

DERECHO A LA SALUD DEL ADULTO MAYOR EN CONDICION DE VULNERABILIDAD EN COLOMBIA

Elsa Constanza Álvarez Castañeda



UNIVERSIDAD
La Gran Colombia

Vigilada MINEDUCACIÓN

Maestría en Derecho

Facultad de Derecho y Ciencias Políticas y Sociales

Universidad La Gran Colombia

Bogotá, D.C.

2024

**Derecho a la salud del adulto mayor
en condición de vulnerabilidad en Colombia**

Elsa Constanza Álvarez Castañeda

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Magister en Derecho**

Director Dr. Misael Tirado Acero



Maestría en Derecho

Facultad de Derecho y Ciencias Políticas y Sociales

Universidad La Gran Colombia

Bogotá, D.C.

2024

Contenido

RESUMEN	4
PALABRAS CLAVE:.....	4
ABSTRACT.....	6
CAPÍTULO I. GARANTISMO JURÍDICO PARA ACCEDER A LA MATERIALIZACIÓN DEL DERECHO FUNDAMENTAL DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR EN COLOMBIA.....	12
1.1 <i>ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD</i>	<i>22</i>
1.2 <i>NORMATIVIDAD QUE GARANTIZA EL DERECHO FUNDAMENTAL DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR EN COLOMBIA.....</i>	<i>27</i>
CAPÍTULO II. BARRERAS DE ACCESO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN DEL ADULTO MAYOR Y LA AFECTACIÓN EN SU CALIDAD DE VIDA.....	38
2.1 <i>BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD</i>	<i>42</i>
2.2 <i>AFECTACIÓN A LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA ADULTO MAYOR</i>	<i>48</i>
CAPÍTULO III. POLÍTICAS PÚBLICAS DIRIGIDAS A LA PROTECCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN COLOMBIA COMO GARANTÍA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA SALUD Y A LA VIDA.	62
3.1 <i>POLÍTICA COLOMBIANA DE ENVEJECIMIENTO HUMANO Y VEJEZ.....</i>	<i>63</i>
3.2 <i>POLÍTICAS INTERNACIONALES FRENTE A LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL ADULTO MAYOR.....</i>	<i>76</i>
3.3 <i>PROPUESTA O ESBOZO DE SOLUCIÓN.....</i>	<i>83</i>
CONCLUSIONES.....	90
BIBLIOGRAFÍA.....	95

Dedicatoria

Dedicado en memoria a mi padre Pedro Joaquín Álvarez Argüello, quien me acompañó durante la mayor parte del desarrollo de esta apuesta académica y quien fue mi inspiración, motivación y siempre me brindó su apoyo de manera incondicional.

A mi esposo Robert Efren Torres Mongui e hijas Laura Andrea y Vivian Natalia Torres Álvarez por su amor y comprensión durante todo este tiempo y quienes fueron mi soporte para continuar a pesar de las dificultades.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por permitirme culminar este trabajo, a la Universidad La Gran Colombia y especialmente al director de esta investigación Dr. Misael Tirado Acero por guiarme y apoyarme durante este proceso.

Resumen

Colombia cuenta con un sistema de salud funcional con un aseguramiento a través de diferentes regímenes como son contributivo, subsidiado y exceptuados cuya cobertura ha alcanzado una cifra no despreciable del 99,6% de la población, convirtiéndolo en uno de los mejores de Latinoamérica, así mismo, cuenta con Políticas Públicas y normas nacionales e internacionales que lo regulan; sin embargo, se ha evidenciado que existen diferentes barreras de acceso a los servicios de salud que transgreden garantías constitucionales como son la salud y la vida de la población del adulto mayor.

No obstante, ser reconocidos como individuos con amparo específico, por sus propias condiciones del envejecimiento y además por algunos determinantes sociales como son bajos recursos económicos, falta de educación, barreras de acceso, entre otros, los conlleva a diferentes grados de vulnerabilidad; por lo que, el Estado a través de la Corte Constitucional ha proferido diferentes fallos garantizando su derecho constitucional a la salud, para lo cual la presente investigación toma como eje fuentes secundarias mediante la revisión documental, que permiten ir de lo descriptivo a lo interpretativo y argumentativo, enlazando teóricos, doctrina y jurisprudencia.

PALABRAS CLAVE:

Acceso a la salud, obstáculos al servicio de salud, adulto mayor, derecho a la salud, vulnerabilidad, Políticas Públicas.

Abstract

Colombia has a functional health system with insurance through different regimes such as contributory, subsidized and excepted whose coverage has reached a not insignificant figure of 99.6% of the population, making it one of the best in Latin America, as well Likewise, it has public policies and national and international standards that regulate it; However, it has been shown that there are different barriers to access to health services that violate constitutional guarantees such as the health and life of the elderly population.

However, being recognized as individuals with specific protection, due to their own conditions of aging and also due to some social determinants such as low economic resources, lack of education, among others, which leads them to different degrees of vulnerability; Therefore, the State, through the Constitutional Court, has issued different rulings guaranteeing its constitutional right to health, for which this research takes as its axis secondary sources through documentary review, which allow us to go from the descriptive to the interpretive and argumentative, linking theorists, doctrine and jurisprudence.

KEYWORDS

Access to health, obstacles to health service, older adults, right to health, vulnerability, Public Policies.

INTRODUCCIÓN

En Colombia, debido a las condiciones propias por las que atraviesa el adulto mayor, este se convierte en una persona vulnerable especialmente frente a las dificultades que se presentan para obtener los servicios en salud, conllevando a que se limite su atención integral y goce real a los beneficios fundamentados como derechos constitucionales.

La premisa general para el presente análisis parte de dilucidar en que proporción afectan los obstáculos para obtener la prestación de atención en salud al adulto mayor, y específicamente determinar a través del garantismo jurídico, el marco legal y la normatividad establecida la materialización de la prestación completa en salud, a pesar de las limitaciones e impedimentos que afectan como grupo poblacional en su condición de vida ante la premura de una atención idónea, expedita, oportuna, óptima, en cumplimiento con la atención a la que se tiene derecho dentro de lo enmarcado constitucionalmente y en consonancia con las políticas.

En relación, a la prestación de los servicios en salud del adulto mayor o comúnmente denominado como personas de la tercera edad, existen barreras que impiden que se obtengan las garantías plasmadas en el contexto jurídico vigente de una manera efectiva, para el goce de una vejez digna, como lo determina la legislación colombiana, y la jurisprudencia internacional, donde se indica que gozan de un derecho preferencial o protección especial, llevando a la pregunta de *¿Cuáles son los determinantes que restringen el ingreso a los adultos mayores al servicio de salud y sus efectos?*

En este trabajo se plantea como hipótesis la presencia de obstáculos intrínsecos a los servicios de atención médica y funcionamiento interno de

las empresas y los establecimientos prestadores de salud en Colombia, que dilatan la oportuna entrega de los servicios, generando deterioro en la condición de vida de los individuos que pertenecen al grupo etario de la tercera edad, como son los pañales, cremas antiescaras, suplementos nutricionales, servicio de transporte entre otros que no se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS).

El término vulnerabilidad se presenta desde varios conceptos los cuales se pueden aplicar en diferentes aspectos, en este caso se relaciona no sólo con la condición de la persona sino, con el entorno en que su vida transcurre, siendo necesario incluir parámetros sociales y culturales para entender este concepto; por lo tanto las comunidades vulnerables, hace referencia a aquellos sujetos que por su medio donde viven, se encuentran con mayor riesgo a una afectación y en este entendido vulnerable significa la probabilidad de generar un perjuicio debido a un ambiente en donde se percibe una amenaza generada por un evento o cualquier situación que lesione a un individuo colocándolo en condición de fragilidad. (Feíto, L. 2007, pp. 8 y 9.)

El abandono social, familiar, las precarias condiciones de vida, la negligencia, la marginalización institucional y el maltrato intrafamiliar a la que ha sido sometida el Adulto Mayor a través de los tiempos conlleva a una afectación directa a este grupo poblacional por su estado de vulnerabilidad y que por ende el impacto tras la ejecución de las políticas del Estado deberían blindar la situación brindando no sólo acceso a la salud de manera oportuna, sino siendo proactivos y propositivos, al comprender que al llegar a cierta edad de la vida, si bien se es útil a la sociedad, sus propias condiciones físicas y mentales, limitan las oportunidades debido a su situación en que la mayoría de personas pueden presentar dependencia.

Según lo señalado por el DANE y otro (2021), se esperaba que para el proyectado de 2021 en Colombia residieran 7.107.914 “(7,1 millones) de personas mayores (60 años o más), lo cual representa el 13,9% de la población del país”. De este porcentaje, el 44,9 pertenecen al sexo masculino (es decir 3.189.614 personas) y el 55,1% al sexo femenino (equivalentes a 3.918.300 personas), y que para el 2020 del total de adultos mayores 2,6 millones reportaron presentar alguna discapacidad según los datos de la Encuesta de Calidad de Vida - ECV 2020, donde “el 23,2% de las personas con discapacidad tienen 60 a 74 años y el 55% de ellas son mujeres. Para 2020 en Colombia el 18,7% de las personas adultas mayores tienen discapacidad, es decir, 1,2 millones de personas mayores”. Con relación a la pobreza monetaria, para el año en mención, “el 28,4% de las personas mayores (equivalente a 1,8 millones de personas) se encontraban en hogares” se encontraba en esta situación. (pp.19, 24,25,67).

Por ende, en esta investigación como principal propósito se busca analizar la afectación generada a los adultos mayores, por los diferentes obstáculos que se presentan antes, durante y de manera posterior a la atención, con la finalidad de generar recomendaciones para mejorar la efectividad de la atención de los servicios en salud y así garantizar la atención integral con calidad, eficacia y efectividad a la población parte de este grupo etario en conexidad con el derecho a una vida en condiciones dignas.

Como objetivos específicos que dan vía a los diferentes acápite capitulares de esta investigación se encuentran: 1. Determinar a través de la normatividad vigente y dentro del garantismo Jurídico los mecanismos para acceder a la efectiva materialización de la prestación del servicio y de todos los demás generados como complemento al estudio y tratamiento del

paciente mayor. 2. Establecer el origen de los obstáculos para acceder a la atención de los servicios de salud por parte del grupo etario correspondiente a las personas de la tercera edad, en consonancia con la afectación a su condición de vida. 3. Indicar en qué medida las políticas y normatividad vigente dirigidas a la protección del Adulto Mayor cumplen con su finalidad como son las de asegurar las garantías constitucionales a la salud y a la vida para que no se les sea vulnerados dichos derechos fundamentales.

Mas allá de una revisión al componente normativo que parte de enmarcado en la misma Constitución Política y lo ratificado en su bloque de constitucionalidad a partir del control de convencionalidad, de las normas que devienen de lo legislativo y de las normas de origen jurisprudencial, es necesario el ensamble con las políticas públicas aplicables al adulto Mayor, y su norma rectora, la Ley 100 de 1993.

El componente metodológico se enmarca en una revisión documental de tipo descriptivo, exploratorio e interpretativo, (Tirado, M. 2010) que retoma fuentes secundarias para dilucidar sobre una problemática actual que padece la sociedad colombiana y que mas allá del ensamble con la norma y los referentes doctrinarios, teóricos, conceptuales, no necesariamente logra materializar un derecho fundamental como lo es la salud para el adulto mayor en condición de vulnerabilidad, para lo cual aproximaciones como las del garantismo, el constitucionalismo y las normas de origen jurisprudencial en Colombia fueron su punto de anclaje. (Tirado, M. Cáceres, V. Bedoya, J, 2023).

En el capítulo I, se trata el tema del Garantismo Jurídico, reseñando a diferentes autores como Luigi Ferrajoli quien se caracteriza por un pensamiento Jurídico positivista, el cual propende por las garantías

individuales y la limitación del poder del Estado a través de la división de poderes. En el capítulo II se identifican las barreras de acceso para la prestación de servicios de salud en la población del adulto mayor y su afectación en su calidad de vida, como son las geográficas, condiciones socioeconómicas, administrativas y jurídicas. En el capítulo III Políticas públicas dirigidas a la protección del Adulto Mayor en Colombia como garantía de los derechos fundamentales a la salud y a la vida, se encuentran la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2022- 2031 aprobado por el Decreto 681 de 2022, Políticas Internacionales frente a la defensa de derechos humanos del adulto mayor.

Capítulo I. Garantismo Jurídico para acceder a la materialización del derecho fundamental de la salud del adulto mayor en Colombia.

Entrar en el garantismo jurídico implica dar cuenta de algunos conceptos básicos que si bien se pueden circunscribir al constitucionalismo como antecedente o como refuerzo, requiere tener presente la teoría como modelo de Estado y también como teoría general del derecho (independientemente del debate que dentro del positivismo jurídico suscita la relación entre el derecho y la moral en cuanto a la validez de la norma), que en términos de Ferrajoli (1995) los límites parten de la misma Constitución Política, la cual como carta magna está llamada a proteger los derechos fundamentales y los principios de sus ciudadanos y conciudadanos, y donde en ese Estado de Derecho o particularmente en los nuevos Estados Sociales de Derecho, si bien se establece una jerarquía normativa, la división de poderes deben prever la validez tanto de lo emanado como de su accionar (p. 857).

En este constitucionalismo, dicho enfoque garantista del derecho cuyo objetivo principal parte de limitar el poder y sobre todo de la premisa de no lesionar los derechos fundamentales, conlleva a una expectativa por la materialización a través de los principios de legitimación tanto formal como sustancial. Por ende, el poder judicial debe contemplar estas garantías como

“las obligaciones de prestación y las prohibiciones de lesión correspondientes a esas particulares expectativas que son los derechos (...). Pero también son garantías las obligaciones correspondientes a las particulares expectativas de reparación mediante sanción (para los actos ilícitos) o anulación (para los

actos no válidos) que se generan por la violación de los derechos” (Ferrajoli, 2000, p. 40).

Por ende, se destaca la importancia de los jurisconsultos y autoridad judicial como agentes responsables de mejorar continuamente los sistemas legales, que, en términos políticos, asumen la responsabilidad de criticar y cuestionar externamente los ordenamientos jurídicos basándose en juicios ético-políticos. (Moreno, R, 2007, p. 852).

En este sentido, Portales, A., Enrique, R., y otro (2004), señalan que la teoría garantista de Ferrajoli es uno de los modelos jurídicos de mayor anhelo para ser implementada en Europa en cuanto a temas relacionados con las garantías fundamentales de las personas. A partir del descubriendo de los derechos fundamentales surgen el modelo garantista de Ferrajoli, a través de su obra “Derechos y garantías: la ley del más débil”, describe que las garantías fundamentales están sujetas previamente a la tutela; por lo cual diseña el arquetipo en el cual se asegura la implementación de los derechos, donde se somete de manera imperiosa a cualquier forma de autoridad al derecho tanto en la forma procesal como en la toma de sus disposiciones. (pp. 49 a 51).

Es así como el garantismo en términos de Ferrajoli, busca establecer límites y restricciones no sólo al poder judicial, sino a todos los demás poderes, con el propósito de asegurar los derechos constitucionales; en este entendido, el “Estado de derecho” garantista se presenta como la mejor opción para controlar los poderes, ya que se caracteriza por desconfiar de cualquier forma de autoridad sea estatal o privada, internacional o nacional, para lo cual se deben prever y superar sus propias crisis.

Al respecto Marina Gascón-Abellán (2005, pp. 21-22), sostiene que el garantismo parte de la idea de que siempre existe la posibilidad de abuso de poder, por lo que es necesario contrarrestarlo a través de un sistema de aseguramiento, restricciones y limitación al poder, para garantizar los derechos de los individuos.

En esta misma perspectiva Gascón-Abellán (2021), señala que el garantismo de Ferrajoli consiste en la incondicional división entre derecho y moral, entre “ser” y el “deber ser” del Derecho; fomenta un arquetipo de Derecho con función de análisis, con apartamiento entre derecho y moral caso contrario sería adverso para el amparo jurídico de los individuos. Por tanto la actuación Judicial en este modelo garantista se encuentra presidida por la primicia de legalidad, donde el Juez debe propender por asegurar los derechos contra la abuso y en consonancia no debe a su vez proceder de forma tirana. (pp.197 -198, 203).

Retomando la idea Kantiana en la cual el ser humano no es un medio y es siempre un fin, Ferrajoli aterriza el concepto de lo que son los derechos fundamentales, bajo el entendido que son

“todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos en cuanto dotados del estatus de personas, de ciudadanos o personas con capacidad de obrar” y por derecho subjetivo siendo “cualquier expectativa positiva (de prestaciones) o negativa (de no sufrir lesiones) adscrita a un sujeto por una norma jurídica” (Ferrajoli, 2009, p. 19).

En consonancia, se entiende el garantismo jurídico como un modelo establecido a través de la Constitución y adoptado por el Estado como

herramienta para preservar, respetar derechos a través del debido proceso, la doble instancia, separación de poderes, siendo garante de las libertades, derechos humanos, evitando así el abuso de autoridad, anarquías y dictaduras. Mas allá de la jerarquía de derechos enmarcados constitucionalmente, y que para lo que atañe con el adulto mayor, se hace especial mención a los derechos sociales, los cuales juegan un papel importante, toda vez que no tienen límites, “en los derechos fundamentales de otro tipo, sino solo en los costes de su satisfacción” (Ferrajoli, 2009, p. 353).

Por ende es el Estado quien debe proveer los medios materiales para su goce efectivo sin el detrimento de otros y que más allá de existir conflictos (o debates no zanjados como el patrimonio individual por ejemplo, o una renta básica de subsistencia desde el Estado para el adulto mayor desamparado), estos se puedan dirimir desde lo judicial, donde los derechos poder, como les denomina Ferrajoli, “son, justamente, los que las leyes, en función de la tutela y de la satisfacción de los demás derechos constitucionales (...), tienen la tarea de someter a límites, vínculos y controles jurisdiccionales de validez y licitud” (Ferrajoli, 2009, p. 353), y donde si bien el poder jurisdiccional se constituye en un límite contra los abusos de poder, dicho garantismo debe prevalecer desde un sistema eficaz.

Lo anterior, permite enlazar los derechos fundamentales desde dos categorías de acuerdo a Ferrajoli, conllevando por un lado a aquellos derechos que son reconocidos a través de la normatividad en el marco legal, y que hacen referencia al *iuspositivismo* como son la autonomía de expresión, personal, reunión, asociación, las garantías a la salud, educación y seguridad social en el caso del ordenamiento italiano, y por otro lado, al *iusnaturalismo* que según esta perspectiva, se consideran como aquellos

derechos inherentes o propios a la naturaleza humana como son la vida, autonomía de conciencia, derecho a la subsistencia y que protegen la dignidad, equidad, armonía de las personas, entre otros valores ético-políticos y que se decidan considerar como esenciales. (Contreras, 2012, p.123)

Es en este enlace, a partir de lo que se interioriza en las diferentes Constituciones Políticas como derechos fundamentales, -desde los preceptos internacionales de los derechos humanos, como derechos universales y todas las características que contienen-, que se puede traer a colación a un referente como Norberto Bobbio, (1994), quien señala la complejidad de los derechos humanos, frente al campo jurídico donde adquieren toda su plenitud. Así, en su trabajo fundamentado en los “derechos del hombre”, de 1964, declaró: que el inconveniente que presentan actualmente estos es el salvaguardarlos o defenderlos más que justificarlos. Esta no es una cuestión filosófica, sino política. En su obra titulada “El tiempo de los derechos”, Bobbio subraya que el debate actual, se encuentra cada vez más extendido sobre los derechos del hombre, lo que es una prueba del avance moral de la humanidad, retomando las palabras de Asís Roig, R. (1994, p. 172).

