Estudio

Implicaciones de la emergencia sanitaria, económica y social, generada por la COVID-19 en las personas mayores en Bogotá.

Tomo 1
Análisis documental

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL
BOGOTÁ

Estudio

Implicaciones de la emergencia sanitaria, económica y social, generada por la COVID-19 en las personas mayores en Bogotá

Condiciones de vida y necesidades sentidas

Tomo 1

Análisis documental acerca de las implicaciones de la pandemia y de las condiciones de vida de la población mayor de la ciudad, a partir de fuentes secundarias

Secretaría Distrital de Integración Social
Subdirección para la Vejez
Bogotá
2023

Sede Principal: Carrera 7 # 32 -12 / Ciudadela San Martín
Secretaría Distrital de Integración Social
Teléfono: 3 27 97 97
www.integracionsocial.gov.co
Buzón de radicación electrónica: radicación@sdis.gov.co
Código postal: 110311

Secretaría Distrital de Integración Social
Carrera 7 # 32 -12
Teléfono: +57 (1) 3 27 97 97
Edificio San Martín
E-mail: integracion@sdis.gov.co

Jacqueline Colmenares Rodríguez
Felipe Bonilla Serna
Edición y corrección de estilo

Todos los derechos reservados para la Secretaría Distrital de Integración Social 2023 ©

El contenido de esta publicación puede ser usado, citado y divulgado, siempre y cuando se realice la debida cita bibliográfica cumpliendo las respectivas normas de derechos de autor.

Alcaldía Mayor de Bogotá

Claudia Nayibe López Hernández
Alcaldesa Mayor de Bogotá

Secretaría Distrital de Integración Social

Margarita Barraquer Sourdis
Secretaria de Integración Social

Alexandra Cecilia Rivera Pardo
Directora de Análisis y Diseño Estratégico

Natalia Martínez Pardo
Directora Poblacional
Subsecretaria técnica (E)

Diana Carolina Mora Betancourt
Subdirectora para la Vejez

Viviana Marcela Cajamarca Rodríguez
Sebastián Alfredo Forero Ramírez
Claudia Marcela Ríos Mórtigo
Ana Milena Cárdenas Botero
Diego Vélez Torres
Margarita Vaca Cuevas
Margarita R. Medina V.
Cecilia Hincapié Celis
Gloria Ayala Oramas
Equipo técnico

Contenido

Agradecimientos.....10

Presentación 11

Introducción.....12

1. Análisis documental 15

1.1. Metodología.....15
1.1.1. Definición de los objetos de estudio y sus categorías de análisis.....15
1.1.2. Búsqueda y selección de los documentos de interés.....15
1.1.3. Elaboración de reseñas bibliográficas.....20
1.1.4. Construcción de matriz analítica 20
1.1.5. Análisis agregado de los documentos correspondientes a cada uno de los objetos de estudio.....20

2. Objeto de estudio 1: Acontecer de la pandemia por la Covid-19 22

2.1. Categoría de análisis: Medidas gubernamentales para afrontar la pandemia por la Covid-19 22
2.1.1. Medidas en Colombia 22
2.1.2. Medidas en Bogotá 27

2.2 Categoría de análisis: Magnitud de la pandemia por Covid-19.....30
2.2.1. Periodos y picos de la pandemia por la Covid-19 30
2.2.2. Magnitud de la mortalidad y la letalidad por la Covid-19.....33

3. Objeto de estudio 2: Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia por la Covid-19 42

3.1. Categoría de análisis: Condiciones de vida de las personas mayores e implicaciones económicas, sociales y de salud de la pandemia por la Covid-19.....42
3.1.1. Crecimiento demográfico, envejecimiento y composición por sexo de la población mayor 45
3.1.2. Condiciones sociales de la población mayor 56

3.1.3. Indicadores cuantitativos de la EM 2021 específicos de las condiciones sociales de la población mayor en pandemia 76

4. Conclusiones y recomendaciones 86

Bibliografía 91

Anexos 98

Listado de gráficas

Gráfica 1. Crecimiento demográfico* en Bogotá 2017-2021 46
Gráfica 2. Crecimiento demográfico de la población total y la población mayor en las localidades de Bogotá. 2017-2021 47
Gráfica 3. Índice de envejecimiento por localidad. Bogotá 2021 48
Gráfica 4. Tipologías de localidades de la ciudad definidas por el envejecimiento demográfico. Bogotá. 2021 51
Gráfica 5. Índice de masculinidad en población mayor - Bogotá, 2017-2021 53
Gráfica 6. Índice de masculinidad por localidad 2021. Población total y población mayor. 54
Gráfica 7. Grandes grupos de edad y sexo. Población mayor. Bogotá, 2017-2021 56
Gráfica 8. Estrato socioeconómico de la población con 60 años y más. Distribución porcentual. Bogotá, 2021 57
Gráfica 9. Estratificación social de la vivienda. Población mayor por localidades Bogotá 2021 58
Gráfica 10. Estratificación social de la vivienda. Población mayor. Tipologías de localidades Bogotá 2021 59
Gráfica 11. Tipo de familia de residencia*. Población total y población con 60 años y más. Distribución porcentual. Bogotá, 2021 61
Gráfica 12. Posición en la familia de residencia. Población con 60 años y más. Bogotá, 2017-2021 62
Gráfica 13. Estado conyugal de la población con 60 años y más. Distribución porcentual. Bogotá, 2021 63
Gráfica 14. Alfabetismo de la población de 15 años y más y la población con 60 años y más. Bogotá, 2021 65
Gráfica 15. Nivel educativo. Población de 5 a 59 años y población con 60 años y más. Distribución porcentual. Bogotá, 2021 66
Gráfica 16. Actividad principal* de las personas mayores. Población con 60 años y más. Cambio porcentual. Bogotá, 2017-2021 67
Gráfica 17. Actividad global* de las personas mayores por sexo. Población con 60 años y más. Bogotá, 2021 68
Gráfica 18. Tasa de empleo*. Población mayor de 60 años por sexo. Bogotá. 2017-2021 69
Gráfica 19. Tasa de desempleo*. Población de 10-59 años y población ≥60 años. Bogotá. 2021 70

Gráfica 20. Posición ocupacional de la población con 60 años y más* por sexo y grandes grupos de edad. Bogotá, 2021 71
Gráfica 21. Inactividad económica*. Población de 10 a 59 años. Población con 60 y más años. Bogotá, 2021 72
Gráfica 22. Tasa de afiliación al SGSSS por régimen. Población con 60 años y más. Bogotá, 2017-2021 73
Gráfica 23. Tasa de pensiones*. Población con 60 años y más por sexo. Bogotá, 2017-2021 74
Gráfica 24. Ayudas o subsidios en dinero o en especie por parte de entidades del Estado. Proporción de personas con 60 años y más residentes en hogares que recibieron ayudas o subsidios en los últimos 12 meses. Bogotá 2017-2021 75
Gráfica 25. Tasas de morbilidad referida por la COVID-19. Población de 0 a 59 años y población con 60 y más años. Bogotá. 2021 77
Gráfica 26. Tasa de morbilidad referida por COVID-19. Población con 60 y más años por sexo y grandes grupos de edad. Bogotá. 2021 78
Gráfica 27. Tasas de morbilidad referida por COVID-19. Población con 60 y más años. Localidades de Bogotá, 2021 79
Gráfica 28. Tasas de morbilidad referida por COVID-19. Población con 60 y más años. Tipologías de localidades. Bogotá, 2021 80
Gráfica 29. Población mayor diagnosticada con la COVID-19 según estrato social. Bogotá, 2021 80
Gráfica 30. Consecuencias de la emergencia sanitaria por COVID-19 en el acceso a servicios de salud y a medicamentos. Proporción de personas con 60 y más años, Bogotá, 2021 81
Gráfica 31. Consecuencias de la emergencia sanitaria por COVID-19 en la percepción del estado de salud. Proporción de personas con 60 y más años, Bogotá. 2021 82
Gráfica 32. Consecuencias de la emergencia sanitaria por COVID-19 en la percepción de problemas psicológicos. Proporción de personas con 60 y más años, Bogotá. 2021 82
Gráfica 33. Consecuencias de la emergencia sanitaria por COVID-19 en aspectos laborales de las personas con 60 y más años, Bogotá. 2021 83
Gráfica 34. Consecuencias de la emergencia sanitaria, económica y social por COVID-19 en aspectos de la organización económica de las personas con 60 y más años, Bogotá. 2021 84

Gráfica 35. Medidas tomadas por los hogares durante la emergencia sanitaria por la COVID-19. Personas con 60 y más años residentes en hogares. Bogotá. 2021 85

Listado de tablas

Tabla 1. Objetos de estudio, categorías de análisis y número de documentos 16
Tabla 2. Búsqueda bibliográfica por objeto de estudio y categoría 17
Tabla 3. Picos de la pandemia por COVID-19 en Colombia..... 31
Tabla 4. Decretos nacionales primer periodo de la pandemia por la COVID-19 32
Tabla 5. Tasas de mortalidad y letalidad por la COVID-19 por departamento, a agosto de 2020..... 34
Tabla 6. Dominios analizados y número de indicadores. Condiciones de vida de la población mayor de Bogotá..... 43
Tabla 7. Objetos de estudio y preguntas incluidas en la EM 2021 44
Tabla 8. Población menor de 15 años y mayor de 60 por localidad 49
Tabla 9. Tipologías de localidades definidas por el índice de envejecimiento, crecimiento demográfico, tasa general de fecundidad y estrato social predominante en la población mayor. Bogotá 2017-2021 50
Tabla 10. Cambio porcentual del índice de masculinidad en población mayor. Bogotá, 2017-2021 53
Tabla 11. Total de hombres mayores por localidad 2021..... 54
Tabla 12. Uso de las TIC en personas mayores de 60 años. Cambio porcentual. Bogotá 2017-2021 76

Agradecimientos

La Secretaría Distrital de Integración Social, en particular la Subdirección para la Vejez, extiende un agradecimiento especial a:

- Las personas mayores participantes en esta investigación que con sus narrativas, conocimientos, experiencias y voluntad, aportan a la reformulación de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez y siguen buscando la garantía plena de sus derechos.

- Los equipos de trabajo de los servicios de la Subdirección para la Vejez y de las subdirecciones locales, quienes día a día trabajan por el bienestar de las personas mayores de la ciudad.

- Las instancias de participación y articulación, como el consejo distrital y los 20 consejos locales de Sabios y Sabias, y el Comité Operativo de Envejecimiento y Vejez y sus delegados por su acompañamiento.

- La Mesa Académica conformada por la Pontificia Universidad Javeriana, la Universidad de Los Andes y la Universidad del Rosario, quienes asesoraron el estudio desde lo conceptual, técnico y metodológico.

- Los entes de control como la Defensoría del Pueblo, la Personería de Bogotá y la Veeduría Distrital, por sus recomendaciones al ejercicio de investigación.

Presentación

Desde su fundación, Bogotá es una ciudad que se ha enfrentado a múltiples retos. Uno de los más desafiantes ocurrió en el año 2020, debido a la pandemia generada por la COVID-19. Esto es un evento sin precedentes que afectó a todas las esferas de la sociedad global y que derivó en una serie de cuarentenas y ejercicios de cuidado individual y colectivo. En este contexto, las personas mayores de la ciudad fueron uno de los grupos poblacionales más vulnerables, quienes enfrentaron la magnitud de esta crisis sanitaria y socioeconómica, desde sus particularidades.

Entre los desafíos que vivieron las personas mayores durante este periodo se encuentran el aislamiento social, el temor al contagio, la pérdida de seres queridos, la disminución de la movilidad y la limitación en sus actividades cotidianas. Cada uno de estos factores generó impactos significativos en su calidad de vida que requieren de un análisis particular por parte de la academia y las entidades responsables de su bienestar.

Desde la Secretaría Distrital de Integración Social, entidad líder del sector social en Bogotá, esperamos que las conclusiones y recomendaciones derivadas de esta investigación contribuyan a mejorar la comprensión de la experiencia de las personas mayores durante la pandemia y sirvan como base para el diseño y fortalecimiento de políticas y programas específicos que promuevan la garantía de sus derechos.

La Administración Distrital, en cabeza de la Alcaldesa Mayor, Claudia López, sigue comprometida, desde el día uno, con la defensa de la vida de todas las personas de la ciudad, garantizando el acceso y goce efectivo de sus derechos, y con la necesidad de seguir trabajando articuladamente por un contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI. Bogotá continúa trabajando por hacer de la ciudad una gran red de cuidado de las personas mayores.

Margarita Barraquer Sourdis
Secretaria Distrital de Integración Social

Introducción

La Secretaría Distrital de Integración Social es una entidad pública del nivel central de la ciudad de Bogotá, líder del sector social, responsable de la formulación e implementación de políticas públicas poblacionales orientadas al ejercicio de derechos, ofrece servicios sociales y promueve de forma articulada la inclusión social, el desarrollo de capacidades y la mejora en la calidad de vida de la población en mayor condición de vulnerabilidad, con un enfoque territorial.

En este marco, la Entidad es líder de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en Bogotá 2010-2025 (PPSEV), adoptada mediante el Decreto 345 del 18 de agosto de 2010, con el objetivo de:

> Garantizar la promoción, protección, restablecimiento y ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas mayores sin distingo alguno, que permita el desarrollo humano, social, económico, político, cultural y recreativo, promoviendo el envejecimiento activo para que las personas mayores de hoy y del futuro en el Distrito Capital vivan una vejez con dignidad, a partir de la responsabilidad que le compete al Estado en su conjunto y de acuerdo con los lineamientos nacionales e internacionales (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010, p. 69).

En sintonía con este objetivo, la Secretaría Distrital de Integración Social está comprometida con el envejecimiento activo y con una Bogotá cuidadora e incluyente, a través del desarrollo de capacidades para el ejercicio de derechos de las personas mayores que permita la reducción de la desigualdad, la dependencia y la vulnerabilidad social, mediante estrategias de atención con participación ciudadana y enfoques diferenciales.

Bajo estos lineamientos, la Subdirección para la Vejez identificó la necesidad de conocer las implicaciones de la pandemia por la COVID-19 en la calidad de vida de las personas mayores de Bogotá, con el fin de contar con información actualizada para la toma de decisiones frente a las necesidades de dicha población, en el marco de las políticas públicas. Así, surge el presente estudio de tipo cualitativo y cuantitativo **“Implicaciones de la emergencia sanitaria, económica y social generada por la**

COVID-19 en las personas mayores en Bogotá. Condiciones de vida y necesidades sentidas", compuesto por dos (2) tomos.

En el primer tomo se realiza un análisis documental acerca de las implicaciones de la pandemia y de las condiciones de vida de la población mayor de la ciudad, basados en fuentes secundarias. El segundo tomo presenta un análisis cualitativo de las implicaciones de la emergencia sanitaria en el contexto de las necesidades sentidas y las condiciones de vida de la población mayor residente en la ciudad, basado en fuentes primarias, a través de entrevistas y grupos focales realizados con personas mayores beneficiarias de los servicios de la Subdirección para la Vejez de la Secretaría Distrital de Integración Social.

En este primer tomo se presenta, primero, una aproximación al estado del conocimiento documental sobre el impacto de la pandemia por la COVID-19 en Colombia y Bogotá. Para dicho análisis documental se revisaron un total de 25 documentos, 15 de ellos referidos a las condiciones de vida y las implicaciones sociales de la pandemia por la COVID-19 en las personas mayores. Entre estos, se incluyeron cinco (5) reseñas sobre el impacto social de las medidas adoptadas por los gobiernos Nacional y Distrital para atender la pandemia y prevenir el contagio. Además, se analizaron 10 documentos sobre la magnitud de la pandemia por la COVID-19 en Colombia y en Bogotá que evidenciaron la dimensión de la emergencia sanitaria, económica y social, con énfasis en la población mayor de Bogotá[1].

De manera complementaria, se tuvieron en cuenta datos estadísticos de entidades públicas como el Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República (DAPRE) y el Instituto Nacional de Salud (INS), así como documentos normativos referidos al tema.

Segundo, se realiza un análisis de la población mayor de Bogotá basado en los datos cuantitativos de encuestas poblacionales recientes de la ciudad, a partir de 20 indicadores trazadores que siguen la tradición técnica de los estudios sociodemográficos. La Encuesta Multipropósito de Bogotá (EM), 2017 y 2021[2], fue

[1] Los documentos consultados fueron publicados entre marzo de 2020 y junio de 2022.
[2] En algunas variables se compara la información de las dos últimas rondas de la EM, 2017 y 2021, como una aproximación a las diferencias poblacionales de la ciudad antes y después de la pandemia.

una de las fuentes principales usadas para la revisión de temas como el envejecimiento demográfico, la composición por sexo de la población mayor, las condiciones sociales de vida, la protección social y el impacto de la pandemia. A partir de esta información se plantearon relaciones entre las condiciones de vida y el bienestar psicosocial de las personas mayores en tiempos de pandemia y la garantía de los derechos humanos considerados en el marco de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez.

Finalmente, el presente estudio, a través de sus dos (2) tomos, expone conclusiones y recomendaciones para el fortalecimiento y reformulación de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez 2010-2025, a partir de la identificación de los cambios en las condiciones de vida de las personas mayores de la ciudad en los últimos años y su afectación por la emergencia sanitaria, económica y social generada por la COVID-19.

1. Análisis documental

El análisis documental que aquí se presenta, es una aproximación al estado del conocimiento sobre el acontecer de la pandemia por la COVID-19 en Colombia y en Bogotá, incluidas sus implicaciones sociales, económicas y de salud en las personas mayores. A partir de dicho ejercicio se obtuvieron los principales insumos para nutrir la construcción de los enfoques y los instrumentos primarios de este estudio en sus dos tomos y se generaron los elementos necesarios para orientar la discusión de sus resultados.

1.1. Metodología

Para el desarrollo del análisis documental se desarrollaron cinco pasos: definición de las categorías de análisis, búsqueda y selección de los documentos, diseño de las reseñas bibliográficas, elaboración de la matriz analítica y análisis agregado de documentos. A continuación, el detalle de cada uno:

1.1.1 Definición de los objetos de estudio y sus respectivas categorías de análisis

El primer objeto de estudio es el acontecer de la emergencia sanitaria generada por la COVID-19 con dos (2) categorías específicas: las medidas gubernamentales para afrontar la pandemia, y la magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia. El segundo objeto de estudio se refiere a las implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia por la COVID-19, en el contexto de las inequidades sociales de las personas mayores que residen en la ciudad.

1.1.2 Búsqueda y selección de los documentos de interés

La revisión documental se basó en 25 documentos seleccionados a partir de:

- Motores de búsqueda académicos y bases de datos especializadas en temas sociales y temas de salud como: *Social Science Research Network - SSRN, Research Gate, PubMed, Project Muse, Scielo, Acopas, JSTOR, Science Direct, Open Edition* y *Google Scholar.*

- Datos de instituciones públicas del país y organismos internacionales relacionados con la pandemia en cuanto a mortalidad, morbilidad, letalidad

y vacunación. Por ejemplo, se usó información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el Instituto Nacional de Salud (INS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

- La información sobre marcos normativos referidos a la prevención y la atención de la pandemia se consultó en instituciones como el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República (DAPRE) y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para identificar y seleccionar dichos documentos se utilizaron términos de búsqueda según los objetos de estudio; se consultaron en dos (2) idiomas, español e inglés; y se acotó el período a publicaciones ente marzo de 2020 y junio de 2022. De más de 50 resultados iniciales, se eligieron los que tenían una relación más estrecha con las categorías de análisis (arriba citadas).

En la siguiente tabla se observan los objetos de estudio, las categorías de análisis y el número de documentos por categoría trabajados.

