

PAE 2006

DIRECCIÓN TÉCNICA SECTOR SALUD Y BIENESTAR SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE ANÁLISIS SECTORIAL SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

**LA ADMINISTRACIÓN DISTRITAL Y SU POLÍTICA PARA ATENDER EL
ADULTO MAYOR EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD**

TIPO DE PRODUCTO: INFORME SECTORIAL

RESPONSABLE: JUAN GUILLERMO PLATA PLATA

ELABORADO POR:

YANETH CRISTINA GARCÍA PABÓN	PROFESIONAL 219-01
MYRIAM SICHACÁ CASTIBLANCO	PROFESIONAL 222-04
ROBERTO JIMÉNEZ RODRÍGUEZ	PROFESIONAL 222-07
FRANCISCO JOSÉ REYES TORRES	PROFESIONAL 222-04

REVISADO Y APROBADO POR:

OLGA LUCÍA JIMÉNEZ ORÓSTEGUI DIRECTORA TÉCNICA

FECHA DE ELABORACIÓN: DÍA 25 MES NOVIEMBRE AÑO 2006

FECHA DE APROBACIÓN: DÍA 30 MES NOVIEMBRE AÑO 2006

NÚMERO DE FOLIOS: 54

LA ADMINISTRACIÓN DISTRITAL Y SU POLÍTICA PARA ATENDER EL
ADULTO MAYOR EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

Contralor de Bogotá, D. C.

Óscar González Arana

Contralor Auxiliar de Bogotá, D. C.

Oscar Alberto Molina García

Director Técnico Sectorial

Olga Lucía Jiménez Oróstegui

Subdirector Análisis Sectorial

Juan Guillermo Plata Plata

Analistas Sectoriales

Yaneth Cristina García Pabón
Myriam Sichacá Castiblanco
Roberto Jiménez Rodríguez
Francisco José Reyes

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CUADROS	5
ÍNDICE DE GRÁFICAS	5
ÍNDICE DE DIAGRAMAS	6
INTRODUCCIÓN	7
1. GENERALIDADES DE LA PROBLEMÁTICA DE LA TERCERA EDAD O ADULTEZ MAYOR	7
1.1 LA VEJEZ O ADULTEZ MAYOR	8
1.2. LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA	10
1.3 ANTECEDENTES INTERNACIONALES Y NACIONALES DE LAS POLÍTICAS DE ADULTEZ MAYOR	11
1.4 SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DE LA VEJEZ EN COLOMBIA Y BOGOTÁ	13
2. FOCALIZACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES PARA ACCEDER A LOS PROGRAMAS SOCIALES EN BOGOTÁ	15
2.1. DEL CONTROL SOBRE EL SISTEMA DE REGISTRO DE BENEFICIARIOS –SIRBE – ATENCIÓN PERSONA MAYOR	16
2.2. DE LA FOCALIZACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE SALUD	18
3. INTERSECTORIALIDAD DE LAS ACCIONES	20
3.1. ACCIONES DESDE EL DABS	22
3.1.1. Atención Integral	22
3.1.1.1. <i>Interacción con el Departamento a través de la Beneficencia de Cundinamarca</i>	25
3.1.2. Atención vía subsidios a la Demanda	26
3.1.3. Subsidio en alimentación y nutrición	28
3.1.3.1. <i>Con el Programa Bogotá Sin Hambre</i>	29
3.1.3.2. <i>Interacción Nación con el Programa “Juan Luis Londoño de la Cuesta”</i>	29
3.2. SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	31
3.3. RECREACIÓN, CULTURA Y DEPORTE	38
3.4. DE LAS ACCIONES DE LOS FONDOS DE DESARROLLO LOCAL	38
4. FINANCIACIÓN DE LAS ACCIONES	42
5. ALGUNAS CONSIDERACIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	45

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO No.	NOMBRE DEL CUADRO	Pág
1	Comparación Adulto Mayor Colombia –Bogotá 2005.	19
2	Resultados cruce bases de datos SIRBE, DABS y RUA MINHACIENDA.	23
3	Resultado del cruce con Registraduría Proyecto 7217 años 2004 y 2005.	24
4	Requisitos Modalidad Institucionalizada Submodalidad A y B.	31
5	Cupos Asistencia DABS Modalidad Institucionalizada.	32
6	Cobertura Modalidad Institucionalizada 2003, 2004, 2005 -agosto de 2006.	32
7	Presupuesto ejecutado modalidad atención institucionalizada DABS 2004 – agosto 2006.	33
8	Estampilla Pro-Personas Mayores - Valores mensuales recaudados 2006.	33
9	Recaudo Impuesto Fondo de Pobres 2004-2006 (agosto)*	35
10	Tipos de Subsidio a la demanda, requisitos y fuente de financiación.	36
11	Cupos y Recursos programados por el PPSAM.	38
12	Cupos asignados a Bogotá –Programa Alimentación Adulto Mayor – Juan Luis Londoño de la Cuesta.	40
13	Requisitos Modalidad Clubes y Organizaciones.	41
14	Población mayor de 60 años afiliada al RSS 2004-agosto 2006.	43
15	Población mayor de 60 años sin afiliación al SGSSS (Vinculada) Agosto 2005-mayo 2006.	43
16	Población mayor caracterizada estrategia -APS- Salud a su Hogar. Septiembre 2004-marzo 2006.	44
17	Diagnósticos más frecuentes en la población vinculada mayor de 60 años 2004-2005.	45
18	Resultados caracterización Estrategia APS- salud a su Hogar Personas mayores de 60 años. Septiembre 2004-Marzo 2006.	46
19	Número de instituciones que prestan atención a la Persona Mayor por localidad en Bogotá.	47
20	Concepto Secretaría Distrital de Salud Centros que prestan atención Institucionalizada a la población mayor.	48
21	Proyecto 7217 Atención para el bienestar de la persona mayor en pobreza en Bogotá D.C. Recursos Programados y Ejecutados Fondos de Desarrollo Local 2004-2006.	50
22	Atención para el bienestar de la persona mayor en pobreza en Bogotá D.C. Recursos Asignados y Cobertura Programada Fondos de Desarrollo Local 2004-2006.	51
23	Recursos Programados Fondos de Desarrollo Local para la atención de la persona mayor en pobreza en Bogotá D.C diferente a la entrega de subsidios 2004-2006.	52
24	Recursos programados para financiar la Atención a la Persona Mayor en Pobreza en Bogotá 2004-2006.	53

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No.	NOMBRE DE LA GRÁFICA	Pág.
1	Participación por fuente	53

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

No.	NOMBRE DE DIAGRAMAS	Pág.
1	Entidades participantes en la atención a la población mayor en vulnerabilidad en Bogotá.	27

INTRODUCCIÓN

La Contraloría de Bogotá, en ejercicio del control fiscal macro (evaluación de políticas públicas), se propuso analizar las acciones adelantadas por la administración distrital para atender integralmente la población mayor capitalina en situación de pobreza.

Con este estudio se pretende abordar la problemática de la vejez y el envejecimiento de la población capitalina, mostrando inicialmente aspectos globales, antecedentes nacionales y distritales para adentrarnos en un diagnóstico de esta problemática que se hace presente cada vez más.

Posteriormente se efectúa una revisión de las acciones emprendidas por las distintas entidades de la administración distrital, conducentes a mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de vulnerabilidad y que esencialmente deben corresponder a la aplicación de una política distrital.

Así mismo, se aborda el tema desde los cambios demográficos presentados en la capital, así como algunas características especiales en esta población como la seguridad social, condiciones de salud y bienestar, que inciden en su calidad de vida y sobre las cuales la Administración Distrital debe orientar los programas y políticas sociales. Es por esto que igualmente se realiza una consolidación de los recursos asignados y ejecutados por el ente territorial, en las distintas modalidades de atención a la población objeto del informe.

Se finaliza el estudio con algunas consideraciones y conclusiones, presentadas las cuales se espera sean de utilidad tanto para la administración distrital como para la comunidad en general.

1. GENERALIDADES DE LA PROBLEMÁTICA DE LA TERCERA EDAD O ADULTEZ MAYOR

El tema de la adultez o tercera edad se aborda desde dos consideraciones iniciales: una, la definición de adulto mayor o límite inicial de la tercera edad, con el fin de establecer y definir un criterio para saber cuando una persona llega a esta etapa de la vida; dos, la comprensión de las modificaciones

demográficas, como por ejemplo, los cambios propios de la llamada transición demográfica. Hecho lo anterior, se examinan los antecedentes normativos nacionales e internacionales de la política pública sobre la tercera edad y al mismo tiempo se realiza un breve examen de la situación demográfica y la situación socioeconómica de la adultez mayor en Colombia, con mayor especificidad, en el caso de Bogotá.

1.1 LA VEJEZ O ADULTEZ MAYOR

Como es obvio, la definición de vejez y envejecimiento varía según los imaginarios y representaciones construidas en las sociedades. Nadie discute que se trata, ante todo, de un proceso vital normal, biológicamente determinable; pero también sabemos que la vejez y el envejecimiento están grandemente significados por los tipos de relaciones que la sociedad construye con las personas ancianas y de éstas con el resto de la sociedad. Las relaciones sociales varían de acuerdo con el grado de desarrollo y complejidad de la sociedad. Todo concepto de vejez o de ancianidad, encierra una carga valorativa -explícita o implícita- sobre la función social que puede o debe cumplir una persona adulta mayor.

Brevemente se pueden destacar cuatro momentos en la ruta evolutiva hacia las sociedades modernas, aunque en muchos casos dichos momentos no han sido históricamente diacrónicos o lineales, sino que por el contrario, han sido y serán coexistentes y superpuestos:

- La tradicional valoración de la ancianidad como fase vital en la que se condensan paradigmáticamente la experiencia y la sabiduría personal y colectiva, que en algunas sociedades llega hasta la sacralización y la veneración. Esta alta valoración de la experiencia del anciano es mucho más evidente en sociedades de culturas ágrafas, donde la tradición oral es fundamental y determinante para la cohesión comunitaria del grupo.
- La depreciación del papel productivo de la ancianidad en sociedades centradas en altas racionalidades productivas, como fue el caso del capitalismo antes del Estado de Bienestar o en las fases iniciales de los sistemas socialistas, en los cuales los esfuerzos de acumulación exigieron drásticos reacomodos de las fuerzas productivas, en particular los saberes técnicos de especialistas, por regla general, ágilmente adoptados por la juventud y los adultos, en detrimento del saber tradicionalmente reconocido en los mayores.
- Cierta revaloración vital, cultural, laboral y productiva de la vejez y la ancianidad en los contextos de estados sociales de derecho de bienestar y en modelos socialistas estabilizados, en los cuales se introducen políticas específicas de seguridad social para sectores sociales vulnerables, como son los grupos de tercera edad.
- La crisis social de atención a la vejez, actualmente en medio de la primacía del modelo neoliberal, el desmonte de muchas de las disposiciones del

Estado de Bienestar y el derrumbe de casi la totalidad del campo socialista. Crisis particularmente agravada en sociedades con desarrollo económico limitado, fuertes inequidades sociales, que además no lograron construir estados sociales de bienestar y que, finalmente, están sufriendo la transición demográfica.

Obviamente, resulta muy difícil en los casos del desmonte del Estado de Bienestar, eliminar todas las políticas de seguridad social. En ese sentido, dependiendo del volumen de recursos económicos disponibles, se mantienen algunas acciones de focalización de la oferta de subvenciones a la gente de la tercera edad. Sin embargo, la distancia entre las necesidades y los recursos disponibles es abismal, por decir lo menos, entre las sociedades de capitalismo desarrollado y las sociedades no desarrolladas abocadas a la transición demográfica, y desbordadas por la llegada a la tercera edad de muchas personas, en las próximas décadas.

Volviendo al tema del concepto de adultez mayor o de vejez, es difícil hallar uno que satisfaga las diferentes perspectivas sociales, económicas, políticas y culturales que pueden estar en juego. Por regla general, el criterio más recurrido es el de tomar un límite de edad.

A nivel internacional se considera adulta mayor o vieja a una persona mayor de 60 años. Tal es el criterio de organismos como ONU, OEA, BID, CEPAL, CELADE¹. En el caso de Colombia, el DANE cataloga como persona mayor a una de 65 o más años, aunque en algunos CONPES se define la tercera edad cuando se llega a los 60 y más años.

Sin embargo, en el Distrito Capital, en algunos documentos, se menciona el caso de ciertas poblaciones indígenas e indigentes, donde personas, desde los 50 años en adelante, son consideradas ancianas y objeto de protección especial.

De todo lo anterior, casi se perfila una primera recomendación: adoptar un criterio universal desde una determinada edad, que permita homologar las series estadísticas.

Un problema fundamental a tener en cuenta a la hora de generar políticas para la tercera edad, es reparar en las diferentes situaciones sociales, económicas, culturales y políticas de las sociedades. No tiene la misma magnitud y urgencia social, la situación de la vejez en sociedades ricas, con menores desigualdades sociales, con elevados niveles de seguridad y asistencia social, a la de sociedades muy inequitativas, de altas tasas de pobreza y miseria, con baja seguridad social y con discriminaciones evidentes por razones de sexo, o pertenencia étnica.

No es lo mismo la vejez de una persona que laboró toda su vida en trabajos materiales pesados y altamente desgastantes, que la vejez de una persona que estuvo dedicada a tareas intelectuales que le requirieron tener un mayor nivel educativo.

¹ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.

El aumento de la esperanza de vida causada por los progresos en infraestructura sanitaria, los adelantos preventivos y paliativos de las ciencias de la salud; así como las nuevas tendencias laborales, especialmente la expansión de las fronteras de la jubilación, y la revaloración de la actividad en la tercera edad, por fuera del mercado laboral formal, presionan, la extensión de los ciclos productivos, más allá de los 65 y 70 años.

1.2. LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

Como lo dice el documento de BID/CEPAL/CELADE, la transición demográfica es: *“un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro, al final, de bajo crecimiento pero con niveles también bajos en las respectivas tasas²”*. A lo anterior habría que agregar, como aconteció en el caso colombiano, que en medio de la transición demográfica se vivió la *explosión demográfica* o crecimiento extraordinario de la población por la situación contrastada entre una alta tasa de natalidad y una reducción acelerada de la tasa de mortalidad.

