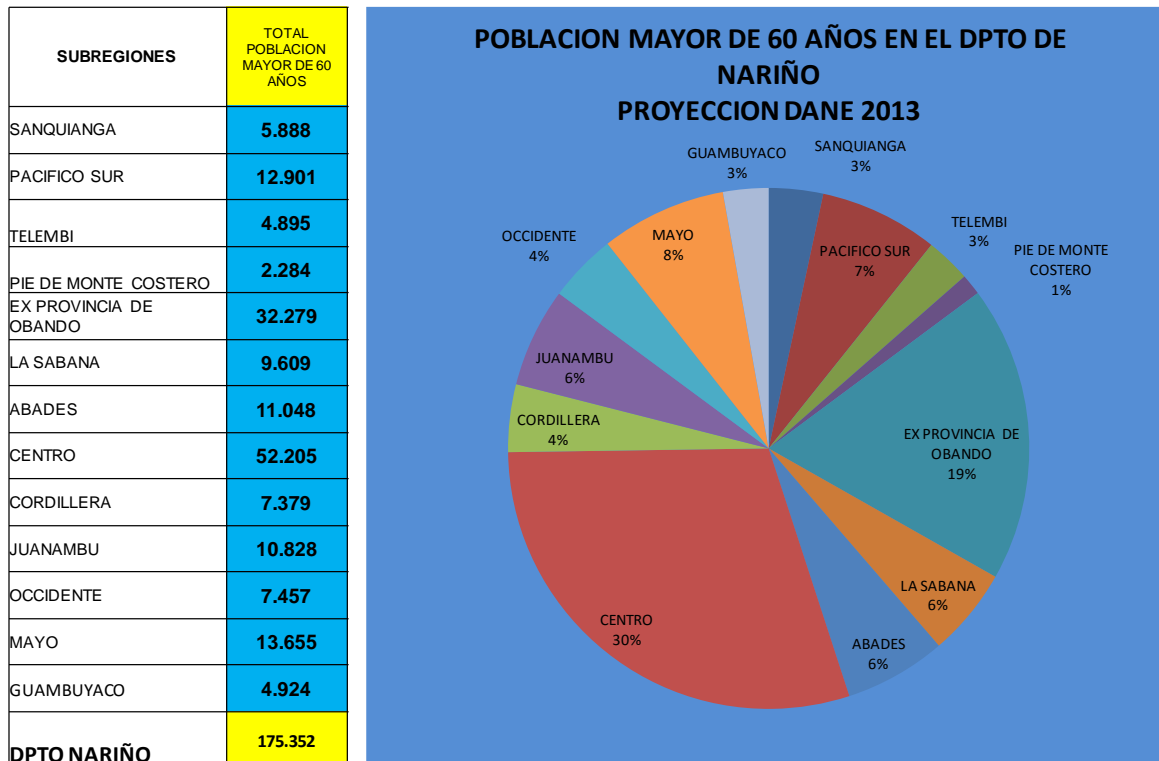


La población en proceso de envejecimiento, como población objeto de ésta Política Pública Departamental según datos proyección DANE 2.013 agrupa 233.350 personas, con un peso relativo del 13,71 % de la población total departamental.

Subregionalmente, el 51% de esta población se encuentra concentrada en la subregión del Centro con un 33% y en la Ex provincia de Obando con un 18% respectivamente, lo que determina una zona geográfica del departamento, en donde la puesta en marcha de programas de envejecimiento activo puede impactar rápidamente en el logro de resultados que jalonan el propósito de esta política en lo que ha transición demográfica se refiere.

El 49% de la población restante está dispersa en 11 subregiones, las cuales tienen características distintas y enfoques diferenciales, que como grupos menores tienen relativa o mayor importancia a la hora de determinar acciones estratégicas en torno a los programas y actividades de la política pública, que garanticen un envejecimiento activo, seguro e incluyente, dentro de un entorno diferenciado y disperso.

### 2.1.6 COMPARATIVO SUBREGIONAL – POBLACION ADULTA MAYOR (60 AÑOS Y MÁS)



La población en la etapa de vejez o adulta mayor, como principal población objeto de ésta Política Pública Departamental, según datos proyección DANE 2.013 agrupa 175.352 personas, con un peso relativo del 10,30 % de la población total departamental estimada para este año.

Subregionalmente, el 57% de esta población se encuentra concentrada en la subregión del Centro con un 30%, Ex provincia de Obando con un 19% y en la subregión del Rio Mayo con un 8% respectivamente, lo que determina una zona geográfica del departamento, en donde la puesta en marcha de los programas de envejecimiento y vejez puede impactar rápidamente en el logro de resultados que impacten en el propósito de esta política en lo que ha mejoramiento de la calidad de vida de este grupo poblacional se refiere.

El 43% de la población restante está dispersa en 10 subregiones, las cuales tienen características distintas y enfoques diferenciales, que como grupos menores tienen relativa o mayor importancia a la hora de determinar acciones estratégicas en torno a los programas y actividades de la política pública, que garanticen una vejez participativa, independiente, protegida (cuidada), auto realizada y digna.

### 2.1.7 COMPARATIVO SUBREGIONAL – INDICES DE ENVEJECIMIENTO

El Índice de Envejecimiento como indicador de cambio en la estructura de una población teniendo en cuenta la edad, mide la cantidad de personas adultas mayores (60 y más años) por cada 100 jóvenes menores de 15 años.

En este contexto, es preciso analizar en primer lugar la evolución de este índice en Colombia como base de referencia y soporte, a la necesidad de implementar una política pública de

envejecimiento y vejez que nos anticipe a los cambios demográficos que con el pasar del tiempo se acentúan cada vez más.

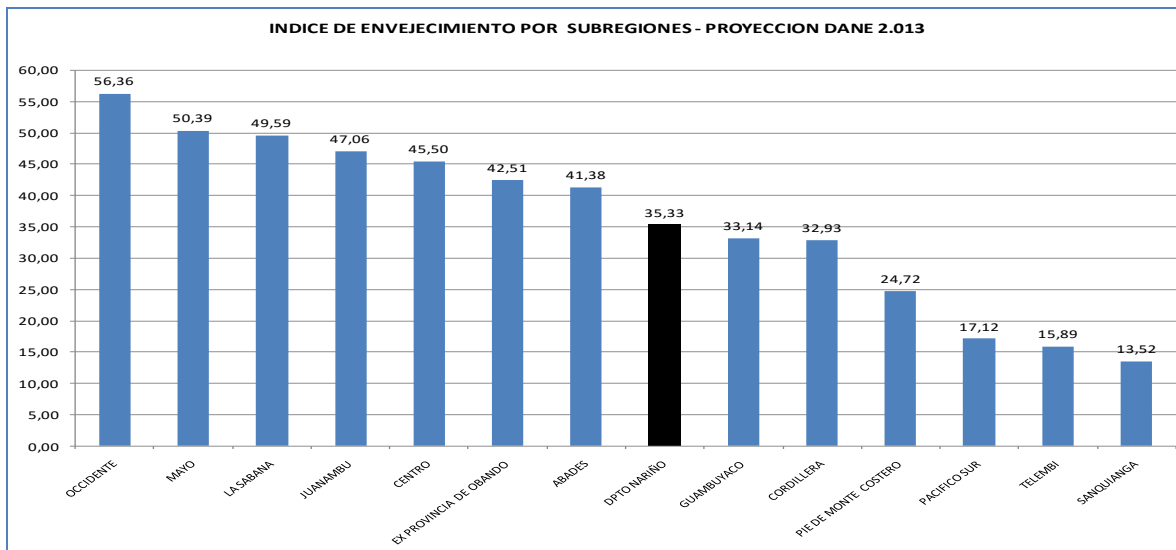
**Grafico 1 Evolución del índice de envejecimiento en Colombia**



Desde 1964 ha venido aumentando sostenidamente el índice de envejecimiento (más adelante IE), pasando de 12, a 34 personas mayores por cada 100 menores de 15 años en el año 2010.

Además, el proceso de envejecimiento es heterogéneo entre departamentos, de lo anterior se puede inferir que la evolución del IE, como sus efectos en los comportamientos de la vida diaria, deben ser materia de análisis individual ya que el comportamiento nacional muestra la tendencia de país, pero no refleja la realidad de cada departamento y sus municipios, por lo que estos deben ser evaluados de manera diferencial e individual.

**Grafico 2 Índices de envejecimiento subregionales del Departamento de Nariño**





Libertad y Orden



República de Colombia

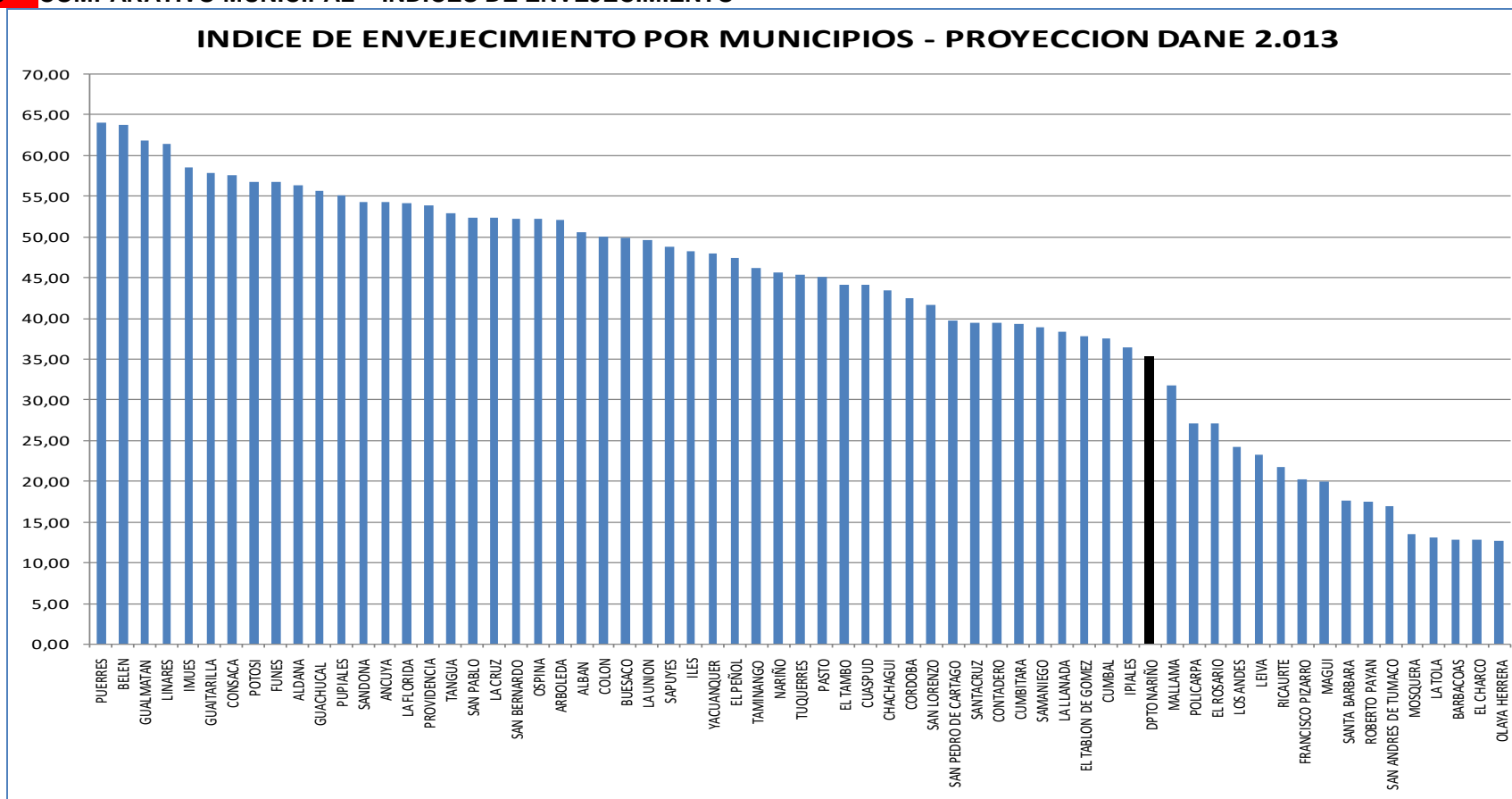
Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social

POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

Este indicador de participación de las personas adultas mayores, aplicado subregionalmente en el Departamento de Nariño muestra claramente una realidad de contrastes, pues mientras la medición departamental promedio del índice se encuentra en 35,33 (personas mayores por cada 100 jóvenes menores de 15 años) para el año 2.013, se puede observar que 7 subregiones tienen mayores valores y 6 subregiones están por debajo del promedio, situación contrastada en los extremos (subregiones de Occidente con 56,36 y Sanquianga con 13,52 respectivamente) por las grandes diferencias en cuanto a los comportamientos en materia de fecundidad, mortalidad infantil, desarrollo económico y fenómenos migratorios entre otros.

Esta realidad determina la necesidad de caracterizar y diferenciar la aplicación de estrategias de la política pública teniendo en cuenta un componente de importancia y urgencia en cada subregión, así como factores claves que deben considerarse como la predominancia del grupo poblacional objeto (peso relativo), Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas - INBI, entre otros.

**2.1.8 COMPARATIVO MUNICIPAL – INDICES DE ENVEJECIMIENTO**



Municipalmente, esta realidad es aún más dispersa, puesto que el índice departamental representa el comportamiento de una estructura poblacional asociada a un grupo reducido de municipios que se acercan a este valor, dejando un extremo aún más diferenciado hacia la parte superior que agrupa más del 50% de los municipios que conforman el Departamento.

República de Colombia Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social  
POLÍTICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

**Tabla 1. Población objeto de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez - DANE 2013**

SUBREGIONES	MUNICIPIOS	TOTAL POBLACION	TOTAL POBLACION ENTRE 45 Y 59 AÑOS	TOTAL POBLACION MAYOR DE 60 AÑOS	INDICE DE ENVEJECIMIENTO POR MUNICIPIOS	TOTAL POBLACION ENTRE 45 Y 59 AÑOS	TOTAL POBLACION MAYOR DE 60 AÑOS
SANQUIANGA	EL CHARCO	34.300	2.699	1.743	12,73	8.257	5.888
	LA TOLA	11.591	945	643	13,13		
	MOSQUERA	15.328	1.103	840	13,48		
	SANTA BARBARA	14.878	1.070	1.075	17,56		
PACIFICO SUR	OLAYA HERRERA	30.456	2.440	1.587	12,60	21.359	12.901
	SAN ANDRES DE TUMACO	191.218	19.917	11.812	16,88		
TELEMBI	FRANCISCO PIZARRO	14.143	1.442	1.089	20,23	7.475	4.895
	BARBACOAS	36.214	3.332	1.864	12,73		
	ROBERTO PAYAN	21.332	1.988	1.433	17,51		
PIE DE MONTE COSTERO	MAGUI	21.086	2.155	1.598	20,00	2.603	2.284
	RICAUARTE	17.862	1.683	1.408	21,73		
EX PROVINCIA DE OBANDO	MALLAMA	8.044	920	876	31,75	41.954	32.279
	IPIALES	132.438	20.095	13.537	36,42		
	ALDANA	6.236	1.070	847	56,43		
	GUACHUCAL	15.912	2.536	2.018	55,73		
	CUMBAL	36.224	4.743	3.869	37,59		
	CUASPUD	8.495	1.107	1.159	44,12		
	PUPIALES	19.223	3.254	2.543	55,19		
	PUERRES	8.520	1.316	1.379	64,02		
	CORDOBA	13.932	2.134	1.498	42,54		
	POTOSI	12.332	1.779	1.644	56,85		
	CONTADERO	6.896	838	876	39,41		
	ILES	8.519	1.249	1.043	48,31		
LA SABANA	GUALMATAN	5.754	908	868	61,82	11.599	9.609
	FUNES	6.593	925	998	56,77		
	TUQUERRES	40.792	6.109	4.873	45,41		
	IMUES	6.483	1.011	1.010	58,62		
	GUAITARILLA	12.335	2.009	1.750	57,83		
ABADES	OSPINA	8.640	1.488	1.103	52,27	12.003	11.048
	SAPUYES	6.575	982	873	48,88		
	SAMANIEGO	49.726	7.164	5.519	38,97		
CENTRO	SANTACRUZ	26.489	3.186	3.351	39,44	76.833	52.205
	PROVIDENCIA	12.955	1.653	2.178	53,94		
	PASTO	428.890	69.877	45.953	45,10		
	NARIÑO	4.725	722	550	45,61		
	LA FLORIDA	9.805	1.531	1.357	54,17		
	YACUANQUER	10.779	1.471	1.358	48,05		
CORDILLERA	TANGUA	9.878	1.495	1.348	52,90	9.276	7.379
	CHACHAGUI	13.606	1.737	1.639	43,52		
	TAMINANGO	19.819	2.841	2.235	46,17		
	POLICARPA	16.204	1.896	1.319	27,11		
	CUMBITARA	14.385	1.746	1.826	39,38		
JUANAMBU	EL ROSARIO	10.455	1.223	851	27,10	12.589	10.828
	LEIVA	13.449	1.570	1.148	23,30		
	LA UNION	26.456	4.162	3.362	49,65		
	SAN PEDRO DE CARTAGO	7.447	890	895	39,80		
OCCIDENTE	SAN LORENZO	19.546	2.733	2.275	41,74	8.043	7.457
	ARBOLEDA	7.533	1.298	959	52,06		
	BUESACO	24.466	3.506	3.337	49,86		
	SANDONA	25.624	4.033	3.436	54,34		
MAYO	LINARES	10.394	1.420	1.609	61,51	16.144	13.655
	CONSACA	9.582	1.421	1.416	57,58		
	ANCUYA	7.424	1.169	996	54,34		
	EL TABLON DE GOMEZ	13.003	1.643	1.468	37,83		
	ALBAN	21.558	3.357	2.880	50,61		
	SAN BERNARDO	18.146	3.126	2.318	52,28		
GUAMBUYACO	BELEN	7.323	1.290	1.051	63,81	5.215	4.924
	COLON	10.052	1.311	1.363	50,06		
	LA CRUZ	18.145	2.746	2.320	52,43		
	SAN PABLO	17.640	2.671	2.255	52,44		
	LOS ANDES	18.738	1.548	1.930	24,20		
DPTO NARIÑO	LA LLANADA	5.970	814	681	38,39	233.350	175.352
	EL TAMBO	12.638	1.894	1.479	44,14		
	EL PEÑOL	6.581	959	834	47,47		
<b>DPTO NARIÑO</b>	<b>DPTO NARIÑO</b>	<b>1.701.782</b>	<b>233.350</b>	<b>175.352</b>	<b>35,33</b>	<b>233.350</b>	<b>175.352</b>

## 2.2 ANALISIS POBLACIONAL - ENFOQUE SUBREGIONAL

Para el desarrollo del análisis partimos de la división subregional del departamento de Nariño en sus 13 subregiones: Sanquianga, Pacifico Sur, Telembí, Abades, Centro, Cordillera, Ex provincia de Obando, Guambuyaco, Juanambú, Occidente, Pie de Monte Costero, Río mayo, Sabana de Túquerres.



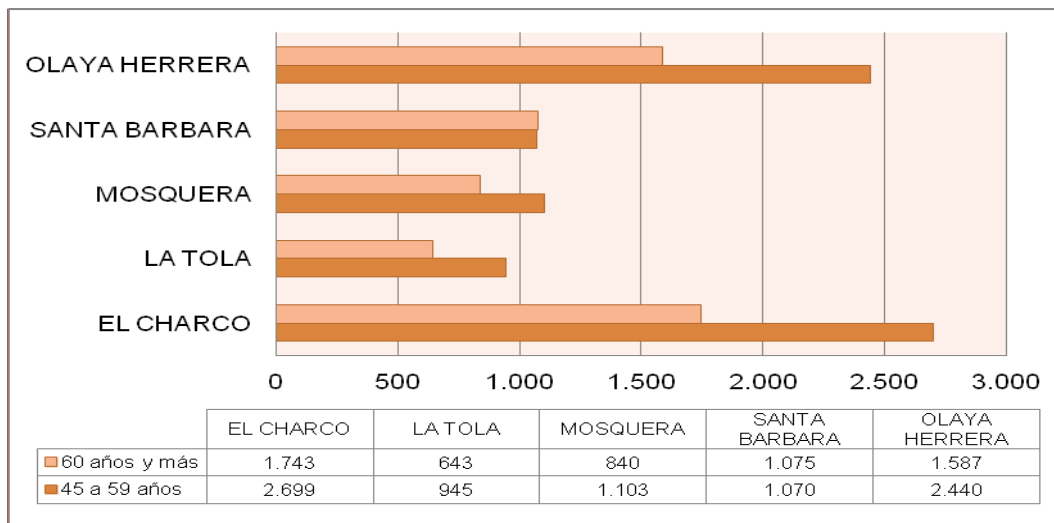
En este contexto, Nariño posee unas extraordinarias riquezas y potencialidades para el desarrollo endógeno de los pueblos y comunidades locales, dada su estratégica ubicación geopolítica, que posibilita la interrelación con el Pacífico biogeográfico, la Amazonía, los Andes y la frontera internacional de Colombia con Sudamérica. Es un Departamento de subregiones y frontera, que ha generado relaciones históricas de intercambio que aún persisten, al margen de la dinámica de las políticas públicas y fuerzas del mercado que, muchas veces, actúan contrario a las relaciones de intercambio que se han fijado por la hermandad de los pueblos y comunidades que han habitado estas tierras, inclusive más allá de las divisiones político administrativas. En este sentido, la visión del desarrollo endógeno del Plan de Desarrollo es acogida por la Política Pública de Envejecimiento y Vejez y referencia las 13 subregiones del Departamento como territorios con un contenido histórico en el cual se reconoce la población, y donde existen los cimientos de un modelo alternativo, que tiene sus bases en la solidaridad y fraternidad<sup>13</sup>.

### 2.2.1 SUBREGION DEL SANQUIANGA

La subregión está ubicada al norte de la parte costera del Departamento de Nariño, posee una extensión de 5.844 Km<sup>2</sup>. Que equivalen al 16.81% del área total del Departamento, y la integran los municipios de el Charco, La Tola, Mosquera, Olaya herrera y Santa Bárbara.

<sup>13</sup>GOBERNACION DE NARIÑO. Plan de Desarrollo “Nariño Mejor” 2012-2015. En Gobernación de Nariño [en línea] <http://narino.gov.co/index.php/plandedesarrolloordenanza00412>

Según DANE censo 2005, proyección 2013 está conformada por 106.553 habitantes, de los cuales la población objeto de la política se distribuye así:

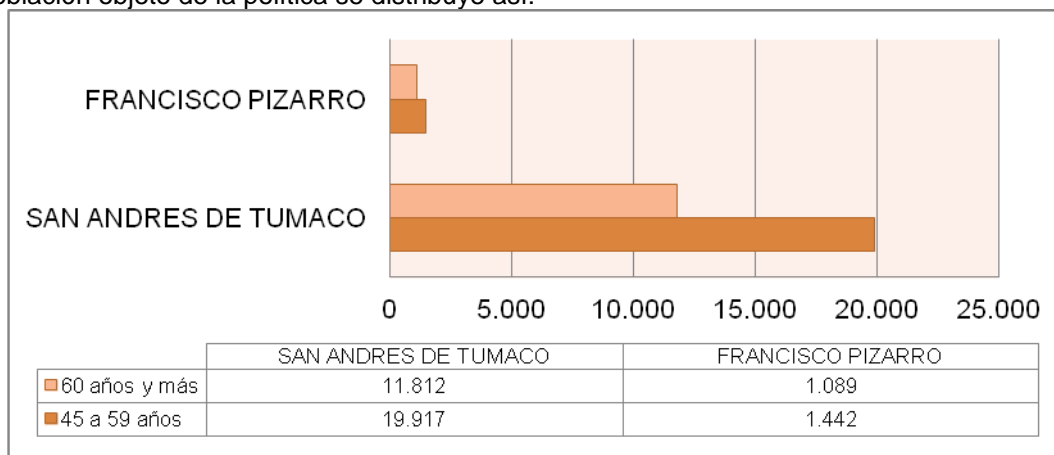


El porcentaje de participación de la población en proceso de envejecimiento y vejez corresponde al 13.27 % de la población total de la subregión.

### 2.2.2 SUBREGION DEL PACIFICO SUR

Esta subregión está ubicada al Sur de la costa pacífica del Departamento de Nariño y la integran los municipios de: Tumaco y Francisco Pizarro. Posee una extensión de 4.734 kilómetros cuadrados aproximadamente, que equivalen al 13.61% del área total del Departamento.

