



DEPARTAMENTO DE CASANARE

POLÍTICA PÚBLICA DE ENVEJECIMIENTO Y VEJÉZ

2017

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN
2. INSTRUMENTO INFORMACIÓN SECUNDARIA DOCUMENTAL Y ESTADÍSTICA
 - 2.1 SISBEN
 - 2.1.1 TOTAL POBLACIÓN SISBENIZADA Y TOTAL ADULTOS MAYORES EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE
 - 2.1.2 HOMBRE Y MUJERES ADULTOS MAYORES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE
 - 2.1.3 HOMBRES Y MUJERES ADULTOS MAYORES UBICADOS EN EL ÁREA URBANA Y RURAL DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE
 - 2.1.4 ADULTO MAYOR QUE ESTA TRABAJANDO, BUSCANDO TRABAJO Y PENSIONADO.
 - 2.1.5 NIVEL EDUCATIVO DEL ADULTO MAYOR.
 - 2.1.6 ADULTO MAYOR VIVIENDA CASA PROPIA, ARRIENDO O DEPENDIENTE
 - 2.2 ADULTO MAYOR EN EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO
 - 2.2.1 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD - DANE
 - 2.2.2 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD - SISBEN
 - 2.3 GRUPOS DE PROTECCIÓN ESPECIAL ADULTO MAYOR
 - 2.3.1 ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD
3. INSTRUMENTO INFORMACIÓN CUANTITATIVA INSTITUCIONAL
 - 3.1 INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSIS – MALTRATO CONTRA EL ADULTO MAYOR
 - 3.2 ADULTO MAYOR EN EL CONTEXTO DE LA SALUD.
 - 3.2.1 COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.
 - 3.2.2 MORTALIDAD EN EL CICLO VITAL DEL ADULTO MAYOR
 - 3.2.2.1 MORTALIDAD POR TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO
 - 3.2.2.2. MORTALIDAD POR TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES
 - 3.2.2.3 MORTALIDAD POR NEOPLASIAS EN ADULTO MAYOR
 - 3.2.2.4. MORTALIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN PERSONAS MAYORES.
 - 3.2.2.5 MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS EN ADULTO MAYOR.
 - 3.2.2.6 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN ADULTO MAYOR
 - 3.2.3 MORBILIDAD EN ADULTO MAYOR
 - 3.2.3.1 MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN ADULTO MAYOR
 - 3.3.3.2 CONDICIONES TRANSMISIBLES Y NUTRICIONALES.
 - 3.3.3.3 MORBILIDAD POR LESIONES EN ADULTO MAYOR
 - 3.3.3.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS MAL DEFINIDOS
 - 3.2.3.1 MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN ADULTO MAYOR
 - 3.3.3.2 CONDICIONES TRANSMISIBLES Y NUTRICIONALES.
 - 3.3.3.3 MORBILIDAD POR LESIONES EN ADULTO MAYOR
 - 3.3.3.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS MAL DEFINIDOS
4. INSTRUMENTOS CUALITATIVOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ
 - 4.1 ANALISIS ENTREVISTAS A ADULTOS MAYORES
 - 4.2 ANÁLISIS MESAS MIPSAN
 - 4.3 MESAS INTERSECTORIALES
 - 4.3.1 MESA DE JUSTICIA
 - 4.3.2 MESA DE CULTURA DEPORTE Y RECREACIÓN
 - 4.3.3 MESA DE ALIMENTACIÓN Y ATENCIÓN NUTRICIONAL



- 4.3.4 MESA DE EDUCACIÓN
 - 4.3.5 MESA DE ESPACIO PÚBLICO Y TRANSPORTE
 - 4.3.6 MESA DE ORIENTACIÓN VOCACIONAL Y PRODUCTIVA
 - 4.3.7 MESA DE POBLACIÓN AFROCOLOMBIANA
 - 4.3.8 MESA DE SALUD
 - 4.3.9 MESA DE VIVIENDA
 - 4.3.10 MESA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL
5. GRUPOS DE PROTECCIÓN ESPECIAL
- 5.1 MUJER
 - 5.2 DISCAPACIDAD
 - 5.3 ADULTO MAYOR EN Y DE LA CALLE
 - 5.4 INDIGENAS
 - 5.4.1 DOCUMENTO RESUMEN MESA DE TRABAJO ADULTOS MAYORES INDIGENAS
 - 5.5 VICTIMAS
 - 5.6 NEGRITUDES
6. ESTUDIO NACIONAL DE SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO CONSOLIDADO SABE COLOMBIA 2015
- 6.1 RESUMEN ESTUDIO SABE
 - 6.2 ESTUDIO SABE Y POLÍTICA PÚBLICA DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ.
7. DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN CENTROS DÍA Y CENTROS DE PROTECCIÓN EN LOS MUNICIPIOS DEPARTAMENTO DE CASANARE
8. FORMULACIÓN
- 8.1 PRINCIPIOS
 - 8.2 RETOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DE CASANARE
 - 8.3 AJUSTE A LAS METAS DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ
 - 8.4 OBJETIVO GENERAL
 - 8.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS
 - 8.6 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE ADULTO MAYOR
 - 8.7 EJE 1: PROTECCIÓN Y GARANTÍA DERECHOS HUMANOS PARA EL ADULTO MAYOR
 - 8.8 EJE 2: PROTECCIÓN SOCIAL INTEGRAL
 - 8.9 EJE 3: ENVEJECIMIENTO ACTIVO
 - 8.10 EJE 4: FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO E INVESTIGACIÓN
9. MECANISMOS PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO
- 9.1 MECANISMO CIUDADANO
 - 9.2 MECANISMOS PUBLICO PRIVADO
 - 9.2.1 Consejo Departamental de Política Social
 - 9.2.2 Comité Departamental del Adulto Mayor
 - 9.3 MECANISMO ADMINISTRATIVO
 - 9.4 PLAN DE ACCIÓN
 - 9.5 RENDICIÓN DE CUENTAS



INDICE DE TABLAS

Tabla 1 total adultos mayores sisbenizados por municipio en el departamento de Casanare

Tabla 2 hombres y mujeres adultos mayores sisbenizados por municipios en el departamento de Casanare

Tabla 3 Hombres y mujeres adultos mayores Sisbenizados ubicados en las áreas urbana, centro poblado y rural del Departamento de Casanare

Tabla 4 Especificación de la población Sisbenizada adulta mayor que está trabajando, buscando trabajo y pensionada

Tabla 5 Tabla nivel educativo adultos mayores Sisbenizados Departamento de Casanare

Tabla 6 Adulto mayor vivienda: casa propia, arriendo o dependiente

Tabla 7 Violencia Intrafamiliar

Tabla 8 Inasistencia Alimentaria

Tabla 9 Lesiones culposas (Accidentes)

Tabla 10 Lesiones personales

Tabla 11 Distribución de Frecuencias de Principales Enfermedades No transmisibles en adulto mayor según sexo, Casanare 2011-2015

Tabla 12 Distribución de las condiciones Transmisibles y nutricionales según sexo en ADULTO MAYOR, Casanare 2011 – 2015

Tabla 13 Distribución de las Lesiones según sexo en adulto mayor, Casanare 2011 – 2015.

Tabla 14 Distribución de las Lesiones según sexo en ADULTO MAYOR, Casanare 2011 – 2015



INDICE DE GRAFICAS

Grafica 1 Porcentaje personas mayores sobre total población Departamento Casanare

Grafica 2 Porcentaje de adultos mayores por Sexo en el Departamento de Casanare

Grafica 3 Porcentaje de adultos mayores ubicados en las áreas urbana, centro poblado y rural del Departamento de Casanare

Grafica 4 Porcentaje de adultos mayores están trabajando, buscando trabajo y pensionada

Grafica 5 Porcentaje de adultos mayores con base en el nivel educativo adultos mayores Sisbenizados Departamento de Casanare.

Grafica 6 Porcentaje de adultos mayores con casa propia, arriendo o dependiente

Grafica 7 Graficas piramidales proyección DANE y Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales. SISBEN Jun 2017

Grafica 8 Distribución de la población según sexo y edad en edades simples, Casanare 2017 – Estadísticas SISBEN.

Grafica 9 Distribución de la población según sexo y Ciclo vital, Casanare 2017.

Grafica 10 Distribución de la Población Activa y Dependiente Económicamente, Casanare, 2017.

Grafica 11 Violencia contra el adulto mayor según mes de ocurrencia del hecho

Grafica 12 Violencia contra el adulto mayor según día de ocurrencia del hecho Casanare, 2017.

Grafica 13 Distribución de la Afiliación en salud según Régimen, Casanare 2012 – 2017.

Grafica 14 Distribución del Envejecimiento según EAPB de la población afiliada al régimen contributivo y Subsidiado, Casanare 2016.

Grafica 15 Tasa de Mortalidad Especifica– Ciclo Vital Adulto Mayor, Casanare 2011 – 2015.



Grafica 16 Tasa de Mortalidad específica según sexo en el ADULTO MAYOR, Casanare 2011 -2015.

Grafica 17 Distribución de la frecuencia de Mortalidad en el adulto mayor, según gran causa, Casanare 2011 – 2015.

Grafica 18 Frecuencia de Mortalidad por Enfermedades del Aparato Circulatorio en el adulto mayor, según municipio de ocurrencia, Casanare 2011 – 2014.

Grafica 19 Distribución de la frecuencia de Mortalidad por Enfermedades del Aparato Circulatorio en el adulto mayor, Casanare 2011 – 2014.

Grafica 20 Frecuencia de mortalidad por todas las demás enfermedades en el adulto mayor según Municipio de Ocurrencia, Casanare 2010 – 2014.

Grafica 21 Distribución de la frecuencia de mortalidad por Todas las demás Enfermedades en el adulto mayor, Casanare 2010 – 2014.

Grafica 22 Frecuencia de Mortalidad por Neoplasias en Personas Mayores según Municipio de Ocurrencia, Casanare 2010 – 2014.

Grafica 23 Distribución de la frecuencia de Mortalidad por Neoplasias en Personas Mayores, Casanare 2010 – 2014.

Grafica 24 Distribución de la frecuencia de Mortalidad por Enfermedades Transmisibles en Personas Mayores según Municipio de ocurrencia, Casanare 2010 – 2014.

Grafica 25 Distribución de la frecuencia de Mortalidad por Enfermedades Transmisibles en Personas Mayores, Casanare 2010 – 2014.

Grafica 26 Frecuencia de la Mortalidad por Causas Externas en adulto mayor según Municipio de ocurrencia, Casanare 2010 – 2014.

Grafica 27 Distribución de la frecuencia de Mortalidad por Causas Externas en adulto mayor, Casanare 2010 – 2014.

Grafica 28 Distribución de la frecuencia de grandes causas de morbilidad en adulto mayor, Casanare 2011 – 2015.

Grafica 29 Distribución de Frecuencias de enfermedades no transmisibles en adulto mayor, Casanare 2011-2015.



Grafica 30 Distribución de la frecuencia de Condiciones Transmisibles y Nutricionales en adulto mayor, Casanare 2011 – 2015.

Grafica 31 Distribución de la Morbilidad por Lesiones en adulto mayor, Casanare 2010-2015.

Grafica 32 Morbilidad por Signos y Síntomas Mal Definidos en adulto mayor, Casanare 2010 – 2015.



1. INTRODUCCIÓN

El Plan de Desarrollo “CASANARE CON PASO FIRME 2016 - 2019”, estableció dentro de sus metas la elaboración de la Política pública de Envejecimiento y Vejez.

Este documento presenta un diagnóstico cuantitativo tomado del SISBEN que es la Base de datos creada, administrada y vigilada por el Departamento Nacional de Planeación que nos brinda un alto grado de confiabilidad y que es un instrumento de focalización, que corresponde a un “diseño técnico”, el cual recoge determinados criterios definidos por el CONPES 3877 del 5 de diciembre del 2016 para realizar una evaluación de las condiciones de vulnerabilidad de los hogares Colombianos.

Como segunda parte del diagnóstico esta la estructura organizacional de los actores locales encargados del direccionamiento, manejo de actividades y programas enfocados al Adulto Mayor, seguiremos con la identificación de las actividades a las cuales tuvieron acceso los en el año de 2016 brindadas por parte de los Gobierno Municipales, se trabajará en entrevistas con los adultos mayores a partir de un instrumento que nos permitirá conocer su situación. Bajo los lineamientos del Ministerio de la Protección Social desarrollaremos la metodología MIPSAN que nos permitirá trabajar la participación ciudadana.

Teniendo en cuenta lo expresado inicialmente en las mesas de participación ciudadana es la salud la mayor preocupación de los adultos mayores razón por la cual se hará un especial énfasis en este importante tema.

Además de lo expuesto y a partir de las cifras del Instituto Nacional de Medicina Legal y



Ciencias Forenses se analizara el fenómeno creciente en Colombia del maltrato al adulto mayor para analizar lo que sucede en el Departamento de Casanare.

La labor del equipo consultor es el conocimiento surgido del reconocimiento técnico de situaciones que podrán estar satisfechas gracias a la labor de la administración Municipal y Departamental. Es así como se trabaja en entender y limitar la sensación problemática de los Adultos Mayores plasmada en los instrumentos a los cuales se tiene acceso, para que más adelante se pueda desarrollar, trabajar y estudiar con la comunidad una situación problemática clara desde la Política Pública de Envejecimiento y Vejez.

2. INSTRUMENTO INFORMACIÓN SECUNDARIA DOCUMENTAL Y ESTADÍSTICA

2.1 SISBEN

Es un instrumento de focalización individual diseñado por el Departamento Nacional de Planeación DNP que sirve para identificar Potenciales beneficiarios de programas sociales. El objetivo central del SISBEN es establecer un mecanismo técnico, objetivo, equitativo y uniforme de selección de beneficiarios del gasto social para ser usado por las entidades territoriales. Es también fundamental en el diagnóstico de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez; porque permite conocer el número de adultos mayores, cuantos están ubicados en lo urbano y lo rural, su condición socio económica, el nivel educativo, la actividad que desarrolla y la población con discapacidad.

2.1.1 TOTAL POBLACIÓN SISBENIZADA Y TOTAL ADULTOS MAYORES EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE.

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	%
Total de la población Sisbenizada en Casanare Desde los 60 años.	31.667	8%
Total población Sisbenizada	377.840	92%

Fuente: Sistema Nacional de identificación de beneficiarios de los Programas Sociales. (DNP, septiembre 2017)

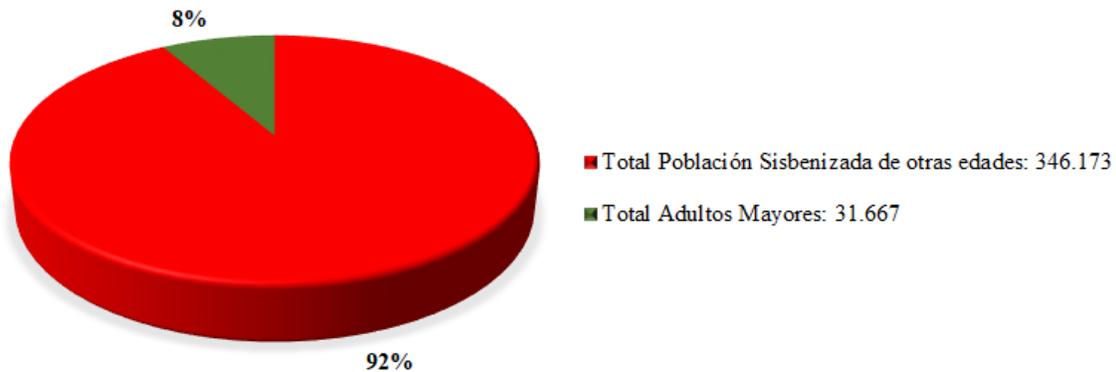
Tabla 1 Total adultos mayores sisbenizados por municipio en el Departamento de Casanare

MUNICIPIO	TOTAL DE	ADULTOS	PORCENTAJE POR
-----------	----------	---------	----------------

	POBLACION SISBEIZADA	MAYORES	MUNICIPIO
AGUAZUL	37.474	3.262	9%
CHAMEZA	2.082	231	11%
HATO COROZAL	9.752	966	10%
LA SALINA	1.130	122	11%
MANÍ	13.493	1.351	10%
MONTERREY	15.949	1.485	9%
NUNCHIA	8.461	939	11%
OROCUE	9.127	868	10%
PAZ DE ARIPORO	39.056	3.465	9%
PORE	11.135	984	9%
RECETOR	1.329	187	14%
SABANA LARGA	3.479	421	12%
SACAMA	1.419	165	12%
SAN LUIS DE PALENQUE	8.717	919	11%
TÁMARA	6.230	718	12%
TAURAMENA	22.626	1.631	7%
TRINIDAD	13.617	1.237	9%
VILLANUEVA	31.214	2.582	8%
YOPAL	141.550	10.134	7%
TOTAL	377.840	31.667	
TOTAL POBLACION SISBENIZADA	377.840	100%	
TOTAL ADULTOS MAYORES	31.667	8%	
TOTAL POBLACION SISBENIZADA DE OTRAS EIDADES	346.173	92%	

Fuente: Sistema Nacional de identificación de beneficiarios de los Programas Sociales. (DNP, septiembre 2017)

Grafica 1 Porcentaje personas mayores sobre total población Departamento Casanare



Fuente: Sistema Nacional de identificación de beneficiarios de los Programas Sociales DNP, septiembre 30 2017.

NOTA: En el Departamento de Casanare hay 377.840 personas en el Sistema Nacional de Identificación de Beneficiarios de los Programas Sociales SISBEN, de los cuales 31.667 corresponden a los adultos mayores, lo que equivale al 8% del total de la población Sisbenizada

2.1.2 HOMBRE Y MUJERES ADULTOS MAYORES DEPARTAMENTO CASANARE

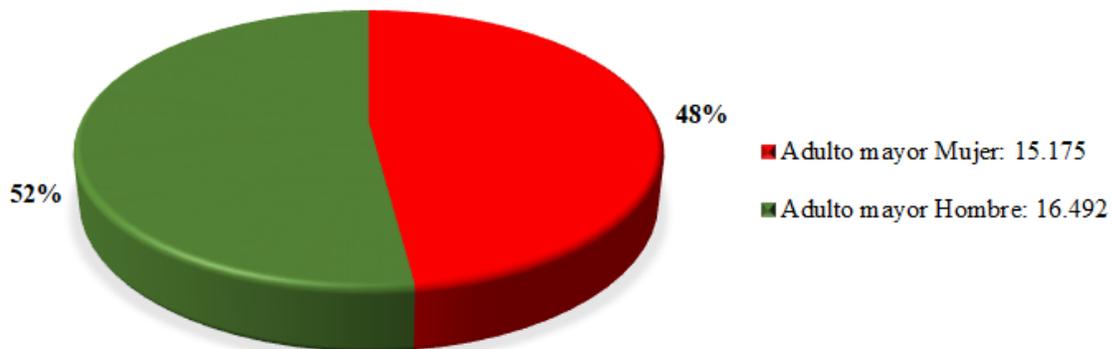
Tabla 2 hombres y mujeres adultos mayores Sisbenizados por Municipio en el Departamento de Casanare

MUNICIPIO	ADULTO MAYOR	
	MUJERES	HOMBRES
AGUAZUL	1.566	1.696
CHAMEZA	104	127
HATO COROZAL	431	535
LA SALINA	64	58
MANÍ	602	749
MONTERREY	714	771
NUNCHIA	433	506
OROCUE	384	484

PAZ DE ARIPORO	1.683	1.782
PORE	455	529
RECETOR	84	103
SABANA LARGA	214	207
SACAMA	76	89
SAN LUIS DE PALENQUE	425	494
TÁMARA	349	369
TAURAMENA	762	869
TRINIDAD	576	661
VILLANUEVA	1.206	1.376
YOPAL	5.047	5.087
TOTAL	15.175	16.492
PORCENTAJE	48%	52%

Fuente: Sistema Nacional de identificación de beneficiarios de los Programas Sociales. (DNP, Septiembre 2017)

Grafica 2 Porcentaje de adultos mayores por Sexo en el Departamento de Casanare



Fuente: Sistema Nacional de identificación de beneficiarios de los Programas Sociales DNP, septiembre 30 2017.

NOTA: En el Departamento de Casanare del total de la población Sisbenizada adulta mayor, 15.175 son mujeres y 16.492 son hombres, es decir, hay 1317 más hombres que mujeres de 60 años en adelante.

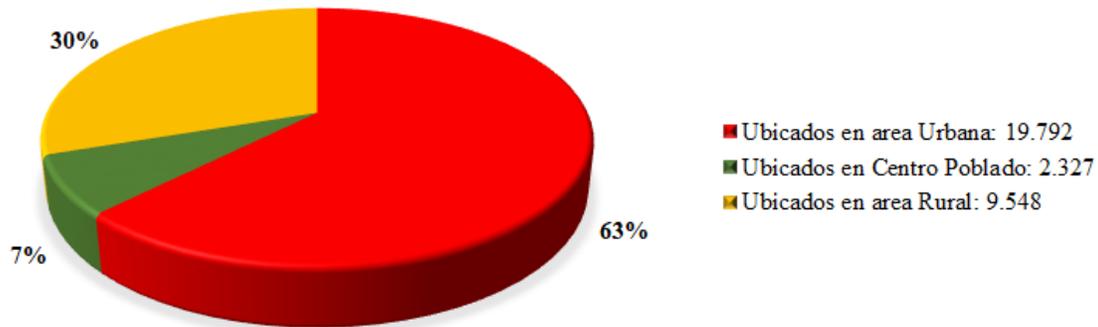
2.1.3 HOMBRES Y MUJERES ADULTOS MAYORES UBICADOS EN EL ÁREA URBANA Y RURAL DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE

Tabla 3 hombres y mujeres adultos mayores sisbenizados ubicados en las áreas urbanas, centro poblado y rural del departamento de Casanare.

MUNICIPIO	UBICADOS EN AREAS		
	Urbano	Centro poblado	Rural
AGUAZUL	2.091	468	703
CHAMEZA	106	0	125
HATO COROZAL	437	19	510
LA SALINA	35	0	87
MANÍ	873	69	409
MONTERREY	1.006	127	352
NUNCHIA	163	5	771
OROCUE	492	30	346
PAZ DE ARIPORO	2.303	124	1.038
PORE	489	0	495
RECETOR	26	8	153
SABANA LARGA	189	62	170
SACAMA	81	0	84
SAN LUIS DE PALENQUE	260	18	641
TÁMARA	141	27	550
TAURAMENA	852	57	722
TRINIDAD	660	72	505
VILLANUEVA	1.902	215	465
YOPAL	7.686	1.026	1.422
TOTAL	19.792	2.327	9.548
PORCENTAJE	63%	7%	30%

Fuente: Sistema Nacional de identificación de beneficiarios de los Programas Sociales. (DNP, Septiembre 2017)

Grafica No 3: porcentaje de adultos mayores ubicados en las áreas urbanas centro poblado y rural del departamento de Casanare



Fuente: Sistema Nacional de identificación de beneficiarios de los Programas Sociales DNP, septiembre 30 2017.

NOTA: En el Departamento de Casanare los adultos mayores sisbenizados están ubicados por áreas así: 19.792 en el área urbana, 2.327 en centro poblado y 9.548 en el área rural, el mayor porcentaje de esta población, 63% se ubica en el área urbana.

2.1.4 ESPECIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN SISBENZADA ADULTA MAYOR QUE ESTA TRABAJANDO, BUSCANDO TRABAJO Y PENSIONADO.

Tabla 4 especificación de la población Sisbenizada adulta mayor que está trabajando, buscando trabajo y pensionada.

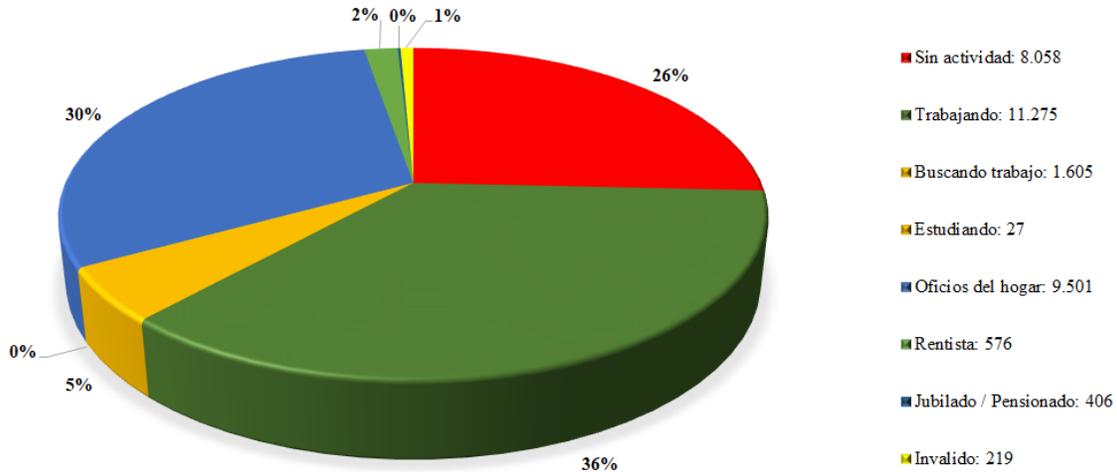
MUNICIPIO	ACTIVIDAD			
	Sin Actividad	Trabajando	Buscando trabajo	Estudiando
AGUAZUL	787	1.009	311	3
CHAMEZA	90	31	14	0
HATO COROZAL	248	311	27	1
LA SALINA	32	31	4	0
MANÍ	353	411	119	1
MONTERREY	390	452	126	2
NUNCHIA	319	187	32	2
OROCUE	269	239	55	2
PAZ DE ARIPORO	895	996	161	3
PORE	195	350	31	1
RECETOR	38	40	9	0

SABANA LARGA	101	107	41	0
SACAMA	59	34	9	0
SAN LUIS DE PALENQUE	281	266	38	0
TÁMARA	70	359	5	0
TAURAMENA	537	486	166	2
TRINIDAD	285	507	32	1
VILLANUEVA	808	996	117	2
YOPAL	2.301	4.463	308	7
TOTAL	8.058	11.275	1.605	27
PORCENTAJE	26%	36%	5%	0%

MUNICIPIO	ACTIVIDAD			
	Oficios del hogar	Rentista	Jubilado / Pensionado	Invalido
AGUAZUL	1.013	73	45	21
CHAMEZA	93	0	2	1
HATO COROZAL	373	0	2	4
LA SALINA	54	0	1	0
MANÍ	454	3	8	2
MONTERREY	464	8	30	13
NUNCHIA	383	3	9	4
OROCUE	293	2	6	2
PAZ DE ARIPORO	1.373	6	21	10
PORE	375	17	13	2
RECETOR	95	0	2	3
SABANA LARGA	159	0	10	3
SACAMA	58	0	3	2
SAN LUIS DE PALENQUE	331	1	2	0
TÁMARA	234	0	12	38
TAURAMENA	396	3	15	26
TRINIDAD	382	13	9	8
VILLANUEVA	575	42	36	6
YOPAL	2.396	405	180	74
TOTAL	9.501	576	406	219
PORCENTAJE	30%	2%	0%	1%

Fuente: Sistema Nacional de identificación de beneficiarios de los Programas Sociales DNP, septiembre 30 2017.

Grafica 4 Porcentaje de adultos mayores están trabajando, buscando trabajo y pensionada.



Fuente: Sistema Nacional de identificación de beneficiarios de los Programas Sociales DNP, septiembre 30 2017.

NOTA: En el Departamento de Casanare de los adultos mayores sisbenizados (32.667), no tienen ninguna actividad 8058 personas, 11.275 están trabajando, 1605 están buscando trabajo, 27 están estudiando, 9.501 están dedicados a oficios del hogar, 576 rentistas, hay 406 pensionados y 219 inválidos..

2.1.5 NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACIÓN SISBENIZADA ADULTA MAYOR.

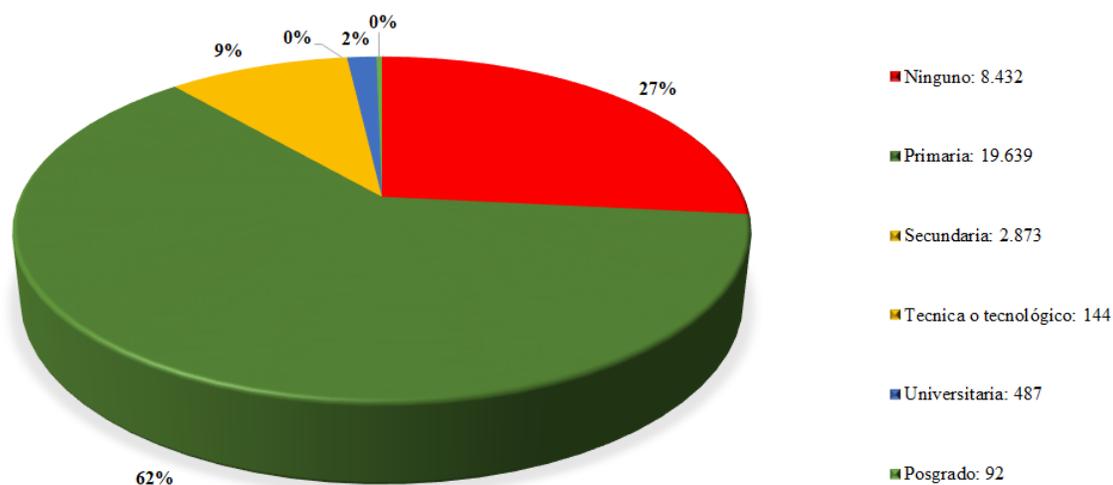
Tabla 5 Tabla nivel educativo adultos mayores Sisbenizados Departamento de Casanare

MUNICIPIO	NIVEL EDUCATIVO					
	Ninguno	Primaria	Secundaria	Técnica o tecnológico	Universitaria	Posgrado
AGUAZUL	1.013	1.901	276	13	48	11
CHAMEZA	92	133	6	0	0	0
HATO COROZAL	254	625	76	0	11	0
LA SALINA	40	78	2	0	2	0
MANÍ	383	809	127	7	23	2
MONTERREY	361	903	162	12	44	3
NUNCHIA	351	548	28	1	9	2

OROCUE	322	451	81	0	13	1
PAZ DE ARIPORO	895	2.216	299	14	40	1
PORE	297	643	29	3	9	3
RECETOR	54	123	6	2	2	0
SABANA LARGA	156	230	25	2	8	0
SACAMA	48	104	11	0	2	0
SAN LUIS DE PALENQUE	193	669	44	4	7	2
TÁMARA	147	503	64	0	4	0
TAURAMENA	410	1.052	134	8	19	8
TRINIDAD	360	786	74	2	9	6
VILLANUEVA	732	1.552	238	9	42	9
YOPAL	2.324	6.313	1.191	67	195	44
TOTAL	8.432	19.639	2.873	144	487	92
PORCENTAJE	27%					

Fuente: Sistema Nacional de identificación de beneficiarios de los Programas Sociales. (DNP, Septiembre 2017)

Grafica 5 porcentaje de adultos mayores con base en el nivel educativo adultos mayores sisbenizados Departamento Casanare.



Fuente: Sistema Nacional de identificación de beneficiarios de los Programas Sociales DNP, septiembre 30 2017.

NOTA: En el Departamento de Casanare de los adultos mayores Sisbenizados, 8.432 no tienen ningún tipo de formación académica (Podrían ser analfabetas), 19.639 hicieron primaria, 2.873 hicieron secundaria, 144 tienen formación técnica, 487 formación universitaria y 92 tienen posgrado.

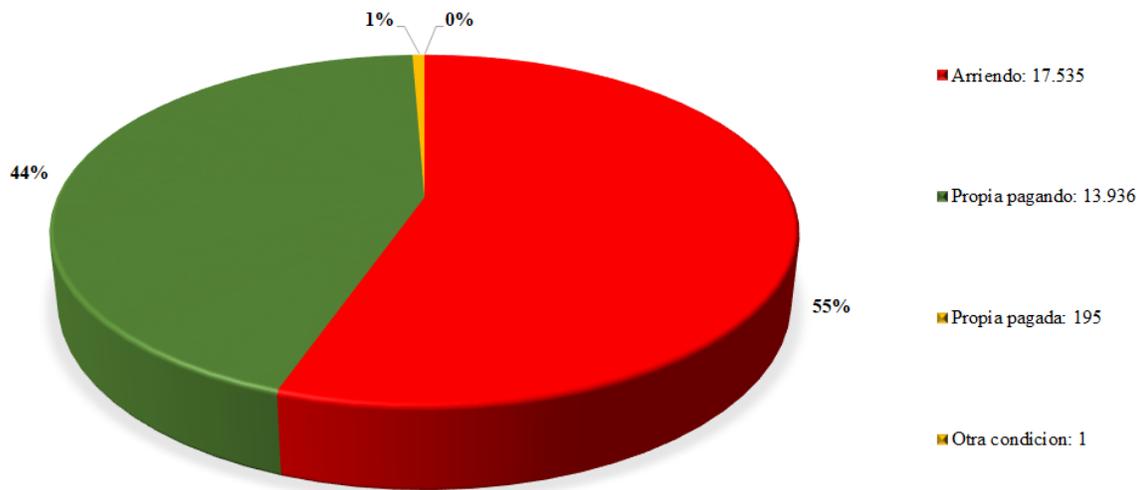
2.1.6 ADULTO MAYOR VIVIENDA: CASA PROPIA, ARRIENDO O DEPENDIENTE

Tabla 6 Adulto mayor vivienda: casa propia, arriendo o dependiente.

MUNICIPIO	VIVIENDA			
	Arriendo	Propia pagando	Propia pagada	Otra condición
AGUAZUL	1.212	2.007	43	0
CHAMEZA	96	134	1	0
HATO COROZAL	633	328	5	0
LA SALINA	48	73	0	1
MANÍ	890	460	1	0
MONTERREY	610	870	5	0
NUNCHIA	419	520	0	0
OROCUE	396	470	2	0
PAZ DE ARIPORO	1.344	2.114	7	0
PORE	363	620	1	0
RECETOR	150	34	3	0
SABANA LARGA	241	180	0	0
SACAMA	139	26	0	0
SAN LUIS DE PALENQUE	640	275	4	0
TÁMARA	490	228	0	0
TAURAMENA	638	888	105	0
TRINIDAD	1.156	74	7	0
VILLANUEVA	1.118	1.461	3	0
YOPAL	6.952	3.174	8	0
TOTAL	17.535	13.936	195	1
PORCENTAJE	55%	44%	1%	0%

Fuente: Sistema Nacional de identificación de beneficiarios de los Programas Sociales. (DNP, Septiembre 2017)

Grafica 3 Porcentaje de adultos mayores con casa propia, arriendo o dependiente.



Fuente: Sistema Nacional de identificación de beneficiarios de los Programas Sociales DNP, septiembre 30 2017.

NOTA: Del total de la población Sisbenizada adulta mayor (31.667) del Departamento de Casanare 195 tienen vivienda propia pagada, 13.936 están pagando su vivienda, 17.535 viven en arriendo y 1 viven en otra condición, la mayoría de estos adultos mayores viven en casa de un familiar (Hijo, sobrino, etc.)

2.2 ADULTO MAYOR EN EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Para establecer el comportamiento de las estadísticas demográficas de persona mayor se ha realizado el análisis a partir de las fuentes de información nacionales (Estadísticas DANE _ Proyección Censo 2005) y municipales (Estadísticas SISBEN 2017- Consolidación Departamental) que permitan establecer un panorama de la situación socio- demográfica con enfoque de género haciendo hincapié en los indicadores que involucran de manera



especial al ciclo vital de personas mayores de 60 años y más del Departamento de Casanare.

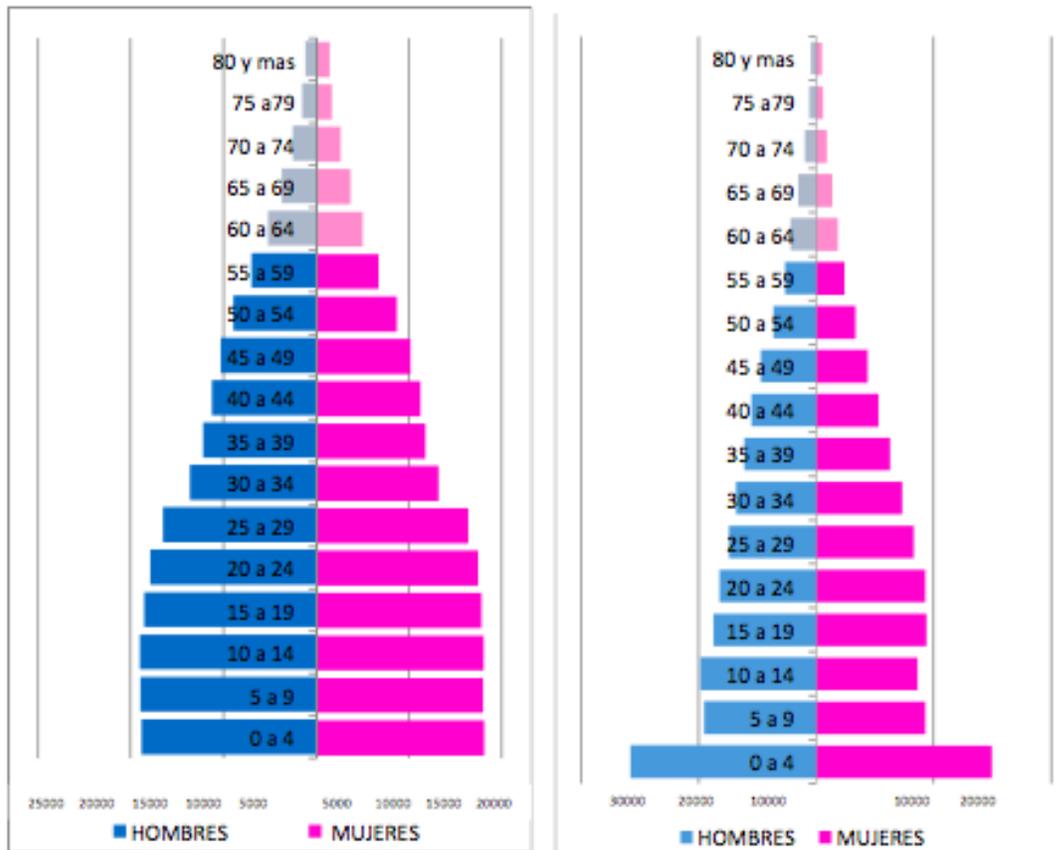
2.2.1 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD - DANE

En la relación comparativa por quinquenios de la población Casanareña presentada en las gráficas anteriores, se establecen comportamientos piramidales, es decir que la distribución de la población se presenta de manera equitativa para ambos sexos, con base ancha en los primeros años y de manera preponderante en la pirámide poblacional correspondiente al SISBEN consolidado Departamental.

Es importante mencionar que se presenta un importante escalón decreciente a partir del grupo de edad de 5 a 9 años, regularizándose el comportamiento decreciente de manera paulatina hasta las edades mayores en la población analizada del SISBEN; mientras que para la proyección DANE se observa un comportamiento lineal desde las primeras edades hasta las 20 años para ambos sexos, luego decreciendo de manera regular hasta las edades mayores.

