

Older adults: public policies and social services in Bogota

Sumario:

Caracterización de las personas mayores en la Nueva Granada y en Colombia. Nuevos “roles” del adulto mayor, en una sociedad injusta. Un ejemplo impactante de afectación a los derechos: el tratamiento del adulto mayor. Reclamo tutelar. Caracterización de la política pública. Los servicios sociales, uno de los instrumentos para concretar políticas públicas. El triunfo de lo local. Política pública para el adulto mayor, en Bogotá. Conclusiones. Bibliografía.

Resumen:

El artículo presenta una conceptualización de la política pública relacionada con el adulto mayor, especialmente en el ámbito de los servicios sociales. Parte de la base de la dura situación de las personas mayores, la necesidad de garantizarles sus derechos a la salud, vivienda, trabajo, entre otros, lo cual se concreta, en parte, con las políticas públicas establecidas en el Plan de Desarrollo de la alcaldía de Bogotá. El texto busca contribuir a la conceptualización de la problemática para que la política pública no se convierta en sofisma de distracción y para que los servicios sociales no sean una forma de taponar las goteras que dejó el neoliberalismo, sino que las políticas públicas y los servicios sociales, aunadas al rescate de lo local, garanticen los derechos del adulto mayor y contribuyan a remodelar el Estado en el momento ideal del post- capitalismo salvaje.

Palabras clave: adulto mayor, vejez, políticas públicas, servicios sociales, plan de desarrollo.

Abstract:

This article presents a conceptualization of the public policy related to the elders, in particular the policy related to social services, which are considered urgent measures in a context of inequality and erosion of the modern state due to the neoliberal model. The authors present the difficult situation senior citizens face, the importance of guarantying their rights to healthcare, descent housing, work, and so forth, and providing social services to them, which is concretized in the local public policy indicated in Bogota's Development Plan. The text intends to contribute to the conceptualization of the problem, so the public policy does not became a distraction sophism and the social services do not turn into a way to mitigate the effects of the neoliberal model. The purpose of the article is that those policies and services, together with local initiatives, guarantee the rights of the elder and contribute to refurbish the state in the context of savage neoliberalism.

Key words: The elders, old age, public policies, social services, development plans.

Artículo: Recibido, julio 25 de 2009; aprobado septiembre 4 de 2009.

Oscar José Dueñas Ruiz: Abogado de la Universidad del Rosario, profesor de carrera e investigador del Grupo en Derechos Humanos de la Universidad del Rosario. Ex-magistrado auxiliar de la Corte Constitucional.

Correo electrónico: oscarjoseduenas@hotmail.com



Adulto mayor, políticas públicas y servicios sociales en Bogotá

Oscar José Dueñas Ruiz

Caracterización de las personas mayores en la Nueva Granada y en Colombia

Cada sociedad crea su propio modelo de persona mayor¹.

En las culturas amerindias los adultos mayores se asimilaban a sabios, poseedores de la tradición, oficiaban de sacerdotes o a veces de mohanes, eran objeto de alta estima y respetabilidad. Para referirse al mohán, los muiscas o chibchas usaban los nombres '*anciano-ave sacerdote*', o '*ministro anciano-ave de Bochica (o de Chibchacum)*', o '*ministro del anciano-ave Bochica*' (González de Pérez, 1996). Y los ancianos muiscas formaban parte de un consejo para ayudar a los caciques en el gobierno². El cabildo, instancia democratizadora fundamental, siempre contaba con la asesoría de los ancianos conocidos como sabios, capitanes, etcétera (Noveno B, 2009). Dice el cronista Pedro Simón que los indios viejos también se ganaban la vida haciendo supersticiones o como curanderos: "*No sólo los jeques, pero aún otros indios viejos ganaban su vida haciendo mil supersticiones en necesidades que pedían...*" (Aguado de, 1953, p.277).

Durante la Conquista desapareció este rasgo característico de la cultura indígena, entre otras razones por el establecimiento de un sistema tributario opresivo, extraño y por falta de reglas estatales claras. Hubo una época en que proliferó toda suerte de abusos en la tasación de los tributos y cada encomendero exigía a los indígenas lo que le venía en gana (Aguado de, 1931). Como denunció fray Bartolomé de las Casas en su obra *Brevísima relación de la destrucción de las Indias*, en el Nuevo Reino de Granada también mataban a los nativos "*con infernales tributos*". El principal mecanismo de sometimiento y expoliación de este sistema tributario se desarrolló a través de los denominados "*indios tributarios o útiles*". Eran los indios encomendados cuya edad había de oscilar entre los 17 y los 54 años (Ruiz, 1975). No eran "útiles" los menores de edad ni los adultos mayores. O, dicho de otra manera, eran "inútiles" desde la perspectiva alcabalera de la monarquía española. Sin embargo, los encomenderos rebasaban dichos topes y obligaban a tributar a menores de 17 años y a los adultos con más de 54. Cuando no, los indios viejos quedaban reservados para prestar servicios personales, que era otra forma de *demora* o tributo colonial, para beneficio de su encomendero o en tierras del grupo indígena. Con esta práctica, el indio viejo y el grupo indígena

1 La ley colombiana emplea la locución adulto mayor. Los adultos mayores son aquellas personas que se encuentran en una etapa de marcados cambios a nivel físico, psicológico y social. El estándar internacional y la ley clasifican como adulto mayor a quien sea de 60 años en adelante. Pero, en Bogotá, se ha distinguido entre adultez (de los 50 a los 60 años) y vejez (más de 60 años)

2 Tal organización civil y política de los pueblos indígenas ha sido (es aún hoy en día) esencial la presencia de los ancianos. Como en muchas culturas del mundo, la relación de vejez y autoridad iban de la mano.

sufrieron una dramática limitación de la dignidad y de la libertad de su trabajo (Hernández, 1978). Esta política de “*utilización*” de los indígenas, incluidos los adultos mayores, abarcaba tanto lo económico y fiscal como lo religioso. Eran los designios imperiales de la época para el sometimiento material e ideológico de los conquistados o “*vencidos*”.

A lo largo de todo el período colonial no existe prueba documental que testimonie, en la Nueva Granada, la existencia de instituciones que se hayan ocupado del cuidado y atención de los adultos mayores³, con excepción del *Hospital San Pedro*, fundado por el primer arzobispo fray Juan de los Barrios, en 1564, en Santa fé. Allí se atendía a los enfermos y ancianos⁴.