Bobbio (1991), señala como fueron surgiendo las garantías fundamentales humanas a través del tiempo como son las luchas contra los antiguos poderes y las necesidades psicosociales de los individuos con el fin de suplirlas, como es el caso de la libertad de religión la cual se genera por las beligerancias religiosas, las libertades civiles, políticas y sociales por la conformación de corrientes de la clase obrera, campesinos con bajos recursos, los menesterosos que reclaman al estado el amparo del trabajo, ayuda por invalidez y la senectud todas las necesidades que los adinerados podían cubrir por sí solos.

En esta misma línea Bobbio (pp.18, 168,169), refiere además, estar de acuerdo con “Mirabeau” quien expresa que los derechos pueden ser considerados como una lucha contra las arbitrariedades de poder, lo que representa en aquel momento la eliminación de una cadena de injusticias inaguantables, garantías que requería de manera inminente el Estado. Así mismo, indica que el Marxismo juzgaba el exceso del imperio del Estado. En primer lugar, hace referencia a la “libertad” de los individuos en donde se deben acoger a la ley frente a cualquier denuncia o detención, en este apartado se instaura la primacía del “garantismo”, la cual cobija sin hacer diferencia tanto a los adinerados como a los asalariados.

En consonancia Miranda, R. (2020) afirma que los derechos humanos son aquellos con los que toda persona nace y son universales, es decir, que se aplican a todos los individuos, sin importar la ubicación de su domicilio, nacionalidad, raza, género, religión, etc., por su parte, los derechos fundamentales, están contenidos en el sistema legal de un país, específicamente en su Constitución. Es de aclarar, con relación a la diferencia entre estos dos Derechos el lugar de aplicación, pues los primeros son universales, mientras que los fundamentales parten de la aplicación en el territorio nacional.

En esta perspectiva, la Corte Constitucional colombiana, ha sido reiterativa sobre el derecho al goce de la mejor calidad factible de salud que permita vivir decorosamente, señalando en la Sentencia T-790/12: *“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene **derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente [...]**”*. Verbigracia, al no hacérsele entrega en este caso de pañales desechables a personas de la tercera edad con enfermedades como demencia senil,

incontinencia urinaria, pérdida de control de esfínteres, enfermedad de Parkinson, -que si bien es cierto esto no va a mejorar su estado de salud-, hace aún más gravosa su situación, teniendo en cuenta que por sus difíciles condiciones económicas no pueden adquirir estos elementos conllevándolos posiblemente a un aislamiento, lo que evidencia la conectividad entre los derechos fundamentales a la salud y el derecho fundamental a una vida digna.

A lo anterior se puede traer a colación un estudio realizado en Bucaramanga, Santander (Colombia) por Baracaldo-Campo, H. y otros (2023, pp. 20 a 22), donde evaluaron los derechos humanos en la vejez, como son el derecho de vivir sin violencia, asistencia social, salud e igualdad, derecho a un ambiente sano, al trabajo y los derechos culturales de participación social, política y educación, donde evidenciaron que el derecho a la salud es visto de manera positiva por presentar una atención médica adecuada y con apropiado apego al tratamiento; no obstante, visibilizan la existencia de fallas que impiden la materialización completa al derecho a la salud debido a que aún se requiere de acciones judiciales como es el caso de la tutela para acceder totalmente a esta.

El mencionado estudio, hace referencia a la Declaración de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1948: “de los derechos del hombre a los derechos humanos”, concibiendo a estos como los “derechos naturales, inalienables y sagrados del hombre” pronunciados en Francia en el año de 1789, dando lugar a la promulgación de convenciones, tratados y protocolos internacionales, con el fin de garantizar la integralidad del ser humano a través de derechos socioeconómicos, cívicos y políticos entre los que se encuentran la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos humanos - Ley 2055 de 2020.

Si bien se encuentran marcos protectores, actualmente a nivel nacional se cuenta con los beneficios generados por la “Política Pública Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez 2022-2031” y la Ley 1850 de 2017, de las cuales se profundizará más adelante.

Para Cardona, D. et al (2011, pp. 96-98), cada día hay más personas mayores y menos población infantil tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo, lo cual de seguro traerá graves consecuencias especialmente en lo relacionado con las ayudas estatales, quienes deben asegurar el bienestar de todos los grupos poblacionales, dinámica que también afecta a Colombia quien presenta un índice de nacimientos en declive, con un porcentaje de muertes entre leve y medio, con una expectativa de incremento de personas mayores en un 10.1% para el año 2025 y en un 18.7 % en el 2050.

Sin embargo y siguiendo la referencia anterior, este fenómeno demográfico en Colombia, conlleva a analizar las políticas públicas en salud que realmente favorecen a la población mayor de acuerdo a la reglamentación universal, haciéndose mención a la Constitución Política -en donde objetan que la obligación para la protección de la persona mayor recae sobre la familia, la colectividad y que solo cuando se encuentran en situación de miseria el Estado brinda la asistencia-, generando falta de equidad debido a que en uno de sus artículos, se indica que la persona de la tercera edad posee garantías sin ningún tipo de segregación y por tanto se requiere cumplir desde el Estado con el requisito para acceder al derecho de ayuda y amparo más allá de estar en situación de necesidad manifiesto o latente.

Cardona et al (2011), hacen especial referencia a la Ley 715 de 2001, la cual permite que las políticas públicas incluidas las de salud -que benefician al adulto mayor-, pasen a ser ejecutadas por los gobernantes de los municipios y quienes tienen la responsabilidad de priorizar la atención de otros grupos poblacionales que consideran con mayor vulnerabilidad (...). Con todo lo anterior, concluyen que la política pública en salud para la atención de las personas mayores en Colombia, se refleja únicamente con su afiliación y entrada al sistema de salud según lo establecido en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, empero frente a su materialización, se encuentra una población desamparada y en situación de inequidad, donde los deberes para con este grupo poblacional fueron desplazados a su familia, comunidad y al mismo adulto mayor, teniendo en cuenta que la ayuda por parte del Estado está determinada por su situación de pobreza.

Esta situación o condicionamiento desde el establecimiento estatal, nos pone a pensar sobre la responsabilidad del Estado y de sus instituciones y todo lo que puede implicar un garantismo más allá de lo jurídico. Al respecto Nussbaum, M. y otros (2018), hacen referencia a la importancia de estar preparados para la vejez no sólo en relación a la proximidad con la muerte, -sin tener en cuenta que esta puede llegar en cualquier momento o etapa de la vida-, sino la muestra como una oportunidad para lograr en esta etapa de la vida aspectos de gran trascendencia, que tradicionalmente son asignados a personas jóvenes como es el caso del enamoramiento el cual se presume que por la edad ya no tienen cabida en la vida adulta.

La autora en mención nos trae a en referencia a diferentes personajes del arte, la literatura especialmente inglesa y filósofos de la antigüedad, para lo cual toma como reseña principal al famoso y erudito romano Cicerón,

quien se opone a la estigmatización de la vejez, mostrando total inconformismo con otras obras sobre la Vejez, donde se señalan arquetipos inadmisibles debido a que le quitan a los “ancianos” la toma de sus propias decisiones, entre las que se encuentra la de elegir generando deshumanización y sentimientos de rechazo por parte de la sociedad.

Nussbaum en concordancia con Levmore, refiere que el sistema de salud no debe limitar la toma de sus decisiones dentro de lo posible, tratándolo como un infante, donde se trae a colación lo acontecido al Rey Lear quien comete errores frente a la entrega de su patrimonio de manera confiada, hecho que le puede ocurrir a cualquier persona sin importar la edad. Mas allá de temas como la jubilación y la desigualdad entre ancianos con dinero y los más pobres, y lo que puede implicar el diario vivir, es una realidad en el que sus actividades diarias se ven disminuidas al igual que la influencia de diferentes factores que se deben prever, donde la respuesta está precisamente en la formulación de políticas públicas.

En este sentido la legislación constitucional colombiana, considera que los derechos fundamentales por conexidad siendo aquellos que a pesar de no estar designados como tales en la Constitución Política, se les otorga esta valoración en relación al innegable vínculo que presenta con otras garantías fundamentales, de tal manera que si no fueron salvaguardados en forma inmediata los primeros, se generaría la transgresión de los segundos, como es el caso de la salud, que no siendo en primera instancia un derecho fundamental, adquiere esta condición cuando la falta de atención de un paciente pone en riesgo su “derecho a la vida”, siguiendo a Parra Vera, O. (2003), de tal manera que atentar contra la salud de los individuos es atentar contra su propia vida, razón por la cual se considera la salud prima como un

derecho fundamental, logrando bajo estas circunstancias ser objeto de tutela. (pp. 41-42).

1.1 Acceso a los servicios de salud

Con el propósito de identificar las razones detrás de los límites que se encuentran para obtener el servicio de salud en Colombia, es preciso examinar la prestación de salud previa a la actual.

Como antecedente se tiene que este se desarrolla principalmente en cuatro etapas, siendo la primera conocida como "modelo higienista". Durante este periodo, las actividades de salud por parte del gobierno se enfocaban únicamente en lo relacionado con la parte sanitaria, mientras que la atención tanto curativa como preventiva en salud estaba a cargo de los pacientes y algunas fundaciones de beneficencia. Después de eso, surgieron la "Caja Nacional de Previsión Social", establecida por la Ley 6ª de 1945, que se encargaba de brindar atención médica a empleados públicos y trabajadores oficiales nacionales. También estaba el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, creado por la Ley 90 de 1946 (luego convertido en Empresa Industrial y Comercial del Estado según el Decreto número 2148 de 1992), que atendía a los trabajadores del ámbito particular que contaran con contrato laboral.

La siguiente etapa, que abarcó desde 1970 hasta 1989, se caracterizó por la conformación del proyecto en salud a nivel nacional con el nombre de "subsídios a la oferta". En este régimen, los fondos del gobierno central destinados a la salud eran entregados directamente a los hospitales estatales del país. No obstante, este

modelo resultó insuficiente para brindar a las personas de bajos recursos una atención eficaz en salud. El último período comenzó con la Ley 10 de 1990, posteriormente dando cumplimiento a la Constitución Nacional de 1991 y en concordancia a su art. 48, se promulga la Ley 100 de 1993. (Castaño Castrillón, J.J. (2013, p. 115).

Antes de la promulgación de la Ley 100 de 1993, se puede observar que la cobertura del régimen de salud para la población en general era inadecuada, ya que principalmente beneficiaba solo al trabajador y dejaba desprotegida a su familia. Solo el 22% de las personas vinculadas laboralmente de manera formal estaban cubiertas por el plan de salud. Por otra parte, el régimen público solo brindaba una cobertura limitada al 40% de la población. Aproximadamente el 25% de la población no contaban con ingreso a los servicios de atención en salud y el otro 13% debía financiarlos directamente de su bolsillo, especialmente las personas de altos ingresos que pagaban por atención del régimen privado.

En la actualidad, la Ley 100 de 1993 tiene como finalidad principal incluir a todos los partes, tanto oficiales como particulares, con el objetivo de estimular la competencia y establecer gradualmente una seguridad social universal que sirva a todas las personas. Esto se consigue por medio de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), las cuales garantizan y administran el Plan Obligatorio de Salud (POS) en situación de igualdad para todos. El valor del POS está regulado por su precio, conocido como Unidad de Pago por Capitación (UPC), que consiste en un pago ajustado por riesgo de cada uno de sus afiliados. Esta prima es cofinanciada por los trabajadores, empleadores y el Estado, quienes aportan un porcentaje de sus ingresos. Estas contribuciones

financieras se utilizan para subsidiar la UPC y así incluir a las personas más pobres (Morales Sánchez, L. 1997, p. 9).

Siendo relevante entender que el concepto de acceso al servicio de salud, se refiere a la habilidad de un individuo o de varias de personas para solicitar y lograr asistencia médica. (Restrepo-Zea JH y otros, 2014, p. 244), y que en consonancia con la Organización Panamericana de la Salud – OPS el acceso implica la posibilidad de aprovechar servicios de salud completos, pertinentes, apropiados y con calidad cuando se necesiten (2023, p.3), y que en Colombia mediante el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, se busca garantizar que se aumente gradualmente la cobertura de la Seguridad Social en Salud, con el objetivo de permitir el ingreso a la atención médica y promover la salud de los ciudadanos del país; esta entrada se realiza principalmente a través de tres regímenes contributivo, subsidiado y vinculados.

Para Fernández, M. (2019), durante el periodo comprendido entre 1993 y 2019 en Colombia, -en el cual se ha implementado el actual Sistema de Seguridad Social de Salud establecido por la Ley 100 de 1993-, se ha observado un incremento del 68% de la afiliación en salud. Este porcentaje ha aumentado del 27% al 95%, que en Latorre y Barbosa (2012) este crecimiento ha estado asociado a mejoras en indicadores de salud, como el incremento en la expectativa de vida al nacer y la disminución en la mortalidad infantil, así como a una mayor utilización de servicios médicos. No obstante, alcanzar una cobertura casi universal y asegurar un ingreso eficaz a los servicios de atención médica esenciales sigue siendo un objetivo pendiente.

También es importante considerar que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son responsables de garantizar el disfrute al derecho constitucional de la salud para sus afiliados. Asimismo, las EPS son las asignadas para incorporar a las personas y manejar los recursos establecidos por el sistema, como la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que corresponde a una aproximación de la prima del seguro, para responder por la atención de los servicios de acuerdo al Plan Obligatorio de Salud (POS), de acuerdo a Restrepo, Z. (2014), donde estos entes, ya sean de carácter público, privado o mixtos, tienen el deber de garantizar la atención de la población afiliada, acordando la prestación de servicios o proporcionándolos directamente dentro de los límites establecidos. (p. 246).

Al respecto, Arias, J (2021) hace especial claridad en que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son organismos, agrupaciones o individuos, ya sean estatales, particulares o con patrimonio mixto, que se encuentran legalizadas para ofrecer total o parcialmente los servicios requeridos para ejecutar el Plan Obligatorio de Salud (POS) en los diferentes ámbitos como son el contributivo o subsidiado, los cuales abarcan la red hospitalaria, clínicas y centros de salud, entre otros.

Por su parte la sentencia SU508/20 hace especial mención al Plan de Beneficios en Salud el cual señala que son aquellos servicios o medicinas que se incluyen y que no están expresamente excluidos; se entiende como todos los servicios inmersos que cubren las necesidades básicas en salud a todos los usuarios, por tanto es el mismo sistema que debe ser autogarante tanto de las expectativas de vida que se tienen frente a un grupo etario que por lo general es vulnerable o está en situación de vulnerabilidad, como del

cumplimiento de lo emanado en la carta constitucional, la política pública y la norma que deviene de lo legislativo y de lo jurisprudencial.

De acuerdo con Rivillas, J. C., y otros, (2017), se ha demostrado un aumento en la esperanza de vida en Colombia durante los últimos tiempos, lo cual se atribuye al descenso de la pobreza y el acrecentamiento en las atenciones en sanidad, entre otros factores. Esta ampliación en la esperanza de vida ha conllevado a un incremento notable en la demanda de atención médica para la población de adultos de la tercera edad. Como consecuencia, el sistema de atención básica de salud se ve desbordado en términos de respuesta, oportunidad, manejo y costos asociados a enfermedades crónicas. Estas condiciones crónicas suponen una carga adicional para el sistema de salud en Colombia.

En esta misma línea y siguiendo a los autores en mención, en la actualidad un recién nacido en Colombia puede esperar vivir hasta los 80 años, en contraste con una expectativa de vida de aproximadamente 55 años hace un siglo. Este incremento en la perspectiva de vida puede explicarse por el descenso de la miseria absoluta y la adquisición mejorada en la calidad del agua y saneamiento básico. Asimismo, la ampliación de la cobertura en servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal ha permitido de manera significativa el descenso en la mortalidad infantil. Esto ha permitido que más infancia alcance la edad adulta y lleguen a la vejez.

Ahora bien, con relación a las inequidades sociales y la mortalidad de la persona mayor se encuentran los obstáculos para obtener los servicios de salud y cubrir sus necesidades básicas no satisfechas, donde se observa que estos parámetros se encuentran a favor de los más ricos (p. 378) por lo tanto es necesario asegurar una vejez en igualdad de condiciones, mediante

lineamientos gubernamentales que favorezcan la salud de las personas mayores más necesitadas (p. 379).

1.2 Normatividad que garantiza el derecho fundamental de la salud del adulto mayor en Colombia.

De acuerdo a Ferrajoli (1999), las inobservancias de los deberes constitucionales atribuidas al legislador se dan por la deficiente normatividad y los inapropiados métodos que garanticen los derechos de las personas como lo que ocurre generalmente frente a los derechos a la salud, formación, sustento, auxilios y otros similares; generando vulneración de estos derechos por parte del Estado (...) donde los derechos fundamentales se entienden como aquellos derechos particulares que pertenecen mundialmente a «todos» los individuos, ciudadanos o sujetos con “capacidad de obrar”, frente a circunstancias legales.

En esta misma línea, Ferrajoli además señala que la diferencia que existe entre la ciudadanía y la capacidad de obrar, demarcan la equidad de las personas a través de dos brechas dentro de las garantías fundamentales, las que se presentan entre “derechos de la personalidad y derechos de ciudadanía” que pertenecen, respectivamente, a todos o sólo a las personas con “capacidad de obrar”.

Con base a estas diferencias se obtienen cuatro variedades de derechos: los “*humanos*”, que son los derechos primarios de las personas y conciernen indistintamente a todas las personas como el derecho a la vida y a la integridad de personal, libertades personales, salud, educación y las garantías procesales y penales; los derechos “*públicos*”, reconocidos sólo a los ciudadanos, como el derecho de vivienda y locomoción, reunión y asociación, el derecho al trabajo, subsistencia y al socorro de quien no tiene

la capacidad para trabajar; los derechos “*civiles*”, que son los secundarios anexos a todas las personas con “capacidad para obrar”, como la facultad para negociar, contratar, elegir y cambiar de trabajo, la autonomía de empresa, proceder en juicio y en general, aquellos donde se ostenta autonomía privada y sobre los que se funda el mercado; los derechos “*políticos*”, que son, los derechos secundarios reservados exclusivamente a los ciudadanos con capacidad de obrar, como el derecho al voto, sufragio pasivo, acceder a los puestos oficiales y aquellos discrecionales en los que se manifiesta la independencia política y sobre los que se instituyen la representación y la democracia política. (pp. 29,37,40).

Mas allá de estos preceptos teóricos, que dan fundamento a la salud, como un derecho fundamental para un grupo etario entre otros, como es el caso del adulto mayor, según se consigna en el artículo 1 de la Constitución Política de 1991, se prevé el amparo de los derechos fundamentales de los individuos de edad avanzada basados en dos principios de un Estado Social de Derecho: la “solidaridad social” y la “dignidad humana”. (p. 6) siendo estos entre otros, piedra angular y marco de referencia constitucional.

Del mismo modo, de acuerdo a los Artículos 46 y 49 de la Constitución Política de Colombia, es responsabilidad del “Estado, la sociedad y la familia” brindar ayuda y cuidado a los adultos mayores, siendo al Estado a quien le corresponde propender por la atención médica eficiente e integral y manera solidaria en su totalidad, según lo estipulado en el Artículo 48, por ende la carta constitucional señala que el sistema de Seguridad Social es un régimen de carácter público, imperativo e inalienable.

