

Una mirada a los aspectos demográficos, económicos y de seguridad social de la población envejeciente de la ciudad de Medellín

Doris Cardona A.¹
Alejandro Estrada R.²
Héctor Byron Agudelo G.³

Resumen

Mediante un estudio descriptivo transversal se caracterizaron los componentes demográficos, económicos y de seguridad social de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín para los años 1997, 2001 y 2002, con el fin de generar información que facilite la implementación de planes y programas dirigidos a la población envejeciente de la ciudad. El estudio se basó en los resultados de las encuestas de calidad de vida (ECV) de la ciudad, realizadas en 1997 y 2001 en las personas de 65 o más años cuyos datos fueron suministrados por el Departamento Administrativo de Planeación Municipal; adicionalmente se realizó una encuesta telefónica a 637 adultos mayores, seleccionados del marco muestral de la ECV del 2001. Se encontró que los adultos mayores son en mayor proporción mujeres (58%), presentan una alta desprotección por parte del Sistema

General de Seguridad Social en Salud (30,9%) y tienen menor grado de escolaridad. Se observó que los adultos mayores presentaron entre 1997 y 2001 una pérdida de poder adquisitivo del 65%.

Palabras clave

Envejecimiento, calidad de vida, demografía, esperanza de vida, seguridad social, anciano

- 1 Administradora de empresas, magíster en salud pública con énfasis en salud mental, empleada administrativa de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. E-mail: doriscar@guajiros.udea.edu.co
- 2 Gerente de sistemas de información en salud, magíster en epidemiología, docente ocasional de la Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia. E-mail: aestrada@epm.net.co
- 3 Licenciado en educación, especialista en sistemas de información, magíster en salud pública, docente de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. E-mail: bagudelo@guajiros.udea.edu.co

Recibido: 12 de mayo de 2003. Aceptado: 31 de julio de 2003.

A look at the demographic, economic and social security aspects of the elderly population in the city of Medellín

Abstract

The demographic, economic and social security components of the elderly population in the city of Medellín were characterized through a descriptive transversal study during 1997, 2001 and 2002. The purpose of the study was to generate information that would facilitate the implementation of plans and programs addressed to the city's elderly population. The study was based on the results of the city's surveys on quality of life, carried out in 1997 and 2001 on people aged 65 or over, whose data were provided by the Administrative Department of Municipal Planning. In addition, a telephone survey was carried out on 637 elderly people, selected from the sample framework of the survey on quality of life of 2001. The findings reported a higher proportion of females (58%) in the population, low coverage of social security health insurance (30.9%) and a low level of education. It was found that old people experienced a loss of purchasing power of 65% during the time of the study.

Key words

Aging, quality of life, demography, life expectancy, social security, aged

Introducción

En un mundo cada vez más tecnificado y medicalizado, las estructuras poblacionales van cambiando: se crean medios y circunstancias en los cuales las personas pueden vivir mucho más tiempo y se confiere más valor al hecho de sobrevivir mayor cantidad de años que a la calidad de ese vivir. En una búsqueda incansable por la "inmortalidad", la humanidad parece dejar de lado el hecho de vivir con bienestar. En los países industrializados, y aún en los pobres, las poblaciones se hacen más longevas con el transcurrir del tiempo, aumenta la esperanza de vida y la estructura poblacional se va haciendo más amplia en la cúspide y más estrecha en la base; la población infantil y escolar se reducen proporcionalmente, aumenta el número de personas mayores de 30 años y con ello el grupo de los adultos mayores, situación que algunos autores¹ asocian con el desarrollo de los pueblos, las comunidades y los países. Entendiendo que es compromiso de los gobiernos el diseñar nuevas estrategias laborales, asistenciales y sociales, tendientes al bienestar de la población adulta mayor, la Organización Mundial de la Salud planteó en la cumbre sobre envejecimiento, realizada en Madrid en abril de 2002, la necesidad de establecer mecanismos que permitan a las sociedades afrontar tal situación,² con el fin de no magnificar dicha transición, sino asimilarla y replantear los planes de gobierno.