La emancipación, desarrollada fundamentalmente por los jóvenes, logró la independencia política de España, pero mantuvo la estructura económica colonial y solamente en la mitad del siglo XIX movimientos de artesanos y comerciantes modificaron la vetusta legislación; y en 1872 se adopta para toda la República el Código Civil Napoleónico, rigiendo la estructura familiar allí establecida, es decir, dándosele importancia al *pater familiae*, en cuanto propietario, resaltándose así la preeminencia de los varones de mayor edad, salvo el caso de los indígenas a quienes la ley 153 de 1887 continuaba calificando como “*bárbaros*” y los desamparados a quienes se denominaba “*peones*” y estaban sujetos a la voluntad del amo y el pueblo pobre al que denominaban “*vulgo*”. Con una cobertura en extremo precaria, desde entonces, algunas instituciones de la Iglesia Católica se preocuparon por los ancianos desprotegidos, cumpliendo el mandato de la caridad. A Colombia llegaron dos comunidades religiosas: las “*Hermanitas de los pobres*”, procedente de Francia, y las “*Hermanitas de los ancianos desamparados*”, de España. La primera arribó al país en 1899 y la segunda, en 1940. Y una tercera comunidad surgió en Colombia en el siglo XX, las “*Hermanitas de los Pobres de San Pedro Claver*” (Dulcey et al, 2001). Sea lo que fuere, la sociedad colombiana, en la época republicana, estamentaria y en ocasiones humanista, fue creando, paradójicamente, una

idea respetable de los mayores, dentro de un contorno signado por la solidaridad.

A finales del siglo XX, por la influencia del neoliberalismo, no es extraña una ideología neomaltusiana; por eso, se soslaya al adulto mayor, se lo considera un estorbo, se le da, en ocasiones, al término vejez una connotación negativa, pues se asocia con problemas de segregación, deterioro, dependencia, inactividad, inutilidad, etc.; e inevitablemente se liga a la idea de muerte. En una sociedad signada por las injusticias sociales, el adulto mayor ya no disfruta del descanso merecido que se debe a quienes superan determinados años, se lo excluye de los derechos pero no de las obligaciones⁵ y, muchas veces, por la discapacidad, existe una violencia invisible contra él⁶.

Nuevos “roles” del adulto mayor, en una sociedad injusta

Las circunstancias sociales están comprometiéndose al adulto mayor con obligaciones que otros debieran haber asumido. En las grandes ciudades, concretamente en Bogotá, las y los *abuelos y abuelas* están reemplazando a los padres en el cuidado de los hijos pequeños⁷, están siendo los asiduos asistentes a las Juntas de Acción Comunal, Comités Locales, Veedurías y demás escenarios de participación y de compromiso social; y, además, son defensores de un modelo de sociedad, que conocieron, que aunque fuera expresión de subdesarrollo, de todas maneras, no era el deshumanizado capitalismo salvaje. Por consiguiente, se lo excluye pero se le exige.

En Colombia, al igual que en el resto del mundo, sus habitantes viven un proceso de envejecimiento. Se estima que en el año 2025 habrá 6.606.000 de personas mayores de 60 años. (Naciones Unidas, citado en Echeverri, 1994).

En materia de población⁸, en el Distrito Capital de Bogotá⁹ hay cerca de 643.552 personas pertenecientes a este grupo poblacional, lo cual representa el 8,99% del total de personas en Bogotá.

3 En determinados estamentos (esclavos, trabajadores de las minas) el promedio de vida era de 35 años

4 En otras colonias, como en la Nueva España, existían los denominados *hospitales pueblo*.

5 Son centenares los ancianos indigentes en las grandes ciudades, son miles los adultos mayores desplazados por la violencia.

6 No es raro que algunas familias vivan solamente de la mesada pensional del “abuelo”, o que, lo acompañen en el instante de recibir la mesada para apropiarse de ella a cambio de una atención familiar, o, inclusive, que se obligue al anciano a contraer nupcias, ficticias claro está, con una joven familiar para que ésta pueda disfrutar pronto de una pensión de sobrevivientes

7 Los padres, o la madre cabeza de familia, tienen que dejar a sus hijos mientras trabajan o cuando emigran a EEUU o a España en búsqueda de trabajo.

8 Proyección de Población para Bogotá D.C. elaborada por el DANE y la SDP (octubre 2008).

9 La ciudad tiene, según el DANE, 6'776.009 habitantes.



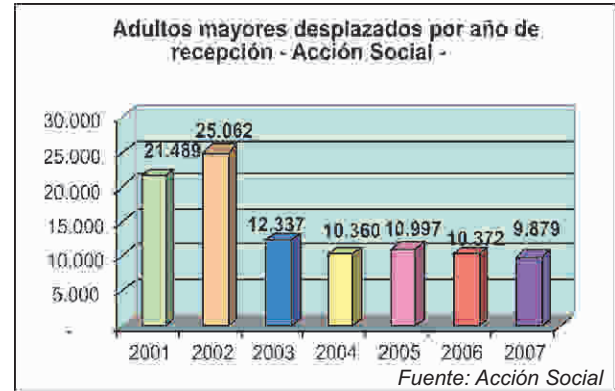
En el diagnóstico que aparece en el Plan de Desarrollo “*Bogotá Positiva: para vivir mejor*”, se mencionan los siguientes aspectos relativos a las personas mayores:

1. La población joven en la ciudad ha disminuido;
2. El porcentaje de analfabetismo tiende a aumentar con la edad, esta condición es más marcada en las mujeres que en los hombres;
3. La presencia de limitaciones crece a medida que la edad aumenta;
4. 2.707 adultos entre los 41 y 60 años de edad son habitantes de calle;
5. Los agresores más comunes para las personas mayores son los identificados como familiares civiles y consanguíneos, y los hijos de estas personas mayores.

Adicional a ello, yendo más allá del diagnóstico aludido, la población mayor debe enfrentar en Bogotá situaciones como: fragilidad del sistema inmunológico a causa del desgaste normal del organismo, sentimiento de dependencia, miedo al abandono, violencia, miedo a la muerte, aislamiento social, la depresión, que inclusive puede llevar hasta el suicidio. Lo anterior se agrava sobremanera por una violencia sobre los adultos mayores y con la situación del desplazamiento interno forzado¹⁰.

La ONG CODHES estima que en Colombia, en los últimos años, ha habido 4'352.183 personas desplazadas internamente; el gobierno nacional, mediante su oficina Acción social dice que son 2'540.909. De éstos, según el gobierno, más de cien mil son adultos mayores.

Gráfico 1. Desplazamiento interno forzado de adultos mayores.



Un ejemplo impactante de afectación a los derechos: el tratamiento de salud al adulto mayor

En los adultos mayores pueden surgir discapacidad, pobreza, marginación, por eso pueden quedar afectados por grados diferentes de *dependencia*¹¹. A la persona de cierta edad le surge mayor o menor restricción para realizar actividades, lo cual es normal en todos los seres humanos, con el paso del tiempo¹². En muchas ocasiones el adulto mayor queda afectado, al mismo tiempo, por el fenómeno de la discapacidad y el fenómeno del envejecimiento que producen limitaciones y lo tornan *vulnerable*¹³. La solución nunca puede ser la exclusión sino la rehabilitación y la integración. Estos fenómenos demandan soluciones, principiando por la supresión de barreras y el respeto a los derechos fundamentales, entre ellos, la salud¹⁴.