Tabla 1. Objetos de estudio, categorías de análisis y número de documentos

Objeto estudio	Categoría de análisis	Nro. de documentos
1. Acontecer de la pandemia por la COVID-19	1. Medidas gubernamentales	5
	2 Magnitud de la pandemia por la COVID-19 en Bogotá y Colombia	12
2. Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia generada por la COVID-19	1. Condiciones de vida de las personas mayores e implicaciones económicas, sociales y de salud de la pandemia generada por la COVID-19	8
Total documentos		**25**

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez – SDIS, 2022

Adicionalmente, a continuación, se describen los términos de búsqueda, el número de artículos encontrados y los artículos seleccionados, para cada una de las

categorías del análisis documental, con el fin de comprender mejor el análisis documental:

Tabla 2. Búsqueda bibliográfica por objeto de estudio y categoría

Objeto de estudio 1: Acontecer de la emergencia sanitaria por la COVID-19 Categoría específica 1: Medidas gubernamentales			
Nro.	**Bases de datos bibliográficas consultadas**	**Términos de la búsqueda**	**Artículos seleccionados y sus referencias**
1	PubMed	Government measures COVID-19 Colombia.	Prada, S. I., García García, M. P. y Guzmán J. (2022). COVID-19 Response in Colombia: Hits and misses. Health Policy and Technology, 11(2).
2	Google Scholar	Allintitle Bogotá emergencies COVID-19	Paz-Gómez, D. y Pinzón Soler, S. (2021). Diseño de política y capacidades estatales: Las respuestas de Bogotá para atender la emergencia en salud por la COVID-19. Política / Revista de Ciencia Política, 59(1).
3	Página web, Ministerio del Interior, Departamento Administrativo de la Presidencia de la República - DAPRE	Medidas gubernamentales COVID-19	Ministerio del Interior, Departamento Administrativo de la Presidencia de la República (2022). Decreto Nro. 655 del 28 de abril de 2022
4			Ministerio del Interior, Departamento Administrativo de la presidencia de la República-DAPRE (2021). Decreto Nro. 039 del 14 de enero de 2021
5	Organización Panamericana de la Salud OPS-OMS	Situation COVID-19.	Organización Panamericana de la Salud-OPS-OMS (2020,2022). Reportes de situación COVID-19: Colombia
Objeto de estudio 1: Acontecer de la emergencia sanitaria por la COVID-19 Categoría específica 2: Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia			
Nro.	**Bases de datos bibliográficas consultadas**	**Términos de la búsqueda**	**Artículos seleccionados y sus referencias**
6	Google Scholar	Allintitle: Colombia COVID-19 mortalidad OR letalidad.	Díaz Pinzón, J. E. (2020). Estimación de las tasas de mortalidad y letalidad por la COVID-19 en Colombia. Revista Repertorio de Medicina y Cirugía, 29(1), 89-93.
7	PubMed	COVID-19 Vaccines Colombia Older Adults.	Arregocés Castillo, L., Fernández-Niño, J., Rojas-Botero, M., Palacios-Clavijo, A., Galvis-Pedraza, M., Rincón-Medrano, L., Pinto-Álvarez, M., Ruiz-Gómez, F. y Trejo-Valdivia, B. (2022). Effectiveness of COVID-19 vaccines in older adults in Colombia: a retrospective, population-based study of the ESPERANZA cohort. Lancet Healthy Longevity, 3(4), e242-e252.
8	Google Scholar	Allintitle: casos reportados COVID-19 Bogotá.	Rodríguez Moreno, L. M. (2022). Perspectiva Sindémica de la COVID-19 en Bogotá: Análisis de casos reportados entre 2020 y 2021. Universidad de los Andes, Repositorio Institucional.

9	Google Scholar	Colombia convidó "esquemas completos" vacunación OR vacunas "grupo de edad"	Díaz Pinzón, J. E. (2021). Vacunas contra COVID-19 aplicada por grupo de edad en Colombia. Revista Repertorio de Medicina y Cirugía, 30(1), 127-131.
10	PubMed	Mortalidad OR morbilidad OR COVID-19	Laaiaj, R, de Los Ríos C., Sarmiento-Barbieri, I. et al. (2021) COVID -19 spread, detection, and dynamics in Bogotá Colombia. Nat Commun. 12,4725 Revista Nature Communications. https://doi.org/10.1038/s41467-021-2, 5038-z
11	PubMed, Scielo	Mortalidad OR adulto mayor OR morbilidad	Mario Ulises Pérez-Zepeda, Santiago Campos-Fajardo, and Carlos Cano-Gutiérrez. (2021). COVID -19 Related Mortality In Older Adults: Analysis Of The First Wave in Colombia and Mexico Rev Panam Salud Publicans 45, 2021 https://doi.org/10.25633/RPSP.2021.109
12	PubMed, Scielo JSTOR, Google Scholar	COVID-19 OR población mayor OR Bogotá	José Moreno-Montoya, Silvia Marcela Ballesteros, Álvaro Javier Idrovo (2021). COVID -19 distribution in Bogotá, Colombia: effect of poverty during the first 2 months of pandemic. Community Health 2021; 0:1–5. doi:10.1136/jech-2020-214579
13	Scielo JSTOR.	Vacunación OR COVID -19 OR Colombia	Jorge Enrique Díaz Pinzón. (2021). Esquemas completos aplicados contra COVID-19 priorizados por entidad territorial en Colombia. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS, repertorio de Medicina y Cirugía Vol. 30 (Núm. Supl.1). 2021 ISSN: 0121-7372 • ISSN electrónico: 2462-991X. https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1252
14	Google Scholar	Mortalidad OR COVID-19 OR Bogotá OR Colombia	Mujeres en Pandemia. Banco de la República, en https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/paginas/pib_-desestacionalizado_2015_020.xls ² Filco, Ministerio de Trabajo. Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá (OMEG) Dirección de Gestión del Conocimiento Secretaría Distrital de la mujer.
15	PubMed	Persona Mayor OR Localidades de Bogotá	Acosta Maldonado, Karol J. Aldana Rico, Laura V. Beltrán Cano, Leidy J. Bermúdez Rodríguez, Natalia Castro Hernández, Angie L. Conde Contreras, Stephania L. (2020). COVID -19 Análisis de las medidas implementadas por el gobierno nacional en las diferentes Localidades de Bogotá D.C. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Estadística Aplicada a las Ciencias Sociales 2020-1. https://www.researchgate.net/publication/341554452
16	Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE	Informe defunciones OR COVID-19	Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE (2021). Informe de seguimiento - Defunciones por la COVID-19 – históricos. Boletín Técnico.
17	Ministerio de Salud	Comportamiento mortalidad OR picos contagio	Ministerio de Salud y Protección Social (2021). Perfil de mortalidad de los tres picos de contagios y decesos por la COVID-19 en Colombia
Objeto de estudio 2: Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia generada por la COVID-19 **Categoría específica 1: Condiciones de vida de las personas mayores e implicaciones económicas, sociales y de salud de la pandemia generada por la COVID-19**			

Nro.	Bases de datos bibliográficas consultadas	Términos de la búsqueda	Artículos seleccionados y sus referencias
18	Google Scholar	Allintitle: adulto mayor Colombia OR colombiano OR colombiana familia OR condiciones OR necesidades OR "derechos humanos".	Suárez Landazábal, O., & Araque Barboza, F. Y. (2020). Derechos humanos del adulto mayor en el ámbito familiar colombiano en el marco del envejecimiento demográfico. JURÍDICAS CUC, 16(1), 225–250.
19	Google Scholar	Allintitle: Condiciones OR Necesidades familia OR economía OR Salud OR bienestar "adultos mayores" OR "personas mayores" "COVID-19"	Cano 19Muñoz, L. V., Collazos González, D., Suárez Perdomo, C. D. y Villalba Orozco, L. V. (2020). Condiciones de bienestar de los adultos mayores en la ciudad de Neiva durante el confinamiento por la COVID-19 [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio institucional UCC
20	Google Scholar	Allintitle: Calidad vida COVID-19 Colombia	Rojas Rincón, S. R., Tapias Muñoz, L. C., Santa Coloma Suárez, A. M. (2021). Percepción de la calidad de vida durante el aislamiento social por la COVID-19 en Colombia. En Ayala-Rodríguez, N. & López-Cantero, E. (Eds.). (2021). Semilleros: Contribuciones investigativas desde la psicología a las realidades sociales en Colombia. (pp. 17-40). Bogotá: Editorial Universidad Católica de Colombia.
21	PubMed, Scielo	Persona Mayor OR Participación Social	Nossa Aguero, Paula (2021). Percepción de soledad y su relación con el bienestar de las personas mayores en tiempos de Pandemia por la COVID-19 en Bogotá. Universidad de los Andes. https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/53314
22	PubMed, Scielo JSTOR, Google Scholar	(Persona Mayor OR Familia) AND (Persona Mayor OR Economía)	Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, COVID-19: progreso de la pandemia y sus desigualdades en Colombia; Décimo tercero Informe Técnico. Bogotá, D.C., 2021. ISSN: 2346-3325 https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/publicaciones
23	Scielo JSTOR	Persona Mayor OR Participación Social) (Persona Mayor OR Participación Política)	Laura Débora, Acosta, Argentina Doris, Cardona Arango, José Vilton, Costa, Alicia, Delgado, Flavio Henrique, M. de A. Freire, Sagrario, Garay, Madeleine, Gomez-León Orcid, Mariana. Paredes Della Croce., Enrique, Peláez., Vicente, Rodríguez, Fermina, Rojo-Pérez., Rafael, Silva-Ramírez. (2021). Las personas mayores frente al COVID-19: tendencias demográficas y acciones políticas. RELAP - Revista Latinoamericana de Población Vol. 15 - Número 29: 64-117 http://doi.org/10.31406/relap2021.v15.i2.n29.3 ISSN 2393-6401
24	Google Scholar	Persona Mayor OR Desigualdad.	Acevedo Superado, Adriana Lucía., West, Catrín Partico, Gutiérrez Ver, Johana, Rueda Hernández, Lada Victoria & Núñez de Esteban, María Consuelo. (2020). La COVID-19 y su efecto en la población adulta mayor en Colombia. Revista de Extensión Cultural, Universidad Nacional de Colombia. Universidad Nacional de Colombia. https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/80354
25	DANE	Indicadores sociales y demográficos adulto mayor Colombia.	DANE (2021). Personas mayores en Colombia: Hacia la inclusión y la participación. Fundación Saldarriaga Concha.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez – SDIS, 2022

1.1.3 Elaboración de reseñas bibliográficas[3]

Se elaboraron 25 reseñas bibliográficas considerando el título, autores, fecha de publicación, editorial o revista, enlace electrónico, objeto de estudio principal, ámbito geográfico, población objetivo, metodología y otros aspectos de interés, donde se resalta la contribución del documento a los objetos de estudio y a las categorías de análisis.

1.1.4 Construcción de matriz analítica

Con el objetivo de comparar los hallazgos de los documentos revisados, en torno a las diferentes categorías de análisis se construyó una matriz analítica con filas y columnas. En las filas se encuentran los documentos seleccionados y en las columnas las categorías del análisis bibliográfico. En cada celda se ubica el contenido relevante del documento en análisis. Finalmente, con los datos sistematizados es posible comparar los aportes de los diferentes documentos a una misma categoría de análisis o de un mismo documento a las diferentes categorías consideradas.

1.1.5 Análisis agregado de los documentos correspondientes a cada uno de los objetos de estudio

Finalmente, en este quinto paso, se clasificaron los hallazgos según las categorías de análisis correspondientes. En la discusión de resultados y las conclusiones se combinan y complementan aspectos de los diferentes objetos de estudio y las distintas categorías de análisis.

Aquí es importante aclarar que, el análisis de ocho documentos con enfoques cualitativos, cuantitativos y mixtos, referidos al objeto de estudio 2 “Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia generada por la COVID-19”, arroja un balance heterogéneo, en la medida en que varían las metodologías, los tiempos de análisis y, por ende, los hallazgos y las conclusiones.

Esto significa que los estudios consultados presentan conclusiones diversas: en algunos se habla de implicaciones relativamente positivas en términos de salud

[3] Para más información remitirse al documento Anexos.

mental, bienestar o adaptación a las contingencias que la emergencia sanitaria tuvo en la población mayor. Otros sugieren escenarios de vulnerabilidad, desprotección y una mayor necesidad de inclusión, cuidado y participación de la población mayor en asuntos familiares, económicos y sociales. Lo anterior, no necesariamente es una contradicción entre los argumentos, puesto que se analizan situaciones complejas experimentadas por las personas mayores, con implicaciones diversas.

2. Objeto de estudio 1: Acontecer de la pandemia por la COVID-19

En este apartado se presentan las medidas gubernamentales para afrontar la pandemia por la COVID-19, nacionales y distritales, así como los alcances del Plan Nacional de vacunación en el país.

2.1 Categoría de análisis: Medidas gubernamentales para afrontar la pandemia por la COVID-19

En este apartado se abordan las medidas gubernamentales tomadas tanto en Colombia como en Bogotá, desde el análisis documental.

2.1.1 Medidas en Colombia

El estudio de Prada et al. (2022), *COVID-19 response in Colombia: Hits and misses*, analiza el periodo de pandemia comprendido entre marzo de 2020 y febrero de 2022 y plantea aspectos positivos y negativos frente a la respuesta del Gobierno Nacional. Los autores presentan cuatro puntos clave que consideran marcaron la respuesta positiva:

- **Una respuesta organizada y temprana para el diagnóstico del contagio:** *después de que se confirmara el primer caso de COVID-19 en Colombia el 6 de marzo de 2020, la capacidad de diagnósticos de la enfermedad pasó de cero a casi 43.000 pruebas de PCR por día en cinco meses (p. 2)***.** Adicionalmente, *el Gobierno Nacional tomó varias medidas importantes para frenar el ritmo de contagio y evitar muertes, al tiempo que ganaba tiempo para fortalecer el sistema de salud y aumentar la capacidad de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)* (p. 2) [4], entre ellas, se decretó la cuarentena nacional desde el 25 de marzo de 2020 hasta el 1° de septiembre de 2020, fecha en la que fue levantada, con el fin de iniciar la reactivación económica, no sin dejar algunas restricciones y nuevas medidas de bioseguridad según los niveles de contagio[5].

[4] Traducción propia.
[5] Decretos 417 y 418 de 2020, mediante los cuales se declara el Estado de Emergencia Social, Económica y Ecológica en todo el territorio nacional, así como la toma de medidas de orden público.

- **Un sistema de salud fuerte y resiliente:** se incrementó la infraestructura y los recursos humanos en el sector de la salud. *En cuento a la infraestructura para septiembre de 2020 Colombia adquirió cerca de 6.000 nuevos ventiladores y el número de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se incrementó en un 133,4 % entre junio de 2020 y septiembre de 2020. Las camas de hospital también aumentaron un 19,5% de 2021 a 2022* (p. 3)[6].

  Por su parte, en relación con el recurso humano, *en abril de 2020, el gobierno emitió un decreto por el cual las universidades podrían graduar a sus estudiantes y residentes de medicina en el último semestre de su formación[7]. Aproximadamente 2.500 estudiantes de medicina fueron inscritos en el plan de servicio social obligatorio (recién graduados que deben ejercer como médicos generales en zonas rurales desatendidas durante 12 meses) o recibieron la credencial para ejercer la medicina como médico general en todo el país* (p. 3)[8].

- **Estrategia de vacunación nacional basada en la inclusión, la equidad, y el riesgo:** *La Estrategia Nacional de Vacunación (NVS) se estableció en enero de 2021. Siguió las directrices internacionales y priorizó los grupos de vacunación en función del riesgo de exposición/transmisión y el riesgo de sufrir enfermedades graves y muerte dada la edad y las comorbilidades.* Esta tuvo dos fases: *la primera fase tenía como objetivo disminuir la mortalidad y la incidencia de casos graves y proteger a los trabajadores de la salud, mientras que la segunda fase tenía como objetivo disminuir la transmisión* (p. 3)[9].

- **Estrategia de vacunación exitosa debido a una red de servicios extensa y receptiva:** se aumentó el tiempo entre la primera y segunda dosis para acrecentar rápidamente el número de personas con al menos una dosis. Además, se utilizó la vacuna de *Janssen* para lugares apartados de las ciudades y se agregó una dosis de refuerzo comenzando con los grupos de

[6] Traducción propia.
[7] Decreto 538, que da medidas obligatorias al sector salud, para contener y mitigar la pandemia
[8] Traducción propia.
[9] Traducción propia.

riesgo como personas mayores, personas con comorbilidades y personal de salud (p. 3).

Ahora bien, frente a las medidas nacionales que no funcionaron los autores se refieren a los siguientes aspectos:

1. El gobierno escoge un mal momento para proponer en el legislativo la reforma tributaria (abril de 2021) lo cual se expresa en un levantamiento generalizado de la ciudadanía, con marchas y otros tipos de protesta, realizadas tanto en las ciudades, como en el campo colombiano. Esto coincide con un aumento en los casos por la COVID-19 y dificulta la ejecución del Plan Nacional de Vacunación en algunas zonas.

2. La cuarentena fue más larga de lo que el país puede soportar. La primera cuarentena es seguida estrictamente por la población, después se implementan cuarentenas más cortas, territorial y sectorialmente diferenciadas, que crean confusión y un menor acatamiento por parte de la ciudadanía.

3. La adquisición de vacunas contra la COVID-19 empieza tarde, dado que el mecanismo COVAX[10] no privilegió a los países de menores ingresos y Colombia debe iniciar negociaciones directamente con las farmacéuticas y recibir donaciones de diferentes países.

4. La duda de algunos sectores de la población entre vacunarse o no es tratada en noviembre de 2021, de forma tardía, cuando se veta la asistencia de personas no vacunadas a diferentes establecimientos comerciales y eventos públicos (Prada, et al., p. 5-6).

Por su parte, el trabajo de Laura Acosta et al. (2021), *Capacidad de respuesta frente a la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe,* sobre la magnitud de la pandemia en ocho (8) países, en su mayoría latinoamericanos, concluye que algunas de las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional generaron rechazo en ciertos sectores de la población. En particular aquellas específicas para proteger a las

[10] COVID-19 Vaccines Global Access.

personas mayores, por considerarlas discriminatorias en razón a la edad (Acosta, et al., 2021).

En cuanto a la vacunación contra la COVID-19 en Colombia, se recurrió al trabajo de Jorge Enrique Díaz Pinzón, *Esquemas completos aplicados contra COVID-19 priorizados por entidad territorial en Colombia* (2021), quien toma datos de vacunación del Ministerio de Salud y Protección Social, entre el 17 de febrero de 2021 y el 21 de agosto del mismo año. Se encontró que las entidades territoriales con más número de esquemas de vacunación completos netos son "Bogotá (1'727.406), Antioquía (1'100.276), Valle del Cauca (763.135), Santander (510.054) y Norte de Santander (328.807); y las menores, Vichada (4.225), Vaupés (5.408), Guainía (8.664), Guaviare (14.656) y Buenaventura (15.742)" (Díaz-Pinzón, 2021c, p. 130).

Por grupos de edad, el mayor número de esquemas de vacunación completos en 2021 se administraron a personas entre 50 y 59 años con 2.089.980 esquemas; en segundo lugar, a personas de entre 60 y 69 años con 1.937.880; y en tercer lugar a personas entre 40 y 49 años con 1.480.711. El número de esquemas completos de vacunación se observa entre el 17 de febrero y el 17 de agosto de 2021, "el total de dosis aplicadas fue de 32'192.874, primera dosis 18'312.186, segunda dosis 11'214.334, monodosis 2'666.354 y esquemas completos 13'880.688" (Díaz-Pinzón, 2021b, p. 124).

No obstante, los artículos de Díaz Pinzón no mencionan el número de personas vacunadas en relación con la población total y los grupos etarios, ni el porcentaje de avance del Plan Nacional de Vacunación, con lo cual el nivel de análisis es limitado. Por otro lado, el autor (2021a) sostiene que para el 4 de junio del 2021 la tasa de letalidad de la COVID-19 tenía una correlación negativa baja con la tasa de vacunación, de forma que, a mayor número de vacunas diarias aplicadas, menor era la letalidad.

Adicionalmente, se consultó el artículo *Effectiveness of COVID-19 vaccines in older adults in Colombia: a retrospective, population-based study of the esperanza cohort* (Arregocés-Castillo, et al., 2022). A diferencia de los estudios realizados por los laboratorios que fabrican las vacunas, este analiza la efectividad de las vacunas en

condiciones reales y no controladas, teniendo en cuenta las vacunas Ad25.COV2-S, BNT162b2, ChAdOx1 nCoV-19, y CoronaVac.

Hicieron parte del estudio personas no vacunadas que no hubieran contraído el virus antes del inicio del estudio y personas vacunadas con esquema completo que tampoco se hubieran infectado previamente con SARS-CoV-2. Se excluyeron a las personas con esquema de vacunación heterogéneo, con registros incompletos o que hayan sido infectadas, hospitalizadas o hayan fallecido dentro de los 14 días siguientes a la aplicación del esquema completo de vacunación. La información fue tomada del Ministerio de Salud y Protección Social y del Instituto Nacional de Salud (INS).

El tiempo de observación fue de 230 días, del 11 de marzo al 25 de octubre de 2021, y la muestra estuvo formada por todas las personas de 60 años o más de edad. Según los criterios de inclusión mencionados, el estudio analizó a 2.828.294 personas. La edad media fue de 68 años, el 54,3 % fueron mujeres, el 59,3 % estaba afiliado al régimen subsidiado de salud y el 27,2 % tenía una condición médica identificada como factor de riesgo ante la enfermedad por la COVID-19.

Los autores evaluaron la efectividad de cada vacuna en tres (3) casos de prevención: para prevenir la hospitalización fue del 61,6 %, la muerte después de la hospitalización del 79,8 % y la muerte sin hospitalización del 72,8 %. Los autores plantean que “la efectividad de las vacunas evaluadas disminuyó con la edad. Encontramos mejores resultados entre las personas con 60 a 69 años, seguidas por las de 70 a 79 años, con la efectividad más baja en las personas de 80 años o más” (Arregocés-Castillo, et al., 2022, p. 248).