Gráfica No 1: Distribución de la población según sexo y edad, Casanare 2017 – Estadísticas DANE – Estadísticas SISBEN

Grafica 7: Graficas piramidales proyección DANE y Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales. SISBEN Jun 2017



Fuente: Proyección DANE – Censo 2005 - Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales- SISBEN Jun 2017.

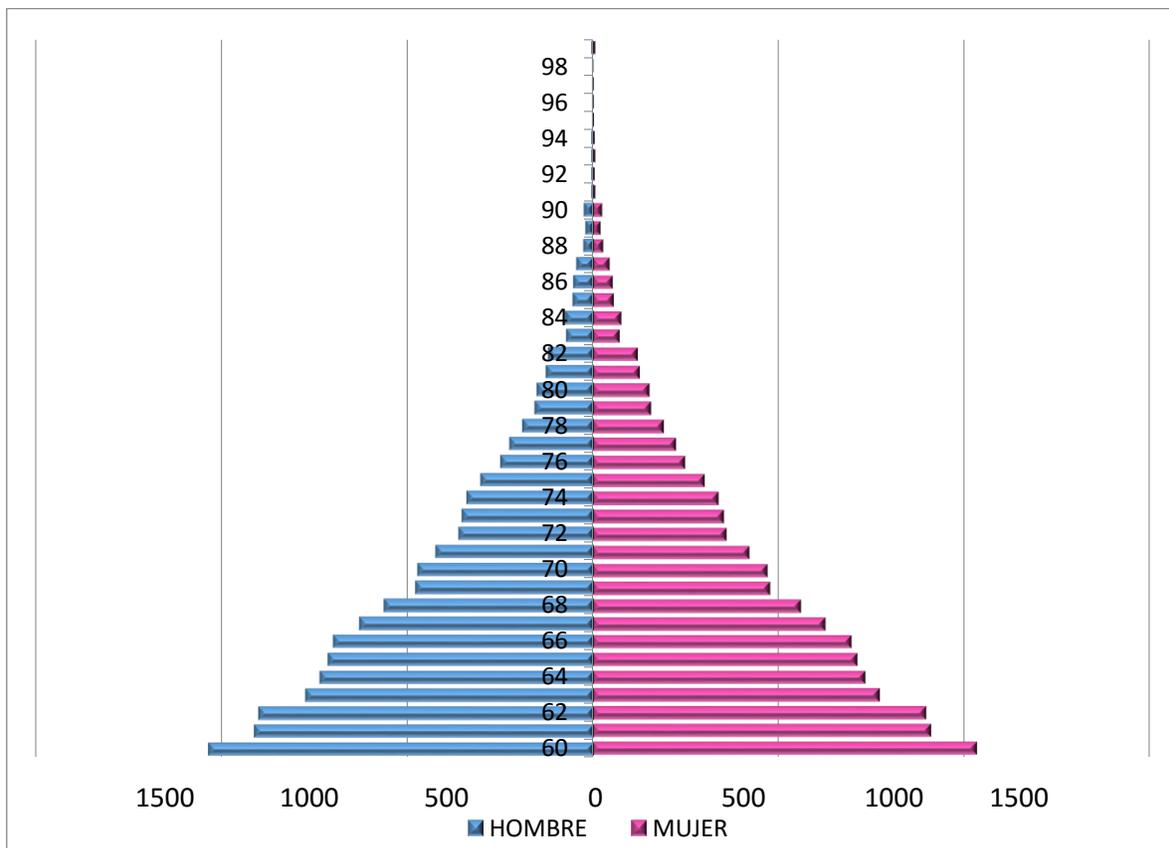
Dicho comportamiento sugiere para el grupo de persona mayor un estrechamiento rápido en la población de 60 años y más, para ambas estadísticas revisadas, no obstante en los últimos años se observa un acento en la disminución de la población mayor principalmente

en Mujeres para la población SISBEN, mientras que el DANE establece que la disminución se presenta en el sexo masculino.

2.2.2 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD - SISBEN

Gráfica No 8: Distribución de la población según sexo y edad en edades simples, Casanare

2017 – Estadísticas SISBEN.



Fuente: Sistema Nacional de identificación de beneficiarios de los Programas Sociales. (DNP, 2017)

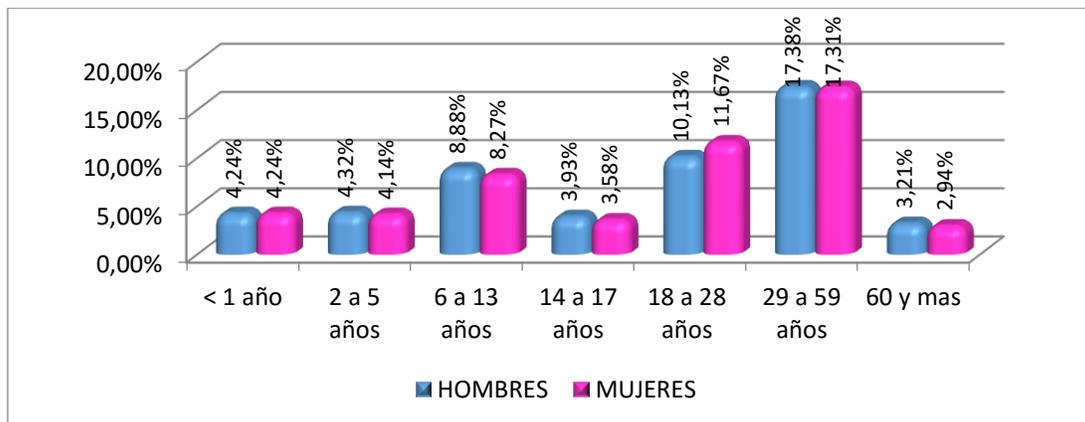
Particularmente para el grupo de persona mayor se establece una relación por edades simples que da razón del comportamiento particular de dicha población como se describe en la pirámide de persona mayor establecida con edades simples, donde se observa un

comportamiento inminentemente decreciente hacia las edades extremas principalmente en mujeres, lo que indica mayor envejecimiento en la mujer principalmente a partir de los 80 años de edad.

Respecto de la relación Hombre – Mujer del Ciclo vital de persona mayor se presenta una proporción de 109 hombres por cada 100 mujeres, en este sentido se puede establecer una relación 1:1 como se puede apreciar en el comportamiento de la distribución por sexo y edad en las edades quinquenales y simples de las pirámides poblacionales expuestas, con un decremento leve en el grupo femenino principalmente en las edades mayores extremas.

El grupo poblacional de persona mayor se establece en la relación de ciclos vitales de Casanare como el de menor magnitud, dado que las características demográficas del Departamento corresponden al de una población eminentemente joven, con moderada dependencia dadas las proporciones de población no productiva como la infancia y persona mayor que agrupan aproximadamente el 42% de la población.

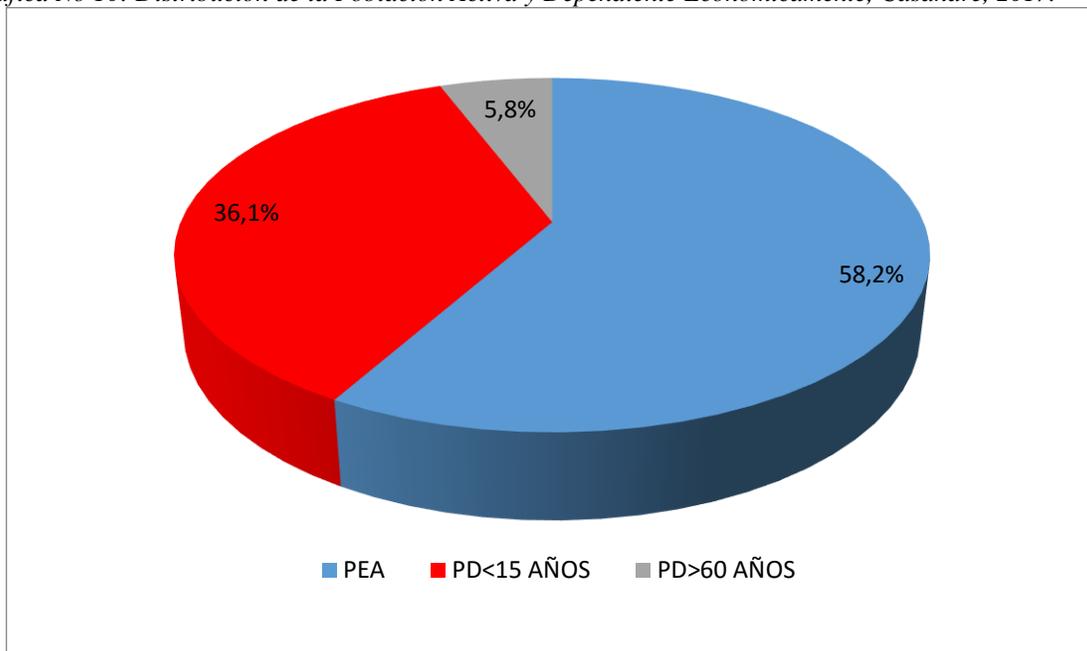
Gráfica No 9: Distribución de la población según sexo y Ciclo vital, Casanare 2017.



Fuente: Sistema Nacional de identificación de beneficiarios de los Programas Sociales. (DNP, 2017)

Respecto de la relación de ciclos vitales se establece que en el ciclo vital de persona mayor se presenta mayor proporción de hombre, así como en la mayoría de grupos con excepción del ciclo de Juventud (18 a 28 años), no obstante los grupos más preponderantes corresponden al de niñez, juventud y adultez, en este sentido se establecen las proporciones poblacionales de Dependencia y envejecimiento, teniendo en cuenta dicha distribución.

Grafica No 10: Distribución de la Población Activa y Dependiente Económicamente, Casanare, 2017.



Fuente: Sistema Nacional de identificación de beneficiarios de los Programas Sociales. (DNP, 2017)

En general se describe la población mayor de 60 años del Departamento como una población minoritaria especialmente urbana, con una distribución equitativa según el sexo, que aunque se ha descrito anteriormente como población dependiente a partir de los 60 años es importante revisar su capacidad productiva, así como que la relación de

dependencia de una inminente población joven redunde en el mejoramiento de la calidad de vida en la vejez, dado que presenta un peso relativo bajo con relación al total de la población que corresponde al 6%.

3.2 INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES – MALTRATO CONTRA EL ADULTO MAYOR

3.2.1 Maltrato al adulto mayor en Colombia 2016

Un promedio de 1.461 eventos por año aproximadamente, 122 por mes y cuatro por día, lo que significa que cada seis horas, ocurrieron cuatro actos de maltrato contra este grupo etario, que fueron denunciados y cuyas lesiones fueron objeto de valoración médico legal.

Dentro de este grupo poblacional, por un lado, no existe la cultura de denunciar y, por el otro, la mayoría de las veces no cuentan con la facilidad para recurrir a las autoridades pertinentes y demás redes de apoyo que los atiendan o protejan, igual como sucede en niños y niñas.

En su orden los familiares que más maltrato provocan son los hijos, hermano, nieto, sobrino, yerno, nuera y cuñados.

3.2.2 Casos y tasas del maltrato al adulto mayor por Departamento

Los departamento con las tasas por cien mil habitantes más elevadas se registraron en los departamentos de Casanare (61,82), Archipiélago de San Cundinamarca (42,84), Santander (37,83), Atlántico (35,48), Norte de Santander (34,90), Bogotá (34,51) y Magdalena (29,84). En contraste, las tasas más bajas se registraron en los departamentos de Chocó



(5,55), Putumayo (7,57), Córdoba (9,49), Caldas (16,48) y la Guajira (18,00).

3.2.3 Violencia contra población adulta mayor en Casanare 2016 – Instituto Nacional DE Medicina Legal

Municipio	Hombre	Mujer	Total
Támara	1		1
Yopal	8	8	16

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses /Grupo Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia/Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense

En 2016, los Municipios que reportaron maltrato contra el adulto mayor Támara y Yopal, muchos más son los casos que no se denuncian, aquí nos refieren el maltrato físico y el psicológico?...

Violencia contra población adulta mayor en Casanare 2015

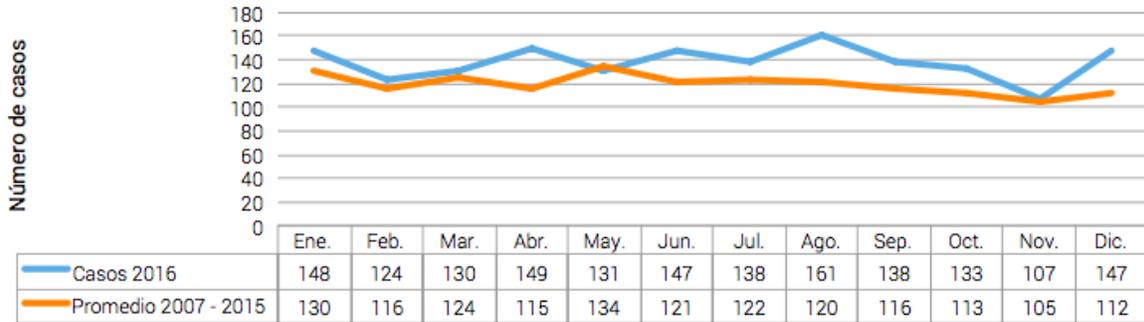
Municipio	Hombre	Mujer	Total
Paz de Ariporo		1	1
Sabanalarga	1		1
Yopal	5	5	10

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses /Grupo Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia/Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense

En 2015, Tres Municipios que reportaron maltrato contra el adulto mayor Paz de Ariporo, Sabanalarga y Yopal, muchos más son los casos que no se denuncian

En atención a que es Casanare el Departamento con las tasas por cien mil habitantes más elevadas en Colombia es importante analizar las tendencias que nos muestra el informe del Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses de este tipo de violencia para trabajar en la prevención.

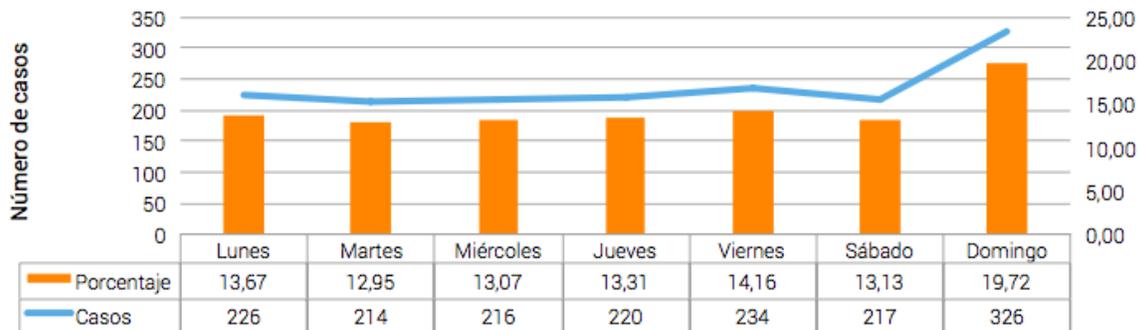
Grafica No 11: Violencia contra el adulto mayor según mes de ocurrencia del hecho Casanare, 2017.



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses /Grupo Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia/Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense

Con mayor frecuencia se presentó agresión contra los adultos mayores en los meses de abril, agosto y diciembre.

Grafica No 12: Violencia contra el adulto mayor según día de ocurrencia del hecho Casanare, 2017.



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses /Grupo Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia/Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense

Con mayor frecuencia se presentó agresión contra los adultos mayores en los días viernes y domingo.

3.2.4 Violencia contra población adulta mayor en Casanare 2016 – Dirección Seccional de Fiscalías de Casanare

3.2.4.1 Violencia intrafamiliar

Municipio	No de casos
Hato Corozal	1
Monterrey	1
Paz de Ariporo	2
San Luis de palenque	1
Tauramena	3
Yopal	20
TOTAL	28

Fuente: Dirección Seccional de Fiscalías de Casanare 2106

3.2.4.2 Inasistencia Alimentaria

Municipio	No de casos
Yopal	3

Fuente: Dirección Seccional de Fiscalías de Casanare 2106

3.2.4.3 Lesiones culposas (Accidentes)

Municipio	No de casos
Aguazul	2
Hato Corozal	1
Monterrey	1
Paz de Ariporo	6
Sabanalarga	1
San Luis de Palenque	1
Tauramena	2
Villanueva	2

Fuente: Dirección Seccional de Fiscalías de Casanare 2106

3.2.4.4 Lesiones personales

Municipio	No de casos
Aguazul	2
Nunchía	2



Paz de Ariporo	4
Pore	2
Tauramena	3
Trinidad	3
Villanueva	1
Yopal	6
TOTAL	23

Fuente: Dirección Seccional de Fiscalías de Casanare 2016

Las cifras del Instituto Nacional de Medicina Legal presentadas por la fiscalía Seccional de Casanare muestran a Casanare como el Departamento con las tasas por cien mil habitantes más elevadas en Colombia, allí Yopal presenta 16 casos y Támara 1, al verificar la información de la Fiscalía Seccional de Casanare encontramos que en denuncias que afectan al adulto mayor, por violencia intrafamiliar hay 28 casos (20 en Yopal), 3 inasistencias alimentarias en Yopal y 23 casos de lesiones personales en el Departamento, lo anterior prueba que la violencia contra el adulto mayor es superior a los registros que tiene medicina legal en el estudio FORENSIS 2016.

3.3 ADULTO MAYOR EN EL CONTEXTO DE LA SALUD.



3.3.1 COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.

La Ley 100 de 1993 estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El SGSSS se organizó con el propósito de garantizar la salud como un derecho social, mediante la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud de las personas, creando condiciones para que la población, independientemente de su capacidad de pago, acceda a todos los servicios y beneficios del sistema. El SGSSS, en el marco del Sistema de Protección Social, busca a través del aseguramiento proteger a toda la población, independientemente de su capacidad de pago, frente a posibles pérdidas de ingresos originadas por problemas de salud.

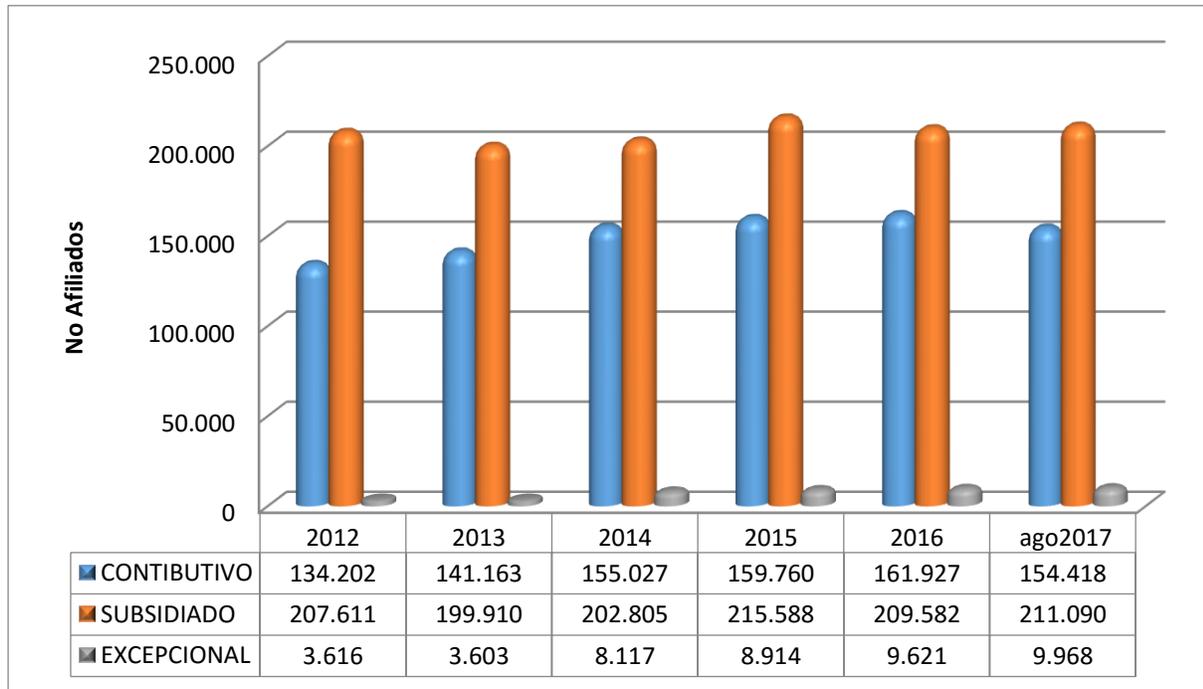
En Colombia mediante el Plan Decenal de Salud Pública se focalizan los mayores esfuerzos y recursos por parte de los actores involucrados y define las estrategias necesarias para abordar las prioridades en salud y lograr un mayor impacto en la situación de salud de la población.

El Ministerio de Salud y Protección social ha generado procesos específicos orientados a la optimización del aseguramiento con el fin de obtener la cobertura universal y equipara los servicios de salud del régimen subsidiado y contributivo en atención al valor de la equidad y solidaridad del sistema.

El Departamento de Casanare ha logrado la certificación de cobertura del Ministerio según lo reportado en el portal de Aseguramiento del Ministerio con un porcentaje de afiliación

superior al 99%, teniendo en cuenta que con corte a Agosto de 2017 se presenta un número de afiliados de 375.476, para un total de población SISBEN de 377.414 personas.

Gráfica No 12: Distribución de la Afiliación en salud según Régimen, Casanare 2012 – 2017.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO–Aseguramiento MPS.

Estableciéndose que según la población SISBEN 2017, con corte al mes de Agosto el 56% de la población de los niveles 1 y 2 se encuentran afiliados al régimen contributivo, mientras que el 46% y 3% se estiman afiliados al régimen subsidiado y régimen excepcional en su orden.

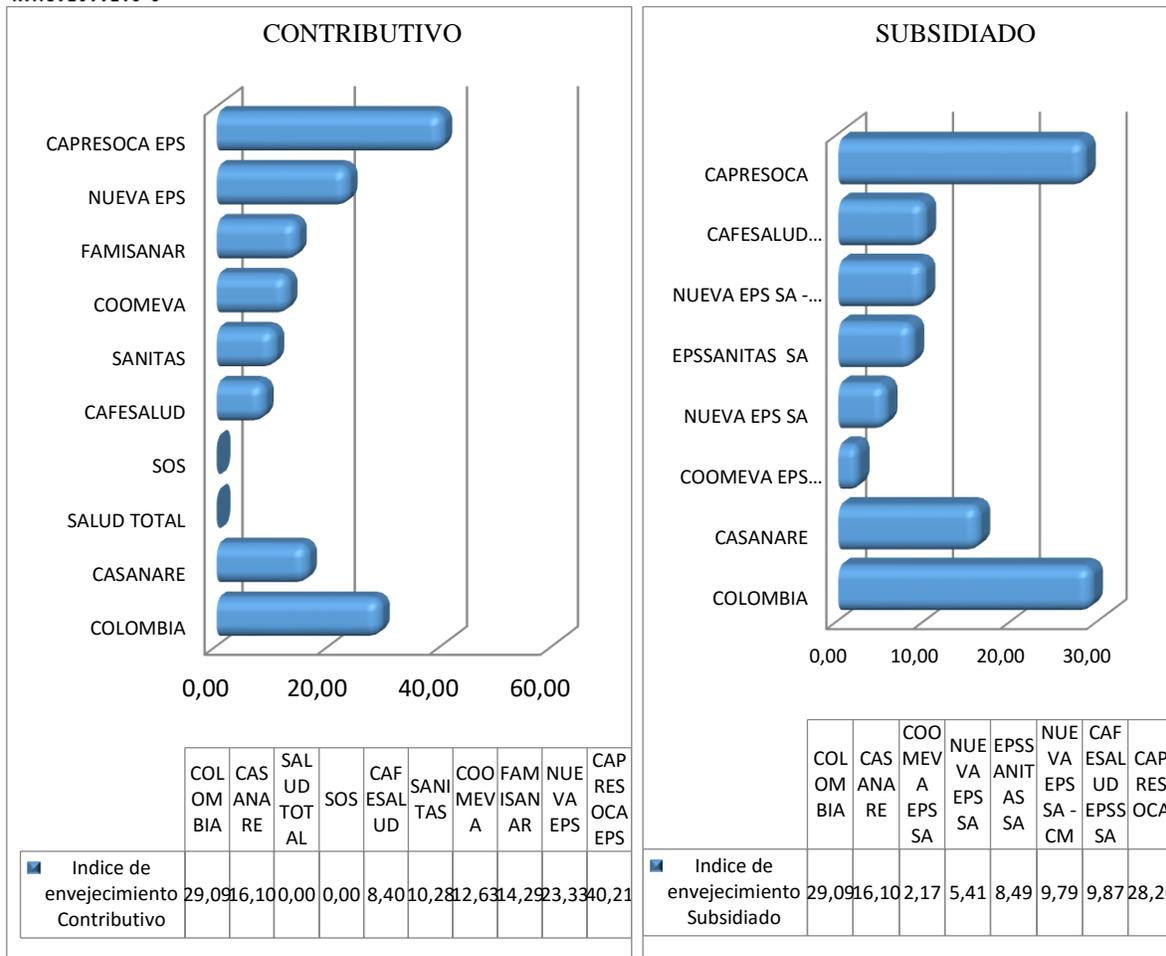
Las empresas administradoras de beneficios del régimen contributivo de mayor cobertura en el Departamento de Casanare corresponden a Capresoca, Nueva EPS, Cafesalud, Famisanar, Sanitas y Coomeva en su orden, Mientras que las mayores proporciones de



población afiliada al régimen subsidiado en el Departamento se presentan en las Empresas administradoras de beneficios correspondientes a Capresoca, Cafesalud, Nueva EPS y Sanitas, que en conjunto realizan una cobertura superior al 96% de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Según el reporte de Caracterización poblacional por tipo de régimen de afiliación establecido por el Sistema de información SISPRO del Ministerio de Salud y Protección social se obtiene el siguiente perfil en atención al Índice de envejecimiento de las distintas aseguradoras que cubren el departamento.

Gráfica No 13: Distribución del Envejecimiento según EAPB de la población afiliada al régimen contributivo y Subsidiado, Casanare 2016.



Fuente: Bodega de datos SISPRO- Caracterización poblacional 2016.

Respecto de los indicadores de envejecimiento por EAPB del régimen contributivo, se obtiene que los mayores índices se distribuyen de manera que la máxima proporción corresponde a la EAPB Capresoca con el 40,21%, seguido de la Nueva EPS, Sanitas y Coomeva en su orden, no obstante se presenta una importante diferencia superior al 16% entre las dos primeras que sugiere una concentración importante de población envejecida en Capresoca EPS del régimen contributivo.



Así mismo el régimen subsidiado presenta a Capresoca EPS, Cafesalud EPS y Nueva EPS entre otras con los principales índices de envejecimiento, según la caracterización demográfica de los afiliados, es importante establecer que Capresoca presenta un índice de 28,26%, seguido de 9,87 y 9,79% correspondientes a Cafesalud y Nueva EPS en su orden, observándose una diferencia superior al 18% entre la primera y segunda, es decir que Capresoca sigue presentando los más altos índices de envejecimiento, estableciéndose de tal forma su importancia y debido compromiso con la población adulta mayor del departamento respecto de la prestación de los servicios de salud con calidad y equidad en el Departamento, sin desconocer las importante responsabilidad que tienen las demás EAPB, partiendo del principio de la universalidad y equidad de la Salud en Colombia.

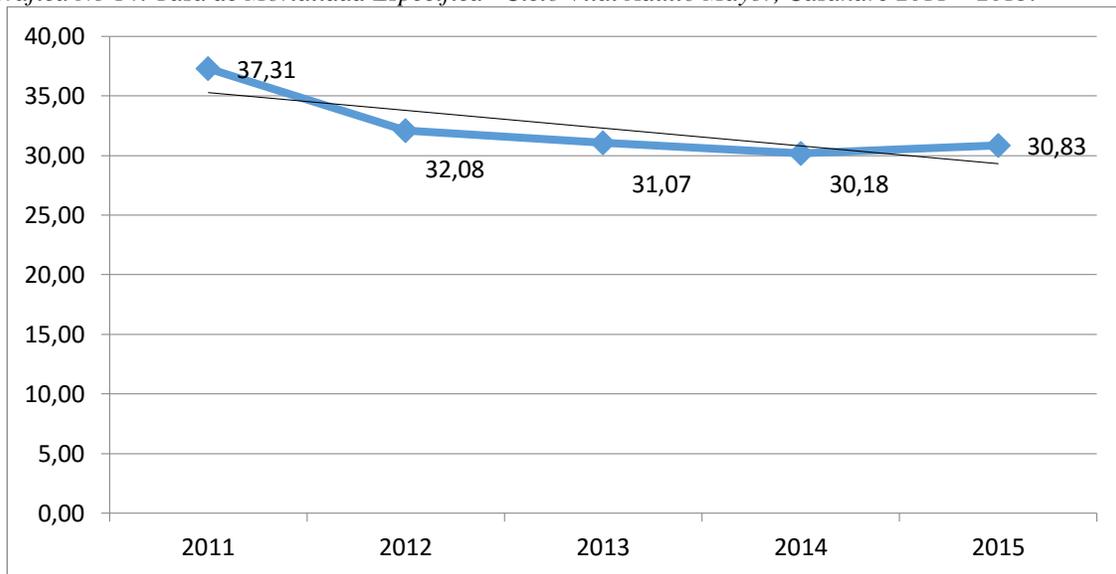
Al comparar el envejecimiento por tipo de régimen se observa mayor envejecimiento en el régimen Contributivo, no obstante su distribución se establece concentrándose en Capresoca EPS, no obstante, se presenta una importante diferencia en los índices de Coomeva EPS, Nueva EPS y Sánitas comparativamente entre el régimen contributivo y régimen subsidiado donde son preponderantes en el primero y con menor concentración de la población vieja en el régimen subsidiado, suponiendo una alta concentración de población joven con relación a la población mayor .

Las aseguradoras con el mayor índice de vejez tienen el gran derrotero de prestación de servicios oportuna con un enfoque prioritario hacia la población adulta mayor en la asistencia y atención en salud teniendo como principales programas aquellos relacionados

con el cuidado y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, Neoplasias y enfermedades neuropsiquiátricas de la adultez.

3.3.2 MORTALIDAD EN EL CICLO VITAL DEL ADULTO MAYOR

Grafica No 14: Tasa de Mortalidad Específica– Ciclo Vital Adulto Mayor, Casanare 2011 – 2015.

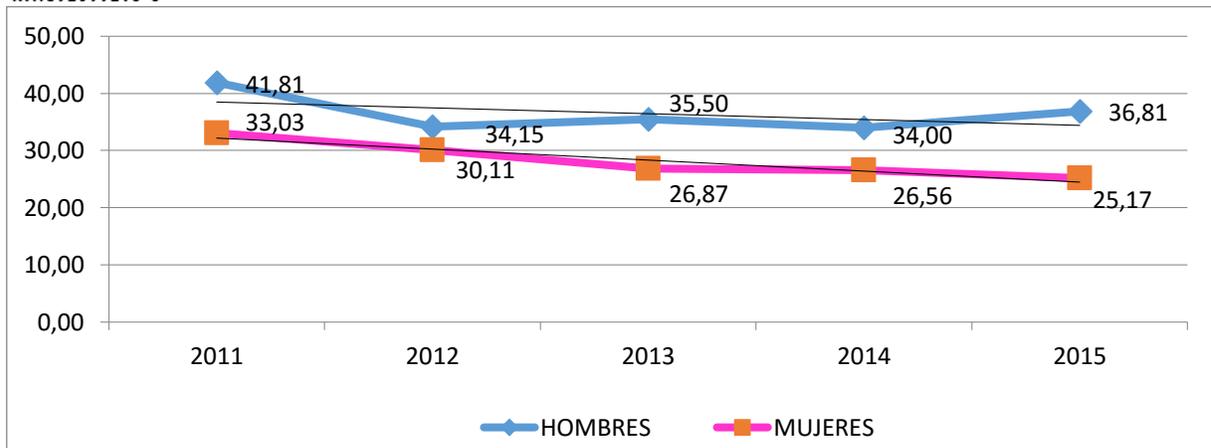


Fuente: Registro de Estadísticas Vitales DANE 2011 – 2015.

La Tasa bruta de Mortalidad en la adulto mayor presenta tendencia decreciente dado que la tasa de mortalidad en esta población a partir de 2011 disminuye año a año, con excepción del 2014 con un leve aumento inferior al 1%.

En este sentido también se puede establecer con enfoque de género el comportamiento de la mortalidad general y sus causas, donde se podrá establecer para esta población cuales son las principales necesidades preventivas y de calidad de vida.

Gráfica No 15: Tasa de Mortalidad específica según sexo en el ADULTO MAYOR, Casanare 2011 -2015.



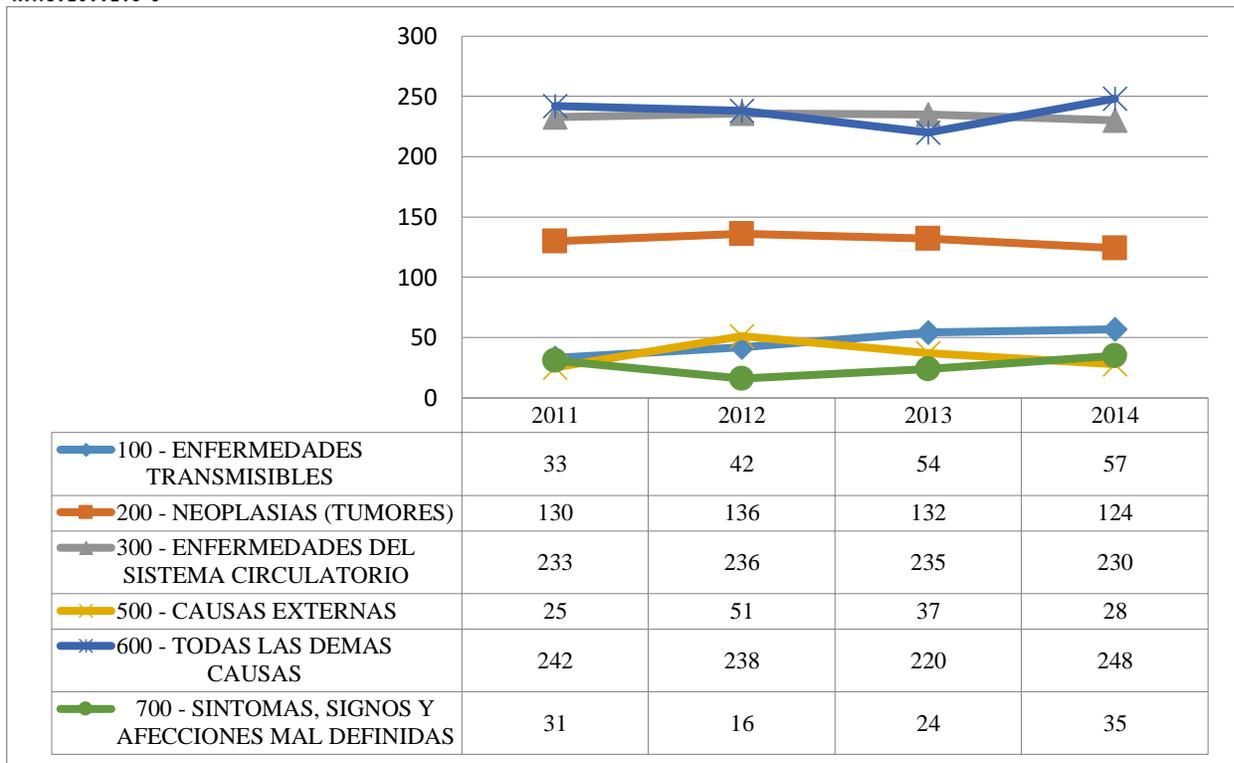
Fuente: Registro de Estadísticas Vitales DANE 2011 – 2015.

La tasa específica de mortalidad según sexo para el adulto mayor establece que es mayor la mortalidad en hombres que en mujeres, manteniendo cada uno la tendencia decreciente durante el periodo estudiado.

En atención a la mortalidad de personas mayores se realizará el análisis que corresponde a las principales causas de mortalidad según la clasificación de grandes causas y subclases establecidas por el Ministerio de la Protección social para la realización de Análisis de Situación de Salud en las Entidades Territoriales con la clasificación internacional de Enfermedades. CIE 10.

3.3.2 MORTALIDAD Y SUS CAUSAS EN EL CICLO VITAL DEL ADULTO MAYOR

Grafica No 16: Distribución de la frecuencia de Mortalidad en el adulto mayor, según gran causa, Casanare 2011 – 2015.



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014.

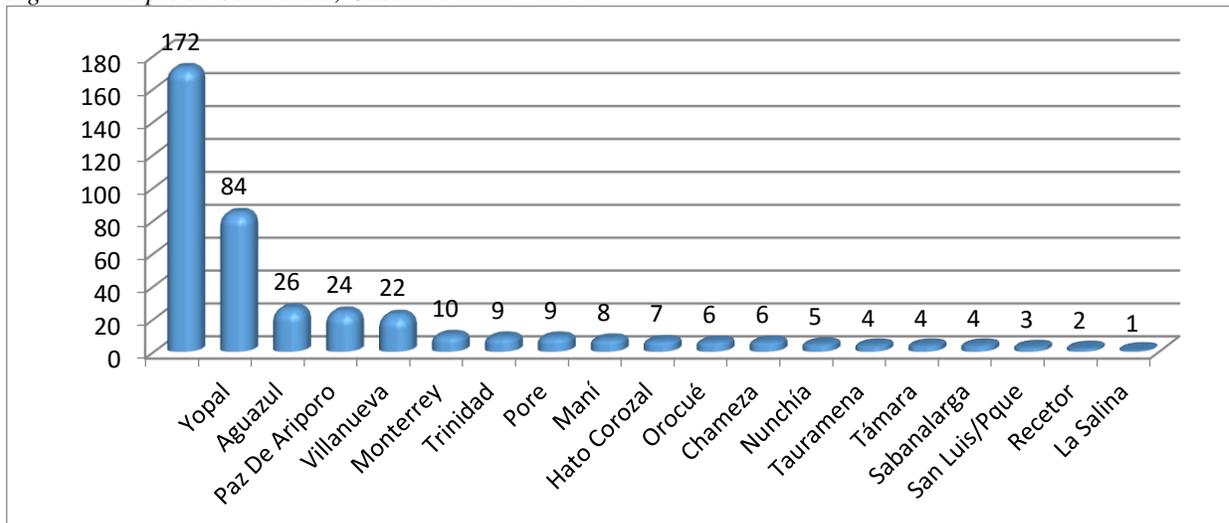
Según las grandes causas de mortalidad en atención a la clasificación internacional de enfermedades el perfil de mortalidad para el adulto mayor en Casanare establece como gran causa de mortalidad las Enfermedades del Sistema Circulatorio en primera instancia, seguido de las todas las demás causa y Neoplasias, con tendencias estacionarias

En este sentido se realizará una descripción de las causas de mortalidad derivados de cada una de las grandes causas antes descritas respecto de mortalidad en este grupo poblacional, priorizando las de mayor relevancia en su orden descendente.