En Colombia, la atención en salud se *privatizó* por la ley 100 de 1993, siguiendo las orientaciones neoliberales¹⁵; aunque, es importante aclarar que quienes están en situación precaria pueden acceder a un servicio subsidiado llamado Sisbén¹⁶. Pero no todos pueden

10 Investigación realizada por la Universidad del Rosario constató una mayor seriedad del Distrito Capital de Bogotá que de las oficinas nacionales, en el trato al desplazado.

11 Se entiende por *dependencia* el requerir ayuda de otra persona para la realización de las actividades de la vida cotidiana.

12 La Organización Mundial de la Salud ha establecido la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, dándole a cada uno de estos conceptos la siguiente definición: la *deficiencia* alude a cuestiones orgánicas porque es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica o anatómica; la *discapacidad* tiene que ver con las consecuencias de esos problemas orgánicos y, en consecuencia, es toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado como normal; *minusvalía* se ubica en el plano social y, por tanto, es toda situación de desventaja, sufrida por un individuo como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol dado en función de las características personales de un determinado entorno.

13 Se entiende por *vulnerabilidad* la situación de indefensión o la incapacidad de respuesta frente a diferentes problemáticas, a las que se ven sometidos los individuos o grupos poblacionales, como consecuencia de factores endémicos, físicos o psicológicos, económicos, sociales, culturales, jurídicos o políticos.

14 La jubilación no puede ser la única solución ya que el adulto mayor se torna vulnerable y la prestación pensional apenas es una de las formas para enfrentar la vulnerabilidad propia de la avanzada edad.

15 Los profesores de la Universidad de Harvard: Norman Daniels, Thomas Bossert y William Hsiao, en entrevista a la revista colombiana *Semana* de julio de 2009, hacen cuestionamientos a la eficiencia del sistema de salud en Colombia y su privatización (Ronderos, 2009).

16 El Sisbén ha sido muy útil para la atención de quienes están en estratos 1 y 2 (en Colombia la sociedad ha sido estratificada en 6 grupos), pero, en muchas ocasiones se tergiversa, como ha ocurrido cuando el sistema, en determinadas regiones, ha sido “botín” de los paramilitares.

acceder al servicio, que, además, es deficiente. Esa situación va de la mano, muchas veces, por la carencia de alimentos. La soberanía alimentaria es un derecho inalienable de los pueblos.

La pobreza y el hambre no son fatalidades, ni menos aún pueden ser toleradas por el Estado. El derecho a la salud exige mandatos de optimización. Las Observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Cescr, 1989), acerca del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc, 1966) reconoce que los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y garantizar derechos. Al referirse a la salud, la Observación General N° 14 (2000) habla respecto '*al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*', porque '*la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos*'. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, considera que el derecho a la salud "*en todas sus formas y a todos los niveles*" implica, entre otras cosas, que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, en cuatro dimensiones superpuestas: (a) 'no discriminación', (b) 'accesibilidad física', (c) 'accesibilidad económica' (asequibilidad), y (d) 'acceso a la información'; todo ello con preferencia para los más necesitados.

Reclamo tutelar

Una de las formas acogida por los colombianos para enfrentar las contingencias derivadas del irrespeto a los derechos fundamentales de las personas y, especialmente de los adultos mayores, es el acudimiento masivo ante los jueces, en acciones de tutela o amparo. Desde cuando se inició la acción de amparo hasta el 4 de febrero de 2009 se han presentado 2.181.420 tutelas¹⁷. La mayoría de ellas, actualmente del 40%, corresponde a reclamos por salud (por no entrega de medicamentos recetados por el médico tratante en las EPS o por no practicar los procedimientos ordenados), le sigue en porcentaje (20%) el no reconocimiento de pensiones legalmente causadas o el señalamiento menor de la mesada pensional y los derechos reclamados por los desplazados. El desbordamiento de los reclamos hechos ante los jueces (algo que no debiera ser así porque las recetas de medicamentos y las órdenes de

procedimientos proceden de la misma entidad encargada de entregarlos y efectuarlos), llevó a la Corte Constitucional a dar órdenes generales y proceder al monitoreo del cumplimiento de lo ordenado. La mayoría de las tutelas o amparos instaurados prospera. Para salirle al paso a las acciones particulares y disminuir el número de tutelas presentadas, la jurisprudencia principió a hablar de políticas públicas. En la sentencia T-760 de 2008, la Corte Constitucional precisó las tres condiciones básicas que, en su sentir, debe observar *toda política pública* para ubicarla dentro del ámbito constitucional. Dice la Corte:

3.3.11. La primera condición es que la política efectivamente exista. No se puede tratar de unas ideas o conjeturas respecto a qué hacer, sino un programa de acción estructurado que le permita a la autoridad responsable adoptar las medidas adecuadas y necesarias a que haya lugar. Por eso, como se dijo, se viola una obligación constitucional de carácter prestacional y programática, derivada de un derecho fundamental, *cuando ni siquiera se cuenta con un plan* para progresivamente cumplirla....

3.3.12. La segunda condición es que la finalidad de la política pública debe tener como prioridad garantizar el goce efectivo del derecho. En tal sentido, por ejemplo, no puede tratarse de una política pública tan sólo simbólica, que no esté acompañada de acciones reales y concretas....

3.3.13. La tercera condición es que los procesos de decisión, elaboración, implementación y evaluación de la política pública permitan la participación democrática. En tal sentido, la jurisprudencia ha considerado inaceptable constitucionalmente que exista un plan (i) '*que no abra espacios de participación para las diferentes etapas del plan*', o (ii) '*que sí brinde espacios, pero éstos sean inocuos y sólo prevean una participación intrascendente*.'Cuál es el grado mínimo de participación que se debe garantizar a las personas, depende del caso específico que se trate, en atención al tipo de decisiones a tomar.

¹⁷ En los últimos meses, el promedio diario de expedientes que llegan a la Corte Constitucional para eventualmente revisar fallos de tutela es de 1.620. Como se aprecia, es un altísimo volumen de casos de violación a los derechos fundamentales.



Los jueces tuvieron que invocar las políticas públicas, algo extraño para ellos¹⁸. Lo digno de resaltar es que este comportamiento judicial, al invocar las políticas públicas, es una respuesta al individualismo descarnado, aunque justo y explicable, hecho a través de acciones jurisdiccionales, que viabilizaban la necesidad de dar respuestas de fondo.

Caracterización de la política pública

Las políticas públicas, dentro del pensamiento único que quiso imponer el modelo neoliberal, apuntaban hacia la flexibilización laboral, la competitividad y las llamadas reformas estructurales (frase para desmotar el Estado de bienestar) porque tenía como eje la transición del keinesianismo al monetarismo (ejemplo, Inglaterra a finales de la década de 1970). Esa corriente, por algunos llamada “clásica”, fracasó.

Las políticas públicas, en una dimensión sana, humanista, pueden considerarse como la manera de expresarse el Estado en la determinación del bienestar social. En esta dimensión, el Estado es un servidor y un instrumento que ayuda a la cohesión social y supera el esquema derivado del Estado liberal, porque ya no serían excluyentes los derechos derivados de la libertad (dentro de ella la libertad económica) sino que deben integrarse con los derechos económicos, sociales y culturales DESC-. Lo anterior implica reformas a la concepción clásica del Estado liberal. Hay quienes sostienen que las propuestas deben partir de la academia, otros hablan de la sociedad civil, muchos las identifican con las estrategias de los planes de desarrollo, pero, en realidad, le corresponden al pueblo, como expresión democrática.