En consonancia, bajo estos mismos preceptos, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en su artículo 11, establece que ciertos grupos etarios son estimados

como individuos con protección especial. Esto incluye a las personas mayores, con enfermedades huérfanas y en situación de discapacidad, quienes recibirán un amparo especial por parte del Estado, garantizándose que la atención médica que requieran no estará sujeta a ningún tipo de restricción funcional ni de costos.

De la misma manera, como una forma eficaz de acceso a la salud se cuenta con el “Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)” que fue creada precisamente a partir de la mencionada Ley 1751 de 2015, buscando mejorar la forma en que se organizan los servicios de salud, se da mayor acceso a la población y se promueva el desarrollo de capacidades para la “prevención y promoción”. En cumplimiento de esta, el proceso de ejecución, el modelo ofrece una “Ruta Integral” hacia el fomento y el sostenimiento de la salud, que incluye: Educación sanitaria, intervenciones de salud, atención específica y detección precoz. (Alcaldía de Medellín, s. p, s. f).

Por su parte en la Ley 1850 de 2017, en su artículo 6, se establece que el Gobierno Nacional pondrá en marcha un mecanismo de asistencia inmediata para asuntos de agresión física y sicosocial a personas mayores, tanto en sus viviendas, como en hogares geriátricos y otros establecimientos encargados de su bienestar y ayuda. Además, en su artículo 9 -que añade el artículo 34A a la ley 1251 de 2008-, señala que las personas adultas mayores tienen garantías para recibir víveres y aquellos complementos que contribuyan a un verdadero bienestar físico, psicosocial como el de respetar sus creencias religiosas; esto incluye el derecho a afiliarse al sistema integral en salud, con el objetivo de llevar una vida con calidad e independencia.

Con la Ley 100 de 1993 se enmarca el propósito principal de establecer medidas para garantizar una Seguridad Social Integral y prevenir

el menoscabo de la salud de los colombianos, promoviendo el bienestar individual y la integración comunitaria. Como se había acotado, se indica que el Sistema de Seguridad Social Integral busca proteger el derecho fundamental de los individuos y las sociedades a tener unas condiciones de vida con dignidad, protegiéndolas de situaciones que puedan afectarlas y que en consonancia con el artículo 152, de la proferida ley, se establecen condiciones para asegurar que todas las personas reciban atención en todos los niveles de salud y se normalicen los servicios esenciales.

En este devenir normativo, existen otras leyes que buscan garantizar el disfrute real de las garantías fundamentales de las personas de la tercera edad como se hacía mención y abordar los requerimientos específicos de este grupo de individuos. Ejemplo de ello, es la Ley 1251 de 2008, cuyo objetivo principal es proteger las garantías constitucionales de los adultos mayores y generar acciones por parte del Estado. De igual manera la mencionada ley busca proporcionar servicios integrados de alta calidad a través de la implementación de estrategias y lineamientos en materia de sanidad y atención social. En su artículo 17, numeral 1, se menciona que los individuos mayores, poseen el derecho al amparo integral de su salud y también tienen la responsabilidad de contribuir activamente a promover y mantener adecuadamente su salud, la de sus parientes y la de su colectividad, por tanto desde el gobierno se deben prever políticas claras que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento.

Así mismo, se cuenta con la ley 1122 de 2007, que tiene como fin mejorar la prestación del sistema de salud, en esta se realizan modificaciones a la ley 100 de 1993, indicando como se financiará el Régimen Subsidiado en las entidades territoriales, en especial con los recursos del Sistema General de Participaciones en salud SGPS previo

concepto del CONPES, los obtenidos por juegos de suerte y azar, los trasladados por ETESA que no estén destinados a cubrir el área de pensiones, funcionamiento e investigación, los obtenidos a través del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, dineros aportados por gremios, asociaciones. A partir del año 2007 el 15% de los recursos adicionales que reciban los municipios, distritos y departamentos, sobre impuestos de la industria petrolera, particularmente Cusiana y Copiagua, se destinarán como rubro especial para la salud. De igual manera se le otorga facultades a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de asegurar la adecuada prestación de los servicios en salud, y se crea la figura de defensor del usuario en salud, el cual dependerá de dicha Superintendencia en unión con la Defensoría del Pueblo.

En consonancia, el artículo 6 de la Ley 1850 de 2017, señala que es al Estado a quien le corresponde ejecutar una ruta para asistir de forma pertinente y eficiente a los adultos mayores y establecer la forma de comunicación necesarios para prever todo tipo de violencia contra las personas de la tercera edad tanto en el hogar, como en los establecimientos donde se encuentren bajo alguna medida de amparo y centros geriátricos. Esta responsabilidad será llevada a cabo por el “Ministerio de Salud y Protección Social”.

Mediante la Ley 2055 de 2020, “por medio de la cual se aprueba la “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos”, adoptada en Washington el 15 de julio de 2015, considera la necesidad de erradicar cualquier forma de segregación por razones de edad, recalcando que las personas mayores poseen igualdad de derechos humanos e independencia con relación a otros individuos, reconociendo que los individuos deben continuar llevando una vida plena e independiente a

medida que envejecen, al mismo tiempo que se mantienen saludables, seguros, incluidos y participando activamente en las áreas de la vida tanto financieras, socioculturales y política de la sociedad. Por ende, el Estado debe propender por garantizar a los mayores el derecho una vida digna hasta el último momento de su existencia, sin ningún tipo de maltrato, recibir un trato respetuoso, derecho inalienable a su aprobación o no frente al campo de su salud, derecho a su intimidad, al trabajo digno y con igualdad de oportunidades, a la salud física y mental sin ninguna clase de segregación, a la seguridad social, educación, actividad física, diversión, posesión de bienes, vivienda apropiada, derechos sociopolíticos, acceso a la justicia, de modo afín con la Constitución Política colombiana.

Del mismo modo la mencionada Ley, en su ítem 3.3 señala que el Estado colombiano se ha comprometido a generar políticas públicas con el fin de hacer efectivo el goce de los derechos humanos, La carta magna, los acuerdos internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia, y las normas constitucionales establecen los lineamientos jurídicos frente a los derechos humanos, empero es imperante tener en cuenta que las normas frente a los adultos mayores son relativamente nuevas en Latinoamérica, siendo su punto de partida el “Protocolo de San Salvador”, suscrito en el año 1988 y confirmado por Colombia a través de la Ley 319 de 1996.

Así mismo el Estado colombiano protege los derechos humanos de los ciudadanos de la tercera edad o adulto mayor a través del bloque constitucional vigente, concretamente a través de la Declaración Universal Derechos Humanos de 1948, por los diferentes Convenios, Pactos Internacionales sobre garantías civiles, políticas, económicas, socio culturales, Convenciones y Protocolos Internacionales ratificados por Colombia por medio de su respectivas leyes.

En Colombia, al igual que en otros países, la Constitución Política está llamada a garantizar los derechos de los ciudadanos en salud. Esto implica que el Gobierno tiene la responsabilidad de asegurar la oportunidad de la prestación del servicio y medicamentos básicos. Además, como un derecho constitucional, este puede ser exigido por los titulares del mismo, quienes pueden acudir a las instancias judiciales correspondientes para hacerlo valer. Al respecto la jurisprudencia en Colombia ha dejado claro que muchos de los obstáculos mencionados previamente constituyen trasgresiones a las garantías fundamentales de los individuos en salud (tal como se evidencia en la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional), lo que ha llevado a un incremento en la judicialización del sistema de salud en Colombia, de acuerdo a Fernández, M. (2019) .

Conforme a la sentencia T-760 de 2008, la cual reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental en la Constitución Política, la Corte garantiza este derecho de tres maneras diferentes: 1. estableciendo su vínculo con otros derechos fundamentales como el “derecho a la vida, la integridad personal y la dignidad humana “.lo que ha permitido a la Corte identificar aspectos esenciales del derecho a la salud y aceptar su protección a través de la acción de tutela. 2. reconociendo la naturaleza fundamental del derecho a la salud en casos donde la persona que busca su amparo goza de protección especial, lo que asegura que se brinden los servicios de salud necesarios de manera efectiva. 3. el derecho a la salud es fundamental y se aplica a un espacio básico que incluye los servicios contemplados en la “Constitución, bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud”. Estos servicios se amplían según sea necesario para garantizar una vida digna (...)

Del mismo modo este máximo órgano jurisdiccional, a través de la Sentencia SU-508 de 2020 exhorta para hacer efectivo el goce de los derechos que se encuentran excluidos del plan de servicios en salud y los cuales son requeridos para evitar deterioro en la salud de los individuos de la tercera edad, como son el suministro de insumos, atención médica y tecnologías -cuando por la falta de estos apoyos o tecnologías diagnósticas, excluidos-, generan dilatación tanto en el diagnóstico como en el inicio del tratamiento colocando al paciente en riesgo de complicación de su patología y comprometiendo su calidad de vida; tanto que ningún otro servicio de salud o tecnología que ofrece el plan de beneficios pueda reemplazar el elemento que no se encuentra inmerso en el mismo plan con igual grado de eficacia para asegurar una atención integral acorde con el requerimiento del asegurado.

La mencionada sentencia refiere que el paciente que no tenga acceso a través de planes médicos complementarios, medicina prepagada o ciertos planes de atención proporcionados por el empleador y no tenga suficientes recursos económicos para pagar los servicios médicos o la tecnología en salud; se requiere que el médico que atiende al afiliado o beneficiario pertenezca al ente al cual este afiliado el usuario y que la atención o tecnología solicitada no se encuentre incluida en el plan de beneficios en salud con el fin de hacer efectivo su derecho a la salud. (CC, SU 508/20).

Así, por ejemplo, la Sentencia T-015/21, señala como pretensión de la accionante que se continúe prestando el servicio de auxiliar de enfermería, ambulancia, exámenes de laboratorio, medicinas, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, procedimientos médicos, pago de los gastos generados durante la atención como alimentación, hospedaje, manejo asistencial, tratamientos

terapéuticos y todo lo necesario para una atención completa de su padre según orden médica; considera que le fueron transgredidos los derechos esenciales a la salud, a la seguridad social y a tener una vida decorosa como persona que goza de un amparo especial, por ser adulto mayor debido a la disposición por parte de la EPS de suspender la asistencia de auxiliar de enfermería domiciliaria, sin tener en cuenta que su hija es la cuidadora y también adulto mayor sin recursos suficientes para cubrir los gastos requeridos por el paciente. (CC, T-015/21,2021).

Es de señalar que la Sentencias C-395/21 mediante la cual la Corte Constitucional realiza la revisión de la Ley 2055 del 2020, a través de la cual ratifica la ‘Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores’, de acuerdo al artículo 241 numeral 10 de la Carta Magna donde se señala que se le asigna a la Corte Constitucional controlar la constitucionalidad de los convenios transnacionales y sus leyes de ratificación.

Según la Sentencia en mención, esta función comprende la etapa de la negociación, rúbrica, aprobación y validación de estos acuerdos y la Constitución exige el agotamiento de etapas sucesivas, a saber: la inscripción de los documentos internacionales por el Jefe de Estado, la aceptación de los acuerdos internacionales por el Congreso de la República a través de leyes de ratificación, la Corte Constitucional examina el tratado y su ley de ratificación, y finalmente el Presidente ratifica el documento internacional de la república como jefe de estado. El propósito de lo anterior, es finalizar el instrumento internacional para que las obligaciones dadas puedan cumplirse plenamente tanto al interior del país como a nivel global. (CC, 395/21, 2021).

En consonancia con lo anterior, es de señalar que el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo a Ruiz, F. (2022), Colombia cuenta con una amplia cobertura del aseguramiento universal, alcanzando un porcentaje del 99,6%. Esto se refleja en la distribución de 24.399.839 personas en el Régimen Contributivo y 24.745.934 en el Régimen Subsidiado; siendo importante destacar que el país se caracteriza por tener uno de los gastos más bajos para sus ciudadanos, lo que contribuye a aliviar su economía personal (...) durante la pandemia se logró asegurar la atención médica a todas las personas que la necesitaron, siendo nuestro sistema de salud el más creciente y de mejor cobertura en Latinoamérica. (MSPS, 2022).

Actualmente, se halla en proceso el proyecto de Ley 221 de 2022, el cual busca realizar modificaciones parciales a las leyes 1850 del 2017 y 1276 del 2009, además de establecer otras disposiciones. Su objetivo principal es salvaguardar los derechos constitucionales de las personas de la tercera edad vulnerables, en indigencia y pobreza extrema en todo el país. Para lograrlo, se propone implementar una estampilla cuyos recursos serán destinados al bienestar de los adultos mayores.

Además, se contempla la posibilidad de invertir por parte del área privada y a través de la contribución por parte de otros países para gestionar recursos adicionales. Esto permitirá contratar cuidadores para aquellos adultos mayores con movilidad reducida, brindar atención domiciliaria, establecer centros de vida, centros de bienestar y granjas destinadas al cuidado y beneficio de los adultos mayores, entre otros aspectos positivos.

Como resultado de lo anterior, se logra evidenciar que en Colombia existen normas tanto nacionales, como internacionales las cuales cumplen con los procedimientos requeridos para que sean aplicadas a las personas

de la tercera edad, con el fin de garantizar sus derechos fundamentales como es la salud; no obstante, las personas mayores presentan obstáculos que les limitan este derecho, los cuales serán tratados en el siguiente capítulo.

Capítulo II. Barreras de acceso para la prestación de servicios de salud en la población del adulto mayor y la afectación en su calidad de vida.

El acceso a la prestación de servicios en salud siempre ha estado ligado a la estructura administrativa, la cual muchas veces entorpece el mismo por trámites burocráticos o netamente administrativos que van en detrimento de un derecho fundamental, máxime cuando este es conexo a la vida misma y pese a ir en contravía de los mismos principios del Sistema General en Seguridad Social en Salud – SGSSS, de la misma normativa que deviene del legislativo y de las normas de origen jurisprudencial, sumándose muchas veces el no acatamiento de un decreto anti trámites que simplifica procesos en el sector salud. (Decreto 2106 de 29 de noviembre de 2019)

Al respecto Hernández J.M. y otros (2015), señalan que los principales obstáculos para ingresar a la atención médica, provenientes por parte de las “Empresas Administradoras de Beneficios - EAPB”, tienen que ver con un conjunto de tácticas, y técnicas administrativas que son implementadas con el fin de denegar, posponer o impedir la adecuada atención de tales servicios a sus usuarios. (p.1948)

En el país se documentan limitantes para el acceso a la atención en salud de los adultos mayores por parte de las EPS, colocando en conflicto las garantías constitucionales a la vida, la igualdad, la salud y a la dignidad humana, cuando no son suministrados los servicios requeridos de manera ágil, expedita, integral, debiendo acudir a los operadores de justicia a través de tutelas para asegurar el uso cierto y real de estas garantías constitucionales a pesar de contarse con sentencias que dejan un

precedente en las cuales ya se ha fallado a favor de los usuarios, y donde por parte de las instituciones de salud y de sus funcionarios se incurre en la vulneración de este derecho fundamental, sino también en la trasgresión a la norma que deviene de lo jurisprudencial la cual es vinculante, ante lo cual recae una responsabilidad en el Estado, so pena de tasar e indemnizar a las familias del afectado.

Los adultos mayores en Colombia, como grupo poblacional vulnerable y vulnerado presentan una situación de debilidad en correlación a la prestación de los servicios médicos, problemática que radica debido a sus condiciones tanto físicas, socioeconómicas, como mentales, sumado a la pobre red de apoyo social que no logra realizar de manera ágil y adecuada todos los procesos que les permitan obtener la atención prioritaria y los beneficios respectivos, vulnerando así sus derechos constitucionales a la salud en conexión con el de la vida, como población de especial y reforzada protección.

Algunas de las barreras que se encuentran en el acceso a la salud para este grupo poblacional son las geográficas, las cuales limitan el acceso oportuno de los afiliados al servicio médico, situaciones que son provocadas por el déficit de unidades de servicio y personal del área de la salud especializados, en las zonas más rurales y escasamente pobladas; mas allá de la cobertura, el denegar o retrasar las autorizaciones de algunos insumos, medicamentos o servicios para reducir el costo de los esquemas de financiamiento que dependen principalmente de los pagos por unidad de capitación, es una práctica que subsiste en el sistema.

Adicionalmente, se evidencia el incremento de la población adulta en los servicios de salud, donde la tercera edad o adulto mayor, hace que se

incremente cada día más la demanda generando un incremento en los costos a los prestadores de salud, debido a que se llega por urgencias con pacientes adultos con sus patologías descompensadas por falta de manejo integral oportuno y que en muchas ocasiones el Sistema no provee una Historia Clínica actualizada.

Las condiciones socioeconómicas del adulto mayor solo deja a un pequeño porcentaje de ellos como autosuficientes quienes logran suplir las carencias del sistema con su propio pecunio, evidenciando que los recursos e insumos requeridos por ellos si existen y pueden ser entregados a los usuarios lastimosamente si tienen para cubrir directamente los costos; otro grupo recibe el respaldo familiar con una adecuada red de apoyo, siendo completamente cierto que la mayoría requiere realmente el soporte del Estado en todos los aspectos.

Se ha evidenciado por medio de diferentes tutelas, -las que se hará referencia más adelante-, la necesidad que se tiene por parte de las familias del adulto mayor, frente al derecho a la salud, el cual no solo contempla el manejo médico, diagnóstico, terapias, formulación, ordenes médicas y exámenes diagnósticos, sino que además, se debe suplir el acompañamiento por parte de cuidadores, enfermeras, insumos como gazas, pañales, pañitos húmedos, guantes, cremas anti escaras, cama hospitalarias, sillas de ruedas, oxígeno, medicamentos de alto costo, etc., con la finalidad de ofrecer mejores condiciones de vida debido al deterioro progresivo e inevitable inherente a la avanzada edad, lo cual requiere cada vez mayor complejidad y apoyo para su cuidado, por lo cual la Corte Constitucional lo ha recalcado a través de diferentes fallos con el fin de garantizar estos derechos.

Si bien desde el Estado se ha facilitado plataformas como el MIPRES, para dar cuenta de acceso a formulación de medicamentos o servicios que no se encuentran incluidos por la unidad de pago por captación, dicha “herramienta tecnológica implementada por El Ministerio de Salud y Protección Social” tiene como principal propósito el “asegurar la disponibilidad, registro de prescripciones, control y verificación de entregas, pagos, análisis de la información relacionada con las técnicas en salud y los servicios adicionales que no se encuentran sufragados con dineros de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”. (Ministerio de Salud y Protección Social, SF), estas no necesariamente son de público conocimiento por sus beneficiarios o los tiempos no son los que necesariamente se espera para suplir dichos servicios, debido a que posterior a la formulación a través de la plataforma debe pasarse por una junta de profesionales quienes se encargan de aprobar o no está prescripción y que lo pague posteriormente el ADRES.

La junta, según la resolución 1885 de 2018, está conformada por un equipo de profesionales en salud que se reúnen con el propósito de evaluar si es adecuado y necesario la formulación generada a través del MIPRES, como son complementos nutricionales, medicamentos no incluidos en la lista del registro sanitario o en el plan básico de salud, insumos como pañales entre otros y que hayan sido ordenados por el profesional autorizado para tal fin. Pese a lo anterior, una de las barreras que subsiste no solo para la población adulta, es la brecha digital, que desde lo sociocultural todavía existe un analfabetismo tecnológico o no se cuenta con la cobertura suficiente para acceder a las TICs que provee el Estado para tal fin.