La transición demográfica implica el rápido envejecimiento promedio de la población, que tiende a revertir la tradicional representación gráfica piramidal entre una base ancha infantil y juvenil, y el aguzado vértice en la cúspide de la población adulta mayor, por una representación de base angosta y un notorio abultamiento en el medio e incluso en la cúspide.

Ahora bien, como Colombia vivió hasta hace apenas unas décadas una fuerte explosión demográfica, la actual reducción de la natalidad, muy marcada en los últimos años, junto con el aumento de la longevidad, está significando el incremento exponencial de la población adulta mayor, ahora y hasta los próximos treinta años. Dicho de otra manera, la onda expansiva de la gente nacida entre 1950 y 1965 y que llegará a los 65 y más años, hará sentir todo su efecto entre el 2015 y el 2030.

El país, también padece dos fenómenos que en cierta forma están abultando el peso relativo de la población adulta mayor: uno, la emigración hacia EEUU, España, Venezuela, de un importante contingente de población joven y adulta; dos, la violencia urbana y rural, bien sea por el conflicto político armado, el narcotráfico y la delincuencia común convencional, que extermina en sectores sociales pobres del campo y de las grandes ciudades, a muchos jóvenes varones, entre los quintiles de 15 a 35 años.

El resultado es, desde todos los lados del análisis, el mismo: aumento de los adultos mayores sobre el total de la población.

Ahora bien, dado que esa población de tercera edad ha sido mayoritariamente pobre, lo sigue siendo de anciana. Además, en la medida que sea menor la proporción de la población en la edad más productiva, que la población en la

² BID/CEPAL/CELADE: *La transición demográfica en América Latina*.

edad adulta mayor - menos productiva- se creará un desequilibrio grave que se sentirá pronto en muchos aspectos de la vida económica del país, como en el caso del sistema pensional. Es decir, se llegará a una situación donde serán más los que cobrarán pensiones que los que cotizarán a los fondos pensionales.

1.3 ANTECEDENTES INTERNACIONALES Y NACIONALES DE LAS POLÍTICAS DE ADULTEZ MAYOR

En 1982, la ONU realizó la Primera Conferencia sobre el tema, que se concretó en el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Dicho documento fijó 62 recomendaciones a los gobiernos para que tuvieran en cuenta a la hora de formular políticas públicas sobre la vejez. Fue el primer documento consensuado en el seno de la ONU que abordó de una manera integral y propositiva, todo lo relativo con el ejercicio de los DDHH, la dignidad y justa valoración de la condición de la adultez mayor.

Cuando la ONU se ocupó de dicha problemática, ya existía en Europa una seria preocupación por el comportamiento demográfico en los países desarrollados: envejecimiento de la población y decrecimiento o despoblamiento absoluto de ciertos países de centro. De otra parte, en el horizonte ya se insinuaba la agudización de la transición demográfica en países de mediano y bajo desarrollo económico, donde el envejecimiento creciente de la población prendía las luces de alarma por la falta de políticas e instituciones que afrontaran la llegada masiva a la tercera edad de sectores sociales estructuralmente desprotegidos y excluidos de niveles aceptables de seguridad social.

En 1991, la ONU³ aprobó **Los Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad**, consagrando 18 principios agrupados en los temas de independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad. La orientación predominante, aparte de la revaloración, cultural, política, económica y social de la gente mayor, es la de impulsar la autosuficiencia (generación de ingresos y/o provisión de ingresos), que los y las mayores controlen en lo posible sus propias condiciones de vida y que siempre reciban un trato preferente en asuntos como: alimentación, salud, servicios públicos, seguridad y protección. Así mismo, recalca las esferas de derechos civiles y políticos de la gente adulta mayor, que además de participar en los asuntos generales de la sociedad, deben tener oportunidad de discutir y participar en la definición y adopción de las políticas públicas específicas para la tercera edad y en todo aquello que les atañe directamente.

Las Naciones Unidas apuntalan concepciones de dignidad y autorrealización en las cuales la gente mayor, aparte de recibir cuidados y protecciones en los entornos familiares y comunitarios, tienen y deben aportar a la sociedad sus conocimientos y saberes, desde la sabia experiencia del viejo(a) iletrado(a) hasta las destrezas profesionales del anciano(a) altamente calificado(a).

³ Resolución 46 del 16 de diciembre.

En 1992, la Asamblea General de la ONU realizó la Proclamación sobre Envejecimiento y fijó Ocho Objetivos Globales sobre el Envejecimiento para ser alcanzados en 2001. El año de 1999 fue proclamado por la ONU: Año Internacional de las Personas de Edad.

Sin embargo, el documento internacional más completo sobre el asunto es el producido, a instancias de la CEPAL, por la Conferencia Regional Intergubernamental Sobre Envejecimiento, realizada en noviembre de 2003, para adoptar el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento, aprobado en la capital española el 12 de abril de 2002. La idea fundamental se desarrolló en torno al “envejecimiento activo” y se desplegó entre otros, en los siguientes objetivos: Promover los DDH en la personas adultas mayores; Promover el acceso al empleo, a la formación continua y el crédito para emprendimientos propios; Promoción y facilidad para la inclusión laboral; Ampliación y mejoramiento de la cobertura de pensiones: contributivas, como no contributivas; Promoción de la igualdad de oportunidades y acceso a la educación en todas las etapas; Promoción de coberturas universales de salud; Reacomodamiento integral de la oferta de los servicios de salud a las patologías propias de la adultez mayor; Creación de marcos legislativos apropiados para la protección de los derechos de la tercera edad; Eliminación de todas las formas de discriminación y maltrato contra las personas mayores; Incorporar la perspectiva de la vejez a las políticas públicas para hacerlas a ellas sensibles y abiertas a todas las edades; Apoyo y asistencia técnica de la cooperación internacional para diseñar programas y políticas sobre envejecimiento; y Promoción de estudios e investigaciones sobre la tercera edad.

En Colombia un antecedente fundamental fue la expedición de la constitución de 1991 y la adopción en ella de derechos fundamentales, ambientales y sociales, en los cuales se nombra específicamente a la población adulta mayor⁴.

Con la expedición de la Ley 100 de 1993, se dieron pasos para concretar la política hacia el adulto mayor, fijando criterios para la entrega de auxilio a los adultos mayores en condiciones de pobreza y para la prestación de servicios sociales complementarios⁵.

En los últimos doce años, a través de los documentos CONPES y algunas leyes complementarias se han definido criterios, acciones que le han dado cuerpo a la política pública de adulto mayor⁶.

En Bogotá, la experiencia de atención al adulto mayor desde dependencias oficiales, se remonta cuando menos a cuarenta años atrás, en los orígenes del DABS⁷. En los últimos años, la administración distrital ha atendido esta

⁴ Véase el artículo 46 de la CPC, como una población especial que debe ser protegida.

⁵ La Ley 100 es desarrollada en lo tocante a la vejez, por los decretos 11345 de 1994 y el 1395 de 1995.

⁶ Consultar: Documentos CONPES 2772 de 1994, 2793 de 1995, 70 de 2003, 86 de 2004 y 92 de 2005; Ley 797 de 2003; Decreto 569 de 2004 y Ley 812 de 2003 Plan Nacional de Desarrollo “Hacia un Estado Comunitario”.

⁷ DABS *Voces del Alma*. Bogotá D. C. 2002.

problemática a través de diferentes programas⁸ teniendo como eje institucional al DABS.

La actual administración en el Plan de Desarrollo Bogotá Sin Indiferencia: un compromiso social contra la pobreza y la exclusión 2004-2008⁹, dio continuidad a programas de anteriores gobiernos distritales.

Es así como el DABS, en desarrollo de las políticas del Plan de Desarrollo Distrital actual, ejecuta el **Proyecto 7217 Atención para el Bienestar de la Persona Mayor en Pobreza en Bogotá D.C.** Adicionalmente, por medio del **Programa Bogotá Sin Hambre** se quiere lograr una cobertura del suplemento alimentario a 625.000 personas, de las cuales un grupo importante es el conformado por adultos (as) mayores pobres.

1.4 SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DE LA VEJEZ EN COLOMBIA Y BOGOTÁ

La información demográfica en Colombia se fundamenta en los censos y en las encuestas sectoriales. Hasta el momento se venía trabajando con proyecciones demográficas elaboradas con base en el Censo del año 1993, tanto para el país como para la ciudad.

Sin embargo, dado que ya se dispone de los primeros resultados del Censo 2005, se presenta el siguiente panorama, con agrupación de la población adulta mayor en tres rangos: uno que toma como piso la edad de 55 años, otro, de 60 y finalmente, de 65, como se aprecia en siguiente cuadro:

Cuadro 1
Comparación Adulto mayor Colombia –Bogotá 2005

Género	Total Población Colombia			Total Población Bogotá			
	Población	% Rango	%P Rango/ T	Población	% Rango	%P Rango/T	% respecto de Colombia
Total	41,468,384	100	100	6,778,691	100	100	16.35
Hombres	20,336,117	49.04	100	3,240,469	47.80	100	15.93
Mujeres	21,132,267	50.96	100	3,538,222	52.20	100	16.74
Rango Población de 55 años y Más				Rango Población de 55 años y Más			
Total	5,172,832	100	12.47	818,698	100	12.08	15.83
Hombres	2,404,623	46.49	11.82	355,215	43.39	10.96	14.77
Mujeres	2,768,209	53.51	13.10	463,483	56.61	13.10	16.74
Rango Población de 60 años y Más				Rango Población de 60 años y Más			
Total	3,722,089	100	8.98	564,223	100	8.32	15.16
Hombres	1,711,839	45.99	8.42	239,624	42.47	7.39	14.00
Mujeres	2,010,250	54.01	9.51	324,599	57.53	9.17	16.15
Rango Población de 65 años y Más				Rango Población de 65 años y Más			
Total	2,617,271	100	6.31	376,701	100	5.56	14.39
Hombres	1,187,207	45.36	5.84	154,764	41.08	4.78	13.04
Mujeres	1,430,064	54.64	6.77	221,937	58.92	6.27	15.52

Fuente: DANE. Resultados Censo 2005. Consolidado Subdirección Análisis Sectorial Dirección Salud y Bienestar Social.

⁸ En la administración Peñalosa (1998-2000) se adelantó el *Programa de Atención para el Bienestar del Adulto Mayor en Situación de Pobreza en Bogotá*. Durante el segundo gobierno de Antanas Mockus (2001-2003) se le dio continuidad a dicha labor, hasta el punto que bajo su administración, el proyecto conservó exactamente el mismo nombre.

⁹ Acuerdo 119 de junio 3 de 2004

En el primer rango, de 55 y más años, Colombia, aparece teniendo una población adulta mayor muy elevada 12.6 %. De ese total en casi siete puntos porcentuales la población femenina supera a la masculina.

De acuerdo a ese rango de edad, Bogotá, participa con el 15.8% de la adultez mayor en Colombia. Dado que la anterior cifra es casi un punto porcentual menor que la de la participación de toda la población de la capital en relación con la de Colombia, se puede concluir, seguramente por las razones de la migración de gente más joven, que la capital del país, demográficamente, es levemente más joven que el país.

De otra parte, del total de la población bogotana adulta mayor en este rango, las mujeres superan en más de trece puntos porcentuales a los hombres, esto es, muy por encima de lo que pasa en el país.

En el rango de 60 y más años, internacionalmente adoptado, Colombia, tiene el 8.9% de su población como adulta mayor, en tanto Bogotá registra 8,3%.

Frente al rango de 65 y más años, el país registra 6.3% como población mayor y Bogotá el 5.6% con el predominio del género femenino.

En general, a mayor rango de edad, menor es la proporción de población anciana de Bogotá en relación con el país. Sin embargo, en valores absolutos, Bogotá tiene una población numerosa (376.701) similar a la cantidad de habitantes de una capital como Villavicencio.

Bogotá es una ciudad de población aún joven, pero cada vez lo será menos. El tema de la adultez mayor se convierte en un tema de señalada importancia en la atención social de la ciudad, pero sobre todo es y será un tema que deberá tener una perspectiva de género que entre a concretar las políticas públicas que establezcan, así sea tardíamente, algo de la equidad social de la cual la población femenina ha estado más privada que la masculina.

2. FOCALIZACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES PARA ACCEDER A LOS PROGRAMAS SOCIALES EN BOGOTÁ

Diversos son los sistemas de selección que utilizan las entidades distritales con el propósito de focalizar los potenciales beneficiarios de cada uno de los programas sociales que adelantan. Sin embargo, el instrumento universal de focalización de pobreza en el país es el Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales –SISBEN, que para Bogotá se organizó y reglamentó con el Decreto 583 de 1999. Allí se definen como órganos de administración del sistema, el Comité Técnico de Administración del SISBEN¹⁰, el administrador del Sistema – el Departamento Administrativo de Planeación Distrital -DAPD y los órganos de apoyo, es decir las entidades que conforman el sector social del Distrito Capital¹¹.

Es competencia de Bogotá, como los demás entes territoriales del país, mantener actualizada la base de datos correspondiente, labor que adelanta en la ciudad el DAPD, como única entidad responsable de aplicar la encuesta¹² e incluir la totalidad de la información contenida en la base de datos, quedando fuera de su competencia la definición y valoración de las variables que conforman el sistema, no obstante, es la garante de la integridad y calidad de la misma.

El DABS tiene como una de sus funciones dirigir, coordinar y controlar la ejecución de las políticas del Gobierno Distrital en materia de prevención de los factores de riesgo y descomposición social en los grupos de población vulnerable que se encuentren en estado de abandono, riesgo o miseria. Así como Coordinar acciones con organismos públicos y privados para lograr la identificación y solución de los programas de bienestar social que incidan directamente en la salud, educación y recreación de la población abandonada a riesgo o a miseria en el Distrito Capital.

Los Centros Operativos Locales –COL, son la instancia de Coordinación Administrativa, con que cuenta el DABS en las localidades de la ciudad.

Los programas y servicios que coordinen los Centros Operativos Locales, estarán dirigidos para los sectores de las Localidades que por sus condiciones socioeconómicas, presenten mayores índices de población con necesidades básicas insatisfechas, en condiciones de pobreza crítica y/o en situación de exclusión social, con atención prioritaria a los niños, ancianos y a las mujeres cabezas de familia.