Es importante mencionar que el análisis por cada una de las causas antes descritas se realizará teniendo en cuenta el promedio de los casos durante el periodo 2010 – 2014 en función de establecer la presencia de los eventos en los 19 municipios. Así mismo el comportamiento general de los eventos relacionados con cada una de las causas de manera global para el Departamento

3.3.2.1 MORTALIDAD POR TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO

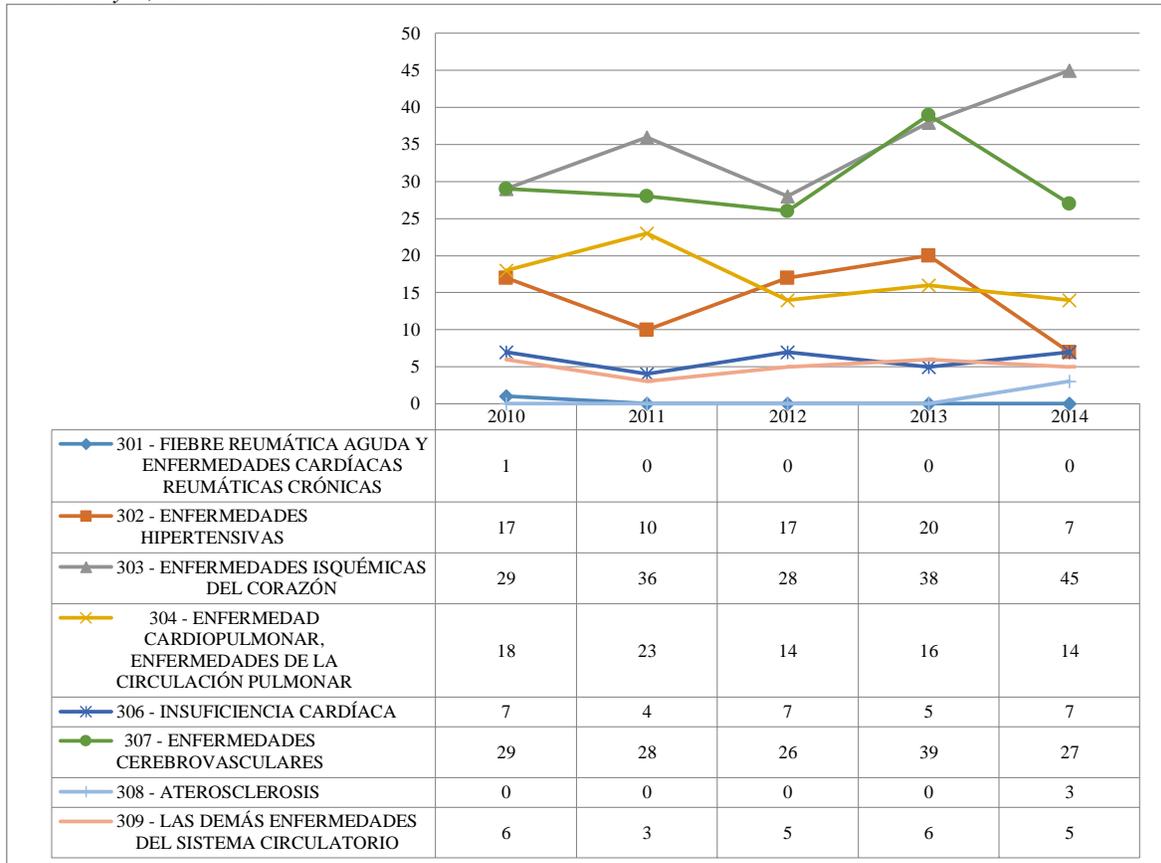
Grafica No 17: Frecuencia de Mortalidad por Enfermedades del Aparato Circulatorio en el adulto mayor, según municipio de ocurrencia, Casanare 2011 – 2014.



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014.

En atención al municipio de ocurrencia de la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio predomina El Yopal, seguido de Aguazul, Paz de Ariporo y Villanueva con las más altas frecuencias, en este sentido se describirán de manera global para el departamento la clasificación de las causas relacionadas con dichas enfermedades del aparato circulatorio como sigue.

Grafica No 18: Distribución de la frecuencia de Mortalidad por Enfermedades del Aparato Circulatorio en el adulto mayor, Casanare 2011 – 2014.



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2010 – 2014.

Como se describe en la gráfica anterior las principales causas de mortalidad según la clasificación de Enfermedades del aparato circulatorio corresponde en primera instancia a Enfermedades Isquémicas del Corazón y Enfermedades Cerebrovasculares en su orden, las cuales presentan tendencia creciente durante el periodo; seguidas de enfermedades hipertensivas y enfermedades de la circulación cardio pulmonar con tendencias



decrecientes, no obstante con importantes frecuencias comparadamente con el resto de las causas descritas.

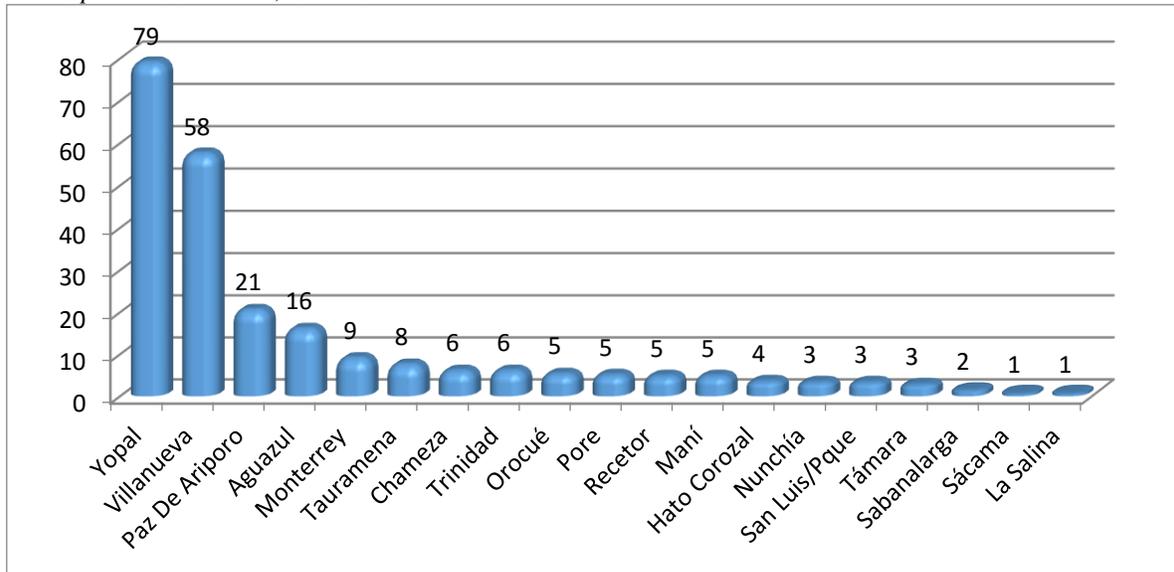
Las frecuencias de las dos primeras causas de mortalidad de personas mayores a causa de enfermedades del Aparato Circulatorio presentan un comportamiento similar en el quinquenio estudiado, como se evidencia en la gráfica anterior, sin embargo se observa un aumento de la prevalencia en los dos últimos años analizados.

Dichas enfermedades en su mayoría son consecuencia de malos hábitos alimenticios y en general estilos de vida desde la infancia entre ellos el sedentarismo, el tabaquismo, el alcoholismo y el estrés, que durante las edades adultas inician su manifestación con enfermedades del sistema circulatorio y del corazón, resultando en principales causas de mortalidad durante la vejez en el departamento de Casanare.

3.3.2.2. MORTALIDAD POR TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES

Todas las demás enfermedades corresponden a enfermedades agrupadas en esta gran causa de mortalidad las cuales tienen una clasificación general pero que tienen gran preponderancia por la frecuencia de su aparición en todas las poblaciones.

Gráfica No 19: Frecuencia de mortalidad por todas las demás enfermedades en el adulto mayor según Municipio de Ocurrencia, Casanare 2010 – 2014.

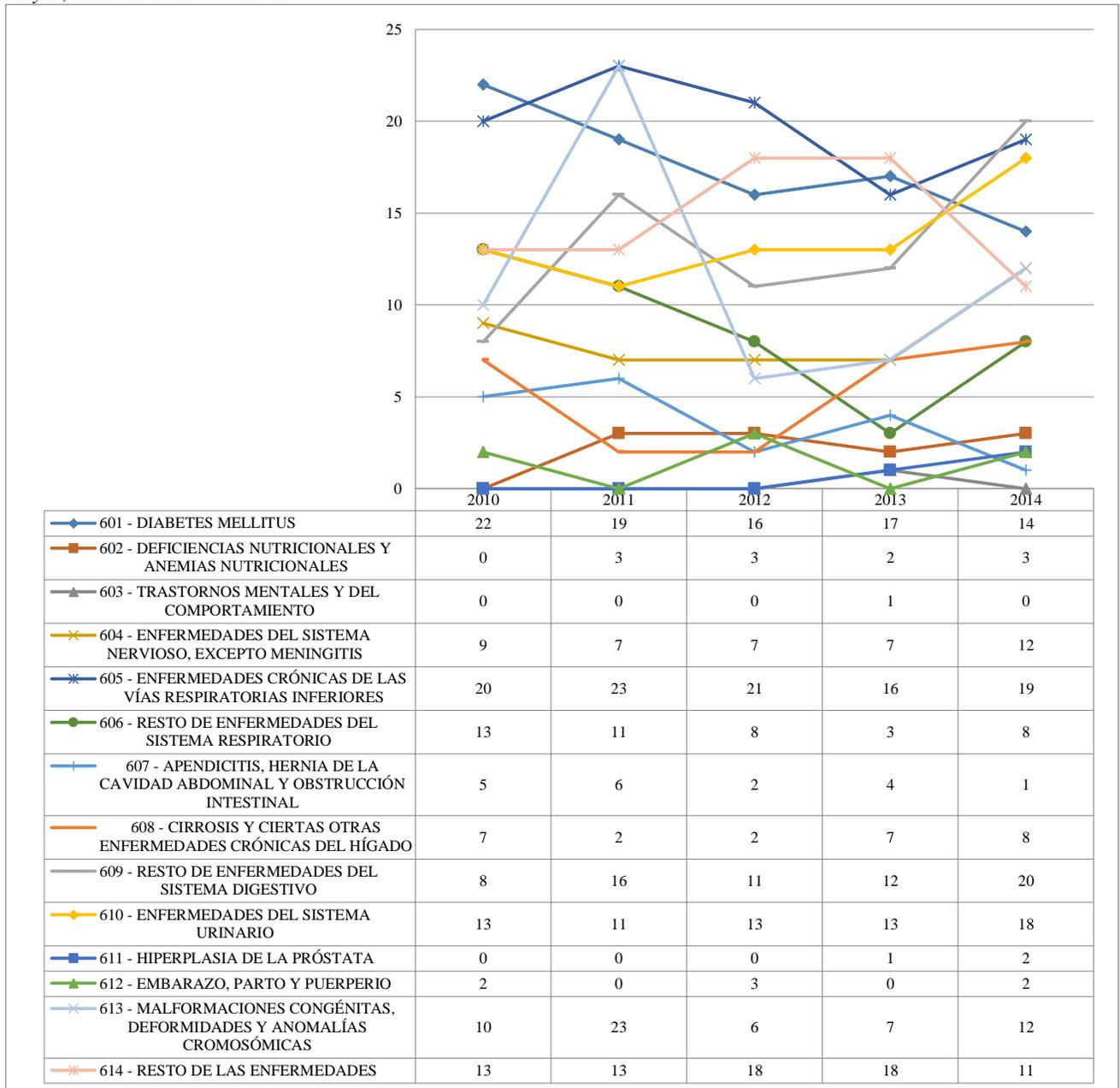


FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014.

El Yopal, como capital del Departamento se constituye en el municipio con mayores frecuencias de mortalidad por las causas agrupadas y clasificadas en esta Gran causa, de manera importante se manifiestan dichos eventos en los municipios de Villanueva, Paz de Ariporo y Aguazul en orden descendente, como se evidencia en la gráfica anterior.

Particularmente en el grupo poblacional del adulto mayor de Casanare se presentan como principales causas de mortalidad la Enfermedades Crónicas de vías Respiratorias Inferiores, seguido de las Diabetes Mellitus, Enfermedades del sistema urinario y resto de enfermedades del sistema digestivo, en orden descendente.

Gráfica No 20: Distribución de la frecuencia de mortalidad por Todas las demás Enfermedades en el adulto mayor, Casanare 2010 – 2014.



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014.

El comportamiento de las enfermedades antes mencionadas como principales causas de mortalidad en adulto mayor, presentan un comportamiento particular dado que las dos primeras presentan una tendencia decreciente en el periodo, mientras que la tercera y cuarta causa presentan tendencia creciente, lo cual sugiere la vigilancia de dicho comportamiento principalmente en las demás enfermedades del sistema digestivo que en el último año de estudio presenta un importante aumento, sobrepasando la frecuencia de la primera causa descrita para el quinquenio y enfermedades del sistema urinario, que para el último año de estudio el aumento de su frecuencia la aproxima sustancialmente a la frecuencia de aquella primera causa descrita.

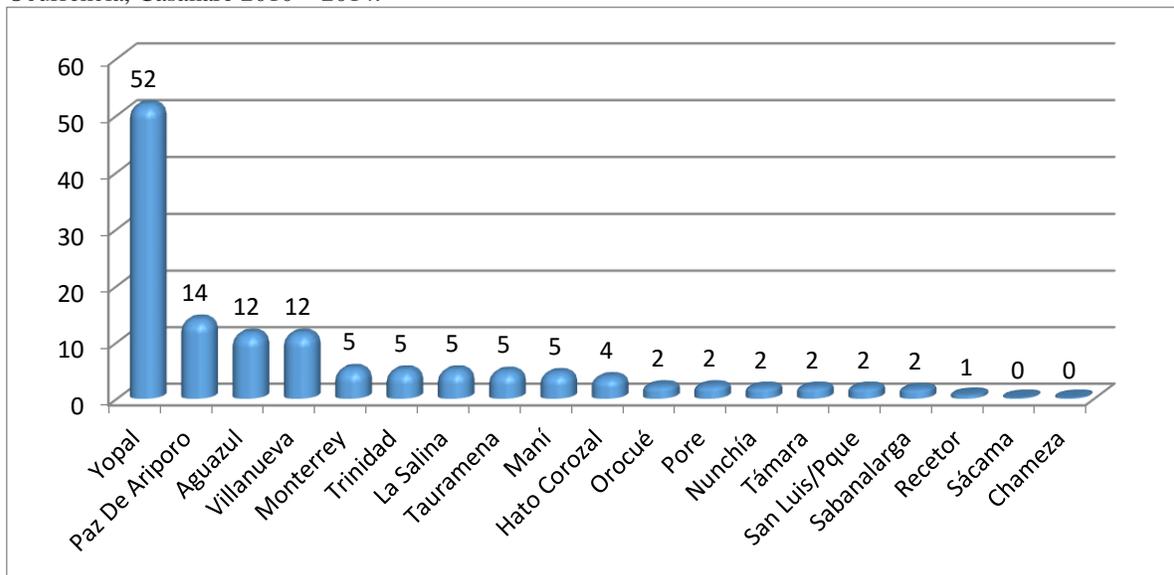
De tal manera que la dinámica epidemiológica de las enfermedades clasificadas dentro de esta gran causa de Todas las demás Enfermedades en adulto mayor establece que se han tomado medidas para el control de las prioridades relacionadas con las primeras causas detectadas es decir Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias inferiores y Diabetes dado que su tendencia es decreciente durante el quinquenio 2010 – 2014, no obstante dicha evolución sugiere ampliar las acciones hacia los eventos relacionados con la mortalidad por enfermedades del sistema Digestivo y Sistema Urinario.

3.3.2.3 MORTALIDAD POR NEOPLASIAS EN ADULTO MAYOR

La mortalidad por Neoplasias en general se constituye en el Departamento de Casanare como la causa principal de años de vida potencialmente perdidos, la frecuencia de casos de

mortalidad por Neoplasias durante los últimos cinco años no es de gran preponderancia, no obstante, en las personas mayores se constituye en la tercera causa de mortalidad.

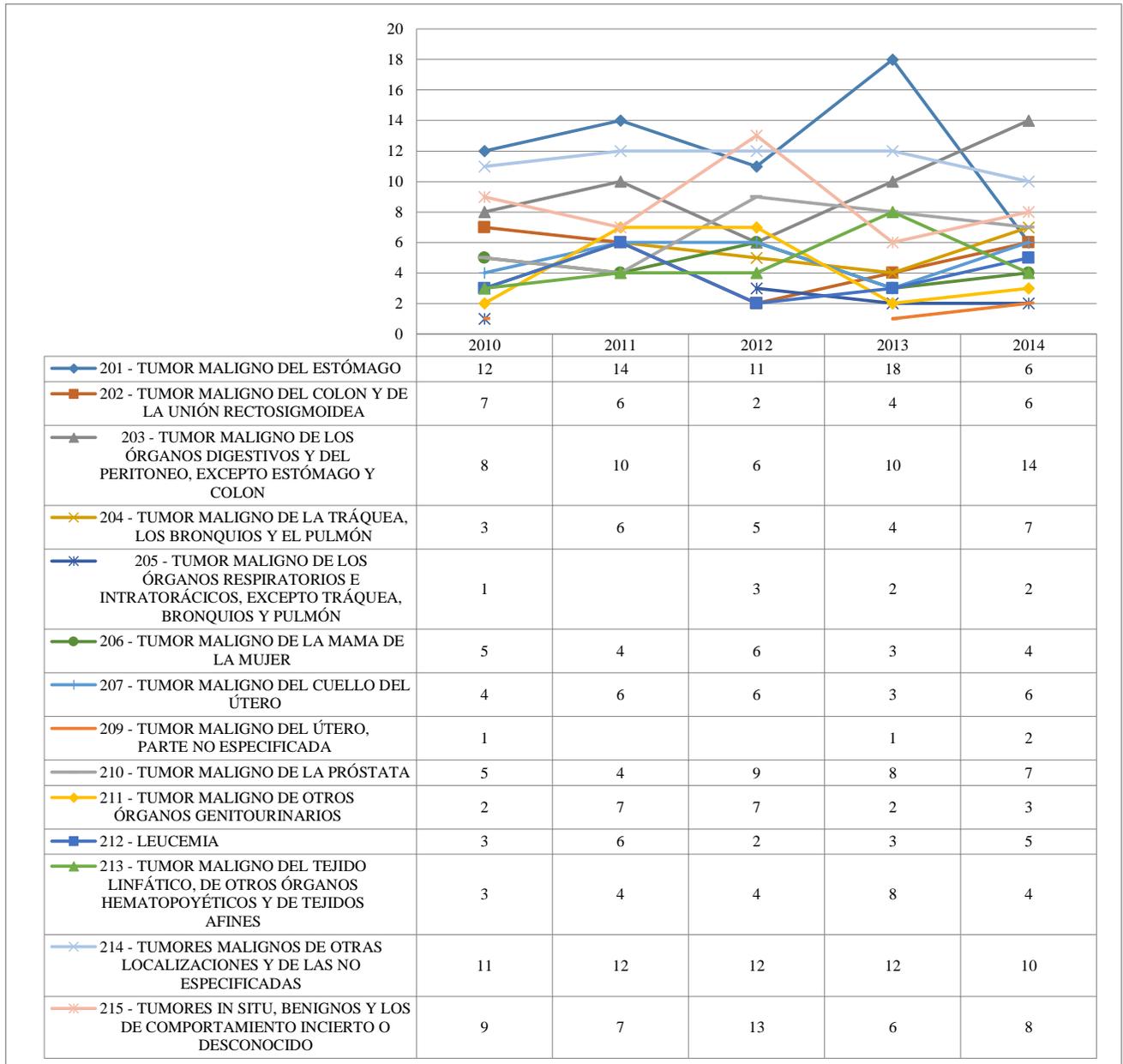
Gráfica No 21: Frecuencia de Mortalidad por Neoplasias en Personas Mayores según Municipio de Ocurrencia, Casanare 2010 – 2014.



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2010 - 2014.

La distribución del promedio de casos en el periodo por municipios de la mortalidad por Neoplasias establece una importante concentración de la frecuencia en el Municipio de Yopal, superando el 39 % de manera proporcional al resto de los territorios revisados, le siguen de manera moderada las frecuencias en los municipios de Paz de Ariporo, Aguazul y Villanueva.

Gráfica No 22: Distribución de la frecuencia de Mortalidad por Neoplasias en Personas Mayores, Casanare 2010 – 2014.



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014.

Como principales causas de mortalidad por Neoplasias se establecen en su orden los tumores malignos de Estómago y en segunda instancia Tumores malignos de otras

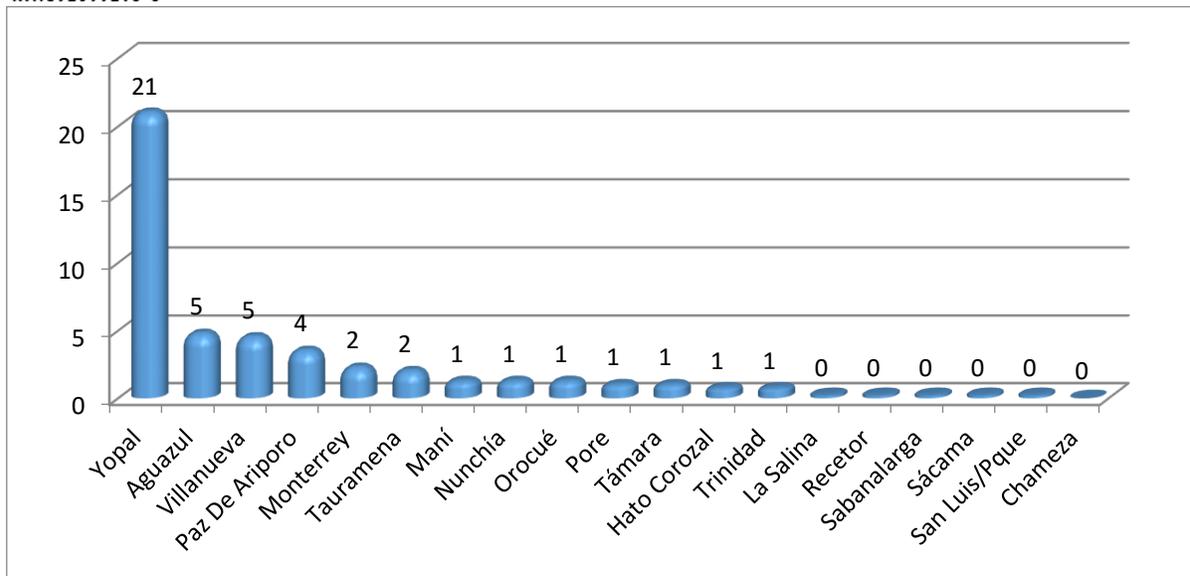


localizaciones y de las no especificadas, los cuales presentan tendencias decrecientes para el último año del periodo estudiado; les siguen Tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon y entre otros los tumores benignos in situ y de comportamiento incierto, los cuales presentan tendencia creciente, especialmente éste último que para el 2014 aumentó su frecuencia de manera sustancial superando la primera causa, mereciendo una importante atención y estudio de la especificidad de este grupo de eventos de órganos digestivos.

3.3.2.4. MORTALIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN PERSONAS MAYORES.

La Mortalidad por enfermedades Transmisibles se encuentra en cuarta ubicación como causa de deceso en población mayor y su frecuencia se concentra en el Municipio de Yopal, entendiendo que la concentración de la población del Departamento es imperiosa en dicho Municipio, es segunda instancia es importante la frecuencia promedio del periodo en el municipio de Aguazul, seguido de Villanueva y Paz de Ariporo; es de mencionar que su presencia como causa de mortalidad en adultos mayores presenta un comportamiento moderado.

Gráfica No 23: Distribución de la frecuencia de Mortalidad por Enfermedades Transmisibles en Personas Mayores según Municipio de ocurrencia, Casanare 2010 – 2014.

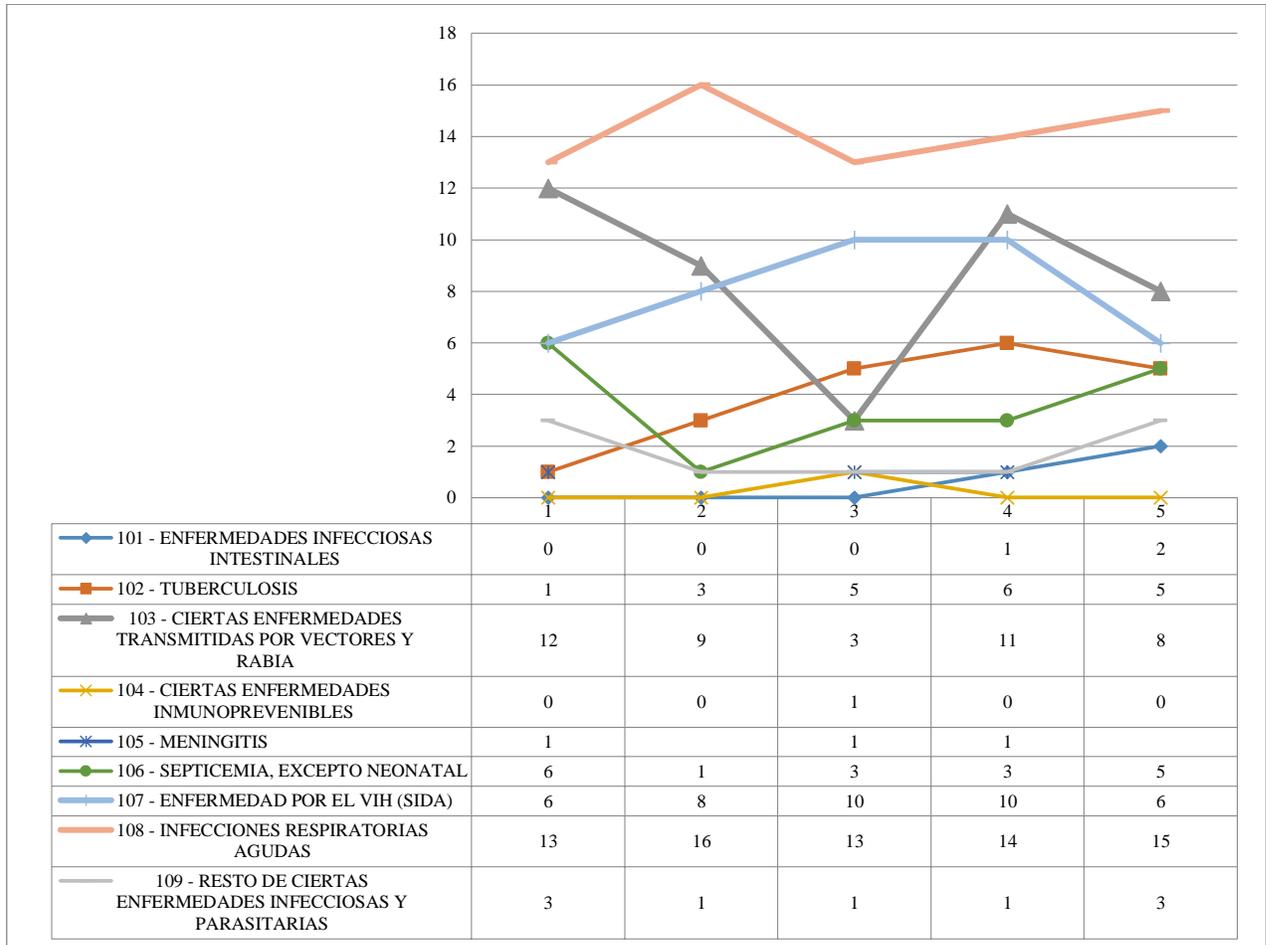


FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2010 - 2014.

En atención a las Enfermedades Transmisibles, se presenta como principal causa de Mortalidad en Personas mayores las Infecciones Respiratorias Agudas con importante prevalencia como se destaca en la gráfica No 16, ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia, seguidas de Enfermedades por VIH y Tuberculosis otras.

El comportamiento en relación a la dinámica epidemiológica de dichas causas es de resaltar como prioridad a las Infecciones Respiratorias Agudas que conjuntamente con la tuberculosis presentan tendencia creciente en el periodo analizado, mientras que las demás mencionadas presentan tendencia descendente. Otras de importancia con comportamiento creciente corresponden a las Septicemias y enfermedades intestinales.

Gráfica No 24: Distribución de la frecuencia de Mortalidad por Enfermedades Transmisibles en Personas Mayores, Casanare 2010 – 2014.



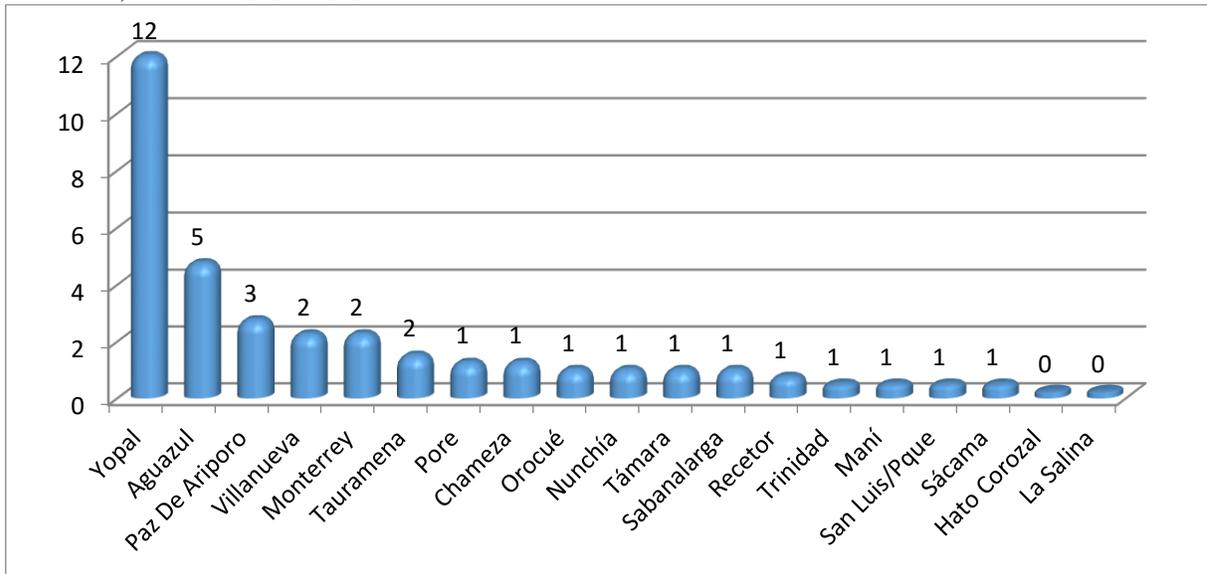
FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014

3.3.2.5 MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS EN ADULTO MAYOR.

Las Causas externas en los adultos mayores se constituyen en causas de alta letalidad en el adulto mayor, dado que aunque su prevalencia sea baja, la presencia de algún evento que corresponde a esta gran causa puede producir importante daño físico y alto riesgo de morir, teniendo en cuenta las condiciones de salud lábiles y de vulnerabilidad física y mental de los adultos mayores.

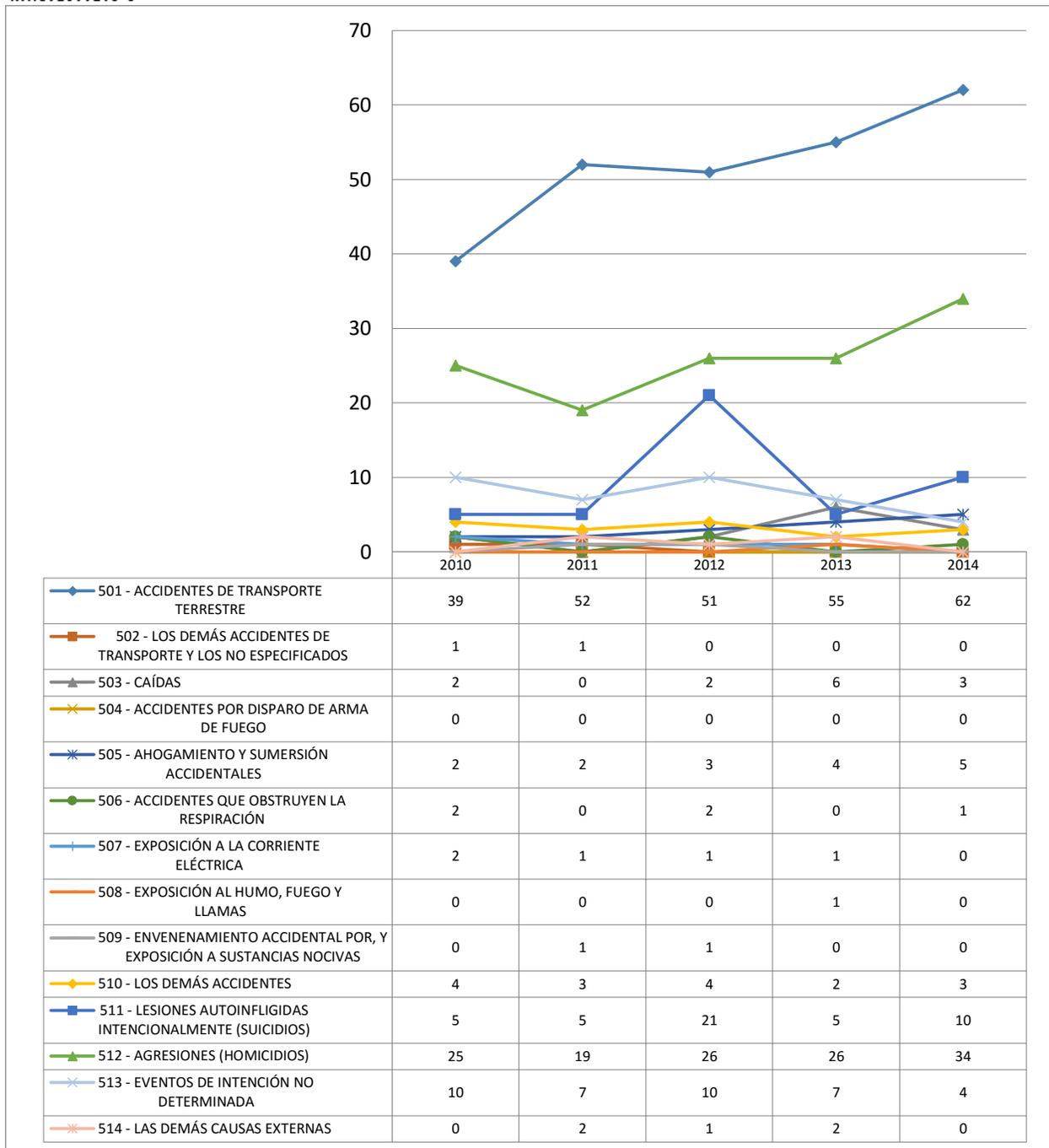
En Casanare la principal Causas de Mortalidad de las personas mayores corresponden a los accidentes de transporte terrestre y en tercer lugar las Agresiones u homicidios, constituyéndose las Causas externas en un foco de atención para la generación de alternativas de transformación socio – cultural y de estilos de vida en la población Casanareña.

Gráfica No 25: Frecuencia de la Mortalidad por Causas Externas en adulto mayor según Municipio de ocurrencia, Casanare 2010 – 2014.



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014

Gráfica No 26: Distribución de la frecuencia de Mortalidad por Causas Externas en adulto mayor, Casanare 2010 – 2014.



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2014.



Aunque estas causas presentan bajas frecuencias en general para la población mayor, el análisis del comportamiento de los eventos relacionados presentan frecuencias significativas. Los Accidentes de Transporte Terrestre, seguido de Agresiones u Homicidios, las lesiones Autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y Lesiones con intención no determinada.

Es importante establecer que el comportamiento de la mortalidad por lesiones de causa externa en personas mayores presenta una tendencia general creciente, particularmente los Accidentes de transporte terrestre y Homicidios presentan un importante aumento para los últimos años de estudio, con excepción de los eventos de intención no determinada, sin descartar los suicidios y homicidios que se expresan de manera creciente en la relación ilustrada.

3.3.2.6 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN ADULTO MAYOR

Como principales causas de mortalidad en adulto mayor se determinan por su frecuencia en su orden:

1. Accidentes de transporte Terrestre
2. Enfermedades Isquémicas del Corazón
3. Enfermedades Cerebrovasculares
4. Agresiones u Homicidios
5. Enfermedades del Sistema Digestivo



6. Enfermedades Crónicas de las vías Respiratorias Inferiores
7. Diabetes Mellitus.
8. Enfermedades de la Circulación Pulmonar
9. Enfermedades Hipertensivas
10. Infecciones Respiratorias Agudas
11. Enfermedades del Sistema Urinario.

De tal manera que se puede determinar que los principales riesgos de morir de las personas mayores se establecen en los eventos de causa externa y cardio, cerebrovasculares, las afecciones al sistema pulmonar y digestivo así como las Diabetes Mellitus, los cuales presentan tendencias crecientes en el análisis realizado por causas y subgrupo de causas.

En este sentido se establecen importantes derroteros relacionados con los determinantes sociales y culturales de la región, es decir que se requiere de un cambio en el orden y la cultura ciudadana frente a los riesgos del adulto mayor de morir violentamente, así como de la continua promoción de los estilos de vida saludables en atención al autocuidado que permita disminuir o mitigar los riesgos derivados del estrés, sedentarismos y nutrición inadecuada durante las edades jóvenes y adultas, que puedan intervenir la mortalidad por afecciones cardio, cerebrovasculares.