La ciudad de Medellín experimenta también este proceso de envejecimiento que se visualiza en la población total y en la población adulta mayor pues entre las personas de edad aumenta el peso relativo de aquellas de edades extremas superiores. Este hecho permite diferenciar dos grupos etáreos, con características biológicas y sociales diferentes, el grupo de 65-74 y el de 75 y más. El primero está constituido por personas más independientes, algunas de ellas aún insertas en la fuerza de trabajo y más integradas socialmente. Entre las personas del segundo grupo, las "pérdidas" pudieran ser una característica más relevante del proceso de envejecimiento.¹ El incremento proporcional en los grupos de personas adultas mayores genera también inquietudes sobre el grado de desarrollo y preparación de la ciudad para responder por la calidad de vida de

la población envejeciente en aspectos como el acceso a los servicios de salud, la cobertura por parte del sistema de salud y la posibilidad de satisfacer sus necesidades económicas. El proceso demográfico que viene experimentando la ciudad de Medellín demanda la formulación de políticas públicas adecuadas, que prevengan el colapso de los sistemas de protección social y generen inquietudes sobre las necesidades, riesgos, oportunidades y garantías de la población envejeciente.

En Medellín, el envejecimiento poblacional aun no se ha traducido en un cambio explosivo en el porcentaje de adultos mayores, sin embargo no se descarta que sea desde este momento una prioridad para la administración pública y la sociedad en general. El crecimiento de la población en edades avanzadas y el número de personas que cada año se agregan a este grupo constituye un gran desafío para la atención de sus demandas.³ La situación descrita motivó la necesidad de realizar el presente estudio.

Métodos

Se desarrolló un estudio de tipo descriptivo transversal, el cual abordó para los años 1997, 2001 y 2002 algunas de las características y condiciones demográficas, económicas y de seguridad social que conforman la calidad de vida de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín, utilizando diversas fuentes de información. Para el estudio de los *componentes demográfico y económico*, se utilizaron los resultados de las encuestas de calidad de vida (ECV) realizadas por el Departamento Administrativo de Planeación Municipal de Medellín, las cuales aplicaron un diseño muestral polietápico, por conglomerados, con representatividad por comuna. Para 1997 se registraron 4.832 adultos mayores equivalentes al 6,5% de los 74.869 encuestados, y para 2001, 7.296 adultos mayores equivalentes al 7,5% de los 99.230 encuestados.⁴ Para estudiar el *componente de seguridad social*, se realizó una encuesta telefónica a 637 adultos mayores seleccionados por muestreo sistemático aleatorio de los 6.498 registrados en la ECV de 2001 que tuvieran número telefónico, para complementar la información de la ECV realizada en ese mismo año.⁴

Resultados y discusión

Los principales hallazgos de tipo estadístico se muestran en las figuras 1 a 4.

Componente demográfico

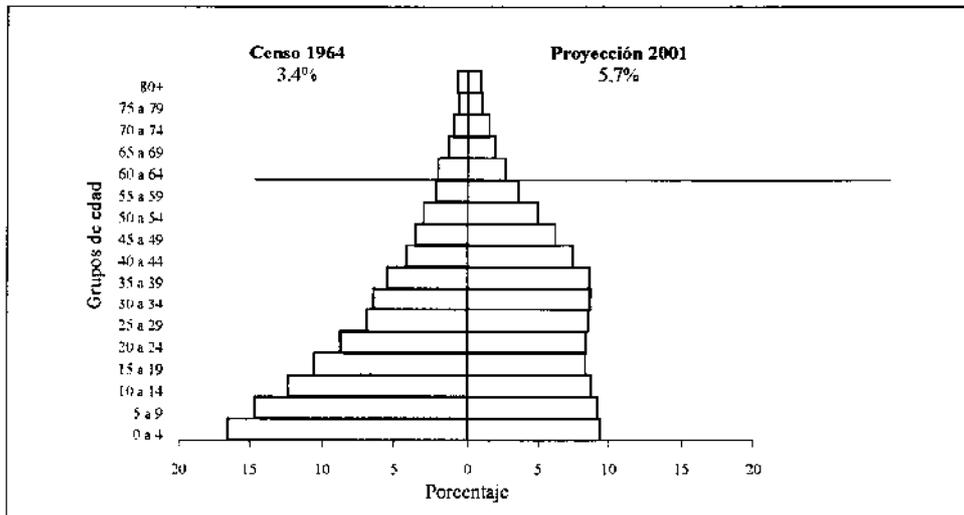
La población del mundo ha venido presentando una proporción cada vez mayor de personas adultas mayores; esta situación se hace más evidente en los países desarrollados, aunque varios países menos desarrollados ya la enfrentan, como es el caso de Uruguay y Argentina.⁸ En Colombia, en el año 2000, la población adulta mayor representaba el 4,71% del total de la población.