2.1 Barreras de acceso a los servicios de salud

Entre los obstáculos que dificultan el ingreso a los servicios de salud, se encuentran problemas de ubicación debido a la falta de vías de acceso, así como la escasez de recursos para trasladarse hasta los centros de atención. Además, existen barreras económicas y administrativas, como el pago de bonos, sanciones por faltar a citas médicas, externalización de servicios y dificultades tecnológicas relacionadas con el envío de fórmulas y autorizaciones por correo electrónico. Muchos adultos mayores carecen de conocimiento sobre estas ayudas y se enfrentan a problemas como fallos en el sistema o equipos dañados por falta de mantenimiento.

También existen barreras jurídicas derivadas de la complejidad normativa que dificulta una concepción legal sólida del sistema de salud. En cuanto a las barreras geográficas, se encontró que los trayectos y la población dispersa en Colombia son los principales factores que restringen el uso del servicio de la salud. Dentro de las limitantes socioeconómicas se encuentran las creencias y circunstancias propias de la población, la capacidad económica y la capacidad para cuidar y proteger a los individuos de la tercera edad, lo cual se ve obstaculizado por diferencias en la organización familiar, o simplemente por el desconocimiento sobre el mismo sistema de salud, los tiempos de espera o procesos, o trámites excesivos.

Desde la perspectiva de las barreras económicas y administrativas, se evidencia la necesidad de identificar previamente al beneficiario para determinar quién pagará por el servicio, lo que genera interrupciones en la atención por falta de información entre los afiliados y las aseguradoras o instituciones proveedoras de salud. Además, a pesar de tener derecho a la tecnología en salud, se

imponen requisitos previos que limitan su acceso antes de poder disponer de ella. (Álvarez Salazar y otros, 2016, pp. 106,122,123)

Mediante la Sentencia T-005 de 2023, se realiza una revisión de diferentes tutelas interpuestas con el objetivo de asegurar el derecho a la salud de los individuos de la tercera edad, y se señala que es al Estado y los entes encargados de la prestación de los servicios quienes deben ajustar los mecanismos requeridos para asegurar un tratamiento que mejore indudablemente la salud y condición de vida de los individuos. Por lo tanto, en los casos en que no sea posible la restauración de la salud de los pacientes, se debe proporcionar los medios necesarios para hacer frente al padecimiento y asegurar al paciente una vida digna (...) se indica que en la Sentencia T-1344 de 2001, la Corte Constitucional sostuvo que de manera extraordinaria le corresponde a la EPS proveer el cuidador, cuando se determina médicamente que el paciente necesita esta asistencia y la cual no puede ser proporcionada por la familia del usuario ya que es realmente imposible; debido a que se encuentran físicamente imposibilitados para prestar la atención necesaria, falta de salud por edad o enfermedad o porque tiene otros deberes importantes que cumplir.

En concordancia con la Sentencia SU-508 de 2020, la cual indicó que el carácter de especial protección ...debe interpretarse basándose en el principio de la dignidad humana (...) por otro lado, que la protección de dichos derechos es primordial. Teniendo en cuenta lo anterior, estableció que el amparo a la salud de las personas mayores es de notable importancia. Además, que en correlación con la Sentencia T-221 de 2021 refiere que se debe asegurar que la prestación de atención en salud que necesitan las personas de la tercera edad sea continuos, permanentes, oportunos, efectivos debido al deber de protegerlos y asistirlos entre otros, de acuerdo a

lo señalado en la Constitución Nacional de Colombia, en su artículo 46. Lo anterior de acuerdo a la referida sentencia T-005 de 2023.

De acuerdo a lo consignado en la Ley estatutaria 1751 de 2015 en su artículo primero, se señala que se debe salvaguardar el derecho constitucional de la salud, reglamentarlo e instaurar los medios necesarios para su amparo; el artículo quinto de esta ley hace referencia a mejorar la prestación a los servicios de urgencias en donde se eliminen (...) “autorizaciones”, (...) se refuerce la vigilancia a los precios de los medicamentos y se agilice la incorporación de nuevas tecnologías; por lo cual, se debe prestar la atención sin demoras, obstáculos, ni aducir razones de tipo económico para no suministrar el servicio la salud siendo este derecho constitucional (...) Además, esta Ley Estatutaria determina que la salud siendo derecho fundamental debe asegurar el respeto humano, la equidad, pertinencia y oportunidades para toda la población.

Empero se evidencia que para poder acceder a especialistas, algunos medicamentos, cirugías, tratamientos, o procedimientos de altos costos se requiere de autorizaciones, donde se verifica si es necesario el servicio o la posibilidad de otras opciones más económicas, lo cual conlleva a evitar que los prestadores de salud pierdan recursos económicos, lo que a su vez produce demoras en la atención del paciente y muchas veces se termina desistiendo de los procedimientos, acceso a medicamentos o de la simple prestación del servicio por trámites que requieren de acompañamiento, debido a las condiciones familiares donde no necesariamente se cuenta con apoyo.

La población adulto mayor por diferentes circunstancias como son falta de recursos económicos, condición de discapacidad, bajo nivel educativo o

sociocultural, se convierte en un grupo etario altamente sensible, donde resulta imperante velar para que logren ingresar al sistema de salud sin barreras de acceso y así puedan hacer efectivo sus derechos en salud, contemplados en la normatividad vigente en Colombia.

Las personas mayores presentan gran vulnerabilidad tanto así de que en 2015, la Organización de los Estados Americanos (OEA) adoptó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIPDHPM), reconociendo su derecho a la atención por parte de los servicios completos de protección y promoción de la salud (OEA, 2015). La adhesión de países en este convenio es necesaria para fortalecer el marco legal vigente en cada país y garantizar la protección de personas que han alcanzado sesenta años de edad y cuya atención en salud suele ser descuidada por los prestadores. (Rojas y otros, 2021, p. 2)

Pese a la normativa, la realidad resulta siendo otra, donde el adulto mayor si bien es un individuo que goza de especial y reforzado amparo constitucional, el tratamiento de salud no necesariamente es dirigido de manera integral, y dándole reconocimiento de su principio de dignidad humana como algo inherente a la persona para generarle la mejor calidad de subsistencia posible.

El derecho constitucional a la salud es intransferible e irrenunciable, a nivel particular y colectivo. Adicionalmente, implica recibir atención de forma puntual, eficiente y de calidad para mantener, mejorar y promover la salud. Además, es responsabilidad del Estado establecer lineamientos que garanticen la equidad en el trato y suficiente capacidad de oferta en los servicios de promoción, prevención,

diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos para todos los individuos. (CC, T-178/17,2017).

Entre otras barreras encontradas para acceder a los servicios de salud al adulto mayor se encuentran los cuidados paliativos, lo que la OMS ha definido en general como aquellos que requieren cuidados integrales y diligentes para las personas cuyas enfermedades son refractarias a tratamientos curativos. Es significativo destacar que, en la población de los adultos de la tercera edad o adultos mayores, es donde se encuentra la mayor proporción de enfermedades crónicas de origen no canceroso que viven este escenario, en paralelo con otros grupos etarios. (E. López y otros s.f., s. p).

Durante el año 2020 fueron identificadas algunas barreras de acceso frente a cuidados paliativos en Bogotá específicamente, se presentó el desconocimiento de cuidados paliativos en el talento humano del ámbito de la salud y la comunidad en general, especialmente en cuanto al uso de medicamentos opioides, la normatividad que rige los cuidados paliativos, los auditores que verifican los procesos de habilitación en las diferentes IPS en el país, así como la falta de redes que apoyen a los pacientes con necesidades paliativas, sumado a la falta de personal especializado o capacitado en este tipo de cuidados específicos, los recursos asignados a la población con necesidades paliativas fue escasa, lo que comprometió la vinculación de personal especializado, entre otros.

Al respecto, Guerrero y otros (2021) evidenciaron como barreras de acceso, las largas distancias de camino que deben realizar los pacientes y sus familias no sólo de zonas rurales a zonas urbanas, lo cual termina consumiendo tiempo y dinero, aunado a las demoras en los procesos de

autorización relacionadas con el inadecuado diligenciamiento de las fórmulas médicas, así como el vencimiento de fechas, siendo devueltas al paciente y afectando la continuidad en su medicación. Interrupciones que también se vieron reflejadas en la división de atención, siendo diferente los lugares en donde el paciente debe pedir autorización, recibir la atención y reclamar medicamentos. (pp. 48 a 52)

En general, lo que se evidencia en consulta externa sobre los problemas o barreras que vulneran las garantías fundamentales en salud de los individuos de la tercera edad es la falta de oportunidad en el seguimiento, debido a que a pesar de recibir la solicitud para la cita de control para un determinado tiempo no logran conseguirla incluso por varios meses ya que no hay agenda disponible o no se ha programado, lo que redundo en falta de atención prioritaria que se debería tener, sumado desabastecimiento de medicamentos, falta de disponibilidad de especialistas, tramitología como autorizaciones, déficit de orientadores al paciente, bloqueos por inasistencia, mecanismo de comunicación inoperantes como es el Call Center, plataformas virtuales que no se encuentran activas, o cuya comunicación se cae, entre otros.

Mas allá de las particularidades que constituye los procesos y procedimientos al interior del Sistema de Seguridad Social en Salud, el acceso a la salud para el adulto mayor suma adicionalmente situaciones particulares, como la inadecuada red de apoyo familiar, el bajo nivel de escolaridad o nivel sociocultural, y donde su núcleo que lo acompaña no tiene mayor conocimiento de los procesos o procedimientos frente a la exigencia de llenar formatos o autorizaciones digitales, o el ABC, por las mismas instituciones de salud, a lo que se puede sumar el alto porcentaje de dependencia por su condición de discapacidad, bajos recursos económicos

para transportes, impidiendo aún más llevar a cabo las diligencias correspondientes para la obtención de sus servicios, o el tener el alimento suficiente para poder resistir a tantas trabas burocráticas del mismo sistema.

2.2 Afectación a la salud y calidad de vida adulto mayor

El Ministerio de Salud y Protección Social señala que la senilidad en el hombre y la mujer, es un proceso que se asocia al envejecimiento en el cual se puede identificar cambios físicos como cognitivos que pueden ser propios e inevitables y que muchos de ellos se podrían prever desde una vida sana, que no necesariamente conllevaría a una degeneración progresiva en relación a la salud, la memoria o en sus actividades físicas.

De acuerdo con la OMS, indica que la senectud es definida como el último momento del ciclo de vida humano y se considera una construcción social y biográfica. La vejez es un proceso diverso en el que se acopian diferentes cambios como son limitaciones, pérdidas de capacidades tanto físicas como de conocimiento, oportunidades y vitalidad humana, su grado de complejidad se relaciona con base en las actividades realizadas durante este proceso. [MSPS] (s. p)

La Ley 1438 de 2011, señala diferentes principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud entre los que se encuentra, la perspectiva diferencial donde se acepta que existen grupos poblacionales con particularidades específicas con relación al grupo etario, étnico, situación de discapacidad, género y afectados por la violencia, para lo cual el SGSSS brindará especial amparo y empeño enfocado a la abolición de las condiciones de segregación y exclusión. Donde prima tanto el principio de irrenunciabilidad

es por tanto la garantía de los individuos a la atención médica la cual no permite renunciar a esta de manera parcial o totalmente, así como el principio de continuidad donde todo individuo que habiéndose afiliado al Sistema en Salud tiene la disposición de estabilidad y no se debe, inicialmente, apartar del mismo cuando esté en riesgo su integridad o condición de vida, y máxime si se está hablando de un grupo etario como el del adulto mayor.

De acuerdo a lo señalado en el Decreto 681 de 2022 se define el envejecimiento como un suceso presente durante el curso de la vida y de la vejez como la preparación y adaptación social de la etapa final del ciclo de la de vida, en el cual se encuadran diferentes puntos de vista, y donde se trataron de forma separada circunstancias como la pobreza, situaciones presentadas a través del tiempo y las discapacidades mental y física -que a la vez excusaron la segregación y la marginación para ejercer sus derechos como ciudadanos-, que por razones de su edad los identifica como personas con plena garantía de derechos en su goce y ejercicio de estos, propiciando el surgimiento de actores sociales que exigen la implementación de sus derechos fundamentales (Huenchuan y Rodríguez-Piñero: 2010).

De acuerdo a lo estipulado en el mencionado Decreto, en relación a las enfermedades no transmisibles o condiciones de salud crónicas, tienen una alta prevalencia en las personas mayores, afectando a más del 40% de ellos, siendo la pérdida de movilidad una de las principales preocupaciones cuando se trata de la dependencia funcional. Se hace necesario actuar desde lo propositivo y preventivo toda vez que si se asume un aumento en el número de adultos longevos, puede ser necesario brindar una atención integral y de excelente eficacia para cubrir los requerimientos del adulto mayor, en consonancia con su derecho fundamental a la salud.

Trayendo nuevamente a colación la Ley 1251 de 2008, art 3. en cuanto a la edad en la que se considera que comienza la vejez en Colombia, se establece está a partir de los 60 años; sin embargo, existen excepciones para comunidades indígenas y personas con discapacidad, quienes pueden ser considerados como adultos mayores a partir de los 50 años, según lo indicado en la misma Ley 100 de 1993, artículo 257, o mayores de 55 años debido a su deterioro psíquico, corporal y perdida de vitalidad, según Ley 1276 de 2009 en su artículo 7.

Si bien la Ley 1315 de 2009, hace referencia a las entidades de atención en salud públicas, privadas o de economía mixta como aquellas que disponen de infraestructura en propiedad o arrendadas donde se ofrece atención de salud o apoyo social, a las que se suman aquellas instituciones dedicadas a brindar una variedad de servicios que favorezcan a los individuos de la tercera edad en todos los espacios relacionados con su desarrollo personal y como individuos con derechos plenos, es necesario señalar que las empresas se piensan no necesariamente desde la optimización entre costos y beneficios, sino desde su maximización de utilidades, donde hay un mercado de bienes y servicios que pone en jaque al SGSSS, en cuanto a calidad y cobertura para un grupo poblacional como lo es el adulto mayor, que debido a las condiciones propias del envejecimiento es cada día más difícil lograr obtener atención en salud, y aún más por las barreras que presentan las entidades prestadoras de servicios generan un deterioro en el estado de salud de los individuos de edad avanzada lo que conlleva a menguar su condición de vida.

Lo anterior conlleva a que uno de los mecanismos más utilizados para restablecer o salvaguardar los derechos fundamentales vulnerados, debido a los diferentes obstáculos para acceder al ejercicio real a las garantías en salud sea la tutela. Así las cosas, según la Defensoría del Pueblo (2018, pp. 58, 59, 85), en el año 2017 fueron interpuestas 607.499 tutelas de las cuales 197.655 correspondieron a la vulneración del derecho constitucional a la salud equivalente al 32,54 % del total de tutelas. De un total de 292.026.764 atenciones realizadas durante ese año lo que corresponde al 0,07%. En el año 2018 interpusieron 607.308 tutelas de las cuales 207.734 fueron realizadas con la finalidad de asegurar el derecho constitucional de la salud con una proporción de un 34,21 %; con un total de 448.132.262 atenciones lo que equivale a un 0.046% de presunta vulneración de derechos en salud por algún tipo de barrera a la prestación del servicio en salud. (MSPS, 2021, pp. 23,27).

De acuerdo al Ministerio de Salud (2019) en su reporte periódico de tutelas, el cual se lleva a cabo cada año y en acatamiento a la orden 30 de la sentencia T- 760 de 2008, señala a la población vulnerable como aquella a la cual pertenecen los individuos que presentan una protección constitucional o atención especial, según el grupo de edad, sexo, ocupación, entre otras cosas. Asimismo, indica que durante el año 2019 se generaron 2.044 solicitudes de amparo de derechos tutelables en el intervalo de edad de 65 años o más en materia de salud de un total de 8.029 acciones, lo que corresponde al 25,4 % de personas mayores donde manifestaron barreras para acceder al goce pleno de la atención de salud del total de tutelas presentadas.

De la misma manera, el Ministerio de Salud (2021) en su reporte anual sobre las tutelas presentadas, y en acatamiento a la mencionada

orden 30 de la sentencia T- 760, indica que las acciones en salud se reducen desde el año 2019, a pesar que el año 2020 fue diferente por el rigor de la pandemia de Covid-19, razón por la cual se atenuaron aproximadamente en un 50% las reclamaciones a través de tutelas en salud, manteniéndose este porcentaje en el año 2021, a pesar el regreso a la normalidad de forma progresiva.

Tabla 1. Tutelas en salud, número de atenciones en salud en el SGSSS y tasa de tutelas cada 1,000 atenciones en el periodo 2015-2022

Tutelas en salud, número de atenciones en salud en el SGSSS y tasa de tutelas cada 1,000 atenciones en el periodo 2015-2022			
AÑO	No. De atenciones en salud	No. De tutelas	Tasa de tutelas port cada 1000 atenciones en salud
2015	308.891.332	150.728	0,5
2016	215.625.427	164.274	0,8
2017	292.071.054	197.655	0,7
2018	448.264.636	207.734	0,5
2019	462.414.615	207.368	0,4
2020	412.521.724	109.940	0,3
2021	452.397.248	92.506	0,2
2022	430.538.432	156.412	0,4

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPSS (Fecha de extracción: marzo de 2023), y Base de datos de tutelas, remitida por la Corte Constitucional en enero de 2023. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social- Informe Anual Acciones de Tutela en Salud - Vigencia 2022, orden Trigésima 30 de la sentencia T-760 de 2008, p.19 Obtenido 15/04/2024 de <https://acortar.link/xzNj6j>

Adicionalmente, el Ministerio de Salud (2021), presenta el número de afiliados atendidos en el SGSSS, en esta tabla se logra evidenciar que existe diferencia en el número de atenciones en salud

(tabla 1) frente al cifra de individuos atendidos en el SGSS durante los años 2015 al 2021 (tabla 2), lo que genera que el porcentaje de tutelas en salud varíe, encontrándose una mayor proporción en el año 2017 y menor proporción en el año 2021.

Adicionalmente, con relación al número de tutelas registradas en el año 2022, se observa que se disminuyó el número de personas atendidas en salud; sin embargo, se evidencia que se incrementa el número de acciones interpuestas.

Tabla 2. Tutelas en salud, número de personas atendidas en el SGSSS y tasa de tutelas cada 1.000 personas atendidas en el periodo 2015-2022

AÑO	NUMERO DE PERSONAS ATENDIDAS EN SALUD	NUMERO DE TUTELAS	TASA DE TUTELAS POR CADA 1.000 PERSONA ATENDIDAS
2015	24.466.239	150.728	6,2
2016	22.231.530	164.274	7,4
2017	26.029.406	197.655	7,6
2018	30.184.275	207.734	6,9
2019	34.668.268	207.368	6,0
2020	29.840.755	109.940	3,7
2021	32.704.466	92.506	2,8
2022	29.543.353	156.412	5,3

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPSS (fecha de extracción: marzo de 2023), y base de datos de tutelas, remitida por la Corte Constitucional en enero de 2023. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social- Informe Anual Acciones de Tutela en Salud - Vigencia 2022, orden Trigésima 30 de la sentencia T-760 de 2008, pp. 17,18 Obtenido 15/04/2024 de <https://acortar.link/xzNj6j>

Por otro lado, el Ministerio de Salud (2020) en su reporte anual de informes de tutela, y por acato a la referida orden de la sentencia T-760 señala que durante el año 2020 fueron presentadas 1.469 tutelas en

salud, de las cuales 452 acciones fueron instauradas con el fin de proteger las garantías fundamentales en salud del adulto mayor (tabla 3), lo que corresponde al 30% de acciones, estando en segundo lugar del grupo población con mayor vulneración de sus derechos en salud. [MS]p.14.