Según DANE censo 2005, proyección 2013 está conformada por 205.361 habitantes, de los cuales la población objeto de la política se distribuye así:

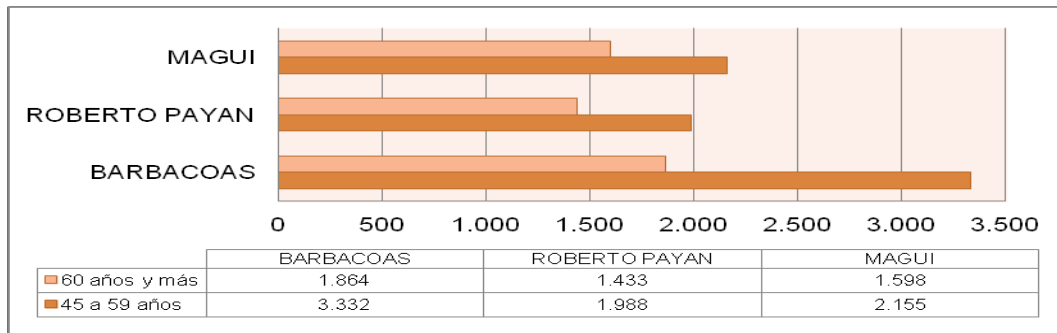


El porcentaje de participación de la población en proceso de envejecimiento y vejez corresponde al 16.68 % de la población total de la subregión.

### 2.2.3 SUBREGION DEL TELEMBÍ

Esta subregión está ubicada en la llanura del pacifico Nariñense y la integran los municipios de: Barbaçoas, Roberto Payan y Magüi Payan. Posee una extensión de 6.206 kilómetros cuadrados aproximadamente, que equivalen al 17.85% del área total del Departamento.

Según DANE censo 2005, proyección 2013 está conformada por 78.632 habitantes, de los cuales la población objeto de la política se distribuye así:

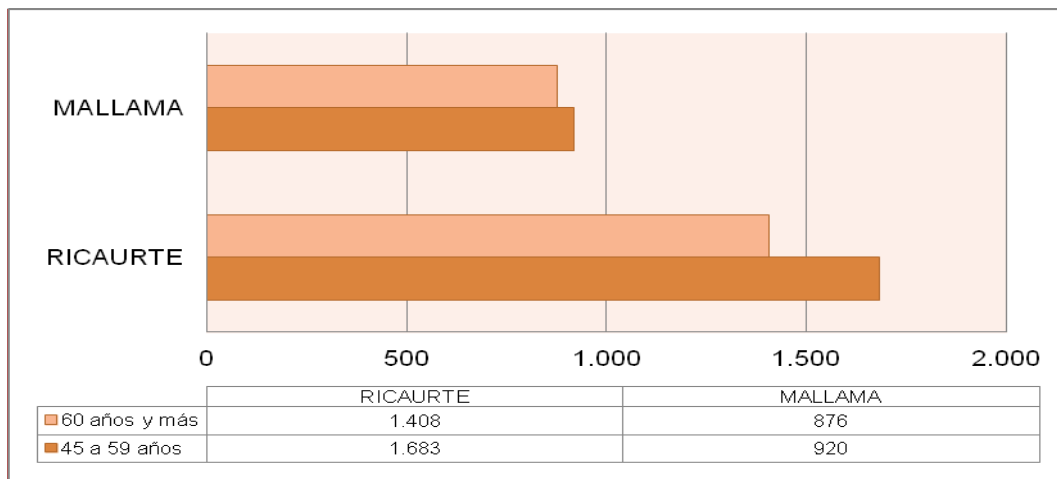


El porcentaje de participación de la población en proceso de envejecimiento y vejez corresponde al 15.73 % de la población total de la subregión.

### 2.2.4 SUBREGION DEL PIE DE MONTE COSTERO

Esta subregión está ubicada en el piedemonte costero del Departamento de Nariño y la integran los municipios de: Ricaurte y Mallama. Posee una extensión de 2.953 kilómetros cuadrados aproximadamente, que equivalen al 8.49% del área total del Departamento.

Según DANE censo 2005, proyección 2013 está conformada por 25.906 habitantes, de los cuales la población objeto de la política se distribuye así:

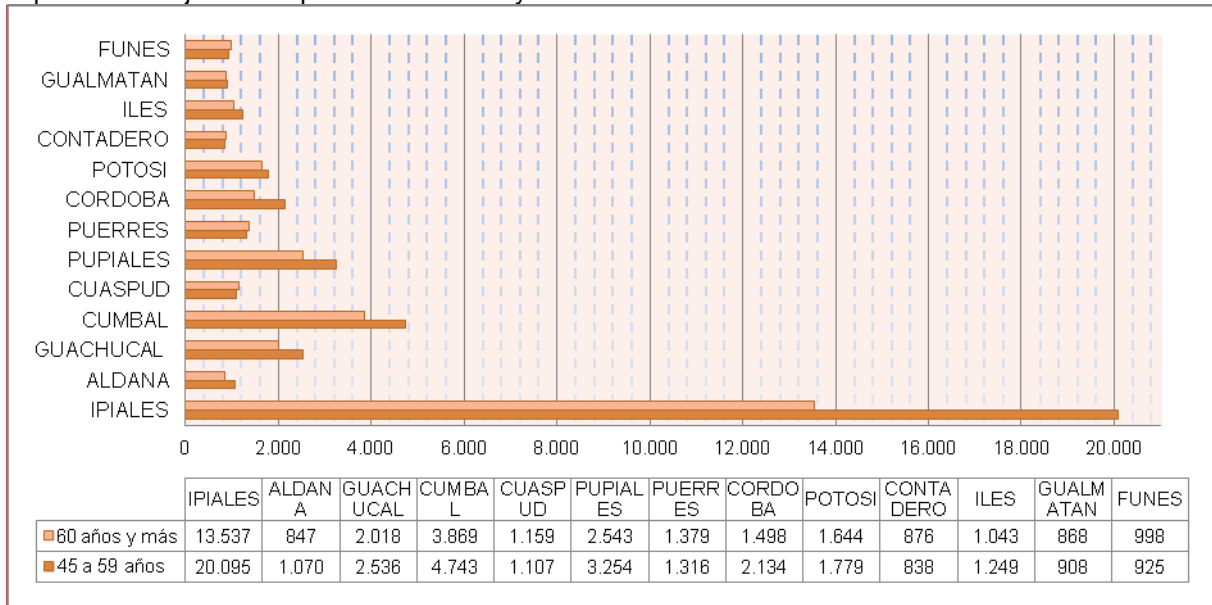


El porcentaje de participación de la población en proceso de envejecimiento y vejez corresponde al 18.86 % de la población total de la subregión.

### 2.2.5 SUBREGION DE LA EXPROVINCIA DE OBANDO

Esta subregión está ubicada al Sur del Departamento de Nariño y la integran los municipios de: Ipiales, Aldana, Guachucal, Cumbal, Cuaspud, Pupiales, Puerres, Córdoba, Potosí, El Contadero, Iles, Gualmatán y Funes. Posee una extensión de 4.894 kilómetros cuadrados aproximadamente, que equivalen al 14.07% del área total del Departamento.

Según DANE censo 2005, proyección 2013 está conformada por 281.074 habitantes, de los cuales la población objeto de la política se distribuye así:

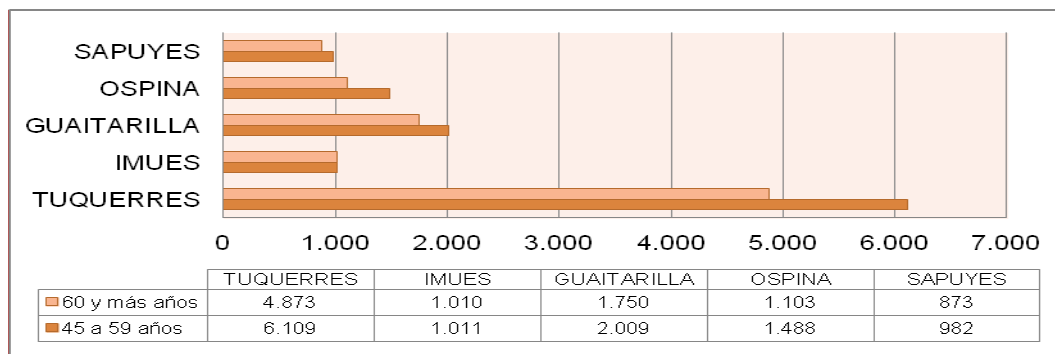


El porcentaje de participación de la población en proceso de envejecimiento y vejez corresponde al 26.41% de la población total de la subregión.

### 2.2.6 SUBREGION DE LA SABANA

Esta subregión está ubicada al Sur del Departamento de Nariño y la integran los municipios de: Túquerres, Imués, Guaitarilla, Ospina y Sapuyes. Posee una extensión de 643 kilómetros cuadrados aproximadamente, que equivalen al 1.85% del área total del Departamento.

Según DANE censo 2005, proyección 2013 está conformada por 74.825 habitantes, de los cuales la población objeto de la política se distribuye así:

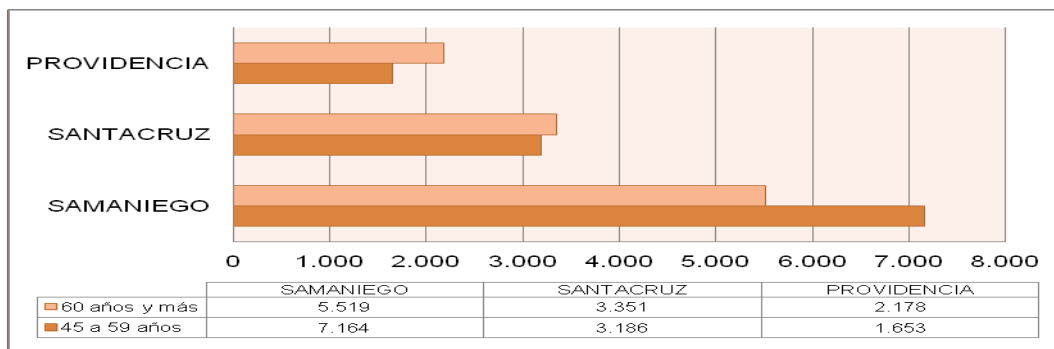


El porcentaje de participación de la población en proceso de envejecimiento y vejez corresponde al 28.34% de la población total de la subregión.

### 2.2.7 SUBREGION DE LOS ABADES

Esta subregión está ubicada al Sur Occidente del Departamento de Nariño y la integran los municipios de: Samaniego, Santacruz y Providencia. Posee una extensión de 1.362 kilómetros cuadrados aproximadamente, que equivalen al 3.92% del área total del Departamento.

Según DANE censo 2005, proyección 2013 está conformada por 89.170 habitantes, de los cuales la población objeto de la política se distribuye así:

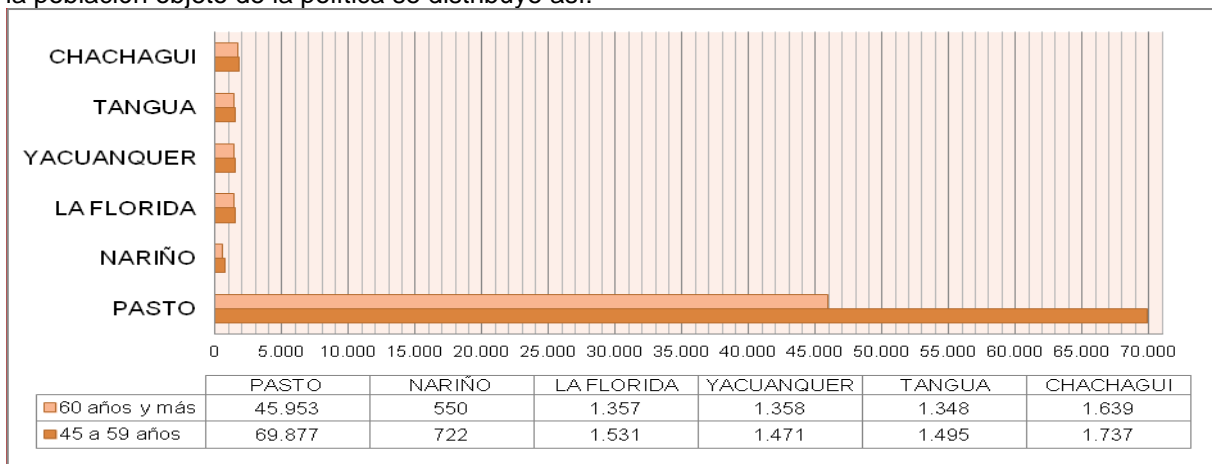


El porcentaje de participación de la población en proceso de envejecimiento y vejez corresponde al 25.85% de la población total de la subregión.

### 2.2.8 SUBREGION DEL CENTRO

Esta subregión está ubicada en el centro del Departamento de Nariño y la integran los municipios de: Pasto, Nariño, La Florida, Yacuanquer, Tangua y Chachagüi. Posee una extensión de 1.878 kilómetros cuadrados aproximadamente, que equivalen al 5.40% del área total del Departamento.

Según DANE censo 2005, proyección 2013 está conformada por 477.683 habitantes, de los cuales la población objeto de la política se distribuye así:

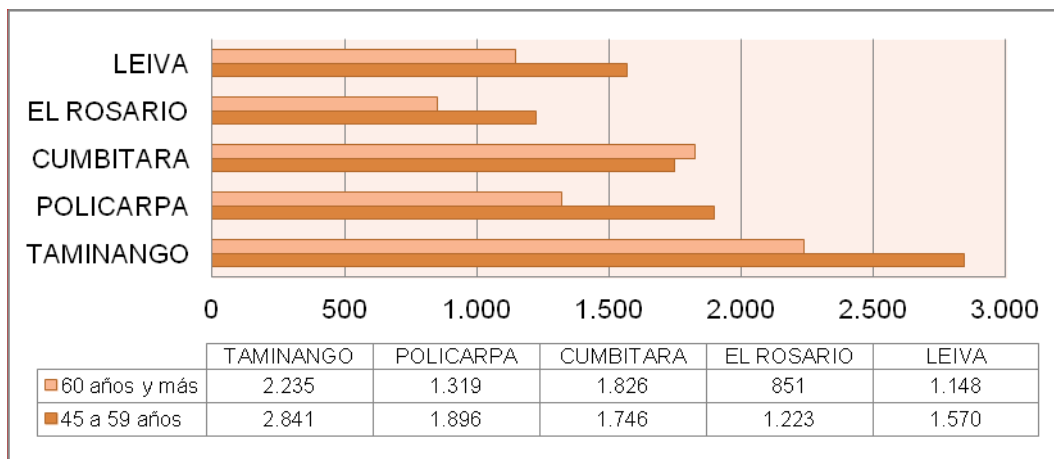


El porcentaje de participación de la población en proceso de envejecimiento y vejez corresponde al 27.01% de la población total de la subregión.

### 2.2.9 SUBREGION DE LA CORDILLERA

Esta subregión está ubicada al Noroccidente del Departamento de Nariño y la integran los municipios de: Taminango, Policarpa, Cumbitara, El Rosario y Leiva. Posee una extensión de 1.959 kilómetros cuadrados aproximadamente, que equivalen al 5.63% del área total del Departamento.

Según DANE censo 2005, proyección 2013 está conformada por 74.312 habitantes, de los cuales la población objeto de la política se distribuye así:

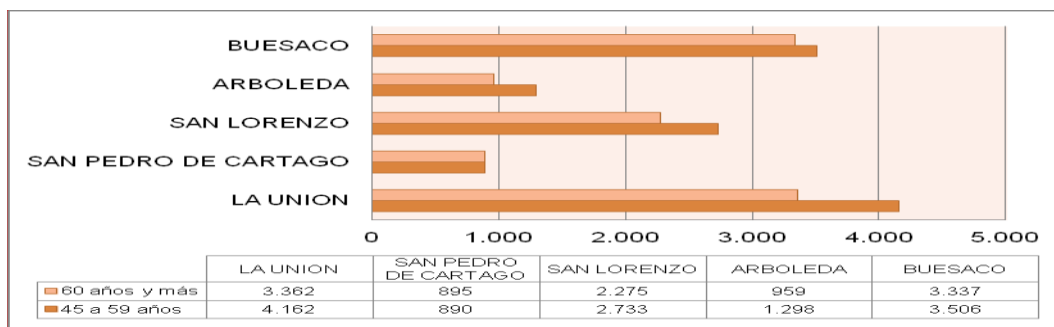


El porcentaje de participación de la población en proceso de envejecimiento y vejez corresponde al 22.41% de la población total de la subregión.

### 2.2.10 SUBREGION DEL JUANAMBÚ

Esta subregión está ubicada al Norte del Departamento de Nariño y la integran los municipios de: La Unión, San Pedro de Cartago, San Lorenzo, Arboleda y Buesaco. Posee una extensión de 1.219 kilómetros cuadrados aproximadamente, que equivalen al 3.51% del área total del Departamento.

Según DANE censo 2005, proyección 2013 está conformada por 85.448 habitantes, de los cuales la población objeto de la política se distribuye así:

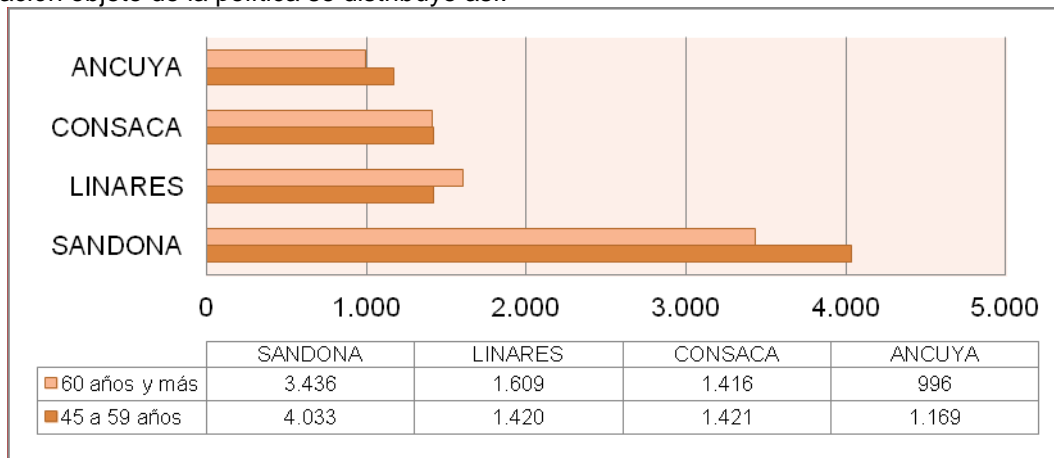


El porcentaje de participación de la población en proceso de envejecimiento y vejez corresponde al 27.40% de la población total de la subregión.

### 2.2.11 SUBREGION DE OCCIDENTE

Esta subregión está ubicada al Occidente del Departamento de Nariño y la integran los municipios de: Sandoná, Linares, Consacá y Ancuya. Posee una extensión de 452 kilómetros cuadrados aproximadamente, que equivalen al 1.30% del área total del Departamento.

Según DANE censo 2005, proyección 2013 está conformada por 53.024 habitantes, de los cuales la población objeto de la política se distribuye así:

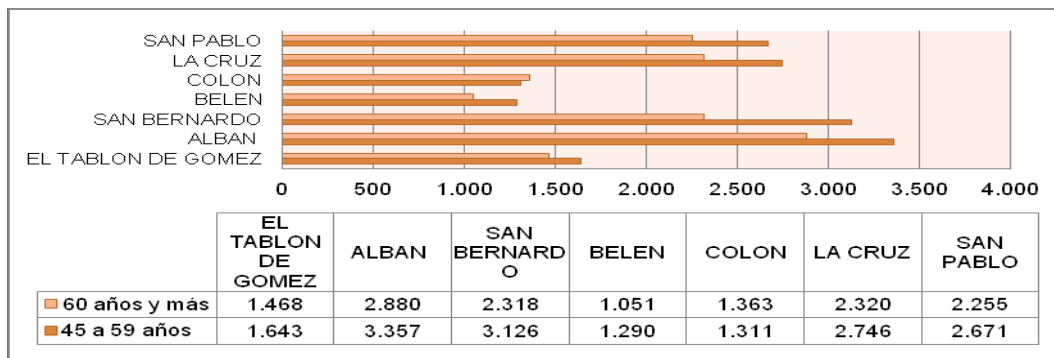


El porcentaje de participación de la población en proceso de envejecimiento y vejez corresponde al 29.23% de la población total de la subregión.

### 2.2.12 SUBREGION DEL MAYO

Esta subregión está ubicada al Norte del Departamento de Nariño y la integran los municipios de: El Tablón de Gómez, Albán, San Bernardo, Belén, Colon-Génova, La Cruz y San Pablo. Posee una extensión de 864 kilómetros cuadrados aproximadamente, que equivalen al 2.48% del área total del Departamento.

Según DANE censo 2005, proyección 2013 está conformada por 105.867 habitantes, de los cuales la población objeto de la política se distribuye así:

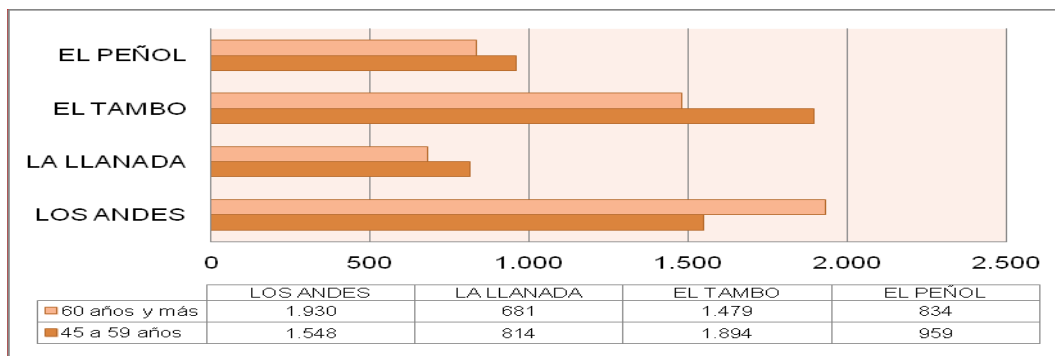


El porcentaje de participación de la población en proceso de envejecimiento y vejez corresponde al 28.14% de la población total de la subregión.

### 2.2.13 SUBREGION DEL GUAMBUYACO

Esta subregión la integran los municipios de: Los Andes Sotomayor, La Llanada, El Tambo, El Peñol. Posee una extensión de 10.764 kilómetros cuadrados aproximadamente, que equivalen al 5.07% del área total del Departamento.

Según DANE censo 2005, proyección 2013 está conformada por 43.927 habitantes, de los cuales la población objeto de la política se distribuye así:



El porcentaje de participación de la población en proceso de envejecimiento y vejez corresponde al 23.08% de la población total de la subregión.

## 2.3 SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DE LA POBLACION EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO

La seguridad social integral entendida como el conjunto de factores, componentes, dimensiones o agentes externos e internos que afectan directamente la calidad de vida de un individuo o sociedad, nos determinan el nivel de desarrollo y adaptación a diferentes situaciones o panoramas en los cuales el individuo se desenvuelve y se desarrolla diariamente.

En este sentido el análisis del comportamiento de indicadores que revelan un diagnóstico del estilo de vida, estado de salud, nivel educativo, nivel de ingresos, programas de protección, entre otros, nos identificaran las líneas de base para la generación de estrategias encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población adulta y adulta mayor.

### 2.3.1 ANALISIS COMPARATIVO DE LA SITUACION EN SALUD SEGÚN INDICADORES DE MORBILIDAD

Como parámetro de análisis se establece una descripción global de las características demográficas más relevantes de la población nariñense, que dan cuenta de su tamaño, estructura, dinámica y principales tendencias, en el contexto de los Determinantes Sociales de la Salud y el bienestar; el perfil de morbilidad y mortalidad por las principales causas, que dan cuenta de qué se enferma y muere la gente, así como la exposición a varios factores que condicionan el estado de salud.

Dado el contexto demográfico, económico y social del departamento, se comprende que el perfil de salud de la población adulta y adulta mayor nariñense presente una carga de morbilidad con

República de Colombia Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social  
POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

características propias de todas las fases de la transición epidemiológica, las cuales se superponen haciendo de esta una situación compleja: predominan las enfermedades crónicas no transmisibles y daños en la salud causados por las enfermedades transmisibles, carenciales y epidémicas emergentes y reemergentes, que imponen una alta carga en muchos segmentos de la población; las lesiones externas por distintas causas específicas siguen ocasionando enfermedad, discapacidad y muerte en mayor grado en la última etapa de la vida “La Vejez”<sup>14</sup>.