Medellín ha venido presentando un lento pero progresivo aumento de su población adulta mayor desde la década de los sesenta hasta hoy. La población de adultos mayores ha experimentado un aumento porcentual que va de 3,4% (26.271) en 1964, según el Censo de Población y Vivienda de dicho año, a 5,7% (112.110) de la población total en el año 2001, según proyecciones del Departamento Administrativo de Planeación Municipal,⁴ lo que indica un incremento de la población adulta

mayor con respecto a la población total entre los años 1964 y 2001 de 168%. La situación de la ciudad se hace similar a la vivida por el país, el cual pasó de 3,2% a 4,8% en el mismo periodo (figura 1). Aunque el aporte porcentual de los adultos mayores en la estructura poblacional de Medellín parecería pequeño, es significativo por cuanto el índice de envejecimiento pasó de 8 adultos mayores por cada 100 personas menores de 15 años, en el año 1964, a 21 en el año 2001.

La población escolar y juvenil (5-19 años de edad) de Medellín, presentó descenso al bajar del 38% (291.297) al 26% (524.085). A esta situación han contribuido decididamente el descenso en las tasas de fecundidad y el aumento de la mortalidad en la población joven y adulta joven. Otro hecho que se relaciona con el cambio en las estructuras poblacionales es el aumento de las esperanzas de vida; cada vez más sujetos están a sus 65 años en muy buen estado de salud y desean mantenerlo, lo cual es comprensible porque su esperanza de vida promedio a tal edad es de más de 20 años en algunas regiones del mundo.⁵ Para Medellín, la esperanza

Figura 1. Población total de Medellín en los años 1964 y 2001



Fuente: Dane, censos de población y vivienda de 1964 y 1993. Departamento Administrativo de Planeación Municipal, Proyección Poblacional 2001.

de vida a los 65 años es de 14,3 años, con 13,7 años para los hombres y de 14,9 para las mujeres.

De mantenerse el crecimiento de la población adulta mayor de la ciudad, se espera que para el año 2050 se llegue a una composición del 16,3%, similar a la de Colombia. A medida que el número de adultos mayores aumente, aumentará con ellos un tipo particular de necesidades y problemas que tendrán gran impacto en la estructura social y en los aspectos económicos de la ciudad. Esta situación ya se percibió en los países desarrollados, con la diferencia de que estos se enriquecieron antes de envejecer, mientras que en Colombia se está envejeciendo antes con un aumento de la pobreza.²

Según la ECV del año 1997, en Medellín las mujeres representaban el 58,8% (2.843) y los hombres el 41,2% (1.989); para el año 2001 la proporción no varía, con 42% (3.103) de hombres y 58% (4.293) de mujeres. Este cambio de composición poblacional ha llevado a un cambio en la esperanza de vida, en la que se pasó de tener 60 años a mediados del siglo XX a estimar que para el 2005 será de 73,2 años, aumento que se prevé mayor en las mujeres.

El estado civil de los adultos mayores encuestados en los dos años de estudio es predominantemente el de casado, con 46,9% (2.264) y 45,5% (3.365) respectivamente, seguido de los viudos que no varían su aporte, con 34% (1.642) y 34,4% (2.544); la condición civil que más variación registró es la de los separados, que aumentaron de 3,4% a 5,9%. Llama la atención cómo el estado civil predominante en el hombre es el casado (70% en 1997 y 68% en 2001) mientras que para las mujeres el más común encontrado es el de viudas, con 48% en ambos años estudiados y en menor proporción, casadas (31% en 1997 y 29% en 2001).