Desde otra óptica, hay quienes ven con pesimismo tales políticas porque las consideran un sofisma de distracción, ante la inoperatividad del Estado. El desafío es convertirlas en realidad garantizadora de los derechos, como lo dijo la Corte Constitucional colombiana. O sea, que la política pública y los derechos prevalezcan sobre el mercado.

La formulación de una buena política pública reduce el nivel de incertidumbre en la toma de decisiones. En esa formulación se

describen las alternativas de solución, los beneficios que se obtendrían, la organización que se requiere, las limitaciones que existen, la selección de la mejor alternativa. Implementar lo decidido, más que ejecución, es acercarse a los objetivos, que no pueden ser otros que la mejor calidad de vida para las personas. Luego vendrá la evaluación, que es útil, en la cual deben participar también la sociedad civil y las diversas dependencias de la administración, advirtiéndose que la evaluación en ningún caso puede desplazar al debate político, ya que es el ejercicio de la democracia participativa el que permite examinar los impactos económico, ambiental, de género y ético.

Tratándose del adulto mayor, la realidad que se pretende superar es la situación de abuso y desamparo en la cual se hallan las personas mayores, agravado esto por la falta de una cultura proclive hacia los derechos de las personas de mayor edad. El desafío es detectar las *necesidades* del adulto mayor, en lugares concretos para políticas públicas, concretas y eficientes, que tienen que garantizar la calidad de vida de la población mayor, entendida ésta como el sentimiento de bienestar y satisfacción, que resulta del goce efectivo de derechos en términos de vivienda, salud, educación, trabajo decente, salario digno, vestido, libertades humanas, servicios sociales, todo ello dentro del contexto cultural y social específico de cada persona¹⁹.

Los servicios sociales, uno de los instrumentos para concretar políticas públicas

En el lineamiento conceptual para la construcción de políticas públicas no solamente debería desarrollarse lo que tiene que ver con los derechos de salud, pensiones, trabajo, cumpliendo el mandato del artículo 1° de la ley 789 de 2002 de Colombia, sino que es conveniente agregar algo muy propio de un nuevo modelo de sociedad y que engloba numerosos rubros, lo referente a los servicios sociales. Durante la celebración del XII Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, efectuado entre el 21 y el 24 de septiembre de 1999, en Santiago de Chile, la opinión autorizada del Secretario General de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social OISS-, don Adolfo Jiménez, fue la siguiente:

¹⁸ En la Constitución colombiana se emplea el término *políticas sociales*, que parece más apropiado que el de políticas públicas.

¹⁹ La política pública, frente a la adultez y la vejez, aconseja el criterio de análisis conocido como de las 4es y respeto a los DESC. Implica la inclusión de la asequibilidad, el acceso, la aceptabilidad, y la adaptabilidad, en las agendas de los gobiernos, para que, por ejemplo, en la política pública sobre el del adulto mayor haya eficiencia en su desarrollo.

Incluso hasta hace poco tiempo y aún todavía hoy en muchos lugares, los servicios sociales se han confundido con otros conceptos diferentes, como la Beneficencia o la Asistencia Social, que con carácter graciable y dependiendo de la buena voluntad de sus organizadores y de las disponibilidades económicas existentes, subvenían a ciertas necesidades perentorias. Hasta el punto de que cabe apuntar que esta concepción, afortunadamente superada, de los servicios sociales ha tenido como consecuencia, y aún tiene en ocasiones, el que el acceso a los mismos haya tenido cierto sentido peyorativo, ya que implicaba, de algún modo, la consideración de 'pobre' para la persona que los utilizaba.

Por el contrario, los servicios sociales deben configurarse hoy, en un sentido amplio, como *instrumentos de política social*, enmarcados en las políticas de bienestar y dirigidos a facilitar el pleno desarrollo de los individuos y grupos sociales, favoreciendo el desenvolvimiento armónico de la vida en comunidad y eliminando los factores de marginación.

Los servicios sociales ya son enfocados como derechos subjetivos, plenos, hacen parte de labores de profundo contenido humanista, contribuyen a recuperar el concepto de justicia social, hacen parte de los derechos sociales, económicos y culturales, se concretan en la cotidianidad. Estos los servicios sociales más conocidos, aplicables al adulto mayor:

1. Intervención con cuidadores de personas ancianas.
2. Atención domiciliaria para las personas en situación precaria, desde las administra-

ciones públicas locales, lo cual implica aumento de transferencias.

3. Centros y hospitales de día para personas dependientes, lo cual significa una nueva visión de la atención sanitaria.
4. Estancias temporales y hogares de personas mayores, sin alejarlas del contorno familiar.
5. Asistencia teledirigida, para que las personas mayores, las personas en situación de dependencia, puedan tener permanente contacto gratuito con un centro donde puedan llamar cuando lo necesiten o inclusive, sin necesitarlo, para romper la soledad de la sociedad contemporánea.
6. Atención sanitaria a domicilio para determinados colectivos, y nunca el deshumanizado trato que, por ejemplo, se da en Colombia por las EPS.
7. Colaboración para disfrutar del derecho al descanso, lo cual implica, entre otras cosas, la vejez con oportunidad.

Lo peor y más injusto que se le puede hacer a un adulto mayor es pisotearle sus derechos, con el propósito doloso o culpable de afectarle o aminorarle la vida. Cuando esto acontece, la autoridad local y la sociedad en su conjunto deben actuar para proteger al amenazado. Las circunstancias de la vejez y de la incapacidad hacen pensar que el tema de la salud y los servicios sociales es central²⁰. Los derechos económicos, sociales y políticos incluyen los llamados servicios sociales. El sector público, dentro de él las localidades, tienen que ser los principales agentes proveedores de los servicios sociales para el adulto mayor y, en general, para quienes los requieran ; aunque el voluntariado, la sociedad civil, dentro de ellas las ONG juegan un papel fundamental siempre y cuando se trabaje de manera concertada con los poderes públicos²¹.

20 Lo primero que hay que precisar es qué se entiende por salud. Siguiendo a la OMS, la jurisprudencia constitucional ha señalado que la salud es 'un estado completo de bienestar físico, mental y social' dentro del nivel posible de salud para una persona. El derecho a la salud comprende el derecho al nivel más alto de salud posible dentro de cada Estado, el cual se alcanza de manera progresiva.