**Tabla 2. Causas de morbilidad por consulta externa – Dpto. de Nariño 2.011**

CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA DE LA POBLACION EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DEPARTAMENTO DE NARIÑO AÑO 2011. ( por sexo y grupo etareo)						
No.	15 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD - CONSULTA EXTERNA	45 A 59 AÑOS		60 AÑOS Y MÁS		TOTAL
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
1	Parasitos intestinal sin otra especificacion	1.506	1.837	1.819	1.371	6.533
2	Hipertension esencial (primaria)	3.486	9.066	11.831	19.345	43.728
3	Rinofaringitis aguda (resfriado comun)	1.204	2.326	1.618	1.771	6.919
4	Infeccion de las vias urinarias, sitio no especificado	1.338	5.650	2.084	4.121	13.193
5	Lumbago, no especificado	3.902	5.485	3.817	4.046	17.250
6	Gastritis, no especificada	3.827	5.400	3.759	3.986	16.972
7	Gastritis cronica, no especificada	1.978	3.681	1.996	2.999	10.654
8	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	810	1.117	843	1.121	3.891
9	Amigdalitis aguda, no especificada	541	1.267	447	574	2.829
10	Vaginitis aguda	-	3.003	-	821	3.824
11	Vaginitis, vulvitis, y vulvovaginitisen enf. Infecciosas y parasitos ceop	-	2.699	-	664	3.363
12	Faringitis aguda, no especificada	557	1.242	532	771	3.102
13	Dolor de articulacion	984	2.501	1.130	1.888	6.503
14	Dermatitis, no especificada	437	691	597	522	2.247
15	Mialgia	924	1.842	1.108	1.552	5.426
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>21.494</b>	<b>47.807</b>	<b>31.581</b>	<b>45.552</b>	<b>146434</b>
	<b>RESTO DE CAUSAS</b>	<b>39002</b>	<b>82859</b>	<b>49391</b>	<b>64634</b>	<b>235886</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>60.496</b>	<b>130.666</b>	<b>80.972</b>	<b>110.186</b>	<b>382320</b>

Fuente. Boletín epidemiológico - Instituto Departamental de Salud de Nariño. Noviembre 2012. Indicadores básicos de salud. Nariño 2012

<sup>14</sup>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 [en línea] <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

**Tabla 3. Causas de morbilidad por egreso hospitalario – Dpto. de Nariño 2.011**

CAUSAS DE MORBILIDAD POR EGRESO HOSPITALARIO DE LA POBLACION EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DEPARTAMENTO DE NARIÑO AÑO 2011. ( por sexo y grupo etareo)						
No.	15 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD - EGRESO HOSPITALARIO	45 A 59 AÑOS		60 AÑOS Y MÁS		TOTAL
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
1	Infeccion de las vias urinarias, sitio no especificado	62	229	246	375	912
2	Neumonia, no especificada	45	52	186	187	470
3	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	47	81	109	165	402
4	Parto unico espontaneo, presentacion cefalica de vertice	0	0	0	0	0
5	Hipertension esencial (primaria)	103	188	395	595	1281
6	Parto por cesarea de emergencia	0	5	0	0	5
7	Parto unico espontaneo, sin otra especificacion	0	2	0	0	2
8	Parto por cesarea sin otra especificacion	0	5	0	0	5
9	Apendicitis aguda, no especificada	39	65	57	25	186
10	Amenaza de aborto	0	2	0	0	2
11	Parto unico asistido, sin otra especificacion	0	1	0	0	1
12	Neumonia bacteriana, no especificada	18	23	83	88	212
13	Calculo de la vesicula biliar sin colecistitis	39	123	66	101	329
14	Bronconeumonia, no especificada	7	10	19	22	58
15	Enfermedad pulmonar obstructiva cronica, no especificada	28	30	280	229	567
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>388</b>	<b>816</b>	<b>1.441</b>	<b>1.787</b>	<b>4432</b>
	<b>RESTO DE CAUSAS</b>	<b>2460</b>	<b>3474</b>	<b>6613</b>	<b>5268</b>	<b>17815</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>2.848</b>	<b>4.290</b>	<b>8.054</b>	<b>7.055</b>	<b>22247</b>

Fuente. Boletín epidemiológico - Instituto Departamental de Salud de Nariño. Noviembre 2012. Indicadores básicos de salud. Nariño 2012

**Tabla 4. Causas de morbilidad por consulta odontológica –Dpto. de Nariño 2.011**

CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA ODONTOLÓGICA DE LA POBLACION EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DEPARTAMENTO DE NARIÑO AÑO 2011. ( por sexo y grupo etareo)						
No.	15 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD - CONSULTA ODONTOLÓGICA	45 A 59 AÑOS		60 AÑOS Y MÁS		TOTAL
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
1	Caries de la dentina	909	1.310	321	125	2665
2	Caries dental, no especificada	178	260	115	68	621
3	Pulpitis	286	337	125	115	863
4	Caries limitada al esmalte	93	107	45	26	271
5	Otras caries dentales	179	227	75	112	593
6	Gingivitis cronica	183	288	115	54	640
7	Gingivitis aguda	97	217	54	45	413
8	Raiz dental retenida	170	275	130	95	670
9	Absceso periapical con fistula	86	121	65	32	304
10	Caries del cemento	65	168	35	23	291
11	Absceso periapical sin fistula	69	106	55	44	274
12	Necrosis de la pulpa	45	116	45	37	243
13	Periodontitis apical aguda originada en la pulpa	61	76	30	18	185
14	Deposito (acreciones) en los dientes	54	81	25	24	184
15	Periodontitis cronica	149	176	95	100	520
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>2.624</b>	<b>3.865</b>	<b>1.330</b>	<b>918</b>	<b>8737</b>
	<b>RESTO DE CAUSAS</b>	<b>361</b>	<b>460</b>	<b>682</b>	<b>436</b>	<b>1939</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>2.985</b>	<b>4.325</b>	<b>2.012</b>	<b>1.354</b>	<b>10676</b>

Fuente. Boletín epidemiológico - Instituto Departamental de Salud de Nariño. Noviembre 2012. Indicadores básicos de salud. Nariño 2012

**Tabla 5. Causas de morbilidad por consulta de urgencias – Dpto. de Nariño 2.011**

CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA DE URGENCIAS DE LA POBLACION EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DEPARTAMENTO DE NARIÑO AÑO 2011. ( por sexo y grupo etareo)						
No.	15 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD - CONSULTA DE URGENCIAS	45 A 59 AÑOS		60 AÑOS Y MAS		TOTAL
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
1	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	863	1.494	1.548	1.464	5.369
2	Rinofaringitis aguda (resfriado comun)	422	810	1.218	679	3.129
3	Infeccion de las vias urinarias, sitio no especificado	434	1.926	1.039	1.645	5.044
4	Amigdalitis aguda, no especificada	251	484	459	225	1.419
5	Hipertension esencial (primaria)	723	2.060	2.122	3.586	8.491
6	Parasitos intestinal, sin otra especificacion	168	258	186	165	777
7	Lumbago, no especificado	860	1.313	911	947	4.031
8	Otras gastritis agudas	461	792	538	766	2.557
9	Neumonía, no especificada	95	130	341	331	897
10	Amigdalitis estreptococica	208	370	227	138	943
11	Otras infecciones agudas de sitios multiples de las vias respiratorias superiores	161	287	223	137	808
12	Faringitis aguda, no especificada	210	343	376	193	1.122
13	Gastritis, no especificada	414	737	489	743	2.383
14	Bronquitis aguda, no especificada	103	240	296	244	883
15	Otitis media, no especificada	52	111	153	60	376
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>5.425</b>	<b>11.355</b>	<b>10.126</b>	<b>11.323</b>	<b>38.229</b>
	<b>RESTO DE CAUSAS</b>	<b>14.286</b>	<b>21.994</b>	<b>21.308</b>	<b>21.622</b>	<b>79.210</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>19.711</b>	<b>33.349</b>	<b>31.434</b>	<b>32.945</b>	<b>117.439</b>

Fuente. Boletín epidemiológico - Instituto Departamental de Salud de Nariño. Noviembre 2012. Indicadores básicos de salud. Nariño 2012

### 2.3.2 ANALISIS COMPARATIVO DE LA SITUACIÓN EN SALUD SEGÚN INDICADORES DE MORTALIDAD

La mortalidad general en los últimos veinte años ha registrado 3'632.579 defunciones, con un promedio anual aproximado de 181.000 casos (rango: 168.568-200.524) (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, 2010). El 59% afectó la población de hombres, y presenta una curva trifásica, con picos en los menores de 5 años, entre los 20 y 24 años, y luego de los 50 años, donde aumenta progresivamente hasta el final de la serie. Entre las mujeres, las muertes se concentraron en los extremos de la vida, sin el pico que se aprecia en los hombres jóvenes. Para ambos sexos, el nivel más bajo de mortalidad se presenta en el tramo entre los 5 y 15 años, con menos del 1%, mientras que la mayor concentración de muertes se encuentra en las personas mayores, con más del 55% de defunciones registradas.

Las principales causas de mortalidad en Colombia por grandes grupos, registradas en el periodo 1997-2010, están representadas en primer lugar por las enfermedades del sistema circulatorio, que oscilaron entre un 28 y un 30% de causantes del total de muertes, seguida de las causas externas (17 a 24%), las neoplasias (14 a 18%), las enfermedades respiratorias (8,7%), y las enfermedades del aparato digestivo (4,3%)<sup>15</sup>.

**Tabla 6. Indicadores de mortalidad. Crónicas no transmisibles – Colombia 2.009**

<sup>15</sup>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 [en línea] <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>.

**INDICADORES DE MORTALIDAD 2.009. LISTA DE AGRUPACION 6/67 OMS-OPS**  
(Tasa por 100.000 habitantes). Colombia.

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES	DEFUNCIONES	TASA
Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio	57.360	127,52
Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en personas de 45 y más años de edad	26.697	244,2
Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en personas de 45 y más años de edad	13.113	119,94
Mortalidad por Diabetes Mellitus en personas de 45 y más años de edad	6.168	56,42
Mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en personas de 35 y más años	2.000	11,92

Fuente. Indicadores Básicos 2011 - Situación de salud en Colombia. MinSalud.

**Tabla 7. Mortalidad específica por sexo y grupo etáreo – Colombia 2.009**

MORTALIDAD ESPECIFICA POR SEXO Y GRUPO ETAREO . COLOMBIA 2.009							
GRUPO DE EDAD	5 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOMBRES Y MUJERES (Tasa específica por 100.000 habitantes)	HOMBRES			MUJERES		
		TOTAL	( % )	TASA	TOTAL	( % )	TASA
DE 45 A 64 AÑOS	Enfermedades Isquémicas del corazón	3.600	15,99	94,57	1.848	12,08	44,33
	Enfermedades cerebrovasculares	1.333	5,92	35,02	1.277	8,34	30,64
	Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	2.408	10,68	63,26			
	Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	1.162	5,16	30,53			
	Tumor maligno del estómago	879	3,9	23,09			
	Tumor maligno de la mama				1.070	6,99	25,67
	Tumor maligno del útero				884	5,78	21,21
	Diabetes mellitus				829	5,42	19,89
DE 65 AÑOS Y MAS	Enfermedades Isquémicas del corazón	11.094	20,64	829,12	10.130	19,06	625,47
	Enfermedades cerebrovasculares	4.597	8,55	343,56	5.901	11,1	364,35
	Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores	5.040	9,38	376,67	4.233	7,96	261,36
	Enfermedades hipertensivas	2.304	4,29	172,19	2.631	4,95	162,45
	Tumor maligno de la prostata	2.173	4,04	162,40			
	Diabetes mellitus				2.742	5,16	169,30

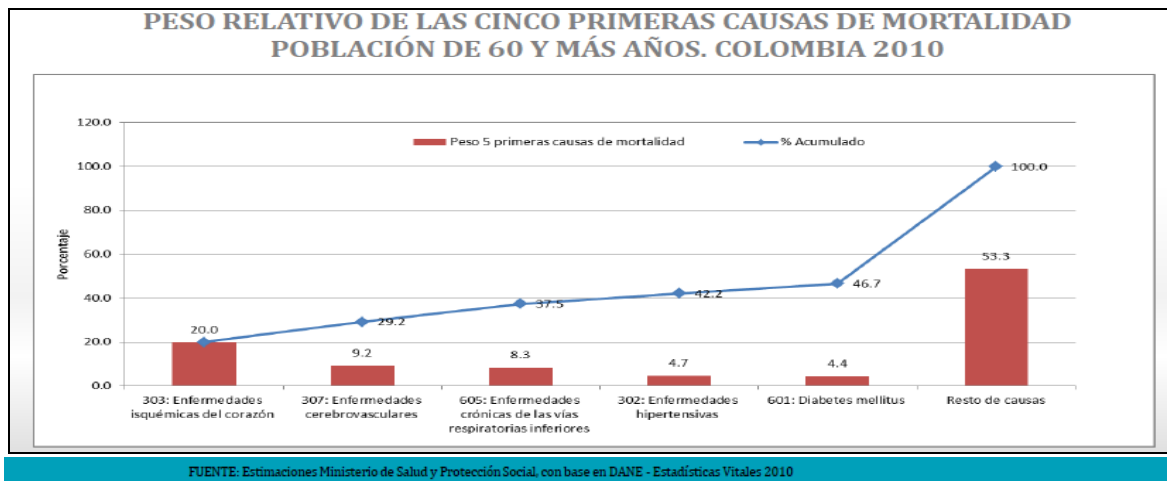
Fuente. Indicadores Básicos 2011 - Situación de salud en Colombia. MinSalud.

En tanto, en la población adulta, las tasas específicas de mortalidad por causas por subgrupos de edad durante el periodo 1985-2010 muestran un descenso general de las tasas de mortalidad de las primeras causas, con cambios de lugar en la lista de causas, que sugieren transformaciones en el perfil de morbilidad y mortalidad, a medida que avanza en la edad y cambian las épocas (Rodríguez, 2008). Un ejemplo es la aparición de las causas violentas como segunda causa de muerte en el grupo de edad de 45 a 59 años en 2005, cuando no aparecía entre las primeras diez causas en 1985; o el escalamiento hacia los primeros lugares de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC como causa de muerte en la población de 70 y más años<sup>16</sup>.

Adicionalmente, se puede observar en la gráfica siguiente el comportamiento por peso relativo de las cinco primeras causas de mortalidad para la población mayor de 60 años y más en el año 2.010, en donde se evidencia con respecto al año 2.009, tabla anterior la permanencia, peso y recurrencia de estas mismas causas.

**Grafico 3. Peso relativo cinco primeras causas de mortalidad. Población de 60 años y más. Colombia 2.010.**

<sup>16</sup>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 [en línea] <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>



**Tabla 8. Comparativo mortalidad general por grupo de edad – Colombia 2.009**

MORTALIDAD GENERAL POR GRUPO DE EDAD (Tasa específica por 100,000 hab). COLOMBIA 2.009											
REGION	DE 45 A 64 AÑOS			DE 65 Y MAS AÑOS			SIN EDAD		TOTAL		
	MUERTE	POBLACION	TASA	MUERTE	POBLACION	TASA	MUERTE	TASA	MUERTE	POBLACION	TASA
DEPARTAMENTO DE NARIÑO	1.002	249.673	401	3.421	11.809	3.060	24	1	6.271	1.619.461	387
COLOMBIA	37.839	7.974.934	474	106.971	2.957.637	3.617	835	2	196.923	44.978.832	438

Fuente. Indicadores Básicos 2011 - Situación de salud en Colombia. MinSalud.

Comparativamente, se observa que el Departamento de Nariño presenta una mortalidad general más baja que la nacional en la población objeto de esta política, en este sentido las tasas específicas de muerte por cada 100.000 habitantes en la población en proceso de envejecimiento y en las personas mayores a 65 años son 15.4% menores a la nacional en los dos grupos de edad referenciados.

El comportamiento de esta tasa específica para el departamento teniendo como referencia la población total (todos los grupos de edad) es un 11.6% menor que la nacional.

**Tabla 9. Mortalidad específica por sexo y grupo etáreo – Dpto. De Nariño 2.010**

MORTALIDAD ESPECIFICA DE LA POBLACION EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DEPARTAMENTO DE NARIÑO AÑO 2010. ( por sexo y grupo etareo)						
No.	15 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR SEXO Y GRUPO ETAREO	45 A 59 AÑOS		60 AÑOS Y MÁS		TOTAL
		MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	
1	Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	19	33	310	281	643
2	Tumor maligno del estomago, parte no especificada	17	31	55	98	201
3	Enfermedad pulmonar obstructiva cronica, no especificada	3	2	78	102	185
4	Agresion con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas: calles y carreteras	3	18	1	3	25
5	Accidente vascular encefalico agudo, no especificado como hemorragico o isquemico	6	3	69	63	141
6	Enfermedad cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca (Congestiva)	2	2	73	66	143
7	Agresion con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas: lugar no especificado	1	13	-	4	18
8	Neumonia, no especificada	6	6	43	50	105
9	Hemorragia intraencefalica, no especificada	5	8	58	41	112
10	Hipertension esencial, primaria	3	0	43	37	83
11	Tumor maligno del cuello del utero, sin otra especificacion	23	0	40	0	63
12	Otras enfermedades cerebrovasculares especificadas	3	2	33	28	66
13	Tumor maligno de los bronquios o del pulmon, parte no especificada	1	10	22	35	68
14	Tumor maligno de la prostata	0	7	-	61	68
15	Enfermedad pulmonar obstructiva cronica con infeccion aguda de las vias respiratorias inferiores	0	3	29	30	62
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>92</b>	<b>138</b>	<b>854</b>	<b>899</b>	<b>1983</b>
	<b>RESTO DE CAUSAS</b>	<b>217</b>	<b>307</b>	<b>1088</b>	<b>946</b>	<b>2558</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>309</b>	<b>445</b>	<b>1.942</b>	<b>1.845</b>	<b>4541</b>

Fuente. Boletín epidemiológico - Instituto Departamental de Salud de Nariño. Noviembre 2012. Indicadores básicos de salud. Nariño 2012

La mortalidad específica denota gran preocupación en cuanto al elevado número de personas adultas y adultas mayores que fallecen en el departamento de Nariño por las 3 principales causas 1) infarto agudo de miocardio (14.15%) del total de las causas, 2) tumor maligno de estómago (4.4%) y 3) enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC (4.0%), representando estas el 22.66% del total de las causas de mortalidad de la población objeto de la política pública de envejecimiento y vejez.

**Tabla 10. Causas externas mortalidad lista 6/67 de OPS – Dpto. de Nariño 2.010**

CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDAD SEGUN LISTA 6/67 DE OPS DEPARTAMENTO DE NARIÑO AÑO 2010. ( por sexo y grupo etareo)						
No.	LISTA 6/67 CIE 10 DE OPS - GRUPO ETAREO	45 A 59 AÑOS		60 AÑOS Y MÁS		TOTAL
		HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	
1	501 Acc. Transporte terrestre, inclusive secuelas	27	7	38	17	89
2	502 Otros acc. Transporte y los no esp, inclusive secuelas	1	0	0	0	1
3	503 Caidas	14	0	23	16	53
4	504 Acc. Causados por maquinas y por inst. cortantes/punzantes	1	0	1	0	2
5	505 Acc. Causados por disparo de arma de fuego	0	0	0	0	0
6	506 Ahogamiento y sumersion accidental	4	0	4	2	10
7	507 Exposicion al humo, fuego y llamas	0	0	0	0	0
8	508 Envenenamiento. Acc por, y exposicion a sustancias nocivas	0	0	1	0	1
9	509 Complicac. de la atencion medica y quirurgica. Inc secuelas	0	0	0	0	0
10	510 Otros accidentes, inclusive secuelas	24	4	18	6	52
11	511 Lesiones autoinflingidas intenc. (suicidios), inclusive secuelas	17	1	7	1	26
12	512 Agresiones (Homicidios), inclusive secuelas	69	9	22	2	102
13	513 Intervencion legal y operacion de guerra, inclusive secuelas	1	0	0	0	1
14	514 Eventos de intension no determinada, inclusive secuelas	11	4	15	4	34
	<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	<b>25</b>	<b>129</b>	<b>48</b>	<b>371</b>

Fuente. Boletín epidemiológico - Instituto Departamental de Salud de Nariño. Noviembre 2012. Indicadores básicos de salud. Nariño 2012

Es importante identificar la causa de mayor mortalidad en este caso debido a las agresiones (homicidios) como factor clave de atención y de orden social que representa el 27.5% de incidencia, seguida de los accidentes de transporte terrestre con un 24%.

### 2.3.3 ANALISIS COMPARATIVO DE LA SITUACION DE LOS ADULTOS Y PERSONAS MAYORES EN PROCESOS EDUCATIVOS ESPECIALES

En un contexto nacional y teniendo como línea inicial de comparación los resultados arrojados en tasas de alfabetismo en población de 60 años y más para Colombia 2011, se tiene que del total de personas mayores el 80,7% saben leer y escribir, dejando un tasa de analfabetismo del 19,3%. Resultados que analizados por género muestran una gran diferenciación puesto que la misma encuesta refleja que los hombres presentan una tasa de analfabetismo del 13,7% en el grupo de 60 años y más, siendo más alta (36,6%) en el grupo de 80 años y más. Para las mujeres la encuesta refleja resultados de mayor impacto, pues la tasa de analfabetismo es de 48,2% en el grupo de 60 años y más, siendo también más alta (58,9%) en el grupo de 80 años y más<sup>17</sup>. Esta encuesta demuestra o soporta la necesidad de manejar enfoques de garanticen equidad de género a la hora de proyectar estrategias educativas orientadas a la población adulta mayor.

Regionalmente, en el departamento de Nariño podemos observar cual es el estado de matrícula en procesos educativos especiales para personas mayores, situación que determina cual es el impacto a futuro sobre las tasas antes analizadas.

<sup>17</sup>MINISTERIO DE SALUD. Gran encuesta integrada de hogares con base DANE.

**Tabla 11. Matrículas a 2012 para la población objeto de la política pública**

ANÁLISIS SUBREGIONAL POBLACION ADULTA Y ADULTA MAYOR EN PROCESOS EDUCATIVOS ESPECIALES A 2012				
SUBREGIONES	PERSONAS ENTRE 45 Y 59 AÑOS	%	PERSONAS DE 60 Y MAS AÑOS	%
SANQUIANGA	528	14,57%	277	17,30%
PACIFICO SUR	86	2,37%	46	2,87%
TELEMBI	558	15,40%	161	10,06%
PIE DE MONTE COSTERO	84	2,32%	41	2,56%
EX PROVINCIA DE OBANDO	481	13,27%	263	16,43%
LA SABANA	185	5,10%	21	1,31%
ABADES	258	7,12%	117	7,31%
CENTRO	150	4,14%	131	8,18%
CORDILLERA	230	6,35%	84	5,25%
JUANAMBU	363	10,02%	148	9,24%
OCCIDENTE	145	4,00%	76	4,75%
MAYO	386	10,65%	155	9,68%
GUAMBUYACO	170	4,69%	81	5,06%
<b>DPTO NARIÑO</b>	<b>3.624</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.601</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Secretaría de educación departamental - área de cobertura. Corte Diciembre de 2012

Según proyección DANE para el año 2012 y excluyendo los Municipios de Pasto, Ipiales y Tumaco, se estimaban en Nariño 102.043 personas mayores (60 y más años), con este dato proyectado y la información de matrícula con corte a diciembre del mismo año se obtendría una participación del 1,57% de personas mayores en procesos de educación especial.

En cuanto a la distribución por grados, según observamos en la tabla siguiente, con población total, en proceso de envejecimiento y vejez (45 años y más), se observa que el 57,33% se encuentran en grado 21 (equivalente a los grados 1,2 y 3) con duración de 1 año, mientras que en grado 26 (equivalente al grado 11) con duración de ½ año se tiene un 0,32%; Comportamiento que demuestra la aceptación de estos programas en cuanto a cantidad de adultos y personas mayores matriculados en grado 21 con tendencia a terminar estos ciclos educativos especiales.

**Tabla 12. Distribución por grados año 2012 - (excluye Pasto, Ipiales y Tumaco).**

SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL DE NARIÑO			
MATRICULA ADULTOS Y ADULTOS MAYORES EN PROCESOS EDUCATIVOS A 2012			
POBLACION ENTRE 45 Y 59 AÑOS DE EDAD	3.624	DISTRIBUCION POR GRADOS	
		GRADO 21	2.996
		GRADO 22	634
POBLACION DE 60 Y MAS AÑOS DE EDAD	1.601	GRADO 23	1060
		GRADO 24	473
		GRADO 25	45
TOTAL	5.225	GRADO 26	17
		TOTAL	5.225

Fuente: Secretaría de educación departamental - área de cobertura. Corte Diciembre de 2012

### 2.3.4 COMPARATIVO DE LA SITUACIÓN SOCIO-ECONOMICA, COBERTURA EN PLANES DE BENEFICIOS

Para este análisis se tomaron como referencia los datos o información suministrada en indicadores socioeconómicos a nivel nacional y departamental, para ello es preciso en primer lugar establecer cuál es el objeto perseguido en cuanto a planes de beneficios sociales y económicos, su orientación, capacidad y cobertura, entre otros, a fin de establecer estrategias que garanticen equidad y una verdadera solución a los problemas que aquejan a la población en proceso de envejecimiento y vejez.