Aunque la actual generación de adultos mayores sea más proclive a mantenerse vigente y autónoma y se interese en adquirir nuevos conocimientos y así tener una vejez mejor en términos de calidad de vida, la pobreza intelectual puede ser tan limitante como la material, por las exigencias de la sociedad que aumenta la segregación de los que están en peores condiciones,⁶ caso en el que se encuentra gran parte de los adultos mayores de la ciudad, de

los cuales, en el año 1997 el 52,9% (2.551) había aprobado la primaria y el 24,3% (1.174) la secundaria. En el año 2001 bajó el grado de escolaridad de los adultos mayores: el 63,9% solo tenían estudios aprobados de primaria y el 19,2% de secundaria.

Otro aspecto demográfico analizado fue el número de hijos de los adultos mayores, que en promedio tienen 6 hijos. Este promedio se relaciona estrechamente con la tasa de fecundidad de 6,76 hijos por mujer, estimada por el DANE para el decenio 1950-1960. Se realiza la comparación con este decenio, pues las adultas mayores de hoy eran las mujeres que presentaban edades entre 18 y 28 años aproximadamente en dicha época.

También se indagó por el número de personas con las que el adulto mayor comparte la habitación, para determinar el grado de hacinamiento. En los hogares colombianos el hacinamiento ha sido estudiado por la *Encuesta de pobreza y calidad de vida* realizada por el Dane en el año 1997, en la cual se considera que si una habitación es compartida por cinco personas o más, pueden considerarse como hacinados.¹³ En el caso de la ciudad de Medellín, solo 2,7% (11) de los adultos mayores manifestaron vivir con más de cinco personas en una misma habitación o en condiciones de hacinamiento; 46,5% (296) comparten con una persona; 5,3% (34) lo hacen con dos personas; 2,2% (14) con tres personas y 44,3% (282) restante duermen solos en sus habitaciones.

Componente económico

Otro aspecto importante que rodea la vida del adulto mayor es su situación económica, que en la ciudad de Medellín se ha deteriorado con el transcurso de los años, en parte debido a la crisis económica que atraviesa el país: crecimiento económico negativo en los últimos años, altas tasas de desempleo, incremento del trabajo informal, aplicación de reformas laborales que reducen las estructuras administrativas de las empresas, las cuales lanzan a la calle a un sinnúmero de personas económicamente activas. El deterioro de la situación económica afecta directamente a las personas adultas mayores, por cuanto son rotuladas con una condición de envejecimiento laboral que las considera no aptas para

trabajar ni productivas para la sociedad, reduce su posibilidad de aportar a los ingresos familiares y aumenta su grado de dependencia económica.⁷

Un hallazgo importante que confirma el deterioro económico sufrido por el adulto mayor se relaciona con su ingreso mensual, que pasó de 1,06 salarios mínimos legales vigentes (SMLV) en 1997 (\$172.005) a 0,69 SMLV en el año 2001 (\$286.000). Esta pérdida en los ingresos representó para el año 2001 un 65% frente a los ingresos de 1997. El ingreso mensual también mostró diferencias por sexo, pues las mujeres recibían menos ingresos que los hombres en los dos años analizados (en 1997 recibían en promedio 0,71% SMLV y en el 2001 recibían 0,47% SMLV), situación comprensible si se tiene en cuenta que los adultos mayores de hoy fueron los obreros y empleados de las décadas de los cincuenta y sesenta, cuando la incursión de la mujer en la masa laboral no era tan generalizada como se registra en la actualidad.⁸

Al estudiar la ocupación u oficio, se encontró que la mayoría de los adultos mayores eran amas de casa, con 44,1% (281), proporción seguida por las personas pensionadas o jubiladas, que ascendían a 32,3% (206). El 16,8% (107) de los encuestados se clasificaron como desempleados en ese momento y el 6,8% (43) eran empleados u obreros (figura 2).

La principal fuente de ingresos estuvo constituida por los aportes familiares y por la pensión/jubilación, rubros que representaban cada uno el

41,1%. Se evidenció además que una baja proporción de adultos deriva su sustento económico del salario (5,3%), situación explicable en el hecho que la jubilación se adquiere a partir de los 62 años para los hombres y los 58 para las mujeres. Los adultos mayores consideran igualmente que su actual situación económica es *peor*, comparada con la que tenían hace cinco años (55,4%), y 32% de adultos consideran que dicha situación se mantiene igual.