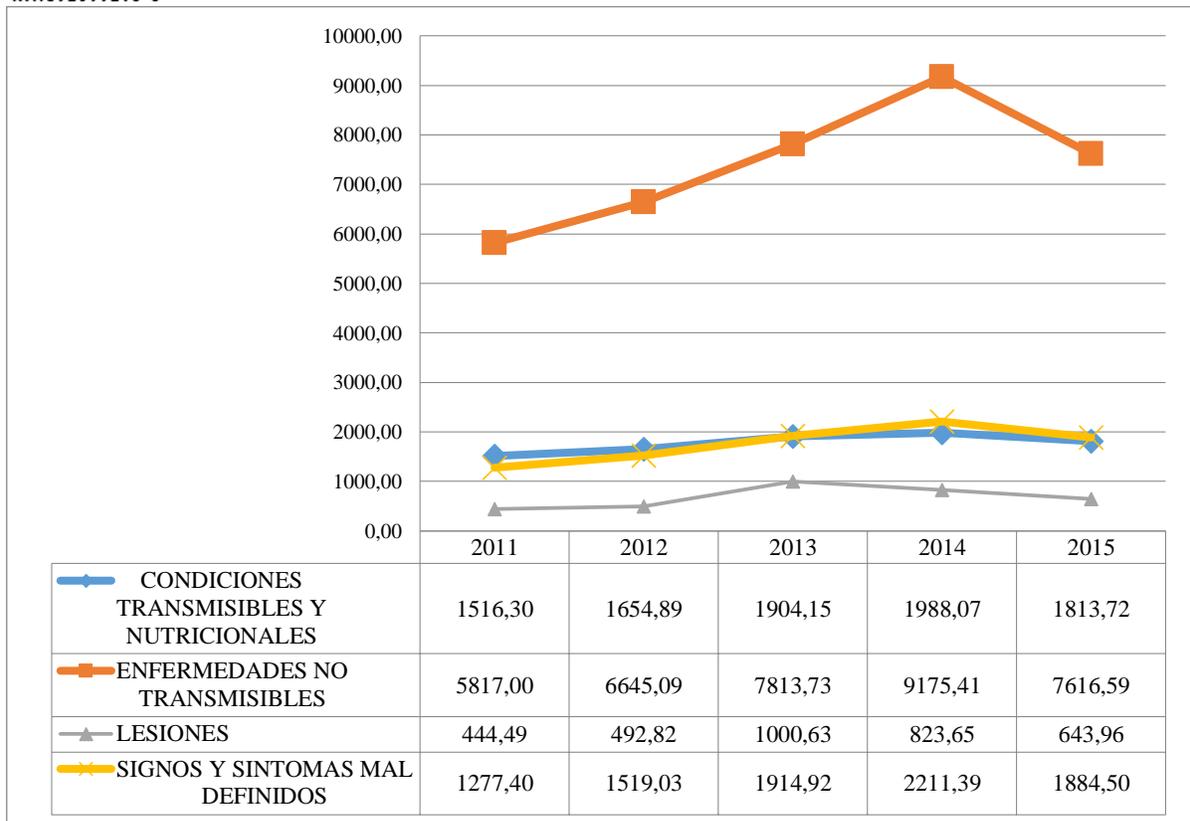
3.3.3 MORBILIDAD EN ADULTO MAYOR



En el presente documento se realizará análisis de los eventos causales de morbilidad en PERSONAS MAYORES, según la Clasificación realizada por el Ministerio de Salud y Protección social por grupos de grandes causas y subgrupos de causas establecidos para los fines de análisis situacional en las entidades territoriales.

El presente análisis se realizará de manera sistemática según la metodología del Análisis situacional de Salud en lo referente a la descripción de las causas de morbilidad en Personas mayores, iniciando desde lo general hacia lo específico, con la descripción del comportamiento de las Grandes Causas del grupo de la población objeto en el departamento, luego, causas específicas y subgrupo de causas de morbilidad.

Gráfica No 27: Distribución de la frecuencia de grandes causas de morbilidad en adulto mayor, Casanare 2011 – 2015.



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud, 2011 – 2015

Respecto de las Grandes causas de morbilidad en adulto mayor durante el periodo 2011 – 2015 el consolidado de eventos evidencia la importante prevalencia en las enfermedades no transmisibles, seguido de condiciones trasmisibles y nutricionales y signos y síntomas mal definidos, presentando las menores tasas en el periodo las Lesiones.

En este sentido se establecen las Condiciones No trasmisibles como principales causas de morbilidad en el ciclo vital del adulto mayor con una tendencia ascendente, aunque en el último año se presenta disminución en la tasa reportada, mientras que las demás causas



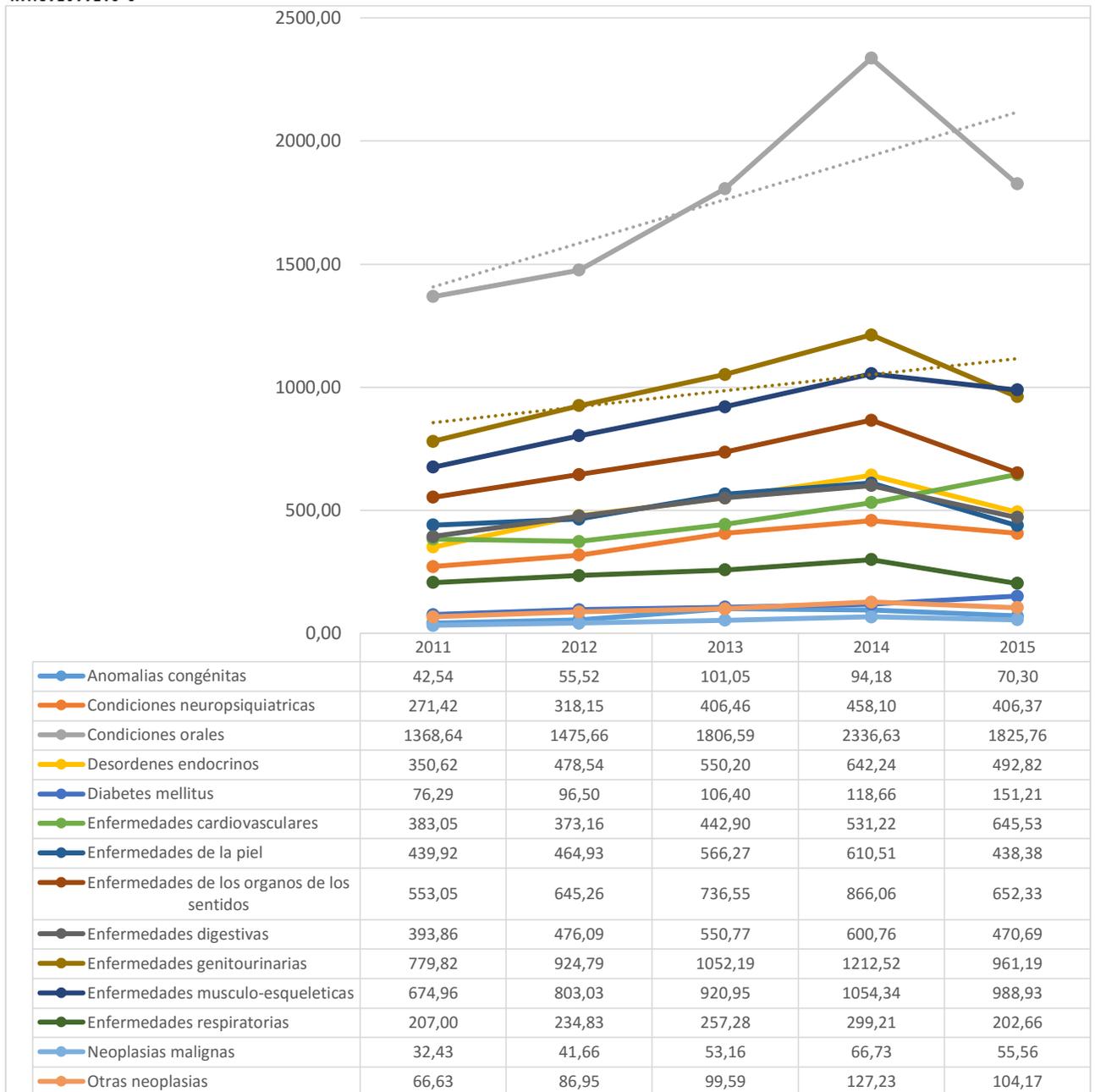
muestran tendencias estacionarias, es decir que el comportamiento es parecido en los años del periodo estudiado.

3.3.3.1 MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN ADULTO MAYOR

Como principales eventos prevalentes en el periodo 2011 a 2015 en la morbilidad Personas Mayores se presentan las Enfermedades orales con las mayores frecuencias en todos los años del periodo analizado, seguido de las enfermedades genitourinarias, enfermedades musculo esqueléticas, enfermedades de los órganos de los sentidos y desordenes endocrinos entre otros.

La dinámica de las tasas de dichas causas establecen tendencias ascendentes, no obstante con disminución de la mayoría en el último año, con excepción de las Enfermedades Cardio vasculares que presenta un importante incremento de la tasa para 2014 potenciando su tendencia creciente para los nuevos periodos a estudiar.

Gráfica No 28: Distribución de Frecuencias de enfermedades no transmisibles en adulto mayor, Casanare 2011-2015.



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud, 2011 – 2015

Respecto de las Condiciones Orales como principal causa de morbilidad por Causas no transmisibles su frecuencia es preponderante en Hombres, como se establece en la tabla a continuación, no obstante las Enfermedades Genitourinarias, musculo esqueléticas,

Enfermedades de los Órganos de los sentidos y desordenes endocrinos se presentan con mayor frecuencia en mujeres.

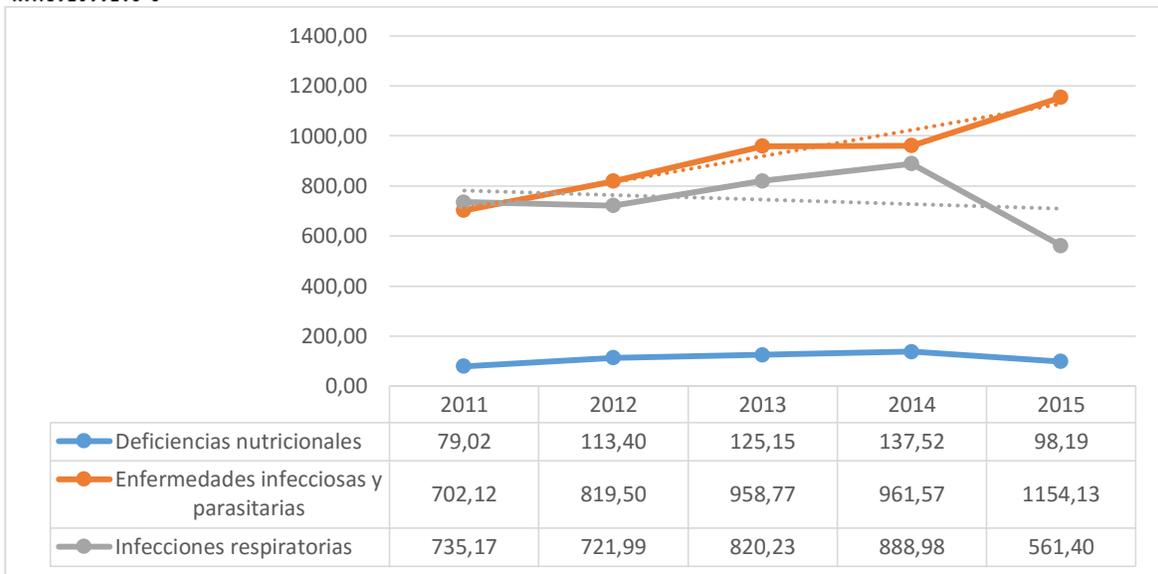
Tabla No 7: Distribución de Frecuencias de Principales Enfermedades No transmisibles en adulto mayor según sexo, Casanare 2011-2015.

EVENTO	SEXO	2011	2012	2013	2014	2015
Condiciones orales	FEMENINO	219	230	258	417	425
	MASCULINO	232	313	382	513	444
	TOTAL	451	543	640	930	869
Enfermedades genitourinarias	FEMENINO	276	421	441	589	631
	MASCULINO	216	298	432	492	588
	TOTAL	492	719	873	1081	1219
Enfermedades musculo-esqueléticas	FEMENINO	453	611	615	762	1.069
	MASCULINO	363	373	505	651	682
	TOTAL	816	984	1120	1413	1751
Enfermedades de los órganos de los sentidos	FEMENINO	293	391	385	633	678
	MASCULINO	304	415	456	600	587
	TOTAL	597	806	841	1233	1265
Desordenes endocrinos	FEMENINO	251	350	445	540	503
	MASCULINO	160	242	340	368	319
	TOTAL	411	592	785	908	822

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud, 2010 – 2015

3.3.3.2 CONDICIONES TRANSMISIBLES Y NUTRICIONALES:

Gráfica No 29: Distribución de la frecuencia de Condiciones Transmisibles y Nutricionales en adulto mayor, Casanare 2011 – 2015.



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud, 2010 – 2015

Se presentan para el grupo de edades de Personas Mayores principalmente en mujeres, evidenciándose como principales eventos las enfermedades infecciosas y parasitarias, seguidas de enfermedades respiratorias, presentándose las deficiencias nutricionales y anomalías congénitas para este ciclo vital con baja frecuencia.

En la Distribución por sexo de los eventos Transmisibles y Nutricionales se determina que dichos eventos se presentan de manera preponderante en la mujer con relación a las frecuencias presentes en hombres para cada caso de morbilidad por este grupo de causas.

Tabla No 8: Distribución de las condiciones Transmisibles y nutricionales según sexo en ADULTO MAYOR, Casanare 2011 – 2015.

EVENTO	SEXO	2011	2012	2013	2014	2015
DEFICIENCIAS	FEMENINO	12	33	32	44	25

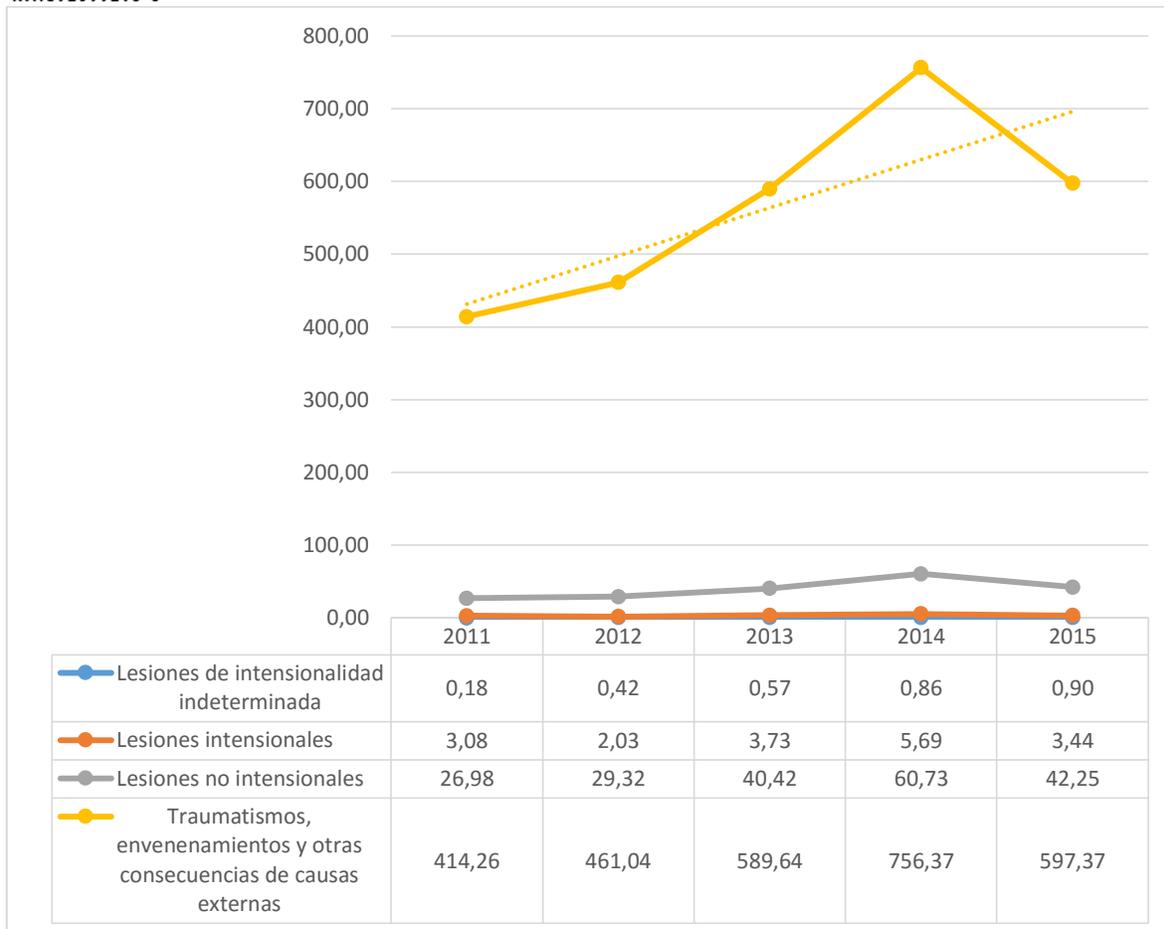
NUTRICIONALES	MASCULINO	15	17	29	43	24
	NO DEFINIDO	0	0	1	0	0
	TOTAL	27	50	62	87	49
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	162	209	204	291	478
	MASCULINO	133	187	250	277	365
	NO DEFINIDO	0	0	1	0	0
	TOTAL	295	396	455	568	843
INFECCIONES RESPIRATORIAS	FEMENINO	165	223	243	335	240
	MASCULINO	154	159	199	294	202
	NO DEFINIDO	0	0	1	0	0
	TOTAL	319	382	443	629	442

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud, 2010 – 2015

3.3.3.3 MORBILIDAD POR LESIONES EN ADULTO MAYOR

En el ciclo vital del adulto mayor, las lesiones se expresan principalmente por traumatismos, envenenamiento y otras causas externas, que presenta una importante frecuencia superior al 90% con relación a los demás eventos o lesiones. por la consolidación de varios eventos agrupados en dicha nominación, en segunda instancia las lesiones no intencionales se presentan con tendencia estacionaria en el periodo de estudio, así como las lesiones intencionales que presentan la menor prevalencia.

Gráfica No 30. Distribución de la Morbilidad por Lesiones en adulto mayor, Casanare 2010-2015.



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud, 2010 – 2015.

En la Tabla a continuación se establece la relación de las frecuencias en Hombres y Mujeres respecto de las Lesiones como causa de Morbilidad en ADULTO MAYOR, de tal forma que los Traumatismos envenenamiento y otras consecuencias de causas externas se presenta de manera preponderante en el hombre mayor. Por su parte las Lesiones No Intencionales presentan baja frecuencia en este grupo de edad, donde dicha causa se expresa con mayor frecuencia en hombres, con tendencia creciente para ambos sexos.

Tabla No 9: Distribución de las Lesiones según sexo en adulto mayor, Casanare 2011 – 2015.

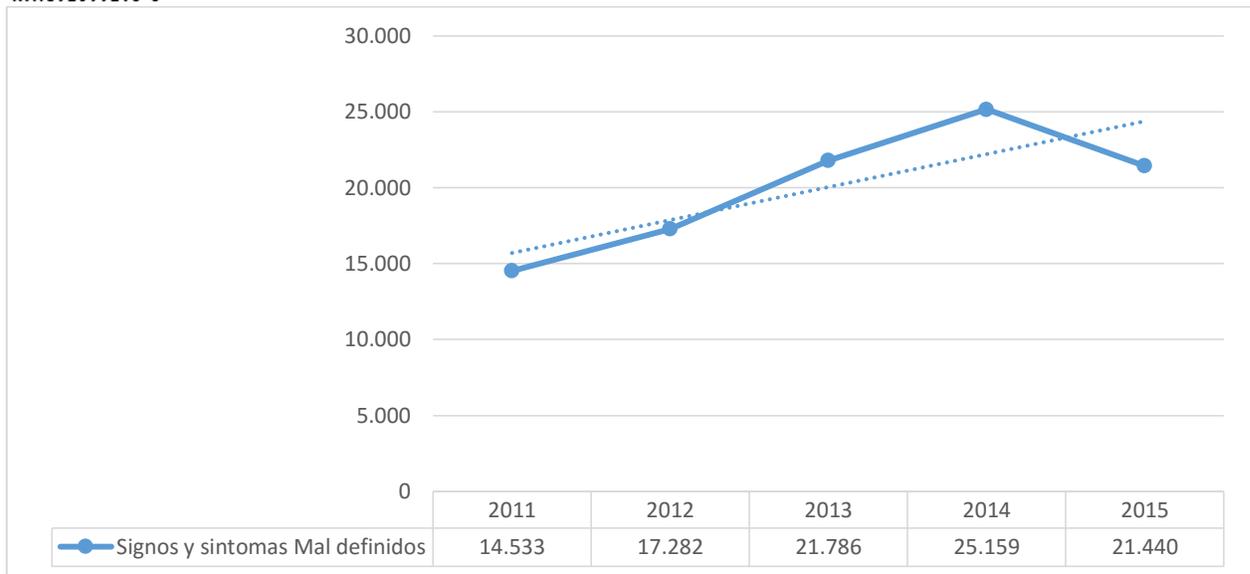
EVENTO	SEXO	2011	2012	2013	2014	2015
Lesiones no intencionales	FEMENINO	2	2	1	3	9
	MASCULINO	1	2	3	7	9
	Total	3	4	4	10	18
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	FEMENINO	5	12	13	24	43
	MASCULINO	14	16	21	45	53
	Total	19	28	34	69	96

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud, 2010 – 2015

3.3.3.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS MAL DEFINIDOS

Durante el periodo 2011 a 2015 se presentan frecuencias importantes de eventos mal definidos, que no permiten incluirlos dentro de los subgrupos de enfermedades establecidos para el análisis de la situación de salud. No obstante es importante evidenciar la importante frecuencia de dicha notificación respecto de las causas de morbilidad, dado que se constituye en un derrotero para el sector salud establecer lineamientos que permitan a los responsables del proceso de diagnóstico, sistematización y consolidación de la información el mejoramiento de la clasificación de los eventos mórbidos presentados en el municipio, dado que presenta tendencia creciente durante todo el periodo.

Gráfica No 31: Morbilidad por Signos y Síntomas Mal Definidos en adulto mayor, Casanare 2010 – 2015.



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud, 2010 – 2015.

Se establece un comportamiento creciente para ambos sexos, con preponderancia en el sexo femenino, no obstante para ambos, en 2014 se presentó un pico importante que duplicó la frecuencia de la línea base 2011.

Tabla No 10: Distribución de las Lesiones según sexo en ADULTO MAYOR, Casanare 2011 – 2015.

SIGNOS Y SINTOMAS MAL DEFINIDOS	2011	2012	2013	2014	2015
FEMENINO	89	120	182	158	105
MASCULINO	95	83	170	149	91
NR - NO REPORTADO	0	0	1	1	0
TOTAL	184	203	353	308	196

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud, 2010 – 2015



Finalmente, los eventos que presentan mayores frecuencias respecto de la morbilidad en adulto mayor en el Departamento de Casanare corresponden a los eventos relacionados con las Condiciones no transmisibles en su totalidad dado que sus frecuencias se presentan altas, principalmente las Condiciones orales, enfermedades genitourinarias, Enfermedades Musculo esqueléticas y de los órganos de los sentidos, así como los desórdenes hormonales, sin perder la atención en las enfermedades Cardio Vasculares que presentan un importante incremento en su tasa para el último año de análisis, presentando una tendencia ascendente.

En general para el ciclo vital de adulto mayor las necesidades relacionadas con el sector salud concurren en la continuidad de los programas de atención integral al adulto mayor, vigilancia permanente de los factores de riesgo y efectos secundarios de las afecciones crónicas e infecciosas y la sensibilización social y familiar frene a la protección de la integridad física y mental del adulto mayor.

Particularmente en el Departamento de Casanare se cuenta con una importante proporción de población económicamente activa y en este sentido la dependencia del adulto mayor no deberá convertirse en una alta carga social, sino en un proceso de desarrollo humano de los grupos poblacionales más jóvenes con la transferencia de valores del adulto mayor adulto mayor como legado de pervivencia cultural y calidad de vida.

4. INSTRUMENTOS CUALITATIVOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

En desarrollo de la construcción de la política pública de envejecimiento y vejez se aplicaron los instrumentos cualitativos para conocer la percepción de los adultos mayores acerca de su situación a partir de 91 entrevistas, de la misma forma se adelantaron mesas de participación con la Metodología Integrada de Participación Social de y para Adultos Mayores– MIPSAN del Ministerio de la Protección Social, las dos metodologías se aplicaron en todos los Municipios del Departamento.

4.1 ANALISIS ENTREVISTAS A ADULTOS MAYORES

Nombre de personas a quien se le aplicó instrumento.

A continuación se presenta el análisis consolidado de la aplicación del instrumento de recolección de información cualitativo de tipo etnográfico aplicado a 102 personas mayores de los 19 municipios del departamento tal y como se describe a continuación:

Municipio	Fechas de aplicación del instrumento	Numero de entrevistas aplicadas
Monterrey	11 de septiembre de 2017	- María Isabel Gómez L - Ángel María Torres - Emma León de B - Ignacio Domínguez - María B Sánchez C.
Sabanalarga	19 de septiembre de 2017	- Trinidad Romero - Carlos A Gutiérrez - José E Cendales - Elvinia Ruiz Alfonso - Leopoldo Bernal - Julia Díaz Daza
Aguazul	08 de septiembre de 2017	- Andrés Alberto Cuervo - María Luisa Rincón - Maruja Riveros - Joaquín Paredes - María Graciela Vianchá - Roselino Castillo
Tauramena	13 de septiembre de 2017	- Estela González

		<ul style="list-style-type: none"> - Beatriz Pérez Motta - Edilberto Ospina - María Rosmery García - Gustavo Rojas Suarez
Hato Corozal	03 de octubre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> - José Arcado Ulegelo - Mario Silva García - Libida Rosa Castro - María Castañeda
Orocué	15 de septiembre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Arturo Cordero - Aurora Daza - Celso Rodríguez - José Jesús Torres - Melida Castro
San Luis de Palenque	21 de septiembre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Julio Mensa Salgado - Reinaldo de Jesús Castro - Mariela Cely García - Ana Floripes Sánchez - José Girón - Francisco Rincón
La Salina	28 de septiembre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Clara Inés Velandia - Hugo Salazar - Luis Alfonso Camacho - María Ramos - María *
Sácama	29 de septiembre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> - David Moreno Duarte - Lina Rosa Gallo - Luis Mora - Manuel Suarez - María Erly Laiton
Yopal	07 de septiembre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Tito Humberto Laverde - Moisés Molina - Marleni Quiroga - Esperanza Gómez Orjuela - Aurora Amaya - Raúl Gaviria - Manuel Amórtegui
Maní	07 de septiembre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Pablo Guerrero - Jose Onofre Mariño - Sabrahim Villa - María Ávila - Manuel Alfredo - Hernández Bautista
Nunchía	11 de septiembre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> - María Cecilia Prieto Cely

		<ul style="list-style-type: none"> - Avelina Maldonado - Nestor Perez Pirabán - Rafael Gutiérrez - Estela Parra Garzón
Recetor	15 de septiembre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Adolfo Carreño - Olga Montealegre R - Adolfo Sánchez - Pablo Antonio Torres - Rafael Olarte
Chámeza	14 de septiembre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Pastor Guzmán Colmenares - Emma Vargas de Mora - Raimundo Mahecha - Maria del Cármen Fonseca - Pedro Pablo Siacha
Villanueva	26 de septiembre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Gabriel Martes - Silveria Fernandez - Trinidad Fonseca - Marco A Sánchez - José Horacio B - Elizabeth Zubieta
Pore	21 de septiembre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Clelia Ortiz - José Isauro Pasos - José Manuel Huérfano - Joselino Burgos - María Cleotilde Porras
Tamara	11 de septiembre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Francisca Gómez - Ismael Ortíz - Joba Jimenez - José Milciades Sigua - Rosa María Gómez
Trinidad	21 de septiembre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Verónica Pineda Torres - Pedro A Parra Zanabria - José María Ramirez Leal - Florinda Gutierrez - Abel Velandia Silva - Luis Alberto Torres Pérez
Paz De Ariporo	07 de octubre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Ana Dolores Romero - Bernardo Ibica - José Ignacio Susa - José Benito Tumay - Evaristo Jara

Matriz de investigación

Las preguntas planteadas en el instrumento procuran dar respuesta al grado de realización de derechos según los ejes y líneas de acción de la Política Colombiana de Envejecimiento y Vejez. Tanto el instrumento como la matriz de investigación fueron aprobadas en comité técnico.

EJES	LINEAS DE ACCIÓN	PREGUNTAS
EJE ESTRATÉGICO 1 : PROMOCION Y GARANTIA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES	Fortalecimiento de la Participación Ciudadana e Integración Social de los Individuos y Colectivos de Personas Adultas Mayores	¿Participa usted de asociaciones de personas mayores en su municipio o departamento? ¿U otras instancias de participación?
	Promoción y Formación en Derechos de las Personas Adultas Mayores	2. Conoce si en el municipio o departamento se han adelantado capacitaciones a personas mayores relacionadas con la defensa de sus derechos? Conoce si en su municipio han ofrecido algún curso para cuidado de personas mayores?
	Protección Legal, Gestión Normativa y Fomento del Acceso Ciudadano a la Justicia	¿Conoce de leyes, decretos o normas orientados a la protección legal de las personas mayores?
	Monitoreo y Evaluación del cumplimiento de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores	¿Conoce de las metas del gobierno municipal o departamental relacionado con la atención o prestación de servicios dirigidos a personas mayores?
3.5.2 EJE ESTRATÉGICO 2: PROTECCIÓN SOCIAL INTEGRAL	3.5.2.1 Ampliación de la seguridad en el Ingreso	Conoce de los programas ofertados por el estado relacionados con extrema pobreza JUNTOS y UNIDOS? Colombia Mayor, Cobertura
	3.5.2.2. Protección y garantía del derecho a la salud	Pregunta a personas mayores sobre acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud en su municipio y/o departamento - De las personas de su edad, sabe de qué se enferman?
	3.5.2.3. Desarrollo de la	¿Conoce usted a personas mayores que

	Promoción y Asistencia Social	han estado en situación de abandono? ¿Cuál cree usted que es la razón por la cual suceden éstos casos? ¿Qué ha pasado?, ¿Cuál es el papel que ha tenido la familia o los vecinos? ¿Conoce si en su municipio hay centros vida y centros de bienestar?
	3.5.2.4. Fomento de la Seguridad Alimentaria y Nutricional	¿Ha sido beneficiario de los programas de alimentación y nutrición como mercados, centros vida, almuerzo o similar?
	3.5.2.5. Promoción de vivienda digna y saludable	Ha asistido a actividades en
EJE ESTRATÉGICO 3: ENVEJECIMIENTO ACTIVO	3.5.3.1. Creación y fortalecimiento de Espacios y Entornos Saludables	¿Sabe usted si se están realizando actualmente actividades recreativas, culturales, deportivas dirigidas a las personas mayores del municipio?
	3.5.3.2. Construcción de Culturas del Envejecimiento Humano y el Bienestar Subjetivo en la Vejez	
	3.5.3.3. Promoción, incorporación y práctica de estilos de vida saludable	
EJE ESTRATÉGICO 4: FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO E INVESTIGACIÓN	3.5.4.1. Desarrollo de investigación sobre envejecimiento humano y vejez	- ¿Sabe si en su municipio existen personas capacitadas para el cuidado de las personas mayores? - ¿Conoce usted de personas que estén capacitadas para el cuidado de las personas mayores?
	3.5.4.2. Ampliación de la formación de talento humano de niveles técnico, profesional y especializado	

Sistematización de resultados por pregunta.

PREGUNTA 1:

¿Participa usted de asociaciones de personas mayores en su municipio o departamento u

otras instancias de participación?

Con respecto a la pregunta, las 101 entrevistas aplicadas a personas mayores dan cuenta de un muy escaso nivel de participación de las personas mayores en asociaciones municipales, departamentales y otras instancias de participación. Solamente 4 de cada 10 personas reportan participar en alguna asociación de personas mayores u otras instancias de participación. Se supone que todos los municipios del departamento cuentan con mecanismos de participación en los asuntos públicos y prestación de servicios pero de forma lamentable el adulto mayor no parece participar activamente de dichos espacios. Una de las razones identificadas tiene que ver con los bajos niveles de escolaridad que evidentemente limitan procesos de interlocución por otro lado no se identificó un interés de las entidades territoriales ni las personerías municipales de promover la formación de personas mayores para la participación activa e informada en los temas de la agenda pública en general y aquellos de interés directo. El porcentaje de personas mayores con relación al total de población va creciendo, no así su presencia en espacios de debate y toma de decisiones como los concejos municipales y departamentales de adulto mayor, las juntas de acción comunal, las veedurías de servicios públicos entre otros.

Por otro lado fueron frecuentes las quejas de las personas mayores con respecto de la calidad en la prestación de los servicios de alimentación en centro día, acceso a la salud y oportunidades laborales pero dicha inconformidad no se ve traducida en participación y control social organizado.

Un caso para resaltar es el los señores Carlos Mario Riaño y Manuel Amortegui quien participa de forma juiciosa y permanente de los concejos departamentales de adulto mayor, veedurías sociales y control en la prestación de servicios en los ámbitos municipal y departamental.

PREGUNTA 2:

¿Conoce si en el municipio o departamento se han adelantado capacitaciones a personas mayores relacionadas con la defensa de sus derechos?

Cinco (05) de cada diez (10) personas mayores reconocen haber participado de capacitaciones relacionadas con la defensa de sus derechos. Cinco personas mayores manifiestan que aunque han recibido esas capacitaciones no han tenido mucha profundidad. Tres personas mayores reportan que aunque han ido pues no se acuerda mucho de lo que aprendieron.

PREGUNTA 3:

¿Conoce si en su municipio han ofrecido algún curso para cuidado de personas mayores?

Solamente tres (03) de cada diez (10) personas mayores manifiestan tener conocimiento de que en su municipio se han ofrecido cursos para el cuidado de personas mayores. Esta información difiere de la compartida por las entidades territoriales y de salud quienes reportan que de forma constante se realizan talleres y programas de formación para el autocuidado en persona mayor principalmente referido a la realización de actividades físicas, alimentación e higiene.

PREGUNTA 4:

¿Conoce de leyes, decretos o normas orientados a la protección legal de las personas mayores?

De las 101 personas mayores entrevistadas, solamente 13 reportaron conocer la ley 1275 de 2009. Uno de ellos (En Paz de Ariporo) manifestó haber escuchado de la ley 1850 de 2017 y solicitó copia de ella. Algunas personas mayores reportaron que por no saber leer no sabían mucho de las normas pero que los funcionarios deberían ayudar a explicarlas. Dos personas mayores reportaron conocer de la ley 1251 de 2008 y uno, el señor Manuel Amorteguí manifestó conocer todo el marco legal y constitucional de la protección integral de las personas mayores pero se quejó de aunque existe abundante normativa esta no se respeta en Casanare.

PREGUNTA 5:

¿Conoce de las metas del gobierno municipal o departamental relacionado con la atención o prestación de servicios a personas mayores?

Solamente 1 de cada 10 personas mayores entrevistadas reportaron conocer de las metas de los gobiernos municipal o departamental relacionadas con la prestación de servicios a personas mayores, casi todos saben que hay un plan de desarrollo en el municipio o el departamento, que fue aprobado por el concejo y asamblea respectivamente pero no saben muy bien acerca de los contenidos de dichos planes.

Por supuesto que desconocer los compromisos de las administraciones territoriales con relación a su ciclo de vida impide poder hacer cualquier control para su cumplimiento.

PREGUNTA 6:

¿Conoce de los programas ofertados por el Estado relacionados con extrema pobreza JUNTOS y UNIDOS, Colombia Mayor, está inscrito en alguno de ellos?

Seis de cada diez personas mayores reportaron desconocer sobre el programa Colombia Mayor pero al ser repreguntados sobre si recibían subsidio económico Nueve de cada diez entrevistados respondieron conocer y ser beneficiarios del programa Colombia Mayor que institucionalmente se conoce como “Programa de Subsidio al Aporte en Pensión y el Programa de Solidaridad con el Adulto Mayor, Colombia Mayor y que gira a cada persona mayor subsidios cada dos meses y que en el departamento de Casanare oscila entre los 80 y 160 mil pesos. Ninguna de las personas entrevistadas manifestó conocer ni ser beneficiario de los programas de red unidos.

PREGUNTA 6:

¿Conoce de los programas ofertados por el Estado relacionados con extrema pobreza JUNTOS y UNIDOS, Colombia Mayor, está inscrito en alguno de ellos?

Seis de cada diez personas mayores reportaron desconocer sobre el programa Colombia Mayor pero al ser repreguntados sobre si recibían subsidio económico Nueve de cada diez entrevistados respondieron conocer y ser beneficiarios del programa Colombia Mayor que institucionalmente se conoce como “Programa de Subsidio al Aporte en Pensión y el Programa de Solidaridad con el Adulto Mayor, Colombia Mayor y que gira a cada persona mayor subsidios cada dos meses y que en el departamento de Casanare oscila entre los 80 y 160 mil pesos. Ninguna de las personas entrevistadas manifestó conocer ni ser beneficiario de los programas de red unidos.

PREGUNTA 7:

¿Cómo califica usted la atención médica a las personas mayores de su municipio?

Éste fue la pregunta que más generó opiniones e inquietudes en las personas mayores entrevistadas. Las respuestas fueron muy disímiles, 6 de cada 10 personas se manifestó insatisfecha por la calidad de la atención médica de las personas en su municipio. Al igual de lo reportado en otros espacios las quejas están referidas a la dificultad de acceder a los servicios de salud, que no siempre existe prioridad para que los atiendan, que hay mucha demora en la autorización de medicamentos y cirugías. Empero lo anterior un no despreciable 4 de 10 dicen estar contentas con los servicios de salud, reconocen que aunque un poquito demorados les han hecho las cirugías que han requerido, que el personal de salud los atiende con cariño y respeto y que le han dado los medicamentos que formula el médico. 4 personas del total de entrevistadas manifestaron no haber requerido de servicios médicos, que nunca se enferman y que no van por allá.

PREGUNTA 8:

¿Ha sido objeto o conoce de personas mayores que sean víctimas de violencia?

Un 31% de los entrevistados manifestaron haber sido víctimas de algún tipo de violencia, mientras que el 69% restante reportaron no serlo. 22 personas mayores reportaron conocer casos de personas mayores víctimas abandono y descuido por parte de sus familiares, de estar pasando necesidades económicas o incluso de ser víctimas de abuso económico por parte de sus hijos que se han quedado con sus propiedades sin el real consentimiento por parte de la persona mayor. Algunos de quienes se declararon víctimas de casos de violencia reportan que las entidades no han hecho nada por protegerlos.

PREGUNTA 9:

¿Conoce si en su municipio hay centros día y centros de bienestar? ¿Qué opinión tiene usted de dichos centros de atención? ¿Tiene alguna recomendación sobre la prestación de servicios en dichos centros de atención?

La respuesta a dicha pregunta varía de forma significativa de acuerdo a cada municipio, la gran mayoría de las personas mayores tienen conocimiento de la existencia de los centros día y de bienestar sin embargo no en todos los municipios funcionan de forma permanente dichos servicios por lo que para los municipios de Hato Corozal, Tamara, Paz de Ariporo, Sácama y la Salina presentan interrupción en el servicio las quejas fueron significativas. Los centros día como servicio social se han ganado un espacio significativo en las personas mayores y comunidades de sus municipios, la suspensión en la prestación de servicios impacta de forma negativa en la calidad de vida de las personas mayores y genera alertas inmediatas en las comunidades. Hay personas mayores que prácticamente solo comen de lo que les dan en centros día y cuando se suspenden los servicios quedan totalmente expuestos. En los que están en funcionamiento las personas mayores se quejan de la cantidad y calidad del servicio de alimentación. Villanueva, Monterrey, Aguazul, Tauramena y Nunchía son los municipios que recibieron mejores comentarios acerca de la calidad de prestación de servicios. En Yopal y Paz de Ariporo se dieron significativas quejas respecto de la continuidad en la prestación de los servicios.