**Tabla 13. Comparativo de indicadores socioeconómicos - Colombia 2010.**

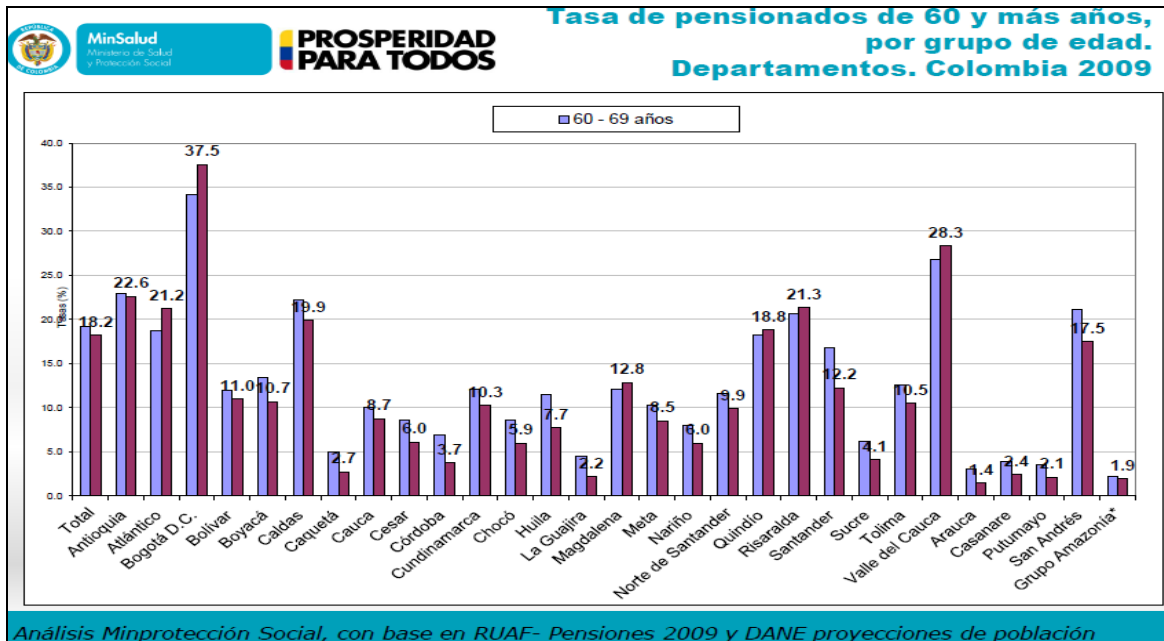
INDICADORES SOCIOECONOMICOS. COLOMBIA 2.010									
REGION	Promedio de Afiliación al SGSSS, 2010		Poblacion en Necesidades Basicas Insatisfechas (%2010)	Coeficiente de GINI 2009	Poblacion bajo linea de indigencia (%) 2005	Poblacion bajo linea de pobreza (%) 2005	Indice de desarrollo humano (IDH) 2005	Indice de condiciones de vida (%) (ICV)2006	Años promedio de educación para población de 15 años y más. 2005
	Regimen Contributivo	Regimen Subsidiado							
DEPARTAMENTO DE NARIÑO	229.958	1.113.156	43,79	0,517	23,74	64,04	0,72	70,64	6,36
COLOMBIA	18.043.376	21.606.502	27,78	0,578	15,65	49,74	0,78	79,45	7,90

Fuente. Indicadores Básicos 2011 - Situación de salud en Colombia. MinSalud.

#### 2.3.4.1 Factor pensional

El factor pensional, en cuanto a estudio comparativo de inequidades entre departamentos se establece como factor clave y representativo, para identificar las condiciones de seguridad económica y sus alcances en cuanto al aseguramiento de la población envejeciente, el grafico siguiente ilustra esta situación en un contexto nacional.

#### Grafico4. Tasa de pensionados de 60 años y más. – Colombia 2.009



Análisis Minprotección Social, con base en RUA-F Pensiones 2009 y DANE proyecciones de población

La tasa de cobertura pensional para la población en etapa de vejez en el departamento de Nariño (6.0), se encuentra por debajo de la media superior, teniendo extremos superiores en cobertura en el distrito capital Bogotá, con tasas de 37.5 y extremos inferiores de la misma por el orden de 1.4 en Arauca, situación que claramente evidencia la baja cobertura pensional para el grupo poblacional objeto de esta política, factor relevante pues indica la baja capacidad de adquisición, compra, consumo y sostenibilidad en aseguramiento para un mantenimiento básico y condiciones de calidad de vida digna.

### 2.3.4.2 Cobertura en programas de subsidio económico

El programa Colombia Mayor a través del subsidio económico, representa actualmente la única fuente de ingresos en reemplazo de un ingreso pensional permanente para la población más vulnerable del departamento, a continuación observamos la cobertura actual en el departamento y sus subregiones.

Tabla 14. Cobertura subregional programa de subsidios económicos en el departamento de Nariño – 2013



Libertad y Orden



República de Colombia

Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social

POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

SUBREGIONES	TOTAL POBLACION	TOTAL POBLACION MAYOR DE 60 AÑOS	TOTAL CUPOS COLOMBIA MAYOR	% DE COBERTURA SOBRE LA POBLACION MAYOR DE 60 AÑOS
PIE DE MONTE COSTERO	25.906	2.284	1.249	54.68%
OCCIDENTE	53.024	7.457	3.343	44.83%
GUAMBUYACO	43.927	4.924	2.197	44.62%
LA SABANA	74.825	9.609	4.109	42.76%
JUANAMBU	85.448	10.828	4.530	41.84%
CORDILLERA	74.312	7.379	2.846	38.57%
MAYO	105.867	13.655	5.195	38.04%
EX PROVINCIA DE OBANDO	281.074	32.279	10.710	33.18%
SANQUIANGA	106.553	5.888	1.742	29.59%
PACIFICO SUR	205.361	12.901	3.808	29.52%
TELEMBI	78.632	4.895	1.281	26.17%
ABADES	89.170	11.048	2.460	22.27%
CENTRO	477.683	52.205	11.250	21.55%
<b>DPTO NARIÑO</b>	<b>1.701.782</b>	<b>175.352</b>	<b>54.720</b>	<b>31.21%</b>

(La distribución de cobertura por municipios se puede observar en la tabla de cobertura municipal en el programa de subsidio económico – 2013 en los anexos respectivos.)

Según la tabla anterior se puede observar que existe gran diferenciación en materia de participación porcentual sobre la cantidad de personas mayores, lo que denota desigualdades e inequidades a la hora de asignar los cupos respectivos en cada municipio.

### 2.3.4.3 ANALISIS COBERTURA 2.013 EN COLOMBIA MAYOR DPTO DE NARIÑO

Teniendo en cuenta la información suministrada de cobertura en el programa de subsidios económicos con corte a junio de 2.013, se puede observar una gran diferenciación en materia de % de cobertura según la población mayor de 60 años en cada municipio, lo que refleja inequidad en materia de adultos mayores beneficiados en los distintos municipios, pues se tiene extremos diferenciales muy acentuados como es el caso del Municipio de Tambo con un 68.97% que ocupa el 1er lugar en cobertura y Magüi con un 11.34% en la última posición (Posición 64).

**Tabla 15. Cobertura municipal subsidios económicos en el departamento de Nariño – 2013**

POSICION	MUNICIPIOS	TOTAL CUPOS	% COBERTURA EN MAYORES DE 60 AÑOS	POSICION	MUNICIPIOS	TOTAL CUPOS	% COBERTURA EN MAYORES DE 60 AÑOS
1	EL TAMBO	1.020	68.97%	33	LA UNION	1.341	39.89%
2	ANCUYA	685	68.78%	34	OSPINA	436	39.53%
3	GUALMATAN	536	61.75%	35	TÚQUERRES	1.925	39.50%
4	CORDOBA	908	60.61%	36	BELEN	411	39.11%
5	TANGUA	799	59.27%	37	LEIVA	448	39.02%
6	EL ROSARIO	504	59.22%	38	BARBACOAS	714	38.30%
7	RICAURTE	800	56.82%	39	BUESACO	1.256	37.64%
8	SAPUYES	492	56.36%	40	LA LLANADA	256	37.59%
9	FUNES	562	56.31%	41	PUPIALES	949	37.32%
10	CONTADERO	487	55.59%	42	CONSACA	523	36.94%
11	LA CRUZ	1.289	55.56%	43	SANDONA	1.267	36.87%
12	ARBOLEDA	520	54.22%	44	MOSQUERA	298	35.48%
13	LINARES	868	53.95%	45	CUMBAL	1.213	31.35%
14	PUERRES	736	53.37%	46	OLAYA HERRERA	496	31.25%
15	EL TABLON DE GOMEZ	780	53.13%	47	POLICARPA	407	30.86%
16	LA FLORIDA	708	52.17%	48	SAN ANDRES DE TUMACO	3.594	30.43%
17	MALLAMA	449	51.26%	49	SAMANIEGO	1.583	28.68%
18	SAN PABLO	1.132	50.20%	50	CHACHAGUI	469	28.62%
19	NARIÑO	274	49.82%	51	ROBERTO PAYAN	385	26.87%
20	EL PEÑOL	411	49.28%	52	LOS ANDES	510	26.42%
21	TAMINANGO	1.093	48.90%	53	GUACHUCAL	531	26.31%
22	ALDANA	412	48.64%	54	SANTA BARBARA	261	24.28%
23	POTOSI	795	48.36%	55	EL CHARCO	394	22.60%
24	COLON	654	47.98%	56	CUMBITARA	394	21.58%
25	GUAITARILLA	821	46.91%	57	FRANCISCO PIZARRO	214	19.65%
26	ILES	483	46.31%	58	IPIALES	2.583	19.08%
27	LA TOLA	293	45.57%	59	SANTACRUZ	618	18.44%
28	SAN PEDRO DE CARTAGO	404	45.14%	60	ALBÁN	526	18.26%
29	YACUANQUER	609	44.85%	61	PASTO	8.391	18.26%
30	CUASPUD	515	44.43%	62	SAN BERNARDO	403	17.39%
31	SAN LORENZO	1.009	44.35%	63	PROVIDENCIA	259	11.89%
32	IMUES	435	43.07%	64	MAGUI	182	11.39%
					<b>DPTO NARIÑO</b>	<b>54.720</b>	<b>31.21%</b>

### 2.3.5 ANALISIS DE VICTIMAS - REGISTROS DE LA POBLACION EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ ASOCIADA A HECHOS VICTIMIZANTES

La intensificación del conflicto en los últimos años, ha traído consigo la agudización de la situación de crisis humanitaria y violación de los Derechos Humanos en varias subregiones del Departamento, tal como lo evidencian los siguientes hechos: entre el 2007 y 2011, murieron a consecuencia de masacres 91 personas. En las subregiones del Pacífico Sur y Telembí se presentan más del 70% de las masacres registradas.

En desplazamiento masivo, como uno de los hechos victimizantes de mayor impacto, Nariño es el segundo departamento del país que enfrenta este fenómeno. A diciembre de 2011, al menos 179.232 personas se registraron como desplazadas en distintos municipios del Departamento. Entre las subregiones más afectadas están: Pacífico Sur, Centro y Sanquianga, que en promedio suman más del 60% del total de la población desplazada del Departamento. Los principales municipios receptores de población desplazada son: Tumaco con 45.881, Pasto con 38.421 y El Charco con 17.366 desplazados<sup>18</sup>.

A continuación, en las tablas siguientes, se puede apreciar el impacto y clasificación de los departamentos por índices de presión e intensidad para población desplazada mayor de 60 años en el año 2.011.

**Tabla 16. Índice de presión. Población desplazada de 60 años y más. Año 2.011**

**CLASIFICACIÓN DE DEPARTAMENTOS SEGÚN EL ÍNDICE DE PRESIÓN.  
POBLACIÓN DESPLAZADA ≥ 60 AÑOS. COLOMBIA 2011**

Quintiles	Índice de presión (x 1.000 hab.)	Departamentos
Extr/ Alto	≥ 20	Chocó
Alto	14.91 a 19.9	Sucre y Cesar
Medio	10.51 a 14.9	Magdalena, Córdoba, Bolívar, Guaviare y Caquetá
Medio Bajo	6.11 a 10.5	Guainía, Meta, Nariño, Putumayo, La Guajira, Antioquia y Arauca
Bajo	1.7 a 6.1	Cundinamarca, Bogotá D. C., Risaralda, Santander, Caldas, Amazonas, Vaupés, Quindío, Valle, Tolima, Vichada, Huila,
Ext/ Bajo	< 1	San Andrés y Providencia y Boyacá

**FUENTE: Elaboración con base en Acción Social - RUPD 2011**

**Tabla 17. Índice de Intensidad. Población desplazada de 60 años y más. Año 2.011**

<sup>18</sup> GOBERNACION DE NARIÑO. Plan de Desarrollo "Nariño Mejor" 2012-2015. En Gobernación de Nariño [en línea] <http://nariño.gov.co/index.php/plandedesarrolloordenanza00412>

Quintiles	Índice de intensidad (x 1.000 hab.)	Departamentos
Extr/Alto	≥ 20	Guaviare y Chocó
Alto	14.61 a 19.9	Bolívar, Sucre, Caquetá y Cesar
Medio	10.5 a 14.6	Antioquia, Córdoba, Arauca, Vichada, Putumayo y Magdalena
Medio Bajo	6.2 a 10.4	Meta, Cauca, La Guajira y Nariño
Bajo	1.1 a 6.1	Santander, Cundinamarca, Caldas, Valle, Casanare, Huila, Vaupés, Guainía, Tolima, Total país y Norte de Santander
Extr/ Bajo	< 1.0	Bogotá, Atlántico, San Andrés, Boyacá, Amazonas, Risaralda y Quindío

**FUENTE: Elaboración con base en Acción Social – RUPD 2011**

La proporción de la población de 60 años y más, víctimas del desplazamiento forzado representa el 7% de la población desplazada.

Los departamentos fronterizos de bajo desarrollo social, en los cuales se focaliza el conflicto armado, tienen los mayores índices de desplazamiento, en ellos, son mayores los índices de presión (entrada de desplazados) e intensidad (salida de desplazados).

Según esta clasificación el departamento de Nariño se encuentra clasificado con índices de presión e intensidad en el quintil “Medio-Bajo”.

**Tabla 18. Registros de hechos victimizantes - (Quienes reportaron que llegaron a los diferentes Municipios del Departamento de Nariño)\_Corte a Marzo de 2.013.**

HECHOS VICTIMIZANTES	CANTIDAD GENERAL	%
Acto terrorista , Atentados, Combates, Enfrentamientos , Hostigamientos	4.046	1,37%
Amenaza	2.894	0,98%
Delitos contra la Libertad y la Integridad sexual en desarrollo del conflicto Armado	151	0,05%
Desaparición forzada	2.114	0,71%
Desplazamiento Forzado	253.950	85,69%
Homicidio, Masacre	19.270	6,50%
Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y artefacto explosivo improvisado	273	0,09%
Secuestro	959	0,32%
Tortura	378	0,13%
Vinculación de Niños, Niñas y Adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados	67	0,02%
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	11.767	3,97%
Otros	58	0,02%
Eventos Masivos	448	0,15%
<b>TOTAL GENERAL DPTO</b>	<b>296.375</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Unidad Para La Atención y Reparación Integral de las Víctimas - Red Nacional de Información - Oficina Asesora de Planeación \* Fecha de corte: Marzo 31 de 2013

Como se puede apreciar en la Tabla siguiente, en lo referente a desplazamiento forzado como hecho victimizante de mayor impacto, es de considerable importancia el aumento del mismo puesto que del año 2011 al corte reportado tiene un incremento considerable de aproximadamente el 42%, a esta situación se le suma el hecho de que las personas mayores (60 años y más) como víctimas de este hecho forzado, no tienen una ruta de atención o programas de seguimiento focalizados, que permitan generar redes de apoyo tanto durante el proceso de expulsión como a la hora de

radicarse en el Municipio receptor, razón por la cual presentan doble vulnerabilidad (Victimas del desplazamiento y Personas con limitaciones propias de la edad).

**Tabla 19. Registro subregional de victimas por ciclo vital en diferentes hechos victimizantes en el Departamento de Nariño**

ANALISIS SUBREGIONAL POBLACION ADULTA Y ADULTA MAYOR VICTIMA POR CICLO VITAL (Por diferentes hechos victimizantes)				
SUBREGIONES	PERSONAS ENTRE 27 Y 60 AÑOS	%	PERSONAS DE 61 Y 100 AÑOS	%
SANQUIANGA	7.762	9,76%	1.457	11,13%
PACIFICO SUR	18.289	23,00%	3.571	27,27%
TELEMBI	3.443	4,33%	591	4,51%
PIE DE MONTE COSTERO	1.683	2,12%	353	2,70%
EX PROVINCIA DE OBANDO	4.791	6,02%	602	4,60%
LA SABANA	529	0,67%	69	0,53%
ABADES	4.164	5,24%	584	4,46%
CENTRO	21.423	26,94%	3.238	24,73%
CORDILLERA	8.330	10,47%	1.273	9,72%
JUANAMBU	2.461	3,09%	321	2,45%
OCCIDENTE	2.098	2,64%	202	1,54%
MAYO	1.430	1,80%	225	1,72%
GUAMBUYACO	3.122	3,93%	607	4,64%
<b>DPTO NARIÑO</b>	<b>79.525</b>	<b>100,00%</b>	<b>13.093</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Unidad Para La Atencion y Reparacion Integral de las Víctimas - Red Nacional de Información - Oficina Asesora de Planeación \* Fecha de corte: Marzo 31 de 2013

A manera de análisis y tomando como base de cálculo los reportes suministrados se puede inferir que las personas mayores (61 años – 100 años) representan el 4,41% de las víctimas reportadas por los diferentes hechos victimizantes, es decir el 7.4% de la población total adulta mayor según proyecciones DANE 2013, (175.352) es o ha sido afectado por algún hecho victimizante, situación que amerita un manejo diferencial y focalizado a la hora de brindar los diferentes tipos de atención a estos hechos.

Cabe resaltar la alta incidencia de estos hechos victimizantes en las subregiones del pacifico sur y centro donde se concentra el 52% de estos hechos, lo que indica mayor urgencia de atención y focalización en estas subregiones.



Libertad y Orden



República de Colombia

Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social

POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

## **2.4 METODOLOGIA INTEGRADA DE PARTICIPACION SOCIAL DE Y PARA PERSONAS MAYORES “MIPSAM”**

Es una metodología de trabajo comunitario, que busca brindar herramientas técnicas para el fomento de la construcción, fortalecimiento, participación de redes sociales, organizaciones y asociaciones de y para personas mayores, partiendo de un trabajo participativo con las comunidades para la definición de asuntos que les interesan o les afectan en el ejercicio de sus derechos.

La metodología MIPSAM facilitó la participación activa de las personas convocadas en la construcción de la Política Pública Departamental de Envejecimiento y Vejez, haciendo uso de herramientas técnicas, permitiendo la recolección de la información desde la base comunitaria en las 13 subregiones nariñenses a través de talleres de validación y socialización además de contar con la participación del Comité Departamental de Adulto Mayor para que sea esta una manera de visibilizar la diversidad cultural, política, étnica y territorial.

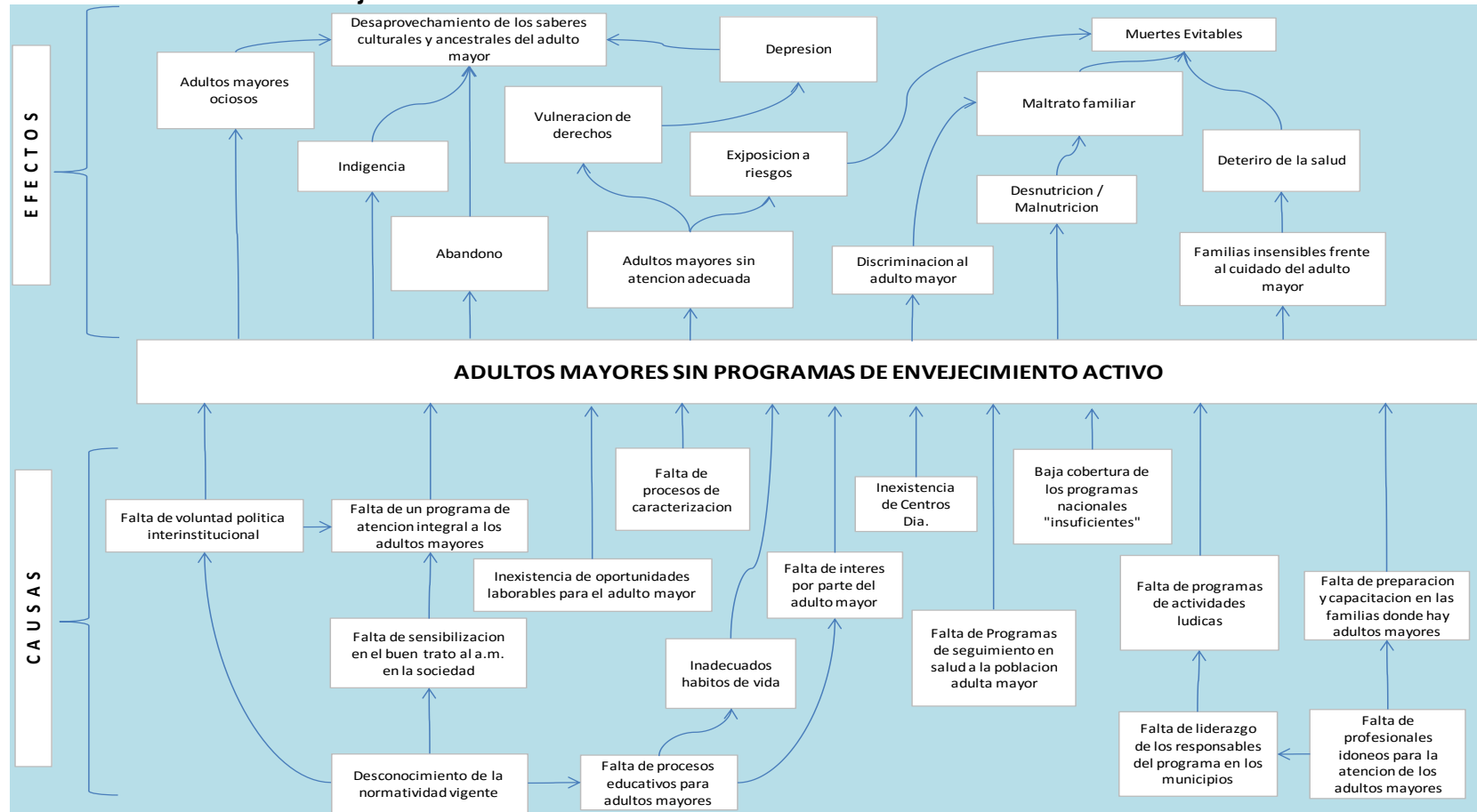
### **2.4.1 ANALISIS DE CAUSALIDAD Y EFECTOS “ÁRBOLES DE PROBLEMAS”**

La participación social, es el proceso en el cual los actores de una comunidad toman parte en las reflexiones y decisiones sobre cualquier problema que los afecta, lleva a asumir la responsabilidad y obligaciones para la formulación de planes y la adopción de acciones tendientes a solucionar dichas problemáticas.

En este sentido, la participación ciudadana, es clave para consolidar la democracia, concebida como resultado de un pacto social, que suscriben los ciudadanos entre sí, para ello se tiene como punto de partida en la construcción del árbol de problemas los Derechos de las Personas Mayores según la Ley 1251 de 2008.

**2.4.2 EJE 1: ENVEJECIMIENTO ACTIVO**

**Grafico 7. Árbol de Problemas – Eje 1.**



### 2.4.3 EJE 2: PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES

Grafico 8. Árbol de Problemas – Eje 2.