Entre los aspectos que más preocupan o generan tensión al adulto mayor, los relacionados con la economía del hogar representan 35,5% (226); los asuntos familiares, como relaciones deterioradas, conflictos internos y violencia, fueron considerados en segundo lugar de las preocupaciones con 22,3% (142); y los relacionados con la salud, en 19% (121). Estos tres aspectos en su orden —económicos, familiares y de salud— ocupan el 77% de las preocupaciones de los adultos mayores encuestados.

Componente de seguridad social

Otro aspecto no menos importante que tiene que ver con el adulto mayor es el relacionado con su seguridad social. Desafortunadamente, en la actualidad existe poca información sobre el estado de salud de los adultos mayores, sus necesidades de servicios y los costos y eficiencia de los diferentes esquemas de diagnóstico y tratamiento, pues constituyen uno de los grupos poblacionales de la ciudad que más requieren de la seguridad social, por el

Figura 2. Ocupación u oficio de los adultos mayores encuestados. Medellín, 2002

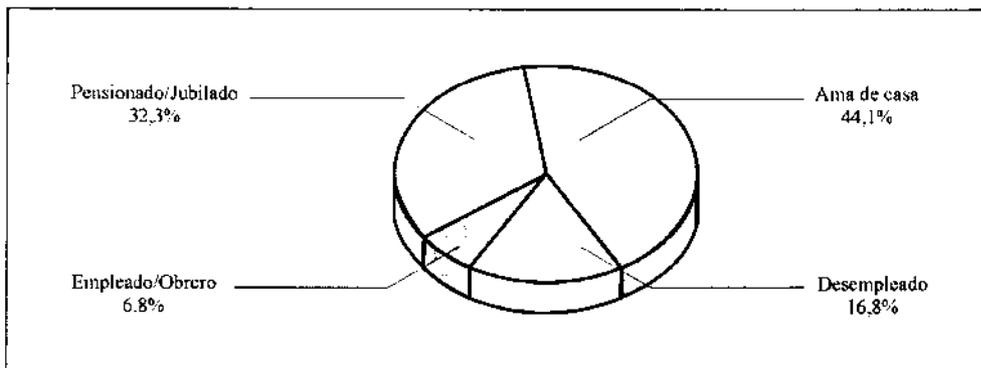
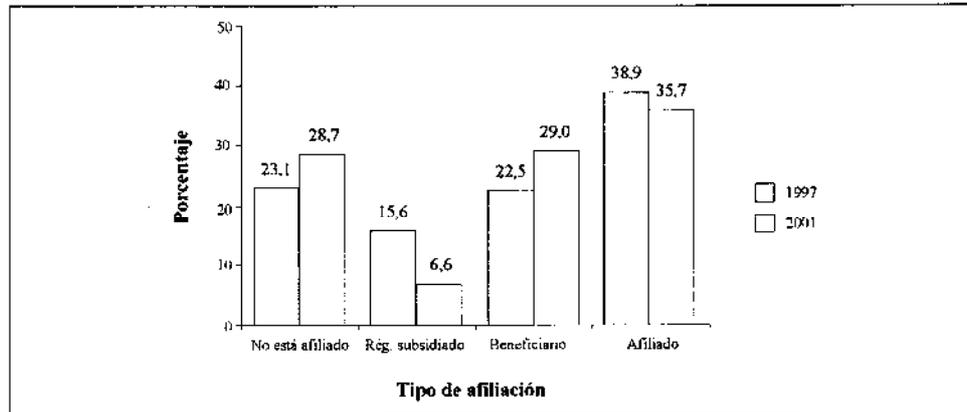


Figura 3. Población adulta mayor de la ciudad de Medellín según tipo de afiliación al SGSSS. Medellín, 1997 y 2001



Fuente: Planeación Municipal, ECV 1997 y 2001.

deterioro físico y mental que acumula el ser humano en el transcurso de su ciclo vital. Este deterioro hace que utilicen los servicios de salud más frecuentemente: según los registros del Ministerio de Salud, 12% de los egresos hospitalarios de Medellín en el año de 1997 correspondieron a personas de 65 y más años.¹⁴ Sumado a ello, 80% de los ancianos que respondieron la encuesta telefónica afirmó haber acudido a una institución de salud en los últimos doce meses y 64% dijo haber consultado periódicamente por alguna enfermedad.