La primera vacuna que el país tuvo en grandes cantidades fue CoronaVac, por lo tanto, fue la más aplicada, pero también es la que pierde más eficacia con el aumento de la edad. En este sentido, los autores plantearon que, en esas condiciones, esperar por otra vacuna con mayor efectividad en personas mayores era un gran riesgo y recomendaron aplicar dosis de refuerzo, especialmente en la población mayor, la cual fue ofrecida por el Gobierno a personas de 50 años o más, desde principios de octubre de 2021.

Frente al avance en la vacunación, Prada, García y Guzmán (2022) señalan que el esquema de vacunación inició el 17 de febrero de 2021 y para julio de ese mismo año se alcanzó la etapa de vacunación más larga, con menos de la mitad de las personas vacunadas, pero con un decrecimiento en los contagios y muertes tras haber pasado la tercera y más grande ola de contagios.

En noviembre de 2021, aproximadamente el 60 % de las personas en Colombia estaban vacunadas y para el cuarto pico, a mediados de enero de 2022, alrededor del 78 % de las personas lo estaban. Sobre la vacunación en Colombia es importante resaltar que entre noviembre 28 de 2021 y enero 11 de 2022 hubo 14 muertes por la COVID-19 por cada 100.000 habitantes sin vacunar, mientras que para las personas con esquema completo de vacunación y refuerzo hubo cuatro y dos muertes por cada 100.000 habitantes, respectivamente.

En relación con este tema, el estudio de Díaz Pinzón (2021) muestra el avance de la vacunación en la población priorizada en los territorios de Colombia, además de los esquemas completos y el porcentaje priorizado, en el período comprendido entre el 17 de febrero del 2021 y el 25 julio del 2021. Este estudio señala la importancia de seguir los resultados de los esquemas de vacunación a nivel territorial para entender su eficacia, variación y la posible reducción de la respuesta inmune con el tiempo, así como sus consecuencias adversas.

2.1.2 Medidas en Bogotá

Entre los artículos analizados sobresale *Diseño de política y capacidades estatales: Las respuestas de Bogotá para atender la emergencia en salud por el COVID-19* (Paz-Gómez y Pinzón Soler, 2021), en el que se organizan las medidas del gobierno distrital en tres (3) dimensiones:

- **Medidas de distanciamiento social:** aquí sobresalen las cuarentenas generales, los días de pico y género, y pico y cédula para realizar determinadas actividades, circulación de una sola persona por núcleo familiar, toque de queda y aislamiento estricto en ciertas localidades, entre otras (p. 169).

- **Medidas sanitarias:** las visitas domiciliarias y la atención virtual por parte de los servicios de salud para brindar atención preferencial a personas con 70 y más años y/o con comorbilidades son una de las medidas implementadas. Así como la realización de pruebas gratis para la detección del coronavirus en diferentes puntos de la ciudad, la estrategia DAR - Detecto, Aíslo, Reporto, y el fomento del teletrabajo (p. 170).
- **Medidas de atención al paciente:** sobre esta dimensión se resaltan las transferencias monetarias a hogares en situación de pobreza, la distribución de renta básica girada por estrato socioeconómico y localidad, los giros para pago de arriendo solidario, las ayudas alimentarias, el programa de donaciones Bogotá Solidaria en Casa, los subsidios y reconexión de servicios públicos, las jornadas de desinfección en estaciones de Transmilenio, los canales de atención a la violencia basada en género en los hogares, la atención a trastornos psicológicos, el seguimiento a pacientes con COVID-19 y las campañas de donación de plasma (p. 170).

Es importante resaltar que estas medidas se implementaron teniendo en cuenta el nivel de contagio por localidades, por ejemplo, al 1 de mayo de 2021 “el 55 % de los casos por COVID-19 se concentraban en Suba (15,2 %), Kennedy (13,3 %), Engativá (11,2 %), Usaquén (7,8 %) y Bosa (7,4 %)” (Paz-Gómez y Pinzón Soler, 2021, p. 166).

Otras medidas positivas son el aumento de las camas de las UCI al pasar de 967 en marzo de 2020 a 2.466 para mayo del mismo año, el incremento en las camas de baja complejidad, el despliegue de 84 equipos de atención domiciliaria enfocados en la población mayor o con factores de riesgo, la compra de pruebas para COVID-19, y la aplicación de 1 millón de dosis de vacuna para el SARS-CoV-2 con corte de 2 de mayo de 2021.

Además, cabe resaltar el fortalecimiento de los recursos humanos como médicos, enfermeras, otros profesionales de la salud, personal administrativo, el desarrollo de plataformas virtuales para mejorar la atención a pacientes y usuarios del sistema de salud, la coordinación entre las instituciones privadas y públicas dentro de la ciudad y con la gobernación de Cundinamarca, y la negociación directa de la vacuna con algunas farmacéuticas (Paz-Gómez y Pinzón Soler, 2021).

Por otro lado, en este mismo estudio se menciona que, a pesar de los grandes esfuerzos, la pandemia por la COVID-19 dejó en evidencia algunas dificultades, por ejemplo, las limitaciones de los gobiernos locales para asumir esta crisis por las condiciones de sus sistemas de salud; la toma de decisiones sobre cómo tratar la pandemia estuvo centralizada en el Gobierno Nacional, de tal forma que las medidas fueron de obligatorio cumplimiento para el Gobierno Distrital; y, la pérdida de apoyo de cierto sector de la población a las directrices dadas por la Alcaldía de la ciudad, debido a los picos de contagio, los cierres del comercio, entre otros factores.

Frente a medidas negativas, el trabajo de Acevedo Supelano, West, Gutiérrez Zehr, Rueda Hernández y Núñez de Esteban (2020), *La COVID-19 y su efecto en la población adulta mayor*, muestra los datos de casos recuperados y fallecidos en Colombia por la COVID-19. Este análisis argumenta que la aplicación de medidas de bioseguridad durante la pandemia pudo estar bien intencionada, pero trajo efectos discriminatorios y violación de derechos, por ejemplo, medidas como las incluidas en las resoluciones 464 y 470 de 2020, con las que se decretó el aislamiento preventivo obligatorio para las personas con 70 y más años, entre el 20 de marzo y el 30 de mayo del mismo año.

De hecho, la anterior medida suscitó una acción de tutela por parte de personas con 70 y más años donde expresaron que se vulneró su derecho a ser tratados en condiciones de igualdad, respetando su independencia y autodeterminación. El fallo de la tutela salió a favor de las personas mayores, reconociendo la vulneración de su derecho[11].

Otras investigaciones se centran en brindar recomendaciones frente a la atención, como en el caso de Rodríguez Moreno (2022) *Perspectiva Sindémica de la COVID-19 en Bogotá: Análisis de casos reportados entre 2020 y 2021,* quien propone, en el marco de Ley Estatutaria 1751 de 2015 en la que se ordena al Estado reducir las desigualdades sociales que afectan a la salud y que sirven para mejorar el sistema de salud en general, las siguientes acciones:

[11] Consulta aquí: https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/SU109-22.htm

1. Mantener una base de información estadística sobre la salud en Bogotá para la toma de decisiones gubernamentales y la coordinación entre diferentes instituciones.

2. Realizar seguimiento a personas con enfermedades crónicas de alto riesgo como comorbilidades para mejorar la prevención de contagio y tener una respuesta más rápida ante la enfermedad.
3. Fomentar la educación sobre estilos de vida saludable que ayuden a prevenir problemas de salud que se hacen más prevalentes a medida que avanza la edad.

4. Vincular a la comunidad en la participación de los planes de salud. Así como tener equipos de atención primaria que visiten diferentes localidades para mejorar la prevención, atención y acogimiento de las medidas gubernamentales en salud.

2.2 Categoría de análisis: Magnitud de la pandemia por COVID-19

En este apartado se presentan los datos correspondientes a los periodos y picos de la pandemia, con el fin de entender la magnitud de su mortalidad y letalidad, en Colombia y Bogotá, así como su impacto en la población mayor. Adicionalmente, se presenta la respuesta normativa institucional para contener la emergencia sanitaria.

2.2.1 Periodos y picos de la pandemia por la COVID-19

En Colombia y en Bogotá se identificaron dos periodos y cinco picos de contagio por la COVID-19, a saber:

- **Primer periodo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social como *emergencia sanitaria.***

Este periodo está dividido en dos (2) tiempos: el primero, corresponde al tiempo de confinamiento estricto, entre marzo 21 y agosto de 2020, que finaliza con el primer pico de nuevos contagios (casos diarios), julio a agosto 2020, en el que operaron medidas sanitarias y económicas extraordinarias; y el segundo tiempo, en el que se

presentan restricciones sanitarias parciales y de inmunización con el Plan Nacional de Vacunación, que va de septiembre de 2020 a julio de 2022.

En este segundo tiempo, debido a la vacunación generalizada[12], se dan restricciones sanitarias parciales, gradualmente desciende el número de casos nuevos diarios y la vida económica y social se reestablece de manera progresiva, con niveles de contagio variables representados en cuatro (4) picos definidos según el número de casos nuevos diarios: el segundo (diciembre 2020 a enero de 2021) y el tercer pico (abril a junio de 2021) se caracterizan por riesgos elevados de contagio para la población general; en tanto que el cuarto (diciembre 2021 a febrero 2022), con predominio de la variante Ómicron, y el quinto (mayo a agosto 2022) fueron mucho menos fuertes (DANE 2021; Ministerio de Salud 2021, 2022; OPS, OMS 2020,2022).

Tabla 3. Picos de la pandemia por COVID-19 en Colombia

Picos	Primero Julio-agosto de 2020	Segundo Dic. 2020-enero 2021	Tercero Abril-junio de 2021	Cuarto Dic. 2021-febrero 2022	Quinto Mayo-agosto de 2022
Características	Se vio influenciado por la protección de las personas mayores que estaban en casa, y afectó a personas menores de 70 años prioritariamente	Se registró una mayor afectación a las personas adultas	Afectó a todos los grupos de edad	Fue causado primordialmente por la variante Ómicron	Se supera gracias a un avanzado Sistema Nacional de Vacunación

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez – SDIS, 2022

En este periodo, se emitieron una serie de Decretos, para los dos (2) tiempos, a saber:

[12] El 29 de enero de 2021 se dio a conocer el Decreto 109 por medio del cual se adopta el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 como directriz del país para la vacunación masiva, establecer la población objeto, los criterios de priorización, las fases y la ruta para la aplicación de la vacuna. Y se anuncia que las vacunaciones en Colombia comenzarían el 20 de febrero de 2021. Se puede consultar en el siguiente enlace: https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO-109-29-ENERO-2021.pdf

Tabla 4. Decretos nacionales para el primer periodo de la pandemia por la COVID-19

Primer periodo: emergencia sanitaria	
Confinamiento total **Marzo a agosto de 2020**	**Restricciones sanitarias parciales y vacunación ampliada** Septiembre 2020 a junio 2022
El 06 de marzo de 2020, por medio del Decreto 417 se declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, por el término de treinta días calendario. El Decreto 457 de marzo de 2020 da a conocer la orden de confinamiento preventivo de carácter obligatorio del 25 de marzo al 13 de abril, confinamiento que se extendió progresivamente indicando cada vez nuevas excepciones. El Decreto 6037 del 6 de mayo de 2020 declara un Estado de Emergencia por el término de un mes, el cual se extiende luego del 11 de mayo al 25 de mayo de 2020. El Decreto 749 del 28 de mayo de 2020 extiende nuevamente el confinamiento desde el 1 de junio de 2020 hasta el 1 de julio de 2020 El Decreto 878 extiende el confinamiento hasta el 15 de julio de 2020. Por medio del Decreto 1076 el Gobierno Nacional extiende el confinamiento hasta el 31 de agosto de 2020.	El Decreto 1168 de agosto de 2020 regula el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable hasta el 1 de octubre de ese año. Posterior al Decreto 1168, se aprueban 8 Decretos más (1550 de 2020; 039, 206, 580, 1025 y 1614 de 2021; 298 y 655 de 2022) que extienden el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable hasta el 30 de junio de 2022, además de regular actividades económicas y dictaminar medidas de orden público a escala municipal y regional.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, 2022

- **Segundo periodo: cuidados especiales**

De acuerdo con la Resolución 666 del Ministerio de Salud y Protección Social, se prorroga la emergencia sanitaria por el coronavirus COVID-19 hasta el 30 de junio de

2022[13]. En este periodo el registro de casos nuevos es mínimo, sin embargo, tanto en el sector salud como en la población general prevalecen inquietudes acerca del curso de la pandemia y la aparición de nuevas variantes del virus. Posteriormente, por resolución de la OMS (2023), la pandemia finaliza en mayo de 2023[14].

2.2.2 Magnitud de la mortalidad y la letalidad por la COVID-19

Con base en los documentos revisados, se evidenció que la magnitud de la pandemia por la COVID-19 en Bogotá y Colombia se puede medir principalmente a través de seis indicadores: mortalidad[15], letalidad[16], morbilidad, vacunación, consulta externa y hospitalización. Dado que estos son unos parámetros de medición estandarizados, es posible realizar comparaciones y análisis más detallados entre áreas geográficas y subgrupos de población. En buena parte de los países del mundo se cuenta con datos abiertos recolectados, sistematizados y difundidos por instituciones oficiales, y este es el caso de Colombia.

En cuanto a la consulta externa y la hospitalización, aunque en Colombia existen bases de datos abiertas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluso para casos por COVID-19, no se encuentran estudios suficientes sobre el tema ni para el país, ni para Bogotá. Solo se dispone de algunos estudios sobre casos localizados, por ejemplo, en Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud específicas.

En el siguiente análisis se da preferencia a los estudios sobre la mortalidad, letalidad, morbilidad y vacunación contra la COVID-19, en el país y en Bogotá, dado que son los indicadores más analizados en los estudios disponibles sobre el tema. De manera particular, la mortalidad por la COVID-19 ha sido medida con base en los datos abiertos disponibles en el país, se han hecho mediciones para periodos específicos,

[13] De acuerdo con la Resolución 666 por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el coronavirus COVID-19, declarada mediante Resolución 385 de 2020, prorrogada por las Resoluciones 844, 1462, 2230 de 2020, 222, 738, 1315, 1913 de 2021 y 304 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social 2022).
[14] Con base en los periodos de la emergencia sanitaria por la COVID-19 y la identificación de los picos de contagio, se definieron las temporalidades del componente cualitativo del estudio, presentado en el Tomo 2 de este estudio. En las entrevistas individuales y los grupos focales, las condiciones y circunstancias vividas por las personas mayores en el periodo de la pandemia se analizaron desde de marzo de 2020 hasta junio de 2022. Y, en este componente cualitativo, las necesidades sentidas y las implicaciones de la pandemia se analizaron entre julio de 2022 hasta el momento de las entrevistas, realizadas en noviembre y diciembre de 2022.
[15] Corresponde al volumen de muertes ocurridas por todas las causas de enfermedad, en todos los grupos de edad y para ambos sexos.
[16] La letalidad se refiere al porcentaje de las muertes por una determinada causa, con respecto al total de enfermos por la misma causa.

dentro de los cinco (5) picos evidenciados en la pandemia (expuestos en el segmento anterior), asimismo, se cuenta con cálculos para el agregado nacional y con desagregaciones por departamento.

En Colombia, el número de fallecidos a enero de 2021 por COVID-19 fue de 48.631 personas y en Bogotá fue de 11.243 (Paz-Gómez y Pinzón Soler, 2021). Para febrero del 2022 Colombia tuvo más de 138.000 muertes por COVID-19, y en el ranking mundial de muertes por 100.000 personas, estaba en la posición 22 entre 187 países (Prada, et al., 2022). La tasa de mortalidad nacional entre el inicio de la pandemia y el 10 de agosto de 2020 fue de 25,1 por cada 100.000 habitantes. Al desagregar por departamento, Amazonas tiene la mayor tasa por cada 100.000 habitantes con 131,6, seguido de Atlántico con 99,1 (Díaz Pinzón, 2020).

En cuanto a la letalidad por departamentos, entre el inicio de la pandemia y el 10 de agosto de 2020 se encontró que la mayor tasa de letalidad por cada 100 habitantes estaba en Córdoba, con 8,22, seguido de Guainía con 7,14, Norte de Santander con 5,38, La Guajira con 5,23, Sucre con 5,21 y Magdalena con 5,12 (Díaz Pinzón, 2020). Cabe resaltar que la tasa de letalidad de COVID-19 nacional en el periodo estudiado estaba en 3,3 por cada 100 personas.

A continuación, se observan los departamentos según sus tasas de mortalidad y letalidad entre el inicio de la pandemia y el 10 de agosto de 2020.

Tabla 5. Tasas de mortalidad y letalidad por la COVID-19 por departamento, a agosto de 2020

Departamento	*Mortalidad (por 100.000 habitantes)	**Letalidad (por 100 habitantes)
Amazonas	131,61***	3,97
Atlántico	99,15	4,60
Bogotá	48,79	2,76
Córdoba	46,58	8,22
Sucre	41,61	5,21
Magdalena	30,69	5,12

Departamento	*Mortalidad (por 100.000 habitantes)	**Letalidad (por 100 habitantes)
Bolívar	28,89	3,07
Valle del Cauca	27,40	3,88
Nacional	25,11	3,30
Chocó	21,84	3,64
Nariño	21,20	3,48
Putumayo	17,54	4,00
Caquetá	16,56	2,59
Norte de Santander	16,17	5,38
La Guajira	15,12	5,23
Antioquia	13,52	1,72
Santander	11,66	3,82
Cundinamarca	10,08	2,7
Cesar	7,72	2,21
Cauca	6,43	3,58
Tolima	6,27	2,28
Meta	5,36	1,38
Risaralda	5,31	1,88
Huila	3,74	2,4
Boyacá	3,14	2,4
Arauca	2,72	1,61
Quindío	2,34	2,46
Vaupés	2,24	1,63
Guainía	1,97	7,14
Caldas	1,77	1,30
Casanare	1,61	1,42
San Andrés	0,00	0,0
Guaviare	0,00	0,0
Vichada	0,00	0,0
Colombia	**26,11**	**3,31**

* Mortalidad: fallecidos por la COVID-19 por cada 100 mil personas de la población del área geográfica. ** Letalidad: fallecidos por la COVID-19 por cada 100 personas diagnosticados por la misma causa. ***En Amazonas, el volumen de defunciones es relativamente alto si se compara con otros departamentos que tienen tamaños poblacionales similares, hay que tener en cuenta que el departamento es predominantemente rural con baja densidad poblacional.
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez – SDIS, 2022, con base en Díaz Pinzón, 2021.

La magnitud de los casos registrados también se analiza en el artículo de Paz-Gómez y Pinzón Soler (2021), quienes señalan que "en los primeros noventa días de la presencia del virus en el país, Colombia presentó […] 33.354 casos positivos" (p. 161). En esa misma vía, para enero de 2021 Colombia registra 1.908.413 casos de COVID-19, mientras que Bogotá presenta 556.405 casos confirmados (Paz-Gómez y Pinzón Soler, 2021, p. 166), y para febrero del 2022 Colombia había tenido más de 6 millones de casos confirmados (Prada, et al., 2022). “Esto ha significado que del total de reportados con COVID-19 en el país al 1 de mayo del 2021, el 27,6 % se concentran en Bogotá” (Paz-Gómez y Pinzón Soler, 2021, p. 166).

Entre las grandes ciudades, en el primer año de la pandemia, “Bogotá ocupa el sexto lugar en número de muertes por COVID-19, por cada millón de habitantes, por debajo de ciudades como Miami, Nueva York, Madrid, Londres y otras urbes latinoamericanas” (SaluData, 2021, citado en Paz-Gómez y Pinzón Soler, 2021, p. 166).

Para complementar el análisis de la letalidad, mortalidad, morbilidad, vacunación y tasas de contagio por COVID-19, se incluye en esta revisión el trabajo *Perspectiva sindémica del COVID-19 en Bogotá: Análisis de casos reportados entre 2020 y 2021* (Rodríguez y Moreno, 2022). El objetivo de este estudio es ver la relación entre la mortalidad y letalidad de la COVID-19, las enfermedades no trasmisibles (ENT), la pobreza multidimensional, la pobreza monetaria y las condiciones de vida en Bogotá. La información es tomada del sistema SaluData[17], para el periodo entre abril de 2020 y septiembre de 2021.

Este estudio afirma que la letalidad de la COVID-19 se correlaciona con el nivel de pobreza, de manera que las localidades con mayor pobreza tienen mayores tasas de letalidad. Específicamente, un punto adicional en el índice de pobreza multidimensional o el índice de pobreza monetaria implica un aumento en la letalidad por COVID-19 en 0,08 y 0,01 puntos porcentuales, respectivamente. Por otro lado, si

[17] Observatorio de Salud de Bogotá: es un espacio web de información abierta, acerca de la situación en salud de Bogotá D.C. y sus determinantes.

el Índice de Calidad de Vida (ICV)[18] mejora en un punto, hay una disminución de la letalidad de la COVID-19 en 0,05 puntos porcentuales.