La principal herramienta que utiliza el DABS para la focalización territorial de su población objetivo es el SISBEN, con instrumentos de gran importancia como

¹⁰ Conformado por: Delegado del Alcalde, quien lo preside, y los delegados de los directores de: DAPD, SDS, SED, DABS, DACD y el gerente del SISE o su delegado durante la etapa de transición

¹¹ Secretarías de Educación, Salud y el Departamento Administrativo de Bienestar Social.

¹² Que capta las condiciones socioeconómicas de las personas y familias tomando información relacionada con aspectos físicos internos de la vivienda, el acceso a los servicios públicos domiciliarios, el nivel de hacinamiento, la edad, el nivel de educación, la seguridad social de los miembros del hogar y los ingresos entre otros

son las proyecciones de población con NBI y estratificación socioeconómica, así como variables internas de selección manejadas por la entidad. Cuenta con el Sistema de Información para Registro de Beneficiarios -SIRBE, como el único y oficial para registrar la información de sus beneficiarios. La información se captura en forma descentralizada tanto en los Centros Operativos Locales como en las demás Unidades Operativas que el Comité Directivo determine¹³.

Los COL y las demás Unidades Operativas del DABS, tienen la función de recibir los requerimientos de servicios de potenciales beneficiarios DABS, a quienes se les debe aplicar y diligenciar la ficha de focalización SIRBE, así como efectuar visitas domiciliarias como referentes para otorgar el servicio, bien sea cupo, subsidio o intervenciones, previo el cumplimiento de requisitos de vinculación a los diferentes programas DABS. En esta ficha se indaga por aspectos relacionados con datos básicos, como edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel de educación y otros aspectos sobre la seguridad social en salud e información SISBEN, entre otros.

Además, los Gerentes de los COL poseen la facultad para decidir sobre el ingreso, traslado de submodalidad, cambio de modalidad de proyecto y egreso de los adultos mayores¹⁴ atendidos por el DABS.

2.1. DEL CONTROL SOBRE EL SISTEMA DE REGISTRO DE BENEFICIARIOS –SIRBE –ATENCIÓN PERSONA MAYOR¹⁵

Teniendo en cuenta el alto número de habitantes que precisan de la ayuda del Estado con el fin de mitigar dificultades y necesidades, el control sobre los subsidios se constituye en un mecanismo esencial a la hora de priorizar y garantizar la entrega de estos beneficios a quienes más lo requieren.

Respecto del proyecto “Atención para el Bienestar de la Persona Mayor en Situación de Pobreza en Bogotá”, este ente de control en ejercicio de sus funciones encontró situaciones anómalas en la asignación de subsidios, generados en deficiencias del sistema de control interno, asociados tanto a la ejecución misma del proyecto, como al software que sustenta el sistema de información de beneficiarios de subsidios del Departamento de Bienestar Social – SIRBE.

La entidad ha definido criterios de elegibilidad para la asignación de los subsidios que, sin embargo, no son aplicados efectivamente, ya que al realizar verificación en la base de datos SIRBE y efectuar cruces con otras entidades, se detectaron inconsistencias como: beneficiarios que reciben ingresos, pensiones o subsidios por parte del Estado. Otros que son propietarios de inmuebles y algunos que soportan su identificación en el registro civil o la tarjeta de identidad, documentos que no son idóneos frente a la edad exigida a

¹³ El Comité Directivo del SIRBE, es el organismo que define la política de utilización de la información; los mecanismos para el seguimiento y control de la buena utilización y autorizará las modificaciones que se consideren pertinentes.

¹⁴ proyecto 7217 ‘Atención para el bienestar de la persona mayor en pobreza en Bogotá, D.C.

¹⁵ Ccapítulo elaborado con base en los resultados de la Auditoría especial “Evaluación de la base de datos del sistema de información de beneficiarios de subsidios del Departamento de Bienestar Social – SIRBE”. Contraloría de Bogotá, D. C., Noviembre de 2006 Plan de Auditoría Distrital 2006 Fase II.

los beneficiarios de este proyecto.

En el primer caso, se solicitó al Ministerio de Hacienda y Crédito Público el cruce de la base de datos del SIRBE con la base de datos del Registro Único de Aportantes RUA, en el cual se encuentran los datos de las personas con capacidad de aportar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, encontrando que aproximadamente el 4,5% de los beneficiarios del proyecto se encuentran aportando a Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), a Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y a Empresas Promotoras de Salud (EPS) (Ver cuadro 2).

Cuadro 2
Resultados cruce bases de datos SIRBE DABS y RUA MINHACIENDA

PROYECTO	AÑO	REGISTROS CONTRALORIA	CONTRIBUTIVO			
			COTIZANTES UNICOS	ARP*	AFP*	EPS*
7217	2004	37678	1591	561	331	1305
7217	2005	18525	875	308	188	708

*Registros únicos cotizantes por riesgo (sin importar el periodo ni el empleador)
Fuente: Resultado del cruce entre el RUA y el SIRBE.

Uno de los requisitos contemplados para otorgar subsidios a la población adulta mayor es “carecer de bienes raíces” o “encontrarse en condiciones de extrema pobreza o indigencia”. En este caso se envió la base de datos del SIRBE a la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Bogotá Zona Sur, encontrando como resultado de los cruces correspondientes, que de 1.160 Matrículas Inmobiliarias revisadas y expedidas por esta Oficina, aproximadamente 778 beneficiarios del Proyecto 7217 poseen predios. Adicionalmente, se detectaron casos de beneficiarios del proyecto que poseen bienes raíces de extensión superior a las 2 hectáreas e incluso algunos propietarios de dos predios.

Igualmente se detectó que los Centros Operativos Locales –COL, no cuentan con toda la documentación que soporte el cumplimiento de los criterios de elegibilidad de los beneficiarios a los cuales les fueron asignados subsidios.

Del cruce entre las bases de datos del SIRBE con la Registraduría Nacional y con la base de datos de inhumados de la Secretaría Distrital de Salud, se encontró el pago de subsidios a personas fallecidas, a personas con cédulas no existentes, o a personas a las cuales no se les realizó la verificación de la identificación.

Producto del cruce entre SIRBE y Registraduría, se encontraron casos de beneficiarios con cédulas no existentes o que aparecen como fallecidos en Registraduría, entre otros. (Ver cuadro 3)¹⁶.

Cuadro 3
Resultado del cruce con Registraduría Nacional del Estado Civil
Proyecto 7217 años 2004 y 2005

¹⁶ Del total de registros con presuntas inconsistencias, el DABS dio respuesta al 63% de lo observado, pero tan sólo argumentó y presentó soportes idóneos sobre el 36% de las observaciones, básicamente originadas en errores de digitación.

RESULTADO PROCESO	AÑO 2004	AÑO 2005	TOTAL
Número de registros procesados	37.646	18.504	56.150
Registros no existentes	61	54	115
No expedidas	1	0	1
Vigentes	33.943	2.014	35.957
Canceladas por fallecimiento	487	652	1.139

Fuente: Información suministrada por la RNEC

Evaluados los 115 registros que aparecen como “Cédulas no existentes” durante los años 2004 y 2005 en el archivo entregado por la Registraduría para el proyecto 7217, se encontró que 34 de la modalidad “Subsidiada” se encuentran incluidos sin identificación plena, de tal manera que no se les puede establecer si cumplen o no con el requisito de ser colombiano, la edad y demás criterios de elegibilidad para otorgar beneficios.

Respecto de los 1.139 registros reportados por la RNEC como fallecidos antes del 2004 y que a su vez son beneficiarios del proyecto 7217, modalidad Subsidiada, se pudo establecer que 55 beneficiarios activos en el sistema SIRBE se encontraban fallecidos, algunos con más de 25 años de expedida la resolución de cancelación de la cédula por fallecimiento según lo informado por la RNEC.

Mediante el cruce de la base de datos de inhumados de la SDS frente a los beneficiarios del proyecto 7217, se encontró que 53 ellos habían fallecido y se les había expedido licencia de inhumación o cremación antes del 2004 apareciendo a su vez “activos” en el SIRBE posterior a la fecha de su fallecimiento¹⁷.

Se manifiesta otra deficiencia asociada con el control del proyecto 7217, por la supervisión inadecuada expresada en situaciones como la existencia de un alto porcentaje de contratos sin liquidar ante la ausencia de informes de supervisión, ya que en varios casos esta función no fue asignada a ningún funcionario, además la falta de organización en los documentos soportes de los contratos y la ausencia de foliación definitiva de la misma. Otra situación crítica deriva de la falta de control y alertas del sistema para establecer la simultaneidad de un beneficiario en otros proyectos.

En conclusión, existe un alto riesgo de entregar subsidios de manera irregular ante la falta de adecuados controles, además que se procesa información poco veraz, confiable y útil para la toma de decisiones; en estas condiciones las acciones no pueden concretar efectivamente los nobles propósitos expuestos en una política o directriz.

2.2. DE LA FOCALIZACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE SALUD

La *Secretaría Distrital de Salud-SDS*, en lo referente a la administración directa de los subsidios en salud del régimen subsidiado, es el principal usuario del sistema de identificación de beneficiarios SISBEN. Igualmente, se soporta en información de otras entidades que tienen la competencia de identificar potenciales beneficiarios de subsidios, como el DABS, Red de Solidaridad,

¹⁷ Los 53 casos corresponde por tipo de subsidio, así: A, 1; B, 10; C, 37; y D, 5.

Ministerio del Interior, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Cabildos Indígenas y Ministerio de la Protección Social.

Por otra parte, para focalizar población pobre y vulnerable que demanda atención subsidiada en salud, y que no se encuentra identificada por el SISBEN, ni afiliada al Régimen Contributivo; la Secretaría Distrital de Salud, a través de la Red hospitalaria pública distrital, aplica una encuesta denominada "Identificación provisional para la atención como participante vinculada", a través de la cual se obtienen datos generales del paciente (núcleo familiar, educativo y de ingresos), con el fin primordial de acceder a los servicios de salud. En la misma encuesta se determina un puntaje que sirve de referente para establecer la cuota de recuperación que debe asumir el paciente por el servicio recibido. Mensualmente cada ESE reporta a Secretaría Distrital de Salud, en medio magnético, la información de la población identificada con este instrumento, para que ésta a su vez solicite al Departamento Administrativo de Planeación Distrital, la aplicación de la encuesta SISBEN.

De otra parte, en el marco del Plan de Desarrollo "Bogotá Sin Indiferencia" y dentro de la Atención Primaria en Salud, se está desarrollando la estrategia "Salud a su Hogar", para lo cual la SDS diseñó una encuesta denominada "Ficha técnica para la identificación y caracterización de núcleos familiares", en la que se indagan aspectos relativos a la situación de las familias, de sus viviendas y entornos.

La encuesta incluye algunos ítems diferentes a los del SISBEN, que pretenden determinar situaciones de vulnerabilidad en las familias como punto de partida para orientar las respuestas institucionales y sociales a los diferentes problemas de esta población, por ejemplo: antecedentes de mortalidad, hospitalización y en general enfermedades; incidencia de ingresos en el consumo diario de alimentos, condiciones de salud y servicios actuales, así como las circunstancias por las cuales en un momento dado no se solicita atención médica.

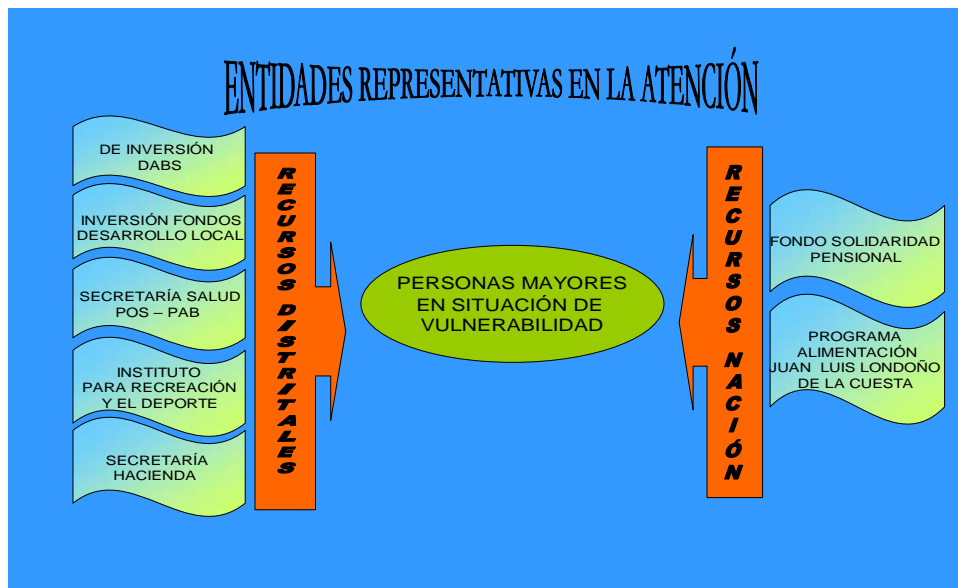
Empero, la existencia de estos instrumentos de focalización, al igual que sucede con el sistema de información de beneficiarios del DABS, SIRBE, en el caso de la salud, tanto la base de datos del SISBEN como la del régimen subsidiado, han sido objeto de cuestionamientos serios por parte de este ente de control, que ha evidenciado inconsistencias de importante magnitud, concretados en la inclusión de beneficiarios que no tendrían derecho por efectos de clasificación y puntaje SISBEN no correspondiendo a la realidad, multiafiliaciones, reconocimiento de subsidios a personas fallecidas, entre otros.

3. INTERSECTORIALIDAD DE LAS ACCIONES

La atención de las personas mayores en Bogotá, involucra diferentes instancias y recursos públicos que proceden de diversas fuentes y además confluyen diversos programas tanto de nivel distrital como nacional.

Como se muestra en el esquema, la participación del nivel Nacional se da principalmente con los recursos del Fondo de Solidaridad Pensional – Subcuenta de Subsistencia, donde se desarrolla el Programa de Protección Social al Adulto Mayor – PPSAM y el Programa de Alimentación “Juan Luis Londoño de la Cuesta” financiado vía Presupuesto General de la Nación.