21 Es necesario dilucidar, para tener claridad conceptual, las relaciones y diferencias entre la salud, servicios sociales de salud y servicios sanitarios. El problema lo detecta el profesor Manuel Aguilar López así: En el momento actual, la necesidad de establecer una conexión entre los servicios sanitarios y los servicios sociales no parece ponerse en duda. Sin embargo, la legislación sobre servicios sociales aprobada en diversos países europeos (así, Reino Unido, Dinamarca, Suecia) desde finales del decenio de los sesenta hasta la década de los ochenta del pasado siglo apenas prestó atención a la coordinación entre dichos servicios y los de carácter sanitario. Esta circunstancia se vio corroborada en el caso concreto de España, donde la legislación autonómica en la materia, aprobada a lo largo de los decenios de los ochenta y de los noventa, se limita a citar la necesidad de establecer dicha coordinación. La causa puede radicar en que la finalidad de estas leyes era integrar y coordinar unos servicios sociales dispersos a la razón, de modo que se pospuso el tratamiento de su coordinación con otros servicios, entre ellos los sanitarios. Así, por tomar el ejemplo de la Gran Bretaña, si bien el informe preliminar a la Ley de Servicios Sociales de la Autoridades Locales de Inglaterra y Gales, de 1970 (Informe Seebohm, 1968) resaltaba la importancia del trabajo conjunto del departamento de servicios sociales con otros departamentos, entre ellos el de sanidad, esta preocupación no se reflejó en el texto legal, de modo que sólo años más tarde la ley del Servicio Nacional de Salud de 1977 dispuso el deber de cooperación entre ambos servicios (Rubiol, 1986). En esta misma época, en Italia, la Ley Marco de reforma sanitaria y del sistema sanitario nacional, de 1978, previó la coordinación de la red sanitaria y de la red de servicios sociales, pero sin determinar las vías concretas, lo que dio lugar a la aplicación de modelos distintos que iban desde la integración de todas las actividades y de todo el personal de los servicios sociales municipales en la unidad sanitaria local hasta la separación de ambos servicios, pasado por una integración parcial.



En un sentido amplio, los servicios sociales son los instrumentos para materializar los derechos sociales²². En un modelo necesariamente actualizado del Estado en transición (transición del modelo neoliberal a una posición humana del Estado) los servicios sociales son competencia también de las municipalidades, conjuntamente con la familia y la sociedad civil, para que mediante los servicios sociales, también denominados **servicios públicos de bienestar social**, los estados (las municipalidades) desarrollen una función correctora (redistribuyendo riqueza bajo la forma de servicios) y legitimadora (contribuyendo a crear la buena sociedad), porque los ciudadanos tienen derecho a servicios de bienestar y prestaciones sociales y la administración pública debe comprometerse a colaborar y eliminar los obstáculos que impidan a los individuos gozar de una ciudadanía plena; por eso, dentro de esta última dimensión, es explicable que el Artículo 1º de la Ley de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha contenga una de las definiciones más acertadas, al indicar en su ordenamiento local que se entiende por servicios sociales *“el conjunto de actuaciones que tiendan a la prevención, eliminación y tratamiento de las causas que conducen a la marginación e inadaptación sociales, al tiempo de favorecer y garantizar el pleno y libre desarrollo de la persona y de los grupos sociales dentro de la sociedad, promoviendo su participación en la vida cotidiana”*.

Servicios sociales y cotidianidad van de la mano e impulsan un nuevo concepto de ciudadanía. Dentro de esta dimensión juegan: la responsabilidad social y la transparencia en el manejo de los recursos, ya que implican acercamiento a las comunidades y una correcta dimensión de la política para trabajar con los excluidos, buscar la inserción social. El objeto tradicional de los servicios sociales fue el de enfrentar las situaciones de necesidad, atención al desvalido y al incapacitado; pero actualmente los servicios sociales no solo atienden los problemas graves, sino que procuran el bienestar de la persona, el mejoramiento de la calidad de

vida, la integración social. Los servicios sociales adquieren preeminencia cuando principia a finalizar la larga noche neoliberal. No se puede olvidar que los servicios sociales, en la teoría y en la praxis, taponan las erosiones que le ocasionó el neoliberalismo al Estado de bienestar o, si no se ha llegado aún al Estado de bienestar, de todas maneras los servicios sociales son indispensables dentro de las políticas públicas que den respuesta a las gravísimas secuelas que conllevan la pobreza y la exclusión, agravadas cada vez más con la crisis del sistema económico patentizada en los últimos meses, con negros presagios hacia el futuro. Los servicios sociales también se caracterizan como el nivel no contributivo y subsidiario de la seguridad social. La mayor parte de las prestaciones técnicas que desarrollan los servicios sociales, en centros abiertos, en instituciones, se gestionan sin requisitos previos de contribución y con mecanismos diversos de prueba de necesidad para determinar las tasas que aportarían los usuarios. Es como un microcosmos de la macroestructura del Estado.

Los servicios sociales son un derecho y no una obra de caridad. El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos habla del derecho a “los servicios sociales necesarios”²³.

En la República de Colombia, los servicios sociales tienen respaldo constitucional y legal. La Constitución colombiana de 1991 caracteriza al Estado como Social de Derecho. En este marco se estableció como derecho constitucional la seguridad social (artículos 48 y 49 C.P.), se garantizó la integración a la vida activa de las personas de la tercera edad (artículo 46), y de los minusválidos (artículo 47), se señaló como objetivo principal del estado el mejoramiento de la calidad de vida de las personas (artículo 366)²⁴. Calidad de vida no es un concepto hueco. El mejoramiento de la calidad de vida es una promesa que si la hace el Estado, el individuo la puede reclamar porque se convierte en derecho subjetivo, por tanto, reclamable ante los jueces, de ahí que se invoca y menciona muchas veces en las sentencias proferidas cuando se instaura la acción de tutela.

22 En una visión residual, cercana al pensamiento neoliberal, los servicios sociales son los que no presta el Estado sino la Sociedad Civil en su conjunto; en la doctrina, R. Timus define el objetivo de los servicios sociales: “satisfacer necesidades, públicamente reconocidas, que los mercados o la familia no pueden, o no deben satisfacer, o no satisfarán”.

23 El Tratado de Lisboa, 2007, relaciona a los servicios sociales entre los derechos fundamentales.

24 Varios tratadistas califican la calidad de vida de las personas como la satisfacción de ocho necesidades fundamentales del ser humano: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, desarrollo físico, autodeterminación, inclusión social, respeto a los derechos.

En la seguridad social, constitucionalmente protegida, están los servicios sociales²⁵. Según el Proyecto de Código Iberoamericano de la Seguridad social, elaborado por la OISS y aprobado por la ley colombiana 516 de 1999, la seguridad social incluye diez rubros (uno más que los nueve reseñados en el Convenio 102 de la OIT). Son: asistencia sanitaria, pensión de vejez, prestaciones monetarias por enfermedad, diferentes a los riesgos profesionales, subsidios a quienes de manera involuntaria han perdido el empleo, riesgos profesionales para los trabajadores dependientes, prestaciones familiares por hijos a cargo, auxilio a la maternidad, pensión de invalidez, pensión de sobrevivientes y *servicios sociales*; éstos últimos están consagrados en los artículos 106 a 111 del mencionado Proyecto. Estas normas refuerzan la tesis de que la política pública, como resultado, requiere, tratándose del adulto mayor, del conocimiento y empleo de los denominados servicios sociales.