Como indicador de mortalidad por Enfermedades No Transmisibles (ENT) se utilizó el número de muertes por estas enfermedades en personas menores de 70 años, lo que arroja que este indicador también aumenta con la pobreza multidimensional[19] y disminuye con mejoras en las condiciones de vida. Además, "el aumento de un punto porcentual en la mortalidad por las ENT en menores de 70 años se relaciona con un aumento de 0.02 puntos porcentuales en la letalidad del COVID-19" (Rodríguez Moreno, 2022, p. 8). En síntesis, la mortalidad y la letalidad de la COVID-19 no involucra solo determinantes biológicos, sino también condiciones socioeconómicas.

Por otro lado, se encuentran investigaciones con metodologías innovadoras como es el caso de *COVID-19 spread, detection, and dynamics in Bogotá Colombia* (2021) de Laaiaj R., De Los Ríos C., Sarmiento Barbieri, I. et al., que estudió a una cohorte específica para captar casos de COVID-19 en población adulta asintomática de Bogotá, en un periodo de 9 meses. Se estudiaron 59.770 casos registrados en servicios del sistema de salud de Bogotá, observados con pruebas diagnósticas entre junio 2020 y marzo 2021[20].

Este estudio concluye que más de la mitad de la población de Bogotá, el 53 %, pudo haber estado infectada de forma asintomática en el periodo observado, con una inmunidad que probablemente se ganó debido a una infección anterior asintomática por la COVID-19, adquirida en la primera ola registrada alrededor del primer pico (julio-agosto 2020). Adicionalmente, se resaltan los siguientes aspectos:

1. En términos de medir la magnitud de la pandemia, los casos asintomáticos cobran importancia por su capacidad para contener la pandemia.

[18] El Índice de Calidad de Vida es una medida multidimensional (índice sintético construido con varios indicadores simples), que en Colombia se estima con datos de las Encuestas de Calidad de vida, e incluye 9 dimensiones con sus respectivos indicadores: 1. condiciones materiales de vida, 2. trabajo, 3. salud, 4. educación, 5. ocio y relaciones sociales, 6. seguridad física y personal, 7. gobernanza y derechos básicos, 8. entorno y medioambiente, 9. experiencia general de la vida (INE 2021).
[19] La pobreza multidimensional contabiliza indicadores referidos a "condiciones educativas" (2 indicadores), "condiciones de la niñez y juventud" (4 indicadores), "trabajo" (2 indicadores), "salud" (2 indicadores), "condiciones de la vivienda y servicios públicos" (5 indicadores); con base en los indicadores de estas dimensiones, se construye un índice sintético a partir de un sistema de ponderaciones acumulativas (DANE 2022).
[20] Estos casos estaban incluidos en el proyecto CoVIDA de la Universidad de Los Andes, realizado entre junio 2020 y marzo 2021, el cual analiza casos asintomáticos registrados en el sistema de salud.

2. Los estratos bajos tuvieron mayor nivel de contagio y menor nivel de detección; por el contrario, los estratos altos tuvieron menor nivel de contagio, pero con la posibilidad de pruebas de diagnóstico que permitieron mayor detección.

3. La ocupación también se asocia con el contagio, porque las personas con actividades que requieren interacción social, que en el momento se consideraron trabajadores esenciales, registraron mayores niveles de contagio.

Otro estudio de este tipo es del de Moreno Montoya J., et al. *Epidemiol Community Health Effect of Poverty During the First 2 Months of Pandemic (*2021), el cual indaga por la relación entre la COVID-19 y los determinantes sociales al inicio de la pandemia, aspecto poco estudiado en los análisis sobre el tema. Un aporte importante para Bogotá fue empezar a evaluar el efecto de las privaciones socioeconómicas severas y la infección de COVID-19 en las diferentes localidades. Para este estudio, la gravedad de la infección por SARS-CoV-2 permitió clasificar a los individuos en casos graves y no graves, considerando grave si el individuo estaba recibiendo atención médica hospitalaria o había muerto. Se incluyeron individuos con dificultad respiratoria o factores de riesgo como comorbilidades y mayores de 60 años internados en cuidados intensivos y se consideró a individuos asintomáticos o con síntomas leves en domicilio y los recuperados.

De igual manera, señala que un conjunto de datos sobre el número diario de los casos registrados en las 19 localidades urbanas de Bogotá enfatizó la búsqueda de individuos sintomáticos con historial de viaje internacional o contacto con viajeros, hasta el 9 de abril de 2020. El porcentaje diario de tasa positiva de contactos en la ciudad fue entre el 8 % y el 23 %. El estudio no precisa si estos datos fueron de personas hospitalizadas en cuidados intensivos o fallecidos en los hogares, lo cual habría enriquecido los datos sobre la cantidad de muertes por localidad y habría sido un indicador temprano significativo.

El aporte más importante de este estudio (Moreno Montoya J., et al. 2021) fue empezar a visibilizar desde el inicio de la pandemia, los problemas sociales, la situación y condiciones de pobreza en todas las localidades, incluyendo la salud como otro aspecto de las condiciones de vida.

Ahora bien, si hacemos énfasis en la información relacionada con las personas mayores, frente a la tasa de mortalidad, el estudio de Díaz Pinzón (2020), basado en datos del Instituto Nacional de Salud (INS), concluye que el grupo etario con la mayor tasa de mortalidad fueron las personas entre 90 y 99 años, con 338 muertes por cada 100.000 habitantes desde el comienzo de la pandemia hasta el 10 de agosto de 2020. La tasa fue disminuyendo conforme disminuía la edad, por lo que los siguientes grupos etarios con la mayor tasa son las personas de entre 80 y 89 años con 335 muertes, 70 y 79 años con 168 muertes, y entre 60 y 69 años con 81 muertes por la COVID-19 por 100.000 habitantes (Díaz Pinzón, 2020).

Esta información se ve también reflejada en otros estudios, en particular del Ministerio de Salud, quien indica que para noviembre de 2020 “los adultos mayores, representan el 49 % de muertes debido a que este grupo etario es el más vulnerable” (Ministerio de Salud, 2020, citado por Cano, Muñoz et al., 2021), es decir, para esa fecha, del total de las muertes por la COVID-19, el 49 % correspondía a personas con 60 y más años.

En Colombia, a corte del 12 de mayo del 2022, se reportaron 6.095.316 de casos diagnosticados y 139.821 defunciones por COVID-19. La tasa de mortalidad fue de 2.775,7 por millón de habitantes, la tasa de letalidad fue del 2,3 % y la hospitalización general, sobre casos totales, fue de 0,01 % (Díaz Pinzón 2020). De estos datos se puede concluir que la mortalidad y la letalidad son directamente proporcionales, para el caso colombiano, al aumento de la edad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

En esta misma línea, el estudio observacional prospectivo realizado por Pérez Zepeda (2021) analiza datos de mortalidad y letalidad por COVID-19 en México (1.035.000 casos) y en Colombia (745.000 casos) basado en datos abiertos de las instituciones de salud pública de ambos países. Este estudio concluye que la pandemia hizo visibles limitaciones de los sistemas de salud del mundo preexistentes y que en el curso del contagio se afectaron principalmente las personas mayores, grupo poblacional en el que la morbilidad, la letalidad y la mortalidad fueron las más altas, en comparación con otros grupos de edad. Otra conclusión del estudio se refiere a la

discriminación por edad como parámetro más visible utilizado para negar tratamientos a las personas mayores ante las limitaciones existentes en los servicios de salud.

Con base en estas conclusiones se resalta la necesidad de una mejor caracterización social y de salud de las personas mayores, dada su vulnerabilidad, que debe traducirse en mejores estrategias no solo de cuidado preventivo en salud, sino también en una mejor caracterización sociodemográfica que permita identificar y focalizar las poblaciones con mayor riesgo. El estudio señala que la fragilidad[21] debe ser una característica recogida en datos epidemiológicos, así como en estudios basados en consultas de rutina clínica diaria, dado que tienen un alto poder predictivo en cuanto a la focalización de los grupos con mayor riesgo.

Por su parte, el estudio de Laura Acosta y otros (2020), titulado *Las personas mayores frente al COVID-19: tendencias demográficas y acciones políticas*, está orientado a examinar la tendencia de la morbilidad por la COVID-19 a partir de los casos confirmados, y la mortalidad entre personas mayores de una selección de países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Uruguay), junto con España. Aquí se destacan las acciones y políticas dirigidas a la atención de la población mayor en cada país durante la primera ola de la pandemia. Según este estudio, en Colombia las muertes comenzaron a incrementarse a partir de los 45 años hasta los 70 años en hombres y a los 65 años en mujeres, para luego estancarse o incrementar solo levemente en mujeres de 85 años y más. Cabe destacar que, si se observa la letalidad durante la primera ola de la pandemia, esta se incrementa de manera significativa a medida que aumenta la edad.

Para julio de 2020 la tasa de mortalidad por la COVID-19 en las personas mayores era superior con respecto a otros grupos por edad y sexo, mientras en los hombres de 35 a 59 años fue de 21,4 y en las mujeres de 8,3 por cien mil habitantes, en los mayores de 60 años se aumentó a 149,7 en los hombres y 70,3 en mujeres por cada cien mil. La tasa de mortalidad de Colombia en el total de la población de personas mayores es una de las más bajas, después de Uruguay y Argentina. Sin embargo, no ocurre lo mismo con la letalidad, que está en un rango intermedio en comparación con

[21] Fragilidad referida a las reservas funcionales reducidas que favorecen en las personas mayores riesgos de mortalidad y morbilidad, estas son: pérdida involuntaria de peso, agotamiento, debilidad muscular, lentitud en la movilidad, baja actividad física (Jurschik, Escobar, Nuin y Botigué, 2011).

el resto de los países. La letalidad en los hombres de 60 años o más alcanza 19,9 % y en las mujeres de esta misma edad, el 14 % (Acosta L. et al., 2020).

El estudio *Mujeres en Pandemia 2021*, patrocinado por el Banco de la República, y basado en cifras suministradas por la Secretaría Distrital de la Mujer de Bogotá, registró el comportamiento de indicadores y percepciones en cada una de las localidades de la ciudad durante la pandemia, haciendo énfasis en aspectos sociodemográficos. El estudio mostró las dificultades para encontrar estadísticas recientes y robustas por localidad y sexo. Por ello, tuvo que trabajar con fuentes alternativas como la Encuesta Virtual Mi Voz Mi Ciudad (2020 y 2021) y el programa Bogotá Cómo Vamos, además de fuentes oficiales como el Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo de la Policía Nacional (SIEDCO), con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) y con SaluData de la Secretaría Distrital de Salud, entre otras.

En este estudio se describe que, las mujeres de 50 a 59 años tuvieron 14,2 % de contagios, seguido de los contagios registrados en los 60 a 69 años que representan el 7,9 %, 70 a 79 años 3,4 % y el grupo de 80 años y más con 1,9 % de casos contagiados. Ahora, frente a las muertes según los grupos etarios, se tiene que los grupos de 80 años o más reportan un 29,2 % de fallecimientos, seguido del grupo de 70 a 79 años con 24,1 %, luego viene el grupo de 60 a 69 años con 13 %, y finalmente el grupo de 50 a 59 años con 13,7 %.

Estas cifras indican que en las localidades de Suba y Kennedy se registraron los mayores volúmenes de muertes por la COVID-19 en mujeres (1.349 y 1.343 muertes, respectivamente), mientras que el menor número de decesos se presentan en La Candelaria (49 muertes)[22]. De acuerdo con Medina, los análisis específicos sobre la población femenina cobran importancia si se tiene en cuenta que en las últimas décadas en Bogotá se ha incrementado la proporción de mujeres en edades mayores, indicador de la “feminización de la vejez” (Medina et al. 2020)[23].

[22] Cálculos para el periodo marzo de 2020 a julio de 2021.
[23] Tanto en la población mayor de Bogotá (ver el siguiente apartado) como en la población entrevistada para el análisis cualitativo del presente estudio, es superior el número de mujeres al de hombres mayores (ver población en estudio, tomo 2).

3. Objeto de estudio 2: Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia por la COVID-19

En este capítulo se presenta un panorama acerca de los cambios en las condiciones de vida de las personas mayores de la ciudad de Bogotá, considerando las características sociodemográficas, económicas y de salud reportadas en las Encuestas Multipropósito de Bogotá (EM) realizadas en los años 2017 y 2021 (DANE, SDP), encuestas estadísticamente representativas de la ciudad y sus localidades, y comparables entre sí dados sus diseños muestrales.

3.1 Categoría de análisis: Condiciones de vida de las personas mayores e implicaciones económicas, sociales y de salud de la pandemia por la COVID-19

Para analizar las condiciones de vida de la población mayor de Bogotá se trabajó con la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2021 (EM), desarrollada por el DANE y la Secretaría Distrital de Planeación. Su objetivo es recolectar información sobre las condiciones de vida de la población de Bogotá y Cundinamarca, para dar cuenta de cambios y comportamientos en las viviendas, hogares (condiciones habitacionales, servicios públicos y uso de las TIC, percepción sobre las condiciones de vida y el desempeño institucional, gastos del hogar) y personas (composición del hogar y demografía, salud, atención integral de los niños y niñas menores de cinco años, educación, uso de las TIC, participación en organizaciones y redes sociales, fuerza de trabajo) (DANE 2021c). En total se han realizado cuatro (4) rondas de la Encuesta en los años 2011, 2014, 2017 y 2021[24].

Con el fin de analizar las condiciones de vida de las personas mayores de la ciudad, con base en la EM 2021 se definieron cuatro (4) dominios: *Envejecimiento demográfico y composición por sexo de la población mayor*, *Condiciones sociales de la población mayor*, *Protección social* e *Impacto de la emergencia sanitaria por la*

[24] Esta muestra es estadísticamente representativa para localidades y las Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ). La encuesta se realizó en 107.119 hogares y su diseño por muestreo probabilístico contó con una confiabilidad del 95 % y un error estándar relativo del 7 %.

COVID-19. Para cada uno de ellos se determinó un número de indicadores[25] como aparece a continuación:

Tabla 6. Dominios analizados y número de indicadores. Condiciones de vida de la población mayor de Bogotá

Dominio de los indicadores	Número de indicadores*
Envejecimiento demográfico y composición por sexo de la población mayor	3
Condiciones sociales de la población mayor	12
Protección social	4
Impacto de la emergencia sanitaria por la COVID-19	4

*Indicadores estimados con base en la EM 2021 (DANE 2022)
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, 2022

Las variables incluidas en la comparación de las dos (2) encuestas son: distribución por edad, índice de masculinidad, estrato social, posición en la familia, estado conyugal, actividad principal y actividad económica, protección social (acceso a la seguridad social, acceso al sistema pensional, ayudas en subsidios económicos del Estado), participación social y acceso a Tecnologías de la Información y la Comunicación (uso de computador, de internet y de celular).

Para la comparación de las dos (2) encuestas se calcula el cambio porcentual del periodo, que indica las diferencias entre los dos (2) indicadores referidos a la población mayor de la ciudad antes (2017) y después (2021) de la pandemia por la COVID-19. Estos resultados contribuyen la discusión de las implicaciones de la pandemia en las personas mayores de la ciudad.

Para complementar el análisis se consideran los indicadores cuantitativos valorados en la población mayor de la ciudad con base la Encuesta Multipropósito 2021, la cual contiene preguntas que buscan, por un lado, valorar la afectación (positiva, negativa o cambios) en la salud, y por otro, conocer las condiciones económicas y habitacionales de las personas mayores atribuidas a la pandemia por la COVID-19.

[25] La ficha técnica de los indicadores utilizados se presenta en el anexo 3 de este documento, donde se encuentra: nombre del indicador, objetivo, fuentes de datos, variables requeridas para la estimación, método de cálculo, unidad de medida y niveles de desagregación.

De manera particular estas preguntas, relacionadas con los objetos de análisis de este estudio, son:

Tabla 7. Objetos de estudio y preguntas incluidas en la EM 2021

Objeto de estudio	Pregunta EM 2021
Valoración de la afectación en las condiciones habitacionales del hogar de las personas mayores de Bogotá durante la pandemia por la COVID-19	Efectos en la **tenencia de la vivienda** a raíz de la pandemia por la COVID-19: - Atraso - imposibilidad de pagar alguna cuota de arrendamiento - Descuento en la cuota de arrendamiento por parte del arrendatario.
Valoración de la afectación en el empleo, en las actividades económicas y en los ingresos de las personas mayores y sus hogares de Bogotá durante la pandemia por la COVID-19	Efectos en la **situación económica** a raíz de la pandemia por la COVID-19: - Pérdida del empleo - Cierre o interrupción de las actividades de negocio propio - Toma de licencia remunerada - Toma de vacaciones forzadas - Pérdida sustancial de sus ingresos
	Percepción de las **condiciones de vida del hogar** a raíz de la pandemia por la COVID-19: - Ingreso al mercado laboral, - Nuevas formas de ingreso - Cambio de vivienda, - Gasto de los ahorros - Endeudamiento, - Venta de bienes o activos - Arrendar o hipotecar la vivienda, - Deserción educativa - Disminución del gasto en alimentos, - Solicitud de ayuda de familiares u otros - Solicitud subsidio de desempleo
Valoración del acceso a servicios de salud de las personas mayores de Bogotá durante la Pandemia por la COVID-19.	Diagnóstico de COVID-19
	A raíz de las **medidas tomadas** en la pandemia por la COVID-19 situaciones que se presentan con los **servicios de salud:** - Pérdida citas médicas o exámenes de control - Aplazamiento de cirugías, tratamientos u otros - Pérdida, atrasos o interrupciones en la recepción de medicamentos
Valoración de la afectación en la salud y servicios de salud de las personas mayores de Bogotá durante la pandemia por la COVID-19	Problemas de **crisis de salud** presentados a raíz de las medidas tomadas en la pandemia por la COVID-19: - Crisis de ansiedad - Miedo, preocupación - Depresión - Percepción sobre cambios en el estado de salud

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez – SDIS, 2022

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación, se presenta un análisis panorámico de la situación de las personas mayores en la ciudad, teniendo en cuenta crecimiento demográfico, envejecimiento por localidades, composición por sexo, tipologías y condiciones sociales y económicas.

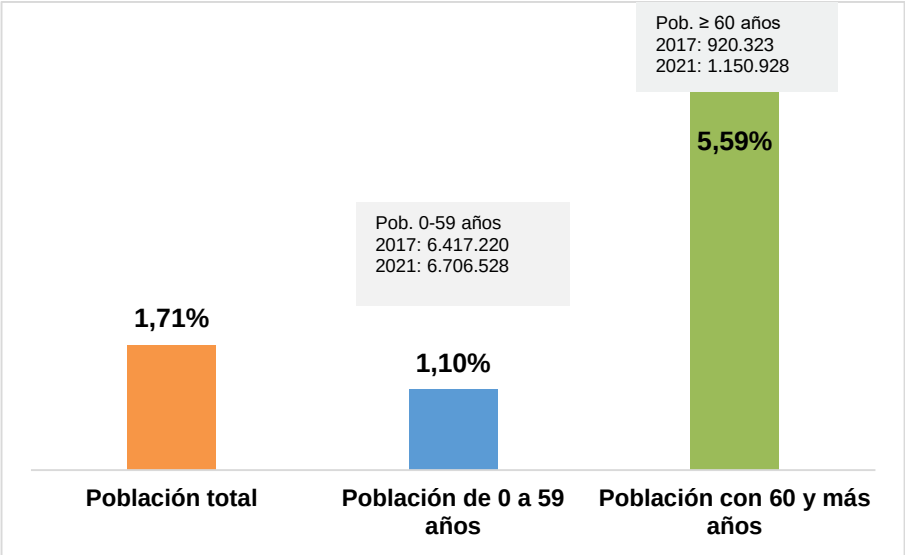
3.1.1 Crecimiento demográfico, envejecimiento y composición por sexo de la población mayor

La valoración del envejecimiento y la composición por sexo de la población mayor que a continuación se presenta, se estima con datos de las EM 2017 y 2021.