**2.4.4 EJE 3: PROTECCION SOCIAL INTEGRAL**

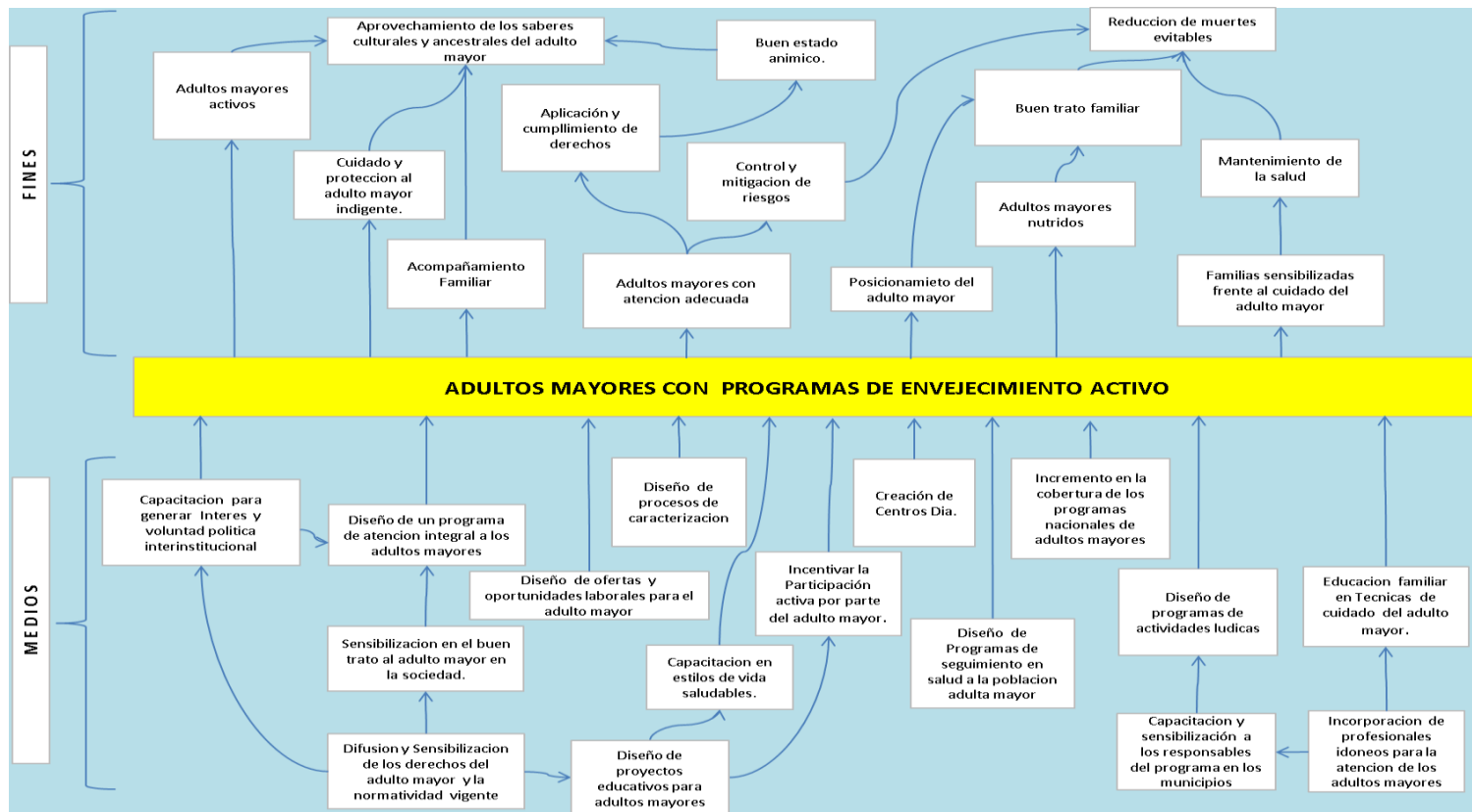
**Grafico 9. Árbol de Problemas – Eje 3.**



## 2.5 ANALISIS DE MEDIOS Y FINES “ARBOLES DE OBJETIVOS”

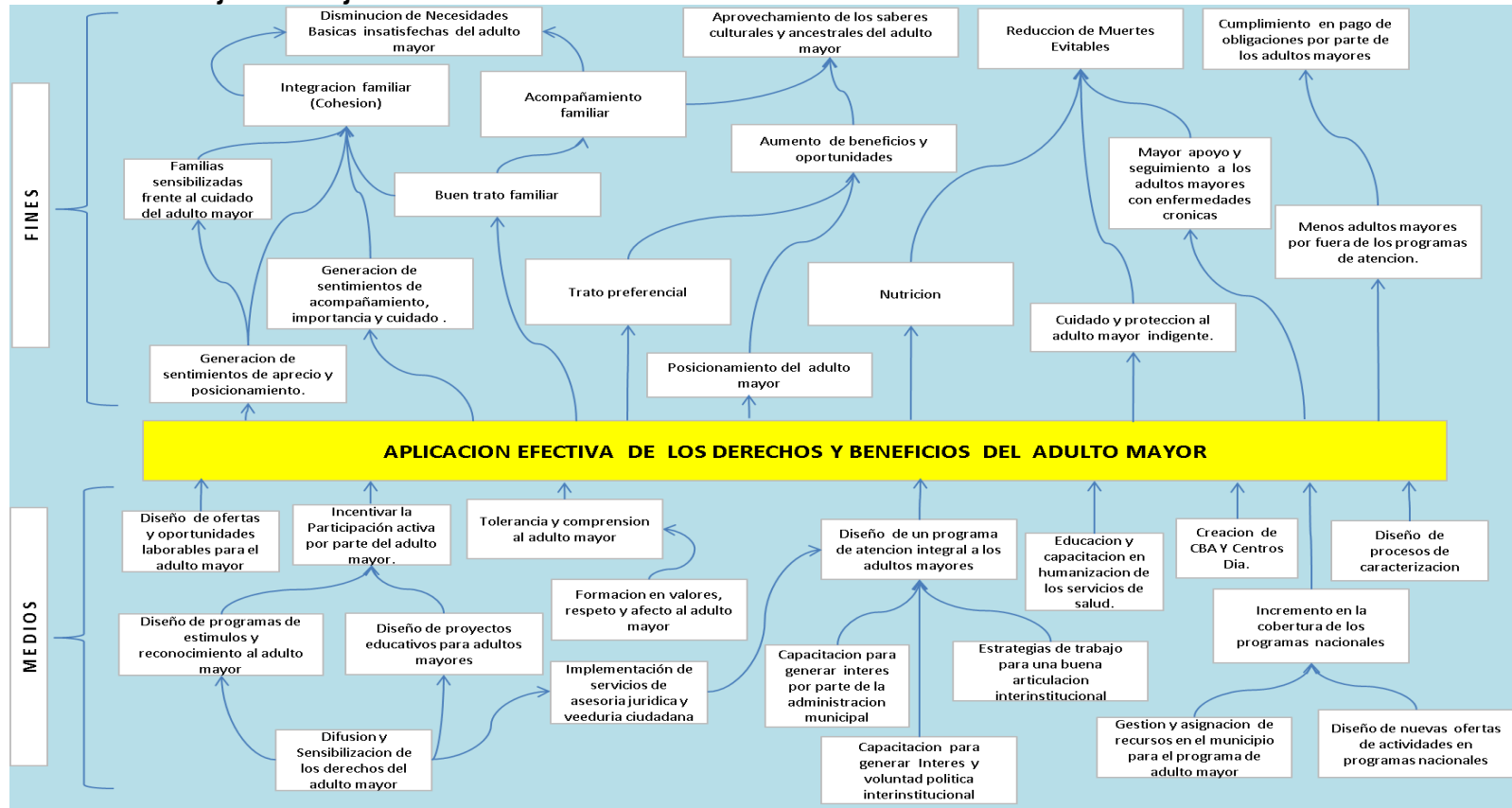
### 2.5.1 EJE 1: ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Grafico10. Árbol de Objetivos - Eje1.



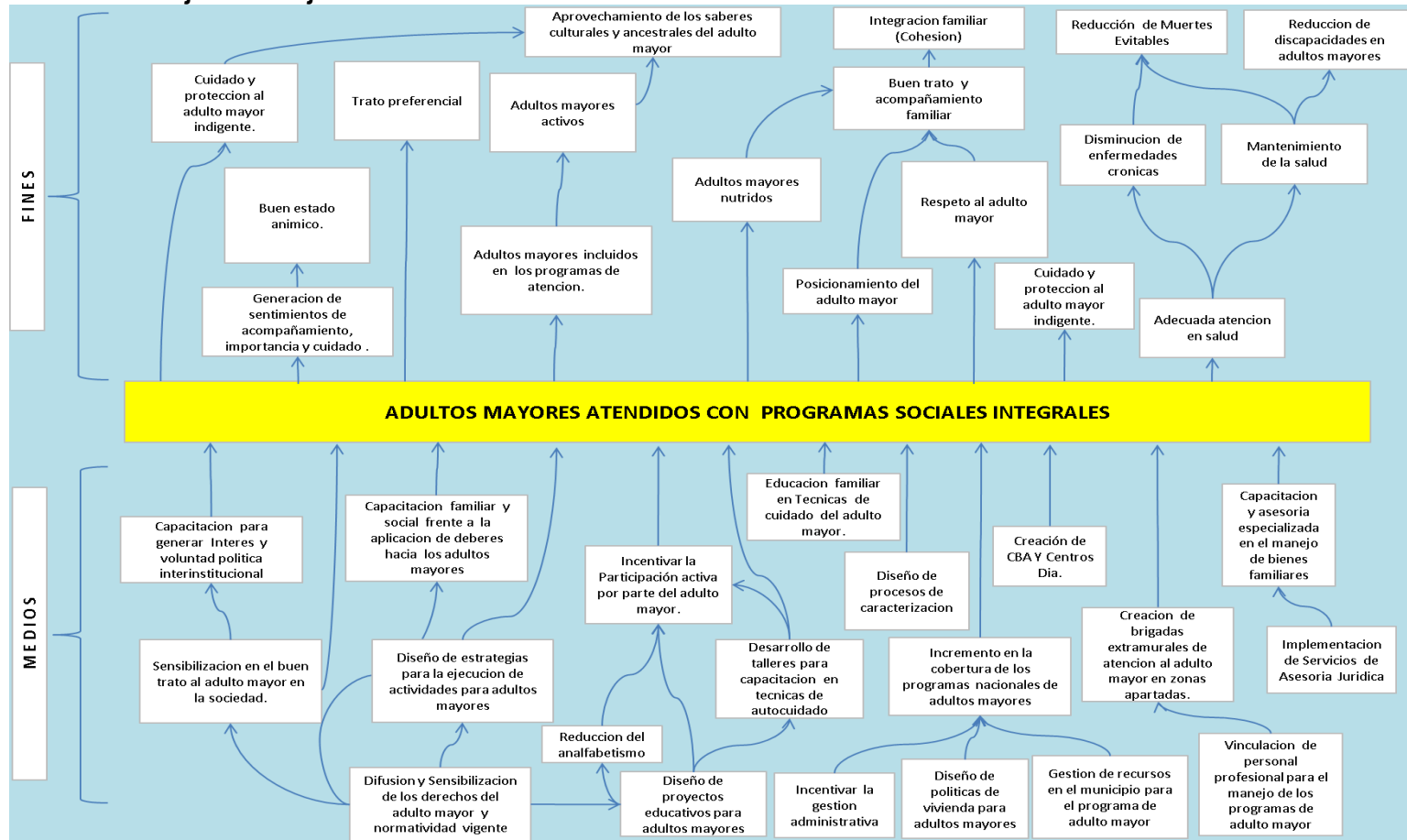
2.5.2 EJE 2: PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES

Grafico11. Árbol de Objetivos - Eje 2.



**2.5.3 EJE 3: PROTECCION SOCIAL INTEGRAL**

**Grafico12. Árbol de Objetivos - Eje3.**





### 3. POLITICA PÚBLICA DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO

El Departamento de Nariño adopta la Política Pública Departamental de Envejecimiento y Vejez 2013 – 2023 mediante Ordenanza número 042 del 5 de diciembre de 2013, dirigida a toda la población en proceso de envejecimiento cuyo rango de edad está entre los 45 y 59 años y personas mayores de 60 años, con énfasis en aquellos en condiciones de vulnerabilidad.

Para ello, durante su desarrollo y articulándose con la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez reconoce:

- ✓ La heterogeneidad del departamento, las condiciones de desarrollo social, la pluralidad étnica y las diferencias de género, así como la diversidad cultural y territorial de sus municipios.
- ✓ A la familia como la unidad básica de la sociedad, que desempeña una función fundamental en el desarrollo social y que como tal, debe ser fortalecida, prestándose atención a los derechos, las capacidades y vulnerabilidades y obligaciones de sus integrantes, en torno a la autoprotección y a la de sus miembros, en especial a la de sus personas mayores.
- ✓ Las necesidades de promover el ejercicio efectivo de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones en todos los niveles de la sociedad; promover la igualdad y la equidad entre hombres y mujeres y proteger los derechos de las personas mayores.
- ✓ La necesidad de crear entornos económico, político, social, cultural, espiritual y jurídico, favorables para mejorar las condiciones de vida y lograr un mayor grado de bienestar de la población, garantizando un envejecimiento activo.
- ✓ La necesidad de asumir la promoción del envejecimiento activo como estrategia de aplicación principalmente durante el proceso de envejecimiento (45 a 59 años) con visión de largo plazo y trabajar en una política renovadora y enriquecedora de extensión del ciclo vital, es decir, trascender la visión del envejecimiento como problema.
- ✓ Las limitaciones del Sistema Integral de Información del departamento para evidenciar la situación de envejecimiento y vejez.
- ✓ La necesidad de fomentar y consolidar organizaciones, redes de apoyo y redes de protección social formales e informales, que generen tejido social, así como dinámicas para el ejercicio de los derechos y la transformación del imaginario de la vejez.
- ✓ La necesidad de poner en la agenda pública la vejez y el envejecimiento como temas prioritarios para la gestión pública y privada, de la cooperación técnica internacional, de las ONG, de la sociedad civil y de todos los estamentos del Estado.

#### 3.1 PRINCIPIOS DE LA POLITICA

- **Universalidad:** está dirigida a toda la población de Nariño.
- **Equidad:** se aplicará a toda la población, sin distinción de sexo, grupo étnico, condición social.
- **Dignidad:** es el respeto al que se hace acreedor todo ser humano.



- **Solidaridad intergeneracional:** hace Referencia al apoyo que se da entre las generaciones con el propósito de protegerse entre sí. Promueve las interrelaciones entre personas mayores, jóvenes, niños, favoreciendo un trato digno, respetuoso, y una imagen positiva de la vejez. Es la determinación firme y perseverante de empeñarse por el bien de todos y de cada uno, para que todos seamos responsables de todos.
- **Participación social:** son las acciones individuales y colectivas que pretenden promover y lograr transformaciones sociales, realizadas por las personas mayores a nivel individual y colectivo en diferentes campos de interés.
- **Enfoque diferencial:** hace referencia a la orientación de la política, con acciones afirmativas hacia un grupo especial de población que requiere especial atención con el propósito de eliminar las desigualdades sociales.

### 3.2 OBJETIVO GENERAL

La Política Pública de Envejecimiento y Vejez del Departamento de Nariño, tiene por objetivo promover y garantizar los derechos humanos de las personas mayores que garantice un envejecimiento activo y funcional.

### 3.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Promover, desarrollar y garantizar los derechos humanos, sociales, económicos y culturales de las personas mayores.
- ✓ Generar las condiciones que garanticen mecanismos de y para la protección social integral para la población adulta mayor.
- ✓ Promover un envejecimiento activo que garantice condiciones de autonomía, integración, seguridad y participación efectiva de la población en todo su ciclo de vida.
- ✓ Promover un departamento con subregiones incluyentes, solidarias y equitativas para todas las personas mayores, con especial énfasis aquellas que se encuentran en extrema pobreza, alta vulnerabilidad social y que han sido afectadas por hechos victimizantes.
- ✓ Impulsar procesos de cambio cultural en lo referente a la concepción de un imaginario individual y colectivo con respecto a la vejez como proceso natural, de orden cronológico.

### 3.4 EJES DE LA POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

La Política Pública Departamental de Envejecimiento y Vejez en su estructura está conformada por cuatro ejes:

- ✓ Eje 1: Envejecimiento Activo.
- ✓ Eje 2: Protección y Promoción de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
- ✓ Eje 3: Protección Social Integral de las Personas Mayores.
- ✓ Eje 4: Formación del Talento Humano e Investigación.

Cada eje está compuesto por:

- ✓ Líneas estratégicas
- ✓ Componentes



✓ Acciones

### 3.4.1 EJE 1: ENVEJECIMIENTO ACTIVO

#### OBJETIVO:

Optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran en proceso de envejecimiento.

#### 3.4.1.1 LINEAS ESTRATEGICAS

1. Desarrollo de condiciones para una vida saludable y activa.
2. Educación cultural y cambios de comportamiento frente al envejecimiento y vejez.

#### 3.4.1.2 LINEA ESTRATEGICA 1 – Desarrollo de condiciones para una vida saludable y activa.

##### 3.4.1.2.1 Componente 1 – Promoción de hábitos y estilos de vida saludable

Este componente pretende identificar aquellas prácticas o acciones de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, garantizando autonomía y desarrollo de capacidades y potencialidades de las personas, está dirigida a toda la población, a fin de lograr mantener a la población sana y productiva.

##### 3.4.1.2.1.1 Acciones

- Fortalecer programas de promoción y prevención que propendan a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Desarrollo de programas encaminados a mejorar y mantener adecuados hábitos y estilos de vida saludable.
- Desarrollo de programas que promuevan el autocuidado en el adulto y persona mayor.

#### 3.4.1.3 LINEA ESTRATEGICA 2 – Educación cultural y cambios de comportamiento frente al envejecimiento y vejez

##### 3.4.1.3.1 Componente 1 – Creación de una cultura de respeto frente al proceso de envejecimiento y vejez

Este componente propone espacios que puedan ayudar a cambiar la imagen del proceso de envejecimiento y vejez implica la posibilidad de compartir significados que nos conduzcan al desarrollo de actitudes y valores que reconozcan la existencia humana como una construcción constante que depende de condiciones y estilos de comportamiento cotidiano. Igualmente reconoce la importancia de todas las edades de la vida, buscando superar falsas creencias, estereotipos, prejuicios y toda forma de exclusión social.

##### 3.4.1.3.1.1 Acciones



Libertad y Orden



República de Colombia

Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social

**POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023**

- Implementación de espacios conversacionales con la población adulta mayor, cuidadores y núcleos familiares en torno a la aceptación, manejo y disfrute del envejecimiento y vejez como proceso y etapa normal del ciclo vital.
- Diseño y divulgación de campañas de sensibilización hacia un imaginario positivo del envejecimiento y la vejez, articuladas de forma masiva con los medios de comunicación.

### **3.4.2 EJE 2: PROMOCION Y PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES**

#### **OBJETIVO:**

Propiciar espacios para la aplicación efectiva de la normatividad legal vigente para la difusión de los derechos, deberes y beneficios de las personas mayores.

#### **3.4.2.1 LINEAS ESTRATEGICAS**

1. Difusión y sensibilización de los derechos y deberes de las personas mayores.
2. Participación social.
3. Reconocimiento y posicionamiento de las personas mayores.
4. Acompañamiento jurídico y veeduría ciudadana.

#### **3.4.2.2 LINEA ESTRATEGICA 1 – Difusión y sensibilización de los derechos y deberes de las personas mayores.**

Esta línea pretende socializar, difundir y sensibilizar a las personas mayores y a la comunidad en general sobre los derechos, deberes y los diferentes beneficios a que tiene lugar la población adulta mayor, teniendo como línea de base lo contemplado en la normatividad vigente.

#### **3.4.2.2.1 Componente 1 – Información y educación sobre los derechos y deberes de las personas mayores**

El objetivo de brindar información y educación sobre estas temáticas es poner a disposición de todas las herramientas jurídicas, institucionales y sociales que son pertinentes a la población de adultos mayores.

Cada una de las acciones que se ejecuten en este componente debe dirigirse a la población adulta mayor y a la comunidad en general, al igual que a las instituciones públicas y privadas, orientando los medios y modos disponibles para que de manera masiva y dirigida estos difundan los conceptos y los apropien en los escenarios en donde se desenvuelven.

#### **3.4.2.2.1.1 Acciones**

- Fomento de programas encaminados a tratar temáticas sobre Derechos Humanos dirigido a las personas mayores, comunidad en general e instituciones, es necesario recomendar que se deben identificar actores sociales claves y multiplicadores de la información.
- Diseño, socialización y distribución de material didáctico, educativo y publicitario en Derechos Humanos dirigido a adultos mayores; cualquier clase de material debe incorporar lenguajes

sencillos y adaptados teniendo en cuenta la población analfabeta, personas con discapacidad y las diferentes etnias que existen en el territorio.

### **3.4.2.3 LINEA ESTRATEGICA 2 – Participación Social**

#### **3.4.2.3.1 Componente 1 – Fortalecimiento de la integración y participación social de la persona mayor**

Este componente pretende impulsar la participación activa de personas mayores dentro de las instituciones públicas como privadas, así mismo fortaleciendo la participación dentro de espacios creados como son los comités municipales de adulto mayor, es decir en todo lo que les es propio por ello no solo lo que es contenido o relativo a su ocio, a los servicios, o entidades y programas para mayores sino a cualquier esfera de su comunidad.

##### **3.4.2.3.1.1 Acciones**

- Fortalecer procesos de formación y autogestión de los comités municipales de adulto mayor.
- Fortalecer la participación de representantes de las personas mayores en espacios de toma de decisión institucionales.

#### **3.4.2.3.2 Componente 2 – Fortalecimiento de redes**

Este componente pretende identificar y potencializar aquellos grupos de personas mayores organizados en redes que van más allá de la lógica que vincula la participación sólo a espacios públicos y a instituciones, es decir que hacen más énfasis en la fuerza y significación de vínculos e interacciones sociales, generando una dinámica de las relaciones establecidas entre las personas mayores y su entorno.

El fortalecimiento de estas redes, así como su consolidación como grupos organizados formales y auto sostenibles, sirve como base para la estructuración de procesos educativos de transmisión de conocimiento intergeneracional y como modelo de conformación de nuevas redes.

##### **3.4.2.3.2.1 Acciones**

- Fomento de grupos asociativos y redes de personas mayores con diversos objetivos (lúdicos, deportivos, investigativos, productivos, entre otros).
- Desarrollo de procesos de capacitación y formación dirigida a grupos asociativos o redes de personas mayores.
- Conformación de grupos de voluntariado como modelo de red de apoyo, para el acompañamiento en los procesos formativos.

#### **3.4.2.3.3 Componente 3 – Veeduría ciudadana**

Este componente se refiere al ejercicio de la vigilancia a la gestión pública con el fin de que se de la correcta aplicación de los recursos públicos, teniendo en cuenta las recomendaciones a que haya lugar según la normatividad vigente (Ley 850 de 2003).

##### **3.4.2.3.3.1 Acciones**

- Conformación de comités de veeduría integrada por adultos mayores y con un objeto de vigilancia claro correspondiente a lo cual se va a trabajar.



Libertad y Orden



República de Colombia

Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social

POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

- **Acompañamiento y asistencia técnica al grupo de veeduría ciudadana por parte de las instituciones estatales.**

#### **3.4.2.4 LINEA ESTRATEGICA 3 – Reconocimiento y posicionamiento de las personas mayores.**

##### **3.4.2.4.1 Componente 1 – Desarrollo de un programa de estímulos y reconocimientos a la persona mayor**

Este componente pretende generar espacios culturales y sociales en donde se exalte las capacidades, iniciativas y aportes de las personas mayores, el desarrollo de este componente conllevará a lograr estimular la participación de la persona mayor en diferentes escenarios esto propiciará el rescate de aquellos saberes culturales y ancestrales y el registro histórico de los mismos.

###### **3.4.2.4.1.1 Acciones**

- Definición de tipos de reconocimientos de acuerdo a culturas y tradiciones propias en cada subregión o municipio.
- Conmemoración del día del adulto mayor con el objeto de exaltar la posición de esta población en la comunidad.

#### **3.4.2.5 LINEA ESTRATEGICA 4 – Acompañamiento jurídico.**

##### **3.4.2.5.1 Componente 1 – Protección legal y gestión normativa**

Este componente pretende generar mecanismos de protección y acompañamiento jurídico a las personas mayores que así lo requieran, con el fin de garantizar el goce efectivo de derechos y la restitución de los mismos cuando estos han sido vulnerados.

###### **3.4.2.5.1.1 Acciones**

- Priorización de las diversas situaciones jurídicas y legales que se presenten con personas mayores en las diferentes instituciones públicas y privadas.
- Promover el uso de las asesorías jurídicas, socializar protocolos en caso de existir para la denuncia y restitución en casos de vulneración de derechos de personas mayores

##### **3.4.2.5.2 Componente 2 – Aplicación del enfoque diferencial a personas mayores.**

Este componente permitirá visibilizar las vulnerabilidades y vulneraciones específicas de grupos e individuos (adulto mayor – ciclo vital; adulto mayor indígena; adulto mayor afrocolombiano; adulto mayor campesino; adulto mayor – género; adulto mayor con discapacidad; adulto mayor víctima del conflicto armado). Partiendo del reconocimiento de la diferencia buscando garantizar el principio de equidad y realizando acciones específicas de acuerdo a las necesidades propias existentes.