Diagrama 1
Entidades participantes en la atención
a población mayor en vulnerabilidad en Bogotá



Elaborado por Subdirección Análisis Sector Salud y Bienestar Social Contraloría de Bogotá.

En tanto en el orden distrital, el presente informe recoge algunos elementos de la participación de entidades como el DABS, el IDR, la SDS, los FDL, y por intermedio de la Secretaría de Hacienda Distrital –SHD, los recursos relacionados con el Impuesto de Pobres y las Estampillas Pro Cultura de Bogotá y Pro-Dotación, funcionamiento y desarrollo de programas de prevención, promoción de los centros de bienestar, instituciones y centros de vida para personas mayores.

Teniendo como panorama el diagnóstico realizado por la Administración Distrital¹⁸, en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca está la mitad de la población que se encuentra por encima de los 60 años. La mayoría son mujeres, con una

¹⁸ Documento: *Lineamientos generales de política social para Bogotá 2004-2014. 'Una aproximación desde los derechos de la niñez, la juventud, las mujeres, las personas mayores y la familia'.*

proporción de 100 por cada 88 hombres y 62 mujeres por cada 100 mujeres después de los 80.

Igualmente se señaló que de los habitantes de la calle, un 10% son personas mayores de 50 años, 8% vive solo, 15% son pensionados y algo más del 20% son beneficiarios(as) de los programas dirigidos a grupos en pobreza y miseria. El 60% de quienes están por encima de los 59 años son jefes de hogar y, en general, la familia extensa es la que posee un mayor número de personas mayores.

Según el DABS, el 82,6% de los ancianos y ancianas beneficiarios(as) de sus programas no trabaja. Un número superior al 60% de los mayores de 60 años permanece en su casa sin realizar una actividad permanente y algunos colaboran con las tareas del hogar.

Otros aspectos mencionados hacen referencia a que los hombres mayores de 60 años representan entre el 7,5% y el 9,3% de los trabajadores informales. Finalmente, sólo un 17% de los hombres y un 7% de las mujeres poseen una pensión.

Para 2005 el DABS reportó que estaban registradas con encuesta SISBEN 1.117.532 personas con 50 y más años de edad, de las cuales el 51% tiene 60 y más años (569.912 personas mayores). De éstas últimas, el 85% (485.857) se encuentran en los niveles 1, 2 y 3. En relación con las personas mayores con algún tipo de discapacidad, 10.658 se encuentran en el rango de 50 a 59 años y 33.568 tienen 60 o más años; de estas últimas el 90% son de los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN (30.394)¹⁹.

Los resultados del Censo DANE en Bogotá a diciembre de 2005, establecen que hay 1.148.515 personas de 50 años y más, de los cuales 643.310 son mujeres y 505.205 hombres.

Finalmente el DAPD tiene que a septiembre de 2006, fueron encuestadas 319.674 personas mayores de 60 años con la nueva encuesta SISBEN, de las cuales 60.952 fueron clasificados en el nivel I; 108.047 en el nivel II y 148.725 en el III en tanto que en el nivel IV 1795, Nivel V 135 y 20 en el VI.

De la misma encuesta se estableció que hay 18.371 personas mayores de 60 años discapacitadas: Nivel I, 4.468; Nivel II, 6.469; Nivel III, 7.353 y 81 personas en los otros tres niveles.

Las localidades que albergan a la mayor cantidad de población mayor son: Engativá (46.257), Kennedy (45.267), Suba (28.786) y Ciudad Bolívar (28.242).

De otra parte, la localidad de Ciudad Bolívar concentra la mayor población clasificada en nivel I, con 15.386 personas, seguida por Rafael Uribe con 5.307. Bosa y San Cristóbal tienen la mayor población con SISBEN II, con 16.861 y 14.978 personas, respectivamente.

¹⁹ Información remitida por el DABS a la Contraloría de Bogotá, en el formato 17.1 del Balance Social 2005.

No obstante las diferencias en las estadísticas arriba citadas, el DABS ha estimado que la población mayor en situación de vulnerabilidad y que demanda servicios es de 232.955 personas, sobre las cuales definió las acciones que se reseñan a continuación.

3.1. ACCIONES DESDE EL DABS

Consecuente con los compromisos adquiridos por Colombia, en la II Asamblea de Envejecimiento y Vejez²⁰, con los cambios de política en la Nación coincidentes con la política distrital, en el sentido de priorizar y brindar una atención más integral y eficiente a la población adulta mayor en condiciones de pobreza y miseria, el DABS presta atención a la población excluida y vulnerable de niveles de SISBEN 1, 2 y 3, mayores de 50 años con discapacidades y/o personas a cargo, y personas con 60 y más años, de los niveles SISBEN 1 y 2.

La Administración Distrital, en el marco del Plan de Desarrollo – Bogotá sin Indiferencia, bajo la estrategia Garantía de acceso progresivo, permanencia y calidad en los servicios sociales con el Programa Restablecimiento de derechos e inclusión social, formuló las acciones encaminadas a atender a la población mayor en situación de vulnerabilidad.

Es así como el DABS formuló como objetivo propiciar el bienestar de las personas mayores en condiciones de vulnerabilidad y pobreza, fortaleciendo su autonomía, participación y redes familiares y sociales, en el marco de una política distrital de envejecimiento y vejez, que permita el ejercicio pleno de los derechos y deberes ciudadanos de este grupo poblacional, a través de acciones de corresponsabilidad y de confluencia intersectorial pública, privada y comunitaria²¹. Esta atención se ofrece bajo tres modalidades: Institucionalizada o Integral Subsidio a la demanda y Clubes y Organizaciones de Mayores.

3.1.1. Atención Integral

La Modalidad Institucionalizada atiende bajo dos submodalidades: A - cuidado Intermedio y B - Cuidado Funcional, ésta responde a las condiciones de vulnerabilidad de la población mayor que requiere de la protección integral del Estado²². El DABS proyectó para 2006 atención integral a 1.235 personas, previo el cumplimiento de los requisitos señalados en el manual de procedimientos del proyecto Atención para el Bienestar de la Persona Mayor en Pobreza en Bogotá, como se muestra a continuación:

²⁰ Realizada en Madrid, España.

²¹ Objetivo ejecutado a través del proyecto de inversión 7217, "Atención para el Bienestar de la Persona Mayor en Pobreza en Bogotá".

²² Dentro de las políticas generales del Plan de Desarrollo de Bogotá, se encuentra la intervención social integral, que enuncia que la acción pública se orientará a la intervención social articulada e integral para atender en forma simultánea las carencias de los grupos humanos, las necesidades de las comunidades con perspectivas de género, ciclo vital, situación socioeconómica y habitabilidad del territorio.

Cuadro 4
Requisitos Modalidad Institucionalizada
Submodalidad A y B

Submodalidad A - Cuidado Intermedio
Hombres y mujeres menores de 50 años que previamente hayan sido incluidos por excepción en el proyecto, por el Equipo Modalidad Institucionalizada y con la autorización de la Gerencia Atención a la Población Adulta y Vejez.
Hombres y mujeres entre 50 y 59 años que hayan perdido por minusvalía o discapacidad física, mental o sensorial hasta el 50% de su capacidad funcional certificada por la entidad de salud competente.
Hombres y mujeres mayores de 60 años: <ul style="list-style-type: none"> - Con severo grado de limitación física o psíquica. - Deterioro de la salud propio del proceso de envejecimiento que lo limita para desarrollar labores de la vida diaria (levantarse, desplazarse, bañarse, vestirse, alimentarse, controlar esfínteres, etc.) - Aquejados por enfermedades que requieren cuidados o controles continuos de medicina, enfermería, servicios de rehabilitación y servicios afines. - Demencia senil, trastorno con síndrome mental orgánico, desorientación temporo-espacial y de comportamientos graves propios de la edad. - Carecen de bienes raíces. - Carecen de ingresos y recursos económicos. - Carecen de vínculos familiares o el núcleo familiar se encuentra en estado de emergencia social. - Carecen de Seguridad Social en Pensión y/o Afiliación al Régimen Contributivo de Salud. - No están vinculados a otros servicios estatales. - Si sus condiciones mentales se lo permiten, ingresan voluntariamente al proyecto, de lo contrario su familia o referente o el Equipo de la Modalidad Institucionalizada que en adelante se denominará EMI, asumirá la decisión para su ingreso.
Submodalidad B - Cuidado Funcional
Hombres y mujeres entre los 50 y 59 años que hayan perdido por minusvalía o discapacidad física, mental o sensorial hasta el 50% de su capacidad funcional, certificada por la entidad de salud competente.
Hombres y mujeres mayores de 60 años: <ul style="list-style-type: none"> - Con problemas de personalidad que los limita en su capacidad de raciocinio, autoestima y autocuidado. - Con moderadas limitaciones físicas y mentales que les permite desarrollar algunas actividades básicas cotidianas, aunque utilicen ayudas de locomoción (prótesis, caminador, bastón y muletas) - Pueden presentar trastornos transitorios de desorientación temporo-espacial (demencia senil) - Carecen de bienes raíces. - Carecen de ingresos y recursos económicos. - Carecen de vínculos familiares o el núcleo familiar se encuentra en estado de emergencia social - Carecen de Seguridad Social en Pensión y/o Afiliación al Régimen Contributivo de Salud. - No están vinculados a otros servicios estatales. - Si sus condiciones mentales se lo permiten, ingresan voluntariamente al proyecto, de lo contrario su familia, referente o el EMI asumirá la decisión

Fuente: Manual de Procedimientos del Proyecto Atención para el Bienestar de la Persona Mayor en Pobreza en Bogotá, D.C. DABS. Pág. 140.

La atención es prestada en dos sedes propias –El Bosque y Bello Horizonte- y seis ONGs especializadas, con las que el DABS contrata la prestación de los servicios, previo el aval de la Secretaría Distrital de Salud.

Cuadro 5
Cupos Asistencia DABS Modalidad Institucionalizada

NOMBRE	MODALIDAD	CUPOS	CONTRATO
El Bosque	Institucionalizada	130	PROPIA
Bello Horizonte	Institucionalizada	60	PROPIA
Hogar San Francisco de Asís	Funcional	200	1695
Hogar Santa Teresa Jorneth	Funcional	200	1698
Instituto Hermanas Franciscanas de Santa Clara	Funcional	50	1697
Instituto Tecnológico del Sur	Funcional	85	1692
Hogar San Francisco de Asís	Cuidado Intermedio	200	1696
Instituto Tecnológico Del Sur	Cuidado Intermedio	125	1691
Hogar San José Para Ancianos	Cuidado Intermedio	150	1694
Siervas De Cristo Sacerdote	Cuidado Intermedio	35	1693
Total		1235	

Fuente: Información suministrada por el DABS

La atención funcional con 450 cupos se presta en los Hogares San Francisco de Asís y Santa Teresa de Jorneth y el Instituto Hermanas Franciscanas de Santa Clara. Mientras que en la atención de cuidado intermedio el Hogar San Francisco de Asís ofrece el mayor número de cupos.

En general, la oferta de servicios en esta modalidad durante los últimos cuatro años ha tenido un discreto aumento, que se refleja en apenas 35 cupos.

Cuadro 6
Cobertura Modalidad Institucionalizada
2003, 2004, 2005 -agosto de 2006

2003		2004		2005		2006-Agosto	
Cupos	Personas	Cupos	Personas	Cupos	Personas	Cupos	Personas
1200	1479	1200	1469	1235	1558	1235	Nd

Fuente: Información reportada por el DABS.

ND: No disponible

Así mismo se observa que el número de personas atendidas al cierre de 2005 apenas registra una rotación de 89 personas frente a lo reportado para 2004. Para 2006 se cuenta con igual número de cupos.

Con relación al monto de recursos destinados a cubrir esta atención por parte del DABS, se tiene:

Cuadro 7
Presupuesto ejecutado modalidad atención institucionalizada DABS
2004-AGOSTO 2006

2004	2005	2006
9.197.5	8.737.8	11.510.7*

Fuente: información DABS

A agosto de 2006, el monto de recursos ejecutados en esta atención aumentó en \$2.772.9 millones con respecto al total de recursos de 2005. De lo anterior se concluye que, mientras el valor del cupo/año en 2005 fue de \$7.092.145, para 2006 pasa a \$9.239.433 millones, permaneciendo constante el número de cupos.

De otra parte, el DABS, cuenta con recursos adicionales para apoyar esta modalidad, provenientes de la emisión de la Estampilla Pro Personas Mayores²³, cuyo objetivo es la dotación, funcionamiento y desarrollo de programas de prevención y promoción de los centros de bienestar DABS, instituciones y centros de vida para personas mayores en la ciudad.

Este tributo corresponde al 0.5% del valor bruto de la suscripción de contratos y las adiciones a los mismos con las entidades que conforman el presupuesto anual del Distrito Capital de Bogotá, firmados a partir del 1 de enero de 2006. El valor de la emisión de la estampilla será hasta del cinco por ciento (5%) del presupuesto anual de Bogotá.

En este sentido, se muestra a continuación el monto de recursos recaudados a agosto de 2006 por este concepto:

Cuadro 8
Estampilla Pro personas Mayores
Valores mensuales recaudados 2006
Millones de pesos

²³ Decreto 479 de 2005 reglamenta el recaudo y giro de las estampillas Pro Cultura y Pro Persona Mayor.

Mes	Valor
Enero	0.026
Febrero	14.5
Marzo	106.6
Abril	169.2
Mayo	321.9
Junio	215.3
Julio	421.2
Agosto	315.0
Total	1.563.7

Fuente: Dirección Distrital de Tesorería. SHD Oficio 2006 EE248406

Los \$1.563.7 millones de pesos ingresados corresponden apenas al 34.7% de los \$4.500 millones estimados a recaudar por la Dirección Distrital de Tesorería al cierre de la vigencia 2006.

Dichos recursos, fueron incluidos por el DABS²⁴ en el presupuesto del proyecto 7217, previo concepto de la Secretaría de Hacienda del Distrito, no obstante señalar el Decreto 479 de 2005 en su artículo 6° que dichos recursos girados al DABS deberán ser administrados en cuentas contables y bancarias separadas de los demás recursos de Departamento.

3.1.1.1. Interacción con el Departamento a través de la Beneficencia de Cundinamarca

En el siguiente aparte se hace alusión a la atención integral prestada por la Beneficencia de Cundinamarca a la población bogotana mayor de 60 años en situación de mendicidad, ubicados en hogares de beneficencia.