Tabla 3. Tutelas por tipo de documento de identidad -Colombia 2020

Tutelas por tipo de documento de identidad -Colombia 2020								
	PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	NO REGISTRA FECHA DE NACIMIENTO	TOTAL
Cédula de Ciudadanía	0	0	0	109	571	445	134	1259
Tarjeta de identidad	4	39	46	5	0	0	4	98
Registro Civil	38	15	0	1	1	1	1	57
Cédula de extranjería	1	0	2	2	4	3	2	14
Número Único de Identificación Personal (NIUP)	19	3	0	0	0	0	0	22
Número de Identificación Tributaria (NIT)	0	0	0	0	0	0	7	7
No registra documento	0	0	0	0	4	3	0	7
Permiso Especial de Permanencia (PEP)	1	1	0	1	1	0	1	5
TOTAL GENERAL	63	58	48	118	581	452	149	1469
* Nota: Frente a los documentos de identidad, cuya información no corresponde con el curso de vida, debe aclararse que dicha información es el reflejo de los datos recolectados de los expedientes de tutela.								

Fuente: Informe Anual Acciones de Tutela en Salud -vigencia 2020, orden 30 de la sentencia T-760 de 2008 Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido el 30/07/2023 <https://acortar.link/zm8DTC>.

Es de anotar, que se registraron 409.583.912 atenciones en salud en el año 2020, para un total de 452 tutelas presentadas para proteger los derechos del adulto mayor, lo que equivale al 0,00011% de individuos que se ven abocados a la necesidad imperiosa de acudir a este mecanismo para garantizar el real uso de sus derechos en salud.

Tabla 4. Tutelas en salud por documento de identidad, por curso de vida en Colombia año 2021.

	Tutelas en salud por documento de identidad, por curso de vida en Colombia año 2021							
	PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	NO REGISTRA FECHA DE NACIMIENTO	TOTAL
Cédula de Ciudadanía	0	0	0	102	451	446	28	1027
Tarjeta de identidad	38	36	40	0	0	0	3	117
No presenta	0	1	0	0	0	2	54	57
Cédula de extranjería	0	1	4	10	16	7	18	56
Número Único de Identificación Personal (NIUP)	7	3	0	0	0	0	0	10
Otro	1	0	0	1	1	1	3	7
Registro Civil	0	3	0	0	0	0	0	3
Permiso Especial de Permanencia (PEP)	0	0	0	0	2	0	1	3

Número de Identificación Tributaria (NIT)	0	0	0	0	0	0	2	2
TOTAL GENERAL	46	44	44	113	470	456	109	1282

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021. Obtenido el 28/07/2023 de <https://acortar.link/bFqjau> p.35

De igual forma, el año 2021, se realizaron 333.790.895 atenciones, de las cuales 456 personas mayores instauraron acciones de tutela (tabla 4), con el fin de materializar de manera integral la obtención de atención en salud, siendo el 0.000136% del total de la población con estos requerimientos.

Así mismo, se evidencia (tabla 5), que para el año 2022 se generaron 1108 tutelas en salud por parte de la persona mayor, lo cual corresponde al 36,24 % del total de la población, siendo este grupo etario el más afectado.

Tabla 5. Tutelas en salud por documento de identidad, por curso de vida en Colombia año 2022.

Número de tutelas en salud por genero y curso de vida en Colombia año 2022								
GENERO	PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	NO REGISTRA FECHA PARA CLASIFICACIÓN EN CURSO DE VIDA	TOTAL, GENERAL
FEMENINO	32	55	51	84	607	608	178	1615
MASCULINO	66	72	81	74	472	500	176	1441
PERSONA JURIDICA	0		0	0	0	0	1	1
TOTAL, GENERAL	98	127	132	158	1079	1108	355	3057

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPSS (fecha de extracción: marzo de 2023), y base de datos de tutelas, remitida por la Corte Constitucional en enero de 2023. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social- Informe Anual Acciones de Tutela en Salud - Vigencia 2022, orden Trigésima 30 de la sentencia T-760 de 2008, pp. 38, 39 Obtenido 21/04/2024 de <https://acortar.link/xzNj6j>

La Sentencia T-136 de 2020 de la Corte Constitucional de Colombia precisa al cuidador como la persona que ayuda físicamente a un sujeto que sufre una enfermedad severa sea innata, adquirida o producto de su longevidad y que por su condición no puede valerse por si mismo, esta persona puede ser un familiar o individuo no profesional de la salud. Igualmente, la Corte señala que a través de una orden judicial la atención domiciliaria, del cuidador puede ser prestada por parte de la EPS de manera extraordinaria cuando el núcleo familiar no pueda garantizar este apoyo al paciente, vulnerando derechos fundamentales al asegurado. Esta sentencia asegura el derecho a la salud integral de los adultos mayores en condición de discapacidad, asegurando el acceso a servicios de cuidadores a domicilio por 12 horas y transporte para obtener la atención médica.

Se reconoce que la falta de transporte constituye una barrera de acceso para aquellos que no pueden costearlo, lo cual podría vulnerar derechos fundamentales como es garantizar una vida digna, salud, seguridad social y protección a la persona mayor. Se establece el principio de integralidad en el área de salud pública, asegurando cuidado integral a los individuos con especial amparo constitucional, incluso si los servicios necesarios no están contemplados en el PBS (Plan de Beneficios en Salud). (CC, T-136/20,2020).

El postulado de integralidad implica que el servicio proporcionado al paciente debe incluir todos los componentes determinados por el profesional en salud tratante para optimizar su salud o condición de vida. En este caso, se solicitaron pañales, suplementos vitamínicos y crema anti escaras, y aunque la EPS ya ha garantizado su entrega, se advierte a la EPS que continúe suministrándolos de manera oportuna y de acuerdo con las órdenes médicas para asegurar la integralidad del tratamiento.

Según la sentencia T-036 de 2013 expedida por la Corte Constitucional de Colombia, busca garantizar el derecho constitucional a la salud de las personas de la tercera edad, a una “vida digna” y el principio de atención integral. Dentro de las pretensiones en este fallo, se encuentran la autorización de la atención domiciliaria de enfermería durante las 24 horas del día y servicio de ambulancia, así no se demuestre orden por parte del médico tratante en la que se señale el requerimiento de estos servicios como son enfermería y traslado en ambulancia para cada seguimiento médico, debido a que estos servicios se encuentran excluido del POS.

En consonancia, la Corte señala que los entes prestadores de salud E.P.S. en esta caso la accionada tiene el deber señalado en la constitución y en las normas de suministrarle al solicitante la atención requerida, recordando el precepto de integralidad en la atención médica de los individuos de la tercera edad, lo que comprende la obligación de ofrecer la prestación de manera completa, independiente a que los diferentes requerimientos estén o no ofrecidos en el POS (Planes Obligatorios de Salud) como en este caso la alimentación del paciente con fórmula polimérica, oxígeno domiciliario, cremas antipañalitis, antiescaras, pañales desechables, terapias.

Lo señalado anteriormente, es establecido por mandamiento de la Constitución Política con el fin de favorecer la protección al derecho a la salud de las personas de la tercera edad y el deber del Estado de asegurar el derecho a la seguridad social. Adicionalmente, solicitan la exoneración al cobro de copagos, frente a esto la Corte Constitucional ha destacado dos eventos en los que procede la “exoneración” del pago de estos, el primero se refiere a la falta de recursos económicos de un paciente que requiera la atención medica objeto de copago o cuota moderadora, los cuales deben ser asumidos por la Entidad prestadora en Salud (E.P.S). En este caso, teniendo en cuenta que la paciente no cuenta con el dinero para el pago de estas obligaciones, se exime del pago de los copagos ya que de lo contrario se le imposibilitaría el uso al pleno derecho fundamental a la salud y el respeto humano y debido además que la paciente presenta una enfermedad catastrófica.

Como consecuencia ante la presunta transgresión del derecho a la salud, manifiestan que la paciente debido al incumplimiento de la E.P.S. y prestación del servicio de manera inoportuna durante la atención domiciliaria presentó deterioro en su estado de salud debiendo acudir nuevamente al servicio de salud. Por lo anterior, señalan que se debe evitar que la E.P.S. continúe con las mismas fallas, menoscabando el estado de salud de la persona mayor.

La Sentencia de revisión T-111 de 2013, señala dos acontecimientos de presunta violación de derechos en el adulto mayor; dentro de las pretensiones en el primer caso solicitan entrega de pañales, autorización servicio de enfermería 24 horas, cama hospitalaria; en el segundo caso requieren hospitalización en casa, abastecimiento de pañales desechables y crema anti escaras y sea exonerado del aporte que se debe realizar por

hacer uso del servicio “cuotas moderadoras”, invocando el Derecho a la salud, a la vida digna, ingreso a los servicios salud, en persona de la tercera edad y adulto mayor en condición de invalidez; la Corte Constitucional ha indicado que cuando la familia ni el paciente no tiene el dinero para costear estos insumos y se establece como impedimento para garantizar estos derechos, es al Estado a quien le corresponde la obligación de asegurar que los pacientes reciban la atención en salud requerida de manera integral. Por lo tanto, ordena a las E.P.S. autorizar la entrega de insumos y servicios requeridos por estos usuarios personas mayores, quienes gozan de “Especial Amparo Constitucional”.

La sentencia T-117 de 2019, señala como presunta vulneración al Derecho fundamental de la salud de personas mayores y fallas en el acceso a servicios excluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), esto debido a la falta de entrega de pañales desechables, en cumplimiento a lo establecido en el ítem no. 57 del anexo técnico de la Resolución 244 de 2019, indicando como servicios explícitamente por fuera del PBS: toallas sanitarias, paños húmedos, papel higiénico y elementos de aseo. Sin embargo, la Corte evidencia una barrera que limita el uso pleno de los derechos a la salud y respeto humano, al requirente que es persona de protección especial por ser adulto mayor y con bajo nivel socioeconómico; por tal razón, se encuentra en condición de vulnerabilidad, considerando esto como una “excepción de inconstitucionalidad” frente al suministro de insumos de aseo en este caso pañales desechables, por lo cual ordena a la EPS la entrega de estos elementos según orden médica.

Se concluye que los obstáculos en salud que se presentan dentro de la prestación de los servicios en salud, no solo afectan su derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida, sino que además, afectan la calidad

de vida de los pacientes mayores en con la vida digna especialmente a las personas que por su condición socio económica no pueden obtener los elementos que no le son suministrados por parte del sistema de salud por no encontrarse en el plan de beneficios en salud como son el medio de transporte, cuidadores, enfermeras. Por consiguiente, se requiere que se generen además políticas públicas que incluyan programas gubernamentales con enfoque diferencial al adulto mayor que limite el riesgo de la vulneración de sus derechos, incluyendo el de la salud.

Capítulo III. Políticas públicas dirigidas a la protección del Adulto Mayor en Colombia como garantía de los derechos fundamentales a la salud y a la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca la importancia de llegar a la edad adulta en adecuado estado físico y mental. Para lograrlo, es necesario adoptar hábitos de vida saludables, como mantenerse activo físicamente y llevar una alimentación equilibrada. Esto tiene como objetivo prevenir enfermedades no transmisibles y disminuir la probabilidad de ser dependiente en la vejez. Según las proyecciones de la OMS, se espera que la cifra de individuos pertenecientes al grupo etario superior a 80 años, se triplique entre el año 2020 y el año 2050, alcanzando los 426 millones.

Por lo tanto, es fundamental establecer metas para el año 2030 en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, enfocadas en el "envejecimiento saludable": Estas metas incluyen el descenso en el nivel de inequidad en salud, el mejoramiento en las condiciones de vida de las personas de la tercera edad, el apoyo a sus familiares y comunidades. Para lograrlo, se promueve una atención integral y con orientación en la asistencia básica en salud. (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2022, s. p.)

Las políticas públicas para el adulto mayor en Colombia reconocen la importancia de garantizar todos los beneficios y adecuadas condiciones de vida de esta población; para lograr esto, se cuenta con la Ley 1251 de 2008, que tiene como objeto entre otros, orientar las políticas, lineamientos y proyectos del Estado, de la población civil y sus familias, tomando en cuenta el proceso de envejecimiento, además regulan el manejo de las entidades que brindan atención y cuidado integral a los individuos mayores.

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en su art. 9. es obligación del Estado acoger políticas públicas encaminadas a disminuir las inequidades de los factores sociales de la salud, que limitan el pleno uso del derecho a esta, impulsar una óptima salud, fomentar la prevención de enfermedades, propender por optimizar las circunstancias de la vida; especialmente en la población adulto mayor que cada día se incrementa más.

Además, el Programa Colombia Mayor, igualmente busca disminuir la situación de precariedad y optimizar las condiciones en las condiciones de la vida de los adultos de la tercera edad en entorno de debilidad económica. Les brinda un subsidio económico mensual, atención en salud y recreación. (Prosperidad Social, s. f, s. p).

Según lo señalado en el decreto 681 de 2022, las políticas públicas del adulto mayor tienen como objetivo, impedir cualquier dificultad que se pueda presentar ante la prestación de los servicios en salud, garantizado una atención digna; teniendo en cuenta que la finalidad de la Política Pública es que los individuos tengan una senectud saludable, digna e independiente, libre de discriminación garantizando los derechos humanos. Así mismo, a través de los Pactos internacionales sobre Derechos Humanos se ratifica al Estado colombiano su obligación de asegurar a los adultos mayores sus derechos constitucionales...su compromiso de defender, acatar y fomentar sus garantías civiles, políticas, económicas y socioculturales.

3.1 Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez

Con el fin de ejecutar la Política de Envejecimiento Humano y Vejez en Colombia se cuenta con diversos ingresos como son los obtenidos del “Presupuesto General de la Nación, el Sistema General de

Participaciones y el Sistema General de Seguridad Social”; además, las entidades territoriales contribuyen con recursos propios y se pueden obtener recursos adicionales de la Cooperación Técnica y otros recursos parafiscales. (...) Del mismo modo, esta política está conformada por diferentes leyes y acuerdos internacionales aprobadas por el Estado colombiano, estas normas son consideradas como parte del bloque de constitucionalidad y tienen un impacto significativo en relación a salvaguardar los derechos humanos de las personas de la tercera edad. (M.S. Pérez, J. 2020, pp. 5-6).

De la misma manera, el Consejo Nacional de Política Económica y Social — CONPES, es una entidad en Colombia encargada de formular, evaluar y coordinar políticas públicas en diversos ámbitos. Su finalidad principalmente es fomentar el crecimiento económico y social del estado. El documento [CONPES 4023] (2021), establece que mediante los Decretos Legislativos 458, 659 y 814 de 2020 se avaló el desembolso de dineros de forma irrestricta, excepcional e incondicional a favor de la población objeto de los programas de “Familias en Acción, Colombia Mayor y Jóvenes en Acción” (p.20). Adicionalmente, a través del documento Consejo Nacional de Política Económica y Social [CONPES 78], p. 1, 2004), mediante el cual se sustenta el programa Colombia Mayor.

También el Estado dispone de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) que es una entidad colombiana delegada de administrar los dineros del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su objetivo principal es asegurar la entrada efectiva, oportuna y de calidad a la atención de salud para todos los ciudadanos colombianos y quien indica que:

El artículo 25 del Decreto 1283 de 1996 establece que la Subcuenta de Promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) tiene como objetivo financiar actividades relacionadas con la educación, información, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La Ley 100 de 1993 y el Decreto Reglamentario No. 1283 de 1996 establecieron que la Subcuenta de Promoción de la Salud debe ser considerada como parte integral del FOSYGA. Además, se estableció que la administración del FOSYGA debe realizarse a través de un Encargo Fiduciario.

En concordancia con lo anterior, se deben tener en cuenta los ingresos de la población mayor para cubrir sus necesidades como son la pensión, ingresos propios, subsidios entre otros. Al respecto, el Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS] señala que el Sistema General de Pensiones está constituido por dos regímenes así:

a) El Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida, dirigido por COLPENSIONES, permite a las personas afiliadas o a sus beneficiarios recibir una mesada pensional por vejez, invalidez o sobrevivencia, así como una indemnización.

b) Las sociedades administradoras de fondos de pensiones (AFP) son responsables de gestionar el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, el cual se basa en el ahorro obtenido a partir de las contribuciones y sus rendimientos financieros. Este régimen también incluye el aseguramiento de una mesada pensional mínima y contribuciones al fondo de solidaridad para fomentar la solidaridad entre los afiliados.

Es de señalar, que es al Estado, la sociedad y la familia a quienes les corresponde brindar ayuda y apoyo a los individuos mayores según lo señalado por la Constitución Política Nacional para dar cumplimiento, al ordenamiento jurídico el Estado cuenta con un fondo de solidaridad pensional, que es una cuenta especial que no tiene personería jurídica y que forma parte del Ministerio de Trabajo, cuyo objetivo es brindar apoyo económico para las cotizaciones de pensiones a grupos de personas que, debido a sus características y situación económica, no pueden acceder a los sistemas de seguridad social. Además, esta cuenta también se encarga de proporcionar subsidios financieros para proteger a las personas mayores que presentan estado de indigencia o escasez extrema. (Prosperidad Social, s. f., párr. 1).

De la misma manera, es importante conocer la situación actual y las necesidades básicas prioritarias del adulto mayor para establecer así los lineamientos aplicables de las Políticas Públicas.

La encuesta SABE Colombia, es una herramienta que tiene como finalidad informar sobre el estado real de salud, bienestar y la vejez de los adultos mayores tanto en las diferentes ciudades, pueblos, veredas y municipios y que permite tomar decisiones en Salud Pública; la encuesta SABE 2015 responde frente a COLCIENCIAS (hoy MINCIENCIAS) como una estrategia para Colombia entre los años del 2010 al 2020.

Según los datos obtenidos por parte de la encuesta SABE COLOMBIA 2015, los adultos mayores adquieren sus ingresos de diferentes fuentes. Un 30,9% proviene de actividades laborales, un 29,1% proviene del sistema pensional y un 29,2% son aportes realizados por sus parientes que viven en Colombia. Además, aproximadamente una quinta parte de los encuestados

reportaron recibir subsidios estatales, mientras que el 11,9% recibieron ingresos provenientes de alquileres e inversiones. Por otro lado, un 3,9% indicó recibir remesas de parientes que viven en el extranjero u de alguna otra entidad o individuo.

Tabla 5. Ingresos, Adultos Mayores SABE Colombia 2015

INGRESOS ADULTOS MAYORES SABE COLOMBIA 2015	
Actividades Laborales	30,90%
Sistema Pensional	29,10%
Aportes familiares que viven en Colombia	29,20%
Subsidios Estatales	1/5 PARTE
Ingresos de rentas e inversiones	11,90%
Giros de familiares del exterior o institución u otra persona	3,90%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SABE Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, Bogotá. Colombia.

En consecuencia, se puede deducir que en general la gran mayoría de individuos de esta población sus ingresos son obtenidos por su trabajo o en segundo lugar dependen de aportes familiares que viven en Colombia.

Ahora bien, con relación a la afiliación en salud, la población se puede vincular a través de diferentes regímenes como son el régimen contributivo, subsidiado y transición:

Es de señalar, que él [MSPS] define el Régimen contributivo como aquel que logra vincular a las personas y sus parientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la cancelación de un aporte o una contribución monetaria previamente costeadada por el afiliado o entre éste y su empleador.