Además de las recomendaciones respecto de la continuidad, calidad y cantidad de la alimentación, las personas mayores solicitan que se reactive la prestación de servicios culturales, recreativos, artísticos y educativos. Adicionalmente son constante las quejas respecto de si todos los beneficiarios de los centros día realmente son los que más lo necesitan, sin dar nombres ni datos concretos reportan que hay personas mayores con propiedades que reciben los beneficios del centro día y que eso no debe ser así. El señor Manuel Amortegui en la entrevista reiteró la necesidad de que cada municipio adelante el censo de caracterización para determinar, con estudio socioeconómico basado en una visita domiciliaria quienes son las personas mayores que efectivamente requieren del servicio de centro día y de forma particular de alimentación.

PREGUNTA 10:
¿Ha sido beneficiario de los programas de alimentación y nutrición como mercados, centros vida, almuerzo o similar?
Ocho de cada diez entrevistados se han beneficiado de los programas de alimentación y nutrición bien en los centros día con ración preparada o en paquete alimentario. Manifiestan que en años anteriores era mejores porque además del almuerzo daban desayuno y refrigerios y a veces mercados.

PREGUNTA 11:
¿Sabe usted si se están realizando actualmente actividades recreativas, culturales, deportivas dirigidas a las personas mayores del municipio?
La respuesta a ésta pregunta depende de la situación de prestación de servicio de centro día en cada municipio. Solamente las personas mayores en centros día activos participan de actividades recreativas, culturales y deportivas. Se quejan sin embargo de que dichas actividades no siempre son de la mejor calidad y se hacen por parte de los operadores solamente cuando hay contrato. Ellos solicitan que esos servicios sean permanentes y los dicten instructores del municipio y del departamento.
Por otro lado, tres personas mayores solicitaron que cualquier adulto mayor pueda acceder a las actividades culturales, recreativas y artísticas así no reciba alimentos.

PREGUNTA 12:
¿Sabe si en su municipio existen personas capacitadas para el cuidado de las personas mayores?
Siete de cada diez personas entrevistadas manifiestan saber de la existencia de personas capacitadas para el cuidado de personas mayores, se refieren en su mayoría a las personas que trabajan en los centros día y de bienestar.

4.2 ANÁLISIS 19 MESAS MIPSAN

Tal y como la define el Ministerio de Salud y Protección Social la MIPSAM es “La MIPSAM es una herramienta de aplicación metodológica, concreta, inserta en los procesos de planificación del desarrollo municipal. Construida en el marco del paradigma democrático de enfoque de derechos, basada en dinámicas de colaboración y de consenso,



tanto en la identificación de problemas como en la formulación de alternativas de solución viables, donde la participación se constituye en un principio que aporta valor a las acciones, y un recurso que permite cualificar los resultados”.ⁱ

Su aplicación “fortalece la participación social, fomenta la capacidad de asociación, promueve el trabajo en redes, organizaciones y asociaciones de y para personas adultas mayores”

La ruta metodológica orienta un camino que recorre los siguientes elementos básicos:

1. Incursionemos en nuestro municipio,
2. ¿Quiénes somos y para dónde vamos?
3. ¿Qué encontramos en el camino?
4. Transformemos los problemas en oportunidades
5. Conciliemos intereses para concertar acciones
6. Retroalimentemos la experiencia, ¡el compromiso continúa!

En cumplimiento de lo establecido en el contrato, las mesas MIPSAM se desarrollaron en jornadas de un día en cada municipio por lo cual hubo que ajustar la metodología para dar cumplimiento a todos los elementos de la metodología.

Las mesas MIPSAM se desarrollaron de forma satisfactoria dando cumplimiento al orden del día establecido y contando con la activa participación de personas mayores,

funcionarios y comunidad en general. De su aplicación se desprende un conocimiento mucho más profundo de las condiciones de vida de las personas mayores en cada municipio así como la identificación de problemas, necesidades pero también alternativas de solución. La participación de funcionarios de la entidad territorial facilitó la concertación de acciones de mejora a corto y mediano plazo. En la tabla siguiente se describe por municipio el lugar y fecha de la realización de la MIPSAM por municipio, el número de participantes así como los principales problemas y necesidades identificados.

NUMERO DE MESA	Municipio	Lugar y Fecha mesa MIPSAM	Número de Participantes	Principales problemas, necesidades y oportunidades identificados
1	Pore	25 de septiembre	31	Atención en salud y abandono por parte de los hijos
2	La Salina	28 de septiembre	42	Dificultad en el acceso a los servicios de salud, no funcionamiento permanente del centro día Bajos niveles de ingreso y no oportunidades de empleo
3	Sácama	29 de septiembre	36	Recuperación o traslado del centro día para volver prestar los servicios de protección integral, realización de la caracterización y atención en alimentación.
4	Villanueva	02 de octubre	31	Atención en salud, promoción de la participación, oportunidades laborales.
5	Monterrey	03 de octubre	36	Atención en salud, oportunidades laborales, vivienda.
6	San Luis de Palenque	04 de octubre	32	Atención en salud, focalización de beneficiarios, PM en zona rural
7	Támara	09 de octubre	32	Centro día no está en funcionamiento, acceso a salud, ingreso personas mayores, valoración positiva del envejecimiento y caracterización.
8	Tauramena	18 de octubre	36	Abandono en PM, salud, oportunidades laborales, vivienda.
9	Trinidad	19 de octubre	33	Acceso a la salud, mala valoración social de la vejez, oportunidades laborales, maltrato, vivienda.
10	Aguazul	20 de octubre	52	PM en zona rural, caracterización, atención en salud, centro de protección.

11	Recetor	24 de octubre	33	Atención en salud, no hay centro vida, abandono y maltrato, vivienda
12	Paz de Ariporo	02 de octubre	44	No continuidad de los servicios centro día Barreras de acceso a servicios de salud
13	Hato Corozal	03 de octubre	39	Apertura del centro día, acceso a la salud, valoración negativa de las PM, debilidad institucional.
14	Nunchía	10 de octubre	30	Atención en salud, albergue zona urbana, oportunidades laborales o productivas.
15	Sabanalarga	12 de octubre	40	Atención en salud, adecuación y mantenimiento centro día, valoración positiva del envejecimiento, caracterización.
16	Chámeza	23 de Octubre	61	Atención en salud, sensibilización social sobre necesidades de las personas mayores, mantenimiento y adecuación hogar día, abandono.
17	Yopal	31 de octubre	34	Centro de bienestar, continuidad del centro día, caracterización, acceso a salud.
18	Maní	30 de octubre	34	Atención en salud, proyectos productivos, caracterización, abandono.
19	Orocué	01 de noviembre	42	Centro de bienestar, continuidad del centro día, caracterización, acceso a salud.
	TOTAL PARTICIPANTES MESAS MIPSAM		718	

Tal y como se puede constatar en los listados de asistencia participaron en las mesas MIPSAM 718 personas, en su mayoría personas mayores, no obstante hubo participación de cuidadores y funcionarios de las administraciones municipales, principalmente referentes de los programas de adulto mayor, secretarías (os) de acción y bienestar social, psicólogos de las comisarías de familia, entre otros.

RESULTADOS



Aclaraciones iniciales:

No es posible hacer una generalización respecto de las condiciones de vida de las personas mayores del departamento de Casanare, la aplicación de la MIPSAM arrojó que si bien se comparten preocupaciones, aspiraciones y reclamos, claramente las condiciones de vida de una persona mayor de zona rural en el municipio de La Salina, guarda significativas diferencias con las que tiene una de Yopal o Aguazul. Sumada a la distancia de la capital, la cercanía a los centros poblados y por ende a la oferta de servicios de mayor complejidad, así como la situación económica de cada municipio y la fortaleza o debilidad institucional sobre todo de las municipalidades influye de forma significativa en los grados de realización de derechos en personas mayores. Hecha esta aclaración vale la pena informar al lector que para cada uno de los municipios se elaboraron las memorias de la mesas MIPSAM y que podrá acceder a ellas en los anexos del presente documento.

Adicionalmente cabe aclarar que la información que se presenta a continuación esta descrita desde la perspectiva de las personas mayores que participaron en todo el proceso, la forma como ellos ven su realidad, su proceso de envejecimiento, las instituciones con las que se relacionan, los problemas, necesidades, sus causas y recomendaciones para abordarlos, pero también las oportunidades y aspiraciones que reconocen en su vida cotidiana.

PRIMERA PARTE: “¡QUIÉNES SOMOS Y PARA DÓNDE VAMOS...!?”

MAPA DE ACTORES:

Lo que ellos dicen

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	QUE HACE CON RELACIÓN A LAS PM	CÓMO PODRÍA MEJORAR LO QUE HACE CON RELACIÓN A LAS PM
Comisaría	Atiende casos de abandono, maltrato y abuso	Dar a conocer sus alcances para garantizar el respeto de los derechos de los adultos mayores. Deberían tener mayor cantidad de profesionales para que los atiendan.
Personería	Protege los derechos de las personas	Hacer más vigilancia y control de la actuación de las entidades públicas como las alcaldías y las instituciones de salud. Ser un garante de derechos, capacitar a las asociaciones y veedurías de personas mayores. Hacer seguimiento y monitoreo de la política de adulto mayor y sus metas.
Alcaldía	Dispone los recursos y trazas los planes, programas y proyectos para atender a la población adulto mayor	Ser más eficiente en el manejo de los recursos y eficaz en el cumplimiento en la atención a este grupo poblacional (Ampliar cobertura y continuidad en los servicios) Articular con las diferentes entidades públicas y privadas para la prestación de servicios
Entidades Promotoras de salud	Garantiza la atención en salud a la población adulto mayor	Garantizar la atención integral en salud en condiciones de calidad y oportunidad, específicamente la atención primaria, la entrega oportuna de medicamentos, la autorización de procedimientos y cirugías y realizar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos de enfermedades y muertes.
Prestadores de Servicios de salud	Prestan de forma directa los servicios de salud	Atender de forma respetuosa y prioritaria a las personas mayores, con calidad y calidez, dar cumplimiento a las guías y modelos

		de atención establecidos en las normas.
Gobernación de Casanare	<p>Formular y ejecutar la política pública de adulto mayor</p> <p>Recauda los recursos de la estampilla y los gira a los municipios</p>	Orientar a los municipios para que pongan a funcionar los centros día y centros de bienestar, llevar todos sus servicios a las personas mayores, vigilar que se utilicen adecuadamente los recursos, capacitar a los funcionarios para la mejor atención a los adultos mayores, invertís eficientemente la estampilla y garantizar la prestación continua de los servicios.
Centros de Bienestar (Ancianatos, Hogares Geriátricos)	Atienden a adultos mayores en situación de abandono	Que en los municipios grandes Villanueva, Monterrey, Aguazul, Paz de Ariporo y Yopal se preste el servicio de cuidado permanente a los adultos mayores que lo necesiten
Centros día	<p>Prestan servicios de atención a adultos mayores durante el día.</p> <p>“es nuestro segundo hogar”</p>	Que se dé una atención permanente pero a quienes realmente lo necesiten Durante todo el año y los fines de semana. Alimentación suficiente, de calidad y que realicen actividades culturales, deportivas y lúdicas. Que se hagan capacitaciones.
Indercas	Instituto de recreación de Casanare	Hacer más presencia en los municipios y los centros día prestando servicios de recreación y deporte
Instituto de Cultura Departamental	Entidad encargada de promover la cultura en el departamento	Hacer más presencia en los municipios y los centros día prestando servicios de formación cultural y artesanal

Como lo analizamos

Resultado de una institucionalidad departamental joven las diferentes entidades del estado no han logrado consolidar su acción sobre todo con relación a la garantía y proyección de



derechos de las personas mayores. Dicha situación se observa sobre todo en relación con el acceso a la justicia, salud, educación y proyectos productivos.

La relación de los ciudadanos con el estado está mediada entre otras cosas por su conocimiento y capacidad de defensa de sus derechos, de forma lamentable cuando la gran mayoría de ellos no sabe leer ni escribir y menos conocimiento de tecnologías pero además conciben sus derechos como un favor del estado se dificulta mucho la construcción de una relación sana.

Las entidades del estado con las que mayor relación tienen las personas mayores son los municipios sobre todo a partir de los programas financiados con estampilla de adulto mayor en el marco de la ley 1276 de 2009 y de forma concreta los Centros de Bienestar y Centros Día. De forma lamentable los centros día en vez de erigirse en un canalizador de acciones del estado en sus diferentes niveles los provee de forma directa en el marco de convenios suscritos con empresas privadas. Es decir, en lugar de que el instituto de deportes o cultura de cada municipio oriente su oferta de forma diferenciada a las personas mayores en centros día son los operadores en contratos son quienes prestan ese servicio de modo tal que al no haber contrato, las personas mayores difícilmente acceden a dichos servicios.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VEJEZ

Lo que ellos dicen sobre su vejez:

En cada una de las mesas MIPSAM se indagó con las personas mayores sobre la concepción que tiene cada uno de ellos sobre sí mismo y su proceso de envejecimiento, el cómo se auto perciben como personas mayores. Para ello y en desarrollo del taller hicimos las siguientes preguntas orientadoras:

1. ¿Cuáles cosas bonitas ve usted en ser persona mayor?
2. ¿Cuáles cosas no muy bonitas, o incluso feas que tiene ser persona mayor?
3. ¿Con relación a lo que vivieron sus padres, como considera usted que es su vida como persona mayor?

Cosas bonitas de ser persona mayor:

A continuación se relacionan las palabras o frases que ellos consignaron con relación a la pregunta ¿Cuáles cosas bonitas ve usted en ser persona mayor?

Hay más respeto y consideración	Hay prioridad para todo casi como con los niños	La experiencia, el conocimiento y la sabiduría. Somos útiles y sabemos hacer cosas que los demás no saben hacer	Aún podemos aprender
La vida es más tranquila	Se reciben más “ayudas” del estado	Se tiene más tiempo para compartir con los demás, familia, vecinos y amigos	Hay buena vida si uno se cuidó y portó bien en la juventud
LOS NIETOS, son motivo de alegría, compañía	Las personas son más solidarias con uno	LAS CANAS son lindas	Llegar a viejo es una bendición de DIOS
Vimos la naturaleza	Las creencias	El poder participar	La muy buena

como era verdaderamente, conocemos de animales, plantas y lugares mejor que otros	religiosas	en actividades colectivas	disposición y voluntad que tienen para participar en todo
El ser madrugadores	El ser luchadores	El ser emprendedores y trabajadores	El poder pensionarse
El poder quedarse tranquilo en la casa	La UNIÓN familiar alrededor de ABUELO	Que nos llevan a pasear	El buen ejemplo que se transmite a los jóvenes

La lectura de las opiniones de las personas mayores sobre las cosas bonitas de ser persona mayor da cuenta de un panorama mucho más amplio de lo que comúnmente se cree, el compartir con ellos nos permitió conocer de personas activas, con una excelente voluntad y disposición para participar en las actividades, alegres (incluso con mucha picardía), con buen humor, dispuestos a seguir aprendiendo, por lo que ese refrán de “loro viejo no sabe hablar” no parece tener ninguna validez, queriendo saber de cosas nuevas como manejar celulares y computadores, pidiendo oportunidades para volver a trabajar en actividades del campo pero también en actividades que generen ingresos, dispuestos a trabajar y ser independientes económicamente. Que son personas útiles, es decir, que casi todas las personas mayores que asistieron a las mesas saben hacer algo como cocinar, cultivar, hacer tareas de llano, carpintería, talabartería, artesanías, pescar, cazar, dicen ellos que a diferencia de los jóvenes de ahora que no saben hacer casi nada. Felices cuando son amados y respetados por su familia y entorno, que disfrutan de la compañía de sus nietos e incluso les ayudan a hacer tareas, que al haber crecido en el campo tienen un conocimiento muy valioso sobre nuestros ecosistemas, su flora y fauna (muy útil en estos tiempos de deterioro

ambiental), que esperan recibir los servicios del estado con calidad pero que vayan más allá de la entrega de comida y que claman, los reconozcan como sujetos integrales de derechos.

Las cosas no tan bonitas de ser persona mayor:

A continuación se relacionan las palabras o frases que ellos consignaron con relación a la pregunta ¿Cuáles cosas no muy bonitas, o incluso feas que tiene ser persona mayor?

Las enfermedades	La soledad	Hay personas que nos irrespetan	No nos valoran
Que dependemos de otros para poder comer y tener lo que queremos	Que ya no podemos comer y beber lo que sí podíamos antes	Que no nos dan trabajo	LAS CANAS, a algunos no nos gustan las canas
Los nietos son lindos pero no nos gustan que nos pongan a cuidarlos	La visión, movilidad se afecta, no poder caminar bien por todo lado	No participamos en lo que tiene que ver con nosotros	Nos ponemos CHOCHOS y cansones
A veces nos maltratan, humillan y abandonan y las autoridades no nos defienden	La indiferencia de algunas personas sobre nuestras necesidades	Que nos hacen sentir como un estorbo	El sedentarismo
La falta de dentadura	La pérdida de los sentidos	La falta de fuerza y el cansancio	La irritabilidad, a veces acompañada de amargura y terquedad por diferentes situaciones
Las arrugas	Falta de oportunidades laborales y de participación en las decisiones de la sociedad	Falta de sensibilización de algunas personas y entidades, los rechazan y les hacen el feo por la edad.	Imposibilidad y dificultad para denunciar y manifestar sus necesidades en salud, alimentación, maltrato y falta de vivienda
Falta de apoyo para ejecutar actividades	Que no me enseñan todo lo que quiero	Los paquetes nutricionales	Que en la calle la gente no nos respeta

productivas	aprender	(mercados) cada día son menos cantidad	y nos echa las motos y los carros y no nos tienen paciencia
Las discapacidades	No hay oportunidades para volver a trabajar en el campo	Mala atención en salud y se “briega” mucho para que den una cita	Le toman mucho el pelo a uno con los trámites
No saber manejar computadores	Es difícil hacer las llamadas para pedir los servicios de salud	Que se pierde la memoria	“Que algunos abuelos no son muy aseados”

Los aspectos no tan buenos de la vejez no son pocos y dan cuenta de la indolencia y falta de solidaridad de nuestra sociedad con respecto a dicho grupo de población, pero sobre todo de la poca perspectiva que se tiene en tanto parece que no somos muy conscientes de nuestro propio proceso de envejecimiento. Las personas mayores que asistieron al taller MIPSAM reportan su desazón con respecto a su situación de salud, comprenden algunos que es resultado de la forma como llevaron su vida pero se quejan de las enormes dificultades que tienen para acceder a los servicios de salud. Manifiestan que lamentablemente no pueden dar continuidad a sus vidas como lo hacían cuando jóvenes, ir a donde deseen porque les falta las fuerzas, comer o beber lo que quieran, trasnochar, etc. Hacen evidente un problema gravísimo de soledad, abandono y maltrato y manifiestan que no son escuchados y atendidos, se quejan de la indolencia social, e irrespeto que se muestra por la forma como algunos los tratan, incluso en la vía pública. Tienen serias limitaciones dado su bajo nivel de escolaridad pero se muestran dispuestos a ser capacitados, desde las competencias básicas matemáticas y de lectoescritura hasta programas de formación laboral técnica y tecnológica. Piden a gritos ser tratados como seres humano integrales que desean ser activos y productivos.



CONSTRUCCIÓN DEL ARBOL DE PROBLEMAS

Consideraciones generales:

Previamente se había hecho la aclaración que la situación de las personas mayores del departamento dista de ser homogénea, el grado de realización de derechos varía de forma significativa de un municipio a otro, incluso en un municipio entre la zona urbana y rural, de tal suerte que no podemos recudir todo a una sola problemática y a unas únicas causas, por supuesto encontramos lugares comunes pero es necesario advertir diferencias.

Por problema central se estableció:

- Desprotección social, inequidad y desigualdad social en las personas mayores del departamento de Casanare así como las condiciones inadecuadas para la realización de derechos de las personas mayores

Las causas y efectos de dicho problema central se describen de forma amplia a continuación:

FORMATO N°1 - ANALISIS DE SITUACION INICIAL "ARBOL DEL PROBLEMA".

Efectos Indirectos **VULNERACIÓN DE DERECHOS A LAS PERSONAS MAYORES**

Efectos Indirectos	Perdida de recursos financieros administrativos y humanos	Pobreza en persona mayor	Aumento de los costos de atención en salud	Desarraigo, pérdida de los principales referentes de la identidad llanera casanareña	Desarticulación institucional para la inclusión de las necesidades de la persona mayor en la agenda pública local y departamental	Eventos de suicidio	Perdida de recursos por proyectos ejecutados sin control social
---------------------------	---	--------------------------	--	--	---	---------------------	---

Efectos Directos	Inadecuada prestación del servicio de protección integral, adultos mayores en situación de riesgo por accidentes, adultos mayores en abandono y vulnerabilidad porque no acceden a los cuidados de un centro de Bienestar	Baja calidad de vida en persona mayor, vulneración, dificultades para acceder a bienes y servicios sociales, ingesta de alimentos de mala calidad y escasa, deterioro en su aspecto físico, deterioro cognitivo, personas mayores que condiciones de habitabilidad deplorables	Morbimortalidad asociada a las barreras de acceso a los servicios de salud, pérdida de recursos sociales e individuales de las personas mayores por los trámites y demoras, deterioro cognitivo	Pérdida de la memoria histórica, cultural, gastronómica y ambiental de la persona mayor, pérdida del Centro Día como espacio de socialización y compartir "un segundo hogar", pérdida de oportunidades para que las personas mayores generen ingresos	Mala calidad en la prestación de servicios, pérdida de recursos financieros, humanos, técnicos y administrativos	Tristeza, soledad, abandono, amargura en la persona mayor	Baja confianza y legitimidad en las acciones del estado referidas a personas mayores.
-------------------------	---	--	---	---	--	---	---

Problema Central Página 1

Desprotección social, inequidad y desigualdad social en las personas mayores del departamento de Casanare. Condiciones inadecuadas para la realización de derechos de las personas mayores

Causas Directas	Causa 1	Causa 2	Causa 3	Causa 4	Causa 5	Causa 6	Causa 7
	Inadecuadas condiciones de infraestructura para la prestación de servicios de protección integral de personas mayores en centros día y centros de bienestar	Bajos niveles de ingreso en persona mayor	Barreras de acceso a los servicios de salud a las personas mayores en condiciones de calidad y oportunidad	Dificultades de acceso a servicios sociales de educación, capacitación, orientación vocacional y productiva	Desarticulación institucional para la inclusión de las necesidades de la persona mayor en la agenda pública local y departamental	Abandono, maltrato, soledad y violencia contra la persona mayor	Bajos niveles de participación Social de las Personas Mayores

Causas Indirectas	Causa 1	Causa 2	Causa 3	Causa 3	Causa 4	Causa 5	Causa 6
	<ul style="list-style-type: none"> _ Inadecuada planeación municipal y departamental respecto de los requerimientos de infraestructura _ Deterioro de los inmuebles hoy en uso _ Inadecuado uso de infraestructura _ escasos de recursos para la inversión en infraestructura _ escasos de predios adecuados para éste tipo de infraestructuras 	<ul style="list-style-type: none"> _ No planeación de la vejez _Bajas tasas de pensionados y aportes al sistema de pensiones _ No cultura del ahorro _ Dependencia de la persona mayor con respecto de programas asistenciales del Estado como Colombia Mayor _ Desnutrición y hábitos alimentarios inadecuados _ No existe una adecuada caracterización y por ende priorización de personas mayores que realmente requieren de los servicios sociales D12 	<ul style="list-style-type: none"> _ Dificultades en la atención primaria, demora en la entrega y autorización de medicamentos y procedimientos, _ Red de prestación de servicios insuficiente en terminos de recurso humano, infraestructura, equipos y ambulancias _ Dificultades para el acceso a servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad _ Escasa o nula oferta de programas de salud mental para persona mayor 	<p>Los servicios sociales como de formación, capacitación, orientación vocacional y productiva entre otros se están prestando empaquetados con la alimentación por parte de operadores (Contratistas)</p>	<p>Cada municipio determina la orientación de prestación de servicios, no se hace la presupuestación y en varios municipios no se garantizó la continuidad en la prestación de servicios de centros día y de bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Algunos referentes de adulto no tienen los conocimientos y competencias necesarias 	<p>Valoración social negativa de la vejez y el envejecimiento, poca solidaridad social, irresponsabilidad de hijos y núcleos familiares, escasas redes de apoyo, cuidadores con poco o ningún nivel de formación o apoyo.</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Debilidad institucional para dar cumplimiento a las normas que previenen y sancionan el maltrato contra persona mayor _ Equipos psicosociales de las comisarías de familia incompletos y con mucha carga laboral 	<ul style="list-style-type: none"> _ Analfabetismo en persona mayor y muy bajos niveles de formación, apatía, desconfianza en el estado, desconocimiento de mecanismos de participación y control social como las veedurías



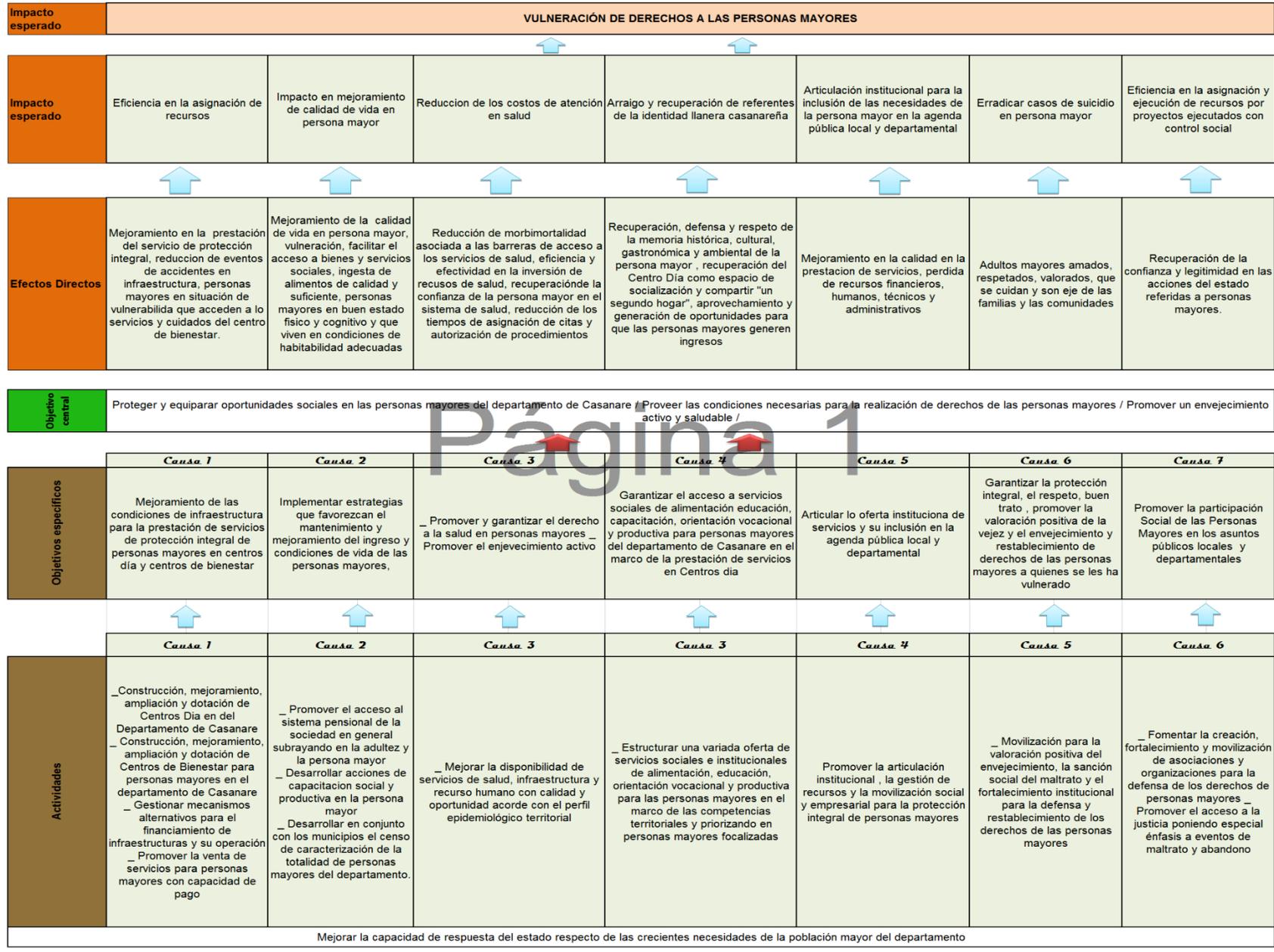
CONSTRUCCIÓN DEL ARBOL DE OBJETIVOS

Consideraciones generales:

Previamente se había hecho la aclaración que la situación de las personas mayores del departamento dista de ser homogénea, el grado de realización de derechos varía de forma significativa de un municipio a otro, incluso en un municipio entre la zona urbana y rural, de tal suerte que no podemos recudir todo a una sola problemática y a unas únicas causas, por supuesto encontramos lugares comunes pero es necesario advertir diferencias.

Como resultado del proceso de concertación social e institucional en el marco de la realización de las mesas MIPSAM se propone por objetivos generales el Proteger y equiparar oportunidades sociales en las personas mayores del departamento de Casanare, Proveer las condiciones necesarias para la realización de derechos de las personas mayores y promover un envejecimiento activo y saludable.

FORMATO N° 2 SITUACION DESEADA "ARBOL DE OBJETIVOS"



SISTEMATIZACIÓN DE LINEAS DE ACCIÓN PRIORITARIA SEGÚN LO REPORTADO EN MESAS MIPSAM

A partir de lo consignado en el árbol de problemas y de objetivos se establece, según lo identificado en las mesas MIPSAM, las siguientes prioridades:

LINEA DE ACCIÓN PRIORITARIA	ACTIVIDADES PROPUESTAS SEGÚN MESAS MIPSAM
Mejoramiento de las condiciones de infraestructura para la prestación de servicios de protección integral de personas mayores en centros día y centros de bienestar	<ul style="list-style-type: none"> _ Construcción, mejoramiento, ampliación y dotación de Centros Día en el Departamento de Casanare _ Construcción, mejoramiento, ampliación y dotación de Centros de Bienestar para personas mayores en el departamento de Casanare _ Gestionar mecanismos alternativos para el financiamiento de infraestructuras y su operación _ Promover la venta de servicios para personas mayores con capacidad de pago
Implementar estrategias que favorezcan el mantenimiento y mejoramiento del ingreso y condiciones de vida de las personas mayores,	<ul style="list-style-type: none"> _ Promover el acceso al sistema pensional de la sociedad en general subrayando en la adultez y la persona mayor _ Desarrollar acciones de capacitación social y productiva en la persona mayor _ Desarrollar en conjunto con los municipios el censo de caracterización de la totalidad de personas mayores del departamento.
<ul style="list-style-type: none"> _ Promover y garantizar el derecho a la salud en personas mayores _ Promover el envejecimiento activo 	<ul style="list-style-type: none"> _ Mejorar la disponibilidad de servicios de salud, infraestructura y recurso humano con calidad y oportunidad acorde con el perfil epidemiológico territorial

<p>Garantizar el acceso a servicios sociales de alimentación educación, capacitación, orientación vocacional y productiva para personas mayores del departamento de Casanare en el marco de la prestación de servicios en Centros día</p>	<p>_ Estructurar una variada oferta de servicios sociales e institucionales de alimentación, educación, orientación vocacional y productiva para las personas mayores en el marco de las competencias territoriales y priorizando en personas mayores focalizadas</p>
<p>Articular lo oferta institucional de servicios y su inclusión en la agenda pública local y departamental</p>	<p>Promover la articulación institucional , la gestión de recursos y la movilización social y empresarial para la protección integral de personas mayores</p>
<p>Garantizar la protección integral, el respeto, buen trato , promover la valoración positiva de la vejez y el envejecimiento y restablecimiento de derechos de las personas mayores a quienes se les ha vulnerado</p>	<p>_ Movilización para la valoración positiva del envejecimiento, la sanción social del maltrato y el fortalecimiento institucional para la defensa y restablecimiento de los derechos de las personas mayores</p>
<p>Promover la participación Social de las Personas Mayores en los asuntos públicos locales y departamentales</p>	<p>_ Fomentar la creación, fortalecimiento y movilización de asociaciones y organizaciones para la defensa de los derechos de personas mayores _ Promover el acceso a la justicia poniendo especial énfasis a eventos de maltrato y abandono</p>

Las líneas de acción anteriormente descritas recogen las recomendaciones de las personas mayores del departamento realizadas en el marco de las mesas MIPSAM y su alineación con las líneas de acción propuestas en la POLITICA COLOMBIANA DE ENVEJECIMIENTO HUMANO Y VEJEZ 2014-2024. Si bien no definitivas, dichas líneas emergen como un aporte significativo para la construcción del documento de política pública.

4.3 MESAS INTERSECTORIALES: Las mesas sectoriales representan un espacio para transmitir las quejas, recomendaciones o solicitudes de las personas mayores a los funcionarios o responsables de la toma de decisiones.

4.3.1 MESA DE JUSTICIA

Representa un espacio para transmitir percepciones de las personas mayores en tal sentido se informa de lo encontrado a la fecha referido al acceso a la justicia en las visitas institucionales, las entrevistas a personas mayores y mesas MIPSAM.

Puntualmente se muestra como las personas mayores reportaron estar expuestos o conocer de casos de maltrato, abuso y abandono, de violencia en sus diferentes formas. Violencia física (Puñetazos, patadas, empujones, bofetadas, intentos de ahorcar, tira de pelo o alguna parte del cuerpo, arrastrar por el suelo u otros), Económica (Uso indebido de su dinero, destruir, vender, hipotecar, dañar o regalar una propiedad suya sin su autorización) sexual (Obligación por medio de violencia física, psicológica o chantaje a mantener cualquier actividad sexual) y psicológica (Insultos, burlas, ironías, desvalorizaciones, acusaciones, humillaciones en público o en privado, amenazas de muerte o cualquier otro daño a la propia persona o a algún ser querido, trato hostil, amenazante o indiferente). Adicionalmente se quejan por personas mayores en situación de abandono total, sobre todo algunos en zona rural y otros en situación de indigencia.

Al quejarse de dichas situaciones sienten no ser escuchados ni atendidos. Que a veces por no saber leer ni escribir se les dificulta presentar las quejas. Algunas personas mayores dicen que esos casos de maltratos de los hijos a los padres pueden tener que ver con la forma como los mismos padres trataron a sus hijos cuando eran pequeños, que el maltrato y descuido que dieron a sus hijos ellos lo están haciendo ahora cuando son “viejos”

Una funcionaria de la personería hace un llamado para que los equipos psicosociales de las comisarías de familia se fortalezcan para atender de forma prioritaria dichos casos, de forma lamentable no en todos los municipios se cuentan con esos equipos completos según lo establecido en la ley 1098 de 2006 “Las Comisarías de Familia estarán conformadas como mínimo por un abogado, quien asumirá la función de Comisario, un psicólogo, un trabajador social, un médico, un secretario, en los municipios de mediana y mayor densidad de población. Las Comisarías tendrán el apoyo permanente de la Policía Nacional. El Gobierno Nacional reglamentará la materia con el fin de determinar dichos municipios”.

En los municipios en donde no fuere posible garantizar el equipo mencionado en el inciso anterior, la Comisaría estará apoyada por los profesionales que trabajen directa o indirectamente con la infancia y la familia, como los profesores y

psicopedagogos de los colegios, los médicos y enfermeras del hospital y los funcionarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.”

Otra profesional manifiesta que al hacer una búsqueda activa de red de apoyo y familiar de los adultos mayores en condición de abandono, además de garantizar el restablecimiento de derechos de dicha persona mayor, podría ahorrar dinero al reducir los costos de atención en centros de bienestar que en la actualidad ascienden de los 2 a los 3 millones de pesos.

Por otro lado se recomienda trabajar con los consultorios jurídicos de las universidades que pueden apoyar éste tema. Pero también se propone que el departamento pueda financiar de forma directa por lo menos un equipo psicosocial en la Casa de Justicia en Yopal para que atienda dichos casos.

Otro funcionario aporta en la necesidad de revisar muy bien quienes deben ser los beneficiarios de los programas de adulto mayor porque tiene conocimiento de quejas por la existencia de personas mayores beneficiarias que tienen buenas condiciones económicas. En la medida en que se llegue directamente a los que más lo necesitan se puede ser más eficiente con la inversión de recursos.

Otro profesional hace un aporte con relación a la inversión de recursos de las estampillas, pide que se evalúe expedir un acto administrativo conjunto entre

entidades territoriales y de control para que se definan criterios mínimos para garantizar la continuidad en la prestación del servicio de los Centros Día y Centros de Bienestar durante todo el año.

Una funcionaria de la Contraloría recalca en la necesidad de fortalecer los procesos de planeación y presupuestación para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios, otra funcionaria de la misma institución que ha recibido las quejas del señor Manuel Amorteguí refiere la necesidad urgente de la realización del censo de caracterización en cada municipio pero que, sea centralizada por parte de la administración departamental y que se actualice dicha información. Un funcionario de la Contraloría planteó la necesidad de priorizar en el gasto en alimentación y no comprar por ejemplo, maquinas caminadoras con especificaciones técnicas que exceden cualquier requerimiento de una persona mayor. Propone que las actividades lúdicas y recreativas sean realizadas por el municipio y no por el operador contratado. También se propone que cada año en el mes de enero se realicen conversatorios concertados entre la entidad territorial y las entidades de control que permita orientar de mejor forma la inversión de recursos de las estampillas pro-adulto mayor.

4.3.2 MESA DE CULTURA DEPORTE Y RECREACIÓN

Representan un espacio para transmitir las quejas, recomendaciones o solicitudes de las personas mayores a los funcionarios o responsables de la toma de decisiones, en

tal sentido se informa de lo encontrado a la fecha referido la cultura el deporte y la recreación en las visitas institucionales, las entrevistas a personas mayores y mesas MIMPSAM.

Puntualmente se muestra como al acceso a actividades culturales de las personas mayores está condicionado en la mayoría de los casos a la continuidad de los contratos de operación de atención integral que incluyen en un solo paquete alimentación, orientación vocacional, actividades culturales, recreativas y deportivas entre otros. Son pocos los municipios que brindan las actividades culturales, recreativas y deportivas con profesionales de la administración municipal y no se identificaron actividades en la materia realizadas por entidades privadas y organizaciones culturales.