3.1.1.1 Crecimiento demográfico de la población mayor

La tasa anual de crecimiento demográfico de la población mayor para Bogotá entre 2017 y 2021 es de 5,6 %, en otras palabras, por cada 100 personas de la población inicial (2017) aumentaron 5,6 personas en la población final (2021); esto significa que en el quinquenio la población mayor de la ciudad aumentó en cerca de 231.000. La población entre 0 y 59 años creció a una tasa del 1,1 %, mientras que la población con 60 años y más creció a un ritmo del 5,6 %. En la siguiente gráfica se puede observar más claramente este crecimiento:

Gráfica 1. Crecimiento demográfico* en Bogotá 2017-2021

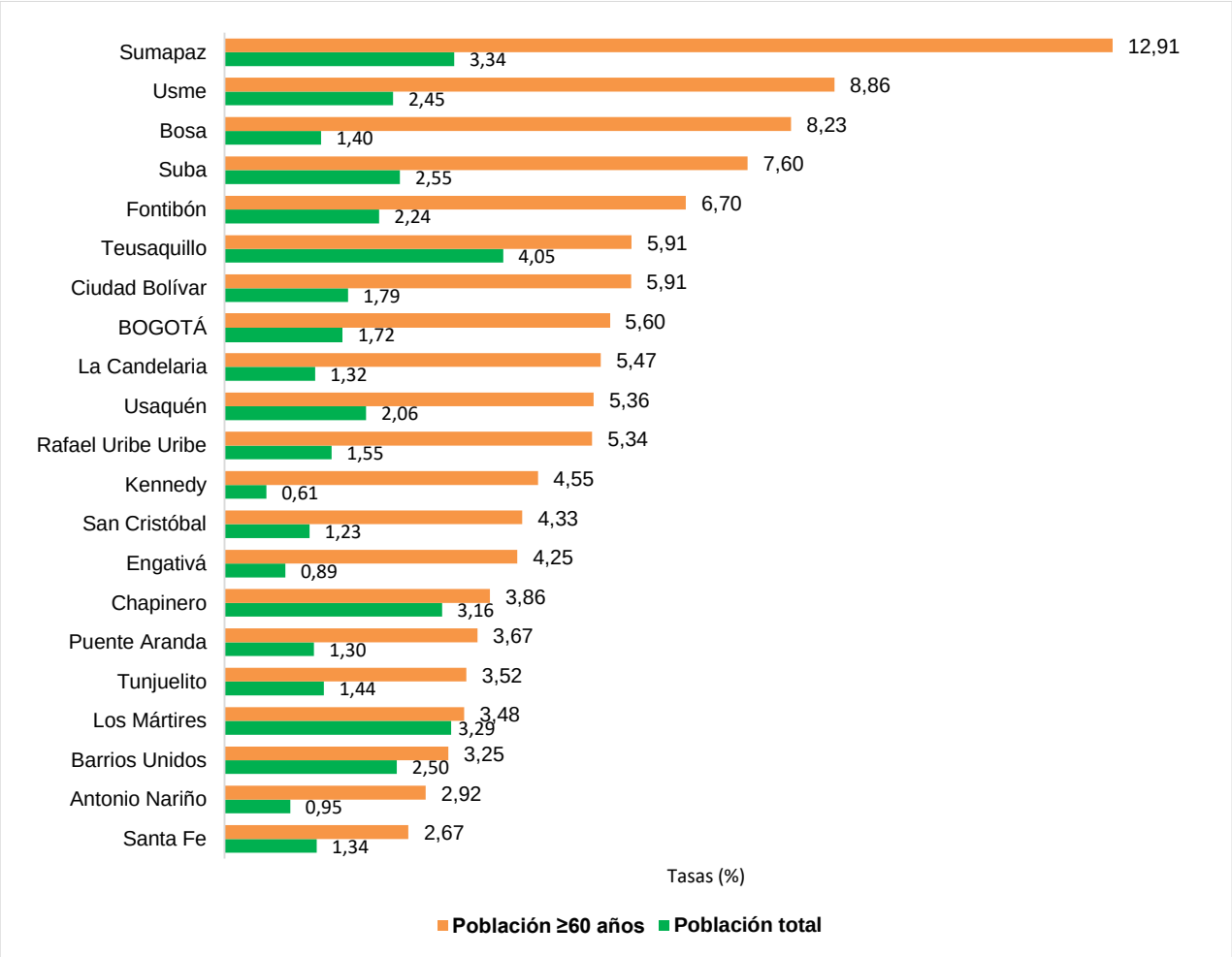


*Tasa de crecimiento (r) = (ln (P_f / P_i) / (t_2-t1)) *100

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, 2022, con base en EMB 2017 y EM 2021

El crecimiento demográfico de la población total y la población mayor de las localidades de Bogotá para el periodo 2017-2021 tiene diferenciales marcados. La localidad de Sumapaz presenta la tasa de crecimiento más alta para la población con 60 años y más con un 12,91 % y tiene una tasa de crecimiento del 3,34 % para la población total. En el otro extremo, la localidad de Santa Fe presenta la tasa de crecimiento más baja para la población con 60 años y más con un 2,67 %, acompañada de una tasa de crecimiento de 1,34 % para la población total, tal como se muestra en la gráfica a continuación:

Gráfica 2. Crecimiento demográfico de la población total y la población mayor en las localidades de Bogotá. 2017-2021



* Tasa de crecimiento (r) = (ln (P_f / P_i) / (t_2-t1)) *100
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez – SDIS, 2022, con base en EMB 2017 y EM 2021

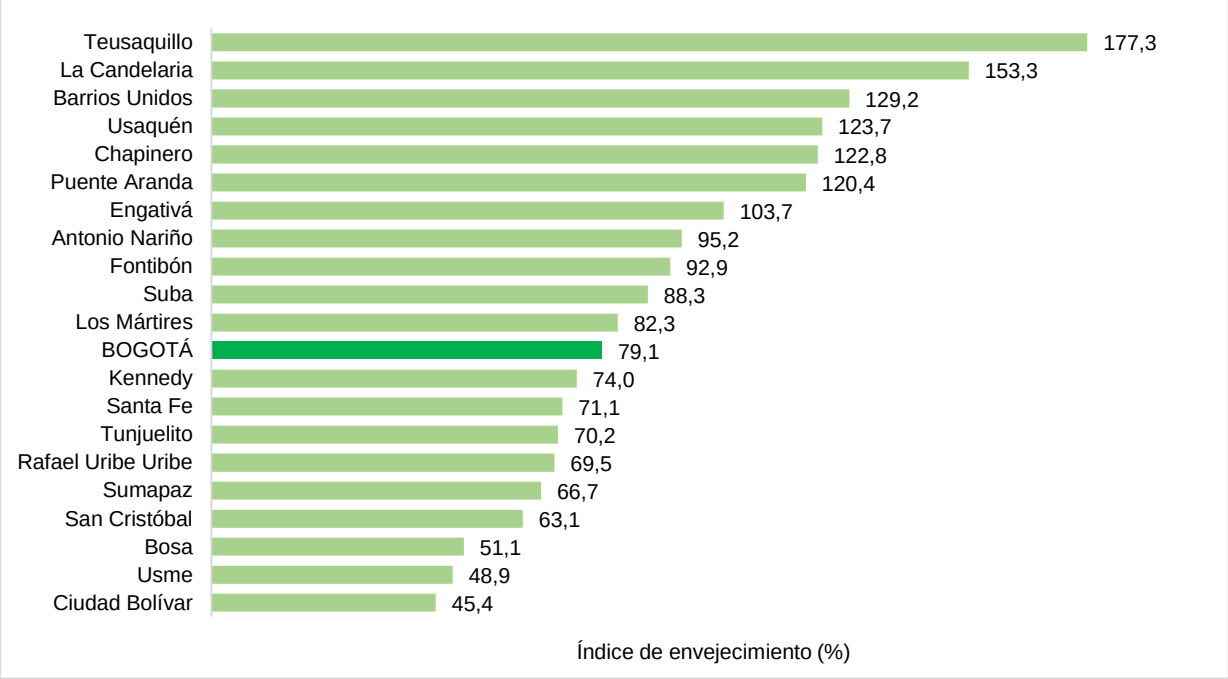
3.1.1.2 Envejecimiento de la población de las localidades

Para el año 2021, siete localidades de Bogotá presentan un índice de envejecimiento mayor de 100, es decir, que la población con 60 años y más es mayor que la población menor de 15 años. En este sentido, Teusaquillo es la localidad que presenta el mayor índice de envejecimiento con 177 personas mayores por cada 100 niñas, niños y

adolescentes menores de 15 años. Le siguen La Candelaria con 153 %, Barrios Unidos con 129 %, Usaquén y Chapinero con 123 %, Puente Aranda con 120 % y Engativá con 104 %.

En las otras 13 localidades la población entre 0 y 14 años es mayor que la población con 60 años y más, es decir, presentan un índice de envejecimiento por debajo de 100. Las localidades más jóvenes son Bosa, Usme y Ciudad Bolívar, donde el índice de envejecimiento está por debajo del 50 %. A continuación, el índice por cada localidad:

Gráfica 3. Índice de envejecimiento por localidad. Bogotá 2021



*Índice de Envejecimiento = (población de 60 años y más / población de 0-14) * 100
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, 2022, con base en la EM 2021

En la siguiente tabla se presenta la información en valores absolutos:

Tabla 8. Población menor de 15 años y mayor de 60 por localidad

Localidad	Población < 15 años	Población ≥ 60 años
Teusaquillo	19.050	33.780
La Candelaria	2.106	3.229
Barrios Unidos	21.152	27.319
Usaquén	88.762	109.757
Chapinero	23.526	28.880
Puente Aranda	38.908	46.826
Engativá	128.581	133.373
Antonio Nariño	14.512	13.821
Fontibón	64.767	60.162
Suba	220.605	194.900
Los Mártires	14.006	11.522
BOGOTÁ	1.455.654	1.150.927
Kennedy	191.422	141.676
Santa Fe	20.007	14.222
Tunjuelito	35.835	25.157
Rafael Uribe Uribe	78.227	54.337
Sumapaz	836	558
San Cristóbal	85.030	53.616
Bosa	158.540	81.050
Usme	94.023	45.961
Ciudad Bolívar	155.760	70.782

Índice de Envejecimiento = (población de 60 años y más / población de 0-14) * 100
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez SDIS, con base en la EM 2021

Adicionalmente, se realiza un análisis de grupos, con el fin de identificar tipologías de localidades con características similares. Después de explorar la construcción de tipologías de localidades con diferentes métodos y variables, se concluye que el agrupamiento más pertinente es el que toma como base el índice de envejecimiento, aplicando el método de estratificación uni-variada o regla Cum $\sqrt{f}$ (Flores L. et al., 1996). El objetivo de este método es encontrar observaciones similares y agruparlas en conjuntos (estratos), para un conjunto de individuos u observaciones que incluyen una variable o característica.

La construcción de las tipologías de las localidades con base en el índice de envejecimiento se llevó a cabo con la siguiente metodología:

- Orden de menor a mayor las localidades según el índice de envejecimiento (IE) obtenido con la información de la EM 2021.
- Obtención de las frecuencias absolutas f (y) del IE.
- Cálculo de la raíz cuadrada de las frecuencias absolutas √f(y).
- Obtención del acumulado de la raíz cuadrada de las frecuencias absolutas (Cum_√f(y)).
- Con el último valor de Cum_√f(y) y el número de estratos determinado, se obtienen los límites o rangos de los estratos (rango de estratos = último Cum_√f(y)/número de estratos).
- Ubicación de las localidades en cada partición o estrato, llamado tipología.
- Ubicación de los valores del IE de las localidades en cada partición.

De esta manera, las localidades se agrupan en cuatro (4) tipologías definidas por el índice de envejecimiento. Para cada tipología se presentan los rangos de variación del índice de envejecimiento y de otras variables de contexto como son el crecimiento demográfico de la población con 60 y más años, la tasa general de fecundidad y el estrato social predominante en la población mayor.

Tabla 9. Tipologías de localidades definidas por el índice de envejecimiento, crecimiento demográfico, tasa general de fecundidad y estrato social predominante en la población mayor. Bogotá 2017-2021

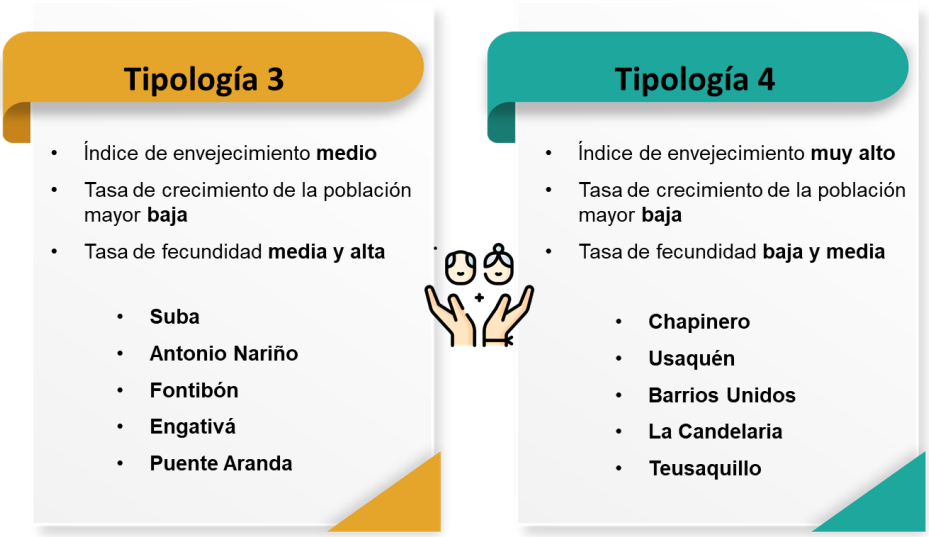
Orden de tipología	Tipología 1	Tipología 2	Tipología 3	Tipología 4
Localidades/ Rango	Usme, Bosa, San Cristóbal, Ciudad Bolívar, Sumapaz	Tunjuelito, Santa Fe, Kennedy, Los Mártires, Rafael Uribe Uribe	Fontibón, Engativá, Suba, Antonio Nariño, Puente Aranda	Usaquén, Chapinero, Barrios Unidos, Teusaquillo, La Candelaria
Rango variación índice de envejecimiento 2021* (en las localidades) (%)	45,4 - 66,7	69,5 - 82,3	88,3 - 120,4	122,8 - 177,3
Rango variación del crecimiento demográfico de la población con 60 y más	4,3 - 12,9	2,7 - 5,3	2,9 - 7,6	3,3 - 5,9

Orden de tipología	Tipología 1	Tipología 2	Tipología 3	Tipología 4
años 2017-2021** (en las localidades) (%)				
Rango variación de la tasa general de fecundidad 2020*** (en las localidades)	10,6 - 39,1	25,6 - 55, 4	19,7 - 33,1	16,1 - 37,2
Estrato social predominante en la población mayor 2021**** (%)	Bajo (92,3)	Medio (53)	Medio (71,3)	Medio (61,5)

* IE = (población de 60 y más / población de 0-14) x100 ** Tasa crecimiento (r) = (ln (Pf / Pi) / (t2-t1)) x100
***Tasa general de fecundidad = número de nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años)
**** En Bajo se agrupan los estratos 1 y 2; en Medio se agrupan los estratos 3 y 4 y en Alto se agrupan los estratos 5 y 6
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, 2022, con base en la EM 2017, EM 2021 y en datos del Observatorio de Bogotá de la Secretaría de Salud Distrital.

Para una mejor comprensión, en la siguiente ilustración se puede observar la agrupación de localidades por tipologías:

Gráfica 4. Tipologías de localidades de la ciudad definidas por el envejecimiento demográfico. Bogotá. 2021

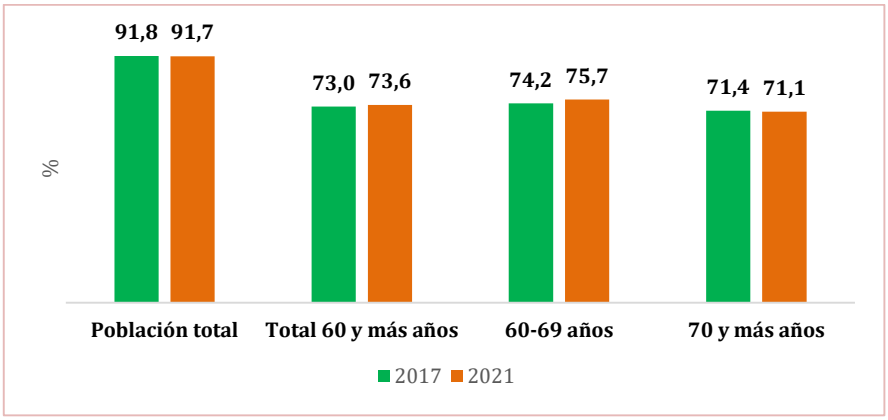


Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, 2022, con base en EM 2017 y EM 2021

3.1.1.3 Composición por sexo de la población mayor

El índice de masculinidad en la población total de la ciudad es del 91,7 %, es decir, 92 hombres por cada 100 mujeres, dato que disminuye significativamente en la población mayor con un 73,6 % (en los dos años observados). Al interior de este grupo poblacional hay diferencias notorias por edad, lo cual es reflejo de la sobre mortalidad masculina que disminuye las cohortes de hombres a medida que aumenta la edad, como se puede observar en la gráfica. Por ejemplo, para el año 2012, en los 60 a 69 años hay 76 hombres por cada 100 mujeres y en los 70 años y más este índice baja a 71 hombres por cada 100 mujeres. No se observan diferencias notables en el periodo 2017-2021.

Gráfica 5. Índice de masculinidad en población mayor - Bogotá, 2017-2021



Índice de Masculinidad (IM) = Población hombres/Población mujeres*100
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, 2022, con base en EM 2017 y 2021

Entre las encuestas de 2017 y 2021, se observa un aumento del 2 % en el índice de masculinidad para la población entre 60 y 69 años. Este incremento puede asociarse con el envejecimiento progresivo de la población, dado que, con el paso de los años, cada vez más cohortes de población ingresan a la vejez.

Tabla 10. Cambio porcentual del índice de masculinidad en población mayor. Bogotá, 2017-2021

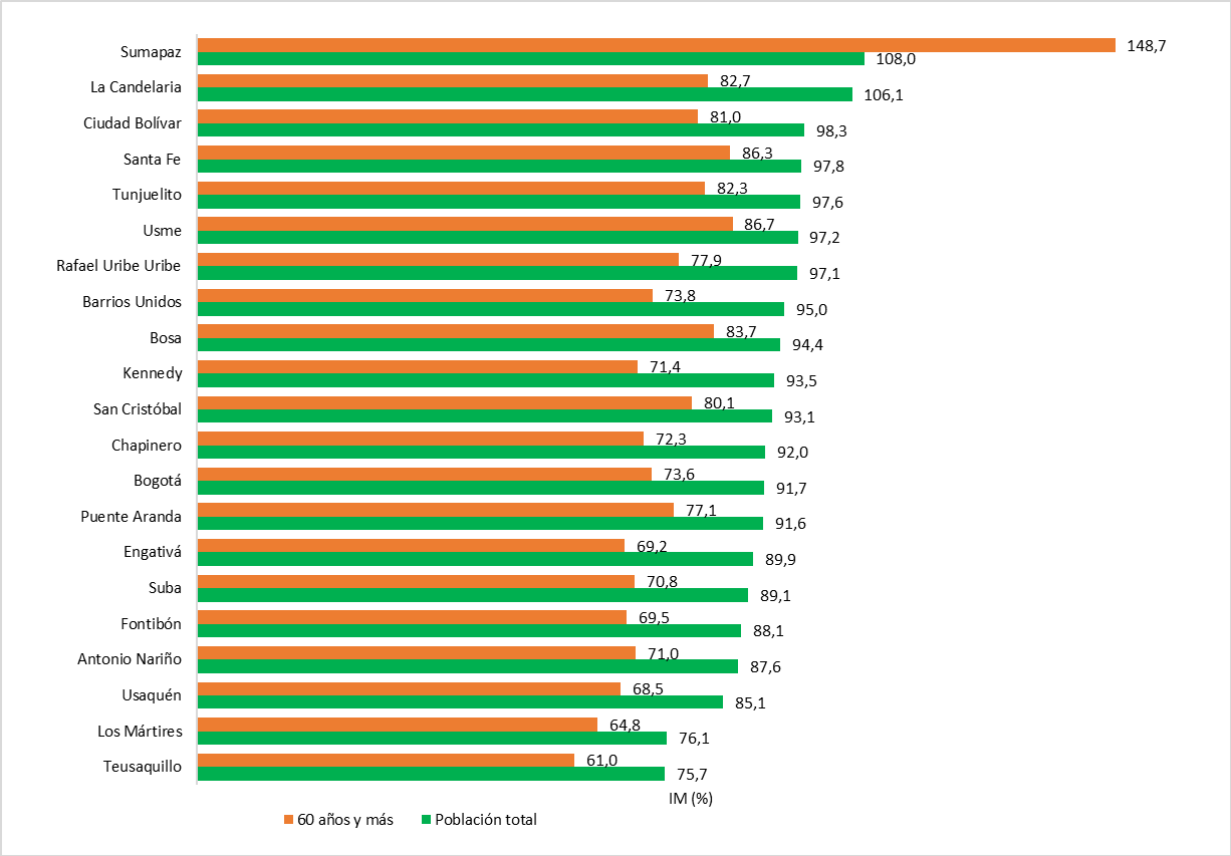
Año	2017	2021	Cambio porcentual 2017-2021*
Población total	91,8	91,7	-0,1
Total 60 y más años	73,0	73,6	0,9
60-69 años	74,2	75,7	1,9
70 y más años	71,4	71,1	-0,5

*(IM 2021-IM 2017) / IM 2017*100
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS con base en EM 2017 y 2021

Por localidades, se tiene que el índice de masculinidad más alto en la población con 60 años y más está en Sumapaz (149 hombres por cada 100 mujeres), mientras que en la población total se encuentran 108 hombres por cada 100 mujeres. Para las

demás localidades, el índice de masculinidad en la población mayor oscila entre el 61 % en Teusaquillo y el 83 % en La Candelaria. Por su parte, el índice en la población total oscila entre 76 % y 10,6 %, respectivamente, para estas dos (2) localidades.