###### **3.4.2.5.2.1 Acciones**

- Registro y levantamiento de bases de datos de personas mayores afectados por los diferentes hechos victimizantes.



- Acompañamiento psicosocial como medida de salud mental ante la vulneración de derechos y maltrato social.
- Desarrollo de un programa específico dirigido a personas mayores en las que aplique el enfoque diferencial.

### **3.4.3 EJE 3: PROTECCION SOCIAL INTEGRAL DE LAS PERSONAS MAYORES**

#### **OBJETIVO:**

Integrar el marco de derechos de las personas mayores en las políticas institucionales de los diversos sectores de desarrollo para lograr intervenciones pertinentes, articuladas que consoliden el desarrollo económico y social.

#### **3.4.3.1 LINEAS ESTRATEGICAS**

1. Atención integral en salud y seguridad social.
2. Vida saludable
3. Educación y capacitación en el cuidado de personas mayores.

#### **3.4.3.2 LINEA ESTRATEGICA 1 – Atención integral en salud y seguridad social**

##### **3.4.3.2.1 Componente 1 – Atención integral en salud**

En este componente se busca garantizar el acceso a la prestación de los servicios integrales de salud y la respectiva afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

##### **3.4.3.2.1.1 Acciones**

- Cobertura universal de afiliación al SGSSS de la población de personas mayores.
- Fortalecimiento de planes, programas y proyectos encaminados a la prestación de servicios integrales dirigidos a las personas mayores.
- Desarrollo de procesos de formación continua en envejecimiento y vejez.
- Diseño de sistemas de monitoreo y vigilancia alimentaria y nutricional en la población adulta mayor.

##### **3.4.3.2.2 Componente 2 – Seguridad social**

En este componente se busca ampliar la cobertura al programa de subsidio económico para personas mayores en condiciones de vulnerabilidad.

##### **3.4.3.2.2.1 Acciones**

- Gestión en la ampliación de cobertura en programas nacionales.
- Fortalecimiento de los programas existentes en el nivel nacional, departamental y municipal, para el mejoramiento y diversificación de servicios para las personas mayores.

#### **3.4.3.3 LINEA ESTRATEGICA 2 – Vida saludable.**

##### **3.4.3.3.1 Componente 1 – Seguridad alimentaria y nutricional**

“Las personas tienen derecho a acceder en todo momento y con seguridad, al agua y a los alimentos nutritivos y libres de peligro para la salud, en la medida necesaria para llevar con dignidad una vida sana y activa”, acorde con su territorio y su cultura.



#### **3.4.3.3.1.1 Acciones**

- Fortalecimiento de planes, programas y proyectos nutricionales dirigidos a personas mayores.
- Fortalecimiento de los procesos de capacitación para el manejo y preparación de alimentos con formación de hábitos alimentarios saludables de y para personas mayores.
- Fortalecimiento de iniciativas productivas de y para personas mayores que garanticen seguridad alimentaria.

#### **3.4.3.3.2 Componente 2 – Promoción de hábitos y estilos de vida saludables**

Las personas mayores se ven abocadas a múltiples cambios físicos y mentales, por ello es importante reconocer la diferencia entre los cambios normales del envejecimiento y los que indican la presencia de alteraciones en la salud.

#### **3.4.3.3.2.1 Acciones**

- Diseño e implementación de programas de actividades físicas, lúdico – recreativas y ocupacionales articulados a la gestión y apoyo empresarial del sector público y privado.
- Fortalecimiento de las iniciativas innovadoras como parte de la promoción de las experiencias exitosas en el marco de las buenas prácticas

#### **3.4.3.4 LINEA ESTRATEGICA 3 – Educación y capacitación en el cuidado de personas mayores**

##### **3.4.3.4.1 Componente 1 – Promoción y asistencia social focalizada**

La familia de generación en generación brinda cuidados y ayuda a las personas mayores en el proceso de envejecimiento, de igual manera el Estado en todos sus niveles debe proponer programas que coadyuven en la atención integral a partir de la prestación de servicios sociales y de salud garantizando la calidad, pertinencia y oportunidad de los mismos.

#### **3.4.3.4.1.1 Acciones**

- Actualización permanente de la caracterización integral de las personas mayores y sus grupos familiares.
- Actualización permanente de la caracterización integral de las personas mayores en condición de vulnerabilidad y abandono.
- Acompañamiento técnico a las instituciones prestadoras de servicios de atención integral intra y extramural dirigido a personas mayores.

##### **3.4.3.4.2 Componente 2 – Capacitación y formación de los cuidadores primarios y secundarios**

Los cuidadores primarios y secundarios de las personas mayores deben participar de un proceso de formación y capacitación que permita brindar sus servicios con calidez, calidad y pertinencia requeridos por las personas mayores.

#### **3.4.3.4.2.1 Acciones**

- Fortalecimiento de programas de atención integral dirigido al personal que labora en los centros de referencia: Centros de Bienestar para el Adulto Mayor y en los Centros Día – Centros Vida.
- Promoción de voluntariados orientados al cuidado de personas mayores.



- Capacitación a grupos familiares y cuidadores que tienen bajo su responsabilidad personas mayores.

### **3.4.4 EJE 4: FORMACION DE RECURSO HUMANO E INVESTIGACION**

#### **OBJETIVO:**

Generar nuevo conocimiento en el tema de envejecimiento y vejez para generar un recurso humano suficiente y capaz de gestionar individual y colectivamente el proceso de envejecimiento y vejez.

#### **3.4.4.1 LINEAS ESTRATEGICAS**

1. Formación del talento humano.
2. Gestión de conocimiento en envejecimiento y vejez.

#### **3.4.4.2 LINEA ESTRATEGICA 1 – Formación del talento humano.**

##### **3.4.4.2.1 Componente 1 – Fortalecimiento y desarrollo educativo en las áreas sociales y de la salud al servicio de las personas mayores**

La existencia de una gran variedad de programas para la formación de profesionales, reflejan en la actualidad orientaciones diversas en varios modelos de atención en salud, en los cuales se identifica que en el transcurso de estos programas formativos existe una baja participación, rotación y obtención de créditos en geriatría y gerontología, por tanto es necesario que se propicien mejoras en este tipo de limitantes para el beneficio de la población.

##### **3.4.4.2.1.1 Acciones**

- Articulación con las instituciones universitarias, técnicas y/o instituciones educativas para que se incorporen dentro de sus currículos lo correspondiente al tema de envejecimiento y vejez.

#### **3.4.4.3 LINEA ESTRATEGICA 2 – Gestión de conocimiento en envejecimiento y vejez**

##### **3.4.4.3.1 Componente 1 – Investigación sobre envejecimiento y vejez**

Este componente de investigación nos proporcionara nuevos conocimientos en los temas de envejecimiento y vejez, teniendo en cuenta que cada vez avanzamos de una manera rápida en los cambios que se producen en nuestra sociedad, por tanto debemos estar preparados a dar una solución o propiciar unos escenarios de reflexión y cambios de estructuras para mejorar los diferentes procesos que se dan en torno a esta población.

##### **3.4.4.3.1.1 Acciones**

- Impulso a la investigación en diferentes temáticas referentes al tema de envejecimiento y vejez.
- Caracterización de los aspectos multidimensionales del proceso de envejecimiento y la vejez a nivel departamental, subregional, municipal y de enfoque diferencial en la persona mayor.
- Utilización de metodologías participativas.



## **4. FINANCIACION, IMPLEMENTACION Y MONITOREO DE LA POLITICA**

### **4.1 FINANCIACION DE LA POLITICA**

La Política Pública Departamental de Envejecimiento y Vejez 2013 – 2023 se financiara con recursos nacionales, departamentales y municipales, los cuales se asignaran de acuerdo a los proyectos y programas dirigidos a la población en proceso de envejecimiento y vejez.

### **4.2 GESTION EN LA IMPLEMENTACION**

Para la implementación de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez se puede establecer la adopción de una ruta de implementación que describe las siguientes fases:

1. Análisis de diagnósticos iniciales e identificación de sectores involucrados
2. Priorización de necesidades
3. Identificación de grupos poblacionales beneficiados, población en proceso de envejecimiento y personas mayores
4. Asignación de presupuestos
5. Designación de equipos de trabajo
6. Ejecución y seguimiento de actividades

Conjuntamente con la ruta establecida se debe adoptar las siguientes actividades:

- Las Secretarías de la Gobernación, incluirán en sus planes de acción anuales las líneas de la Política Pública de acuerdo a sus competencias.
- Los Planes de Desarrollo de las siguientes administraciones deberán incluir metas referentes a la implementación de la Política Pública.
- Los Planes Plurianuales de Inversión deberán contemplar la asignación de recursos para la ejecución de la Política Pública.
- Se contemplaran diferentes fuentes de financiación como: Sistema General de Regalías, recursos de la nación, cofinanciación u otras fuentes y recaudo por concepto de estampillas.

### **4.3 GESTIÓN EN EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

El seguimiento y evaluación en la implementación de los diferentes componentes de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez son procesos permanentes que sirven de apoyo y soporte en la gestión de la misma, estos procesos se llevan a cabo con el monitoreo de indicadores claves con los cuales se pretende identificar los avances y retrocesos en su aplicación.

**Tabla 20. Indicadores para el seguimiento y evaluación de la Política Pública Departamental de Envejecimiento y Vejez**

LÍNEA ESTRATÉGICA	NOMBRE DEL INDICADOR	FUENTE DE INFORMACION	PERIODO	RESPONSABLE
<b>Eje 1</b> Desarrollo de condiciones para una vida saludable y activa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de municipios que implementan programas de promoción y prevención que propendan a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.</li> <li>Número de municipios que implementan programas que promueven los estilos de vida saludable</li> </ul>	Instituto Departamental de Salud	Semestral	Instituto Departamental de Salud
<b>Eje 1</b> Educación cultural y cambios de comportamiento frente al envejecimiento y vejez	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de espacios conversacionales implementados</li> <li>Número de campañas de sensibilización hacia un imaginario positivo del envejecimiento y la vejez, articuladas de forma masiva con los medios de comunicación.</li> </ul>	Secretaría Equidad de Género e Inclusión Social	Anual	Secretaría Equidad de Género e Inclusión Social
<b>Eje 2</b> Difusión y sensibilización de los derechos y deberes de las personas mayores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de talleres con la temática sobre Derechos Humanos dirigido a las personas mayores, comunidad en general e instituciones.</li> </ul>	Gobernación de Nariño	Semestral	Gobernación de Nariño
<b>Eje 2</b> Participación social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de comités municipales de adulto mayor fortalecidos.</li> <li>Porcentaje de organizaciones que cuentan con representantes de adultos mayores.</li> <li>Porcentaje de grupos asociativos y redes de</li> </ul>	Gobernación de Nariño	Semestral	Gobernación de Nariño

República de Colombia Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social  
POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

LÍNEA ESTRATEGICA	NOMBRE DEL INDICADOR	FUENTE DE INFORMACION	PERIODO	RESPONSABLE
	<p>personas mayores creados y con seguimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de veedurías ciudadanas con asistencia técnica en temas referentes a la población adulta mayor.</li> </ul>			
<p>Eje 2</p> <p>Reconocimiento y posicionamiento de las personas mayores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conmemoración del día del adulto mayor con el objeto de exaltar la posición de esta población en la comunidad.</li> </ul>	Gobernación de Nariño	Anual	Gobernación de Nariño
<p>Eje 3</p> <p>Atención integral en salud y seguridad social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de la población afiliada SGSSS</li> <li>Número de planes, programas y proyectos encaminados a la prestación de servicios integrales dirigidos a las personas mayores.</li> <li>Número de sistemas de monitoreo y vigilancia alimentaria y nutricional en la población adulta mayor.</li> </ul>	Instituto Departamental de Salud	Semestral	Instituto Departamental de Salud
<p>Eje 3</p> <p>Vida saludable</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de implementación de programas de actividades físicas, lúdico – recreativas y ocupacionales articulados a la gestión y apoyo empresarial del sector público y privado.</li> </ul>			
<p>Eje 3</p> <p>Educación y capacitación en el cuidado de personas mayores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de acompañamientos técnicos a las instituciones prestadoras de servicios de atención integral intra y extramural dirigido a personas mayores.</li> <li>Apoyo al fortalecimiento de programas de atención</li> </ul>	Gobernación de Nariño	Semestral	Gobernación de Nariño

LINEA ESTRATEGICA	NOMBRE DEL INDICADOR	FUENTE DE INFORMACION	PERIODO	RESPONSABLE
	integral dirigido al personal que labora en los centros de referencia: Centros de Bienestar para el Adulto Mayor y en los Centros Día – Centros Vida.			
<p><b>Eje 4</b></p> <p>Formación del talento humano.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articulación con las instituciones universitarias, técnicas y/o instituciones educativas para que se incorporen dentro de sus currículos lo correspondiente al tema de envejecimiento y vejez.</li> </ul>	<p>Gobernación de Nariño</p>	<p>Anual</p>	<p>Gobernación de Nariño</p>
<p><b>Eje 4</b></p> <p>Gestión de conocimiento en envejecimiento y vejez.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo a investigaciones en diferentes temáticas referentes al tema de envejecimiento y vejez</li> </ul>	<p>Gobernación de Nariño</p>	<p>Anual</p>	<p>Gobernación de Nariño</p>

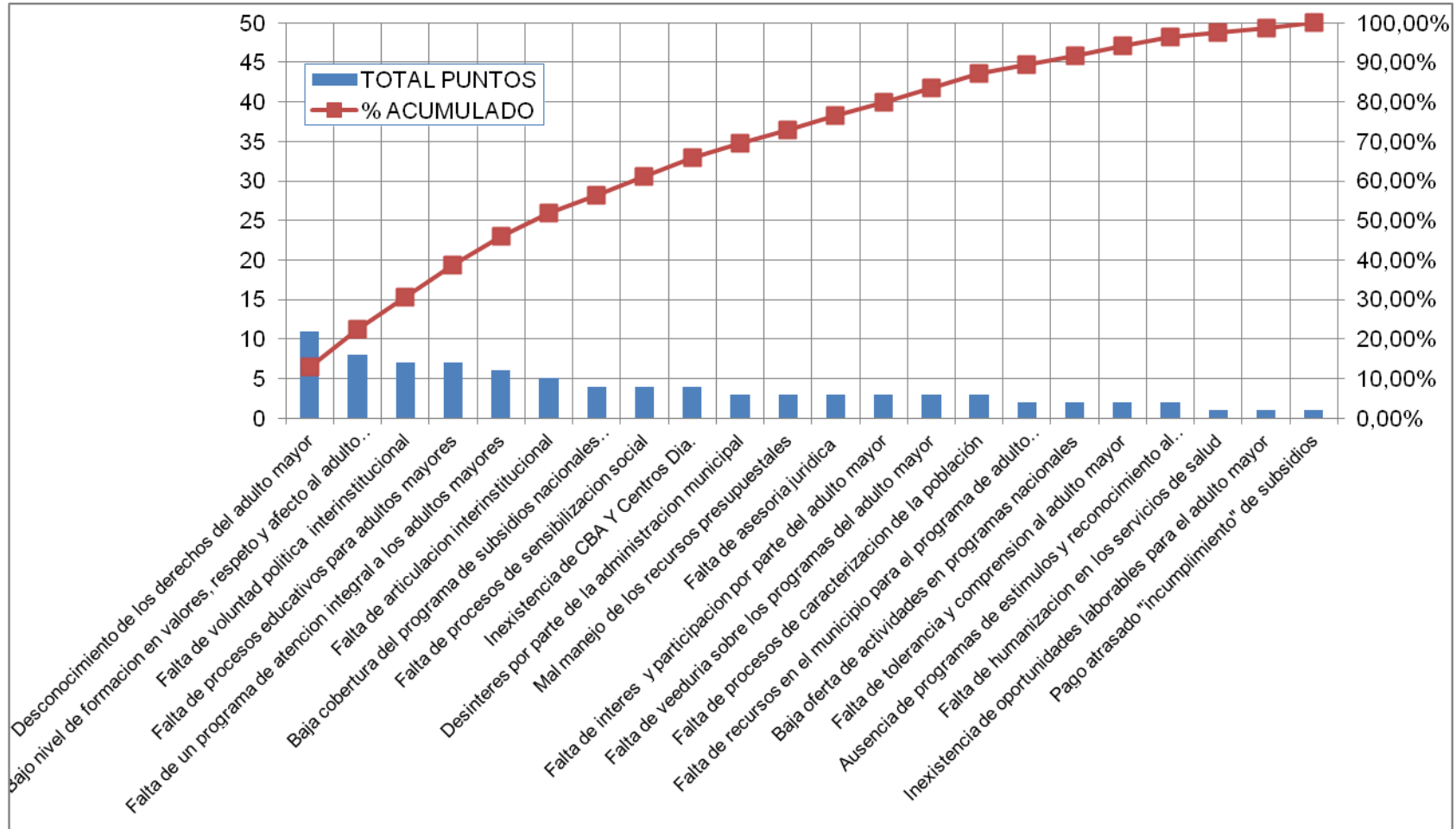
## 5. ANEXOS

### 5.1 RESULTADOS EN LA SISTEMATIZACION DE CAUSALIDAD Y EFECTOS DE TALLERES SUBREGIONALES

**Tabla 21. Ponderación de Causas – Eje 1.**

EJE	#	CAUSAS / SUBREGIONES	TOTAL PUNTOS	% RELATIVO	% ACUMULADO
PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES	1	Desconocimiento de los derechos de la persona mayor	11	12,94%	12,94%
	2	Bajo nivel de formación en valores, respeto y afecto a la persona mayor	8	9,41%	22,35%
	3	Falta de voluntad política interinstitucional	7	8,24%	30,59%
	4	Falta de procesos educativos para personas mayores	7	8,24%	38,82%
	5	Falta de un programa de atención integral a las personas mayores	6	7,06%	45,88%
	6	Falta de articulación interinstitucional	5	5,88%	51,76%
	7	Baja cobertura del programa de subsidios nacionales "insuficientes"	4	4,71%	56,47%
	8	Falta de procesos de sensibilización social	4	4,71%	61,18%
	9	Inexistencia de CBA Y Centros Día.	4	4,71%	65,88%
	10	Desinterés por parte de la administración municipal	3	3,53%	69,41%
	11	Mal manejo de los recursos presupuestales	3	3,53%	72,94%
	12	Falta de asesoría jurídica	3	3,53%	76,47%
	13	Falta de interés y participación por parte de la persona mayor	3	3,53%	80,00%
	14	Falta de veeduría sobre los programas de la persona mayor	3	3,53%	83,53%
	15	Falta de procesos de caracterización de la población	3	3,53%	87,06%
	16	Falta de recursos en el municipio para el programa de persona mayor	2	2,35%	89,41%
	17	Baja oferta de actividades en programas nacionales	2	2,35%	91,76%
	18	Falta de tolerancia y comprensión a la persona mayor	2	2,35%	94,12%
	19	Ausencia de programas de estímulos y reconocimiento a la persona mayor	2	2,35%	96,47%
	20	Falta de humanización en los servicios de salud	1	1,18%	97,65%
	21	Inexistencia de oportunidades laborables para la persona mayor	1	1,18%	98,82%
	22	Pago atrasado "incumplimiento" de subsidios	1	1,18%	100,00%
			85	100,00%	

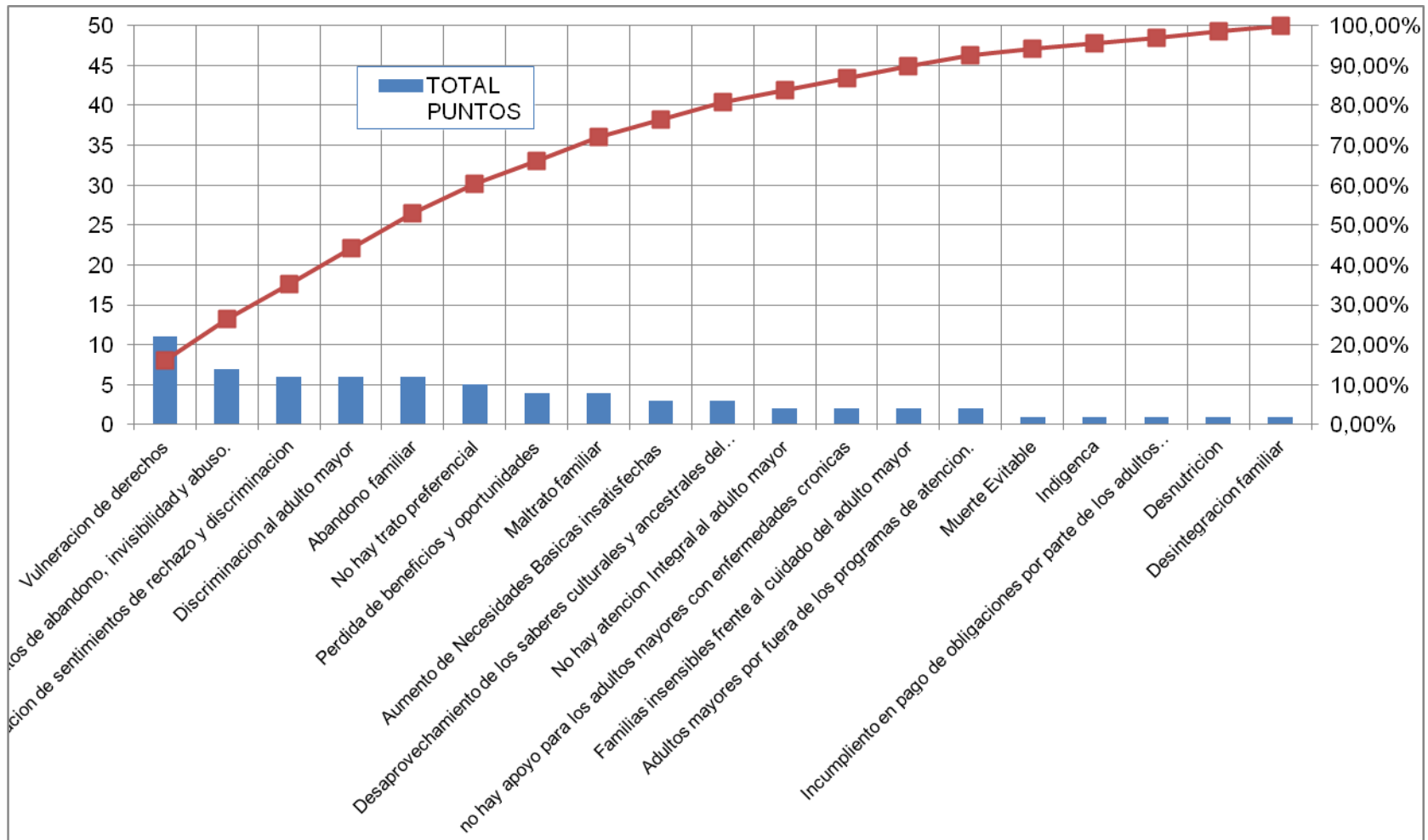
**Grafico 5. Pareto Ponderación de Causas – Eje 1.**



**Tabla 22. Ponderación de Efectos – Eje 1.**

EJE	#	EFFECTOS / SUBREGIONES	TOTAL PUNTOS	% RELATIVO	% ACUMULADO
PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES	1	Vulneración de derechos	11	16,18%	16,18%
	2	Generación de sentimientos de abandono, invisibilidad y abuso.	7	10,29%	26,47%
	3	Generación de sentimientos de rechazo y discriminación	6	8,82%	35,29%
	4	Discriminación a la persona mayor	6	8,82%	44,12%
	5	Abandono familiar	6	8,82%	52,94%
	6	No hay trato preferencial	5	7,35%	60,29%
	7	Pérdida de beneficios y oportunidades	4	5,88%	66,18%
	8	Maltrato familiar	4	5,88%	72,06%
	9	Aumento de Necesidades Básicas insatisfechas	3	4,41%	76,47%
	10	Desaprovechamiento de los saberes culturales y ancestrales de la persona mayor	3	4,41%	80,88%
	11	No hay atención Integral a la persona mayor	2	2,94%	83,82%
	12	no hay apoyo para las personas mayores con enfermedades crónicas	2	2,94%	86,76%
	13	Familias insensibles frente al cuidado de la persona mayor	2	2,94%	89,71%
	14	Personas mayores por fuera de los programas de atención.	2	2,94%	92,65%
	15	Muerte Evitable	1	1,47%	94,12%
	16	Indigencia	1	1,47%	95,59%
	17	Incumplimiento en pago de obligaciones por parte de las personas mayores	1	1,47%	97,06%
	18	Desnutrición	1	1,47%	98,53%
	19	Desintegración familiar	1	1,47%	100,00%
			68	100,00%	