La seguridad social en Colombia se revela entonces como regresiva, no solo porque las personas más pobres están más desprotegidas que las menos pobres,¹⁰ sino también porque los adultos mayores registran una desprotección del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); tal es el caso de Medellín, donde según la ECV, en 1997, 61,4% (2.876) de los adultos mayores estaban afiliados al régimen contributivo como contribuyentes directos o como beneficiarios. En el régimen subsidiado se encontraba 15,6% (731) y vinculados al sistema, 23,1% (1.081). En el año 2001 se conservan las condiciones de afiliación al régimen contributivo en 64,7% (4.786), baja la afiliación al régimen subsidiado a 6,6% (485) y se aumenta la no afiliación a 28,7% (2.125) (figura 3).

Llama la atención el aumento de personas no afiliadas al sistema o afiliadas como beneficiarias o dependientes y la baja en la afiliación a través de los dos regímenes, por cuanto sugiere que las condiciones económicas y de salud de los adultos mayores de la ciudad sufren una baja considerable entre estos dos años, lo que influye directamente en la atención preventiva, tratamiento oportuno y rehabilitación necesaria de los estados mórbidos y mortales.

El análisis por sexo según la afiliación al SGSSS mostró que los hombres conservan su afiliación principalmente al régimen contributivo en los dos años estudiados (51,4% y 52,4%), pero aumentan la no afiliación de 20,5% (396) a 25,7% (799) y la condición de beneficiario que pasa de 12,2% (236) a 16,3% (506); por su parte, la afiliación al régimen subsidiado baja de 15,9% (307) a 5,5% (172). En el caso de las mujeres, la afiliación principalmente como beneficiarias o dependientes se conserva en los dos años, pasando de 29,7% (817) a 38,2% (1.641); aumenta la no afiliación de 24,9% (685) a 30,9% (1.326), pero disminuye su participación como contribuyente pasando de 30,1% (829) a 23,6% (1.013) en el régimen contributivo y bajando de 15,4% (424) a 7,3% (313) en el régimen subsidiado.

Como la seguridad social en salud cubre principalmente a la clase trabajadora y es la mujer quien menos aportaba en este campo, los hombres están mejor protegidos por el sistema, principalmente cuando ingresan a laborar en empleos formales con la seguridad social garantizada.¹⁰ Esto lleva a plantear una hipótesis de iniquidad de género en cuanto a la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, al derecho a la salud de todos los ciudadanos y a las condiciones psicosociales que se les proporciona a las adultas mayores.

En lo relacionado con el sistema de pensiones, se observó que una alta proporción (79%) de los adultos mayores encuestados no cuentan con un fondo de pensiones; 21% (134) restante está afiliado y muchos de ellos ya disfrutan de una pensión de jubilación en cumplimiento de las normas jurídico-legales, por enfermedad o por ser cónyuge sobreviviente de un pensionado (figura 4).

La difícil situación económica que atraviesan los adultos mayores de la ciudad que no alcanzan a superar la línea de pobreza ni a satisfacer las necesidades básicas se constituye en un problema crítico en la medida en que a esta edad enfrentan gastos elevados y crecientes en salud, que en muchos casos llegan a absorber una parte muy considerable de sus escasos recursos disponibles.⁸

En forma general, los procesos de transición que presenta la ciudad de Medellín, en el ámbito

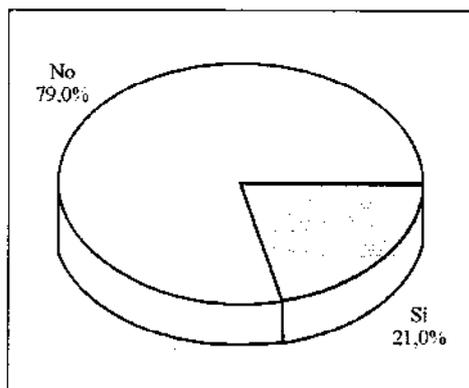
demográfico y epidemiológico, generan una serie de desafíos para la administración municipal que deben ser considerados y que son referentes para el establecimiento de políticas públicas para la ciudad. Entre estos se tienen: el acceso a los servicios de salud por los niveles y restricciones de cobertura que presenta el SGSSS y pensiones para satisfacer las necesidades básicas de la población adulta mayor; la exclusión y el empobrecimiento de las personas mayores como fruto de las desigualdades sufridas en los primeros años de la vida; tales situaciones son las exclusiones de mejores atenciones en salud y de actividades que generen ingresos, mejoren su calidad de vida y les permiten una mejor educación.