Gráfica 6. Índice de masculinidad por localidad 2021. Población total y población mayor.



Índice de Masculinidad (IM) = Población hombres/Población mujeres*100
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, 2022, con base en EM 2021

Tabla 11. Total de hombres mayores por localidad 2021

Localidad	Hombres	
	Total	≥60 años
Sumapaz	1.861	333

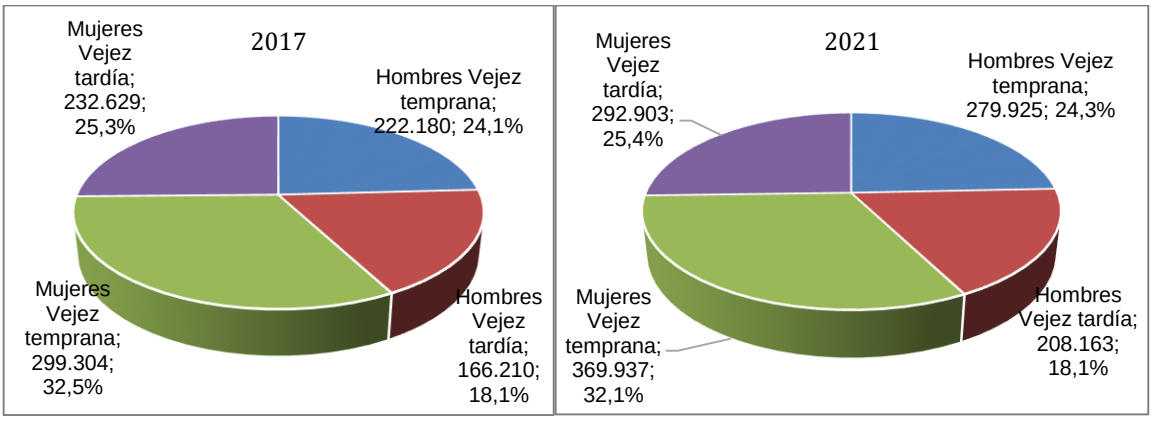
Localidad	Hombres	
	Total	≥60 años
La Candelaria	9.250	1.461
Ciudad Bolívar	323.176	31.684
Santa Fe	53.271	6.586
Tunjuelito	89.183	11.355
Usme	195.103	21.339
Rafael Uribe	189.657	23.799
Barrios Unidos	72.105	11.596
Bosa	351.587	36.924
Kennedy	499.804	58.998
San Cristóbal	193.789	23.849
Bogotá	3.759.257	488.088
Chapinero	83.535	12.118
Puente Aranda	121.432	20.387
Engativá	385.677	54.555
Suba	593.782	80.761
Fontibón	185.193	24.669
Antonio Nariño	38.485	5.737
Usaquén	263.785	44.607
Los Mártires	36.037	4.530
Teusaquillo	72.546	12.799

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, 2022, con base en EM 2021

Finalmente, considerando el peso relativo de los grandes grupos de edad de la población mayor por sexo, vejez temprana (60 a 69 años) y vejez tardía (70 y más años), se observa que, para el periodo 2017-2021, en la vejez tardía es menor el volumen y el peso relativo tanto en hombres como en mujeres, lo cual está asociado al aumento de la mortalidad a medida que aumenta la edad; sin embargo, en esta etapa vital hay un mayor número de mujeres que, por lo tanto, tienen un mayor peso relativo en el grupo[26]. Estos diferenciales se asocian con la sobre mortalidad masculina a lo largo del ciclo de vida que favorece la feminización de la vejez, acentuada en las edades más avanzadas (Medina et al., 2020).

[26] No se observan cambios notables entre las dos encuestas.

Gráfica 7. Grandes grupos de edad y sexo. Población mayor. Bogotá, 2017-2021



Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS con base en EM 2017 y 2021

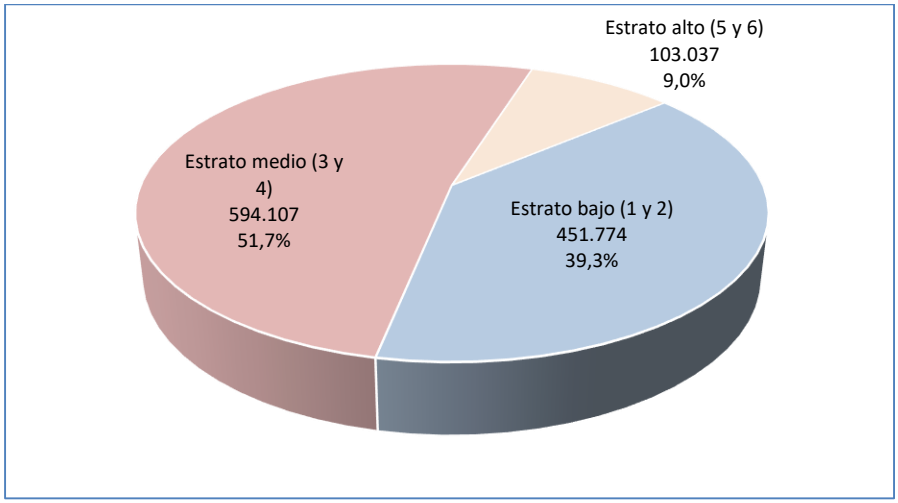
3.1.2 Condiciones sociales de la población mayor

En relación con las condiciones de bienestar o vulnerabilidad de la población mayor de la ciudad, en los apartados siguientes se analiza la información sobre estrato socioeconómico, tipo de familia, el parentesco o posición en la familia, la educación formal incluido el analfabetismo, la actividad principal y económica, la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), las pensiones, las ayudas o subsidios por parte del Estado y la participación social.

3.1.2.1 Estratificación social

Dado que no se presentan diferencias significativas ente la EM 2017 y la de 2021, a continuación, se presenta la información de esta última. Según la EM 2021, un 40 % de la población mayor se encuentra en estrato bajo y un poco más de la mitad en estrato medio, en este último también prevalecen condiciones de vulnerabilidad, tal como se puede observar en la siguiente gráfica. Es importante resaltar que este es el contexto de desigualdades sociales en el que las personas mayores vivieron la pandemia por la COVID-19, y que influyó en los recursos y limitaciones para afrontarla.

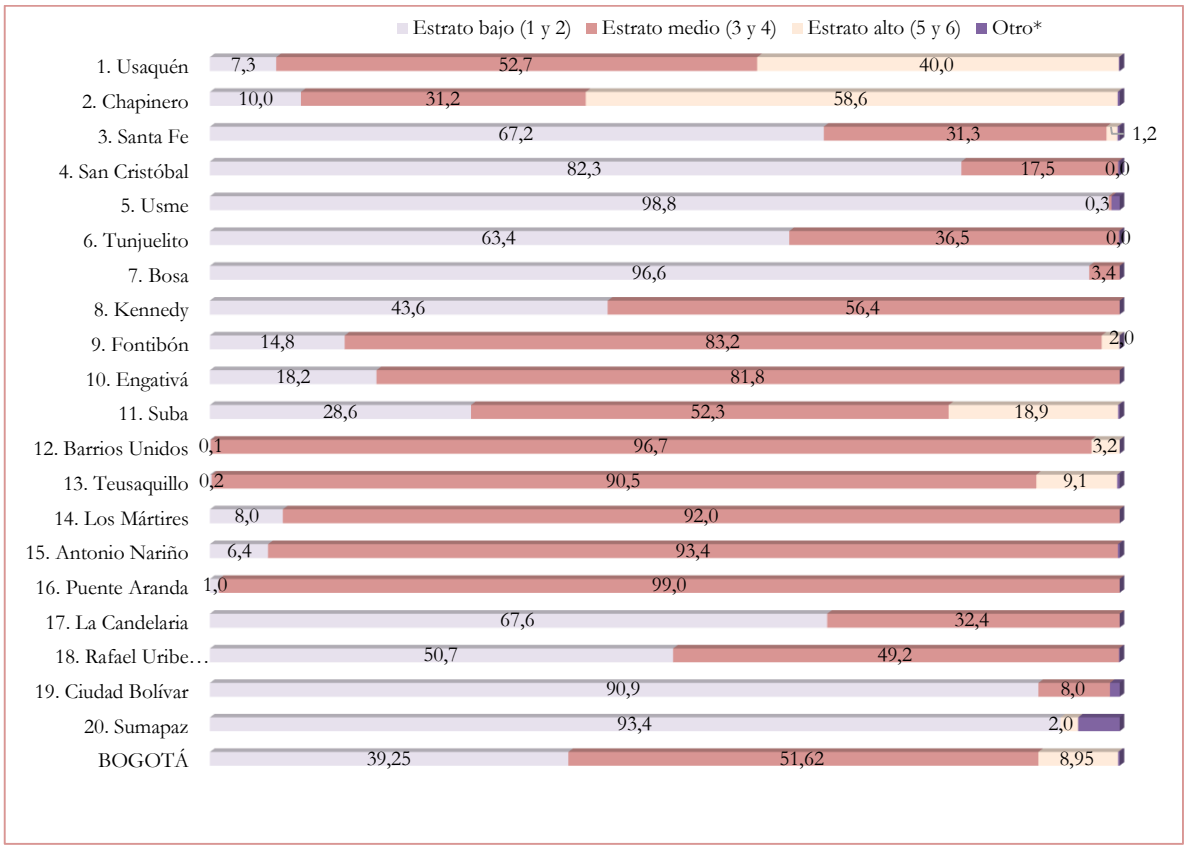
Gráfica 8. Estrato socioeconómico de la población con 60 años y más. Distribución porcentual. Bogotá, 2021



*El estrato corresponde al del recibo de la energía eléctrica. **Otro incluye: sin energía eléctrica, estratos 0, 8 y 9
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, 2022, con base en EM 2021

Por localidades se encuentra que, en Sumapaz, Usme, Bosa y Ciudad Bolívar el 90 % o más de la población mayor reside en estrato bajo (1 y 2); en Puente Aranda, Antonio Nariño, Teusaquillo y Barrios Unidos el 90 % o más de la población mayor se encuentra residiendo en estrato medio (3 y 4); y, finalmente, en estrato alto (5 y 6) se encuentra el 40 % de la población mayor de Usaquén y el 59 % de Chapinero.

Gráfica 9. Estratificación social de la vivienda. Población mayor por localidades Bogotá 2021



*El estrato corresponde al del recibo de la energía eléctrica. **Otro incluye: sin energía eléctrica, estratos 0, 8 y 9
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, 2022, con base en EM 2021

Teniendo en cuenta las tipologías establecidas anteriormente por grupo de localidades, la distribución es la siguiente:

- En la tipología 1 (Índice de envejecimiento bajo, Tasa de crecimiento de la población mayor alta y Tasa general de fecundidad baja y media) conformada por Usme, Bosa, San Cristóbal, Ciudad Bolívar y Sumapaz: el 92 % de las viviendas se encuentra en estratos 1 y 2; y solo el 7 % en estratos 3 y 4.

- En la tipología 2 (Índice de envejecimiento medio, Tasa de crecimiento de la población mayor baja y Tasa general de fecundidad media y alta), conformada

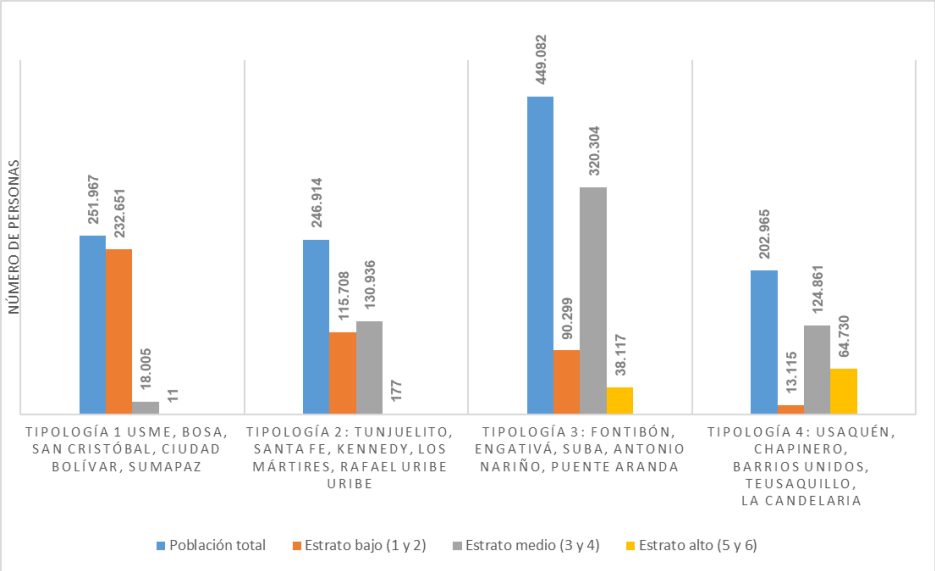
por Tunjuelito, Santa Fe, Kennedy, Los Mártires y Rafael Uribe Uribe: el 47 % de las viviendas pertenece a estratos bajos, y el 53 % pertenece a estratos medios.

- En la tipología 3 (Índice de envejecimiento medio, Tasa de crecimiento de la población mayor baja y Tasa general de fecundidad media y alta), conformada por Fontibón, Engativá, Suba, Antonio Nariño y Puente Aranda: el 71 % de las viviendas pertenece a estratos 3 y 4; el 20 % a los estratos 1 y 2; y solo el 9 % a los estratos 5 y 6.

- En la tipología 4 (Índice de envejecimiento muy alto, Tasa de crecimiento de la población mayor baja y Tasa general de fecundidad baja y media) conformada por Usaquén, Chapinero, Barrios Unidos, Teusaquillo y Candelaria: el 62 % a los estratos 3 y 4; el 30 % de las viviendas pertenecen a los estratos altos; y solo el 6 % a los estratos 1 y 2.

A continuación, esta información se presenta gráficamente:

Gráfica 10. Estratificación social de la vivienda. Población mayor. Tipologías de localidades Bogotá 2021



*El estrato corresponde al del recibo de la energía eléctrica. **Otro incluye: sin energía eléctrica, estratos 0, 8 y 9
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, 2022, con base en EM 2021

3.1.2.2 Familia de residencia y conyugalidad

De acuerdo con el estudio *Derechos humanos del adulto mayor en el ámbito familiar colombiano en el marco del envejecimiento demográfico* (Suárez Landazábal y Araque Barbosa, 2020), el fenómeno de envejecimiento poblacional impacta inevitablemente la estructura familiar y la composición del hogar, modificando de forma progresiva no solo el tamaño de las familias, sino la distribución de funciones, responsabilidades y tareas de los integrantes del hogar.

Lo anterior significa, para el caso colombiano, que existen más familias con menos integrantes y, por ende, más personas mayores con redes familiares de cuidado de 1 o 2 integrantes, teniendo en cuenta que el promedio de miembros que tienen las familias en Colombia según el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018 es de 3 (DANE, 2021).

En relación con la composición del hogar, según los resultados de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV), el 29,2 % de las personas mayores residen en hogares de dos personas, el 21,9 % residen en hogares compuestos por tres personas y el 14,2 % de las personas de 60 años y más viven solas, lo que equivale a 828 mil personas mayores (DANE, 2021a, p. 14). Por su parte, los departamentos con mayor porcentaje de personas mayores que viven solas son Chocó (27,5 %) Arauca (27 %) y Guaviare (25,4 %), mientras que Atlántico (6,3 %), Córdoba (10,9 %) y Sucre (11,6 %) tienen los menores porcentajes.

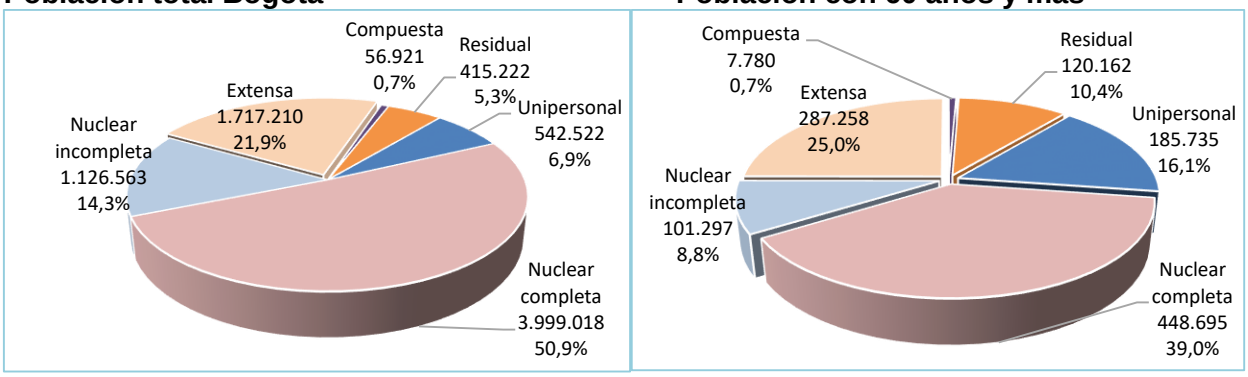
En la ciudad de Bogotá las personas mayores que viven solas representan el 16,1 %, muy cerca del total nacional que corresponde al 15,6 % (DANE, 2021b, p. 8). No se observa una relación directa entre el porcentaje de personas mayores que viven solas y el porcentaje total de personas mayores por departamento. Esto puede traducirse en que Colombia es un país que está envejeciendo (Medina et al., 2020) y en el que, además, está cambiando la composición familiar de modo que ha venido aumentando la proporción de personas mayores que viven solas.

La radiografía para Bogotá indica que el 16,1 % de las personas mayores encuestadas viven en hogares unipersonales, lo que se contrasta con el 6,9 % de personas que viven solas de la población total. Si bien, el porcentaje de personas mayores con otros

tipos de familia de residencia que, en ningún caso viven solos, suma más del 80 %, es importante hacer seguimiento a las cifras de quienes no tienen compañía alguna, dado que, como se menciona en los estudios reseñados, es una tendencia en aumento.

Gráfica 11. Tipo de familia de residencia*. Población total y población con 60 años y más. Distribución porcentual. Bogotá, 2021

Población total Bogotá **Población con 60 años y más**



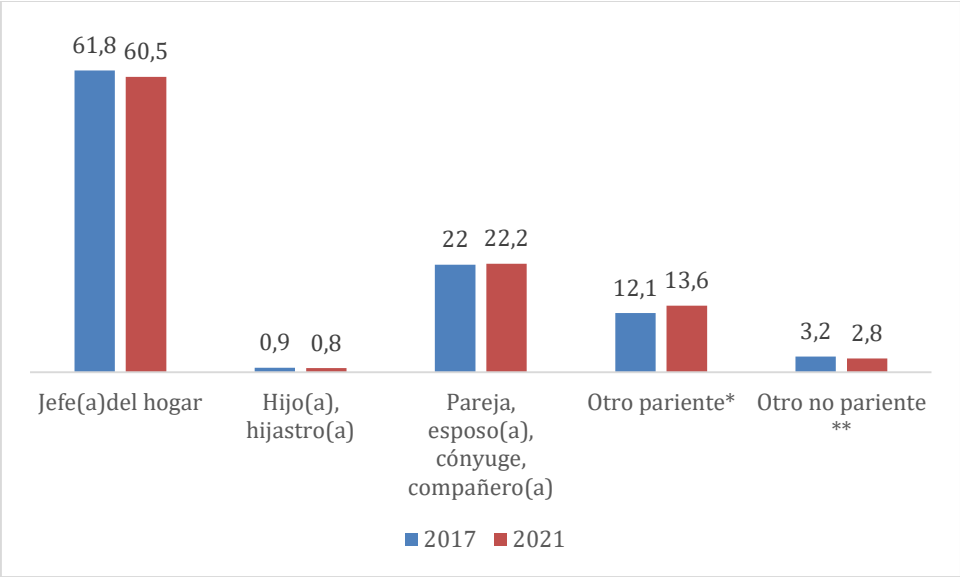
*Unipersonal: la persona vive sola en un hogar; Nuclear completa: residencia de los dos esposos en el mismo hogar, con o sin hijos; Nuclear incompleta: residencia del jefe de hogar sin su pareja, con la presencia de hijos; Extensa: núcleo completo o incompleto con la presencia de otros parientes del jefe (diferentes a los hijos) o de no parientes; Compuesta: residencia de personas en un mismo hogar que no tienen lazos de parentesco consanguíneos o civiles; Residual: parientes consanguíneos o no consanguíneos sin núcleo.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, con base en EM 2021

De acuerdo con la posición de las personas mayores en la familia de residencia en 2021, se tiene que el 60,5 % son jefes del hogar; el 22,2 % pareja, esposo (a), cónyuge o compañero; y el 17,3 % están en calidad de parientes o no parientes del jefe del hogar[27]. Esto puede interpretarse como una primera red de apoyo de las personas mayores que no viven solas, al tener por lo menos, en un 82 % de los casos, a integrantes de la familia dentro de la población con la que habitan.