Al mismo tiempo dichas actividades están orientadas más a “dar cultura” que aprovechar la riqueza cultural y sabiduría de las mismas personas mayores. Al ser consultados sobre las actividades a las cuáles les gustaría participar indicaron las siguientes:

Ser guía turístico	Aprender a cantar	Aprender a tocar un instrumento
Aprender a tejer,	Crochet	Artesanías
Productos Navideños	Cocina colombiana	Danzas

	tradicional	
Yoga	Gimnasia	Bordados
Chinchorros	Arreglos florales	Marroquinería
Vitrales	Empaque de regalos	Juegos autóctonos
Aprender a bailar	Aprender a nadar	Juegos de Mesa

La delegada de la Oficina Departamental de cultura manifiesta que si bien, los recursos departamentales para el desarrollo de actividades culturales, lúdicas y recreativas son reducidos, en la medida en que los municipios hacen las solicitudes de les va dando respuesta, y que en la actualidad se está formulando el nuevo plan departamental de cultura que se espera integrará las recomendaciones e inquietudes de espacios como éstos.

Propuestas:

1. Capacitar a los referentes de adulto mayor y profesionales de apoyo de los centros día y centros de bienestar como multiplicadores de actividades culturales, deportivas, lúdicas y recreativas.
2. Organizar en diciembre de cada año una agenda de requerimientos de actividades culturales, deportivas, lúdicas y recreativas para cada uno de los centros día y centros de bienestar del departamento.

3. Gestionar y formular de forma conjunta con las administraciones municipales proyectos en el marco del programa nacional de concertación cultural
4. Gestionar el apoyo de la empresa privada para la financiación de iniciativas culturales, deportivas, recreativas y lúdicas dirigidas a personas mayores.
5. Diseñar e implementar un proyecto para la recuperación de la memoria histórica, artística y cultural de las personas mayores del departamento de Casanare
6. Garantizar la prestación de servicios culturales, deportivos, recreativos y lúdicos de forma independiente de la ejecución de proyectos de estampilla pro-adulto mayor y con la misma capacidad instalada de los institutos culturales, deportivos y recreativos de cada municipio, del departamento o de quien haga sus veces.
7. Desarrollo de encuentros intergeneracionales con metodologías, objetivos y procesos claramente establecidos.
8. Promover la realización de alianzas y convenios para la investigación, docencia, extensión y voluntariado orientado a la cultura, deporte, recreación y lúdica por y para las personas mayores.

4.3.3 MESA DE ALIMENTACIÓN Y ATENCIÓN NUTRICIONAL

Es un espacio para transmitir las quejas, recomendaciones o solicitudes de las personas mayores a los funcionarios o responsables de la toma de decisiones, en tal sentido se informa de lo encontrado a la fecha referido a la alimentación y nutrición en las visitas institucionales, las entrevistas a personas mayores y mesas MIPSAM.

Puntualmente se muestra como las personas mayores reportaron el problema de

alimentación como y no de los de mayor trascendencia y que está relacionado con aspectos como el abandono, soledad y marginación por la que pasan muchas personas mayores, los bajos o nulos ingresos de las personas mayores, la falta de continuidad y la mala calidad y cantidad de los alimentos que se entregan en los programas de centros vida bien sea con los paquetes nutricionales o en las raciones preparadas (refrigerios o almuerzos). Es una queja constante de la existencia de personas mayores con recursos económicos y redes de apoyo familiar que no deberían estar recibiendo beneficios por parte del estado y especialmente de alimentación. Hacen un llamado a que se revisen los listados de beneficiarios y se llegue a quien más lo necesita. Reporta adicionalmente que quienes más tienen problemas para el acceso a los alimentos son las personas mayores indígenas y que viven en zonas rurales alejadas. Otro problema asociado tiene que ver con que según las personas mayores los programas de salud preventiva no están llegando, no están conformados los comités de hipertensos, dislipidémicos y diabéticos y que eso ayuda mucho a educar en el cambio de hábitos alimentarios.

La Dra. Yadira Parra (Referente de Nutrición de la Secretaría de Salud) comparte a nivel el panorama expuesto sin embargo precisa en los siguientes elementos:

1. Que es urgente se adelante la caracterización de personas mayores con información nutricional - antropometría. (para lo que se pone en servicio para lo referido a variables nutricionales).

2. Que es ideal que se articulen los servicios prestados en los centros día y de bienestar con las jefes de enfermería de los centros de salud para que estén conformados y funcionando los clubes de hipertensos y diabéticos que usualmente comparten la misma población objetivo, personas mayores.
3. Subraya en la necesidad de realizar el diagnóstico de la situación nutricional y alimentaria de la persona mayor del departamento de Casanare
4. Con relación a la entrega de paquetes alimentarios y de raciones servidas hace un llamado para que dichas acciones correspondan al perfil epidemiológico y alimentario de la persona mayor, es decir, no es posible que se estén entregando paquetes alimentarios con harinas, aceite, café, azúcar y panela a personas mayores con patologías como la diabetes y la hipertensión.
5. Subraya además que existe un plan de seguridad alimentaria en el departamento de Casanare pero que lamentablemente no incluye elementos específicos para personas mayores.
6. Por ultimo hace un llamado URGENTE A LA SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS, quienes se encuentran en situación de riesgo nutricional y que requieren ser suplidas de forma urgente y directa con la provisión de alimentos en centros día en dichos resguardos.
7. Los asistentes a las mesas comparten dicho análisis y recuerdan la necesidad de impulsar la realización de actividades físicas, recreativas, culturales y deportivas en personas mayores y que esto no dependa de los contratos de “atención integral” que

realizan los operadores y que lo mejor es que sean prestados de forma directa por las administraciones municipales y departamentales y las entidades que asumen dichas funciones.

4.3.4 MESA DE EDUCACIÓN

En desarrollo de las mesas MIPSAM y entrevistas encontramos que el nivel educativo promedio de la persona mayor en el departamento es sumamente deficiente, una buena parte las personas mayores no sabe leer ni escribir o no terminó la primaria, muy pocos cursó bachillerato y muchos menos educación técnica, tecnológica o universitaria.

Al ser consultados sobre lo que quieren aprender a hacer respondieron lo siguiente:

A leer y escribir	A bailar	A hacer artesanías
A manejar el celular	A tocar un instrumento	A vender
A manejar el computador	A cantar	Hacen empaques bonitos de productos
A manejar el internet	A cocinar bien	Carpintería
Terminar el bachillerato	Hacer una técnica	Ser guía turístico

Las propuestas:

Recalcan que ese dicho de “Loro viejo no aprende a hablar” no es cierto y que aunque su motricidad y memoria no son las mejores, sí es la disposición que tienen de aprender a hacer las cosas. Uno de los entrevistados, el Señor Manuel Amortegui es un ejemplo de superación, esfuerzo y constancia al cursar y ya casi terminar su pregrado de derecho, lo que le ha abierto muchos espacios en la función que ejerce como veedor.

La Secretaria de Educación de Casanare reportó que de las 1798 personas inscritas en el programa A Crecer (Proyecto de Alfabetización y Educación de Jóvenes y Adultos,) impulsado por el Ministerio de Educación Nacional. Hay 389 personas mayores inscritas en dicho programa, es algo loable y de admirar que merece todo el apoyo. La delegada de la UNAD informa que en el marco del programa de psicología sus estudiantes están haciendo prácticas sociales y que particularmente una (01) estudiante realiza sus prácticas con 40 personas mayores privadas de la libertad. Propone ampliar el espectro de trabajo para que más estudiantes de su carrera puedan aportar mediante programas de extensión e investigación en la implementación de la política pública.

El delegado de UNIBOYACÁ sede Yopal informa que No se cuenta con oferta educativa dirigida a la población Adulto Mayor. Sin embargo está abierta la posibilidad para realizar cualquier tipo de convenio o alianza para la formación de un grupo específico de población adulto mayor, del departamento de Casanare. A

través de la proyección social se adelantará programas y actividades para la población adulto mayor en el marco de la formación no formal.

UNISANGIL Sede Yopal reporta que actualmente se adelanta el programa de Ciudadano Digital que consiste en la incorporación de las comunidades en la implementación de las TIC. Este programa se adelanta en alianza con el Ministerio de las TIC. En cualquiera de los ciclos de formación académica se puede realizar la adaptación para capacitar a los adultos mayores, a través de la red de emprendimiento se adelantan charlas y capacitaciones en los cuales se pueden capacitar a los adultos mayores.

La delegada del SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL CASANARE informa que las inscripciones en el SENA son abiertas, pueden inscribirse personas mayores. Hay algunos programas que son focalizados por la Gobernación o las Alcaldías. En Casanare se han desarrollado programas de este tipo para la población adulto mayor como por ejemplo, artesanías, también se han dado cursos de formación complementaria, de 40 a 60 horas. Hay un limitante para la formación técnica por la falta de inscritos por lo que se requiere fortalecer la comunicación con los referentes de adulto mayor en cada municipio.

El delegado de la CUN Sede Yopal refiere que La institución puede manejar algún tipo de descuento especial a través de becas del 30% y hasta el 50% según el programa educativo que sea escogido por el adulto mayor, este tipo de beneficio

puede ser extendido al núcleo familiar del mismo, con el fin de mejorar la educación y calidad de vida de estas personas.

Hay flexibilidad en los horarios y la metodología es asequible a la población adulto, mayor. Propone que la necesidad de realizar proyectos sociales y alianzas para beneficiar la población adulto mayor de bajos recursos.

Síntesis de las propuestas en educación para personas mayores:

1. Promover, facilitar y premiar el acceso de personas mayores al programa CRECER desde los 50 años facilitando su inscripción y los recursos necesarios para facilitar su experiencia de aprendizaje.
2. Promover la realización de encuentros intergeneracionales en donde se compartan saberes, conocimientos y experiencias entre personas mayores, adultos, jóvenes, adolescentes y jóvenes.
3. Establecer convenios y alianzas con instituciones de educación superior para el desarrollo de acciones de docencia, investigación y extensión teniendo como objetivo la persona mayor y el mejoramiento de su calidad de vida.
4. Establecer convenios y dar cumplimiento a las normas legales vigentes referidas a la oferta educativa dirigida para personas mayores.
5. Promover la realización de programas de formación de cuidadores de personas mayores.

4.3.5 MESA DE ESPACIO PÚBLICO Y TRANSPORTE

Las mesas sectoriales representan un espacio para transmitir las quejas, recomendaciones o solicitudes de las personas mayores a los funcionarios o responsables de la toma de decisiones, en tal sentido se informa de lo encontrado a la fecha referido al acceso a la justicia en las visitas institucionales, las entrevistas a personas mayores y mesas MIPSAM. Puntualmente se muestra como las personas mayores reportaron estar expuestos a accidentes en vía pública, que por efecto del envejecimiento lamentablemente no son igual de hábiles a los demás, que se van poniendo más lentos, que a veces pierden la memoria pero que los conductores de motos, bicicletas y carros igual les “echan” sus vehículos encima.

Dichas quejas coinciden con estudios nacionales de salud públicaⁱⁱ Mortalidad por accidente de tránsito en el adulto mayor en Colombia (Segura, 2017) según el cual, “Los departamentos que mostraron las mayores tasas fueron: Meta (49,5/100 mil adultos mayores), Valle del Cauca (46,4/100 mil adultos mayores) y Casanare (44,8/100 mil adultos mayores). El departamento que mostró mayor tasa de mortalidad fue Casanare (25,9/100 mil personas). La tasa más baja de mortalidad por accidente de tránsito la tuvo el departamento de Vaupés (1,4/100 mil personas en el total de la población y de 0,0/100 mil personas de 60 años y más)”

A partir de dicho contexto se da apertura al debate indagando sobre la veracidad de dicha información, las posibles causas, consecuencias y formas efectivas articuladas de abordar el problema.

El debate:

Un funcionario opina que si bien dichas cifras suenan alarmantes es necesario revisarlas y contrastarlas porque existen diferentes unidades generadoras de datos como las entidades de prestación de servicios de salud, los mismos agentes de tránsito y la secretaria de tránsito y transporte y que todo se consolida en el RUNT.

Aunque si es evidente que la accidentalidad en Casanare tiene cifras alarmantes.

Con relación a la accidentalidad en personas mayores un asistente lanza una hipótesis que aunque polémica puede tener algún asidero y es la cultura en Casanare de andar por la mitad de la vía, hábito que lamentablemente podría estar más presente en las personas mayores sobre todo aquellas que vienen de zonas rurales o municipios alejados.

Una funcionaria aporta que además que las condiciones de infraestructura vial y urbanismo no son las más favorables en todos los municipios y que eso podría influir negativamente.

Otra profesional reporta que personas mayores de avanzada edad, como de 70 años o más deberían estar acompañados por un joven que les facilite su desplazamiento.

Propuestas:

1. Que los organismos de tránsito capaciten a las personas mayores en centros día y de bienestar sobre el comportamiento cuidadoso y responsable del peatón, también se recomienda capacitar a los referentes de adulto mayor y cuidadores.
2. Realizar campañas en educación a los conductores para que respeten a las personas con movilidad reducida, personas mayores, con discapacidad y niños.
3. Se propone vincular a voluntariado o colegios, instituciones técnicas y universidades para que realicen sus prácticas académicas en temas referidos a la educación en seguridad vial y de forma concreta a los 21 colegios que integran la técnica en seguridad vial.
4. Requerir a las administraciones municipales para que en el marco de los Planes de Ordenamiento Territorial de cumplimiento a las normas referidas a garantizar las condiciones de movilidad de las personas mayores y personas con movilidad reducida. (Semaforización, vías, andenes y vehículos seguros)
5. Formular los Planes de seguridad Vial incluyendo de forma específica objetivos y metas para la reducción de la mortalidad y accidentalidad relacionadas con personas mayores. Formulación de los planes viales y planes de movilidad.

Educar a los prestadores de servicios de transporte en facilitar el acceso a dicho servicio en condiciones de calidad y seguridad para las personas mayores.

4.3.6 MESA DE ORIENTACIÓN VOCACIONAL Y PRODUCTIVA

En espacio para transmitir las quejas, recomendaciones o solicitudes de las personas mayores a los funcionarios o responsables de la toma de decisiones, en tal sentido se informa de lo encontrado a la fecha referido a la orientación vocacional y productiva en las visitas institucionales, las entrevistas a personas mayores y mesas MIPSAM.

Puntualmente se muestra como las personas mayores exigen se les vea como personas activas económicamente con capacidad de trabajar y producir y proveer sus alimentos, muchos de ellos manifestaron tener vocación agrícola y pecuaria, además de saber trabajar en diferentes oficios.

Piden que se les apoye a desarrollar sus proyectos productivos, que se les apoye con la comercialización. Adicionalmente solicitan que funcionen las granjas integrales vinculadas con los centros día y centros de bienestar. Advierten que ellos, mejor que nadie conocen la riqueza cultural, ambiental (flora y fauna) del departamento, y que pueden aportar mucho en la recuperación de los ecosistemas. (A partir de la reconstrucción de la estructura ecológica principal)

A partir de dicho contexto se da apertura al debate indagando sobre la veracidad de dicha información, las posibles causas, consecuencias y formas efectivas articuladas de abordar el problema.

El debate:

El señor Secretario del SAGYMA considera que en el marco de la formulación de la política pública, debe hacerse suficiente claridad respecto de las competencias e

integralidad del desarrollo de proyectos productivos para comunidades vulnerables como lo son los adultos mayores. Reitera su total disposición para ayudar en la estructuración y asistencia técnica de dichos proyectos, pero que en todo caso, deben desarrollarse de forma conjunta con las demás secretarías del departamento, (Se refiere a Acción Social Departamental) y bajo la orientación de la Oficina Asesora de Planeación. Recuerda que en su plan de acción no están contempladas metas específicas orientadas a personas mayores pero que sí, en las convocatorias para el financiamiento de proyectos productivos el ser un núcleo familiar en donde hay una persona vulnerable se le da un puntaje adicional para que sea seleccionada y beneficiaria.

Propuestas:

1. Que en el marco de la caracterización (Censo de personas Mayores) se identifique el nivel educativo, vocación productiva y disposición de participar de proyectos productivos de las personas mayores del departamento.
2. Que los proyectos productivos propuestos en el marco de la política pública departamental de envejecimiento y vejez necesariamente se formulen y financien de forma articulada entre Acción Social, Planeación y SAGYMA.
3. Que la única forma en que una persona mayor puede vincularse a un proyecto productivo no es necesariamente la producción en sí, que puede participar en las diferentes etapas de la cadena de valor de un proyecto como en la distribución, empaque, comercialización, generación de valor agregado etc.



Se resalta la necesidad de desarrollar proyectos de mejoramiento de vivienda vinculados con el de huertas caseras, principalmente para personas mayores que viven en zonas rurales alejadas

4.3.7 MESA DE POBLACIÓN AFROCOLOMBIANA

La mesa de trabajo con comunidades Afrocolombianas en el marco del proceso de formulación de la política departamental de envejecimiento y vejez es un valioso espacio para reconocer de primera mano la situación de las personas mayores que viven en departamento y en consecuencia definir acciones claras que permitan garantizar sus derechos.

Abordaje de problemas según lo encontrado:

Los representantes de las asociaciones Afro del departamento participantes en la mesa de trabajo reportan que de forma lamentable en los programas de adulto mayor que se desarrollan en los municipios y departamentos hay muy poca participación de personas mayores afro no obstante en municipios como Villanueva, Tauramena, Monterrey y Maní hay una presencia significativa de dicha población. La causa de dicha situación puede estar referida a que en las bases de datos que manejan los municipios no se incluyen personas mayores afro, pero adicionalmente no se tiene una etnocaracterización, y eventualmente comportamientos de exclusión y racismo por parte de algunas comunidades y servidores públicos.

Uno de los asistentes advierte que la no asistencia de personas mayores a los programas de adulto mayor puede tener que ver con las diferencias culturales de las comunidades afro y de las personas mayores. Un adulto mayor afro disimula más la edad, es una persona activa, independiente, alegre y no gusta de encerrarse en una casa, se comenta también que se han presentado situaciones de racismo en contra de dichas personas mayores. Adicionalmente la oferta cultural y de formación no suele tener mucho que ver con las tradiciones y cultura de las comunidades afro.

Una de las personas mayores asistentes a la mesa manifiesta las dificultades que tiene que vivir con el acceso a los servicios de salud, que se ha sentido muy enfermo y que no ha logrado ser atendido adecuadamente, otra asistente agrega que las enfermedades que padecen las personas mayores afro son diferentes a la del resto de población, reporta casos de enfermedades coronarias, hipertensión y diabetes por lo que la atención en salud debe ser diferencial.

Se subraya la necesidad de desarrollar programas de formación y capacitación artística, cultura y productiva acorde con la cultura, tradición y costumbres afro. Se aborda al mismo tiempo los mecanismos de participación de las comunidades afro en los asuntos de la agenda pública social y particularmente referida a personas mayores. Para ello es necesario que en los escenarios de política pública se dé un mayor espacio para la participación abierta, clara y respetuosa de las comunidades afro. Se menciona el problema de la vivienda como prioritario y la posibilidad de entregas de viviendas en la modalidad de comodato entregadas a personas mayores

vulnerables para que, una vez fallezcan, puedan beneficiar a otras personas.

Retomando el tema de la salud se solicita que en la parte de prevención se haga más presencia y que se puedan tener datos frecuentes de la situación de salud de la persona mayor, peso, talla, hipertensión, diabetes entre otros. Se solicita se reactiven las huertas integrales en donde las personas mayores afro puedan trabajar y porque no vender sus productos.

Las propuestas:

1. Realizar la etnocaracterización de las personas mayores afro del departamento con el acompañamiento y orientación de las asociaciones afro.
2. Implementar un modelo de atención en salud para personas mayores con enfoque diferencial de acuerdo al perfil epidemiológico de dicha población.
3. El diseñar un modelo de atención integral diferencial para personas mayores en centros vida ajustado a las características, tradiciones, cultura y costumbres de las comunidades afro.
4. Desarrollar acciones para la recuperación de la memoria histórica y cultural de las poblaciones afro con especial énfasis en personas mayores.
5. Desarrollar acciones para la educación y generación de conciencia respecto a comportamientos y actitudes excluyentes como el racismo.
6. Desarrollar programas de formación y capacitación productiva para personas mayores afro acordes con su cultura.
7. Promover el desarrollo de proyectos productivos para personas afro orientados a la recuperación de tradiciones, el mejoramiento de ingreso, el envejecimiento activo, la valoración positiva del envejecimiento y la autonomía en la persona mayor.



8. Fomentar la participación activa de la persona mayor afro en los encuentros municipales y departamentales de adulto mayor.
9. Fortalecer la participación de las comunidades afro y sus representantes en los espacios institucionales de concertación de las políticas públicas como los consejos municipales y departamentales de política social y de adulto mayor.

Focalizar y garantizar la seguridad alimentaria y nutricional de la persona mayor afro en condición de vulnerabilidad mediante su inclusión efectiva en programas de centros vida y de bienestar

4.3.8 MESA DE SALUD

Las mesas sectoriales representan un espacio para transmitir las quejas, recomendaciones o solicitudes de las personas mayores a los funcionarios o responsables de la toma de decisiones, en tal sentido se informa de lo encontrado a la fecha referido al acceso a la Salud en las visitas institucionales, las entrevistas a personas mayores y mesas MIPSAM.

Las barreras de acceso a los servicios de salud es mayor problema reportado por las personas mayores tanto en las entrevistas como en las mesas de trabajo MIPSAM.

Entre las causas se identificaron las dificultades en la atención primaria, demora en la entrega y autorización de medicamentos y procedimientos, la red de prestación de servicios insuficiente en términos de recurso humano, infraestructura, equipos y ambulancias, las dificultades para el acceso a servicios de promoción de la salud y

prevención de la enfermedad así como la escasa o nula oferta de programas de salud mental para persona mayor. Entre las consecuencias se identificaron la morbimortalidad asociada a las barreras de acceso a los servicios de salud, la pérdida de recursos sociales e individuales de las personas mayores por los trámites y demoras y deterioro cognitivo entre otros.

El debate:

Teniendo éste punto de partida y advirtiendo que la salud es un DERECHO FUNDAMENTAL, los participantes de la mesa de salud reportaron las siguientes problemáticas

- No hay atención prioritaria en salud para personas mayores,
- Se necesita más contratación de auxiliares de enfermería en los centros de vida
- No hay seguimiento a los procesos médicos
- Los medicamentos en ocasiones no se entregan y se entregan incompletos
- Existe una competencia entre las EPS
- En Tauramena hay pocas citas médicas para adultos mayores.
- No hay coordinación en sector salud y sector social
- Desconocimiento en las EPS sobre la ruta de atención a población adulto mayor víctima del conflicto

Propuesta de mejoras en el servicio en atención en salud:

- En Yopal debería estar funcionando el Comité Municipal
- El municipio debe establecer redes de apoyo según la ley 1850 en donde resalta el compromiso total de la familia.
- El estado debe suplir las redes de apoyo
- El Gobernador saque una circular
- Implementar la participación comunitaria
- Plan de Acción, según referente de adulto mayor de Aguazul:
- Hay una coordinación con el hospital y EPS de Aguazul para tener días específicos para la atención de los adultos mayores y se tienen alertas tempranas y efectivas con el PIC Municipal.
- Coordinación con el PIC Municipal, involucrar un abogado especializado en el área social para los programas dirigidos a adulto mayor.
- Hacer vigilancia y control sobre la contratación en los centros vida.
- Asistir a las reuniones sobre los recursos de la Estampilla
- Que haya una línea amiga efectiva para que los adultos mayores de la zona rural tengan atención prioritaria, y al desplazarse a los pueblos sean atendidos.
- Implementación de tarifas preferenciales a los adultos mayores
- “Ley 1850 hace referencia a la atención inmediata e implementación de ruta de atención para adultos mayores”
- Que en los municipios esté reglamentado la entrega completa de medicamentos
- Jornadas de las IPS de atención regular en los centros Vida

- Para la población víctima de la violencia no se ha hecho proceso de duelo. Se sugiere hacer un seguimiento a estos casos, a través de ayudas psicológicas.
- Humanización en el personal
- Más atención psicológica a adultos mayores víctimas de la violencia
- Dar la importancia a la atención en salud mental de adulto mayor.
- Articular la atención psicológica y de enfermedades psiquiátricas en las EPS
- Implementar Programas de salud mental
- Eliminar la barrera de atención de antigüedad del paciente
- Desde acción social plantear una estrategia de apoyo familiar (tanto para adultos mayores de la zona urbana como la población rural)
- Hacer caracterización para los beneficios de adulto mayor con el objetivo de identificar red de apoyo
- Capacitación a jóvenes y niños para que tengan conocimiento sobre hábitos de vida saludables, temas de envejecimiento.
- Se establezca el proceso de referencia, enfermedades físicas, y mentales
- Atención prioritaria, en cualquier entidad o clínica.
- Implementar Centro de servicio integral para adulto mayor
- Que acción social involucre secretarías, comisarías de familiar para definir responsabilidades de familias de adultos mayores.
- Atención extramural con más frecuencia para adultos mayores de la zona rural por las EPS.

- Establecer un programa en Salud para los adultos mayores en los centros de salud y hospitales locales
- Implementar la ruta de atención, con vigilancia, planes de mejoramiento y seguimiento en acción social para que se cumpla
- Evaluar las inconsistencias de la ruta de atención en salud
- Enfocarse en la promoción y prevención con todos los grupos poblacionales
- (Esto se articula con el PIC, continuidad y fortalecimiento en esta dimensión)
- Hacer medición con el análisis situacional de cada municipio
- Establecer el proceso de referencia y contra referencia

4.3.9 MESA DE VIVIENDA

Las mesas sectoriales representan un espacio para transmitir las quejas, recomendaciones o solicitudes de las personas mayores a los funcionarios o responsables de la toma de decisiones, en tal sentido se informa de lo encontrado a la fecha referido vivienda en las visitas institucionales, las entrevistas a personas mayores y mesas MIPSAM.

Puntualmente se informa a los asistentes que la vivienda fue uno de los temas priorizados por parte de las personas mayores en las entrevistas y mesas MIPSAM,

ellos reportaban que muchas personas mayores vivían o en arriendo o en casas en muy mal estado y solicitan que los programas de vivienda ayuden especialmente a los “abuelos” pobres de zonas rurales alejadas

A partir de dicho contexto se da apertura al debate indagando sobre la veracidad de dicha información, las posibles causas, consecuencias y formas efectivas articuladas de abordar el problema.

El debate:

Los funcionarios de la Oficina de Vivienda de la Gobernación de Casanare reportan que en el Plan de Desarrollo se tienen establecido metas referidas a la vivienda o la provisión de servicios públicos para las mismas. De forma concreta el abastecimiento de agua potable y de saneamiento a 804 viviendas en zonas rurales y urbanas. La construcción de 1.800 conexiones domiciliarias de gas, el acceso a vivienda nueva o mejorada a 702 hogares, la estructuración de un (01) proyecto de vivienda VIS y VIP. Y el subsidio para vivienda mejorada o nueva para población con enfoque diferencial con meta para el cuatrienio de 200 subsidios asignados.

Propuestas:

- Los profesionales informan que en estos proyectos uno de los criterios de priorización es la presencia de personas mayores en los núcleos familiares pero que no está claro cuál sería el criterio y que en el marco de la política pública se puede dejar claramente definido esto.

- Reiteran que la caracterización de adulto mayor es un criterio esencial para determinar las personas mayores beneficiarias de los programas de vivienda y que quien debe tener a mano estos datos son las personas mayores.
- Por otro lado llaman a atención a que no es muy viable y pertinente desarrollar programas de vivienda nueva para personas mayores solas, que una persona sola debería recibir atención integral en los centros de bienestar y tener adicionalmente acceso a granjas productivas.

Asimismo hacen un llamado para que Acción Social a partir de la base de datos ayude a la estructuración de proyectos de mejoramiento de vivienda en zona rural para núcleos familiares con personas mayores quienes más reportan la necesidad

4.3.10 MESA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL

Presentación: Se hace una breve presentación a los asistentes de los objetivos y alcances de la mesa y del avance en el proceso de formulación de la política pública de vejez y envejecimiento.

Abordaje de problemas según lo encontrado:

Las mesas sectoriales representan un espacio para transmitir las quejas, recomendaciones o solicitudes de las personas mayores a los funcionarios o responsables de la toma de decisiones, en tal sentido se informa de lo encontrado a la fecha referido vivienda en las visitas institucionales, las entrevistas a personas mayores y mesas MIMPSAM.

Puntualmente se informa a los asistentes que el único responsable del mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores no es el estado, que parte de las personas mayores



mismas, sus núcleos familiares, la comunidad en general, el estado por supuesto en todos sus ramas y niveles y las empresas privadas.

El debate:

El señor Rubén Darío Orozco planteo que desde la Mesa Departamental de Responsabilidad Social Empresarial han venido adelantando por varios años diferentes acciones en pro de las comunidades, haciendo la salvedad de que, no se trata de cubrir la responsabilidad del estado sino desarrollar acciones en otras líneas.

John Chinchilla comenta que el eje central de la política pública es el envejecimiento activo, el reconocer la persona mayor no como sujeto de limosna sino de derechos, personas activas económicamente, con deseo y voluntad de asumir activamente sus vidas, desde el aprendizaje, la productividad y la participación. Comentó por ejemplo que las personas mayores en las mesas MIPSAM desean ser capacitados en el uso de computadores, celulares e internet, quieren desarrollar proyectos productivos algunos de los cuales pueden estar relacionado con sus conocimientos culturales, artísticos y ambientales del territorio casanareño.

Propuestas:

En esa línea de ideas el señor Rubén Darío Orozco planteó que los primeros jueves de cada mes se reúnen los empresarios para tocar los temas de responsabilidad social y que para el año 2018 se reunirán el 11 de enero para la elaboración del plan de acción de la vigencia anual y que éste puede ser un espacio para que, con unas dos o tres líneas de acción claras



se puedan vincular los empresarios en la implementación de la política departamental de envejecimiento y vejez en una verdadera asociación articulada público privada. Para ello solicita poder acceder, bien al documento preliminar, bien al documento definitivo aprobado por parte de la asamblea departamental para establecer puntos claros de encuentro y concertación.

Comenta como en el clúster turístico perfectamente las personas mayores pueden participar dado el conocimiento que tiene de las territorios pero que en la Mesa Departamental de Responsabilidad Social Empresarial perfectamente se pueden identificar otros puntos de apoyo como por ejemplo los proyectos productivos, hacer actividades conjuntas de capacitación en sistemas para personas mayores en donde ellos pongan a disposición los equipos de cómputo y el salón y la gobernación los instructores en lo que perfectamente puede participar el SENA.

La Dra. Adriana Bernal del SENA, informa que desde el CDES Comité Departamental de Educación Superior y junto con la gobernación de Casanare pueden concertarse acciones de investigación docencia y extensión en donde por supuesto se pueden vincular las empresas privadas. Por Ejemplo los estudiantes en sus prácticas de últimos semestres y acompañados por un docente pueden apoyar todo este tipo de actividades.

Otro de los asistentes tocó el tema de la vinculación laboral de personas mayores pero luego de debatir el tema se encontró que no es un asunto fácil, que en un mercado laboral complejo es difícil lograr la activa participación de todas las personas y que lo mejor es

trata de fortalecer las habilidades y competencias que las personas mayores tienen para que inicien proyectos productivos que mejoren sus ingresos diarios.

La Dra. Marlen Roció Alfonso de la Secretaría de Educación Departamental planteó que los centros día deben estar orientado no solamente a personas mayores pobres, que ella conoce algunas con capacidad de pago, incluso pensionadas que deben poder participar de actividades culturales, artísticas y recreativas.

5. GRUPOS DE PROTECCIÓN ESPECIAL

5.1 MUJER El enfoque diferencial de género, se refiere al análisis de las relaciones sociales que parte del reconocimiento de las necesidades específicas de las mujeres y que tiene por objeto permitir la igualdad real y efectiva entre hombre y mujeres

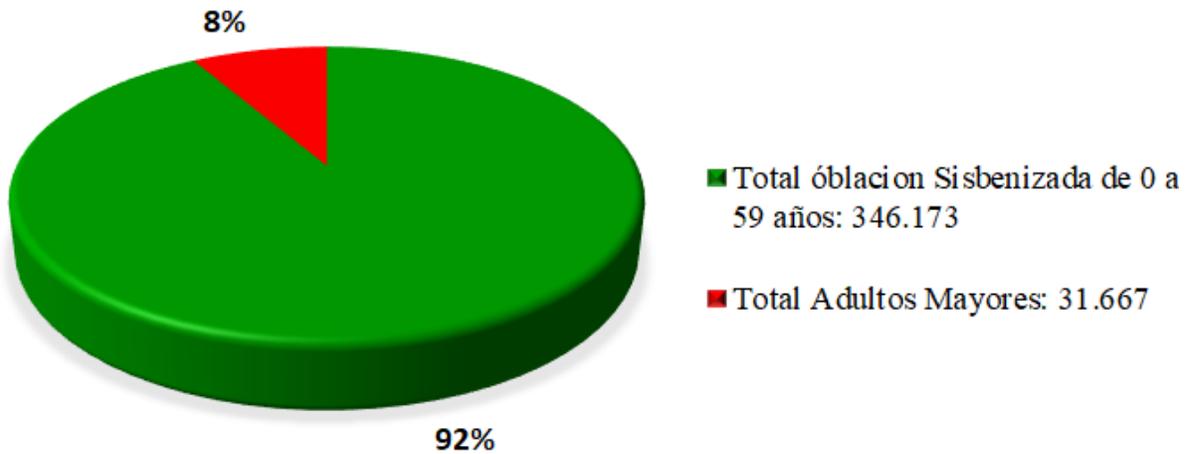
5.2 DISCAPACIDAD

Del Sistema de Información de beneficiarios de programas sociales SISBEN estudiaremos la discapacidad en los adultos mayores de Casanare.

MUNICIPIO	TOTAL POBLACION SISBENIZADA	ADULTOS MAYORES
AGUAZUL	37.474	3.262
CHAMEZA	2.082	231
HATO COROZAL	9.752	966
LA SALINA	1.130	122
MANÍ	13.493	1.351
MONTERREY	15.949	1.485
NUNCHIA	8.461	939
OROCUE	9.127	868
PAZ DE ARIPORO	39.056	3.465
PORE	11.135	984
RECETOR	1.329	187
SABANA LARGA	3.479	421
SACAMA	1.419	165
SAN LUIS DE PALENQUE	8.717	919

TÁMARA	6.230	718
TAURAMENA	22.626	1.631
TRINIDAD	13.617	1.237
VILLANUEVA	31.214	2.582
YOPAL	141.550	10.134
TOTAL	377.840	31.667

TOTAL POBLACION SISBENIZADA	377.840	100%
POBLACION SISBENIZADA DE 0A 59 AÑOS	346.173	92%
ADULTOS MAYORES	31.667	8%

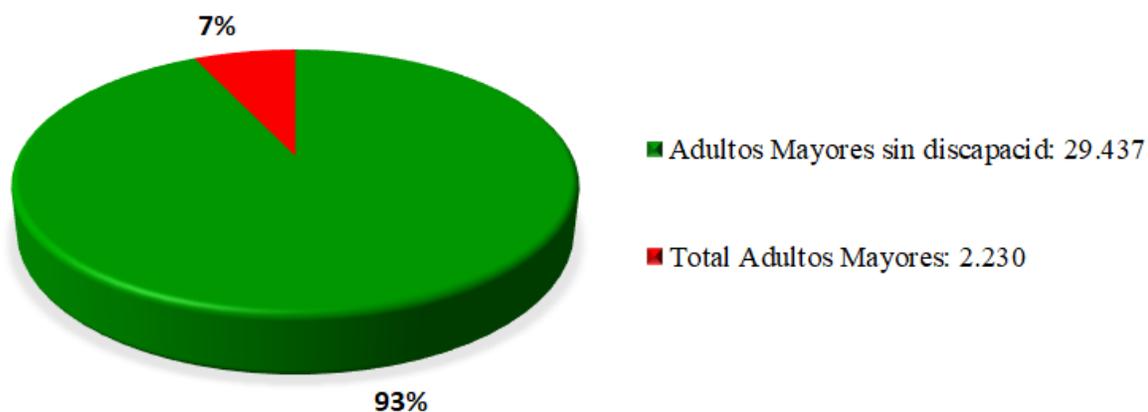


NOTA: Del total de la población Sisbenizada (346.173), el 8% (31.667) son adultos mayores

MUNICIPIO	ADULTOS MAYORES	ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD
AGUAZUL	3.262	257
CHAMEZA	231	32
HATO COROZAL	966	54
LA SALINA	122	6
MANÍ	1.351	78

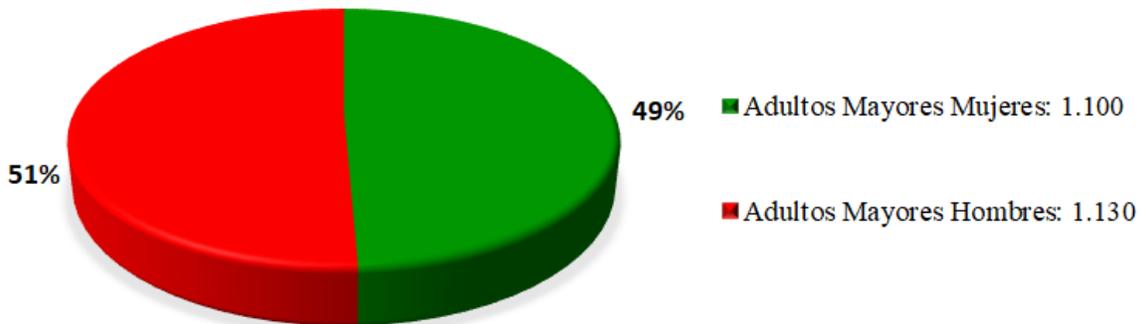
MONTERREY	1.485	118
NUNCHIA	939	44
OROCUE	868	41
PAZ DE ARIPORO	3.465	261
PORE	984	61
RECETOR	187	36
SABANA LARGA	421	43
SACAMA	165	34
SAN LUIS DE PALENQUE	919	38
TÁMARA	718	74
TAURAMENA	1.631	151
TRINIDAD	1.237	139
VILLANUEVA	2.582	166
YOPAL	10.134	597
TOTAL	31.667	2.230

ADULTOS MAYORES	31.667	100%
ADULTOS MAYORES SIN DISCAPACIDAD	29.437	93%
ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD	2.230	7%



NOTA: Del total de los adultos mayores sensibilizados (31.667), el 7% (2.230) tienen algún tipo de discapacidad.