Con la expedición del Acuerdo No.1 de 1918, el Concejo de Bogotá creó el 'Fondo de Pobres'²⁵, con el objeto primordial de dar protección a las personas desprovistas de recursos y que ejerzan públicamente la mendicidad en la ciudad, recogiénolas en casas de la Beneficencia.

Con el Acuerdo 33 de 1938, el Concejo dio facultades al Alcalde para traspasar a la Junta General de la Beneficencia de Cundinamarca el recaudo del impuesto del Fondo de Pobres, mediante un contrato por el cual la junta se compromete al sostenimiento de todos los indigentes que le remita la alcaldía en las condiciones estipuladas en el contrato.

Respecto al control y vigilancia a cargo del Distrito, señala el convenio firmado en 1956, en su cláusula novena que éste supervigilará el recaudo del impuesto, así como su intervención. En este sentido es importante mencionar que a la luz de la información remitida tanto por el DABS como por la Secretaría de Hacienda no se evidenció acción alguna dirigida a cumplir con esta función.

Transcurridas más de cinco décadas la Administración Distrital apenas en julio de 2005 expide la resolución 429, con el propósito de dar por terminado el contrato suscrito con la Beneficencia de Cundinamarca firmado en 1956, determinando que la presentación y pago de la declaración tributaria del

²⁴ Comunicación DABS No. 2-2006-14337 fechado octubre 2 de 2006.

²⁵ Constituye el Fondo de Pobres el producto del 10% sobre el valor de las entradas efectivas, sin excepción a teatros, conciertos, cinematógrafos, plazas de toros, hipódromos, circos de maroma y además espectáculos públicos análogos.

impuesto del Fondo de Pobres deberá efectuarse a partir del 1 de junio de 2005 ante la Dirección Distrital de Tesorería, de la Secretaría de Hacienda Distrital.

Dado que previo a la asunción del recaudo por parte de la Administración Distrital y que se debe asegurar la atención de la población que está siendo atendida por la Beneficencia, la Administración determinó contar con tiempo adicional al inicialmente previsto, sin que a la fecha se conozca en firme cuál es la decisión en este sentido.

Con relación a los recursos provenientes de este impuesto recaudados por la Beneficencia, se tiene lo siguiente:

Cuadro 9
Recaudo Impuesto Fondo de Pobres
2004-2006 (agosto)*

Millones de pesos

Año	Valor
2004	6.404.2
2005	6.293.9
2006*	4.344.2
Total	17.042.3

Fuente: oficio SHD 19103 de octubre 11-2006.

Como se aprecia, el monto de recursos percibidos por este impuesto es de magnitud importante. Pese a ello no se observó por parte de la Contraloría que la Administración Distrital ejerza control, no sólo por ser un impuesto distrital sino que además el DABS como entidad responsable de la atención a las personas mayores no dispone de información sobre la utilización de los recursos, la cobertura alcanzada y la calidad de la atención brindada a los bogotanos que hacen parte de este programa.

3.1.2. Atención vía subsidios a la Demanda

La población mayor de Bogotá beneficiada bajo la modalidad de subsidio a la demanda²⁶, es atendida con diferentes tipos de subsidio, cuya asignación depende de criterios de focalización²⁷ y de los recursos que tienen el gobierno nacional, distrital y local para la inversión en este grupo poblacional, como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 10
Tipos de Subsidio a la demanda, requisitos y fuente de financiación

²⁶ Responde a las condiciones de vulnerabilidad de la población adulta mayor para atender las necesidades básicas de alimentación, arriendo, autocuidado, afecto, participación, ocio, creación, identidad y libertad (Ficha EBI-formulación Proyecto 7217).

²⁷ Manual de Procedimientos del Proyecto Atención para el Bienestar de la Persona Mayor en Pobreza en Bogotá D.C. DABS.

TIPO	A	B	C	D	E
FUENTE FINANCIACIÓN	DABS	DABS	FONDO DESARROLLO LOCAL	FONDO SOLIDARIDAD PENSIONAL Y DABS	DABS
VR UNITARIO	\$164.000	\$84.000	\$84.000	\$75.00	
REQUISITOS	Adultos(as) mayores de 50 años y más con discapacidad o Adultos(as) mayores de 60 años y más, con puntaje SISBEN hasta 54 puntos.	Adultos(as) mayores de 50 y hasta 60 años con discapacidad y Adultos(as) Mayores de 60 años y más, con puntaje SISBEN hasta 59 puntos.	Adultos(as) mayores de 50 y hasta 60 años con discapacidad y Adultos(as) Mayores de 60 años y más, con puntaje SISBEN hasta 59.	Ser colombiano.	Adultos(as) mayores de 50 y hasta 60 años con discapacidad y Adultos(as) Mayores de 60 años y más, con puntaje SISBEN hasta 59 puntos.
	Sin Familia o ser jefe de núcleo familiar con menores de 18 años y/o mayores de 18 años con discapacidad a su cargo	Remitidos por: Santa Inés - El Cartucho; población desplazada o por Gerencia de Atención a la Población Adulta y Vejez.	Sin SISBEN con aceptación del Comité local de Adulto Mayor.	Tener tres años menos de la edad que rija para adquirir el derecho a la pensión de vejez de los afiliados al Sistema General de Pensiones.	Remitidos por: Santa Inés - El Cartucho; población desplazada o por Gerencia de Atención a la Población Adulta y Vejez.
	No reciban ingresos, pensión o subsidios por parte del Estado.	No reciban ingresos, pensión o subsidios por parte del Estado.		Estar clasificados en los niveles de SISBEN I y II y carecer de rentas e ingresos suficientes para subsistir, es decir son personas que o viven solas y su ingreso mensual no supera medio SMLMV, o vive en la calle o de la caridad pública o vive con la familia y el ingreso es inferior o igual al SMLMV.	No reciban ingresos, pensión o subsidios por parte del Estado
	Adultos(as) mayores remitidos de modalidad institucionalizada.			Residir durante los últimos diez años en el territorio nacional.	
			No reciban ingresos, pensión o subsidios por parte del Estado.		

Fuente: Información reportada por el DABS, consolidada por la Subdirección de Análisis Sectorial Dirección Salud y Bienestar Social. Contraloría de Bogotá.

En el cuadro se aprecia la diversidad de fuentes de recursos que apoyan la atención con subsidios a la demanda para la población mayor bogotana que hace parte del programa.

Los subsidios A, B y E, son financiados con recursos de inversión del DABS. El subsidio C, tiene su origen en recursos de inversión de los Fondos de Desarrollo Local y el tipo D con recursos del Fondo de Solidaridad Pensional y recursos de inversión DABS.

El DABS reportó para 2004 una cobertura de atención a 28.910 personas mayores. En 2005 atendió a 30.355 y a agosto de 2006 un total de 32.866.

En su orden, a 2006 las localidades que presentan mayor número de personas atendidas con estos subsidios son: Ciudad Bolívar (4.551); San Cristóbal (3.283); Rafael Uribe (3.133); Bosa (2372) Santafé (2.264); Kennedy (2.220) y Negativa (2153), mientras que las localidades con menor población mayor atendida están: Sumapaz (96), Candelaria (177) y Teusaquillo (100). (Anexo 1).

De otra parte, interactuando con el orden nacional, el Plan de Desarrollo 2002-2006 'Hacia un Estado Comunitario'²⁸, y teniendo como premisa la ampliación y el mejoramiento de la protección y la seguridad social, planteó la realización de programas especiales para la atención de ancianos, asistencia permanente de alimentos y medicamentos a las mujeres y hombres mayores de 60 años de escasos recursos económicos y que presenten deficiencias nutricionales.

²⁸ Ley 812 de 2003.

En este sentido, el Ministerio de la Protección Social como instancia a nivel nacional encargada de diseñar las políticas del Sistema de Protección Social, viene desarrollando el Programa de Protección Social al Adulto Mayor²⁹-, programa de asistencia cuyo objetivo es proteger a las personas adultas mayores, que se encuentran en estado de indigencia o de extrema pobreza entregando un subsidio económico en efectivo o en especie para cubrir servicios sociales básicos y complementarios³⁰. Subsidio que busca amparar este tipo de población contra el riesgo económico ante la imposibilidad de generar ingresos y contra el riesgo derivado de la exclusión social.

El Consorcio Prosperar Hoy³¹ -Fiducia-, es el encargado de operar el programa y realizar el pago de este subsidio de manera directa a cada beneficiario, mediante un pago bimestral que hasta el mes de julio de 2006 se realizaba a través del Banco Agrario y a partir de septiembre del mismo año se realiza en el Banco BBVA.

Por esta vía, en Bogotá se han atendido durante las últimas tres vigencias³² el mismo número de cupos, destinando durante este mismo período un total de \$16.082,7 millones de pesos.

Cuadro No 11
Cupos y Recursos programados por el PPSAM

CONCEPTO	Valor en millones de pesos		
	2004	2005	2006-11-28
CUPOS	9.012	9.012	9.012**
VALOR PROGRAMADO*	4417.3	7853.7	3811.7***

Fuente: ** Información Suministrada por DABS.

Demás Información suministrada Ministerio de la Protección Social-Dirección de Seguridad Económica y Pensiones.

*** Recursos programados a junio de 2006.

Con relación a la información del cuadro anterior, es importante señalar que los recursos programados³³ pueden variar con relación a los pagos efectivos por el no cobro por parte de los beneficiarios.

3.1.3. Subsidio en alimentación y nutrición

²⁹ Artículo 257, Libro IV , Servicios Sociales Complementarios Ley 100 de 1993, Documentos CONPES 70 de 2003, 78 y 82 de 2004.

³⁰ Los beneficiarios que no residen en Hogares o Centros de Bienestar del Adulto Mayor, reciben subsidios en efectivo con servicios sociales complementarios. Los beneficiarios residentes en dichos centros reciben subsidio en efectivo y servicios sociales básicos.

³¹ El Consorcio Prosperar Hoy administra recursos del Fondo de Solidaridad Pensional destinados a subsidiar el aporte a pensión de los trabajadores independientes del sector rural o urbano, madres comunitarias, personas con discapacidad o desempleados que perciban ingresos de hasta un salario mínimo legal vigente y a atender adultos mayores de escasos recursos a través del Programa de Protección Social al Adulto Mayor. (Esta última función asumida de acuerdo con lo señalado por la Ley 797 de 2003).

³² 2004, 2005 y a junio de 2006.

³³ De acuerdo con lo informado por el Ministerio de la Protección Social son todos los recursos que se están programando en las nóminas periódicas.

3.1.3.1. Con el Programa Bogotá Sin Hambre

El DABS en calidad de Coordinador del Eje Social del Distrito³⁴ debe promover y liderar las acciones que le den coherencia y articulación a la política y a la estrategia de seguridad alimentaria y nutricional, de la cual hace parte el Programa Bogotá sin Hambre.

Dichas acciones se adelantan mediante el proyecto 212 “Comedores comunitarios”: un medio para restablecer el derecho a la alimentación, a través del cual se han creado y fortalecido estos espacios para mejorar las condiciones nutricionales y promover estilos de vida saludable de poblaciones en condiciones de pobreza y vulnerabilidad.

En este proyecto convergen recursos y acciones tanto del DABS como de los Fondos de Desarrollo Local³⁵, además del IDIPRON y se dirige a familias en condiciones de vulnerabilidad y pobreza, de estratos 1 y 2 o con nivel SISBEN 1 y 2, prioritariamente con niños y niñas desescolarizados y escolarizados, mujeres gestantes y madres lactantes, **adultos mayores**, personas con limitaciones físicas, sensoriales y cognitivas, así como para familias en situación de desplazamiento o con jefatura única y habitantes de la calle.

En lo que respecta a información específica de los adultos mayores atendidos bajo este programa, la administración no dispone de información con el detalle suficiente, situación que evidencia la necesidad de que la administración distrital cuente con un sistema de información integrado en materia social que permita realizar control y seguimiento de las acciones por grupos etáreos³⁶.

3.1.3.2. Interacción Nación con el Programa “Juan Luis Londoño de la Cuesta”

Teniendo en cuenta que un número importante de adultos mayores en condiciones de pobreza y vulnerabilidad se hayan excluidos de algún tipo de asistencia social³⁷ se definió el programa Nacional de Alimentación para el Adulto mayor ‘ Juan Luis Londoño de la Cuesta’³⁸, como una alternativa para ofrecer servicios básicos de alimentación a las personas más pobres y vulnerables, cuyo objetivo consiste en entregar un complemento alimentario concebido inicialmente como una ración diaria de almuerzo preparado y servido localmente que cubriera como mínimo el 30% de las recomendaciones diarias de calorías y nutrientes para esta población suministrando además un kilo de bienestarina mensualmente a cada beneficiario³⁹.

³⁴ De conformidad con lo establecido en el artículo 9º del Acuerdo No. 119 de 2004.

³⁵ Existen dos modalidades fundamentales en la operación de los comedores comunitarios: Una, los comedores de referencia financiados con recursos del Distrito a través del DABS y operados por distintas organizaciones sociales o por grandes oferentes e IDIPRON que opera directamente. Dos, las Redes de Comedores Amigos atendidos por organizaciones comunitarias y sociales que vienen adelantando de tiempo atrás esta labor y que reciben apoyo de recursos públicos a través de los Fondos de Desarrollo Local.

³⁶ Como aporte para solucionar esta problemática se puede mencionar que se ha establecido que en cada localidad funcionará, con carácter consultivo, un Comité de Seguimiento y Evaluación del proyecto 212 comedores comunitarios o del que haga sus veces, así como de los proyectos de comedores comunitarios financiados por el Fondo de Desarrollo Local, respectivo. Resolución 0848 de 30 de agosto de 2006.

³⁷ Documento CONPES 86 de 2004 –Lineamientos para la Operación del Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor ‘Juan Luis Londoño de la Cuesta’ y la selección y priorización de sus beneficiarios’.

³⁸ Aprobado mediante documento CONPES 86 de diciembre 6 de 2006 y modificado por CONPES 92 de abril de 2005.

³⁹ Operación del Programa- CONPES 86 de 2004.