[27] No se observan cambios notables entre las dos encuestas

Gráfica 12. Posición en la familia de residencia. Población con 60 años y más. Bogotá, 2017-2021



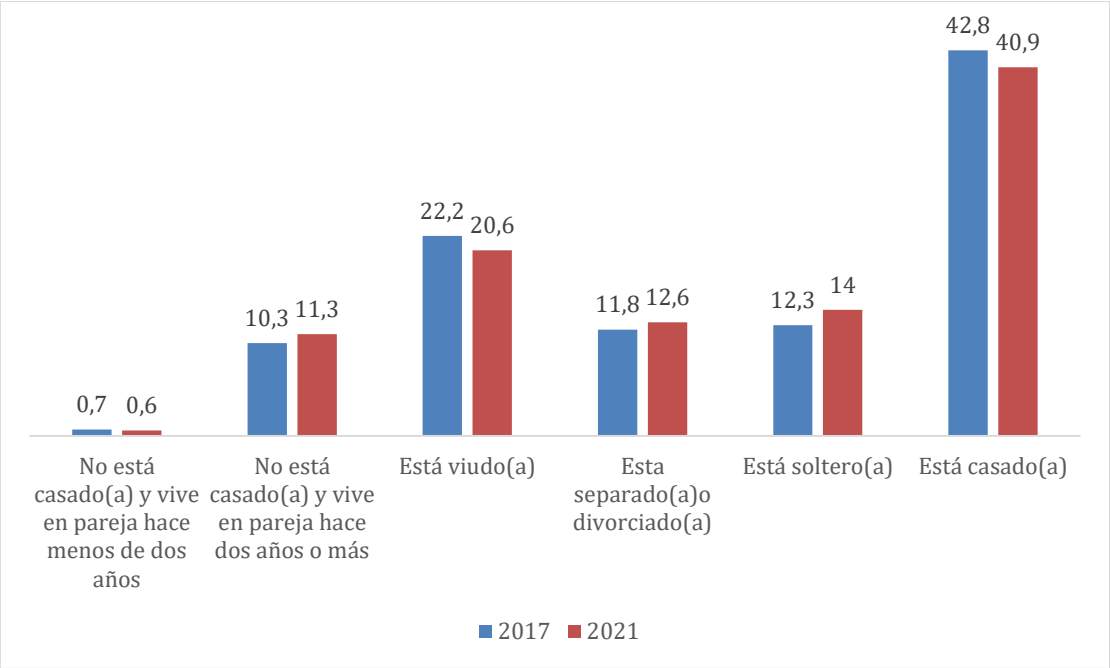
* Otro pariente incluye: nieto(a); padre, madre, padrastro, madrastra; hermano(a), hermanastro(a); otro(a) pariente del(a) jefe(a). **otro no pariente incluye: yerno, nuera; suegro o suegra; empleado(a) del servicio doméstico; pensionista; parientes del servicio doméstico; trabajador; otro no pariente

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS 2022, con base en EM 2021

En el periodo observado, 2017-2021, sobresale el aumento de la proporción de personas mayores que en el hogar de residencia son “otros parientes”. Puede pensarse que la emergencia sanitaria económica y social por la COVID-19 favoreció nuevos arreglos, como este, en los hogares de convivencia.

La anterior información se puede complementar con los datos del estado conyugal de la población con 60 años y más, según la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021: al sumar las personas solteras (14 %), separadas o divorciadas (12,6 %) y viudas (20,6 %), el 47,2 % de los encuestados no cuenta con una pareja conyugal. Esta información, aunque requiere seguimiento a través de las mediciones posteriores a la emergencia sanitaria, evidencia la necesidad de profundizar en las posibles causas de soledad de las personas mayores y, por lo tanto, en qué tipos de servicios requieren.

Gráfica 13. Estado conyugal de la población con 60 años y más. Distribución porcentual. Bogotá, 2021



Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS 2022, con base en EM 2017 y 2021

Entre los años 2017 y 2021, sobresale el aumento de las personas mayores que no tienen una unión conyugal, así: a) las uniones con duración menor a 2 años disminuyen en un 18,2 % y los casados disminuyen en un 4,3 %; b) los separados o divorciados aumentan en un 6,5 %, y los solteros aumentan en un 14 %. Estos cambios en el periodo observado explican la disminución de las personas mayores unidas después de la pandemia (año 2021). Paralelamente la viudez disminuyó en un 6,8 % y las uniones con 2 o más años de duración aumentaron en un 9,6 %, sin embargo, el cambio de los indicadores observados en el periodo 2017-2021, fue superior para las personas mayores sin pareja.

3.1.2.3 Educación formal

Aunque la mayor parte de las personas mayores en Colombia sabe leer y escribir, el analfabetismo persiste en un porcentaje importante, con mayor incidencia en las mujeres. Para el 2020, el 13,1 % de las mujeres con 60 años o más, equivalente a

498.296 mujeres, reportó que no sabía leer ni escribir, mientras que este porcentaje es del 12,6 % para los hombres mayores. En concordancia con lo anterior, el 13,2 % de las mujeres mayores no alcanzó ningún nivel educativo, mientras que este porcentaje es del 12,9 % para los hombres mayores (DANE, 2021b, p. 21-22). Cerca de la mitad de las personas con 60 y más años reportó la primaria como máximo nivel educativo, es decir, 48,5 % de las mujeres con 60 y más años, y 47,6 % de hombres mayores (DANE, 2021b, p. 22).

En los niveles educativos superiores, las diferencias por sexo se continúan evidenciando en una menor proporción de mujeres con 60 y más años que alcanzaron la educación superior como mayor nivel educativo, en comparación con los hombres del mismo grupo etario. El 12 % de las mujeres con 60 y más años reportó la educación superior como mayor nivel educativo, frente al 13,2 % de los hombres del mismo grupo etario; mientras que, para la educación secundaria, la proporción es del 11,1 % de mujeres mayores frente a 10,9 % de los hombres mayores que alcanzaron este nivel como máximo nivel educativo (DANE, 2021b, p. 22).

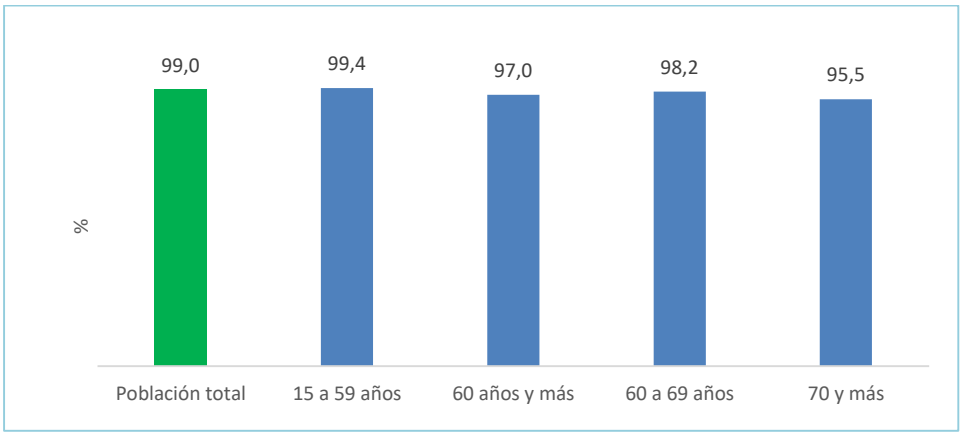
Los niveles de educación formal que presentan las personas mayores antes y durante la pandemia, indican desventajas sociales sensibles. La magnitud del analfabetismo entre las mujeres y el bajo alcance de la educación media y superior entre las personas mayores, evidencian la importancia de fortalecer los esfuerzos institucionales a escalas local, departamental y nacional, de manera articulada, para seguir cerrando las brechas educativas entre las cohortes más antiguas y las nuevas generaciones.

Las brechas en la educación por grupos etarios también implican brechas digitales desfavorables para las personas mayores. Si se tiene en cuenta la importancia del uso de herramientas informáticas durante la pandemia y en la actualidad, puede pensarse que las personas mayores tienen menores posibilidades de comunicación.

Ahora, según la EM 2021, los porcentajes de analfabetismo para hombres y mujeres en conjunto son considerablemente bajos en la población bogotana, teniendo solo un 3 % de personas con 60 años y más que no sabe leer ni escribir y un 4,5 % de personas con 70 y más años que se consideran analfabetas. Aunque la variación entre la escala nacional y la distrital es significativa, es importante resaltar que los dos

estudios utilizan metodologías distintas que los hacen difícilmente comparables. El detalle de esta información se puede observar en la siguiente gráfica:

Gráfica 14. Alfabetismo de la población de 15 años y más y la población con 60 años y más. Bogotá, 2021



*El porcentaje restante corresponde a la población que sabe leer y escribir en cada grupo de población.
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS 2022, con base en EM 2021

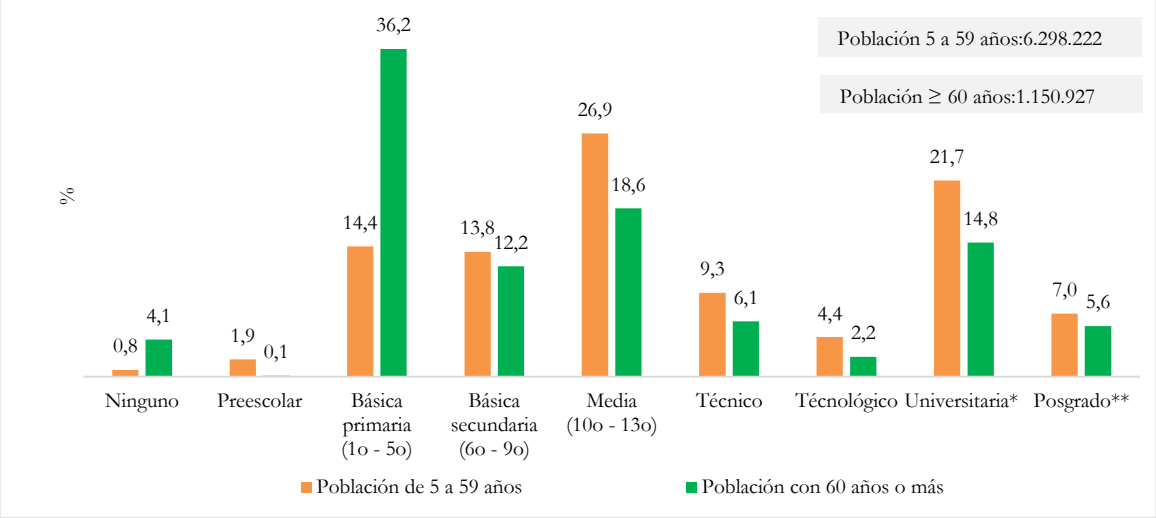
En relación con el nivel educativo, según la EM Bogotá 2021, el 36,2 % de las personas con 60 años y más alcanzaron el nivel de básica primaria. Para las personas mayores que no estudiaron en ningún nivel educativo, la EM 2021 revela que 4,1 % de hombres y mujeres se encuentra en ese grupo, otra vez regresando a la tendencia de disminuir los porcentajes frente a las cifras nacionales que aporta el DANE (2021b).

Siguiendo con los dos niveles educativos más altos, estos son, superior y secundaria, respectivamente, la EM (2021) muestra que el 18,6 % tiene educación media, el 20,4 % de los encuestados tiene educación superior (universitaria y posgrado), otra vez aumentando la proporción de la escala nacional desagregada por sexo y un 12,2 % estudió en la secundaria, manteniéndose la cifra para este caso, muy similar a la aportada por el DANE (2021b).

Lo anterior sugiere, aunque de manera preliminar, unas variaciones para tener en cuenta, más allá de las muestras y metodologías disímiles, donde la escala distrital levemente reporta un menor porcentaje en el segmento que no estudió en ningún nivel educativo y despunta en la población mayor, aunque no se desagrega por sexo, con

estudios de educación superior. Por su parte, la escala nacional presenta mejores números en educación primaria y en cuanto a educación secundaria las dos escalas están muy cerca una de la otra.

Gráfica 15. Nivel educativo. Población de 5 a 59 años y población con 60 años y más. Distribución porcentual. Bogotá, 2021



Esta información incluye el nivel educativo actual de los que estudian y el último nivel educativo de los que no estudian.
*Universitaria incluye el nivel completo (con título) y el incompleto (sin título). **Posgrado incluye Especialización, Maestría y Doctorado, con nivel completo (con título) o incompleto (sin título)
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS 2022, con base en EM 2021

3.1.2.4 Actividad principal y actividad económica

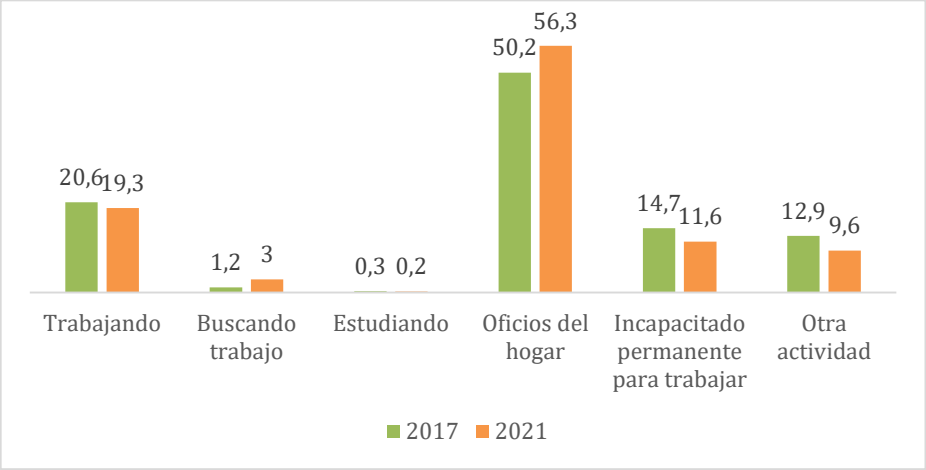
El análisis de la actividad principal de las personas mayores permite identificar su vinculación a actividades laborales y la ocupación del tiempo cotidiano, con lo cual es posible clasificar las personas inactivas económicamente. Estos son indicadores trazadores utilizados a nivel nacional e internacional para valorar la actividad económica, que la EM de Bogotá también incluye.

En este sentido, con datos de la EM 2021, en Bogotá el 56,3 % de las personas mayores de 60 años se dedica a oficios del hogar, cerca de la quinta parte del grupo se encuentra trabajando con el 19,3 % y el 3 % busca trabajo, es decir, alrededor de 35.000 personas mayores. Finalmente, el 10 % de las personas mayores declaran que

se dedican a otra actividad diferente a las mencionadas y el 12 cuenta con alguna discapacidad permanente para trabajar.

Entre las dos encuestas se evidencian cambios en la “actividad principal” que insinúan posibles impactos de la pandemia por la COVID-19, dado que: a) disminuyó la población que trabaja, b) aumentó la población que “busca trabajo”, c) disminuyó la población que “estudia”, y d) aumentó la población mayor dedicada a “oficios del hogar”.

Gráfica 16. Actividad principal* de las personas mayores. Población con 60 años y más. Cambio porcentual. Bogotá, 2017-2021



*Con base en la pregunta ¿En qué actividad ocupó la mayor parte del tiempo la semana pasada?
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS 2022, con base en EM 2017 y 2021

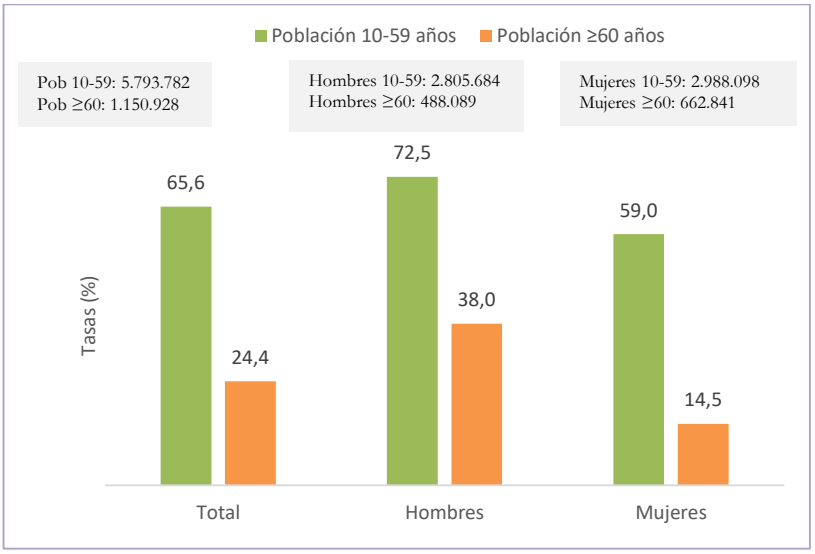
Llama la atención el crecimiento extraordinario del desempleo entre la población mayor de la capital en el periodo 2017-2021, en este sentido, cabe recordar que en el conjunto del país también se registró un crecimiento del desempleo total en el año de la pandemia, evidenciado en el cambio en la tasa de desempleo 2019-2020 (DANE 2020).

Para el caso de Bogotá, frente a la actividad global de las personas mayores, entendida como las actividades de trabajar y buscar trabajo sumadas, la EM 2021 muestra que la tasa de esta actividad es del 24,4 %: 38 % en hombres y un 14,5 % en mujeres. Esto sugiere una actividad global desigual entre hombres y mujeres con una

diferencia de 23,5 puntos porcentuales, lo que puede asociarse a causas estructurales en los roles de género.

Hay una menor proporción entre la actividad global de las personas con 60 años y más, que como ya se mencionó es del 24,4 %, en comparación con la actividad global en la población de 10 a 59 años, que es del 65,6 %, con una diferencia de 41,2 puntos porcentuales entre estos dos grupos de edad. A continuación, la tasa de actividad global de personas mayores en Bogotá:

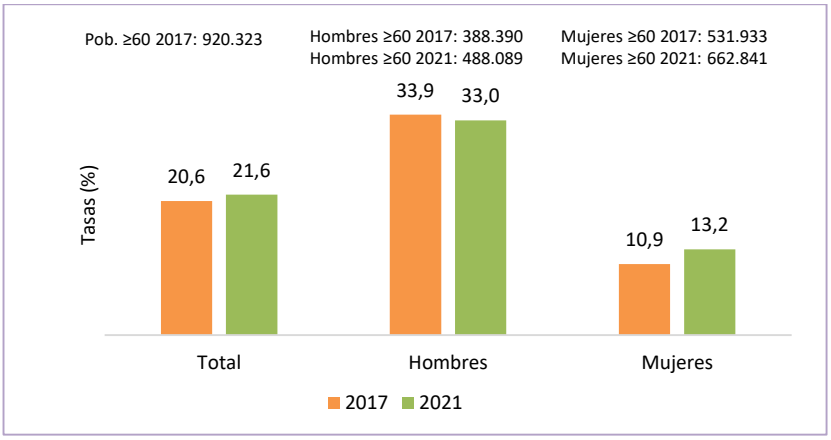
Gráfica 17. Actividad global* de las personas mayores por sexo. Población con 60 años y más. Bogotá, 2021



*Tasa de actividad global = (Trabajando + buscando trabajo) /población en el grupo de edad*100
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, con base en EM 2021

Frente a la tasa de empleo, la Encuesta Multipropósito Bogotá 2021 muestra que para las edades entre 10 y 59 años esta es más alta para los hombres (63,4 %) que para las mujeres (50,6 %). En la población mayor la diferencia se hace más notoria: 33 % en hombres y 13,2 % en mujeres. En las dos encuestas (EM 2017 y 2021), entre las personas con 60 y más años, la tasa de empleo es considerablemente superior en los hombres en comparación con las mujeres, 2.5 veces mayor, como se muestra a continuación:

Gráfica 18. Tasa de empleo*. Población mayor de 60 años por sexo. Bogotá. 2017-2021



*Tasa de empleo = (Trabajando/ población en el grupo de edad) *100
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, con base en EM 2017 y 2021

Entre las dos encuestas, en los hombres disminuyó la tasa de empleo (-2,6 %), y entre las mujeres aumentó (20,6 %), lo que podría interpretarse como que, en el periodo de la pandemia las mujeres asumieron nuevos roles de cuidado o nuevas responsabilidades frente a la crisis económica.