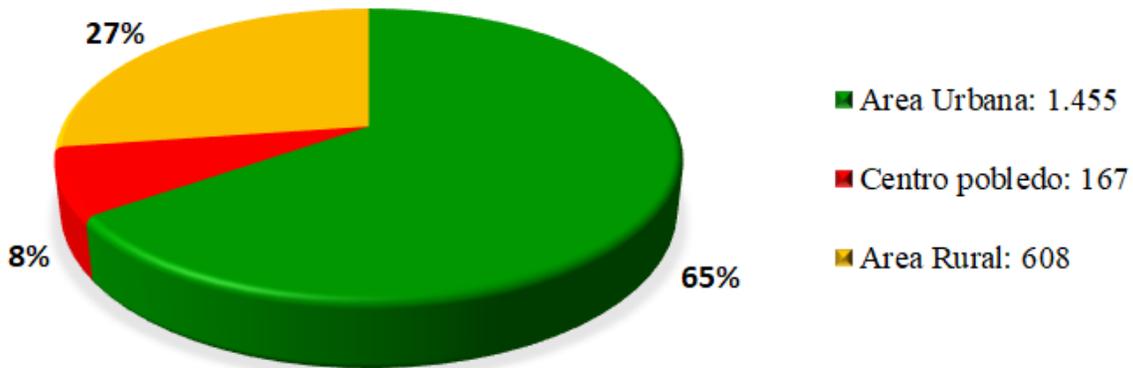
MUNICIPIO	ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD	ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD	
		MUJERES	HOMBRES
AGUAZUL	257	136	121
CHAMEZA	32	16	16
HATO COROZAL	54	21	33
LA SALINA	6	3	3
MANÍ	78	39	39
MONTERREY	118	51	67
NUNCHIA	44	17	27
OROCUE	41	24	17
PAZ DE ARIPORO	261	121	140
PORE	61	28	33
RECETOR	36	15	21
SABANA LARGA	43	24	19
SACAMA	34	16	18
SAN LUIS DE PALENQUE	38	20	18
TÁMARA	74	42	32
TAURAMENA	151	69	82
TRINIDAD	139	61	78
VILLANUEVA	166	90	76
YOPAL	597	307	290
TOTAL	2.230	1.100	1.130
PORCENTAJE	100%	49%	51%



El 51% (1.130) de los adultos mayores con discapacidad en el departamento de Casanare son hombre y el 49% mujeres (1.100)

MUNICIPIO	ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD	ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD UBICADOS POR ÁREAS		
		Urbano	Centro poblado	Rural
AGUAZUL	257	166	28	63
CHAMEZA	32	22	0	10
HATO COROZAL	54	24	3	27
LA SALINA	6	1	0	5
MANÍ	78	58	7	13
MONTERREY	118	78	12	28
NUNCHIA	44	5	0	39
OROCUE	41	26	0	15
PAZ DE ARIPORO	261	202	8	51
PORE	61	38	0	23
RECETOR	36	4	0	32
SABANA LARGA	43	20	5	18
SACAMA	34	19	0	15
SAN LUIS DE PALENQUE	38	17	0	21
TÁMARA	74	22	5	47
TAURAMENA	151	96	4	51
TRINIDAD	139	86	13	40
VILLANUEVA	166	118	14	34
YOPAL	597	453	68	76

TOTAL	2.230	1.455	167	608
PORCENTAJE	100%	65%	8%	27%



El 65% (1.455) de los adultos mayores de Casanare están ubicados en el área urbana, el 27% (608) están en área rural y el 8% (167) están ubicados en zona rural.

5.3 ADULTO MAYOR EN Y DE LA CALLE

La gobernación de Casanare no cuenta con una caracterización de esta población. En la formulación de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez se establecerá como meta desarrollarla.

5.4 INDIGENAS

Resguardo	Municipio	Mujeres	Hombres
Chaparral	Hato Coroza	3	2
	Sacama	8	5
	Támara	1	1
	Total	12	8

Mochuelo	Hato Corozal	34	50
	Paz de Ariporo	34	46
	Total	68	96

Orocue	Orocue	67	58
GRAN TOTAL	Adultos mayores indígenas	147	162

Indígenas Casanare	4102
Indígenas adulto mayor	309
%	7,5

5.4.1 DOCUMENTO RESUMEN MESA DE TRABAJO ADULTOS MAYORES INDIGENAS

- La mesa de trabajo se adelantó en la lengua uwa.

Se inicia con la historia de vida de una mujer mayor, por cultura y tradición tenemos un concepto claro que es ser mujer, que significa tener hijos, empezamos a tenerlos desde que conseguimos marido, a muy temprana edad, ya nos han preparado las abuelas, después de la kokora, en esa época no estudiábamos, ahora hay colegio, las jóvenes no ponen kokora, pero siguen consiguiendo marido temprano, hay mestizos que no practican la cultura.

Como teníamos hijos temprano, tanto hombres como mujeres, también somos ya abuelas a temprana edad, ya en la etapa de abuela es considerada madura, y empieza la etapa de envejecimiento, una mujer manifestó, yo tengo 46 años y ya soy abuela de 5 niños, me conseguí marido a los 13 años. También se observó que las mujeres abuelas son las que marcan la pauta, una tatarabuela de más de 85 años, todavía entera y sin canas, pero es considerada la sabedora y mayora y de respeto, porque tiene sabiduría. Lo mismo en los hombres ancianos, son sabedores, werjayas.

Ahora, los hombres, también consiguen mujer temprano, tienen hijos temprano, se vuelven mayores y se vuelven abuelos también temprano.

- Roles de las personas mayores o adultas en las comunidades indígenas

Al igual que otras culturas indígenas, los uwas, dicen, Son considerados como mayores o ancianos, cuando ya somos bisabuelos y tatarabuelos por ahí a los 65 años en adelante tanto hombres como mujeres, somos respetados, porque hemos llegado a la etapa de la sabiduría, cumplimos un papel importante.

En esta etapa de la sabiduría somos los que guiamos espiritualmente a la comunidad en la toma de decisiones frente al territorio, porque somos los que cuidamos y protegemos a la Madre Tierra, hacemos que las leyes propias se cumplan, como mediadores espirituales.

Nos toca hacer el control social y cultural del territorio, para que no haya abuso de la Madre Tierra, por influencias externas del hombre blanco.

Seguimos recreando la cultura, a nuestros nietos, les contamos historias de la creación del mundo uwa, orientamos a los docentes en la pedagogía de la Educación propia, Somos médicos tradicionales, tenemos conocimiento de remedios de plantas medicinales, las mujeres somos parteras.

En el reglamento interno del resguardo, en su Artículo 76. Sobre los Ancianos, se les reconoce como:

Son autoridades en lo que corresponde la medicina tradicional: Les corresponde:

Promover el Plan de renovación Territorial, dentro del territorio indígena, el que deberá definir las Áreas de conservación cultural y sitios sagrados.

Examinar las hojas de vida del personal externo que vaya a ingresar a trabajar a la comunidad en procesos de formación y fortalecimiento propio en las dinámicas de la comunidad.

Orientar desde la perspectiva histórica y cultural, las diferentes actividades que se implementen al interior de la comunidad en pro del avance de nuestras apuestas políticas, sociales, educativas y culturales.

- Identificación de la problemática de las personas o adultos mayores indígenas del Resguardo.

Los mayores o ancianos uwas, tienen una particularidad, que mantienen una vitalidad, buena, porque son personas que caminan mucho por las montañas, no se notan enfermos o agotados físicamente, todavía

Se cuidan solos, cuando ya es más anciano están viviendo en los núcleos familiares, junto a sus hijos y nietos.

Culturalmente los hijos u otro familiar son los que cuidan de ellos cuando ya no pueden trabajar, ir a casería, a trabajar su conuco, tanto el hombre como la mujer anciana.

Algunos necesitan mejorar su vivienda, pero a la manera tradicional, con piso de cemento y madera, no necesitan techo de zinc ni paredes de concreto.

Necesitan un apoyo económico para comprar sus necesidades de ropa, aseo.

La atención en salud, por parte del gobierno, el servicio es malo, no son bien atendidos, muchos recurren a su medicina tradicional, otros viven muy alejados

Los jóvenes no están valorando el saber ancestral y las prácticas culturales, no están aprovechando el saber de los ancianos sabedores.

- Propuestas y Conclusiones

Las propuestas se plantearon a nivel general e integral, que, en el documento de sistematización de la política pública de envejecimiento y vejez, donde se define la ruta de Atención integral. De acuerdo a lo que manifestaron en el taller.

Se dé una Atención Integral, de acuerdo a sus usos y costumbre.

- Que se establezca un programa de apoyo a una alimentación armónica de acuerdo a su cultura (alimento intercultural) a través de los huertos familiares y proyectos de espacios menores propios sin químicos
- Se prioridad cuando se requiera la atención inmediata a los ancianos uwas en los centros de salud
- Se garantice un apoyo en subsidio de vivienda, que las viviendas sean de mejoramiento al estilo tradicional, con piso de cemento y madera nada de concreto.
- Para fortalecer la identidad cultural de los jóvenes uwas, es necesario, que los ancianos mayores ejerzan su función de recreadores de la cultura, para ello requerimos que se nos apoye, en la construcción de “*una casa del Saber Cultural Uwa*” que sea el espacio del encuentro generacional de los ancianos y la juventud, niñez, además como centro intercambio de saberes propios (rituales, el trabajo de las artesanías, historias, cosmovisión, entre otros.
- Se garantice a todos los ancianos un subsidio económico, como apoyo a la sostenibilidad económica que sea de atención diferencial, se busque mecanismos viables donde se pueda hacer la entrega en su respectiva comunidad, porque ellos no se pueden movilizar a las cabeceras municipales, que los funcionarios se puedan desplazar a la comunidad o al resguardo, como lo hace las brigadas de salud, las registradurías.



Apoyo a los intercambios de experiencias significativas en saberes propios entre ancianos y entre pueblos uwas.

5.5 VICTIMAS

El Departamento de Casanare no tiene una caracterización de los adultos mayores en condición de víctima. En la formulación una de las metas será la caracterización de población denominada por la ley de protección especial.

5.6 NEGRITUDES

El Departamento de Casanare no tiene una caracterización de los adultos mayores pertenecientes a las negritudes. Una de las mesas intersectoriales se desarrolló con los representantes de esta población allí expusieron la problemática y las propuestas de solución en el numeral 4.1.7 se encuentra esta información

6. ESTUDIO NACIONAL DE SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO CONSOLIDADO SABE COLOMBIA 2015

El estudio SABE tiene como objetivo conocer la situación actual, en el ámbito rural y urbano, de la población de personas adultas mayores en Colombia, a través de la exploración y evaluación interdisciplinaria y a profundidad de la vejez y el envejecimiento, en el marco de los Determinantes del Envejecimiento Activo y desde el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud.

6.1 RESUMEN ESTUDIO SABE

Este estudio tiene tres (3) componentes que a continuación explicaremos y que enseguida desarrollaremos:

1. Encuesta Poblacional: Entrevistó a 23.694 personas en hogares de zonas urbanas y rurales de Colombia. Midió los determinantes del envejecimiento activo

(socioeconómicos, entorno social, entorno físico, factores personales, factores conductuales, condiciones de salud y uso y acceso a servicios de salud)

2. Estudio Cualitativo: sobre la calidad de vida, con una perspectiva cultural y de género, para comprender sus diferentes dimensiones y significados desde la perspectiva de la persona adulta mayor.
3. Encuesta a Cuidadores Familiares: Encuesta en una muestra intencional entre cuidadores familiares (1.141 cuidadores). Evaluó las características del cuidado, la carga percibida, la valoración de la salud del cuidador y el entrenamiento formal o informal para el cuidado de la persona adulta mayor.

Enseguida desarrollaremos cada numeral referido con sus correspondientes resultados.

1. Encuesta Poblacional.

Determinantes socioeconómicos:

Edad:

- La mediana de la edad fue 69 años (rango: 60 - 108 años).
- Con más de la mitad de la población adulta mayor en el grupo de 60-69 años (57,2%), (30,2%) en el grupo de 70-79 años y (12,6%) de los de 80 y más.

Distribución Urbana – Rural:

- De cada 10 personas adultas mayores 8 viven en la zona urbana (78,1%).

Etnia:

Por identificación étnica, la población se clasificó como blanca (30,2%) o mestiza (46,2%) principalmente, seguida por negra 6% e indígena 5%.

Educación:

En promedio la población adulta mayor alcanzó 5,5 años de escolaridad y menos de 1% se encontraba estudiando.

- Los bajos niveles educativos aumentan con la edad y son mayores en la zona Atlántica.

Ocupación:

- Las personas adultas mayores reportaron haber trabajado un promedio de 36,6 años.

Razones de trabajo actualmente:

- 60% lo hacen porque tienen necesidad del dinero.
- 13% para ayudar a su familia.
- 9.3% para mantenerse ocupado.
- 7.5% para sentirse útil.
- 58% de los que trabajan lo hacen en ocupaciones informales de baja calificación.
- En todos los grupos etarios cerca del 30% no recibió dinero, y de los que reciben, alrededor de la mitad recibieron menos de un salario mínimo legal vigente de Colombia.

Los ingresos provienen

- 30,9% de actividades laborales.
- 29.1% del sistema pensional.
- 29.2% de aportes de familiares que viven en Colombia.
- A su vez, una quinta parte reportó recibir subsidios estatales.
- 11.9% recibió ingresos de rentas e inversiones



- 3.9% reportó recibir giros de familiares del exterior o de alguna otra institución o persona.

Afiliación a Salud

- 48,9% están afiliadas al régimen contributivo.
- 46,8% al régimen subsidiado.
- 0,4% al régimen de excepción.
- 1,6% al régimen especial.
- 2,2% no pertenecen a ningún régimen.

Pensiones

- 11,9% de la zona rural.
- 33,9% de la zona urbana.

Determinantes entorno social: Percepción respecto de la infraestructura física de su vecindario fue negativa, especialmente en el área rural.

- 26,7% refirió que en su vecindario hay muchas aceras y andenes irregulares.
- 24,3% no tienen transporte público cerca de la vivienda.
- 43,5% consideró que no hay parques o áreas para caminar.
- 48,3% dijo que no hay centros deportivos o de recreación.
- 67,8% menciona que no hay sitios para sentarse o descansar en las paradas del bus o en parques.
- 79,0%, menciona que para las personas con discapacidad no hay transporte público.

- 86,2%, menciona no tener parqueaderos adecuados.

Los asuntos sociales del vecindario que fueron considerados por las personas adultas mayores como un problema mayor:

- 29,2% son el expendio y uso de drogas.
- 26,9% son la delincuencia.
- 24,8% la presencia de pandillas o vandalismo.
- 24,3% el abuso de alcohol en las calles.
- 23,9% la presencia de basuras.
- 21,6% el ruido excesivo.

El reporte de este tipo de problemas es menor en los estratos socioeconómicos 5 y 6, y mayor en la zona rural:

- En términos generales, las personas adultas mayores reciben soporte de los hijos, de otras personas con quienes viven, y de familias y amigos que no conviven con ellos.
- 85%, se encontró que refiere recibir compañía y afecto -soporte emocional por los hijos.
- La mitad recibe comida, ropa, transporte y dinero en efectivo -soporte material.
- Dos terceras partes reciben apoyo en las actividades diarias –soporte instrumental.
- Un poco menos del 30% reportó no recibir ningún tipo de apoyo.

- 55,0% reportó que participa en actividades grupales, principalmente en grupos religiosos.
- 4% participó En el programa de alimentación para el adulto mayor
- el 18% fue usuario del programa “Colombia Mayor”.
- 68% en zona urbana y el 57% en zona rural usa teléfono celular.
- El 18,0% de la población reportó haber estado expuesta a situaciones de violencia durante los primeros 15 años de vida.
- Dos terceras partes de las personas adultas mayores encuestadas no se consideraron “viejas”, a medida que los ingresos económicos y la escolaridad son mayores aumentó esta autopercepción.
- Dos terceras partes de las personas adultas mayores encuestadas consideraron que no ocupan el lugar en la sociedad que les corresponde.
- Cerca de la mitad tenían una visión negativa del envejecimiento que lo relacionaban con fragilidad, dependencia o discriminación.
- El 12.9% de las personas adultas mayores reportó haber sufrido maltrato, más frecuente en mujeres, a mayor edad, en estratos socioeconómicos bajos y en la zona rural.
- El 15,4% reportó haber sido desplazado alguna vez por violencia o conflicto armado.

Determinantes relacionados con el entorno físico:

- 63% viven en casa propia.

- 18% viven de arriendo
- 12% vivienda de propiedad familiar.
- El 88% de los adultos mayores colombianos vive sin hacinamiento.
- 11% viven en Hacinamiento.
- Mientras el 95,0% de las viviendas de la zona urbana dispone de servicio de alcantarillado, solamente el 24,8% de la zona rural lo poseen, solo el 14% del área rural tiene todos los servicios públicos.
- El 52% usa como principal medio de transporte el transporte público masivo, el 69% 69,5% lo usan sin ayuda de terceros, 15,1% requieren ayuda y 15,4% no lo usan.

Determinantes de factores personales:

- Entre el 75% y 85% las personas como mayor nivel educativo y mayores ingresos económicos disminuye la religiosidad.
- El 50% de las personas adultas mayores refiere que la sexualidad es importante en su vida. las personas adultas mayores con mejor situación socioeconómica y mayor nivel educativo refieren mayor importancia de la sexualidad.
- La mitad de los encuestados tiene un espacio de vida total reducido, es decir, no salen fuera de la ciudad y la frecuencia de salidas está disminuida; este espacio se restringe con el aumento de la edad, en las mujeres, en el área rural y en estratos socioeconómicos bajos.

- En cuanto a funcionalidad, el 79% de la población es independiente en sus AVD básicas, se deteriora con la edad y hay mayor dependencia en las mujeres y en estratos socioeconómicos bajos. El 62% de la población son independientes en sus AVD instrumentales-hacen la actividad sin ayuda de nadie y sin dificultad- se deteriora con la edad, en las mujeres y en estratos socioeconómicos bajos. El 62% de la población son independientes en sus AVD instrumentales-hacen la actividad sin ayuda de nadie y sin dificultad- se deteriora con la edad, en las mujeres y en estratos socioeconómicos bajos.

Determinantes conductuales:

- El 12%, consumió el consumo de tabaco fue más frecuente en hombres,
- El 14% consumió alcohol el último mes, más frecuente en hombres y en zonas urbanas; a mayores ingresos y nivel educativo se aumenta el consumo.
- La inactividad física aumentaba con la edad; mayor proporción entre las personas de 80 años y más (45,2%-67,0%), se observó una tendencia al aumento de la inactividad en los estratos más bajos y con menor escolaridad.
- 2.2%, presenta malnutrición, cerca de la mitad están en riesgo de malnutrición, en el estrato socioeconómico 1 y zona rural es el doble del resto de la población del estrato socioeconómico 5-6. Afiliados al régimen subsidiado y en los niveles educativos bajos (4% en analfabetos). La malnutrición desaparece cuando se reciben más de dos salarios mínimos.
- Respecto de la salud bucal se encontró que alrededor de dos tercera partes de los personas adulta mayores considera requerir prótesis dental, independiente de si

se tiene o no. es el doble en los estratos socioeconómicos bajos comparado con los altos y es mayor en las mujeres y más frecuente en el área rural.

- El 35% de los grupos de edad menores tienen prótesis de más de 10 años de evolución, que indica que son edentulos desde temprana edad.

Determinantes de condiciones de salud:

- El 60,7% prevalencia total de hipertensión arterial en la población adulta mayor es mayor en mujeres, en áreas urbanas y en estratos socioeconómicos bajos.
- 88,5% de ellos conocían su enfermedad.
- 45,5% tiene presión arterial controlada.
- 25,8% presento artritis-artrosis (segunda condición crónica más frecuentemente encontrada en este estudio), mayor en mujeres, en zonas urbanas y en estratos altos socioeconómicos altos.
- 18,5%, prevalencia de diabetes mellitus, mayor en mujeres, de estratos 4 y 5, de zonas urbanas. aumentó con la edad hasta los 75 años para luego descender en los grupos mayores.
- 14,5%, prevalencia total de enfermedad isquémica cardíaca, la prevalencia aumentó con la edad y en las zonas urbanas.
- 11,8%, prevalencia total de osteoporosis, mayor en mujeres y aumentó en la medida que se incrementó la edad. mayor en los estratos 3 y 4 de áreas urbanas.
- 11,4%, prevalencia de Enfermedad Pulmonar Crónica, mayor en estratos socioeconómicos 2 a 4, procedentes de área urbana.
- 5,3% prevalencia total de cáncer: En hombres el cáncer reportado con mayor frecuencia: próstata, piel y estómago.

- En mujeres el cáncer más frecuente: cuello uterino, mama, piel. x4.7% prevalencia de enfermedad cerebro-vascular.
- El 35.9% deterioro visual fue informado de la población, mayor en los hombres y en zona rural.
- El 67,0% reportó el uso de anteojos, gafas o lentes de contacto para mejorar su visión cercana y lejana, con menor uso en estratos socioeconómicos bajos.
- El 11,5% de la población adulta mayor reportó haber recibido la prescripción de lentes intraoculares.
- El 27,2% de la población adulta mayor reportó deterioro auditivo con mayores porcentajes en zona urbana.
- El 2,6% de la población adulta mayor reportó el uso de aparatos como audífonos para mejorar su audición, especialmente en zonas urbanas.
- El 41,0% reportó síntomas depresivos. La prevalencia disminuyó con la edad y fue mayor en estratos socio-económicos altos.
- El 17,5% reportó Deterioro Cognoscitivo Leve (DCL).
- El último año fue de 31,9%, total de caídas, más alta en las mujeres.
- 15,2% prevalencia de fragilidad, las personas adultas mayores vigorosas se caracterizan por ser más jóvenes, hombres, de estrato socioeconómico alto, vivir en zona urbana. A diferencia, los adultos mayores frágiles tienen mayor edad, son mujeres y viven en zona rural; los adultos mayores pre frágiles presentaron características muy similares.
- El 84,8% padece de más de una condición crónica de salud (multimorbilidad).

Las dos condiciones crónicas de salud que se presentaron en más del 40% son

hipertensión arterial y la presencia de síntomas depresivos, seguidos por condiciones crónicas asociadas al envejecimiento como problemas visuales y auditivos.

Determinantes del uso de servicios de salud:

- El 74,4% utilizó los servicios de salud ambulatorios en los últimos 30 días previos a la encuesta, de estratos más altos y quienes tienen un plan complementario de salud, específicamente, 95,2% de personas adultas mayores de estratos 5 y 6.
- El 94,9% refirieron hacerlo a medicina general o medicina especializada.
- El 46% acude a las instituciones del asegurador donde está afiliado.
- El 26,5% acude los hospitales. x El 15,1% acude a centros de salud de carácter público.
- El 84,2% le prescribieron medicamentos en la última consulta médica a la que acudió.
- El 86,9% recibió los medicamentos completos.
- Baja frecuencia de atención de servicios de nutrición (15,1%), terapia física (9,7%) y terapia ocupacional (2,7%).
- El 41,3% de la población femenina se le había realizado una mamografía en los dos últimos años.
- El 45,7% de los hombres encuestados se habían realizado -en los dos últimos años- un examen de tacto digital rectal para detección temprana de cáncer de próstata y el 46,3% reportó haber tenido prueba de antígeno prostático.

- El 55,7% considera que la atención recibida es muy buena o buena.

2. Resultados estudio vejez y calidad de vida:

Narrativa individual: una mirada subjetiva de la vejez.

- El lugar de los mayores en la sociedad. El lugar se enuncia a partir de tres códigos de autopercepción; el primero, un sentimiento de orgullo, de fortaleza, de aceptación de la vejez como expresión de un proceso biológico inexorable, intransferible y el rechazo de considerarla como un tiempo extra de vida. El segundo, la valoración de los años que se tienen y la distinción entre la forma como se sienten y como los ven las demás personas y el tercero alude a la vejez como liberación, al disfrute del tiempo propio, con la mirada retrospectiva de las obligaciones que ya no se tienen.
- Diferencias, encuentros y enlaces intergeneracionales. La vejez no es solo una experiencia de vida individual, es una clave para leer el mundo y los tiempos sociales. En las conversaciones entre las personas adultas mayores se encontró una distancia con la juventud, Las participantes coincidieron en enunciar colectivamente la producción de una profunda grieta entre “el tiempo que les tocó vivir a ellos y el tiempo de las nuevas generaciones”; Voces colectivas que coinciden en un sentimiento de no pertenencia al mundo contemporáneo, situación que los mantiene vinculados a la memoria de su propia juventud, es decir, sienten un profundo desarraigo del tiempo actual y expresan un congelamiento en su tiempo anterior. Fragmentación que hace más difícil la comprensión del enlace intergeneracional.

- Tecnología. El mundo tecnológico es conocido por los mayores pero usado por los jóvenes, hay un mundo extraño que media entre la juventud y la vejez y esto trae incertidumbres y provoca transformaciones profundas en las dinámicas interaccionales; ya no hay abrazos y conversaciones sino mensajes.
- El envejecimiento y la vejez desde la perspectiva de género. Sin embargo, se mantiene el lente social que expresa la diferencia de percepción puesta en el dualismo de género. La mujer envejece más rápido, al hombre le llegan más tarde las huellas de la vejez. A la mujer le toca más duro, el hombre es más tranquilo. La vejez masculina se piensa en términos del éxito alcanzado, de los logros vinculados al trabajo y simultáneamente la vejez de los hombres se considera responsabilidad de una socialización donde la masculinidad está asociada a falta de auto cuidado. En lo femenino se encuentra la experiencia del cuidado familiar, de la crianza de los hijos y de la educación y se responsabiliza la maternidad del envejecimiento desfavorable de las mujeres. Narrativa interpretativa, revelando significados y sentidos sobre la calidad de vida de las personas adultas mayores.
- Las personas mayores, le otorgan significado a la calidad de vida que tienen, en la enunciación de un Bien-estar o estar bien a través del entrecruzamiento de dos vértices: uno material y físico y el otro simbólico. El primero, alude a la disposición de condiciones que les garantizan la autonomía y la independencia; y el otro, se refiere a la valoración, reconocimiento y confianza.
- La marca cultural del lenguaje del déficit sobre la vejez se somete a una confrontación: desde la propia experiencia subjetiva, se pone como un bien-estar

pero a partir de la mirada ajena, sobre una otredad generacional, se señala un mal-estar.”

- Siempre habrá personas adultas mayores en mejores o peores condiciones, la comparación genera posibilidades de cosas mejores, se mira más hacia abajo que hacia arriba, pero la mirada hacia arriba proporciona la medida para mirar hacia abajo; esto configura un lugar de auto reconocimiento frente al otro.
- La opción del hogar unipersonal, se constituye en una expresión de calidad de vida y en un aporte a la autonomía e independencia, en contravía al imaginario de la soledad, el abandono familiar y la existencia de débiles vínculos afectivos.
- La participación en redes primarias y secundarias, les reporta a las personas mayores, confianza y seguridad en su vida cotidiana”.
- La calidad de vida se resignifica desde la construcción de nuevos significados del cuerpo en sus dimensiones subjetiva e intersubjetiva, que buscan reafirmar de permanencia de rituales cotidianos.
- El cuerpo en la vejez conserva las huellas del cuerpo de la niñez y de la juventud, la calidad de vida de las personas adultas mayores se materializa en el cuerpo, desde la sexualidad, la apropiación y desapropiación del cuerpo, la enfermedad y la salud.
- Emerge un paradigma sobre la vejez que hace visible la paradoja social y cultural entre las viejas reglas del sentimiento de vulnerabilidad, déficit y pérdida, y unas nuevas demandas sociales en torno al individualismo, la autonomía y la independencia.

- La demanda social y política de un envejecimiento y una vejez dignos, se soporta en el reconocimiento y valoración como componentes fundamentales de los enlaces intergeneracionales, lo cual permite hacer visibles los cambios y transformaciones de la sociedad.
- La vejez no se aprehende por testimonio, sino por vivencias intencionales; la experiencia de la vejez es íntima y por tanto no es transferible, no se comunica, simplemente se vive.

3. Resultados de encuesta a personas cuidadoras familiares de personas adultas mayores:

Características sociodemográficas:

- En esta población encuestada, 83.9% eran mujeres, el promedio de edad fue 49 años (18 - 88 años) y el 16,7% tenían 60 o más años (“personas mayores que cuidan personas mayores”). Entre las mujeres cuidadoras se encontró similar proporción de solteras (27.3%) y casadas (27.7%), en tanto que en los hombres la mayoría son solteros (40.8%). Más de la mitad (61.3%) vive con los hijos, sólo el 1.5% vive solo y 76,1% vive con la persona adulta mayor a quien cuida. En cuanto a la afiliación al sistema de seguridad social de las personas cuidadoras familiares una mayor proporción cotiza en salud, que en fondos de pensión. La afiliación al régimen de salud subsidiado es el más frecuente (57.1%) y la no afiliación en salud fue de 2,3%. Se observó que 84.9% no cotiza a fondos de pensión.
- Dos terceras partes de los cuidadores familiares ejercen simultáneamente un trabajo diferente a este rol. Específicamente, la mitad de hombres se dedicaron a trabajar y las mujeres a las labores domésticas en la última semana; alrededor del 7% recibió salario, recompensa o ayuda económica por sus labores de cuidado y 37% cubre los

gastos que demandan las personas cuidadas con estos ingresos. Por lo regular el 61% de los cuidadores son hijos de las personas mayores que cuidan, 10% cónyuges, 14% nietos, padres o hermanos y menor al 10% la familia política u otras personas. Una pequeña proporción recibe pago o salario por el cuidado y uno de cada tres debe invertir los gastos que demanda la persona cuidada.

Autopercepción de salud y presencia de síntomas:

- En general todos los cuidadores familiares reportan buena autopercepción de salud, sin grandes cambios cuando se compara con el año anterior, inclusive algunos se sienten mejor. La mayoría de las personas cuidadoras familiares refirió no haber tenido ninguno de los síntomas asociados a las actividades del cuidado. Sin embargo, una tercera parte, más frecuentemente las mujeres refieren síntomas, en orden de frecuencia para mujeres y hombres fue malestar o dolor articular o de espalda (57% vs 34%), cansancio o debilidad (52% vs 31%), dificultad para dormir (36% vs 24%), desgano o desaliento (35% vs 17%) y pérdida de memoria (31% vs 22%), respectivamente.

Características del cuidado:

- En la mayoría (58.2%) de los casos quienes cuidan son los hijos, independientemente del sexo y el tiempo que llevan realizando labores de cuidado varió entre 6 y 600, no obstante, la mitad lo ha realizado durante 60 meses o menos. Además 1 de cada 5 cuidadores familiares cuidaban a dos personas. El tipo de cuidado que realizaban con mayor frecuencia fue para ayudar a realizar actividades instrumentales de la vida diaria, como administrar medicamentos, salir a la calle, hacer compras e ir al médico. Solamente el 12,5% prestaba cuidados especializados como manejo de sondas, equipos médicos o terapias específicas. Cuidados personales (AVD básico) lo hacían el 36% de los encuestados.

- Dos terceras partes de las personas cuidadoras familiares manifestaron que realizan las labores de cuidado por iniciativa propia y la distribución de esta y otras razones fue similar para hombres y mujeres. La dedicación diaria reportada para el cuidado oscila entre 1 y 24 horas, la mitad de ellos dedicó 10 horas o menos diariamente a las labores de cuidado; la mayoría de las personas cuidadoras (87.2%) realizaron las actividades del cuidado todos los días, lo cual implica ausencia de tiempo libre o de ocio y conduce a sobrecarga. Cuidar a una persona mayor es una labor continuada que perdura en el tiempo.

Percepción de carga y satisfacción con la labor de cuidado:

- La mayoría (63%) de las personas cuidadoras se siente satisfecha, reconocida y valorada por su labor. Solamente 21% de las mujeres y 12% de los hombres cuidadores familiares no se sienten satisfechos, ni reconocidos o valorados por su labor. La mitad no refiere consecuencias profesionales negativas, quienes lo hacen reportan con mayor frecuencia no poder trabajar fuera de casa o tener que dejar de trabajar. Entre una cuarta y una quinta parte se quejan de no poder ir de vacaciones, reducción del tiempo libre y algunos refieren no tener tiempo para cuidar de sí mismos o de otros.
- Dos terceras partes de hombres y mujeres refirieron no presentar molestia ante ninguna de las tareas ejecutadas, en proporción similar no refieren molestias ante los comportamientos de las personas que cuidan.

Formación y capacitación para el cuidado:

- La mayoría de las personas cuidadoras no han participado en ninguna de las opciones de formación mencionadas. El 54% consideran que siempre hace falta preparación, el 35% que

cualquiera puede hacerlo, el 9% consideró que solo se requiere cuando la persona está en cama o tiene demencia avanzada. Sobre los temas que el 86% del total de los cuidadores estaban muy interesados de recibir, estaban en su orden: aspectos de salud, practicas sobre el cuidado, aspectos afectivos y emocionales del cuidado, y solamente una cuarta parte habló de autocuidado.

6.2 ESTUDIO SABE Y POLÍTICA PÚBLICA DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DE CASANARE.

TEMA	ENCUESTA SABE	CASANARE DIAGNOSTICO ADULTO MAYOR CASA
DISTRIBUCION URBANA Y RURAL	De cada 10 personas adultas mayores 8 viven en la zona urbana (78.1%)	En el Departamento de Casanare los adultos mayores sisbenizados están ubicados por áreas así: 13.500 en el área urbana, 1.653 en centro poblado y 6.620 en el área rural, el mayor porcentaje de esta población, 62% se ubica en el área urbana
EDUCACIÓN	En promedio la población adulta mayor alcanzó 5,5 años de escolaridad y menos de 1% se encontraba estudiando	En el Departamento de Casanare de los adultos mayores Sisbenizados, 7.110 no tienen ningún tipo de formación académica (Podrían ser analfabetas), 1.442 hicieron secundaria, 64 tienen formación técnica, 192 formación

		universitaria y 32 tienen posgrado
RÉGIMEN DE SALUD	48,9% están afiliadas al régimen contributivo. 46,8% al régimen subsidiado. 0,4% al régimen de excepción. 1,6% al régimen especial. 2,2% no pertenecen a ningún régimen.	Estableciéndose que según la población SISBEN 2017, con corte al mes de Agosto el 56% de la población de los niveles 1 y 2 se encuentran afiliados al régimen contributivo, mientras que el 46% y 3% se estiman afiliados al régimen subsidiado y régimen excepcional en su orden.
PENSIONES	11.9% de la zona rural y 33.9 % de la zona urbana	De los adultos mayores ubicado en el departamento de Casanare 342 están pensionados
HOGAR	63% viven en casa propia. 18% viven de arriendo 12% vivienda de propiedad familiar. El 88% de los adultos mayores colombianos vive sin hacinamiento. 11% viven en Hacinamiento.	Del total de la población Sisbenizada adulta mayor (21.773) del Departamento de Casanare 11.878 tienen vivienda propia pagada, 807 están pagando su vivienda, 5.303 viven en arriendo y 3.785 viven en otra condición, la mayoría de estos adultos mayores viven en casa de un familiar (Hijo, sobrino, etc.)

7. DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN CENTROS DÍA Y CENTROS DE PROTECCIÓN EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE

El mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores del departamento pasa necesariamente por el mejorar las condiciones de prestación de servicios de los centros día y de protección en el marco de lo contemplado en la ley 1315 de 2009 y la resolución 024 de 2017. En ese sentido es que en el contrato de la referencia se establece la actividad 6 la obligación de “Realizar la recolección, revisión, sistematización y análisis consolidado de la oferta institucional y de bienes y servicios dirigidos a personas mayores por entidades en los niveles local, departamental y nacional; a través de una (1) visita a cada uno de los centros vida o día, de bienestar y demás instituciones que prestan servicios a los adultos mayores de carácter público o privado, en los 19 municipios del Departamento de Casanare, que permita conocer las condiciones de prestación de servicios de conformidad con lo establecido en la resolución 000024 de 2017, Por medio de la cual se establecen los requisitos mínimos esenciales que deben acreditar los Centros Vida. Elaborando un documento consolidado, debe contener recomendaciones para el mejoramiento de la prestación del servicio en dichos centros en relación con: Talento Humano, Infraestructura, Dotación, Gestión, Valoración Integral y plan personalizado de atención, Calidad de Vida.



En virtud de lo anteriormente expuesto se describe a continuación la situación de prestación de servicios en centros día y de bienestar en cada uno de los municipios del departamento de Casanare así como las tareas a ser adelantadas a partir de la información recolectada así como las recomendaciones realizadas por parte de la Dra. Marta Sánchez, profesional de la Dirección de Promoción Social de la Secretaría de Salud Departamental quien hace vigilancia de la prestación de servicios de dichos centros.

MUNICIPIO – SABANALARGA – CENTRO DÍA

El estado actual: NO ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO

Es un inmueble construido por la gobernación de Casanare y entregado a la administración municipal el año 2016 sin embargo y a pesar de su reciente construcción, comenzó con problemas en la cubierta pues permitía ingresar el agua lo que terminó por deteriorar toda la estructura e incluso la dotación, al visitarlo se encontraba totalmente inundado y con humedad en paredes. Por ello no ha estado disponible para el servicio de las personas mayores aunque tiene dotación completa para el desarrollo de actividades físicas y de estimulación cognitiva. Cuenta con menaje completo de cocina.

Lo que hay que hacer:

Una vez conversada la situación con el municipio, el señor Alcalde Ing. José Armando Suarez informó que la administración municipal había adelantado las gestiones pertinentes



ante la gobernación de Casanare (Constructor) para que se hicieran efectivas las pólizas pero que sin embargo esto no fue posible por lo que él había adelantado un proceso de contratación cercano a los 90 millones de pesos y que se espera que ya en febrero marzo esté totalmente disponible y adecuada la infraestructura, en funcionamiento el centro día y dando cumplimiento a la normativa y exigencias de la Secretaría de Salud.

MUNICIPIO – SÁCAMA – CENTRO DÍA

El estado actual: NO ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO

Es una de las necesidades más sentidas manifestadas por las personas mayores del municipio tanto en las entrevistas como en las mesas MIPSAN, el municipio de Sácama tiene un infraestructura para el centro día adecuada y suficiente, con dotación para la realización de actividades lúdicas y recreativas, menaje y equipos de cocina, el problema radica en que al lado funciona un puesto de POLICÍA y dado las dificultades de orden público que históricamente ha tenido ese municipio no está siendo utilizada dicha infraestructura vulnerando los derechos de las personas mayores al no permitirles el acceso a los servicios de protección integral. Claramente al no haber ni siquiera la infraestructura disponible no da cumplimiento a lo establecido en la Resolución 024 de 2017.

Lo que hay que hacer:



Una vez conversada la situación con funcionarios de la administración municipal el director de la oficina de Planeación reportó que mover a la policía de dicho lugar es realmente imposible y que tienen un predio incluso mejor ubicado para que se adelante la construcción de un centro día nuevo y que están en proceso de formulación del proyecto.

MUNICIPIO – HATO COROZAL– CENTRO DÍA

El estado actual: NO ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO

Es una de las necesidades más sentidas manifestadas por las personas mayores del municipio tanto en las entrevistas como en las mesas MIPSAN, sin embargo da cuenta de serias diferencias entre la asociación de personas mayores y la administración municipal que urgen ser tramitadas prontamente. Los asistentes a la mesa MIPSAM reportan que dicha infraestructura fue construida en un predio de la asociación mientras que los funcionarios de la alcaldía advierten que se trata de un predio que fue donado y que en la actualidad el municipio se encuentra haciendo los trámites necesarios para formalizar dicho trámite, que ya legalmente el inmueble sea del municipio y que pueda garantizarse su dotación, funcionamiento, pago de servicios públicos etc. Hecha la visita se identifica una obra en aceptables condiciones pero que requiere algunas en el comedor y de urbanismo para el acceso (entre el puente y la casa día)



Lo que hay que hacer:

Reiniciar la operación y funcionamiento garantizando la prestación de servicios para las 120 personas mayores focalizadas. Se aclara la situación legal del predio y se realizan los mantenimientos y adecuaciones requeridas en el inmueble y en los accesos de vía pública.