Estas situaciones o desafíos, además de evidenciar el proceso demográfico presentado por la ciudad de Medellín, llaman la atención sobre las posibles consecuencias que este proceso pudiera traer si no se establecen mecanismos que permitan implementar planes y programas específicos frente a dicha situación y al grupo de adultos mayores. La consideración de dichas consecuencias obliga a hacer hincapié en la necesidad de investigar, identificar y ejecutar estrategias tendientes a prevenir la manifestación prematura de enfermedades crónicas no transmisibles (principales causas de defunción en poblaciones en que la esperanza de vida aumentó y rebajó las tasas de natalidad, de mortalidad infantil) y de enfermedades transmisibles.¹¹

De esta forma, se evidenció cómo Medellín se está viendo enfrentada a estos desafíos para lo cual aún no hay unas estructuras sociales, asistenciales y familiares acordes con las necesidades de este grupo poblacional. Por otro lado, solo hasta hace poco se comenzó a dar a dicha situación el realce que merece, a través de programas de atención y asistencia a la tercera edad, como clubes de vida, programas de puertas abiertas, programa revivir, comedores y dormitorios de paso, asistencia familiar y centros de bienestar del anciano.¹²

Las condiciones sociales, económicas y de salud difieren por sexo pues existen menos mujeres afiliadas al SGSSS y, por ende, con menor cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, quienes reciben también en proporción menos ingresos men-

Figura 4. Afiliación al fondo de pensiones por parte de los adultos mayores. Medellín, 2002



suales que los hombres, a pesar de que viven más tiempo que los hombres y tienen una mayor esperanza de vida.

Conclusiones

- Visto el panorama demográfico de crecimiento de la población adulta mayor, de incapacidad económica, social y asistencial de las organizaciones públicas para resolver los crecientes problemas gerontológicos, no resulta lógico quitarle funciones al Estado —que por derecho propio le corresponden realizar—. No son el individuo, ni la familia los encargados de velar por el sostenimiento económico y social del adulto mayor, es el Estado el encargado de suministrar los medios necesarios para que los adultos mayores se inserten de la mejor manera en el núcleo familiar y en la sociedad. Planteamiento contrario al de Ricardo Moragas Moragas, quien sugiere potenciar la ayuda familiar y social tanto económica como socialmente antes que establecer unidades asistenciales burocráticas.¹⁵
- Las pensiones en este grupo poblacional muestran una gran diferencia frente a grupos poblacionales más jóvenes de la ciudad. El 32% de los adultos mayores encuestados se encuentran afiliados a un fondo pensional, estando acorde estos hallazgos con lo registrado en América Latina, donde entre el 40% y el 60% de la población adulta mayor no obtiene ingresos por concepto de pensión.⁸ En América Latina, en promedio, en uno de cada tres hogares los recursos aportados por los adultos mayores por concepto de jubilaciones o pensiones representa más de la mitad del ingreso familiar.⁸
- Al cubrir la seguridad social en salud principalmente a la clase trabajadora, es la mujer quien menos aporta en este campo mientras que los hombres están mejor protegidos por el sistema, principalmente cuando ingresan a laborar en empleos formales con la seguridad social garantizada.¹⁰ Medellín también conserva esta tendencia discriminada por sexo; es así como en 2001, 31% de las mujeres no estaba afiliada al SGSSS frente a 26% de los hombres. Esto llevó a plantear una hipótesis de inequidad de género en cuanto a la

cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, al derecho a la salud de todos los ciudadanos y a las condiciones psicosociales que se les proporciona a las adultas mayores.