Posteriormente, dicho complemento se viabilizó a través de dos modalidades de atención; el almuerzo preparado y servido localmente para adultos mayores del área urbana o concentrada en área rural siempre y cuando hubiere disponibilidad de infraestructura para la preparación del almuerzo caliente y la otra modalidad como el suministro mensual de un paquete alimentario⁴⁰ con productos no perecederos, definido por el ICBF para adultos mayores ubicados en área rural dispersa o en zonas rurales concentradas donde no hubiere infraestructura para la preparación de un almuerzo caliente.

Con recursos provenientes del Presupuesto General de la Nación, el Gobierno Nacional en cabeza del ICBF, inició en enero de 2005, la implementación del programa mediante prueba piloto en 26 municipios, teniendo como potenciales beneficiarios un listado de personas con cumplimiento de requisitos⁴¹ determinado por el ICBF que debía priorizar alcaldía respectiva.

En general por vía recursos nacionales, con este programa Bogotá presenta la siguiente situación con relación a los cupos asignados y el costo de los mismos:

Cuadro 12
Cupos asignados a Bogotá –Programa Alimentación Adulto Mayor – Juan Luis Londoño de la Cuesta-

Año	Cupos prueba piloto	Cupos atendidos	Cupos ampliación	Total cupos asignados	Cupos atendidos	Valor (Millones de pesos)
2005	1.740	1740	24.259	25.999	4.680	5.422.2
2006	0		0	14.499	14.499	2.901.7

Fuente: Información solicitada al Instituto Colombiana de Bienestar Familiar.

Tal como lo evidencia el cuadro, Bogotá ha tenido un comportamiento de altibajos frente a los cupos asignados por este programa. Es así como durante la prueba piloto el total de cupos fue cubierto en un 100 por ciento y por determinación de la coordinación del programa, se decidió en la fase expansiva una ampliación para el 2005, en 24.259 cupos, sobre los cuales efectivamente se coparon solamente 3.154 representando una cobertura del 13% de los cupos adicionales.

Con relación a la situación anterior, vale la pena precisar que el documento CONPES 86 de 2004 estableció responsabilidades específicas de las Alcaldías para con el programa, entre las que se encuentra: asignar un responsable municipal del programa, quien actuará como enlace operativo entre el municipio, el operador, el ICBF y los beneficiarios. Sin embargo, y pese al entendido que en Bogotá el DABS es el ente encargado de dirigir la ejecución de las políticas de bienestar social, según lo manifestado por el ICBF, luego de varias reuniones no fue posible la suscripción del convenio de cooperación del programa entre el ICBF y el DABS⁴².

⁴⁰ El valor del paquete alimentario mensual sería igual al valor de la ración de un almuerzo servido durante el promedio de días hábiles del mes,

⁴¹ Personas mayores de 60 años, identificado con cédula de ciudadanía, clasificación nuevo SISBEN con un puntaje igual o inferior a 15,0 puntos para el área urbana y 23,0 puntos para el área rural- CONPES 92 de 2005.

⁴² Oficio ICBF No. 057732 de Octubre 20 de 2006, radicado Contraloría de Bogotá 19586 de la misma fecha.

Tal realidad y pese a las acciones adelantadas por el ICBF, generó incapacidad para establecer la población adulta mayor requerida de acuerdo con los cupos asignados al ente territorial, de tal forma que de los cupos totales al cierre de 2005 sólo se cubrieron 4.680. Ante la baja cobertura, la falta de interés en el tema, tanto del DABS como de las Alcaldías Locales de la ciudad, el Comité Técnico del programa decidió retirar 11.500⁴³ cupos a Bogotá y reasignarlos a otros municipios.

Frente al tema, llama la atención de este organismo de control, que teniendo el DABS a agosto de 2006 un total de 1.593 inscritos y 21.154 con solicitud de servicio en la modalidad subsidio a la demanda, y en la modalidad institucionalizada, 25 inscritos y 9 con solicitud de servicio, no se hayan adelantado las acciones de coordinación efectivas a fin de que esta población se beneficiara con alimento otorgado por el programa.

3.1.4. Atención bajo la Modalidad de Clubes y Organizaciones de mayores⁴⁴

Definidos como colectivos de personas mayores, que se organizan para dar respuesta a algunas de sus necesidades de nutrición, afecto, participación, ocio, creación, identidad y libertad. En este sentido el DABS orientó sus acciones a la consolidación de éstos en ONGs, Asociaciones, Fundaciones y Corporaciones.

Bajo esta modalidad (submodalidad A y B) estableció atender a 6.000 personas mayores, con los siguientes requisitos:

Cuadro 13
Requisitos Modalidad Clubes y Organizaciones

SUBMODALIDAD	REQUISITOS	CUPOS
A	Personas Mayores de más de 55 años, residentes en zonas de estratos socioeconómicos 1 2 y 3 vinculados a los Clubes de y Organizaciones de Mayores, que reciben recursos económicos del DABS para sus actividades	3450
B	Personas Mayores de más de 55 años, residentes en zonas de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 vinculados a los Clubes de y Organizaciones de Mayores, que por su organización no requieren recursos económicos directos del DABS.	2550
Total		6000

Fuente: Información reportada por el DABS.

La modalidad A recibe ayuda económica del DABS y la otra no la requiere dada su organización.

3.2. SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

En Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud es la entidad encargada de dirigir y conducir la salud, así como de ejecutar la política sectorial de salud en el marco

⁴³ Mediante actas del Comité Técnico del Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor "Juan Luis Londoño de la Cuesta", Nos y 22 de Marzo 1 y 26 de abril 4 de 2006 se retiran 3.500 y 8000 cupos respectivamente.

⁴⁴ Creados con el Acuerdo 11 de 1999. Concejo de Bogotá. Los Clubes de la Tercera Edad serán impulsados en las localidades a través de los programas que las instancias de la Administración Distrital tengan para esta población tales como la Secretaría de Gobierno, el Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito, Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte, Instituto Distrital de Cultura y Turismo, entre otras, quienes coordinarán lo pertinente para su puesta en marcha y perdurabilidad.

de la aplicación de las leyes y reglamentos sobre descentralización y seguridad social en salud.

La SDS, a través de la política de salud para la persona mayor, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- pretendió fortalecer la identidad y autoestima para favorecer la calidad de vida de las personas mayores. Para esto adelantó actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a crear condiciones de acceso a los servicios de salud, aumentar la cobertura de aseguramiento, y, garantizar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a través del Plan de Atención Básica⁴⁵ y el Plan Obligatorio de Salud⁴⁶.

Conforme a la clasificación de la población mayor según la encuesta SISBEN, la SDS otorga dos tipos de subsidio:

- Subsidios totales para las personas clasificadas en el Nivel I (Plan Obligatorio de Salud –POSs), en forma completa.
- Subsidios parciales para los clasificados en Nivel II y III del SISBEN (Plan Obligatorio de Salud –POSs), con algunas restricciones.

De la información reportada por la SDS, se tiene que la población mayor afiliada al RSS para el 2004 era de 113.273 personas, 114.669 en 2005 y 120.017 a septiembre de 2006.

Cuadro 14
Población mayor de 60 años afiliada
Régimen Subsidiado de Salud⁴⁷
2004-septiembre 2006

AÑO	No. Usuarios	Corte
2004	113,273	Diciembre de 2004
2005	114,699	Diciembre de 2005
2006	120,017	Septiembre de 2006

Fuente: Secretaría Distrital de Salud.
Base de datos de afiliados al Régimen Subsidiado

Entre el año 2004 y 2005 el RSS logró vincular en su atención a 1.426 personas mayores en tanto que a septiembre de 2006 logran pertenecer al régimen 5.318 nuevas personas mayores.

Con respecto a la población vinculada, y conforme a la información disponible por la SDS, a agosto de 2005 existían 117.598 personas fuera del régimen de salud y a mayo de 2006 en su base de datos se registraron 88.637 personas.

⁴⁵ Plan mínimo de salud que busca prevenir las enfermedades; controlar el consumo de tabaco; sustancias psicoactivas; advertir a la población sobre los riesgos que existen para su salud, por lo que incluye programas educativos, campañas publicitarias y jornadas de vacunación masiva, entre otras, definidas y financiadas por el Gobierno con recursos presupuestados para la salud. Implementado en el Distrito Capital, a través de la contratación de estos servicios con las Empresas Sociales del Estado ESE adscritas a la Secretaría Distrital de Salud.

⁴⁶ El Artículo 162 Capítulo III Régimen de beneficios, Ley 100 de 1993 establece que “este plan permitirá la protección integral de las familias, a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de salud y la prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación para todas las patologías según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad definidos”.

⁴⁷ Corresponde al estado de afiliación activo y suspendido.

Cuadro 15
Población mayor de 60 años sin afiliación
al SGSSS (Vinculada)
Agosto 2005-mayo 2006

AÑO	USUARIOS	CORTE
2004		
2005	117,598	Agosto de 2005
2006	88,637	Mayo de 2005

Fuente: Información reportada por la SDS. (SISBEN.
Base de datos de afiliados Régimen Subsidiado)

Como se observa la SDS no reportó información para 2004, lo que permite inferir que al no contar con datos reales de población definida como vinculada, difícilmente puede orientar acciones y políticas hacia las personas que realmente lo necesitan y que no pertenecen a ningún régimen de salud en Bogotá.

En el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud –APS- la SDS, bajo la premisa de mejorar las condiciones de vida y calidad de vida de la población más pobre y vulnerable de la ciudad, y la implementación de la estrategia Salud a su Hogar (SASH)⁴⁸ realizó un proceso de caracterización de la población donde identificó personas mayores, obteniendo los siguientes resultados.

Cuadro 16
Población mayor caracterizada
Estrategia -APS- Salud a su Hogar
Septiembre 2004-marzo 2006

Régimen SGSSS	Total	Distribución Porcentual
Subsidiado	14120	44.5
Contributivo	11557	36.4
No Asegurado Identificado	3517	11.1
No Asegurado No Identificado	1919	6.0
Régimen Especial	563	1.7
Total general	31676	100.0

Fuente: oficio 109108 de la SDS.

De un total de 31.676 personas mayores caracterizadas, 14.120 pertenecían al Régimen Subsidiado de Salud y 11.557 en el contributivo. El 44.5% del total de población caracterizada pertenece al régimen subsidiado y el 36.4% al contributivo, sin ningún tipo de aseguramiento el 11.1%.

La situación antes mencionada permite hacer alusión a varios aspectos: la SDS no dispone de información unificada de la situación en que se encuentran las personas mayores al reportar datos diferentes sobre el estado de afiliación al SGSSS de esta población. De otra parte, según la información de caracterización, en la ciudad aún se encuentra un número importante de personas mayores sin pertenecer al SGSSS cifra que se aproxima al 17.1% del total de población caracterizada, es decir, aproximadamente 5.436 personas.

⁴⁸ Así lo define la SDS. Consiste en la realización de acciones encaminadas a identificar las necesidades sociales en las zonas de mayor vulnerabilidad, organizar respuesta transectorial y movilizar a los distintos actores sociales entorno a la elaboración, ejecución y seguimiento de agendas sociales que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.

Con relación a la atención en salud, se tiene que en la población vinculada mayor de 60 años, la hipertensión continúa siendo la primera causa de enfermedad, seguida por enfermedad pulmonar, infecciones vía urinaria y otras como se muestra a continuación.

Cuadro 17
Diagnósticos más frecuentes en la población vinculada mayor de 60 años
2004-2005

ATENCIÓN CONSULTAS	2004			2005		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	total
Hipertensión esencial primaria	8,169	2,533	10,702	13,419	4,360	17,779
Otros síntomas y signos generales especificados	1,910	1,242	3,152	918	564	1,482
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	1,091	880	1,971	1,831	1,378	3,209
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	736	360	1,096	1,215	461	1,676
Otros dolores abdominales y los no especificados	635	411	1,046	1,760	903	2,663
Lumbago no especificado	696	295	991	1,138	539	1,677
Hiperplasia de la próstata	12	918	930	27	1,835	1,862
Insuficiencia cardiaca congestiva	456	387	843	815	552	1,367
Presbicia	500	223	723	797	383	1,180
Artrosis, no especificada	433	130	563	624	247	871
Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada.				978	315	1,293

Fuente: Secretaría Distrital de Salud RIPS-2004-2005.

Igualmente se tiene que estas enfermedades aquejan más a las mujeres que a los hombres, a excepción de la hiperplasia de la próstata, la que es particular en los hombres, no obstante la SDS reportó que en 2004, 12 mujeres hicieron esta consulta y 27 en 2005.

Con lo anterior vale la pena resaltar que la enfermedad y sus múltiples variables que aquejan a la población mayor de la ciudad, traen consigo la necesidad de más y mejor atención médica, por lo que se hace imperioso que la Administración Distrital cuente con un diagnóstico en salud cercano a la realidad, al ser un factor decisivo en el mejoramiento de la calidad de vida, máxime cuando está determinada como población prioritaria en la atención por parte del estado.

Otros resultados importantes obtenidos por la SDS con la APS, tienen que ver con el tipo de vivienda de las personas mayores de 60 años, como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 18
Resultados caracterización Estrategia APS- Salud a su Hogar
Personas mayores de 60 años
Septiembre 2004-Marzo 2006

Vivienda	Total
Casa	13698
Casa, Apartamento	8017
Apartamento	2179
Pieza	1233
Otro	447
Móvil, Refugio Natural, Carpa	86
Carpa	29
Refugio Natural	19
Estado Vivienda adecuado	22372
Estado Vivienda inadecuado	3336
Servicio Sanitario conectado alcantarillado	23913
No cuenta con servicio Sanitario conectado alcantarillado	1795
Condición Cocina adecuado	22270
Condición Cocina inadecuado	3438
Cocina gasolina	716
Cocina gas	7867
Cocina leña	787
Cocina luz	446
Total general adultos caracterizados	25708

Fuente: Información reportada por la Secretaría Distrital de Salud- Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Hogar - SQL SERVER 2000. Consolidada Subdirección de Análisis Sectorial. Dirección Salud y Bienestar Social. Contraloría de Bogotá.

En la caracterización realizada a 25.708 personas mayores de 60 años, respecto del tipo de vivienda y su condición, la SDS reportó que 22.372 cuentan con vivienda adecuada y 3.336 inadecuada. De éstos, 13.698 viven en casa, en casa o apartamento 8.017 personas, 1.233 en pieza, refugio natural 19 y en carpa 29.