**Gráfico 6. Pareto Ponderación de Efectos – Eje 1.**



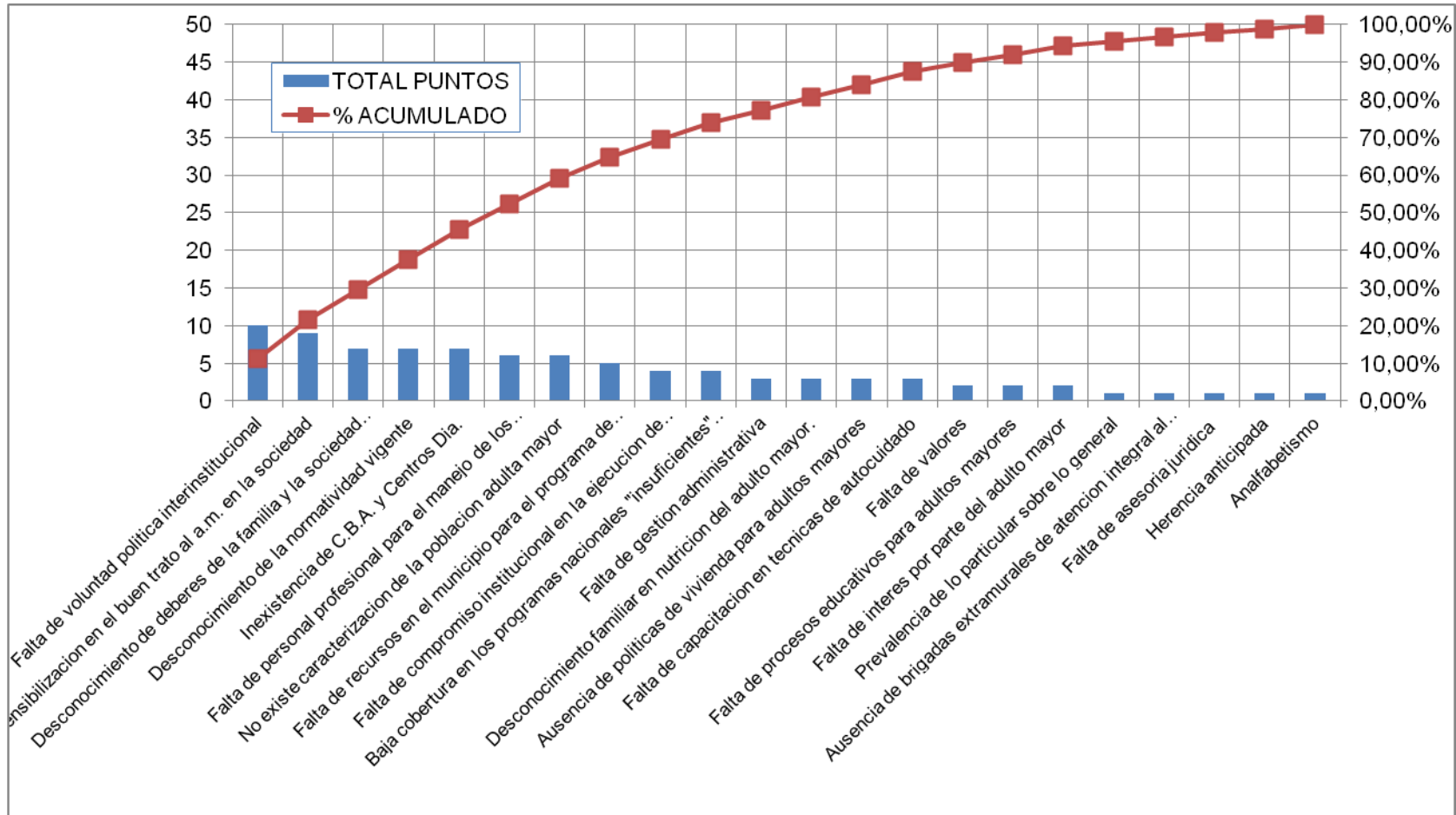
**Tabla 23. Correlación de Causalidad y Efectos – Eje 1**

EJE	#	CAUSAS / SUBREGIONES	CORRELACION	EFFECTOS / SUBREGIONES
PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES	1	Desconocimiento de los derechos de la persona mayor	1,2,3,4,5.....22	Vulneración de derechos
	2	Bajo nivel de formación en valores, respeto y afecto a la persona mayor	2,5,8,10,17,18,19	Generación de sentimientos de abandono, invisibilidad y abuso.
	3	Falta de voluntad política interinstitucional	2,5,8,10,17,18,19	Generación de sentimientos de rechazo y discriminación
	4	Falta de procesos educativos para personas mayores	1,3,4,5,7,8,10,15,17,19,20,21	Discriminación a la persona mayor
	5	Falta de un programa de atención integral a las personas mayores	2,5,8,12,18	Abandono familiar
	6	Falta de articulación interinstitucional	1,2,3,4,6,8,10,12,14,15,18	No hay trato preferencial
	7	Baja cobertura del programa de subsidios nacionales "insuficientes"	1,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,21	Pérdida de beneficios y oportunidades
	8	Falta de procesos de sensibilización	2,5,8,12,18,21	Maltrato familiar
	9	Inexistencia de CBA Y Centros Día.	3,5,7,11,16,17,21	Aumento de Necesidades Básicas Ins.
	10	Desinterés por parte de la administración municipal	4,5,6,8,9,10,13,14,15,17,19,21	Desaprovechamiento de los saberes culturales y ancestrales de la pers. mayor
	11	Mal manejo de los recursos presupuestales	1,4,5,6,8,9,10,11,12,15,16,17,20	No hay atención Integral a la persona mayor
	12	Falta de asesoría jurídica	5,6,8,9,14,15,16,17,20	no hay apoyo para las personas mayores con enfermedades crónicas
	13	Falta de interés y participación por parte de la persona mayor	2,4,8,18,19	Familias insensibles frente al cuidado de la persona mayor
	14	Falta de veeduría sobre los programas de la persona mayor	3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,14,15,16,17	Personas mayores por fuera de los programas de atención.
	15	Falta de procesos de caracterización de la población	3,4,6,9,12,21	Muerte Evitable
	16	Falta de recursos en el municipio para el programa de persona mayor	3,5,6,7,9,10,11,12,16,17,21	Indigencia
	17	Baja oferta de actividades en programas nacionales	3,6,7,10,21,22	Incumpliendo en pago de obligaciones por parte de las personas mayores
	18	Falta de tolerancia y comprensión a la persona mayor	3,4,5,7,9,15,21,22	Desnutrición / Malnutrición
	19	Ausencia de programas de estímulos y reconocimiento a la persona mayor	2,5,6,8,13,17,18	Desintegración familiar
	20	Falta de humanización en los s. de salud		
	21	Inexistencia de oportunidades laborales para la persona mayor		
	22	Pago atrasado "incumplimiento" de subsidios		

**Tabla 24. Ponderación de Causas – Eje 2.**

EJE	#	CAUSAS / SUBREGIONES	TOTAL PUNTOS	% RELATIVO	% ACUMULADO
PROTECCION SOCIAL INTEGRAL	1	Falta de voluntad política interinstitucional	10	11,36%	11,36%
	2	Falta de sensibilización en el buen trato al a.m. en la sociedad	9	10,23%	21,59%
	3	Desconocimiento de deberes de la familia y la sociedad frente a las personas mayores	7	7,95%	29,55%
	4	Desconocimiento de la normatividad vigente	7	7,95%	37,50%
	5	Inexistencia de C.B.A. y Centros Día.	7	7,95%	45,45%
	6	Falta de personal profesional para el manejo de los programas de persona mayor	6	6,82%	52,27%
	7	No existe caracterización de la población adulta mayor	6	6,82%	59,09%
	8	Falta de recursos en el municipio para el programa de persona mayor	5	5,68%	64,77%
	9	Falta de compromiso institucional en la ejecución de actividades para personas mayores	4	4,55%	69,32%
	10	Baja cobertura en los programas nacionales "insuficientes" de persona mayor	4	4,55%	73,86%
	11	Falta de gestión administrativa	3	3,41%	77,27%
	12	Desconocimiento familiar en nutrición de la persona mayor.	3	3,41%	80,68%
	13	Ausencia de políticas de vivienda para personas mayores	3	3,41%	84,09%
	14	Falta de capacitación en técnicas de autocuidado	3	3,41%	87,50%
	15	Falta de valores	2	2,27%	89,77%
	16	Falta de procesos educativos para personas mayores	2	2,27%	92,05%
	17	Falta de interés por parte de la persona mayor	2	2,27%	94,32%
	18	Prevalencia de lo particular sobre lo general	1	1,14%	95,45%
	19	Ausencia de brigadas extramurales de atención integral a la persona mayor	1	1,14%	96,59%
	20	Falta de asesoría jurídica	1	1,14%	97,73%
	21	Herencia anticipada	1	1,14%	98,86%
	22	Analfabetismo	1	1,14%	100,00%
			88	100,00%	

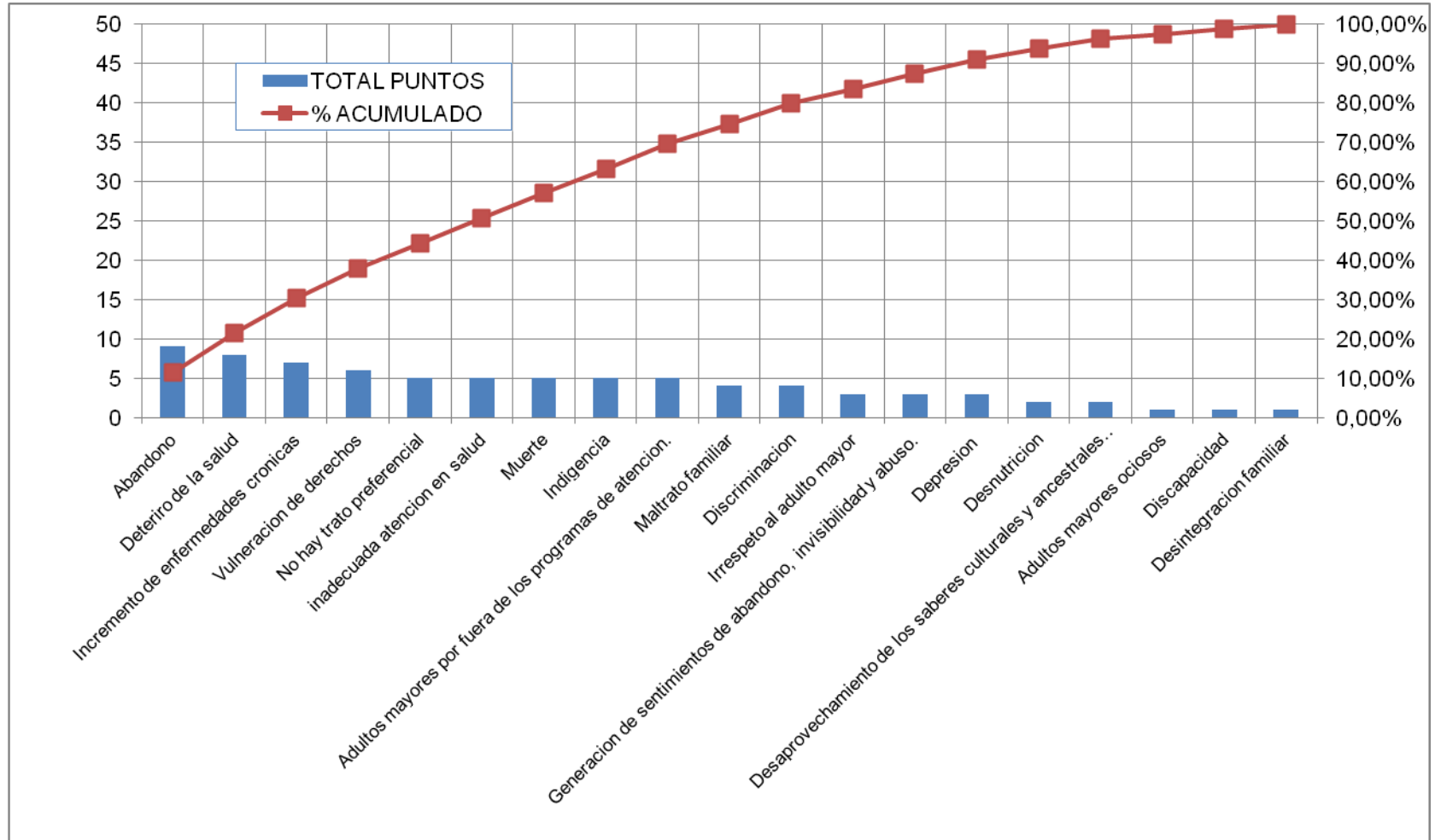
**Grafico 7. Pareto Ponderación de Causas – Eje 2.**



**Tabla 25. Ponderación de Efectos – Eje 2.**

EJE	#	EFFECTOS / SUBREGIONES	TOTAL PUNTOS	% RELATIVO	% ACUMULADO
PROTECCION SOCIAL INTEGRAL	1	Abandono	9	11,39%	11,39%
	2	Deterioro de la salud	8	10,13%	21,52%
	3	Incremento de enfermedades crónicas	7	8,86%	30,38%
	4	Vulneración de derechos	6	7,59%	37,97%
	5	No hay trato preferencial	5	6,33%	44,30%
	6	inadecuada atención en salud	5	6,33%	50,63%
	7	Muerte	5	6,33%	56,96%
	8	Indigencia	5	6,33%	63,29%
	9	Personas mayores por fuera de los programas de atención.	5	6,33%	69,62%
	10	Maltrato familiar	4	5,06%	74,68%
	11	Discriminación	4	5,06%	79,75%
	12	Irrespeto a la persona mayor	3	3,80%	83,54%
	13	Generación de sentimientos de abandono, invisibilidad y abuso.	3	3,80%	87,34%
	14	Depresión	3	3,80%	91,14%
	15	Desnutrición	2	2,53%	93,67%
	16	Desaprovechamiento de los saberes culturales y ancestrales de la persona mayor	2	2,53%	96,20%
	17	Personas mayores ociosos	1	1,27%	97,47%
	18	Discapacidad	1	1,27%	98,73%
	19	Desintegración familiar	1	1,27%	100,00%
			79	100,00%	

**Grafico 8. Pareto Ponderación de Efectos – Eje 2.**



**Tabla 26. Correlación de Causalidad y Efectos – Eje 2.**

EJE	#	CAUSAS / SUBREGIONES		CORRELACION	EFFECTOS / SUBREGIONES
PROTECCION SOCIAL INTEGRAL	1	Falta de voluntad política interinstitucional		1,2,3,10,15,20,21	Abandono
	2	Falta de sensibilización en el buen trato al a.m. en la sociedad		1,2,3,5,9,12,14,16,17, 19	Deterioro de la salud
	3	Desconocimiento de deberes de la familia y la sociedad frente a las personas mayores		3,9,12,14,16,17,19	Incremento de enfermedades crónicas
	4	Desconocimiento de la normatividad vigente		1,2,3,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,22	Vulneración de derechos
	5	Inexistencia de C.B.A. y Centros Día.		1,3,4,6,7,11,15,16,20, 22	No hay trato preferencial
	6	Falta de personal profesional para el manejo de los programas de persona mayor		1,2,3,6,7,11,16,19	inadecuada atención en salud
	7	No existe caracterización de la población adulta mayor		1,3,9,14,19	Muerte
	8	Falta de recursos en el municipio para el programa de persona mayor		1,3,4,5,9,13,21	Indigencia
	9	Falta de compromiso institucional en la ejecución de actividades para personas mayores		1,3,4,5,7,8,10,11,15,16, 17,22	Personas mayores por fuera de los programas de atención.
	10	Baja cobertura en los programas nacionales "insuficientes" de persona mayor		2,3,14,15,16,20,21	Maltrato familiar
	11	Falta de gestión administrativa		1,2,3,4,9,15,20,22	Discriminación
	12	Desconocimiento familiar en nutrición de la persona mayor.		1,2,3,4,9,15,21,22	Irrespeto a la persona mayor
	13	Ausencia de políticas de vivienda para personas mayores		1,2,3,4,7,9,15,17,21,22	Generación de sentimientos de abandono, invisibilidad y abuso.
	14	Falta de capacitación en técnicas de autocuidado		1,2,3,4,9,15,17	Depresión
	15	Falta de valores		2,3,5,10,12,14	Desnutrición
	16	Falta de procesos educativos para personas mayores		1,3,4,5,7,8,9,10,15,16,22	Desaprovechamiento de los saberes culturales y ancestrales de la persona mayor
	17	Falta de interés por parte de la persona mayor		3,4,5,10,17,21	Personas mayores ociosos
	18	Prevalencia de lo particular sobre lo general		3,4,5,14,19	Discapacidad
	19	Ausencia de brigadas extramurales de atención integral a la persona		2,4,13,14,15,16,17	Desintegración familiar

República de Colombia Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social  
POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

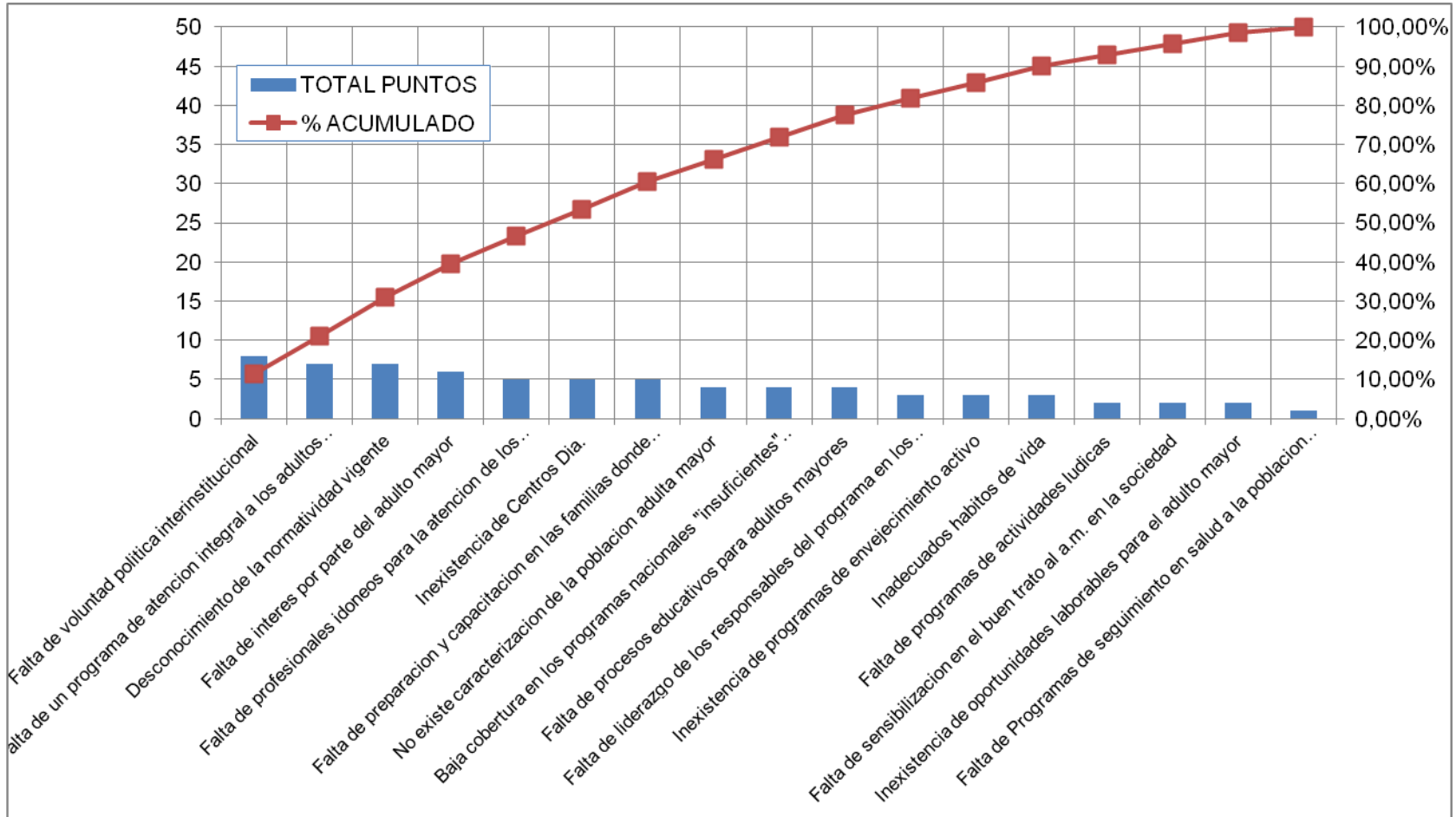
	mayor		
20	Falta de asesoría jurídica		
21	Herencia anticipada		
22	Analfabetismo		

**Tabla 27. Ponderación de Causas – Eje 3.**

EJE	#	CAUSAS / SUBREGIONES	TOTAL PUNTOS	% RELATIVO	% ACUMULADO
ENVEJECIMIENTO ACTIVO	1	Falta de voluntad política interinstitucional	8	11,27%	11,27%
	2	Falta de un programa de atención integral a las personas mayores	7	9,86%	21,13%
	3	Desconocimiento de la normatividad vigente	7	9,86%	30,99%
	4	Falta de interés por parte de la persona mayor	6	8,45%	39,44%
	5	Falta de profesionales idóneos para la atención de las personas mayores	5	7,04%	46,48%
	6	Inexistencia de Centros Día.	5	7,04%	53,52%
	7	Falta de preparación y capacitación en las familias donde hay personas mayores	5	7,04%	60,56%
	8	No existe caracterización de la población adulta mayor	4	5,63%	66,20%
	9	Baja cobertura en los programas nacionales "insuficientes" de persona mayor	4	5,63%	71,83%
	10	Falta de procesos educativos para personas mayores	4	5,63%	77,46%
	11	Falta de liderazgo de los responsables del programa en los municipios	3	4,23%	81,69%
	12	Inexistencia de programas de envejecimiento activo	3	4,23%	85,92%
	13	Inadecuados hábitos de vida	3	4,23%	90,14%
	14	Falta de programas de actividades lúdicas	2	2,82%	92,96%
	15	Falta de sensibilización en el buen trato al a.m. en la sociedad	2	2,82%	95,77%
	16	Inexistencia de oportunidades laborables para la persona mayor	2	2,82%	98,59%



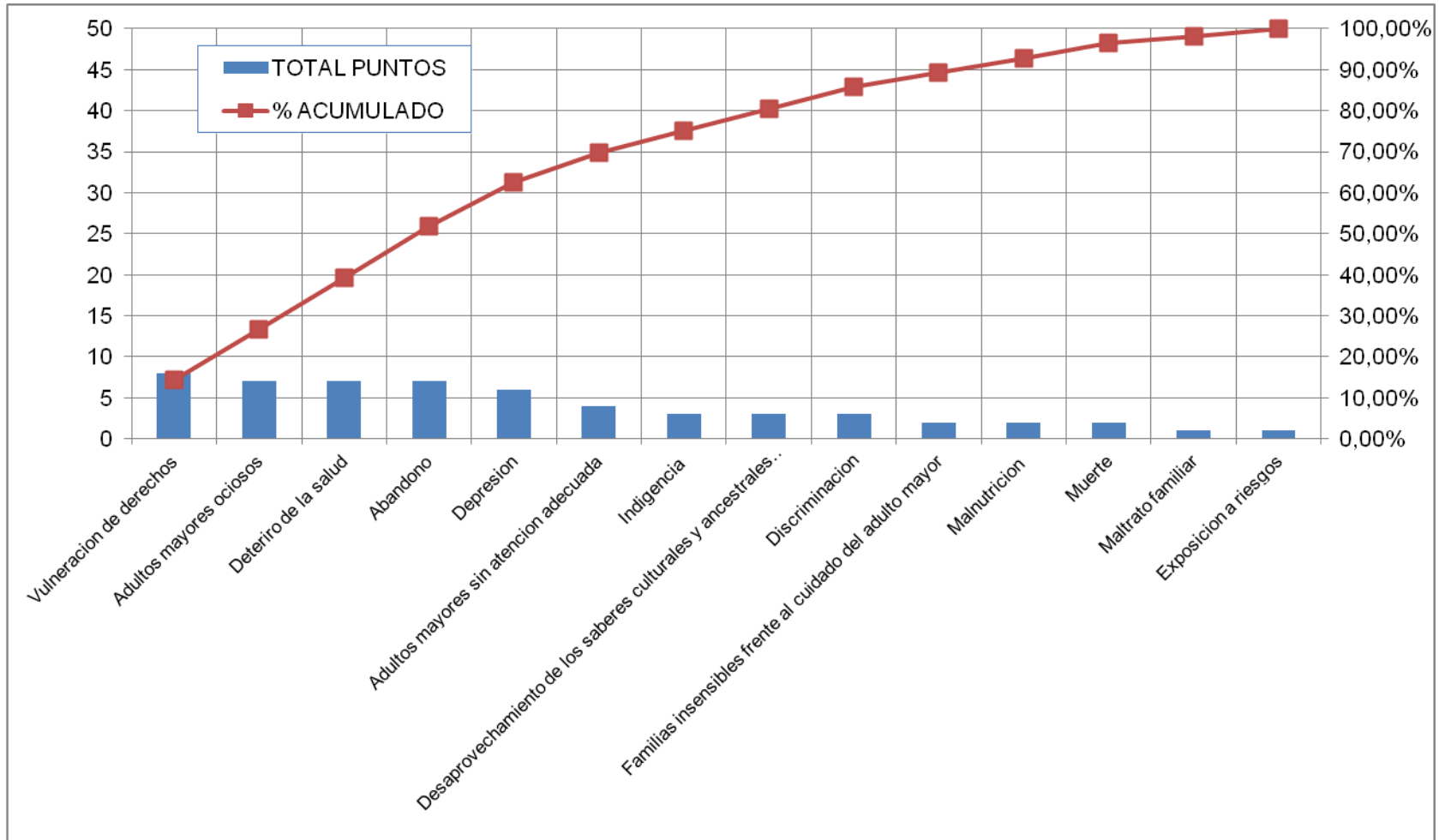
**Grafico 9. Pareto Ponderación de Causas – Eje 3.**