Tratándose de las personas mayores y de los jubilados, son importantes los denominados servicios comunitarios, o sea, el conjunto de servicios que están dirigidos a apoyar un modo de vida independiente de las personas mayores en su domicilio y medio social propio. Son servicios que se prestan a nivel municipal o local, aunque la financiación de este servicio procede de los presupuestos locales, de transferencias nacionales y de colaboración privada tanto lucrativa (provisión por empresas privadas) como no lucrativa (provisión por ONG). El personal básico de este servicio son los auxiliares de atención domiciliaria, los técnicos sociales y sanitarios de municipalidad, de entidades sociales o asociaciones de voluntariado.

Un problema práctico y teórico, en nuestros países, influidos por el concepto de caridad cristiana, es romper la idea de que los servicios sociales no hacen parte del asistencialismo. No puede serlo porque existe el derecho a exigir los servicios sociales. Esto porque el concepto calidad de vida, se encuentra ligado a la idea de bienestar, libertad y felicidad, por tanto, no puede separarse del concepto de desarrollo humano, y estos valores se hallan en la Constitución y en las leyes. Se puede afirmar, categóricamente, que los servicios sociales no son asistencialismo sino derechos subjetivos

reclamables al Estado, inclusive ante los jueces; así lo plantean las llamadas leyes de dependencia que en los últimos años se han promulgado en Europa.

En el post-neoliberalismo, los servicios sociales adquieren una connotación indudable y hasta principian a plantear una modificación en el funcionamiento del Estado; se fortifica la solidaridad de la sociedad civil (sin ánimo de lucro, especialmente las ONG), se trata de recuperar la solidaridad familiar²⁶ y se les dan mayores competencias a las entidades locales, más cercanas al ciudadano. La sensibilidad social de las municipalidades significa el triunfo de lo local, lo cual es explicable por los cambios sociales, económicos e ideológicos acontecidos en los países capitalistas, especialmente en aquéllos donde hay Estado de Bienestar. Pero, aunque no se hubiere arribado a este modelo, los problemas sencillos y cotidianos encuentran una mejor y más fácil solución en las autoridades locales. Por la globalización, el Estado resulta pequeño para los grandes problemas económicos (turbulencias monetarias) y, en cambio, es grande para los problemas de la cotidianidad (políticas de bienestar social, educación especial, medio ambiente, desarrollo económico, mujer, juventud, etc.) y, estos problemas del hombre común son los que mayor esfuerzo requiere de parte de las localidades porque existe una cercanía entre el ciudadano y su gobierno municipal. El gobernante y la municipalidad deben actuar conjuntamente con los empresarios, sindicatos, la academia y otras organizaciones de la llamada sociedad civil, en la definición de los problemas sociales y en la puesta en práctica de las políticas públicas. Son medidas que aunque no modifican el sistema de todas maneras implican una adecuación del modelo de estado, en un momento de transición, cuando ha concluido la bipolaridad Estados Unidos-Unión Soviética, cuando se arriba al fin de los epílogos (secuelas del colonialismo europeo, perplejidad por la caída de los partidos obreros, desequilibrio que ha dejado el injusto modelo neoliberal, heridas ocasionadas por el totalitarismo) y cuando se está en el principio de la rebelión de los excluidos. Los servicios sociales son la novedad del siglo XXI, son una propuesta ante la exclusión o la dependencia.

²⁵ Se ha hecho confusa la clara distinción que existía entre seguro social y asistencia social; en la primera se tenía un derecho subjetivo con independencia si la necesitaba o no, mientras que en la segunda se necesitaba previamente evaluar para otorgar asistencia. Ahora también se reconocen derechos subjetivos a la asistencia social.

²⁶ Se trata de recomponer la solidaridad familiar ante la debacle de la familia nuclear, a fin de que la familia sirva de colchón ante los riesgos.



El triunfo de lo local. Política pública para el adulto mayor, en Bogotá

La Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., en cabeza de Samuel Moreno Rojas, expresa en su Plan de Desarrollo “*Bogotá Positiva: para vivir mejor*”, de manera clara e insistente que el actual gobierno tiene un enfoque de *satisfacción de derechos*²⁷.

El Plan de Desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C. 2008-2014, señala en su artículo 2° los principios de *políticas públicas y de acción*²⁸. Dicho Plan fue aprobado por Acuerdo No. 308 de 2008, y concretamente se refiere a ellos el artículo 2, que enumera veintinueve principios para una política pública en la acción de la administración distrital. Esa política pública incluye, como es obvio, la atención al adulto (artículo 7°, numeral 14 del mencionado Acuerdo)²⁹. Ya antes, El Concejo de Bogotá, mediante Acuerdo 254 de 2006, estableció el Lineamiento de la política pública para el envejecimiento y las personas mayores del Distrito Capital³⁰. La operatividad de la política para la vejez y la adultez se ubica en la Secretaría Distrital de Integración Social.

La racionalidad de la política pública se aprecia bien en los calificados como Marco Situacional y Política Distrital, dentro del trabajo efectuado por la Subdirección para la vejez en el Distrito Capital³¹. Lo anterior se compagina con el denominado *Proyecto 496 años dorados: vejez con dignidad*.

Dentro de los propósitos de la Alcaldía figuran los servicios sociales en las políticas públicas en Bogotá. El término servicios sociales figura en el Acuerdo N° 308 de 2008 de la ciudad de Bogotá, que adopta el Plan de Desarrollo. En su artículo 3° fija los objetivos estructurantes del Plan y se menciona una *ciudad de derechos*; y, en el artículo 5° al fijar los propósitos para esa Ciudad de derechos, relaciona, entre otros, los siguientes:

Artículo 5. Propósitos

2. Hacer sostenible el pleno ejercicio de los derechos en función del mejoramiento de la calidad de vida.
5. Garantizar condiciones dignas de seguridad alimentaria, nutrición, salud, educación, bienestar social, ambiente, vivienda, cultura, recreación y justicia, con énfasis en las personas, grupos poblacionales y sectores sociales en condiciones de riesgo o vulnerabilidad.
7. Que la gestión y la inversión social estén en función de la prestación de *los servicios sociales* en términos de su disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia. (Se resalta fuera de texto).

El artículo 6° del mencionado Plan señala las estrategias para que los propósitos se tornen realidad. Por eso, dentro de los Programas reseñados en el artículo 8^a, ocupa lugar el siguiente: “Igualdad de oportunidades y de

27 Este plan, señala como objetivo general la búsqueda de “*una ciudad en la que todas y todos vivamos mejor. En la que se mejore la calidad de vida de la población y se reconozcan, garanticen y restablezcan los derechos humanos y ambientales con criterios de universalidad e integralidad, convirtiéndose en un territorio de oportunidades (...) Una ciudad incluyente, justa y equitativa en la que cada vez más personas disfruten de los beneficios del desarrollo*”.