MUNICIPIO – TAURAMENA – CENTRO DÍA

El estado actual: ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO

De los programas de atención para el adulto mayor adelantados por las administraciones municipales en todo el departamento el de Tauramena es uno de los mejor organizados y que mejores servicios brinda. Está en funcionamiento, tiene una adecuada infraestructura para la prestación de servicios como la preparación y toma de alimentos, espacios de esparcimiento y realización de actividades lúdicas y recreativas, administración etc. Dispone de dotación adecuada y suficiente, equipos y menaje de cocina, material lúdico recreativo y para facilitar la movilidad y accesibilidad para personas con movilidad reducida y elementos de primeros auxilios. Cuenta con el talento humano adecuado y suficiente para la prestación del servicio (coordinador, nutricionista, instructores, licenciado en educación física, auxiliares de enfermería, personal de aseo y manipuladoras de alimentos).



Lo que hay que hacer:

Según reporta la Dra. Marta Sánchez de la Secretaría Departamental de Salud para el trámite de la certificación requieren adelantar procesos de capacitación y evaluación del talento humano en atención integral y de emergencias, cronograma de mantenimiento de equipos muebles, procedimientos para llevar a cabo procesos misionales y adelantar procesos de evaluación de la satisfacción del servicio dirigidos a personas mayores.

MUNICIPIO – TRINIDAD – CENTRO DÍA

El estado actual: ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO

Al realizar las mesas MIPSAM y entrevistas con personas mayores el clima y satisfacción que se identifica en las personas mayores por la calidad del servicio es generalizado. Fueron frecuentes las referencias respecto de la calidez y respeto que recibían por parte de la Coordinadora del centro (Dra Yesika) como del resto del equipo de trabajo. La mesa MIPSAM fue realizada en el mismo centro día (Horizonte Otoñal)

Tiene una buena infraestructura, fresca y espaciosa, áreas para la preparación y consumo de alimentos, baños en buenas condiciones, zona de esparcimiento y para la realización de actividades físicas, recreativas y culturales, zona administrativa. Dispone de la dotación suficiente y necesaria para la prestación del servicio. Tiene una coordinadora (licenciado en



educación física) y cuenta con el apoyo del instituto de deporte y casa de la cultura para la realización de las actividades correspondientes, cuenta por auxiliar de enfermería, personal de aseo y manipuladores de alimentos. Cuenta con registro de atención y evaluación de satisfacción de los usuarios.

Lo que hay que hacer:

Según reporta la Dra. Marta Sánchez de la Secretaría Departamental de Salud para el trámite de la certificación requieren adelantar procesos de capacitación y evaluación del talento humano en atención integral y de emergencias, cronograma de mantenimiento de equipos muebles, valoración semestral de la persona mayor realizada por parte del equipo de talento humano y desarrollar acciones de red de apoyo con los familiares.

MUNICIPIO – SAN LUIS DE PALENQUE – CENTRO DÍA

El estado actual: ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO

Al realizar las mesas MIPSAM y entrevistas con personas mayores el clima y satisfacción que se identifica en las personas mayores por la calidad del servicio es generalizado. Fueron frecuentes las referencias respecto de la calidez y respeto que recibían por parte de la Coordinadora del centro (Dra Yesika) como del resto del equipo de trabajo. La mesa MIPSAM fue realizada en el mismo centro día (Horizonte Otoñal)



Tiene una buena infraestructura, fresca y espaciosa, áreas para la preparación y consumo de alimentos, baños en buenas condiciones, zona de esparcimiento y para la realización de actividades físicas, recreativas y culturales, zona administrativa. Dispone de la dotación suficiente y necesaria para la prestación del servicio. Tiene una coordinadora (licenciado en educación física) y cuenta con el apoyo del instituto de deporte y casa de la cultura para la realización de las actividades correspondientes, cuenta por auxiliar de enfermería, personal de aseo y manipuladores de alimentos. Cuenta con registro de atención y evaluación de satisfacción de los usuarios.

Lo que hay que hacer:

Según reporta la Dra. Marta Sánchez de la Secretaría Departamental de Salud para el trámite de la certificación requieren adelantar procesos de capacitación y evaluación del talento humano en atención integral y de emergencias, cronograma de mantenimiento de equipos muebles, valoración semestral de la persona mayor realizada por parte del equipo de talento humano y desarrollar acciones de red de apoyo con los familiares.

MUNICIPIO – PAZ DE ARIPORO – CENTRO DÍA

El estado actual: NO ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO

El municipio de Paz de Ariporo no tiene centro día a pesar de contar con cerca de 2.400 personas mayores de 60 años, ésta es una queja generalizada de quienes asistieron a las



mesas MIPSAM y a quienes se les aplicó la entrevista. Dicha situación vulnera flagrantemente los derechos de las personas mayores en tanto dificulta su acceso a la canasta básica de servicios contemplada en la ley 1276 de 2009 (alimentación, orientación psicosocial, capacitación a actividades productivas, culturales, recreativas, educación entre otros)

Lo que hay que hacer:

Al realizar la visita a la Secretaría de Gestión y Bienestar Social la Dra. Amanda Sánchez informó que el municipio ya está adelantando las gestiones necesarias para la construcción y dotación del centro día.

MUNICIPIO – PAZ DE ARIPORO – CENTRO DE BIENESTAR MI RANCHITO

El estado actual: ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO

Contrario a lo que sucede con el Centro día, el municipio de Paz de Ariporo cuenta con un centro de Bienestar denominado mi ranchito que atiende a 32 personas mayores en estado de vulneración y abandono. Al entrevistar a dos (02) de sus usuarios, se manifestaron a gusto con los servicios y cuidados recibidos en el centro. Tiene adecuadas condiciones de infraestructura, dotación y recurso humano adecuado. Tiene procesos y procedimientos establecidos. No cuenta con un espacio para adelantar granja integral.



Lo que hay que hacer:

Realizar ajustes en procesos y procedimientos y evaluación de la satisfacción de usuarios.

Fortalecer procesos de vinculación de redes de apoyo familiar y comunitario.

MUNICIPIO – RECETOR – CENTRO DÍA

El estado actual: NO ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO

El municipio de recetor tiene una situación compleja, se encuentra en proceso de reubicación de su casco urbano dado que se encuentra en una zona de riesgo por fallas geológicas que derivan en fenómenos de remoción en masa. Por la misma razón se ha venido construyendo un casco urbano denominado Pueblo Nuevo, en el que incluso hoy ya se dispone de un nuevo centro de bienestar construido, que requiere dotación pero que parece tener las condiciones necesarias de accesibilidad y áreas para la prestación de servicios a más de 50 personas mayores diariamente con los servicios de alimentación, recreación, cultura y actividades lúdicas, otras formas de esparcimiento y área administrativa.

Lo que hay que hacer:



Proveer la dotación del nuevo centro día y dar inicio a la prestación de servicios de alimentación y demás en el nuevo centro. Hacer un proceso de socialización y sensibilización para facilitar el tránsito al nuevo casco urbano y la nueva infraestructura.

MUNICIPIO – LA SALINA – CENTRO DÍA

El estado actual: NO ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO

El municipio de La Salina no cuenta con Centro Día, solamente una vez a la semana (Día Domingo) las personas mayores sobre todo que vienen de zonas rurales, acceden a servicio de restaurante. Al no disponer de centro día, no acceden de forma organizada ni permanente de los servicios de alimentación, educación, orientación vocacional, culturales, deportivos y recreativos. La baja disponibilidad de predios limita la posibilidad de construcción de un centro día.

Lo que hay que hacer:

Disponer de un predio y recursos suficientes para la construcción y dotación de un centro día, estructurar el proyecto y presentarlo ante la Gobernación de Casanare.

MUNICIPIO – LA SALINA – CENTRO DE BIENESTAR

El estado actual: ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO



El municipio de La Salina dispone de un centro de Bienestar y presta servicios a siete (07) personas mayores en situación de abandono. El inmueble tiene muchas deficiencias de infraestructura y dotación.

Lo que hay que hacer:

El día 28 de septiembre de 2017 el grupo de trabajo sostuvo una reunión con el señor alcalde del municipio y todo su equipo de trabajo para abortar la prestación de servicios para personas mayores en centros vida. Al consultarle sobre las posibilidades de mejora a la infraestructura del centro de bienestar, informó que dado que se gestionaron importantes recursos para el desarrollo de proyectos que al incorporarse al presupuesto y contratarse genera un recaudo de la estampilla, ya para para la próxima vigencia presupuestal (2018) dispondrá de todo los recursos requeridos para realizar las adecuaciones requeridas para dicho inmueble.

MUNICIPIO – NUNCHÍA – CENTRO DÍA

El estado actual: ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO

El municipio de Nunchía tiene un centro día en adecuadas condiciones de prestación del servicio en términos de infraestructura (elaboración de alimentos, comedor, áreas de esparcimiento, baños y rampa de acceso al segundo piso) cuenta con un equipo humano



conformado por una terapeuta física, manipuladores de alimentos, mantenimiento y aseo y apoyo por parte de la administración municipal para la realización de actividades físicas, deportivas y recreativas. Dispone de dotación adecuada y suficiente (equipos y menaje de cocina, material para la realización de actividades lúdicas y recreativas, primeros auxilios y mobiliario)

Lo que hay que hacer:

Según reporta la Dra. Marta Sánchez de la Secretaría Departamental de Salud para el trámite de la certificación requieren adelantar procesos de capacitación y evaluación del talento humano en atención integral y de emergencias, cronograma de mantenimiento de equipos muebles, valoración semestral de la persona mayor realizada por parte del equipo de talento humano y desarrollar acciones de red de apoyo con los familiares. Requiere asimismo de la adquisición de mobiliario para personas mayores con movilidad reducida y la caracterización.

MUNICIPIO – PORE – CENTRO DÍA

El estado actual: ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO

El municipio de Pore cuenta con un centro día en funcionamiento con infraestructura adecuada que cuenta con cocina, área para el consumo de alimentos, baños y áreas de esparcimiento, cuenta con recurso humano conformado por un coordinador, fisioterapeuta,



psicólogo, recreacionista, instructor de manualidades, nutricionista y manipuladores de alimentos. Cuenta con mobiliario para personas mayores con movilidad reducida, caracterización de persona mayor y procedimientos para la articulación con el sistema de salud.

Lo que hay que hacer:

Según reporta la Dra. Marta Sánchez de la Secretaría Departamental de Salud para el trámite de la certificación requieren adelantar procesos de capacitación y evaluación del talento humano en atención integral y de emergencias, cronograma de mantenimiento de equipos muebles, valoración semestral de la persona mayor realizada por parte del equipo de talento humano y desarrollar acciones de red de apoyo con los familiares.

MUNICIPIO – AGUAZUL – CENTRO DÍA – GRANJA

El estado actual: ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO

El municipio de Aguazul cuenta con una de las mejores infraestructuras para la prestación de servicios de protección integral a las personas mayores, dispone de infraestructura adecuada (preparación de alimentos, comedor, baño, áreas de descanso, zona administrativa y áreas para la realización de actividades físicas) cuenta con un buen equipo de trabajo conformado por un coordinador, fisioterapeuta, gerontóloga, instructores de manualidades, cultura y arte, auxiliares de cocina, nutricionista y manipuladores de alimentos. Cuenta con



mobiliario para personas mayores con movilidad reducida, encuestas de satisfacción de usuarios. Cuenta con procedimientos para la articulación con el sistema de salud. Dispone de una granja integral.

Lo que hay que hacer:

Según reporta la Dra. Marta Sánchez de la Secretaría Departamental de Salud para el trámite de la certificación requieren adelantar procesos de capacitación y evaluación del talento humano en atención integral y de emergencias, cronograma de mantenimiento de equipos muebles, valoración semestral de la persona mayor realizada por parte del equipo de talento humano, desarrollar acciones de red de apoyo con los familiares. Requiere adelantar el censo de caracterización de sus usuarios y del resto de personas mayores del municipio.

En conversación sostenida con la referente de Adulto Mayor, se nos informó que en pocas semanas se garantizará el servicio de centro de bienestar para las 15 personas mayores que están siendo atendidas en el Hogar Otoño en Yopal y por cuya atención se realiza una inversión anual aproximada de 52 millones de pesos.

MUNICIPIO – MONTERREY – CENTRO DÍA – SAN JOSÉ

El estado actual: ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO



El municipio de Monterrey cuenta con una infraestructura que comporta los servicios centro día y centro de bienestar. Está adelantando un proyecto de mejoramiento de infraestructura que incluye la ampliación del área de restaurante, ampliación del área de cocina, depósito de alimentos, área de baños, área de realización de actividades deportivas, culturales y recreativas, cubiertas en zonas de circulación, baños, enfermería y habitaciones.

Cuenta con talento humano conformado por la referente de adulto mayor quien ejerce las funciones de coordinadora del centro día y de bienestar, psicólogo, fisioterapeuta, enfermera, personal de aseo, nutricionista y manipuladoras de alimentos. Gestiona y articula la realización de actividades culturales con la casa de la cultura. Cuenta con mobiliario para personas mayores con movilidad reducida, equipos y menaje de cocina y dotación para la realización de actividades lúdicas, culturales y recreativas.

Lo que hay que hacer:

Según reporta la Dra. Marta Sánchez de la Secretaría Departamental de Salud para el trámite de la certificación requieren adelantar procesos de capacitación, evaluación, inducción y reinducción del talento humano en atención integral y de emergencias, cronograma de mantenimiento de equipos muebles, valoración semestral de la persona mayor realizada por parte del equipo de talento humano, desarrollar acciones de red de apoyo con los familiares. Requiere adelantar el censo de caracterización de sus usuarios y del resto de personas mayores del municipio.



MUNICIPIO – TAMARA – CENTRO DÍA

El estado actual: NO ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO

El municipio de Tamara no cuenta con Centro día en funcionamiento, tiene una casa antigua que está en muy malas condiciones que no cumple los más mínimos estándares de seguridad ni accesibilidad. No se está prestando servicio de centro vida situación que representa una evidente vulneración de derechos de las personas mayores del municipio.

Lo que hay que hacer:

Es urgente que la administración municipal adelante de forma urgente las acciones necesarias para garantizar las condiciones adecuadas de infraestructura para la prestación del servicio de protección integral para sus personas mayores.

MUNICIPIO – OROCUÉ– CENTRO DÍA

El estado actual: ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO

El municipio de Orocué cuenta con un centro de día denominado Leticia Camacho de Vidales que está en funcionamiento y en condiciones aceptables de infraestructura. Dispone de cocina y comedor y áreas para el desarrollo de actividades culturales, lúdicas y



recreativas y labores administrativas. Con relación al talento humano cuenta con un coordinador, un psicólogo, un licenciado en educación física, instructora de manualidades, auxiliar de enfermería, nutricionista, manipuladoras de alimentos, personal de aseo y mantenimiento. Cuenta con equipos y mobiliario de cocina, dotación para la realización de actividades culturales, artísticas y recreativas, dotación de primeros auxilios,

Lo que hay que hacer:

Según reporta la Dra. Marta Sánchez de la Secretaría Departamental de Salud para el trámite de la certificación requieren adelantar procesos de capacitación, evaluación, inducción y reinducción del talento humano en atención integral y de emergencias, cronograma de mantenimiento de equipos muebles, valoración semestral de la persona mayor realizada por parte del equipo de talento humano, desarrollar acciones de red de apoyo con los familiares. Requiere adelantar el censo de caracterización de sus usuarios y del resto de personas mayores del municipio.

MUNICIPIO – CHAMEZA – CENTRO DÍA

El estado actual: ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO

El municipio de Chámeza cuenta con un centro día que opera en un inmueble en inadecuadas condiciones especialmente en lo referido a la cocina, los baños, no tiene rampa de acceso ni espacios para la realización de actividades grupales. Con relación al equipo de



trabajo cuenta con un coordinador, profesional de las ciencias sociales, auxiliar de enfermería, instructor de manualidades y manipuladores de alimentos. Cuenta con una dotación básica para la realización de actividades lúdicas, culturales y recreativas, equipos y menaje de cocina. Cuenta con registro de beneficiarios.

Lo que hay que hacer:

Según reporta la Dra. Marta Sánchez de la Secretaría Departamental de Salud para el trámite de la certificación requieren realizar las adecuaciones en la infraestructura en cocina, baños, rampa de acceso y áreas para la realización de actividades colectivas. Adicionalmente requiere adelantar procesos de capacitación, evaluación, inducción y reinducción del talento humano en atención integral y de emergencias, cronograma de mantenimiento de equipos muebles, valoración semestral de la persona mayor realizada por parte del equipo de talento humano, desarrollar acciones de red de apoyo con los familiares.

MUNICIPIO – VILLANUEVA – CENTRO DÍA

El estado actual: ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO

El municipio de Villanueva tiene en funcionamiento un centro día que opera en un inmueble en adecuadas condiciones de prestación de servicio. Cuenta con comedor, cocina, batería de baños, área de administración y piscina. Con relación al talento mano cuenta con coordinador, fisioterapeuta, educador físico, auxiliar de enfermería y personal de aseo,



seguridad, mantenimiento y manipuladoras de alimentos. Dispone de equipos y menaje de cocina, dotación de primeros auxilios y para la realización de actividades culturales, lúdicas, recreativas y de capacitación. Cuenta con procedimientos para la articulación de acciones con el sistema de salud.

Lo que hay que hacer:

Según reporta la Dra. Marta Sánchez de la Secretaría Departamental de Salud para el trámite de la certificación requiere la vinculación de profesionales para la realización de actividades de estimulación cognitiva y de interacción social, de capacitación en actividades productivas, la realización de procesos de inducción y reinducción del equipo de trabajo, la adquisición de mobiliario para el descanso y esparcimiento de las personas mayores, el mobiliario para personas mayores con movilidad reducida. Diseño de procesos y procedimientos, adelantar el censo de caracterización para beneficiarios del centro día y del resto de población mayor del municipio y aplicación de encuesta de satisfacción de usuarios.

MUNICIPIO – YOPAL – CENTRO DÍA

El estado actual: ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO



El municipio de Yopal tiene en la actualidad siete (07) Centros día. El de la comuna 4, Comuna 2, Comuna 5, Comuna 3, Llano Lindo, Morichal y la Chaparrera. La mayoría de centros día excepto el de la comuna 3 se encuentran en aceptables condiciones de infraestructura. Todos los centros día disponen de una dotación amplia y suficiente (incluso tal vez más de lo requerido como por ejemplo las maquinas caminadoras para la realización de actividad física y máquinas para talleres productivos) disponen de mobiliario para personas mayores con movilidad reducida, dotación de equipos de cocina y menajes, dotación de primeros auxilios, mobiliario para el descanso y esparcimiento y la realización de actividades lúdicas, recreativas y culturales. Todos disponen de cronogramas para el mantenimiento de los equipos muebles. Cuenta con procedimientos de coordinación y articulación con el sistema de salud, reglamentos internos, manuales de buen trato. Con relación al talento humano el municipio de Yopal cuenta con un grupo amplio en cada uno de los centros día entre los que se cuentan un referente de adulto mayor, profesionales de terapia física, psicóloga, medico geriatra, dinamizadores, manipuladoras de alimentos.

Lo que hay que hacer:

Según reporta la Dra. Marta Sánchez de la Secretaría Departamental de Salud para el trámite de la certificación requiere la vinculación de profesionales para la realización de actividades de estimulación cognitiva y de interacción social, de capacitación en actividades productivas, la realización de procesos de inducción y reinducción del equipo de trabajo, la adquisición de mobiliario para el descanso y esparcimiento de las personas mayores, el mobiliario para personas mayores con movilidad reducida. Diseño de procesos



y procedimientos, adelantar el censo de caracterización para beneficiarios del centro día y del resto de población mayor del municipio y aplicación de encuesta de satisfacción de usuarios. Requiere adelantar acciones de recuperación de redes familiares y comunitarias de apoyo. En la parte de infraestructura el centro día de la comuna 2 requiere mejorar el espacio para el almacenamiento de víveres y la optimización de espacios para la realización de actividades culturales, recreativas, lúdicas y deportivas, el centro día de la comuna 5 requiere mantenimiento de la batería de baños. El centro día de morichal, la cocina no cuenta con un área suficiente y no garantiza las condiciones de movilidad para personas mayores con dificultades, el centro día de la chaparrera requiere una rampa de acceso para el ingreso de personas con movilidad reducida. Es necesario garantizar la permanencia y disponibilidad de los equipos profesionales y que no dependan de la contratación con el operador de alimentos, se sugiere que las actividades deportivas, recreativas, lúdicas, culturales y artísticas sean desarrolladas por profesionales de la casa de la cultura y el IDRY.

RECOMENDACIONES GENERALES EN MATERIA DE INFRAESTRUCTURA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A PERSONAS MAYORES

1. Formulación de un (01) proyecto tendiente a la gestión de recursos para la construcción ampliación, adecuación de los centros día de los municipios del departamento de Casanare teniendo como prioridad los centros día de los municipios de Támara, La Salina, Sácama y Paz de Ariporo.
2. Conformar un equipo de trabajo (puede ser con consultorios jurídicos de las universidades que hacen presencia en el departamento) para la investigación y recuperación de redes de apoyo de personas mayores en situación de vulnerabilidad y abandono.
3. Formular un proyecto de forma conjunta entre la Oficina de Acción Social Departamental, la Secretaría de Agricultura, Ganadería y Medio Ambiente SAGYMA y las entidades territoriales para la creación y operación de las Granjas de Adultos Mayores articuladas con los centros día y o de protección según las condiciones de cada municipio.
4. Adelantar acciones tendientes a la gestión de obras de infraestructura para el beneficio de las personas mayores del departamento en el marco de los incentivos tributarios para el posconflicto según lo contemplado en la reforma tributaria ley 1819 de 2016.
5. Adelantar un proceso estructurado y sistemático de formación de referentes de adultos mayores, coordinadores y profesionales de centros día en atención integral a personas mayores, formación de emergencias, calidad y calidez en la prestación de servicios dirigidos a personas mayores.



6. Fomenta la realización de prácticas académicas de estudiantes de últimos semestres en los centros día y de protección del departamento.

8. FORMULACIÓN

8.1 PRINCIPIOS

- Universalidad: La Política Pública de Envejecimiento y Vejez de Casanare está dirigida a toda la población.
- Participación ciudadana: Proceso de construcción social de las políticas públicas que, conforme al interés general de la sociedad democrática, canaliza, da respuesta o amplía los derechos económicos, sociales, culturales, políticos y civiles de las personas, y los derechos de las organizaciones o grupos en que se integran, así como los de las comunidades y pueblos indígenas (CLAD, 2009).
- Diversidad: Libertad y bienestar individual y colectivo, en situaciones concretas. Reconoce la identidad individual, colectiva y cultural en interdependencia con el contenido del principio de igualdad. (Touraine, 1998)
- Igualdad: La Política pública Departamental, desde la especificidad, reconoce y promueve el principio de acuerdo con el cual todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros (ONU, 1948), y deben recibir la misma protección y trato de las autoridades y gozar de los derechos, libertades y oportunidades sin ningún tipo de discriminación (Colombia, 1991).



- Justicia Social Distributiva: Hace referencia a los máximos beneficios al mayor número de personas, con énfasis en quienes tienen las mayores desventajas.

8.2 RETOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DE CASANARE

- ✓ El reconocimiento de las obligaciones y los derechos
- ✓ El envejecimiento de la sociedad en interdependencia con el desarrollo económico, social y cultural de la Nación.
- ✓ Superar las desigualdades sociales
- ✓ La dependencia funcional, la enfermedad, la discapacidad y la calidad de vida
- ✓ Erradicar el hambre y la pobreza extrema.
- ✓ El envejecimiento activo, satisfactorio y saludable como derecho.
- ✓ El cambio cultural respecto al envejecimiento humano y la vejez, en particular, sobre imaginarios adversos y representaciones sociales discriminatorias del envejecimiento humano y la vejez

8.3 AJUSTE A LAS METAS DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

Las metas se definen por eje estratégico de la Política, para una mejor identificación, monitoreo y evaluación de los logros esperados, y se ajustarán cuatrienalmente, de considerarlo necesario, de acuerdo con los avances, retrocesos o dificultades evidenciados



durante cada periodo de gobierno y los lineamientos que establezcan los Planes de Desarrollo Nacionales o Departamentales.

8.4 OBJETIVO GENERAL

Incidir a nivel territorial privado y público sobre las condiciones de desarrollo social, político, económico y cultural, que la familia y la sociedad sean el medio para propiciar que las personas adultas mayores Casanareñas de hoy y del futuro alcancen una vejez autónoma, digna e integrada, dentro del marco de los derechos humanos y en corresponsabilidad individual, familiar y social

8.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Promoción, desarrollo y garantía los derechos humanos, sociales, económicos y culturales de las personas adultas mayores y construcción de condiciones que garanticen la superación de desigualdades sociales en la vejez, en términos de seguridad de ingresos, servicios de salud, servicios sociales, educación y género, entre otros.
- ✓ Garantizar condiciones de protección social integral para los colectivos y personas adultas mayores.
- ✓ Promover un envejecimiento activo, satisfactorio y saludable orientado a la autonomía, integración, seguridad y participación efectiva de las y los Casanareños.
- ✓ Movilizar, coordinar y articular las acciones intersectoriales en torno a la

Protección Social Integral de las personas adultas mayores y a facilitar la construcción de vidas dignas, humanizadas y con sentido.

- ✓ Promover una sociedad justa, igualitaria, participativa, diversa y solidaria para todas las personas adultas mayores, con especial énfasis en aquellas en condiciones de extrema pobreza y alta desventaja social

8.6 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE ADULTO MAYOR

Son medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad.



Aunque todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible deberían guardar relación con los adultos mayores, hicimos una selección identificando con el punto verde aquellos que desarrollaremos y articularemos con la política pública de envejecimiento y vejez del Departamento de Casanare, a partir del documento “El desarrollo sostenible en un mundo



que envejece”, que es un llamado a los Estados Miembros de la ONU sobre la agenda de desarrollo Post 2015 que son hoy los ODS.

"Para garantizar el desarrollo sostenible necesitamos conocer cuántas personas habitan en el planeta actualmente y cuántas serán en los próximos años... Necesitamos conocer la edad que tienen y cómo cambiará la distribución etárea. El crecimiento demográfico y el envejecimiento, la migración y la urbanización afectan todos los objetivos de desarrollo.

"Los países con una población envejeciente necesitan respuestas con políticas públicas que apoyen a su población mayor con el fin de eliminar los factores que obstaculizan su plena participación en la sociedad al tiempo de proteger sus derechos y su dignidad.

Con base en el estudio referido los Objetivos de Desarrollo Sostenible que articularemos para la formulación de la política pública de envejecimiento son los siguientes:

ODS 1: FIN DE LA POBREZA: La declaración del informe del Equipo de Trabajo del Sistema de Naciones Unidas sobre dinámicas de población estableció que se debe erradicar la pobreza en todas sus formas para todas las personas, para establecer un marco de desarrollo único y universal que tome en cuenta la erradicación de la pobreza, la sostenibilidad ambiental, la desigualdad, los derechos humanos y la responsabilidad global. Donde las personas mayores contribuyan al desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza. Las desigualdades a lo largo del ciclo de vida en cuanto a ingresos, educación, empleo, salud, discapacidad y género se incrementan con la edad y este factor debe ser reconocido.



ODS 2: SALUD Y BIENESTAR: La declaración del informe del Equipo de Trabajo del Sistema de Naciones Unidas sobre dinámicas de población estableció “El marco de desarrollo de la Agenda Post-2015 debe considerar el progresivo y rápido envejecimiento global, a través de la promoción de un envejecimiento saludable y digno proporcionando entornos favorables para las personas mayores a fin de integrarlas en el proceso de desarrollo como un activo y no una carga”. Este ODS busca mejorar la atención en salud, abordando la cobertura universal, el acceso y asequibilidad, y asumir la carga de las enfermedades no transmisibles.

Así esto las metas de salud en el marco de desarrollo deben estar orientadas en maximizar la esperanza de vida sana en todas las etapas de la vida, incluyendo la cobertura universal para garantizar la salud de niñas y niños, mujeres y hombres durante todo el ciclo de vida.

ODS 5: IGUALDAD DE GÉNERO: Busca combatir la desigualdad y la exclusión, y elimina los obstáculos que comprometen la plena participación de las personas en la sociedad independientemente de su edad, condición de discapacidad o género. Es un objetivo para la equidad de género con indicadores y objetivos inclusivos para las personas de todas las edades, sin desigualdades basadas en el género que a menudo son factores determinantes para que las mujeres mayores sufran mayor abuso físico, patrimonial y discriminación.

ODS 8: TRABAJO DECENTE Y CRECIMIENTO DIGNO



En consideración del Secretario General de la ONU los Estados miembros deben tener en cuenta reconocer la edad como uno de los temas transversales y promover el desarrollo inclusivo, el trabajo digno, la protección social y garantizar el acceso a todos los servicios básicos;

Los objetivos y metas adoptados por los Estados miembros deben ser datos concretos medibles y auditables de todos los ciudadanos, y poseer información de los grupos de la llamada tercera edad. Los datos deben ser desglosados por edad para mostrar como las políticas, programas y presupuestos – incluso aquellos que garantizan los ingresos seguros, educación, trabajo digno, protección en conflictos y crisis humanitarias y un ambiente de apoyo y seguro – son proporcionados a todos los grupos poblacionales a lo largo del ciclo de vida.

N° 10 REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES: Crear un marco basado en los derechos universales identificando que según las cifras En el año 2030 habrá más personas mayores de 60 años que los niños menores de 10 años. En 2050, habrá 2 mil millones de personas mayores en el planeta, la mayoría de las cuales serán mujeres. Las cifras actuales muestran que existen 84 hombres por cada 100 mujeres mayores de 60 años, 5 y las personas mayores vivirán principalmente en países en desarrollo, por eso debemos asegurarnos que las voces de las personas mayores sean escuchadas y su participación esté garantizada en el proceso de desarrollo del marco Post 2015.

N° 17 ALIANZAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS: Promover una mejor rendición de cuentas de los compromisos estatales asumidos a través de una "revolución de datos

desglosados” para medir y monitorear los progresos en términos de edad, el género y discapacidad para identificar las brechas dentro y entre los grupos poblacionales en el marco mundial. Los Estados miembros de la ONU buscan incluir el enfoque de ciclo vital que permitirá garantizar un desarrollo sostenible y equitativo para las personas de todas las edades y habilidades.

8.7 EJE 1: PROTECCIÓN Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS PARA EL ADULTO MAYOR

Objetivo: El conocimiento y la efectividad de los derechos humanos como el ejercicio pleno de las garantías para los adultos mayores en el Departamento de Casanare.

METAS:

- ✓ Asesoría y asistencia técnica a los Municipios para la Formulación de la Política Pública del Adulto mayor.
- ✓ Seguimiento a planes, programas y/o metas e indicadores y elaboración de cronograma de actividades anuales municipales y del departamento dirigidos a adultos mayores Seguimiento de las Personerías Municipales para la efectividad de los derechos de los adultos.
- ✓ Formación sobre derechos y obligaciones dirigido a adultos mayores y sus familias.
- ✓ Creación e implementación de la Ruta de atención para el adulto mayor maltratado
- ✓ Promoción de la inclusión laboral para personas adultas mayores
- ✓ Vigilancia y control centros vida, y Centros de Bienestar del Anciano



- ✓ Creación del Sistema efectivo de Peticiones Quejas y reclamos para adultos mayores
- ✓ Caracterización de los adultos mayores en y de la Calle, de negritudes y minorías étnicas, con discapacidad y aquellos víctimas del conflicto armado
- ✓ Formación, desarrollo y consolidación de organizaciones sociales, voluntariados para del adulto mayor.
- ✓ Promoción del buen trato e integración social de los adultos mayores y prevención de maltrato, abandono y violencia.
- ✓ Implementación de la Mesa de justicia para el seguimiento a casos de las diferentes formas de maltrato contra el adulto mayor
- ✓ Creación e implementación de una herramienta tecnológica para el registro seguimiento y control del cumplimiento de los derechos humanos de los adultos mayores

8.8 EJE 2: PROTECCIÓN SOCIAL INTEGRAL

Objetivo: Desarrollar acciones para disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en el Departamento de Casanare.

METAS:

- ✓ Programa formador de cuidadores dirigido a las personas encargadas del cuidado y protección del adulto mayor
- ✓ Formación de capital humano dedicado a la atención de los adultos mayores en el Departamento de Casanare

- ✓ Desarrollo de programas de prevención y promoción en los Centros de Bienestar del Anciano y centros vida
- ✓ Construcción, instalación, adecuación, dotación, funcionamiento de Centros de Vida y Centros de Bienestar del Anciano
- ✓ Construcción, instalación, adecuación, dotación, funcionamiento, desarrollo y Desarrollo de programas de prevención y promoción en los centros de vida móviles
- ✓ Inspección, vigilancia y control de IPS para la efectividad de los derechos de los adultos mayores.
- ✓ Creación de un modelo interinstitucional de atención en salud que priorice al adulto mayor.
- ✓ Elaborar y difundir protocolos y guías de práctica clínica de atención para prevenir, tratar y rehabilitar morbilidad prevalente y controlar factores de riesgo de discapacidad como dependencia funcional, mortalidad evitables y depresión entre otros.
- ✓ Conservación de autonomía e independencia de personas adultas mayores
- ✓ Fomentar la implementación de estándares de vivienda y espacios públicos accesibles para personas adultas mayores..
- ✓ Promover condiciones de seguridad alimentaria y nutricional para las personas adultas mayores, generando hábitos alimentarios adecuados, con énfasis en el acceso, disponibilidad y consumo de una alimentación adecuada, focalizado

- ✓ Diseñar y gestionar estrategias de generación de ingresos, promoción de cadenas productivas, urbanas y rurales, y reducción del índice de dependencia económica de y para personas adultas mayores.
- ✓ Promoción del gestor jurídico y en salud para el adulto mayor
- ✓ Acciones para adultos mayores de 80 años.

8.9 EJE 3: ENVEJECIMIENTO ACTIVO:

Objetivo. Crear condiciones de envejecimiento para una vida autónoma, digna, larga, y saludable para toda la población Casanareña.

METAS:

- ✓ Servicio social opcional para los estudiantes universitarios de los dos últimos semestres y bachilleres de los últimos grados de educación secundaria en cuidado y promoción de salud de personas adultas mayores y estructuración de programa conjunto de capacitación.
- ✓ Diseño e implementación de programa para eliminación de barreras arquitectónicas, formación ciudadana, promoción del diseño universal y guías y/o protocolos sobre prevención de caídas y accidentes en personas adultas mayores en la vivienda, lugares de estudio, sitios de trabajo, vías y espacio público.
- ✓ Diseño e implementación de programas de autocuidado para el fomento de estilos de vida saludable
- ✓ Fomento de actividades educativas y socioculturales.
- ✓ Alfabetizaciones para los adultos mayores.



- ✓ Prevención de accidentalidad para el adulto mayor

8.10 EJE 4: FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO E INVESTIGACIÓN

OBJETIVO: Utilizar el conocimiento humano profesional y de investigación para fortalecer y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores Casanareños.

METAS:

- ✓ Construcción del observatorio Departamental para el adulto mayor Casanareño.
- ✓ Promover programas de formación de auxiliares para el cuidado institucional formal, el cuidado familiar informal y la atención domiciliaria de personas adultas mayores, con énfasis en atención de demencias, discapacidades y dependencias.
- ✓ Contenidos curriculares de formación básica sobre envejecimiento activo, respeto y protección de las personas adultas mayores, incorporados en planes de estudio de primaria y bachillerato.

9. MECANISMOS PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO

Son elementos fundamentales que conllevan a la retroalimentación y el fortalecimiento de las políticas públicas como mecanismos transformadores del valor público. (Seguimiento y evaluación a políticas públicas. DNP, 2017)



9.1 MECANISMO CIUDADANO

Veeduría ciudadana: Los grupos de adultos mayores organizados y acreditados en la entidad territorial serán los encargados de efectuar la veeduría ciudadana sobre los recursos recaudados por concepto de la estampilla. (Ley 1276 de 2009, art 10). Esta veeduría ciudadana deberá ser organizada y capacitada por la Gobernación de Casanare, equipo del despacho del Gobernador una vez elegidos los veedores recibirán la Política Pública de Envejecimiento y Vejez de Casanare para adelantar el control y seguimiento.

9.2 MECANISMOS PUBLICO PRIVADO

9.2.1 Consejo Departamental de Política Social

Es la instancia máxima de planificación, decisión, orientación y evaluación de la operación del Sistema Nacional de Bienestar Familiar. Allí se toman de decisiones que posibilitan la identificación de procesos dirigidos al diseño como al desarrollo integral y coherente de la política social. Este espacio es intersectorial de particulares y organizaciones del Estado para desarrollar, diseñar estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de los habitantes de Casanare.

El Consejo Departamental de Política Social solicitará un plan anual para la ejecución de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez de Casanare, y en cada una de sus sesiones deberá presentarse un avance por parte del Departamento Administrativo de Planeación y el Despacho del Gobernador oficina asesora de acción social.



9.2.2 Comité Departamental del Adulto Mayor

Tiene como función principal generar acciones que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de vida de los adultos mayores de Casanare y hacer seguimiento para la efectividad de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez

El Comité Departamental del Adulto Mayor solicitará un plan anual y en cada una de sus sesiones deberá presentarse un avance por parte del Departamento Administrativo de Planeación y el Despacho del Gobernador oficina asesora de acción social.

9.3 MECANISMO ADMINISTRATIVO

Para el control y seguimiento de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez se elaboraron dos (2) la primera desarrolla el plan decenal y la segunda matriz para su desarrollo por años estas matrices además de los ejes estratégicos, objetivos, metas, establece los indicadores de producto y de resultado por año, también establece las actividades y su desarrollo decenal y por años.

9.4 PLAN DE ACCIÓN

EL segundo martes de cada año se reunirán los secretarios de despacho y demás funcionarios responsables de la ejecución de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez del departamento de Casanare para elaborar el plan de acción para el año correspondiente el cual será presentado en su primera sesión al Consejo Municipal de Política Social de la misma forma en las siguientes sesiones se presentarán informes de avance. De la misma



forma se procederá con el Comité Municipal de Adulto mayor el cual deberá ser informando del plan de acción en su primera reunión en informes de avance en las demás sesiones del año.

9.5 RENDICIÓN DE CUENTAS

En el último comité Departamental del Adulto Mayor y en la última sesión del Consejo Departamental de Política Social se adelantará rendición de cuentas en la que se mostrará los avances de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez de Casanare, este proceso será adelantado por el Departamento Administrativo de Planeación y Despacho del Gobernador y el Despacho del Gobernador oficina asesora de acción social.