**Tabla 28. Ponderación de Efectos – Eje 3.**

EJE	#	EFFECTOS / SUBREGIONES	TOTAL PUNTOS	% RELATIVO	% ACUMULADO
ENVEJECIMIENTO ACTIVO	1	Vulneración de derechos	8	14,29%	14,29%
	2	Personas mayores ociosos	7	12,50%	26,79%
	3	Deterioro de la salud	7	12,50%	39,29%
	4	Abandono	7	12,50%	51,79%
	5	Depresión	6	10,71%	62,50%
	6	Personas mayores sin atención adecuada	4	7,14%	69,64%
	7	Indigencia	3	5,36%	75,00%
	8	Desaprovechamiento de los saberes culturales y ancestrales de la persona mayor	3	5,36%	80,36%
	9	Discriminación	3	5,36%	85,71%
	10	Familias insensibles frente al cuidado de la persona mayor	2	3,57%	89,29%
	11	Malnutrición	2	3,57%	92,86%
	13	Muerte	2	3,57%	96,43%
	14	Maltrato familiar	1	1,79%	98,21%
	15	Exposición a riesgos	1	1,79%	100,00%
				56	100,00%

**Gráfico 10. Pareto Ponderación de Efectos – Eje 3.**



República de Colombia Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social  
POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

**Tabla 29. Correlación de Causalidad y Efectos – Eje 3.**

EJE	#	CAUSAS / SUBREGIONES	CORRELACION	EFFECTOS / SUBREGIONES
ENVEJECIMIENTO ACTIVO	1	Falta de voluntad política interinstitucional	1,2,3,,,,,,22	Vulneración de derechos
	2	Falta de un programa de atención integral a las personas mayores	1,2,4,6,7,8,9,11,12,14, 16	Personas mayores ociosos
	3	Desconocimiento de la normatividad vigente	1,2,4,7,8,11,12,13,17	Deterioro de la salud
	4	Falta de interés por parte de la persona mayor	1,2,3,11,15	Abandono
	5	Falta de profesionales idóneos para la atención de las personas mayores	2,4,6,7,10,11,12,15	Depresión
	6	Inexistencia de Centros Día.	1,2,3,5,6,7,8,9,11,12, 15,17	Personas mayores sin atención adecuada
	7	Falta de preparación y capacitación en las familias donde hay personas mayores	1,2,3,15	Indigencia
	8	No existe caracterización de la población adulta mayor	1,2,3,4,6,7,8,10,11,12, 14,15,16	Desaprovechamiento de los saberes culturales y ancestrales de la persona mayor
	9	Baja cobertura en los programas nacionales "insuficientes" de persona mayor	1,2,3,4,8,10,11,12,15	Discriminación
	10	Falta de procesos educativos para personas mayores	2,3,4,7,10,11	Familias insensibles frente al cuidado de la persona mayor
	11	Falta de liderazgo de los responsables del programa en los municipios	2,6,7,12,13,15	Malnutrición
	12	Inexistencia de programas de envejecimiento activo	2,5,7,13,17	Muerte
	13	Inadecuados hábitos de vida	2,3,7,10,11,12,15	Maltrato familiar
	14	Falta de programas de actividades lúdicas	1,3,4,5,6,7,8,12,13,15, 17	Exposición a riesgos
	15	Falta de sensibilización en el buen trato al a.m. en la sociedad		
	16	Inexistencia de oportunidades laborales para la persona mayor		
	17	Falta de Programas de seguimiento en salud a la población adulta mayor		

## 5.2 RESULTADOS DE LA SISTEMATIZACION EN MEDIOS Y FINES SUBREGIONALES

Tabla 30. Correlación de Medios y Fines – Eje 1.

EJE	#	MEDIOS / SUBREGIONES	CORRELACION	FINES / SUBREGIONES
PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES	1	Difusion y Sensibilizacion de los derechos del adulto mayor	1,2,3,4,5.....22	Vulneracion de derechos
	2	Formacion en valores, respeto y afecto al adulto mayor	2,5,8,10,17,18,19	Generacion de sentimientos de acompañamiento, importancia y cuidado .
	3	Capacitacion para generar Interes y voluntad politica interinstitucional	2,5,8,10,17,18,19	Generacion de sentimientos de aprecio y posicionamiento.
	4	Diseño de proyectos educativos para adultos mayores.	1,3,4,5,7,8,10,15,17,19,20,21	Posicionamiento del adulto mayor
	5	Diseño de un programa de atencion integral a los adultos mayores	2,5,8,12,18	Acompañamiento familiar
	6	Estrategias de trabajo para una buena articulacion interinstitucional	1,2,3,4,6,8,10,12,14,15,18	Trato preferencial
	7	Incremento en la cobertura de los programas nacionales	1,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,21	Aumento de beneficios y oportunidades
	8	Diseño de procesos de sensibilizacion social	2,5,8,12,18,21	Buen trato familiar
	9	Creacion de CBA Y Centros Dia.	3,5,7,11,16,17,21	Disminucion de Necesidades Basicas insatisfechas del adulto mayor
	10	Capacitacion para generar interes por parte de la administracion municipal	4,5,6,8,9,10,13,14,15,17,19,21	Aprovechamiento de los saberes culturales y ancestrales del adulto mayor
	11	Capacitacion para el buen manejo de los recursos presupuestales	1,4,5,6,8,9,10,11,12,15,16,17,20	No hay atencion Integral al adulto mayor
	12	Implementación de servicios de asesoria juridica y veeduría ciudadana	5,6,8,9,14,15,16,17,20	Mayor apoyo y seguimiento a los adultos mayores con enfermedades cronicas
	13	Participación activa por parte del adulto mayor.	2,4,8,18,19	Familias sensibilizadas frente al cuidado del adulto mayor
	14	Implementación de servicios de asesoria juridica y veeduría ciudadana	3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,14,15,16,17	Menos adultos mayores por fuera de los programas de atencion.
	15	Diseño de procesos de caracterizacion	3,4,6,9,12,21	Reduccion de Muertes Evitables
	16	Gestion y asignacion de recursos en el municipio para el programa de adulto mayor	3,5,6,7,9,10,11,12,16,17,21	Cuidado y proteccion al adulto mayor indigente.
	17	Diseño de nuevas ofertas de actividades en programas nacionales	3,6,7,10,21,22	Cumplimiento en pago de obligaciones por parte de los adultos mayores
	18	Tolerancia y comprension al adulto mayor	3,4,5,7,9,15,21,22	Nutricion
	19	Diseño de programas de estímulos y reconocimiento al adulto mayor	2,5,6,8,13,17,18	Integracion familiar (Cohesion)
	20	Educacion y capacitacion en humanizacion de los servicios de salud.		
	21	Diseño de ofertas y oportunidades laborables para el adulto mayor		
	22	Mejoramiento de la eficiencia en el pago de subsidios		

**Tabla 31. Correlación de Medios y Fines – Eje 2.**

EJE	#	MEDIOS / SUBREGIONES	CORRELACION	FINES / SUBREGIONES
PROTECCION SOCIAL INTEGRAL	1	Capacitacion para generar Interes y voluntad politica interinstitucional	1,2,3,10,15,20,21	Acompañamiento familiar
	2	Sensibilizacion en el buen trato al adulto mayor en la sociedad	1,2,3,5,9,12,14,16,17, 19	Mantenimiento de la salud
	3	Capacitacion familiar y social frente a la aplicacion de deberes hacia los adultos mayores	3,9,12,14,16,17,19	Disminucion de enfermedades cronicas
	4	Difusion y Sensibilizacion de los derechos del adulto mayor y normatividad vigente	1,2,3,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,22	Vulneracion de derechos
	5	Creación de C.B.A. y Centros Dia.	1,3,4,6,7,11,15,16,20, 22	Trato preferencial
	6	Vinculacion de personal profesional para el manejo de los programas de adulto mayor	1,2,3,6,7,11,16,19	Adecuada atencion en salud
	7	Diseño de procesos de caracterizacion de la poblacion adulta mayor	1,3,9,14,19	Reduccion de muertes evitables
	8	Gestion de recursos en el municipio para el programa de adulto mayor	1,3,4,5,9,13,21	Cuidado y proteccion al adulto mayor indigente.
	9	Diseño de estrategias para la ejecucion de actividades para adultos mayores	1,3,4,5,7,8,10,11,15,16, 17,22	Adultos mayores incluidos en los programas de atencion.
	10	Incremento en la cobertura de los programas nacionales de adulto mayor	2,3,14,15,16,20,21	Buen trato familiar
	11	Incentivar la gestion administrativa	1,2,3,4,9,15,20,22	Posicionamiento del adulto mayor
	12	Educacion familiar en Tecnicas de cuidado del adulto mayor.	1,2,3,4,9,15,21,22	Respeto al adulto mayor
	13	Diseño de politicas de vivienda para adultos mayores	1,2,3,4,7,9,15,17,21, 22	Generacion de sentimientos de acompañamiento, importancia y cuidado .
	14	Desarrollo de talleres para capacitacion en tecnicas de autocuidado	1,2,3,4,9,15,17	Buen estado animico.
	15	Formacion en valores, respeto y afecto al adulto mayor	2,3,5,10,12,14	Adultos mayores nutridos
	16	Diseño de proyectos educativos para adultos mayores	1,3,4,5,7,8,9,10,15,16,22	Aprovechamiento de los saberes culturales y ancestrales del adulto mayor
	17	Incentivar la Participación activa por parte del adulto mayor.	3,4,5,10,17,21	Adultos mayores activos
	18	Prevalencia de lo particular sobre lo general	3,4,5,14,19	Reduccion de discapacidades en adultos mayores
	19	Creacion de brigadas extramurales de atencion al adulto mayor en zonas apartadas.	2,4,13,14,15,16,17	Integracion familiar (Cohesion)
	20	Capacitacion para generar Interes y voluntad politica interinstitucional		
	21	Capacitacion y asesoria especializada en el manejo de bienes familiares		
	22	Reduccion del analfatismo		

**Tabla 32. Correlación de Medios y Fines – Eje 3.**

EJE	#	MEDIOS / SUBREGIONES	CORRELACION	FINES / SUBREGIONES
ENVEJECIMIENTO	1	Capacitación para generar Interés y voluntad política interinstitucional	1,2,3,,,,,,22	Aplicación y cumplimiento de derechos
	2	Diseño de un programa de atención integral a los adultos mayores	1,2,4,6,7,8,9,11,12,14,16	Adultos mayores activos
	3	Difusión y Sensibilización de los derechos del adulto mayor y la normatividad vigente	1,2,4,7,8,11,12,13,17	Mantenimiento de la salud
	4	Incentivar la Participación activa por parte del adulto mayor .	1,2,3,11,15	Acompañamiento Familiar
	5	Incorporación de profesionales idóneos para la atención de los adultos mayores	2,4,6,7,10,11,12,15	Buen estado anímico.
	6	Creación de Centros Día.	1,2,3,5,6,7,8,9,11,12,15,17	Adultos mayores Con atención adecuada
	7	Creación familiar en Técnicas de cuidado del adulto mayor .	1,2,3,15	Cuidado y protección al adulto mayor indigente.
	8	Diseño de procesos de caracterización	1,2,3,4,6,7,8,10,11,12,14,15,16	Aprovechamiento de los saberes culturales y ancestrales del adulto mayor
	9	Incremento en la cobertura de los programas nacionales de adultos mayores	1,2,3,4,8,10,11,12,15	Posicionamiento del adulto mayor
	10	Diseño de proyectos educativos para adultos mayores	2,3,4,7,10,11	Familias sensibilizadas frente al cuidado del adulto mayor
	11	Capacitación y sensibilización a los responsables del programa en los municipios	2,6,7,12,13,15	Adultos mayores nutridos
	12	Inexistencia de programas de envejecimiento activo	2,5,7,13,17	Reducción de muertes evitables
	13	Capacitación en estilos de vida saludables.	2,3,7,10,11,12,15	Buen trato familiar
	14	Diseño de programas de actividades lúdicas	1,3,4,5,6,7,8,12,13,15,17	Control y mitigación de riesgos
	15	Sensibilización en el buen trato al adulto mayor en la sociedad		
	16	Diseño de ofertas y oportunidades laborales para el adulto mayor		
	17	Diseño de Programas de seguimiento en salud a la población adulta mayor		



Libertad y Orden



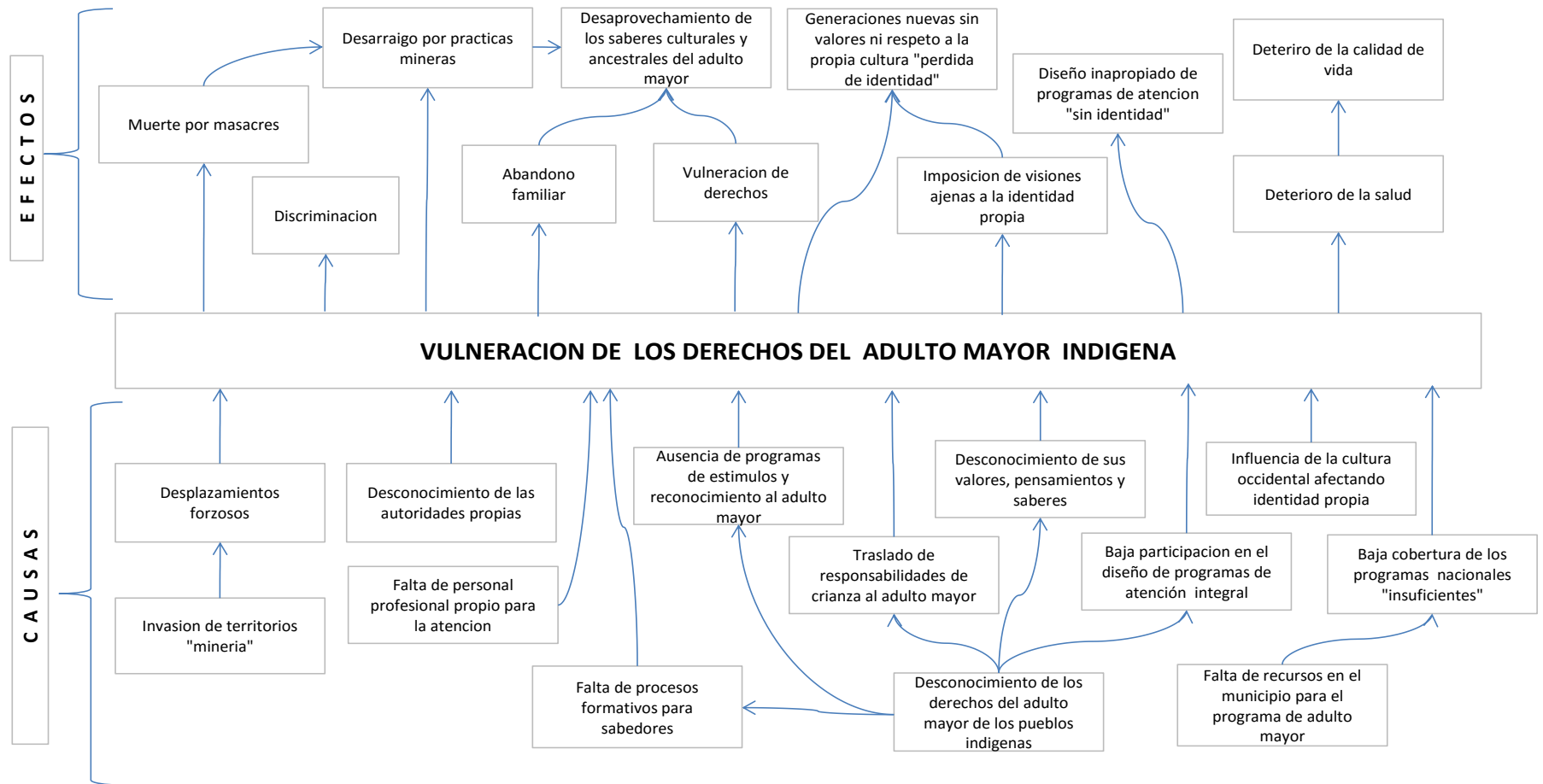
República de Colombia

Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social

POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

### 5.3 RESULTADOS DE LA SISTEMATIZACION EN ARBOLES DE PROBLEMAS CON COMUNIDADES INDIGENAS - PUEBLO AWÄ

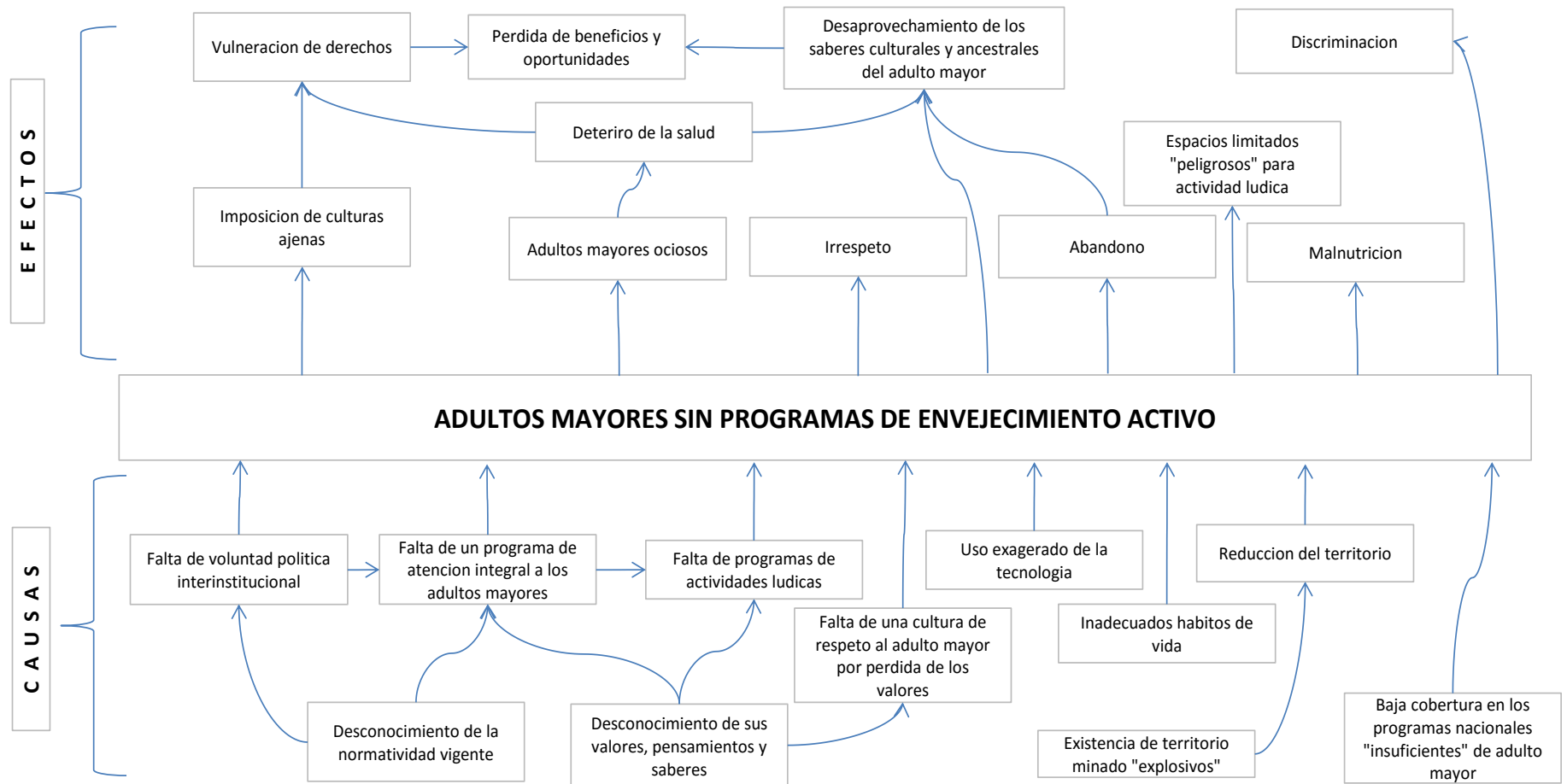
Grafico 11. Árbol de problemas – Eje 1.



**Grafico 12. Árbol de problemas – Eje 2.**



**Grafico 13. Árbol de problemas – Eje 3**





Libertad y Orden



República de Colombia

Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social

POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

## 6. BIBLIOGRAFIA

1. Bermejo L., (2007). Envejecimiento activo. Documento técnico. IMSERSO. Madrid.
2. CELADE/CEPAL, 2006. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía. Santiago de Chile.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL. Envejecimiento y desarrollo en una sociedad para todas las edades. Santiago de Chile. 2007.
4. Comité Departamental de Adulto Mayor. Líderes y Delegados Subregionales. (2.013). TALLERES DE CONSTRUCCION PARTICIPATIVA. MEMORIAS DE TALLERES (págs. 1-100). SAN JUAN DE PASTO: N.A.
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE. (2.005). PROYECCIONES DANE Edades\_Simples\_1985-2020. BOGOTA DC: N.A.
6. Gobernación de Nariño. (2012). PLAN DE DESARROLLO 2012-2015. SAN JUAN DE PASTO: MADOS PRINT.
7. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). ENVEJECIMIENTO ACTIVO - LIBRO BLANCO. MADRID: IMSERSO.
8. Gran encuesta integrada de hogares – Procesamiento Min salud con base DANE
9. HELPAGE INTERNATIONAL. (s.f.). imersomayores. Recuperado el 5 de AGOSTO de 2.013, de [www.imersomayores.csic.es](http://www.imersomayores.csic.es)
10. Instituto Departamental de Salud de Nariño. (2011). BOLETIN EPIDEMIOLOGICO Noviembre 2012. SAN JUAN DE PASTO: IDSN.
11. Ministerio de la Protección Social. (2.007). POLITICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2.007-2.019. BOGOTA DC: MSPS.
12. Ministerio de la Protección Social. (2.013). ENCUENTROS NACION TERRITORIO. BOGOTA DC: ARCHIVOS PDF.
13. Ministerio de la Protección Social. Gobernación de Nariño. Alcaldía de Pasto. (2.009). SER CON SENTIDO DE VIDA. SAN JUAN DE PASTO: IDSN.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). INDICADORES BASICOS 2011 - Situación de Salud en Colombia. BOGOTA DC: MSPS.
15. Miranda G., Joaquín, Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo, Universidad de la Rioja. España. 2006.
16. OMS Envejecimiento activo: un marco político. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Madrid. 2002.
17. Plan de desarrollo 2012-2015 "Nariño Mejor"
18. Plan Decenal de Salud Publica 2012 – 2021.
19. Planeación Estratégica y Desarrollo Institucional. Universidad de Antioquia. Fundación Nelly Ramírez Moreno. (DICIEMBRE de 2012). CAJA DE HERRAMIENTAS. GUIAS PARA EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR. BOGOTA DC, COLOMBIA.
20. Política pública social para el envejecimiento y la vejez del distrito capital - PPSEV
21. Secretaría de Educación Departamental de Nariño. (2.012). REGISTRO ESPECIAL DE MATRICULAS 2.013. SAN JUAN DE PASTO. Sobre la Violencia intrafamiliar contra la persona mayor, Ana Inés Ricaurte Villota P 93-94



República de Colombia

Secretaría de Equidad de Género e Inclusión Social

POLITICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2013 - 2023

22. Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (2013). REGISTROS DE HECHOS VICTIMIZANTES. SAN JUAN DE PASTO. Universidad de Nariño. (2012). REVISTA DEL CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD. UNIVERSIDAD Y SALUD, 100 - 130