28 Para la protección del adulto mayor, vienen al caso los principios establecidos, entre otros, en estos numerales:

Numeral 5. Perspectiva de derechos. La acción pública se orientará a la promoción, reconocimiento, garantía y restitución de los derechos fundamentales, civiles y políticos, económicos, sociales y culturales, y colectivos, de todas y todos los habitantes de la ciudad, sin distinción de etnia, culto o creencia, género o condición socioeconómica, con especial atención hacia los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, personas mayores y por condición especial de discapacidad.

Numeral 11. Desarrollo humano. La acción del gobierno se orientará a garantizar el desarrollo de las capacidades de las personas y su acceso a las oportunidades para ampliar el ejercicio de las libertades humanas.

Numeral 12. Calidad de vida. El gobierno distrital propenderá por el mejoramiento de las condiciones de vida y por el bienestar de las bogotanas y bogotanos, buscando el equilibrio entre el incremento de la población, los recursos disponibles y la protección del medio ambiente, en el marco de la dinámica de los procesos de la urbanización y del progreso tecnológico.

Numeral 21. Cercanía. Se atenderán las necesidades individuales y colectivas procurando oportunidad, accesibilidad, proximidad, calidad y calidez en la prestación de los servicios.

29 Recientemente, el artículo 1° de la ley 1251 de 2008, dice: La presente ley tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez, de conformidad con el artículo 46 de la Constitución Nacional, la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, Plan de Viena de 1982, Deberes del Hombre de 1948, la Asamblea Mundial de Madrid y los diversos Tratados y Convenios Internacionales suscritos por Colombia.

30 La Alcaldía Mayor de Bogotá, al ofrecer un sistema de información para la cooperación SICO- plantea recolectar información sobre los *servicios sociales* que desarrollan las ESAL Entidades sin ánimo de lucro-, las empresas privadas, las Cajas de Compensación Familiar y las Instituciones de educación superior.

31 Memorando de la Subdirección para la vejez (Documento preliminar *Construcción participativa de política Distrital de envejecimiento y vejez*).

derechos para la inclusión de la población en condición de discapacidad. Generar acciones dirigidas a garantizar los derechos de las personas en condición de discapacidad que les aseguren asistencia digna en los **servicios sociales** y faciliten su inserción en la vida social y productiva de la ciudad". (Lo resaltado, fuera de texto).

Se aspira superar los servicios que hoy existen y que algunas veces responden a un enfoque asistencial, como por ejemplo: escuelas hogar, centros de recepción de ancianos indigentes, centros de desarrollo comunitario, hogares sustitutos o biológicos, atención de cuidado en casa, atención en centros de desarrollo social para la vejez, subsidios económicos³², alimentación en los comedores comunitarios, alojamientos compartidos, bonos. Y, como programas dignos de mencionar, en el tema de salud, existen 23 Hospitales en Bogotá (Públicos y privados) y en promedio 62 clínicas (privadas, de las diferentes especialidades). Son 14 los hospitales oficiales del Distrito de Bogotá, en estas localidades: Bosa, Usme, Rafael Uribe Uribe, Nazareth, Centro Oriente, Tunjuelito, Hospital del Sur, Engativá, Fontibón, San Blas, Santa Clara, Chapinero, Tunal, Hospital Kennedy³³.

La apuesta es, entonces, por la reivindicación de los derechos humanos de las personas de especial protección constitucional, por ello, el plan de desarrollo señala entre los objetivos estructurantes una ciudad de derechos, global, incluyente, participativa, integra y solidaria. Y los cinco ejes de derechos son los siguientes: transversalidad, supervivencia material, desarrollo integral, protección y participación. Si los derechos humanos son el núcleo central, las políticas públicas deben girar alrededor de él (no del mercado), luego se le salió al paso a la visión neoliberal.

Dentro de sus estrategias, el Distrito Capital de Bogotá plantea optimizar los sistemas de información que contribuyen a reconocer, identificar y caracterizar las personas en condición de vulnerabilidad. Figura el programa **Toda la vida protegidos**, que busca adelantar acciones para el reconocimiento y valoración positiva de la población según sus ciclos vitales, concibiéndolos como sujetos integrales de derechos, privilegiando de manera especial el

desarrollo de las capacidades y la protección al adulto mayor. De esta manera, el abordaje de la sociedad desde una perspectiva de ciclos vitales, es fundamental. De ahí la importancia y la necesidad de elaborar investigaciones concretas al respecto, que se materialicen en políticas públicas específicas.

Adicionales a las investigaciones institucionales, se ha acudido a la academia, por eso a la Universidad del Rosario, Facultad de Jurisprudencia, se le encargó avanzar en la *conceptualización de las políticas públicas para el adulto mayor*. Fuera del aspecto teórico, la Universidad diseñó una página WEB³⁴, socializó sus trabajos, intercambiado criterios con entidades oficiales e hizo talleres con adultos mayores de diez localidades del Distrito Capital. Otro objetivo jurídico de la investigación fue poner en conocimiento de los adultos mayores sus derechos, la forma de hacerlos respetar. Se involucra así la academia, como una expresión de la sociedad civil, en un trabajo de hondo contenido humanista, en un instante en que el mundo transita desde los descabros del neoliberalismo hacia la conformación de una nueva sociedad más equitativa y justa.

Conclusiones

En la investigación se arribó, entre otras, a conclusiones que apuntan a lo siguiente: la conceptualización de la política pública, para el adulto mayor, implica, de acuerdo con las premisas antes señaladas y la experiencia recogida durante la investigación, entre otros aspectos, en una visión macro, los siguientes:

1. Es necesario profundizar el concepto de garantía y respeto de los derechos de las personas mayores y abogar por el de realización de los mismos, pues de lo que se trata es de cumplir lo que se promete, dentro del actual modelo de Estado que implica cumplimiento de los derechos fundamentales y materialización de los derechos. Para lograr lo anterior, se debe regresar al humanismo y actualizar las políticas sociales de acuerdo con la época de transición que vive la humanidad.

32 Subsidio A (\$160.000), subsidios A y B (\$80.000), subsidio D (\$75.000)

33 Según la página web del Gobierno de Bogotá, para las últimas jornadas de vacunación se han dado: 6000 vacunas gratuitas para niños menores a un año contra el Neumococo (noviembre 2008), 700.000 dosis contra el polio, pentavalente que protege contra 5 enfermedades (difteria, tos ferina, tétanos, meningitis y hepatitis B), triple viral (sarampión, rubeola, parotiditis), fiebre amarilla y hepatitis A para menores a cinco años (junio/ julio 2008), 10000 dosis contra Hepatitis A para niños entre uno y catorce años, 200 mil vacunas contra la influenza para niños de 6 a 23 meses.