Otra función esencial correspondiente a la SDS, y que juega un papel importante en la calidad de vida de las personas mayores que reciben atención en los hogares geriátricos de la ciudad, tiene que ver con, verificar y hacer cumplir las normas de orden higiénico sanitario y las condiciones mínimas para el adecuado funcionamiento de estos establecimientos⁴⁹. Según información de la SDS, esta función es adelantada por la Empresa Social del Estado, Chapinero, a través del PAB en el marco del proyecto de inversión 384 y conforme a lo reglamentado en la Resolución 110 de 1995.

En el siguiente cuadro se muestra el número de instituciones por localidad.

Cuadro 19
Número de instituciones que prestan
atención a la persona mayor por localidad en Bogotá

⁴⁹ Resolución 110 de 1995 de la SDS, por la cual se crean las condiciones mínimas para el funcionamiento de los establecimientos que ofrecen atención al anciano en el Distrito.

No	Localidad	No. instituciones	Concepto Visita Inicial
1	Usaquén	21	21
2	Chapinero	9	9
3	Santa Fe	4	3 P - 1D
4	San Cristóbal	7	6P
5	Usme		
6	Tunjuelito	6	P
7	Bosa		
8	Kennedy	13	P
9	Fontibón	3	P
10	Engativá	26	P
11	Suba	57	56P-1F
12	Barrios Unidos	27	P
13	Teusaquillo	10	P
14	Mártires	14	13P- 1F
15	Antonio Nariño		
16	Puente Aranda	3	P
17	Candelaria	5	4P-1D
18	Rafael Uribe Uribe	7	6P
19	Ciudad Bolívar	1	P
20	Sumapaz		
	Total	213	

Fuente: información reportada por la SDS 12/10/06 y consolidada por la Subdirección de Análisis Sectorial Dirección Salud y Bienestar Social.

Como se observa, el número de instituciones se concentra en las localidades de Suba (57), Barrios Unidos (27), Engativá (26) y Usaquén con 21. Contrario a las localidades de Usme, Bosa, Antonio Nariño y Sumapaz, de las que según el reporte de la SDS no cuentan con instituciones que prestan atención a la persona mayor.

Llama especial atención que algunas de las localidades declaradas en emergencia social como Ciudad Bolívar (1), Rafael Uribe (7), Tunjuelito (6) y San Cristóbal (7) tengan una oferta de instituciones relativamente insuficiente dada la población pobre que allí se concentra.

Por otra parte del total de 213 instituciones públicas y/o privadas especializadas en la atención a personas mayores y conforme a los resultados de la visita inicial efectuada por esta entidad, entre abril de 2005 y mayo 2006, tan sólo tres contaban con concepto sanitario favorable, dos, deficiente, y las 198 restantes presentaron concepto pendiente.

Igualmente, según el último reporte la SDS realizó 129 visitas de seguimiento de las 213, determinando que 88 instituciones tienen concepto favorable y 32 continúan con observaciones.

Respecto a la atención institucionalizada que presta el DABS, el siguiente cuadro refleja el concepto emitido por la SDS a estos centros (DABS y contratados).

Cuadro 20
Concepto Secretaría Distrital de Salud
Centros que prestan atención institucionalizada a la población mayor

INSTITUCIÓN	CUPOS	CONCEPTO SDS	FECHA ULTIMA VISITA
El Bosque	130	P	20/02/2006
Bello Horizonte	60	nd	
Hogar San Francisco de Asís	200	F	24/02/2006
Hogar San Francisco de Asís	200	P	19/08/2005
Hogar Santa Teresa Jorneth	200	F	22/11/2005
Instituto Hermanas Franciscanas de Santa Clara	50	nd	
Instituto Tecnológico del Sur	85	F	10/05/2005
Instituto Tecnológico Del Sur	125	F	29/09/2006
Hogar San José para Ancianos	150	F	23/05/2006
Siervas de Cristo Sacerdote	35	nd	
Total	1235		

Fuente: Información remitida por DABS y SDS.

Se observa que de los centros en donde el DABS presta atención institucionalizada, dos, concepto pendiente, cinco, favorable, los demás no están incluidos en la información reportada por la SDS, toda vez que están ubicados fuera de la ciudad y la función de control y vigilancia debe ser ejercida por el Departamento. Para el caso de Bello Horizonte, centro propio del DABS, la SDS no posee información.

Lo anterior confirma una vez más la falta de controles por parte de la SDS y el DABS. La SDS, al no contar con la información directa (Acta visita), oportuna y veraz para la toma de decisiones en relación con la situación higiénico - sanitaria en que funcionan los hogares o centros de atención a esta población, ya que se encuentra dependiendo de las acciones y reportes del hospital de Chapinero.

Desde la función propia del DABS, como coordinadora de la atención a esta población en la ciudad, es inadmisibles para esta Contraloría que dos de los hogares donde presta la atención institucionalizada (El Bosque – centro propio y San Francisco de Asís – sede Calle 117 No. 7-22) tengan concepto pendiente desde el 20 de febrero de 2006 y 19 de agosto de 2005, respectivamente.

La situación de vigilancia y control a los centros privados no es distinta. En general la SDS maneja una base de datos⁵⁰ que no ofrece información concreta y oportuna del estado en que se encuentran los hogares en su componente higiénico sanitario, dificultando el control y conocimiento de los que han sido cerrados por deficiencias en su funcionamiento.

Finalmente y en el marco de los compromisos adquiridos por Colombia en la Asamblea Mundial de Vejez y Envejecimiento, la Secretaría Distrital de Salud reportó una serie de avances institucionales en cumplimiento de la meta general de darle acceso a las personas mayores a servicios de salud, integrales y adecuados a sus necesidades, que garanticen una mejor calidad de vida en la vejez y el mantenimiento de su funcionalidad y autonomía⁵¹.

⁵⁰ Acta de visita fiscal a la SDS- Dirección de Salud Pública- diciembre 18 de 2006.

⁵¹ Creación del grupo funcional de la persona mayor. Definición de políticas complementarias de contratación del plan de beneficios de salud de la población vinculada mayor de 60 años. Aumento de cobertura en el Régimen Subsidiado para esta población .Prestación de los servicios de salud en la Red adscrita y no adscrita conforme a la Resolución

3.3. RECREACIÓN, CULTURA Y DEPORTE

En Bogotá, desde el IDRD ofrece acciones recreativas y deportivas con el fin de contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores con prioridad en los menos favorecidos.

Esta atención es brindada a través del proyecto Recreativo para Adultos Mayores que está orientado a brindar a la población adulta mayor alternativas recreoformativas para el desarrollo de proyectos que promuevan y fortalezcan sus condiciones de vida, reconociendo sus derechos como actores sociales activos conductores de sus propios procesos recreativos a través de actividades encaminadas a potencializar su autonomía, liderazgo y participación socio familiar

Las actividades con las que se beneficia toda la población mayor de Bogotá que acude a los programas de recreación son, actividad física recreativa, maratones lúdicas, canita al juego, vivencias de antaño y jornada recreopedagógicas, expovital con pasaporte vital⁵²

En el año 2004 se atendieron 56.483 adultos mayores en 2005 137.094 y a octubre de 2006 170.627.

3.4. DE LAS ACCIONES DE LOS FONDOS DE DESARROLLO LOCAL

Para determinar la acción local con relación al proyecto “Apoyo al programa de subsidios para el adulto mayor”, consistente en la entrega de subsidios (bonos alimentarios) con recursos provenientes de los Fondos de Desarrollo Local, tanto el DABS como estos Fondos reportaron información que no coincide en el 100% como se puede determinar al revisar los cuadros 21 y 22⁵³.

Sobre la base de la información reportada por el DABS (Cuadro 21), durante los tres últimos años se han destinado recursos por el orden de \$9.574,7 millones, de los cuales se han ejecutado \$6.304,9 millones, es decir el 66%, que en el caso particular de la vigencia 2006, apenas llega al 22%.

Cuadro 21

Proyecto 7217 Atención para el bienestar de la persona mayor en pobreza en Bogotá, D.C.
Recursos Programados y Ejecutados Fondos de Desarrollo Local

5621 de 1994. Implementación y prestación Actividades de Promoción y Prevención en la red adscrita, conforme a la Resolución 412 de 2001.

⁵² Creada mediante el acuerdo No 06 de 1997 del Concejo de Bogotá estableció la creación de una tarjeta de recreación y espectáculos públicos gratuitos a hombres mayores de 60 años y mujeres mayores de 55 años. Posteriormente se emite el acuerdo No 11 de 1999 “por medio del cual promueve en el Distrito Capital la organización de los clubes de la Tercera Edad, como estrategias para impulsar el mejoramiento de la calidad de vida de los ancianos”.

⁵³ De este modo, por ejemplo, se encuentran situaciones bastante disímiles en la vigencia 2004 como Usme, donde el DABS reporta \$138,3 millones y el FDL \$305,3 millones; Rafael Uribe Uribe, según DABS \$160,3 millones y el FDL \$300,0 millones; Puente Aranda, según DABS \$374,4 millones y según FDL \$250,0 millones. En el 2005 para Kennedy, el DABS reporta asignación de recursos por \$100,8 millones, en tanto el FDL no reporta ningún valor.

2004-2006

Millones de Pesos

LOCALIDAD	2004		2005		Agosto 2006	
	CONTRATADO	PROGR/EJEC	CONTRATADO	PROGR/EJEC (*)	CONTRATADO	PROGR/EJEC
USAQUÉN	432,0	432,0	0,0	0,0	629,0	262,1
CHAPINERO	278,4	271,5	176,4	167,7	176,4	25,2
SANTA FE	360,8	360,6	0,0	0,0	362,9	80,6
SAN CRISTÓBAL	899,1	898,1	453,6	36,5	662,2	55,2
USME	138,3	123,5	399,8	399,7	507,3	92,2
TUNJUELITO	0,0	0,0	99,8	27,2		
BOSA	0,0	0,0	499,7	0,0		
KENNEDY	232,3	231,8	100,8	0,0		
FONTIBON	0,0	0,0	125,5	83,4		
ENGATIVÁ	534,7	534,7	561,5	187,2		
SUBA	270,7	270,7	226,8	211,9		
BARRIOS UNIDOS	0,0	0,0	61,5	30,7		
TEUSAQUILLO	96,0	95,1	0,0	0,0		
MÁRTIRES	56,0	56,0	92,4	58,8		
ANTONIO NARINO	233,3	232,8	302,4	108,5		
PUENTE ARANDA	374,4	372,7	393,1	272,1		
CANDELARIA	0,0	0,0	0,0	0,0		
RAFAEL URIBE						
URIBE	160,3	159,5	184,8	50,3		
CIUDAD BOLIVAR	0,0	0,0	0,0	0,0		
SUMAPAZ	68,6	68,7	79,8	47,9		
TOTAL	4134,9	4107,7	3757,9	1681,9	2337,8	515,3

(*) Parte de lo contratado en una vigencia se ejecuta realmente en la siguiente vigencia.

Nota. La información por localidad corresponde al subsidio a la demanda C, financiado con recursos de los Fondos de Desarrollo Local.

Fuente: Unidad de Ejecución Local – UEL-DABS.

Los recursos comprometidos en 2005 se vienen ejecutando en 2006, en tanto los correspondientes al presente año, casi su totalidad, se encuentran en proceso de viabilización y ajustes por parte de las UEL, como lo señalan los Fondos de Desarrollo Local de Suba, Barrios Unidos, Tunjuelito y Rafael Uribe Uribe, entre otros.

Lo anterior denota falta de sincronía entre los procesos de presupuestación y planeación, que se manifiesta en rezagos en la ejecución de recursos y finalmente en la entrega oportuna de los servicios y la atención requerida por parte de los beneficiarios.

En efecto, si se considera la información reportada por los FDL (Cuadro 22), la población a atender es alrededor de 4.135 personas mayores en promedio, y sobre una ejecución de recursos del 66% obtenida del reporte del DABS, se puede estimar que apenas se estaría atendiendo a 2.729 personas por año.

Cuadro 22

Atención para el bienestar de la persona mayor en pobreza en Bogotá D.C.
Recursos Asignados y Cobertura Programada Fondos de Desarrollo Local
2004-2006

Millones de Pesos

LOCALIDAD	2004		2005		2006	
	ASIGNADO	COBERTURA	ASIGNADO	COBERTURA	ASIGNADO	COBERTURA
USAQUEN	432,0	450	0,0	0	629,0	624
CHAPINERO	Sin información					
SANTA FE	370,0	451	0,0	0	374,5	480
SAN CRISTÓBAL	La información reportada no especifica el monto de recursos ni la población atendida					
USME	305,3	519	399,8	476	507,3	549
TUNJUELITO	0	0	99,8	1188	0,0	0
BOSA			450,0	459	550	545
KENNEDY	233,1	250	0	0	0,0	0
FONTIBON	0,0	0	125,5	166	0,0	0

LOCALIDAD	2004		2005		2006	
	ASIGNADO	COBERTURA	ASIGNADO	COBERTURA	ASIGNADO	COBERTURA
ENGATIVÁ	643,4	666	570,4	557	650,1	620
SUBA	270,7	423	226,8	540	0	0
BARRIOS UNIDOS	0,0	0	61,5	61	0,0	0
TEUSAQUILLO	100,0	100	0,0	0	0,0	0
MÁRTIRES	56,0	700	92,4	100	107,6	150
ANTONIO NARIÑO	Sin información					
PUENTE ARANDA	250,0	468	400	468	600	468
CANDELARIA	La información no especifica el monto de recursos ni la población atendida					
RAFAEL URIBE URIBE	300,0	200	184,8	200	293,3	527
CIUDAD BOLÍVAR	0,0	0	La información de 05 y 06 no es precisa sobre recursos y cobertura			
SUMAPAZ	Sin información					
TOTAL	2960,5	4227	2611,0	4215	3711,8	3963

Fuente: Elaborado por la Subdirección de Análisis Sector Salud y Bienestar Social Contraloría de Bogotá con información reportada por los Fondos de Desarrollo Local.