- En lo que respecta al nivel educativo de los adultos mayores, se encontró que una alta proporción de estos solo han alcanzado estudios de primaria (63,9%), mientras que el 19,2% cuenta con secundaria y el 13,8% sin ninguna escolaridad, lo que en ocasiones convierte tal situación en posible factor de discriminación en la sociedad, por lo tecnificado de la misma.

Recomendaciones

- Promover políticas públicas en pro del adulto mayor en donde se tenga en cuenta la condición de vulnerabilidad de esta población, pero también se apoyen programas ocupacionales y de inserción en el mercado laboral, así como políticas de atención, rehabilitación, prevención de las enfermedades y promoción de la salud, de fortalecimiento de las redes de apoyo social, tanto formales como informales, de cobertura, acceso y oportunidad al SGSSS, y de incremento de la afiliación a los fondos pensionales.
- Impulsar la creación de un marco jurídico que garantice al adulto mayor los siguientes beneficios: ampliación de la cobertura de seguridad social; ingresos regulares bien sea por trabajo remunerado o por aportes jubilatorios; acceso a la atención integral de su salud; actividades de recreación, artística y cultural; reducción en las tarifas de los medicamentos de consumo obligatorio; asistencia libre a espectáculos públicos y a actividades educativas; eliminación de barreras arquitectónicas; formación de recurso humano especializado en problemas de la vejez; reorientación social de la economía que deposite su inversión en el capital humano existente; recuperación del papel protagónico del adulto mayor en la familia y en la sociedad; fortalecimiento de las redes de apoyo social; y programas de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades y la discapacidad en los adultos jóvenes, que garanticen un envejecimiento saludable a los futuros adultos mayores.

Realizar investigaciones poblacionales tendientes a conocer las reales necesidades de los adultos mayores de la ciudad, sus actividades, espacios y percepciones, con el fin de poder guiar de mejor manera las decisiones de la administración pública para este grupo poblacional. Esto llenaría el vacío existente en el conocimiento de las condiciones de vida de los hombres y mujeres envejecientes de la ciudad y abriría la posibilidad de constituir un grupo de estudio que dé luces a los retos, desafíos y consecuencias del proceso de envejecimiento de la ciudad y del país.

Referencias

1. Aranibar PA. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Santiago de Chile: Centro de Capacitación CEC; 2001.
2. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Promoción de la Salud. Salud y envejecimiento. Un documento para el debate. Segunda Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento; Madrid 8-12 abril de 2002.
3. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. División de Población. El envejecimiento de la población latinoamericana: Hacia una relación de dependencia favorable? Santiago de Chile: CELADE; 2000. (Población y Desarrollo, 4).
4. Medellín. Departamento Administrativo de Planeación. Subdirección de Metroinformación. Encuesta Calidad de Vida 1997 y 2001. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2002.
5. Vellas P. Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva. Rev Salud Pública Méx 1996; 38(6): 513-522.
6. Domínguez O. Encuesta de necesidades de los ancianos en Chile. Percepciones de los adultos mayores sobre sí mismos. [Artículo de Internet]. <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/chien5.htm>. Consultada: Enero de 2001.
7. Barros C. Aspectos sociales del envejecimiento. En: La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa, Washington: OPS; 1994. (Publicación Científica, 546).
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina, 1999-2000. Santiago de Chile: CEPAL/UNICEF; 2000.
9. Darnton-Hill I. El envejecimiento con salud y la calidad de vida. En: Foro Mundial de la Salud 1995;16(4): 381-391.
10. Friedrich Ebert Stiftung de Colombia. La vejez urbana en Colombia. Bogotá: FESCOL; 1993.
11. Litvak J. El envejecimiento de la población: Un desafío que va más allá del año 2000. Bol Oficina Sanit Panam 1990;109(1): 1-5.
12. Medellín. Alcaldía. Decreto 151 de 2002, por medio del cual se determina el funcionamiento de la administración municipal nivel central, la nueva estructura administrativa, se definen las funciones de las dependencias y se dictan otras disposiciones. Medellín: La Alcaldía; 2002.
13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Bogotá: DANE; 1997.
14. Colombia. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Registros de egresos hospitalarios 1990-1997. Bogotá: El Ministerio; 2001.