34 www.adultmayorbogota.org



2. Se torna indispensable redefinir la noción de política pública y entenderla como un instrumento de la política social, especialmente cuando se está trabajando con grupos de especial protección constitucional como las personas mayores. La política social, como concepto comprende un mayor número de factores fundamentales relacionados con los campos culturales, políticos, económicos, financieros que le dan un mayor espectro. En la construcción propuesta para los adultos mayores debe acogerse esta noción de políticas sociales que no es nueva y ya ha sido implementada en otros países y continentes.
3. Pese a que no existe en Colombia un conocimiento adecuado y una cultura sobre *servicios sociales*, este nuevo pilar del Estado de Bienestar es el instrumento más adecuado para taponar las erosiones que ha ocasionado el capitalismo salvaje. En relación con los derechos de las personas mayores, las políticas públicas deben apuntar hacia los estándares internacionales en materia de servicios sociales: intervención con cuidadores de personas ancianas, atención domiciliaria para las personas en situación precaria, desde las administraciones públicas locales, aumento de transferencias, centros y hospitales de día para personas dependientes, lo cual significa una nueva visión de la atención sanitaria, estancias temporales y hogares de personas mayores, sin alejarlas del contorno familiar, asistencia teledirigida, para que las personas mayores, las personas en situación de dependencia, puedan tener permanente contacto gratuito con un centro al cual puedan llamar cuando lo necesiten o inclusive, sin necesitarlo, para romper la soledad de la sociedad contemporánea, *termalismo* social, atención domiciliaria de necesidades cotidianas como el lavado de ropa, medicinas, atención sanitaria a domicilio para determinados colectivos, colaboración para disfrutar del derecho al descanso, lo cual implica, entre otras cosas, la vejez con oportunidad y con dignidad.
4. La Academia y la sociedad civil deben contribuir en el respeto, reconocimiento y proyección social de los adultos mayores y el conocimiento y seguimiento de las políticas sociales referidas a este grupo poblacional. Se deben abrir las puertas de las universidades y espacios académicos para las

personas mayores y fomentar foros de encuentros universitarios de cultura, diálogos intergeneracionales, lectura, escritura y saberes y experiencias de vida de las viejas y los viejos de la ciudad.

5. Hay que impulsar la cultura de la solidaridad con el adulto mayor. Desalojar el asistencialismo y convertir las políticas en derechos. Ello se logra mediante un nuevo concepto de Estado y de Constitución y una nueva mirada del proceso de envejecimiento y de la vejez. Siendo el objetivo el mejoramiento de la calidad de vida y el respeto a los derechos fundamentales.
6. Debe darse a conocer y defender el decálogo de derechos que se propone:

DECÁLOGO DE DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN BOGOTÁ

- Primero: Derecho a la salud.
 Segundo: Derecho a la Seguridad Social, especialmente en pensiones.
 Tercero: Derecho a los servicios sociales.
 Cuarto: Derecho al Trabajo.
 Quinto: Derecho a la Dignidad y no discriminación.
 Sexto: Derecho a la alimentación.
 Séptimo: Derecho a la vivienda y acceso a los servicios públicos.
 Octavo: Derecho a la libre circulación, movilidad y transporte en condiciones de accesibilidad en la ciudad.
 Noveno: Derecho a la educación. La educación y el aprendizaje, un derecho, un deber y un satisfactor de necesidades de los adultos mayores.
 Décimo: a la participación y al acceso a las instituciones administrativas y judiciales que deben garantizar sus derechos.

Bibliografía

Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Recuperado el 9 de noviembre de 2009 en http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/28240/W113_1.pdf.

Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores. Ley 1171 (2007, 7 de diciembre). Diario Oficial No. 46.835 de 7 de diciembre de 2007.

Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. Ley 1251 (2008, 27 de noviembre). Diario Oficial No. 47.186 de 27 de noviembre de 2008.

Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Ley 1257 (2008). Diario Oficial No. 47.193 de 4 de diciembre de 2008. Congreso de la República de Colombia.

A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida. Ley 1276 (2009, 5 de enero). Diario Oficial No. 47.223 de 5 de enero de 2009. Congreso de la República de Colombia.

Dueñas Ruiz, O.J. (2009). *Acción de tutela y su procedimiento* (6ª ed). Bogotá: Librería del Profesional.

Echeverri, L. (1994). *Aspectos estadísticos y demográficos de la vejez en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Colciencias. Recuperado el 9 de noviembre de 2009 en www.digital.unal.edu.co/aspaces/handle/10245/806.

Gouin, R. & Harguindéguy, J. (2008). ¿Qué pueden aportar las ciencias cognitivas al análisis de las políticas públicas?: un análisis comparado. *Revista de Estudios Políticos*, 142, 43-68.

Noveno B (2009). *Niveles organizativos y figuras de autoridad en los pueblos indígenas* (blog.) Recuperado el 9 de noviembre de 2009 en <http://realidadindigenaencolombia.blogspot.com/>

Ministerio de la Protección Social (2007). *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019*. Recuperado el 10 de noviembre de 2009 en http://74.125.95.132/search?q=cache:Irmm_F3HR2dEJ:www.quindio.gov.co/home/docs/general/POL%C3%ADTICA_NAL._D

[E_ENVEJECIMIENTO_Y_VEJEZ.doc+Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Envejecimiento+y+Vejez+2007-2019&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=co](#)

González de Pérez, M.S. (1996). Los sacerdotes muiscas y la paleontología lingüística *Boletín del Museo del Oro*, 40. Recuperado el 10 de noviembre de 2009 en <http://www.lablaa.org/blaavirtual/publicacionesbanrep/bolmuseo/1996/enjl40/enjn03a.htm>

Ronderos, M.T. (2009, 6 de julio). Lo mejor y lo más débil del sistema de salud colombiano. *Revista Semana*. Recuperado el 9 de noviembre de 2009 en <http://www.semana.com/noticias-salud--seguridad-social/mejor-debil-del-sistema-salud-colombiano/125943.aspx>

Simón, F.P. (1953). *Noticias históricas de las conquistas de tierra firme en las Indias Occidentales* (2ª. Ed.). Bogotá: Biblioteca de Autores Colombianos.

Aguado de, F.P. (1931). *Historia de la Provincia de Santa Marta y Nuevo Reino de Granada*. Madrid: Espasa Galpe.

Ruiz Rivera, J.B. (1975). *Encomienda y mita en Nueva Granada en el siglo XVI*. Sevilla: Escuela de Estudios Hispanoamericanos.

Hernández Rodríguez, G. (1978). *De los chibchas a la Colonia y a la República. Del clan a la encomienda y al latifundio en Colombia*. Bogotá Caracas: Ediciones Internacionales.

Dulcey-Ruiz, E., Franco, M. & Guzmán, M. (2001). *La sociedad civil, el envejecimiento y la vejez en Colombia*. A propósito de realizaciones de ONG. Recuperado el 9 de noviembre de 2009 en http://www.rgs.gov.co/img_upload/a6760b33a0b37cbd6231b2518c38c335/Sociedad_Civil_y_Envejecimiento.pdf

US Bureau of the Census, International Programs Center (2000). International Data Base. *Revista de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social*, 6, 44.

Aguilar López, M. (2006). Tema 35, Conexión entre los servicios sanitarios y los servicios sociales. Conferencias dictadas en la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y la Universidad de Alcalá de Henares. Madrid, España.