De otra parte, además de la entrega de subsidios, los Fondos de Desarrollo Local destinan recursos para atender actividades lúdicas, pedagógicas y de atención en salud (especialmente salud oral), dirigidas a personas mayores en condiciones de pobreza. De esta manera, en los tres últimos años se han asignado recursos por \$4.532,9 millones (Cuadro 23), de acuerdo con la información reportada por estos Fondos, sin contar los dineros destinados en los comedores comunitarios⁵⁴.

Cuadro 23
Recursos Programados Fondos de Desarrollo Local para la atención de la persona mayor en pobreza en Bogotá D.C., diferente a la entrega de subsidios
2004-2006

LOCALIDAD	2004		2005		2006	
	ASIGNADO	COBERTURA	ASIGNADO	COBERTURA	ASIGNADO	COBERTURA
USAQUEN			66,4	400		
TUNJUELITO	72,0	80	172,9	1870		
BOSA			250,0	1000	50,0	1000
KENNEDY	301,0	2600	249,5	1110		
FONTIBON	75,4	683	82,7	1025		
ENGATIVÁ			733,0	880	295,1	290
SUBA	1005,7	5200	277,9	2076		
BARRIOS UNIDOS	185,5	290	148,2	380		
TEUSAQUILLO	83,0	300	206,0	350		
MÁRTIRES	20,0	50	86,5	500		
RAFAEL URIBE URIBE	172,1	4150				
TOTAL	1914,7	13353	2273,1	9591	345,1	1290

Fuente: Elaborado por la Subdirección de Análisis Sectorial Salud y Bienestar Social con información reportada por los Fondos de Desarrollo Local

Teniendo presente que varios servicios pueden ser recibidos por una misma persona, la información suministrada por los FDL detalla que se tenía previsto realizar 24.234 atenciones a las personas mayores en el lapso 2004-2006.

Sin embargo, al igual que sucede con los recursos del proyecto 7217, la contratación de la vigencia 2006 es objeto actualmente del concepto de viabilidad técnica a instancias de la UEL- DABS, evidenciando un rezago

⁵⁴ Los FDL no suministraron información específica de los recursos y la cobertura de población atendida en estos espacios.

importante en la ejecución de los recursos, que finalmente se traduce en no atención a esta población.

4. FINANCIACIÓN DE LAS ACCIONES

La atención a la persona mayor en la ciudad, se alimenta de recursos que proceden de diferentes fuentes como se aprecia a continuación.

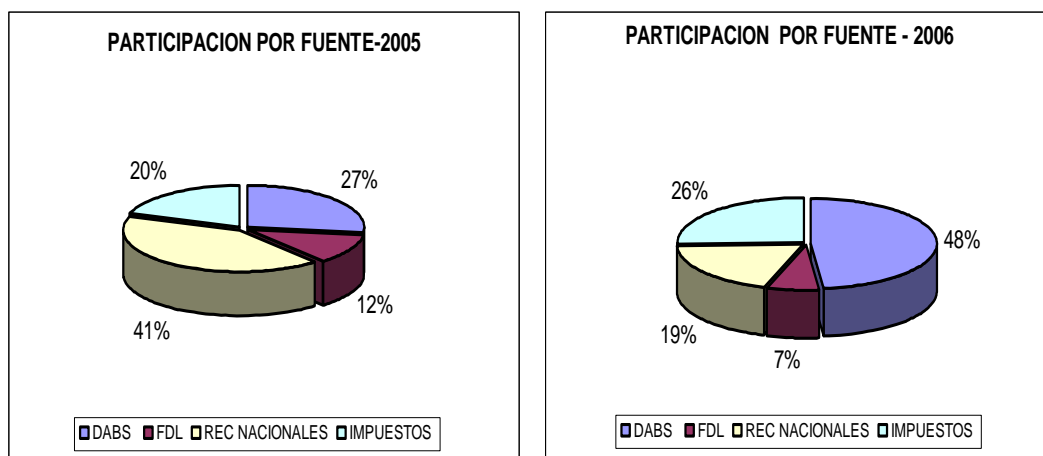
Cuadro 24
Recursos programados para financiar la Atención a la Persona Mayor en Pobreza en Bogotá 2004-2006

FUENTE	2004	2005	2006
DABS	9,220.4	8,740.0	16,715.8
FDL	4,134.8	3,757.9	2,337.8
REC NACIONALES	4,417.3	13,275.9	6,713.4
IMPUESTOS	6,404.2	6,293.9	8,844.2
TOTAL	24,176.7	32,067.7	34,611.2

Millones de pesos
Fuente: Información reportada por: DABS, FDL, Ministerio de la Protección Social, ICBF y SHD

De las tres vigencias analizadas, se observa que para dar atención a la persona mayor en situación en pobreza, la administración a través de las diferentes fuentes de financiamiento contará con el mayor volumen de recursos en el año 2006.

Gráfica 1



Fuente: Información reportada por: DABS, FDL, Ministerio de la Protección Social, ICBF y SHD.

Vista la participación de cada fuente de recursos, se tiene que del total de recursos programados para la vigencia 2005, la mayor programación de recursos en un 41% provino de la nación para atender los subsidios PPSAM y “Juan Luis Londoño de la Cuesta”, presentándose en segundo lugar la programación de recursos realizada por el DABS para cubrir los subsidios A, B, y E, y la atención institucionalizada. En tanto, los recursos provenientes de los Impuestos Fondo de Pobres y Estampilla Pro Persona Mayor ocuparon el tercer lugar y por último se encontró la programación de recursos de los FDL.

A agosto de 2006 la situación cambia. El DABS presenta la mayor participación con el 48% del total de recursos programados. Al entrar en vigencia la emisión y recaudo de la Estampilla Pro Persona Mayor⁵⁵, esta fuente pasa de representar el 20% en 2005 a 26% en 2006, mientras que los recursos programados por los Fondos de Desarrollo local presentan una sensible disminución al pasar del 12% al 7% en este mismo período, esta última situación llama la atención de este ente de control ya que de acuerdo con la información recibida a apenas tres meses de finalizar la vigencia fiscal, en algunos Fondos de Desarrollo aún no se han definido los recursos para atender esta población al encontrarse los proyectos en estudio de viabilidad técnica como es el caso de Barrios Unidos y Teusaquillo entre otros, lo que posiblemente afectará la atención a esta población.

⁵⁵ Acuerdo 188 de 2005

5. ALGUNAS CONSIDERACIONES

Los antecedentes de política pública en torno a la tercera edad, dan cuenta del papel indiscutido de los espacios y foros internacionales, en particular la ONU, como generadores de las orientaciones de políticas que luego los Estados nacionales, empiezan a materializar con mayor o menor fortuna.

La política para atender a la población mayor en pobreza en Bogotá, a nivel distrital continúa en proceso de construcción, a partir de los lineamientos de política formulados y condensados en el documento *Lineamientos Generales de Política Social para Bogotá 2004 – 2014. Una aproximación desde los derechos de la niñez, juventud, las mujeres, las personas mayores y la familia*.

En esta política, se debe visualizar que la atención de las personas mayores en Bogotá involucra diferentes instancias y recursos públicos que proceden de diversas fuentes que confluyen, a su vez, en varios programas tanto de nivel distrital como nacional, razón por la cual es importante la definición de acciones intersectoriales e interinstitucionales para potenciar los beneficios.

Actualmente se observa la destinación de importantes recursos dirigidos a atender esta población vulnerable que, sin embargo, están quedando cortos frente a las crecientes necesidades derivadas del aumento de las personas mayores y, en particular en condiciones de desprotección por invalidez, falta de ingresos y de un núcleo familiar que los ampare.

Con relación a los recursos provenientes del impuesto del Fondo de Pobres, recaudados por la Beneficencia, se tiene que el monto de recursos percibidos es de magnitud importante. Pese a ello no se observó por parte de la Contraloría que la Administración Distrital ejerza control, no sólo por ser un impuesto distrital sino que además el DABS como entidad responsable de la atención a las personas mayores no dispone de información sobre la utilización de los recursos, la cobertura alcanzada y la calidad de la atención brindada a los bogotanos que hacen parte de este programa.

De esta manera, preocupa a este ente de control que de una población mayor que demanda atención y definida por el DABS en 232.955 personas, apenas 44.162 reciban atención con los programas institucionalizados y subsidios a la demanda.

En estas circunstancias, resulta cuestionable la falta de coordinación de las entidades del orden nacional, departamental y distrital, que condujo a que 11.500 cupos alimentarios dejara de recibir el Distrito dentro del Programa Nacional del ICBF “Juan Luis Londoño de la Cuesta” y la afectación de 278 cupos de atención integral al no estar suscrito el convenio con la Beneficencia de Cundinamarca.

Ante los resultados del ejercicio de control fiscal que la Contraloría de Bogotá realizó a las diferentes bases de datos e instrumentos de focalización que utiliza la administración distrital para determinar los beneficiarios de los programas sociales y entre los cuales se encuentran los dirigidos a atender a las personas mayores en pobreza, se reafirma la falta de controles y seguimientos efectivos, así como la imperiosa necesidad que la Administración Distrital cuente con un sistema único de información con altos estándares de seguridad, confiabilidad e integridad, de tal manera que todas y cada una de las entidades de la administración disponga de información única de beneficiarios de programa sociales, lo que permitiría que la entrega de los recursos y beneficios llegue a las personas que realmente lo necesitan, evitando así duplicidad en la información y desgaste administrativo.

BIBLIOGRAFÍA

- ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D. C.: *Acuerdo 119 de 2004. Plan de Desarrollo Bogotá Sin indiferencia: un compromiso social contra la pobreza y la exclusión.* Bogotá, D.C. 2004.
- BID/CEPAL/CELADE: *La transición demográfica en América Latina.* Documento Impreso, Santiago de Chile. Agosto 2000.
- *Constitución Política de Colombia.* Editorial Temis. Santa Fe de Bogotá, 1991.
- CEPAL: *Conferencia Regional Intergubernamental Sobre Envejecimiento. 'Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del*

- Plan de Acción Internacional de Madrid.* Santiago de Chile, 19 a 21 de noviembre de 2003.
- Córdoba, Cesar Augusto: *Colombia: informes de avance*, Dirección General de Promoción Social del Ministerio de Protección Social, s. f.
 - DABS: *Balance Social. 2005.* Bogotá, 2005.
 - DABS: *Voces del Alma.* Bogotá D. C. 2002.
 - DANE: *Envejecimiento de la población colombiana: desafíos inminentes*, Bogotá, s. f.
 - Documento CONPES 22 de 1994. Bogotá.
 - Documento CONPES 2772 – DNP.UDS ‘Red de Solidaridad Social’, Santafé de Bogotá, D.C., 1994.
 - Documento CONPES 2793 – Vicepresidencia de la República- DNP:UDS *Envejecimiento y Vejez.* Bogotá. 1995.
 - Documento CONPES 70 de 2003, Bogotá.
 - Documento CONPES 86 de 2004, Bogotá.
 - Documento CONPES de 2005, Bogotá.
 - FEDERACIÓN ASOCIATIVA DE GERONTOLOGÍA DE COLOMBIA: *Envejecimiento y Vejez en Colombia.* Santa Fe de Bogotá, D.C., Colombia. 1997.
 - *LEY 812. Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006*, Ediciones Trébol. Bogotá D.C..2003
 - Ley 100 de 1993.
 - MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. INSTITUTO DE ENVEJECIMIENTO. PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. *Envejecer en Colombia. Aportes para una política en vejez y envejecimiento.* Bogotá, junio 2006.
 - PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA: Fresneda Bautista, Óscar: *La focalización en el régimen subsidiado de Salud*, Revista *Gerencia y Políticas de Salud*, No. 5, diciembre 2003.
 - ONU. Segunda Asamblea Mundial Sobre Envejecimiento: *Principios de las Naciones Unidas a favor de la personas de edad*, Madrid España. Abril 2002.

ANEXO

Encuesta SISBEN. Localidades de Bogotá, D.C., 2006. Personas de 60 y Más Años

	Nivel 1	%	Nivel 2	%	Nivel 3	%	Total I,II y III	% I,II y III	Total
Usaquén	1,858	3.05	2,127	1.97	5,026	3.38	9,011	98.97	9,105
Chapinero	416	0.68	774	0.72	303	0.20	1,493	97.07	1,538
Santafé	2,276	3.73	3,942	3.65	705	0.47	6,923	99.83	6,935
San Cristóbal	5,250	8.61	14,978	13.86	3,644	2.45	23,872	99.95	23,885
Usme	7,418	12.17	8,506	7.87	668	0.45	16,592	99.89	16,610
Tunjuelito	2,788	4.57	5,676	5.25	3,367	2.26	11,831	99.90	11,843
Bosa	3,952	6.48	16,861	15.61	2,706	1.82	23,519	99.95	23,530
Kennedy	4,247	6.97	12,631	11.69	27,967	18.81	44,845	99.07	45,267
Fontibón	1,168	1.92	1,517	1.40	9,378	6.31	12,063	99.32	12,146
Engativá	3,216	5.28	6,683	6.19	35,961	24.18	45,860	99.14	46,257
Suba	3,100	5.09	12,686	11.74	12,826	8.63	28,612	99.40	28,786
Barrios Unidos	1,007	1.65	237	0.22	6,728	4.52	7,972	97.28	8,195
Teusaquillo	91	0.15	156	0.14	778	0.52	1,025	86.86	1,180
Los Mártires	1,195	1.96	385	0.36	3,038	2.04	4,618	98.97	4,666
Antonio Nariño	556	0.91	442	0.41	5,510	3.71	6,508	98.89	6,581
Puente Aranda	1,102	1.81	343	0.32	18,104	12.17	19,549	99.24	19,698
Candelaria	518	0.85	618	0.57	128	0.09	1,264	100.00	1,264
Rafael Uribe	5,307	8.71	8,691	8.04	9,668	6.50	23,666	99.89	23,693
Ciudad Bolívar	15,386	25.24	10,649	9.86	2,195	1.48	28,230	99.96	28,242
Sumapaz	101	0.17	145	0.13	7	0.005	253	100.00	253
TOTAL	60,952	100	108,047	100	148,707	100	317,706	99.38	319,674

Fuente: Elaborado por la Subdirección de Análisis Sectorial Salud y Bienestar Social, Contraloría de Bogotá, con información del DAPD.