Régimen subsidiado: El Estado colombiano busca garantizar que las personas pobres y vulnerables del país puedan acceder a la atención en salud a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y lo logra mediante la inscripción al régimen subsidiado en salud. De esta manera, se asegura que estas personas puedan hacer su goce efectivo al derecho constitucional a la salud de manera efectiva. (Ministerio de Salud y Protección Social) (s. p).

Transición Sisbén IV: La base de población certificada bajo la metodología IV del Sisbén es una actualización del instrumento de focalización individual Sisbén, que tiene como objetivo principal el enfoque de inclusión social y productiva. Con esta actualización, se busca garantizar que se tenga en cuenta a todas las personas de forma imparcial, impulsando así la participación social y económica de todos los individuos en la sociedad. (Ministerio de Salud y Protección Social) (s. p).

Con la expedición del *Decreto 616 de 2022* y la *Resolución 925 de 2022* el Ministerio de Salud y Protección Social integró la asistencia de solidaridad como el medio de aseguramiento al Sistema general seguridad social en salud- régimen subsidiado de la población no vulnerable y no pobre del grupo D dentro del Sisbén IV y que no tiene las condiciones para ser contribuyente o usuario del sistema contributivo el cual busca la continuación en la prestación del servicio y sostenibilidad económica del SGSSS, a través de la cancelación de costos preestablecidos, según la “capacidad de pago parcial “. [MSPS] (s. p).

Con relación a la afiliación en salud la encuesta SABE 2015, señala que el 48,9% están inscritos al régimen contributivo, el 46,8% al subsidiado,

el 0,4% al de excepción, el 1,6% especial, el 2,2% no pertenecen a ningún régimen.

Tabla 6. Afiliación en Salud, Adultos Mayores SABE Colombia 2015

AFILIACION EN SALUD		
Régimen Contributivo	48,90%	
Régimen Subsidiado	46,80%	
Régimen de Excepción	0,40%	
Régimen Especial	1,60%	
No pertenecen a ningún régimen	2,20%	

Fuente: Elaboración propia a partir del SABE Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, Bogotá. Colombia.

De acuerdo a estos datos podemos determinar que la mayoría de este grupo etario pertenece al Régimen contributivo y que solo el 1.6 % pertenece a algún régimen especial; sin embargo, se evidencia un alto porcentaje corresponde al régimen subsidiado como es el 46.80% de la población adulto mayor.

En cuanto a las personas que reciben pensión solamente el 11.9% de la zona rural y 33.9% de la zona urbana. (SABE Colombia 2015, pp.1 a 3).

Tabla 7. Pensiones Zona Urbana y Rural, Adultos Mayores SABE Colombia 2015.

PENSION ZONA URBANA VS ZONA RURAL	
ZONA RURAL	11,90%
ZONA URBANA	33,90%

Fuente: Elaboración propia a partir del SABE Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Bogotá. Colombia.

Por consiguiente, se puede analizar que hay mayor población pensionada en el casco urbano que en el área rural, donde se infiere desde el mismo gobierno que aún existe un subregistro frente a la población adulta no activa económicamente.

Adicionalmente, conocer estas estadísticas sobre la situación del adulto mayor en Colombia, nos aproxima a que tipo de población van dirigidas las Políticas Públicas del Gobierno y las condiciones que en la que vive el adulto mayor en Colombia.

Según, la dinámica de comportamiento poblacional del año 2020 del DANE, se considera que en Colombia hay aproximadamente 6.808.641 individuos de la tercera edad. De este grupo, el 45% corresponde a hombres, lo que equivale a 3.066.140 personas, mientras que el 55% son mujeres, alcanzando la cifra de 3.742.501. Al considerar el total de esta población, se puede observar que el 51% corresponde a mujeres y el 49% a hombres. Además, se ha registrado que hay 22.945 individuos que sobrepasan los 100 años de edad. De estas, 8.521 corresponden al género masculino y 14.424 al femenino.

Tabla 8. Población Adulto Mayor de 60 años en Colombia, distribución por sexo año 2020.

POBLACIÓN ADULTO MAYOR EN COLOMBIA, DISTRIBUCIÓN POR SEXO AÑO 2020 (el 13,5 % de la población colombiana es mayor de 60 años)		
HOMBRES	3.066.140	45%
MUJERES	3.742.501	55%

TOTAL	6.808.641	100%
-------	-----------	------

Fuente: Elaboración propia a partir del Censo DANE 2018, Proyecciones de población para 2020. Boletines poblacionales: Personas Adultas mayores de 60 años Corte a junio de 2020, p.3. tomado 13/11/2022 de <https://acortar.link/6MAryy> Bogotá. Colombia.

Se evidencia, además que la mayoría de adultos mayores para el año 2020, está conformada por más mujeres (55%), que hombres, como se observa en la tabla N. 8.

Este grupo etario se encuentra en general entre los 60 y 69 años, y representan el 55,7% de los adultos mayores, según lo señala el Boletín poblacional: Personas Adultas mayores de 60 años Corte a junio de 2020 (p.3).

Tabla 9. Población mayor de 100 años (año 2020), en Colombia distribución por sexo

POBLACION MAYOR DE 100 AÑOS, DISTRIBUCIÓN POR SEXO (año 2020)	
MUJERES	27.234
HOMBRES	20.425
TOTAL	47.659

Fuente: Elaboración propia a partir del Censo DANE 2018, Proyecciones de población para 2020. Boletines poblacionales: Personas Adultas mayores de 60 años Corte a junio de 2020, p.5 tomado 13/11/2022 de <https://acortar.link/6MAryy>. Bogotá. Colombia.

De acuerdo a lo señalado en la tabla 9, se encuentra que en la población mayor de 100 años de edad es superior el número de mujeres que el de los hombres con una diferencia de 6.809 equivalente al 25 % más de mujeres frente al número de hombres.

Tabla 10. Otros datos Adulto mayor Censo DANE 2018, para el 2020

Otros datos Adulto mayor Censo DANE 2018, para el 2020	
Personas con discapacidad	38,80%
Grupo Étnico	6,50%
Víctimas*	12,10%
Habitante de Calle**	10,00%
Régimen subsidiado	47,80%
Afiliación *	95,97%
* Adultos mayores identificados en el cubo de población especial (víctimas)plenamente identificada.	
**DANE Censo habitante de calle 2017 para Bogotá D.C. y 2019 para 21 municipios principales.	
***Datos preliminares susceptibles a cambios y/o ajustes.	

Fuente: Elaboración propia a partir del Censo DANE 2018, Proyecciones de población para 2020. Boletines poblacionales: Personas Adultas mayores de 60 años Corte a junio de 2020, p.3 tomado 13/11/2022 de <https://acortar.link/6MAryy> Bogotá. Colombia.

En relación a los grupos étnicos, un 6,5% de las personas mayores afirmaron pertenecer a alguno de los grupos identificados, siendo el 64,6% de ellos de origen afrocolombiano. Según la información recopilada por SISPRO y el banco de datos de los afectados por el conflicto armado, en el primer semestre de 2020 se inscribieron 1.037.496 personas mayores de 60 años consideradas víctimas, lo que representa el 12,1% de la población total de víctimas. De ese grupo, el 50% tiene una edad comprendida entre los 60 y 69 años. Respecto al habitante de calle, de acuerdo con los censos realizados en 2017 en Bogotá y en 2019 en 21 municipios, el 10% de ellas tienen más de 60 años de edad. Según los registros de la BDUA hasta junio de 2020, el 47,8% de las personas mayores de 60 años están afiliadas al

régimen subsidiado de salud, el 46,3% al régimen contributivo y el 5,9% indican pertenecer a un régimen especial. (DANE 2018).

Por lo anterior podemos concluir que en la población adulto mayor se encuentra conformada por más mujeres que hombres.

De acuerdo a lo señalado por el DANE (2021) se estima que en Colombia para el año 2021, cuenta con 7.107.914 personas adultas mayores de 60 años, lo que equivale al 13,9% del total de los habitantes del país. El 77,3 % (5.491.964 personas) se encuentran ubicados en las cabeceras municipales; mientras que el 22,7 % (1.615.950 personas) se situó en el área rural. Se observa un aumento de la población de 4.3% con respecto al año anterior.

Adicionalmente, es de señalar la importancia de la caracterización a la población lo cual permite, conocer las prioridades para la comunidad en este caso tener claridad frente a la necesidad de implementar el acceso a los servicios de salud sin discriminación a la población adulto mayor que como se mencionó cada día aumenta más.

Con el objetivo de implementar políticas públicas, el Estado colombiano ha establecido en el decreto 780 de 2016, en su capítulo 7, artículo 2.9.2.7.1, la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031. Además, busca formular el Plan Nacional de Acción Intersectorial de esta política y crear el Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez. El decreto 681 de 2022, agrega el capítulo 7 al título 2 de la parte 9 del libro 2 al decreto 780 de 2016, el cual tiene como objetivo acoger la “Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031”, así como desarrollar el “Plan Nacional de Acción Intersectorial” y crear el “Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez”.

Además, se establece que a través del “Plan Nacional de Acción Intersectorial” se instaurarán los objetivos, operaciones a desarrollar, los responsables, dineros, “indicadores de gestión”, resultados medibles en diferentes lapsos de tiempo para cada línea de acción de la política. Este plan también servirá de guía técnica para que las entidades territoriales formulen y actualicen sus propias políticas de envejecimiento y vejez, incluyendo planes, programas y proyectos basados en la política adoptada.

Por su parte en el Decreto 681 del 2 de mayo de 2022 se establece la "Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031" que conforma siete secciones que incluyen los lineamientos para la defensa del envejecimiento y la vejez, que abarcan los aspectos normativos como son la constitución, jurisprudencia, acuerdos internacionales y normas vigentes a nivel nacional relevantes para su planeación. Asimismo, se incluye un análisis de la situación que presentan los individuos de la tercera edad, donde se identifican las dificultades más relevantes que enfrenta este grupo poblacional.

En el mencionado Decreto, de igual manera se menciona la importancia del trabajo interinstitucional y se identifican las fuentes de financiación para llevar a cabo esta política, Además, se establecen ocho enfoques (derechos, diferencial, género, curso de vida, territorial, intersectorial, interseccionalidad, humanista) que guían esta política. Estos enfoques están basados en principios como la dignidad humana, la defensa de los individuos de la tercera edad desde el Estado y la familia, así como la inclusión en la sociedad y vida productiva, entre otros.

Asimismo, la política se basará principalmente en los principios de autonomía, autorrealización, corresponsabilidad y cuidado. Entre los seis

ejes estratégicos de los planes dirigidos al envejecimiento y la vejez, se encuentran los de asistencia completa en salud, atención por dependencia y optimizar la prestación del servicio de cuidado, que se complementará con la capacitación y asesoría para abordar los desafíos del envejecimiento; aspectos que son de gran trascendencia para los funcionarios del sector. En relación al eje estratégico 4 de atención integral en salud, el Gobierno Nacional buscará unir todas las propuestas destinadas a optimizar las condiciones de salubridad del grupo de la tercera edad. Además, se implementará el servicio por parte del cuidador a largo plazo y sostenible. Para lo cual, se sugiere establecer un registro de instituciones que ofrezcan asistencia médica y servicios complementarios de alta calidad a los individuos de la tercera edad.

Por otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social, señala que la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez, está direccionada a todos los residentes en Colombia y especialmente a aquellas de 60 años o más, particularmente a aquellas en situación de inequidad social, vulnerabilidad debido a condición de bajos recursos económicos, diversidad cultural o de género. Esta política pública tiene como objetivo dar visibilidad, movilizar y tomar acciones para abordar la condición de envejecimiento y vejez en Colombia, la cual está dada para ser ejecutada en un intervalo de tiempo entre los años 2014 al 2024. (M.S.P. S., s. p, s. f)

En consonancia el Plan Decenal Salud Pública 2022-2031, tiene como finalidad asegurar el acceso a la salud y propender por mejorar las condiciones de vida de los colombianos, esta política se adopta a través de la Resolución 1035 de 2022, haciendo énfasis en la importancia del respeto a todos los individuos sin distinción de cultura, raíces étnicas, género, preferencia sexual, grupo etario, doctrina política, condición financiera o social, o de

cualquier otro tipo. Además, tiene como finalidad eliminar de manera progresiva y constante las barreras que surgen a partir de diferencias culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas con la clara decisión de asegurar plenamente el derecho constitucional de la salud.

3.2 Políticas Internacionales frente a la defensa de los derechos humanos en el adulto Mayor

En los últimos años, ha habido un aumento en la expectativa de vida, se espera que este incremento se extienda a nivel mundial, pasando de “72,8 años en 2019 a 77,2 años en 2050”. Aunque las brechas entre los países en términos de longevidad han disminuido, aún existen diferencias. En 2021, la expectativa de longevidad en los países subdesarrollados se encuentra siete años (7 años) por debajo del promedio universal, esto se debe a problemas como la alta mortalidad materno infantil, violencia, conflictos y la afectación generada por el VIH. (Naciones Unidas, s. p).

Dentro de las políticas internacionales frente a la protección de las garantías constitucionales de la población mayor se encuentran: Declaración de Derechos Humanos, Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento”, “Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030)”, Objetivos de Desarrollo Sostenible agenda 2030, entre otros, como son los diferentes convenios firmados por Colombia.

La Declaración Universal de Derechos Humanos se emite con el propósito de garantizar la libertad, la equidad y la paz a nivel mundial. Reconoce el respeto inherente y las garantías igualitarias, intransferibles e irrenunciables de todas las personas (...) Igualmente, hace énfasis en lo

esencial de fomentar relaciones amigables entre las naciones y se menciona la confianza entre las poblaciones pertenecientes a las Naciones Unidas en los derechos constitucionales, el respeto, la integridad y el valor de cada individuo, así como en la equidad de derechos entre las personas de diferente género. Los Estados Miembros han acordado garantizar el cumplimiento universal y real de los derechos constitucionales en colaboración con la Organización de las Naciones Unidas. (...) Además, se busca que sean reconocidos y aplicados en la esfera nacional y mundial a través de medidas progresivas, tanto en los Estados Miembros como en las regiones que se encuentran bajo su potestad. (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, p. 1)

Por su parte, el propósito de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento la cual se celebró en Viena en 1982, era aprovechar la reunión con el fin de establecer una agenda a nivel universal enfocado a asegurar la estabilidad socioeconómica de los adultos de la tercera edad; así mismo, brindarles herramientas para que puedan favorecer el crecimiento de sus naciones. (Naciones Unidas, s. p).

Con relación a los deberes del hombre de 1948, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del hombre la cual se aprobó en Colombia en el año 1948, señala que todos los sujetos poseen el derecho a la salud a través de medidas medio ambientales, salubres y sociales como son el sustento diario, vestuario, residencia y la atención en salud. Estas medidas deben ser proporcionales a los dineros oficiales y comunitarios disponibles. Asimismo, en el artículo XVI indica que todo individuo tiene derecho a la seguridad social que lo resguarde de las repercusiones del desempleo, el envejecimiento, la incapacidad física o mental causadas por

circunstancias que no depende de su voluntad, impidiéndole obtener los recursos necesarios para subsistir.

De la misma manera, la segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento se realizó en Madrid en el año 2002, con el propósito de evaluar los progresos realizados desde la primera Asamblea Mundial de Viena y establecer un programa de ejecución y una táctica para que las naciones puedan hacer frente a las repercusiones del envejecimiento de sus poblaciones en una comunidad inclusiva para todos los grupos etarios. La Asamblea aprobó dos documentos fundamentales: una Declaración Política y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002. Estos documentos ordenan a los diferentes regímenes a diseñar e implementar medidas para abordar los desafíos trazados por causa del envejecimiento. Además, proponen más de cien indicaciones sobre tres temáticas primordiales: la relación entre las personas de edad avanzada y sus avances; la mejoría de su salud y su confort; la conformación de espacios propicios y de asistencia para las personas mayores. (N.U., 2002. p. 1).

También, se halla la “Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores” (a-70), Adoptado en: Washington, D.C., Estados Unidos (2015). Entrando en vigencia el 11 de enero de 2017, en cabeza de la Secretaría General OEA y cuya finalidad es fomentar, salvaguardar y garantizar reconocimiento y disfrute completo en igualdad de condiciones de todas las garantías y autonomías constitucionales de la población mayor, con la finalidad de apoyar su inclusión total, inclusión y contribución en la sociedad. Se precisa que lo estipulado en este Convenio no debe interpretarse como una restricción a las garantías o beneficios agregados reconocidos por el derecho internacional o

las leyes nacionales de los Estados Parte, en beneficio de las personas mayores.

Adicionalmente, dicha Convención indica que los individuos de edad avanzada poseen las mismas garantías constitucionales que cualquier otra persona, y estos derechos como el de no sufrir segregación por razón de su edad ni ser víctima de violencia, derivan en respeto y equidad propio a todos los individuos.

En esta convención, las Naciones parte reconocen y respetan los derechos humanos consagrados en la “Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre”, la “Declaración Universal de los Derechos Humanos” y otros convenios universales y locales. Se comprometen a proteger los derechos constitucionales de los adultos mayores sin distinción, incluyendo prácticas contrarias como el abandono, procedimientos médicos inapropiados, maltrato o castigos inhumanos. Se otorgan todas las garantías a los adultos mayores a la independencia en equidad de oportunidades y a contar con acciones jurídicas que les permita fungir sus derechos.

En lo que respecta al consentimiento informado en salud, se especifica que en caso de emergencias médicas que coloquen en peligro su bienestar y que no sea viable adquirir su autorización expresa, se tendrán en cuenta todas las limitantes jurídicas relacionadas con el tema. También está de acuerdo frente a los derechos de los individuos de edad avanzada a aceptar o rechazar tratamientos médicos, ya sean físicos o quirúrgicos, tanto de la medicina convencional como de las terapias homeopáticas o alternativas y complementarias. Además, se les garantiza la obtención

de información precisa y pertinente sobre las posibles implicaciones y peligros asociados con su decisión. (Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, OEA, 2015, pp.1-3, 8).

Por otra parte, la Década del Envejecimiento Saludable en la Américas 2021-2030, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2020, es la estrategia más importante para instaurar una comunidad incluyente para todos los grupos etarios. Esta iniciativa global reúne las voluntades gubernamentales, corporaciones mundiales, asociaciones de profesionales, investigadores, medios de comunicación y empresas privadas con la finalidad de optimar la condición de vida de las personas de edad avanzada, sus familias y comunidades. (...) Esta estrategia, señala que el envejecimiento saludable implica la adquisición y conservación de la capacidad funcional necesaria para experimentar bienestar en el ciclo avanzado de la vida. La Década del Envejecimiento Saludable brinda una nueva oportunidad para plantear las divergencias de género y las normas sociales que impactan la salud y el bienestar de la población mayor, considerando también las desigualdades entre el sexo y la edad. Como es el caso de las mujeres mayores que suelen tener menos recursos económicos que los hombres debido a la discriminación que han enfrentado a lo largo de su vida, lo cual afecta su acceso a oportunidades laborales y a pensiones contributivas.

En promedio, las pensiones que reciben las personas de sexo femenino en los países de la OCDE son un 27% más bajas que las de los hombres y sus prestaciones básicas de pensiones para mujeres suelen ser insuficientes para cubrir sus necesidades básicas. (...) La Década, se enfocará en cuatro áreas de acción como son: Transformar nuestra

mentalidad, emociones y comportamiento en relación con el proceso de la vejez; Garantizar a las colectividades que impulsen las habilidades de las personas de edad avanzada; Brindar servicios de atención a la salud primaria y atención integral enfocados en las necesidades de los individuos de la tercera edad; Garantizar la entrada a los servicios médicos para aquellos adultos mayores que lo necesiten. Los ancianos requieren una entrada equitativa a los servicios de salud de alta calidad que abarquen medidas preventivas, fomento de la salud, cuidado médico, recuperación y asistencia terminal de la enfermedad, entre otros. Es fundamental garantizar que la utilización de estos servicios no genere dificultades económicas para los usuarios. (Decade of Healthy Ageing 2020-2030, pp. 3,9,14).

Ahora bien, la Agenda 2030 resulta del proceso de discusión en el que intervinieron diversos actores a nivel mundial, regional y nacional. El contenido final del documento refleja la diversidad de instituciones, incluyendo aquellos organismos que defienden a las personas de la tercera edad. Sin duda, este documento busca brindar múltiples oportunidades para que los individuos mayores sean visibles en la ejecución de esta agenda.

A continuación, se señalan algunas de estas posibles oportunidades para las personas mayores; existe una pequeña cantidad de casos en los que se hace referencia directa a los requerimientos por parte de los individuos de la tercera edad en algunos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

El Objetivo 2, que se enfoca en erradicar el hambre, incluye la meta 2.2 que busca eliminar la desnutrición de diferentes grupos etarios, incluyendo a los individuos mayores. El Objetivo 11, trata acerca de la creación de lugares como metrópolis o urbes que sean incluyentes, cuenten

con seguridad y sean sustentables, dentro de sus finalidades específicamente se encuentran los adultos de la tercera edad: la meta 11.2 que se relaciona con los sistemas de transporte donde indica que, se busca asegurar que todos los individuos posean ingreso a sistemas de transporte seguros, económicos, convenientes y sustentables, al mismo tiempo que se mejora la seguridad vial. Esto se logrará principalmente a través del incremento de medios de movilización públicos, poniendo énfasis en los requerimientos de población más frágil como son las mujeres, menores, individuos en condición de discapacidad y personas mayores.

La meta 11.7 hace referencia al acceso a las áreas con vegetación y zonas públicas seguras, señalando que el objetivo es brindar acceso equitativo a espacios naturales y públicos que sean libres de inseguridad, incluyentes y donde puedan ingresar todas las personas, especialmente mujeres, menores, personas mayores e individuos con cierto tipo de limitación. (N.U. 2017, s. p)

Además, se cuenta a nivel internacional con diferentes programas con el objetivo de garantizar un superior estado de vida de los individuos de la tercera edad entre los que encontramos:

Los Principios de las Naciones Unidas (1991), en beneficio de los individuos de la tercera edad fueron acogidos por la “Asamblea General de las Naciones Unidas” a través de la resolución 46/91; en donde se animó a los diferentes entes gubernamentales a ingresar estas nociones en sus lineamientos nacionales siempre que fuese factible. Dentro de estos puntos sobresalen la autonomía, inclusión social, apoyo en sus necesidades, cumplimiento de metas, respeto. (N.U., s. p)

3.3 Propuesta o esbozo de solución

En busca de generar una alternativa como resolución al inconveniente encontrado en esta investigación es necesario tener en cuenta los mismos preceptos que dan fundamento al garantismo jurídico y a los derechos fundamentales para un grupo poblacional de especial y reforzada protección según nuestro marco constitucional y el control de convencionalidad ratificado en a través de nuestra norma constitucional integrada, para lo cual si bien hay desarrollos jurídicos que devienen del legislativo y de las normas de origen jurisprudencial, aún hay una distancia entre el ser y el deber ser, es decir entre los lineamientos de política pública, la norma y la realidad social en cuanto a su efectiva materialización y pleno goce del derecho a la salud para el adulto mayor, sobre todo el que se encuentra en estado de vulnerabilidad.

La OMS indica que durante el proceso de envejecimiento, es común enfrentarse a diversas condiciones que incluyen problemas como la pérdida auditiva, dificultades visuales relacionadas con los errores de refracción, cataratas, molestias en la espalda y el cuello, osteoartritis, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, depresión y demencia. A medida que se avanza en edad, también existe mayor probabilidad de experimentar múltiples condiciones simultáneamente. Además, la vejez se caracteriza por la aparición de síndromes geriátricos, que son estados de salud complejos que suelen resultar de diversos factores subyacentes, como fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, delirio y úlceras por presión. (OMS, 2022).

De acuerdo a lo anterior, se debe tener en cuenta que es común encontrar pacientes mayores con patologías que requieren el uso del pañal por la incontinencia urinaria, cremas anti escaras debido a la formación de

úlceras por presión, cuidadores y enfermeras por su condición física y mental como es la demencia. A lo anterior, se suman algunas excepciones de procedimientos especializados o enfermedades huérfanas o medicamentos de alto costo que no están contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.

En Colombia con la finalidad de asegurar los derechos en salud de las personas mayores en condición de vulnerabilidad, cuando se presentan barreras de acceso, como ya se acotó, se apela a mecanismos de amparo constitucional como es la tutela la cual a través de diferentes sentencias la Corte Constitucional ha indicado que afecta las garantías constitucionales a la salud de las personas de edad avanzada, a la vida en situaciones dignas, principio de atención integral, donde se suma la afectación a la misma persona en condición de vulnerabilidad o al núcleo familiar, por no contar con recursos económicos suficientes, o por la no oportuna o la ausencia en la prestación del servicio como son el cuidador y/o enfermeras las 24 horas.

Por lo tanto, se hace indispensable eliminar los obstáculos conllevando a posibles alternativas en la obtención de servicios en salud:

Efectuar modificaciones en la organización de los servicios de salud creando o fortaleciendo la red de apoyo domiciliario multidisciplinaria al adulto mayor, para que cuente con valoración médica, generación de ordenes pertinentes e interconsultas, apoyos terapéutico y entrega de medicamentos e insumos pertinentes en el domicilio, dando el carácter prioritario a dichas órdenes sin lugar a ninguna otra tramitología; considerando, que estas órdenes migren vía internet a los proveedores respectivos, entrega de medicamentos a domicilio gestionados por el asegurador.

Reforzar la priorización de los adultos mayores en urgencias y consulta prioritaria en consulta externa, con información en red que permita ver su Historia Clínica actualizada en un archivo único de prestadores de salud bajo los correspondientes protocolos de confidencialidad.

Es pertinente traer a colación lo señalado en la Resolución 2366 de 2023, la cual tiene como finalidad garantizar la integralidad, continuidad y acceso efectivo y oportuno y con calidad a los servicios y tecnologías de salud, sufragados con dineros de la UPC, a todos los afiliados al sistema de salud por las EPS o las entes que hagan sus veces y las “entidades adaptadas”, en todas las etapas de la atención, para todas las enfermedades y condiciones clínicas, sin que diligencias de carácter administrativo se conviertan en barreras para acceder al efectivo derecho a la salud. Adicionalmente, indica que se hace necesario renovar los procedimientos de laboratorio clínico, prestar cuidados del final de la vida donde incluyen atención con internación domiciliaria desde los seis (6) años a menores de catorce (14) años; por lo cual, se recomienda que estos cuidados paliativos sean también aplicados a los adultos mayores lo que implicaría implementar o reforzar la toma de laboratorios domiciliarios con el fin de ofrecer cuidado integral y completo.

Realizar modificaciones a normatividad vigente frente a la inclusión al Plan de Beneficios de aquellos insumos o suministros que la Corte Constitucional ha reiterado se le deben suministrar a los pacientes sin tener que acudir a otras instancias como lo es la tutela, con el fin de hacer que efectivamente estos servicios le lleguen a los usuarios; incluyendo sanciones económicas y administrativas a las entidades prestadoras de salud frente el incumplimiento en la entrega de bienes y suministros requeridos por la

persona mayor teniendo en cuenta que esta goza de especial y reforzada protección constitucional.

Eliminación de los copagos para el adulto mayor en condición de vulnerabilidad, debido a que se observó que en algunas de las tutelas presentadas esta fue una de las solicitudes que se hicieron, pues para acceder a la atención debían pagar un bono y los pacientes no contaban con el dinero suficiente para sufragarlo.

Implementar el Sistema de Atención a los usuarios de la tercera edad, garantizando su aseguramiento y cuyo requisito para el ingreso al sistema será únicamente su cédula de ciudadanía creando atención integral, donde el paciente será objeto de valoración, control y seguimiento de sus patologías de base recibiendo órdenes de paraclínicos, interconsultas y demás insumos requeridos, más la formulación de medicamentos los cuales deberán ser entregados de manera inmediata sólo con la presentación de las ordenes aboliendo cualquier tipo de autorización que dilate o demore el tratamiento efectivo, la cual deberá ser entregada al usuario o familiares por auxiliar de turno, para lograr el objetivo se entiende que quedan abolidas las autorizaciones, verificaciones externas; pues el trámite de las órdenes y formulas no requerirán autorizaciones; así mismo, el personal asistencial al final de la atención médica, deberán conseguir citas de control o seguimiento con los especialistas o facilitar la información para los procedimientos a los que haya lugar.

La efectivización o materialización de los derechos fundamentales dentro de un Estado Social de Derecho que está llamado a proteger principios y derechos que están consagrados en su misma Constitución Política como es el caso nuestro, conlleva a un anclaje entre la norma de

normas, la política pública y demás instancias normativas con las diferentes Instituciones prestadoras de salud y sus funcionarios, con el fin de dar cabal cumplimiento a la consabida protección y amparo al adulto mayor bajo un marco garantista desde el mismo Estado y su sociedad civil, y en caso de vulneración de su derecho fundamental a la salud, sea el Estado el garante para hacer cumplir y resarcir el derecho trasgredido.

En relación con lo anterior, y con el fin de dar hacer un énfasis frente a la situación actual que enfrentan las personas mayores con relación a los obstáculos que se les presenta para poder obtener una atención integral en salud, se debe primero reconocer los avances en salud que han acontecido después de la promulgación de la Ley 100 de 1993 en concordancia con la Constitución Nacional de Colombia de 1991, con el fin de garantizar el derecho fundamental de la salud en conexidad con el derecho a la vida en condiciones dignas e igualdad para todos los individuos, sin discriminación alguna como la edad o situación socioeconómica, pues como se mencionó la cobertura para las personas vulnerables era totalmente insuficiente pues cobijaba especialmente a las personas que contaban con una vinculación laboral en el ámbito público o privado.

Ahora, si bien es cierto que se ha logrado una inclusión al sistema de salud de aproximadamente un 99 % de la población, con relación al adulto mayor y teniendo en cuenta que la esperanza de vida de los individuos se ha incrementado se requiere fortalecer la atención domiciliaria a través de una caracterización efectiva que asegure a todos aquellos individuos que por sus limitaciones físicas y/o mentales, requieren de cuidados paliativos o que no cuentan con una red de apoyo familiar funcional, se les brinde atención integral que incluya toma de laboratorios, cuidador o auxiliar de enfermería de acuerdo con la condición del paciente, entrega de medicamentos e

insumos como pañales, cremas antiescaras y todos aquellos requeridos por el paciente y que se encuentren incluidos o excluidos del Plan de Beneficios en Salud de manera directa por parte del prestador de salud sin que se dilate su entrega por fallas en la organización de las Instituciones Prestadoras de Salud, so pena a todas las sanciones a que de lugar el incumplimiento a la prestación efectiva del servicio, teniendo en cuenta que esto atenta contra la integridad física de la persona.

Con relación a las barreras geográficas se propone además el fortalecimiento de las Políticas gubernamentales frente a mejorar las vías de acceso, establecer Centros de Atención especialmente en el área rural que cuente con médicos generales, especialistas y con una adecuada red de ambulancias que den respuesta a las necesidades de las personas en condición de vulnerabilidad por sus bajos recursos y limitaciones físicas.

Se propone que en las Unidades de Atención se les realice a las personas mayores y sus cuidadores capacitaciones sobre la creación de correos electrónicos y como lograr solicitar sus citas médicas vía internet.

Finalmente, es de señalar que más que generar nuevas normas o Políticas Públicas con el fin de asegurar los derechos en salud de la persona mayor en Colombia se debe dar estricto cumplimiento por parte de las Entidades Prestadoras de Salud, frente a lo ordenado en reiteradas ocasiones por parte de la Corte Constitucional como es entregar sin ninguna traba lo requerido por el paciente y según la orden médica, sin que tenga que esperar aprobaciones o deba acudir a otras instancias como es interponer tutela lo que genera dilación para hacer goce de este derecho fundamental a esta población de especial protección.

Teniendo en cuenta que este trabajo investigativo es de gran utilidad para determinar la eficacia de la normatividad actual vigente se recomienda

que otros investigadores continúen a través de la línea del tiempo realizando un seguimiento para verificar los avances estatales y efectividad de las Políticas Públicas frente a la materialización de los derechos en salud del adulto mayor.

CONCLUSIONES

En Colombia el grupo poblacional etario del adulto mayor ha venido en curva de crecimiento de manera progresiva, el cual aumentará significativamente con el tiempo, donde la mayoría de estas personas que presentan condición de vulnerabilidad se encuentran en áreas rurales y a las cuales se les dificulta el acceso a los servicios de salud por las distancias que se deben recorrer, y la falta de infraestructura local de servicios básicos en salud; sumado a que son personas que cuentan con bajos recursos económicos, bajo nivel educativo o sociocultural y no necesariamente una unidad familiar que de apoyo.

Es de reconocer que existen políticas, normas nacionales e internacionales ratificadas en Colombia que propenden por preservar garantizar y priorizar la atención de este grupo poblacional, pero que desafortunadamente hay una brecha entre el mundo normativo y la realidad social, ya que si bien hay procesos de vigilancia y control en materia de salud, muchas de las investigaciones se quedan en el papel o no producen mayores efectos sancionatorios o ejemplarizantes.

Actualmente, Colombia cuenta con un acceso al sistema de salud con una cobertura de aseguramiento cercana al cien por ciento; no obstante, cobertura no es sinónimo de calidad, por ende el aseguramiento no es igual a recibir el manejo integral requerido, lo que conlleva a afectar la condición de vida del adulto mayor, sobre todo el que está en condición de vulnerabilidad, teniendo que acudir en muchos casos y cuando cuentan con red de apoyo a mecanismos jurídicos como la acción de tutela con la finalidad de hacer efectivo el goce de sus garantías constitucionales.

Si bien es cierto, que el acceso a los servicios de salud del adulto mayor esta priorizado por todos los prestadores de servicios recibiendo atención oportuna con la generación de diagnóstico, estudio y tratamiento desde el ámbito de la consulta, se evidencia que existen dificultades y barreras que limitan de manera importante la ejecución de las órdenes y solicitudes generadas en el acto médico, todas estas situaciones administrativas supeditadas a autorizaciones, validaciones, y en esta instancia con una oportunidad ya no priorizada lo que redundo en una no atención integral, pues además de su condición y falta de acompañamiento al adulto mayor veces, existen falencias físicas o cognitivas que muchas le impiden realizar todos esos trámites.

Lo anterior conlleva a que en muchos casos se genere desistimiento por parte del usuario, impactando enormemente sobre su evolución y estado de salud, donde no queda otro camino que el acceso al uso de mecanismos jurídicos existentes como el derecho de petición y la ya mencionada tutela, herramientas establecidas en la Constitución Política mediante las cuales se propende por el restablecimiento de los derechos; siendo altamente preocupante que algunas instituciones prestadoras de salud y/o funcionarios aún a sabiendas que deben entregar y cumplir con las ordenes médicas deciden esperar como medio dilatorio la interposición de dichos recursos retrasando aún más el tratamiento y generando daño en la salud de estos pacientes y en algunos casos responsabilidad por parte del Estado.

Se concluye que Colombia a pesar de contar con un andamiaje jurídico que da especial protección a este grupo poblacional, y de tener incorporados suficientes mecanismos jurídicos para hacer reivindicatorio el derecho inalienable a la salud, no siempre se materializa o efectiviza ya que a veces no se puede acceder al servicio o si se accede durante la prestación

del servicio y al egreso del paciente se encuentran múltiples situaciones que impiden la atención de forma eficiente, ya sea fundamentado por requisitos administrativos como autorizaciones, verificaciones, inconsistencias de afiliación, no contar con profesionales especializados o tener la agenda copada o no programada aún, pago de bonos o desabastecimiento de insumos.

A lo anterior se suma que no se conoce el sistema de seguridad en salud por parte del paciente, y que se podría contar con entidades como la Superintendencia Nacional de Salud, la Defensoría del Pueblo, las Personerías, entre otras, a donde los pacientes o usuarios podrían acudir, para que se les brinde toda la atención necesaria y hacer efectivo el goce de este derecho.

Dichas instituciones garantes, pueden dar especial apoyo al paciente adulto mayor, en los procesos que se tengan que suplir para la efectivización o materialización de su derecho a la salud, si bien hay instancias internas que tienen que ver con el MIPRES dicho proceso genera en ocasiones demoras en la entrega del medicamento o servicio complementario por el tiempo que dura su aprobación y posterior entrega y en algunas oportunidades es negado por la junta de profesionales por considerar falta de pertinencia y /o necesidad en el servicio, se tendría una instancia externa que permitiera dar mayor imparcialidad

Si bien es cierto, que a través del MIPRES se tiene la intención de asumir los gastos generados por los tratamientos e insumos que requiere el usuario y que no se encuentran en el Plan de Beneficios en Salud, velando por el pago de los mismos, desafortunadamente se ha convertido en una traba administrativa y barrera para el manejo oportuno de los pacientes; sin

embargo, esta herramienta es útil como mecanismo de control, pues en algunos casos los pacientes son atendidos en diferentes Centros de Salud en un lapso inferior a un mes donde son reformulados como por ejemplo con complementos nutricionales, pañales y otros insumos superando por completo el requerido mensual, lo que con lleva a una en disminución de oportunidad para los demás usuarios y adicionalmente generaría incremento en los costos operativos al sistema de salud.

Finalmente, se logra evidenciar que a pesar de las barreras u obstáculos que se le presenta a la persona mayor en relación al número de atenciones prestadas las cuales se pueden medir a través del número de tutelas interpuestas, esta no supera al 1% de la población lo cual indica que en general la prestación del servicio de manera cuantitativa presenta una afectación relativamente baja; sin embargo, el impacto que generan estas fallas son importantes para esta población pues como se ha reiterado se ve afectado su calidad de vida, dignidad como persona.

Por último, se recomienda que se reestructuren las políticas enfocadas al adulto mayor de manera integral, de forma tal que las ordenes médicas no deben presentar trabas administrativas, ni de ninguna índole y que sean atendidos sin restricción alguna en el lugar más cercano de su vivienda, creando un Sistema de Atención Integral para las personas de la tercera edad o adulto mayor, donde se preste la atención sin importar que la entidad sea público o privada y que la facturación por la prestación del servicio sea a través de una planilla única que permita el recobro al Sistema de Salud.

Es importante, tener en cuenta la solidaridad y responsabilidad de las EPS frente a los usuarios cuando realizan entrega de los insumos de manera tardía y a través de mecanismos como es la tutela el cual requiere tiempo

para su resolución y que a su vez en algunas ocasiones el paciente ha fallecido sin poder haber hecho uso efectivo de los derechos que tenía.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaldía de Medellín - AM, Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS- ¡Juntos por un territorio más saludable!. Obtenido el 12/10/2022 de <http://bitly.ws/xmSK>
- Álvarez, G., García, M., Londoño, M. (2016). Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. *Rev. CES Derecho*, 7(2), 106-125. DOI: <http://dx.doi.org/10.21615/cesder.7.2.8>
- Arias Calvo, J. (2021) ¿Cuál es la diferencia entre una IPS y una EPS?, *Bogotá Capital*, obtenido 09/04/2023 <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/cual-es-la-diferencia-entre-una-ips-y-una-eps>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2020) *Decade of Healthy Ageing 2020-2030*. Obtenido el 08/10/2023 de <https://cutt.ly/cwmrcuyq>
- Asamblea General de las Naciones Unidas – París (1948). Resolución 217 A (III), diciembre 10, 1948. *Declaración Universal de Derechos Humanos* obtenido el 08/10/2023 de https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Asís, R. (1994) *La figura y el pensamiento de Norberto Bobbio*, edición de A. Llamas, Madrid, Universidad Carlos III-BOE. ISBN: 8434006294 pp.169-185. Obtenido 09/03/2023 de <http://hdl.handle.net/10016/9293>
- Baracaldo-Campo, Hendrik Adrian, Jaimes-Valencia, et al. (2023). Percepción de derechos humanos en personas mayores: estudio piloto. *Gerokomos*, 34 (1), 20-24. Epub 25 de septiembre de 2023.

Obtenido el 17 de febrero de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000100005&lng=es&tlng=es.

Bobbio, N. (1991) *El Tiempo de los Derechos*, Editorial Sistema. Fundación Sistema d Fuencarral, Madrid, Traducción de Rafael de Asís Roig. ISBN: 84-86497-15-9 Depósito legal: M. 20.320-1991 obtenido el 13/02/2024 de https://culturadh.org/ue/wp-content/files_mf/144977835110.pdf

Castaño Castrillón, J. J. El Sistema de Salud Colombiano, *Archivos de Medicina Universidad de Manizales*, Vol. 13 No. 2, julio a diciembre de 2013. Obtenido el 15/07/2023 <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/218/286>

Cardona Arango, D. Segura Cardona A. (2011), Políticas de salud pública aplicadas al adulto mayor en Colombia, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Vol. 46, Issue 2, Pages 96-99, ISSN 0211-139X, Obtenido el 16/02/2024 de <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.11.008>, <https://acortar.link/P2SGoG>

Congreso de Colombia. (1945) *Ley 6 de 1945*, febrero 19. (Colombia).

Obtenido el 04/07/2023 de <https://acortar.link/8IBM3j>

Congreso de Colombia. (2007) *Ley 1122 de 2007*, enero 9. [D:O]: 46.519. (Colombia). Obtenido el 25/02/2024 de https://www.redjurista.com/Documents/ley_1122_de_2007_congreso_de_la_republica.aspx#/

Congreso de Colombia. (2008) *Ley 1251 de 2008*, noviembre 27. [D:O]: 47186. (Colombia). Obtenido el 27/11/2022 de <https://cutt.ly/41zKA4M>.

- Congreso de Colombia. (2009) *Ley 1315 de 2009*, julio 13. [D:O]: 47.409. (Colombia). Obtenido el 11/03/2023 de <https://acortar.link/bWlBq0>
- Congreso de Colombia. (2011) *Ley 1438 de 2011*, enero 19 de 2011. [D:O]: 47.957. (Colombia). Obtenido el 12/03/2023 de <https://acortar.link/EKXvle>
- Congreso de Colombia. (2017) *Ley 1850 de 2017*, enero 05 de 2017. [D:O]: 47.223 (Colombia). Obtenido el 11/03/2023 de <https://acortar.link/bWlBq0>
- Congreso de Colombia. (2020) *Ley 2055 de 2020*, septiembre 10 [D:O]:51433. Obtenido el 15/07/2022 de <https://cutt.ly/R1zZXX2>
- Congreso de Colombia. (2015) *Ley Estatutaria 1751 de 2015*, febrero 16. [D:O]: 49.427. Obtenido el 15/07/2022 de <https://cutt.ly/p1zX8o4>
- Congreso de Colombia. (1945) *Ley 6 de 1945*, febrero 19. [D:O]: 25.790. obtenido el 08/08/2023 de https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0006_1945.htm
- Congreso de Colombia. (1946) *Ley 90 de 1946*, diciembre 26. [D:O]: 26.322. obtenido el 08/08/2023 de <https://acortar.link/RjYa17>
- Contreras, S. (2012). Ferrajoli y los Derechos Fundamentales -Ferrajoli and the Fundamental Rights Universidad de los Andes, *Revista de la Inquisición (intolerancia y derechos humanos)* Vol. 16; ISSN: 1131-5571, p. 123. Dialnet-FerrajoliYLosDerechosFundamentales-4037665 (5).pdf
- Corte Constitucional [CC] julio 31, de 2008. M.P.:M, Cepeda (Sentencia T-760/08. Colombia). Obtenido el 14 de abril de 2023 de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
- Corte Constitucional [CC] octubre 11, de 2012. M.P.: A, Estrada (Sentencia T-790/12. Colombia). Obtenido el 18 de febrero de 2023 de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-790-12.htm>

- Corte Constitucional [CC] enero 28 de 2013. M.P.: J. Palacio Sentencia T-036/13. (Colombia). Obtenido el 30 julio de 2023 de <https://acortar.link/RYLm3l>
- Corte Constitucional [CC] marzo 07, de 2013. M.P.: J. Pretelt (Sentencia T-111/13. Colombia). Obtenido el 03 de agosto de 2023 de <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2013/T-111-13.htm>
- Corte Constitucional [CC] marzo 24, de 2017. M. P.: A. Lizarazo Sentencia T-178/17. (Colombia). Obtenido el 26 noviembre de 2022 de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-178-17.htm>
- Corte Constitucional [CC] marzo 24, de 2017. M. P.: A. Lizarazo Sentencia T-178/17. (Colombia). Obtenido el 26 noviembre de 2022 de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-178-17.htm>
- Corte Constitucional [CC] marzo 18, de 2019. M. P.: C. Pardo Sentencia T-117/19. Obtenido 05 agosto de 2023 de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/t-117-19.htm>
- Corte Constitucional [CC] mayo 05, de 2020. M. P.: C. Bernal Sentencia T-136/20. (Colombia). Obtenido el 23 julio de 2023 de <https://acortar.link/apKNyh>
- Corte Constitucional [CC] 7 de diciembre de 2020 M.P.: A, Rojas, J, Reyes (Sentencia SU508/20.Colombia). Obtenido el 18 de abril de 2023 de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/SU508-20.htm>
- Corte Constitucional [CC] enero 20, de 2021. M. P.: D, Fajardo (Sentencia T-015/21. Colombia). Obtenido el 26 noviembre de 2022 de <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/T-015-21.htm>
- Corte Constitucional [CC] enero 23, de 2023. M.P.: J, Cortés (Sentencia T-005 / 23. Colombia). Obtenido el 15 de abril de 2023 de <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2023/T-005-23.htm>

Corte Constitucional [CC] 18 de noviembre de 2021 M.P.: Ibáñez (Sentencias C-395/21. Colombia). Obtenido el 22 de abril de 2023 de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/C-395-21.htm>

Defensoría del Pueblo –D.P, Colombia. (s. f.). (Colombia). *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2018*, obtenido el 07/08/2023 de

<https://saludporcolombia.unbosque.edu.co/documentos/tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, (2021). *Adulto Mayor en Colombia Características Generales* (Colombia). Obtenido el 15 de junio de 2022 de <https://bit.ly/3Vya3g4>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE- Fundación Saldarriaga Concha (2021). Nota *Estadística, Personas mayores en Colombia: Hacia la inclusión y la participación*. Obtenido el 11/02/2024 de <https://acortar.link/0CYeKn>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, (2021). *Personas mayores en Colombia, hacia la inclusión y la participación XV Congreso Internacional de Envejecimiento y Vejez: CV Década del Envejecimiento Saludable 2020 - 2030* (Colombia) obtenido el 13 de agosto de 2023 de <https://acortar.link/MVz9Oq>

Departamento de Prosperidad Social - D. P.S. – Colombia. (s. f.). *Colombia Mayor*. Obtenido el 03/10/2023 de <https://prosperidadsocial.gov.co/colombia-mayor/>

Departamento Nacional de Planeación – DNP. (2004) Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES 78. *Ajustes a los requisitos del Programa de Protección Social al Adulto Mayor Subcuenta de Subsistencia – Fondo de Solidaridad Pensional*. Obtenido el 03/10/2023 de <https://acortar.link/511S9W>

- Departamento Nacional de Planeación – DNP. (2021) Consejo Nacional de Política Económica y Social, - CONPES 4023. *Política para la reactivación, la repotenciación y el crecimiento sostenible e incluyente: nuevo compromiso por el futuro de Colombia*. Obtenido el 15 de junio de 2022. <https://cutt.ly/51xthRa>.
- Fernández Sierra, M. (2019) Barreras de Acceso a Servicios de Salud y Mortalidad en Colombia , 15 de octubre 2019, *Foro Económico un blog Latino Americano de Economía y Política*. Obtenido de: <https://dev.focoeconomico.org/2019/10/15/barreras-de-acceso-a-servicios-de-salud-y-mortalidad-en-colombia/>
- Feíto, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (Supl. 3), 07-22. Obtenido el 22 de julio de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600002&lng=es&tlng=es.
- Ferrajoli, L. (1995). *Derecho y razón: teoría del garantismo penal* (Prólogo de Norberto Bobbio; trad. Perfecto Andrés Ibáñez et. al.; 1ª ed. Valladolid, Trotta.
- Ferrajoli, L. (1999). *Derechos y garantías: La ley del más débil*, ISBN: 84-8164-285-1 Depósito Legal: M-12.019-20044ºed. Trotta, Obtenido 21 de febrero de 2024. Obtenido de https://www.academia.edu/40803094/Luigi_Ferrajoli_Derechos_y_garant%C3%ADas_La_ley_del_m%C3%A1s_debil
- Ferrajoli, L. (2000). “Garantías”. En *Jueces para la democracia. Información y debate* Madrid. 38.
- Ferrajoli, L. (2009) *Los fundamentos de los derechos fundamentales* (4ªed., ed. Antonio del Cabo y Gerardo Pisarello; trad. Perfecto Andrés et al.), Madrid, Trotta.

- Gascón-Abellán, M. (2001). La teoría general del garantismo. A propósito de la obra de L. Ferrajoli Derecho y Razón. En *Jurídica. Anuario del departamento de derecho de la Universidad Iberoamericana*, 31, 195-213. Obtenido de 11/02/2024 <https://acortar.link/5dt2O4>
- Gascón-Abellán, M. (2005) La teoría general del garantismo: rasgos principales. En *Garantismo. Estudios sobre el pensamiento político de Luigi Ferrajoli*. Madrid, Trotta. México: UNAM-IJJ
- Guerrero Benítez, A.C., Suarez Prieto, V.K., Moreno García, J.R., (2021). Barreras de Acceso a los Cuidados Paliativos y Determinantes Sociales de la Salud en Siete Nodos Territoriales en Colombia: una cartografía social. *Proyecto de investigación barreras de acceso a los cuidados paliativos*. 23 julio 2021.pdf-. Obtenido de <https://bit.ly/3VA3vgC>
- López E, Canalejo J, Avellana JA, (s.f.) Cuidados Paliativos en el Anciano. *SECPAL*. Obtenido el 14/10/2022 de <http://bitly.ws/xqRn>
- Ministerio de Salud - MS, Colciencias (2015). *SABE COLOMBIA: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento*. resumen ejecutivo. Obtenido el 21/10/2023 de <https://acortar.link/H7cSv4>
- Ministerio de salud y Protección Social – DMPS – Colombia. (2016) *Decreto 780/16*, mayo 06, obtenido el 06 de octubre de 2023 https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_0780_2016.htm
- Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS – Colombia. (2020) *Guía para implementación de políticas departamentales y distritales de envejecimiento humano y vejez, con énfasis en salud Oficina de Promoción Social*. Obtenido el 05/10/2023 de <https://acortar.link/fRjKjB>
- Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS – Colombia. (2020) I-2020 Bogotá D.C. Obtenido el 13/11/2022 de <https://bit.ly/3VetP09>
- Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS – Colombia. (s. f.) *Informe Anual Acciones de Tutela en Salud - Vigencia 2022*, orden Trigésima

30 de la sentencia T-760 de 2008, Obtenido el 15/04/2024 de
<https://acortar.link/xzNj6j>

Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS – Colombia. (s.f.) *Envejecimiento y Vejez*, Obtenido el 15 de junio de 2022 de
<https://bit.ly/2le5QPe>.

Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS – Colombia. (s.f.) *Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez*. Obtenido el 15 de junio de 2022 de <https://bit.ly/2R3ZDDR>

Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS – Colombia. (s.f.) *ADRES*. Obtenido el 15 de junio de 2022 de <https://acortar.link/DeXdTI>

Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS – Colombia. (s.f.) *Plan Decenal Salud Pública 2022-2031*. Obtenido el 30 de octubre de 2022 de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS – Colombia. (s.f.) *Sistema General de Pensiones*. Obtenido el 21/10/2023 de <https://acortar.link/H7cSv4> <https://acortar.link/6ulHZN>

Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS – Colombia. (s.f.) *ABECÉ MIPRES*. obtenido el 13/05/2023 de <https://acortar.link/rmpKZI>

Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS – Colombia. (s.f.). *Informe Anual Acciones de Tutela en Salud - Vigencia 2020*, orden 30 de la sentencia T-760 de 2008, Obtenido el 30/07/2023 de <https://acortar.link/zm8DTC>

Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS – Colombia. (s.f.) *Informe Anual Acciones de Tutela en Salud - Vigencia 2021*, orden 30 de la sentencia T-760 de 2008, Obtenido el 28/07/2023 de <https://acortar.link/bFqjau>

- Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS – Colombia.(s.f.) *Informe Anual Acciones de Tutela en Salud - Vigencia 2019*, orden 30 de la sentencia T-760 de 2008, obtenido el 07 /08/2023 de <https://acortar.link/GaOsl9>
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social MTSS - Colombia. (1993) Decreto 2148 / 1992, diciembre 30, Obtenido el 08 de agosto de 2023 de <https://cutt.ly/xwvbr1UJ>
- Miranda Gonçalves, Rubén (2020) Derechos humanos versus derechos fundamentales. *UNIR*, 09 de junio de 2020. Obtenido el 09/05/2023 de <https://acortar.link/s3TLih>
- Morales Sánchez, L. (1997). El Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. Naciones Unidas. *Proyecto CEPAL/GTZ “Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe”* Unidad de Financiamiento, D.C.I.T.F. Santiago de Chile, julio de 1997. Obtenido el 04/07/2023 de <https://acortar.link/ude7il>
- Moreno, R. (2007) El modelo garantista de Luigi Ferrajoli. Lineamientos generales, Boletín Mexicano de Derecho Comparado, *Nueva Serie*, año XL, núm. 120, pp. 825-852. obtenido el 10/03/2023 de <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v40n120/v40n120a6.pdf>
- Naciones Unidas – UN (1982) *Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena, Antecedentes* (s.p). Obtenido el 18/05/2023 de <http://bitly.ws/xmRe>.
- Naciones Unidas – UN. (s.f.) *Desafíos Globales Población Una población en crecimiento. Paz, dignidad, igualdad en un planeta sano.* (s. p). Obtenido el 18/05/2023 de <https://acortar.link/156YcL>
- Naciones Unidas - NU, (2002). *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: los países aprueban el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento.* obtenido el 08/10/2023 de <https://n9.cl/9q8a2>

- Naciones Unidas [NU] CEPAL, (2017). *Las personas mayores y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: oportunidades y desafíos*. Obtenido el 10/10/2023 de <https://acortar.link/osLdJB>
- Nussbaum, M. C., Levmore, S., & Esteban, A. F. R. (2018). *Envejecer con sentido: conversaciones sobre el amor, las arrugas y otros pesares*. Paidós. Obtenido el 08/02/2024 de <https://acortar.link/jVifbqg>
- Organización de los Estados Americanos - OEA (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70)* Obtenido el 10 de julio de 2022. De <http://bitly.ws/xjKk>
- Organización de los Estados Americanos – OEA, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Bogotá, Colombia). (1948). *La IX Conferencia Internacional Americana*. Obtenido el 19/10/2023 de <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2022) *Envejecimiento y salud*, Obtenido el 30 de octubre de 2022 de <https://bit.ly/3gDaG96>
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2023). *Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas*. Washington, DC: OPS; 2023. Obtenido el 02/07/2023 de <https://doi.org/10.37774/9789275326985>.
- Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2021). *Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030)*. Obtenido el 07/10/2023 de <https://acortar.link/VYWIx3>
- Parra Vera, O., Defensoría del Pueblo Colombia. (2003). *El Derecho a la Salud en la Constitución, la Jurisprudencia y los Instrumentos Internacionales*. Obtenido el 18 de febrero de 2024 de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/27803.pdf>

- Portales, A., Enrique, R., & Sánchez, R. L. (2004). *Los derechos fundamentales en la teoría jurídica garantista de Luigi Ferrajoli*. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Obtenido el 11/02/2024 de <https://acortar.link/51IARH>
- Prieto, Morera. A. (2018) *La teoría de los fines de la pena de Luigi Ferrajoli*. León - México: Universidad de León, Facultad de Derecho.
- Presidencia de la República de Colombia (1996). *Decreto 1283/96*, julio 23, obtenido el 15 de junio de 2022 de <https://cutt.ly/t1zPzRQ>
- Proyecto de Ley 221 de 2022. Texto aprobado en primer debate por la Comisión Tercera Constitucional Permanente de la *Honorable Cámara de Representantes* en Sesión Ordinaria del Día 10 de mayo del 2023. (Colombia) Obtenido el 21/10/2023 de <https://acortar.link/rLdpYb>
- Rodríguez Hernández, J.M., Rodríguez Rubiano, D. P., Corrales Barona, J.C., (2015) Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*., v. 20, n. 6 ISSN 1678-4561. [Accedido 9 abril 2023], pp. 1947-1958. Obtenido de <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>>.
- Ruiz Gómez, F (2022). Ministerio de Salud y Protección Social 09 de junio de 2022, *Boletín de Prensa* No 373 de 2022 Obtenido el 20/05/2023 de <https://acortar.link/GVWFNU>
- Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. Bogotá (Colombia), Pontificia Universidad. Javeriana 2014; 13(27): 242-265. obtenido el 06/04/2023 de <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps13-27.assa>
- Rivillas, J. C., Gómez Aristizabal, L., Rengifo Reina, H. A., & Muñoz Laverde, E. P. (2017). Envejecimiento poblacional y desigualdades sociales en

la mortalidad del adulto mayor en Colombia. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 35(3), 369–381. Obtenido el 19/11/2022 de <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n3a07>

Rojas Cabrera, E., Peranovich, A., Cardona Arango, D., & Lizcano Cardona, D... (2021). El ejercicio del derecho a la salud en personas mayores en Argentina y Colombia: una aproximación a partir del análisis de la mortalidad por causas sensibles a la atención de la salud en el siglo XXI. *Revista Brasileira De Estudos De População*, 38, 1–22. Obtenido el 14/11/2022 de <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0136>

Tirado, M. Et al. (2010) *Investigación Jurídica y Sociojurídica. Pautas y Claves*. Bogotá: UMNG-Javergraf

Tirado, M. Cáceres, V. Bedoya, J.C. (2023) “Aproximaciones teóricas a la validez de las normas de origen jurisprudencial”, en: Tirado, M. & Cáceres, V. M. (2023). *Interpretación judicial y creación normativa en el derecho penal y constitucional colombiano. Sobre la validez de las normas de origen jurisprudencial*. Bogotá: LEGIS – Universidad La Gran Colombia.

United Nations – UN. (1991) *Los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad*. 16 diciembre. Obtenido el 18 de febrero de 2024 de <http://bitly.ws/xmRk..>