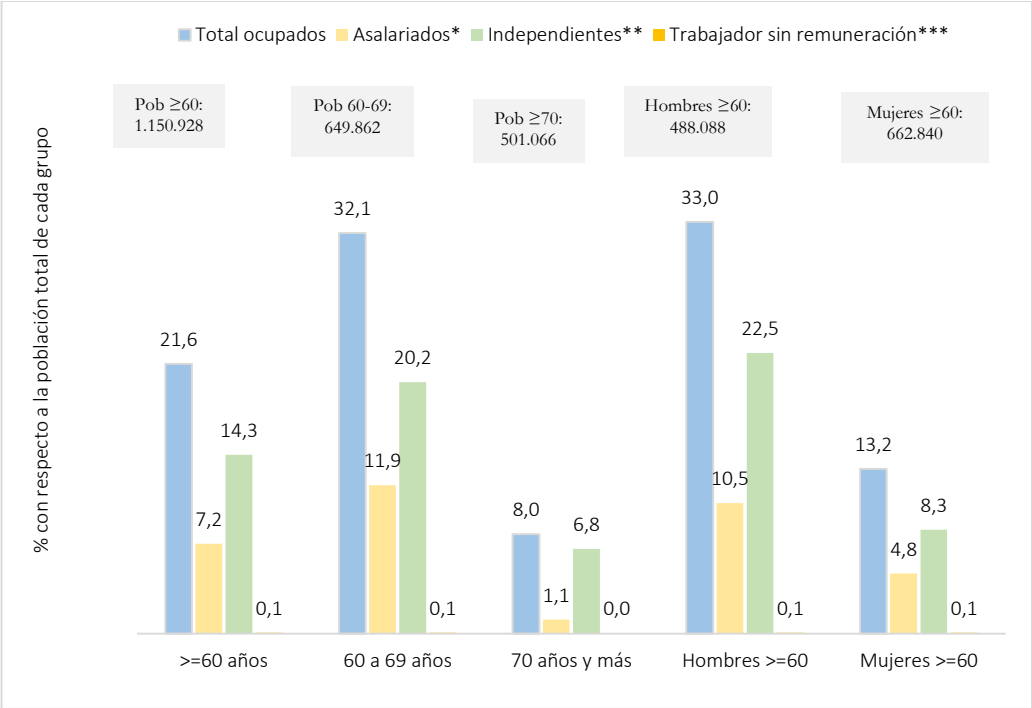
Ahora bien, de toda la población económicamente activa, el 13,3 % de la que está entre 10 y 59 años busca trabajo, y de las personas mayores activas el 11,6 % busca trabajo. El desempleo es mayor entre las mujeres en comparación con los hombres, tanto en la población de 10 a 59 años como en la población mayor. En el acceso al mercado laboral se evidencian brechas de género desfavorables para las mujeres incluso en edades avanzadas.

Gráfica 19. Tasa de desempleo*. Población de 10-59 años y población ≥60 años. Bogotá. 2021

*Tasa de desempleo = (Buscando trabajo) / (Trabajando + buscando trabajo) *100
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, con base en EM 2021

Las cifras sobre posición ocupacional de la población con 60 años y más ocupada por sexo y grandes grupos de edad, evidencia que el 21,6 % de las personas con 60 años y más están ocupadas, donde el 7,2 % son asalariadas y el 14,3 % son independientes. Esta información, desagregada por géneros, muestra nuevamente una diferencia notable por sexo que pone de manifiesto las brechas por género, toda vez que el 33 % de los hombres señalan estar ocupados y solo el 13,2 % de las mujeres manifiestan estarlo.

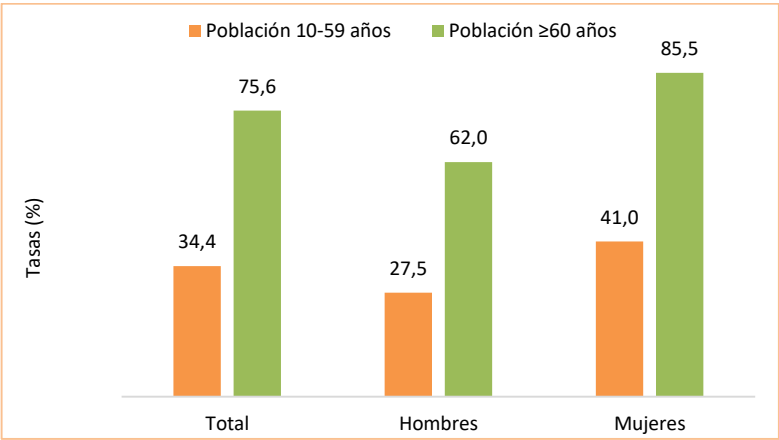
Gráfica 20. Posición ocupacional de la población con 60 años y más* por sexo y grandes grupos de edad. Bogotá, 2021



*Asalariados comprende: Obrero o empleado de empresa particular, Obrero o empleado del gobierno, Empleado doméstico, Jornalero(a) o peón. **Independientes comprende: Profesional independiente, Trabajador independiente o por cuenta propia, Patrón o empleador, Trabajador de su propia finca o de finca en arriendo o aparcería. ***Trabajador sin remuneración comprende: Trabajador familiar sin remuneración, Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares.
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, con base en EM 2021

La inactividad económica es considerablemente más alta entre las personas con 60 y más años, en comparación con la población de 10 a 59 años, tanto en hombre como en mujeres, inclusive, esta diferencia se acentúa en las mujeres. El 85 % de las mujeres mayores no participan en el mercado laboral, en tanto que el 41 % de los hombres mayores declaran que no trabajan ni buscan trabajo.

Gráfica 21. Inactividad económica*. Población de 10 a 59 años. Población con 60 y más años. Bogotá, 2021



*Tasa de inactividad = (Población inactiva) / población en el grupo de edad*100
Los inactivos incluye: los que están estudiando, en oficios del hogar, los incapacitados permanentes para trabajar, los que tienen otra actividad y los que dijeron que estaban buscando trabajo pero que finalmente después de pasar por los filtros de preguntas resultaron inactivos
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, con base en EM 2021

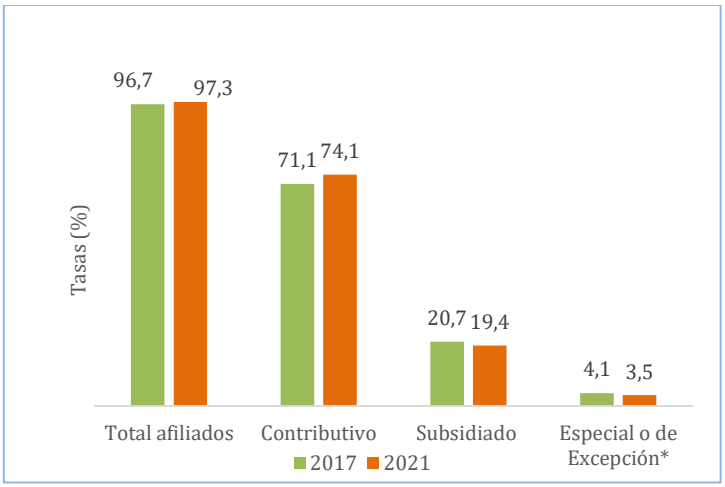
3.1.2.5 Protección social

- **Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud**

Un indicador de acceso a salud es la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) según régimen contributivo, subsidiado o especial. De acuerdo con la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021, en la población mayor la tasa de afiliación al régimen contributivo es cercana al 74,1 % y la del régimen subsidiado es del 19,4 %, es decir, el Estado subsidia la salud de una quinta parte de las personas mayores de la ciudad capital.

En el periodo 2017-2021, la cobertura del régimen subsidiado disminuyó en un 6 %, mientras que la cobertura del régimen contributivo aumentó en un 4 %, como se muestra en la siguiente gráfica:

Gráfica 22. Tasa de afiliación al SGSSS por régimen. Población con 60 años y más. Bogotá, 2017-2021

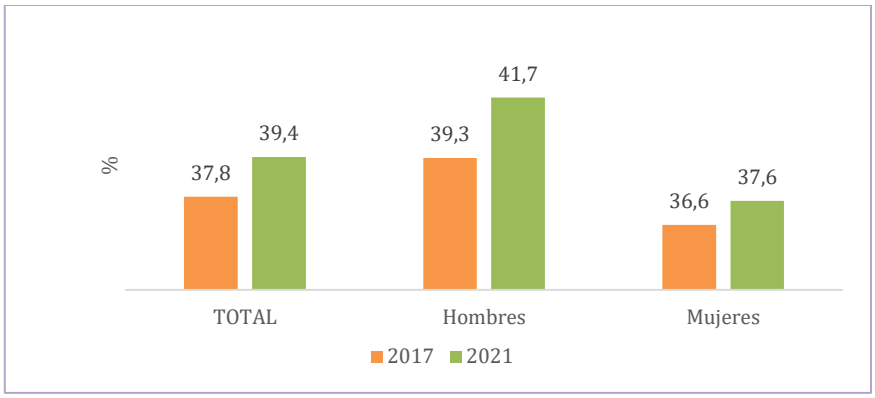


* Fuerzas militares y de Policía, Ecopetrol, universidades públicas, Magisterio
Tasa= Número de afiliados/Población en el grupo de edad*100
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, con base en EM 2017 y 2021

- **Tasa de pensiones**

Con respecto al acceso a pensión, entre las personas mayores con 60 o más años, la tasa es del 39,4 %, cifra que aumenta al 48,7 % para el rango de edad de 70 años o más. Al desagregar por sexo, la tasa de pensiones entre las personas mayores es superior en los hombres en comparación con las mujeres: en el año 2021 es de 41,7 % para hombres y de 37,6 % para mujeres. Adicionalmente, en el periodo 2017-2021, la tasa de pensiones de los hombres aumentó en un 6 %, mientras que el de las mujeres solo en un 2,6 %. A continuación, el detalle de la información:

Gráfica 23. Tasa de pensiones*. Población con 60 años y más por sexo. Bogotá, 2017-2021



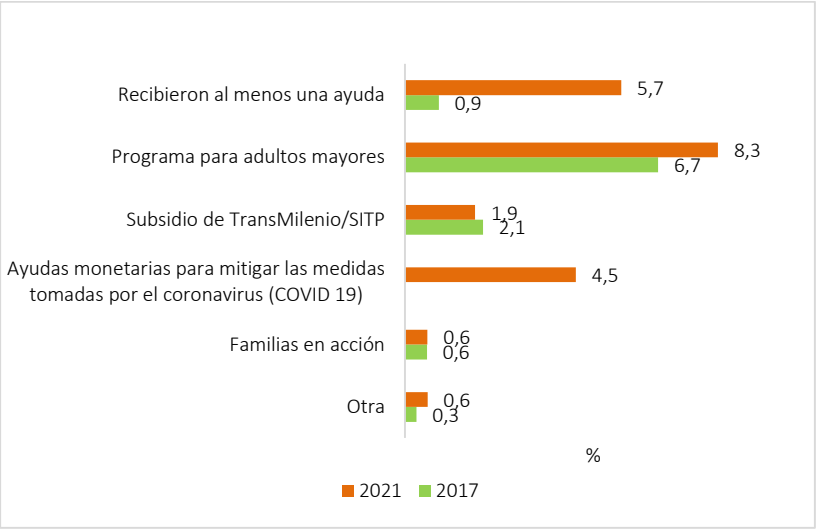
* Tasa= Número de pensionados/Población total*100
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, con base en EM 2017 y 2021

De acuerdo con esta información, las condiciones de bienestar o vulnerabilidad de las personas mayores, según la Encuesta Multipropósito Bogotá 2021, para el campo pensional, no se ubican en los niveles esperados, dado que tanto para hombres como para mujeres la tasa de pensión es inferior al 50 %.

- **Subsidios**

En cuanto a los subsidios, en dinero o especie, que reciben las personas mayores por parte del Estado, el 8,3 % de los encuestados es beneficiario de algún programa para personas mayores (EM 2021): 0,6 % recibe subsidio de Familias en Acción; 1,9 % tiene tarifa preferencial en el sistema de transporte público; y 4,5 % recibió algún auxilio monetario para mitigar las medidas tomadas por la COVID-19. Aquí es importante resaltar que estos beneficios aumentan en el periodo 2017-2021 en un 23 %.

Gráfica 24. Ayudas o subsidios en dinero o en especie por parte de entidades del Estado. Proporción de personas con 60 años y más residentes en hogares que recibieron ayudas o subsidios en los últimos 12 meses. Bogotá 2017-2021



Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS, con base en EM 2017 y 2021

Aunque el alcance de estos programas en Bogotá es tangible, es fundamental medir su impacto, considerando los índices de pobreza monetaria y multidimensional en la población con 60 y más años, en la capital.

3.1.2.6 Participación social

La participación de las personas mayores en organizaciones sociales, culturales, políticas, religiosas, productivas o gremiales no es muy alta. El 8,45 % de las personas mayores pertenecen a organizaciones religiosas, de fe o grupo de oración, siendo esta la más alta; esta presenta una leve disminución frente a 2017 cuando era del 9,72 %, lo cual puede entenderse como resultado de la pandemia.

3.1.2.7 Acceso a Tecnologías de la Información y la Comunicación -TIC

Cerca de una cuarta parte de las personas mayores de la ciudad utilizan el computador regularmente. Contrario a lo esperado, en el periodo 2017-2021 no hubo cambios significativos. Por el contrario, el uso del internet aumentó en un 68 %: en el año 2017 el 32,9 % de las personas mayores lo hacían y esta proporción aumentó al 55,3 % en

2021 (EM). Adicionalmente, la gran mayoría de las personas mayores utiliza celular regularmente, y esta proporción se incrementa en el periodo observado: en el año 2017 es del 81,2 % y en el año 2021 asciende al 89 %. En la siguiente tabla el detalle de esta información:

Tabla 12. Uso de las TIC en personas mayores de 60 años. Cambio porcentual. Bogotá 2017-2021

Uso de TIC	%		Cambio porcentual*
	2017	2021	
Usan computador de escritorio, portátil o tableta	25,9	26,1	0,6
Usan de internet	32,9	55,3	**67,9**
Usan de teléfono celular	81,2	89,0	9,6

*(% 2021-% 2017) / % 2017*100
Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS con base en EM 2017 y 2021

3.1.3 Indicadores cuantitativos de la EM 2021 específicos de las condiciones sociales de la población mayor en pandemia

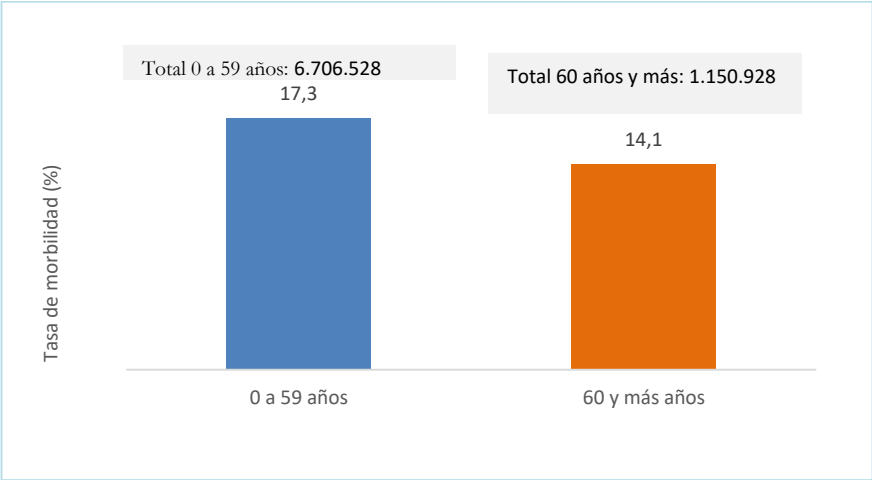
Como se mencionó al comienzo de este capítulo, para complementar el análisis se consideran los indicadores cuantitativos valorados en la población mayor de la ciudad con base la Encuesta Multipropósito 2021, la cual contiene preguntas que buscan, por un lado, valorar la afectación (positiva, negativa o cambios) en la salud, y por otro, conocer las condiciones económicas y habitacionales de las personas mayores atribuidas a la pandemia por la COVID-19.

3.1.3.1 Impacto de la pandemia por la COVID-19 en indicadores de salud

La EM de Bogotá 2021 indaga por la morbilidad referida por la COVID-19, identificando que el 14,1 % de las personas mayores de la ciudad fueron diagnosticadas por esta causa (que equivalen a un poco más de 161.000 personas), frente al 17,3 % del resto de la población de 0 a 59 años[28].

[28] Hay que tener en cuenta que los datos se refieren a la población que contestó la encuesta, y estos diagnósticos no consideran todos los eventos de la morbilidad por la COVID-19 de las personas mayores de la ciudad, por dos razones: i) las personas mayores que se murieron por esta causa no respondieron la encuesta, ii) la encuesta se recolectó en el segundo semestre del año 2021, razón por la cual en esta operación estadística no se captaron los casos ocurridos posteriormente a la recolección, y

Gráfica 25. Tasas de morbilidad referida por la COVID-19. Población de 0 a 59 años y población con 60 y más años. Bogotá. 2021

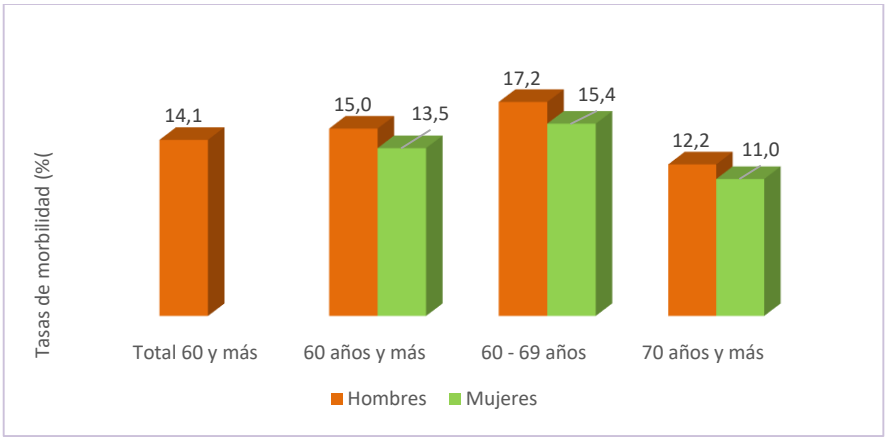


Nota: elaboración equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS con base en EM 2021

Por sexo se presentan diferenciales altos, 15 % de los hombres mayores dijo haber sido diagnosticado con la COVID-19, mientras que solo 13,5 % de las mujeres lo afirmó. En el grupo de 60 a 69 años los porcentajes son un poco más altos, 17,2 % para los hombres y 15,4 % para las mujeres.

la pandemia oficialmente continuó hasta julio de 2022 (Minsalud 2022), iii) en la encuesta se contabilizan la morbilidad referida (el entrevistado afirma haber recibido el diagnóstico).

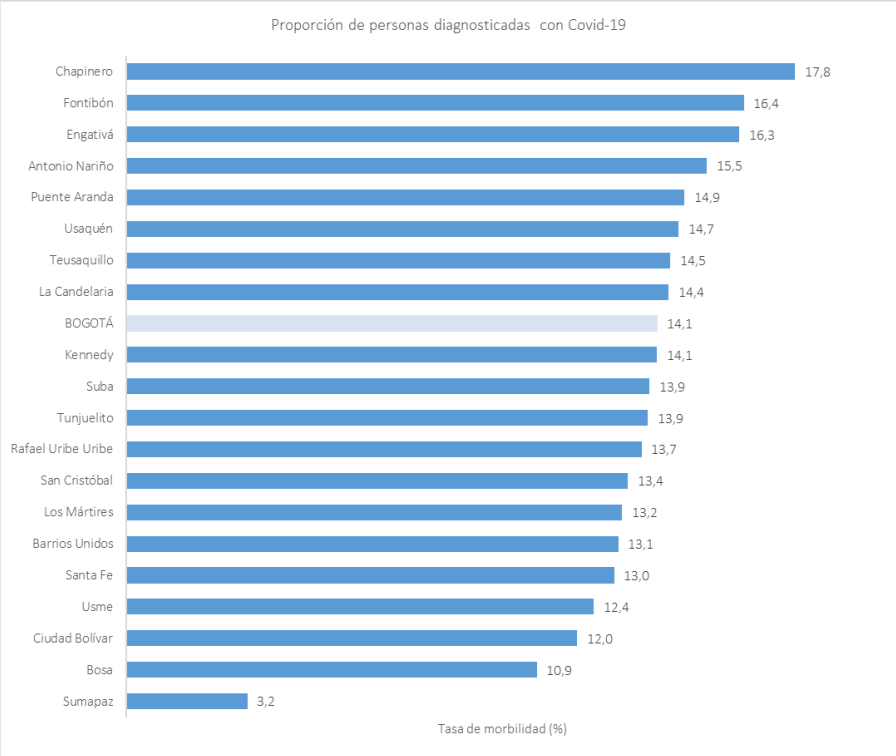
Gráfica 26. Tasa de morbilidad referida por COVID-19. Población con 60 y más años por sexo y grandes grupos de edad. Bogotá. 2021



Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS con base en EM 2021

Por localidades se tiene que Chapinero presenta la proporción más alta de personas mayores que dijeron haber tenido un diagnóstico por la COVID-19 (17,8 %), seguido por Fontibón y Engativá con 16 % cada una. Los porcentajes más bajos de diagnóstico referido se encuentran en Bosa con 10,9 % y Sumapaz, población predominantemente rural, en la que tan solo el 3 % tuvo el diagnóstico.

Gráfica 27. Tasas de morbilidad referida por COVID-19. Población con 60 y más años. Localidades de Bogotá, 2021

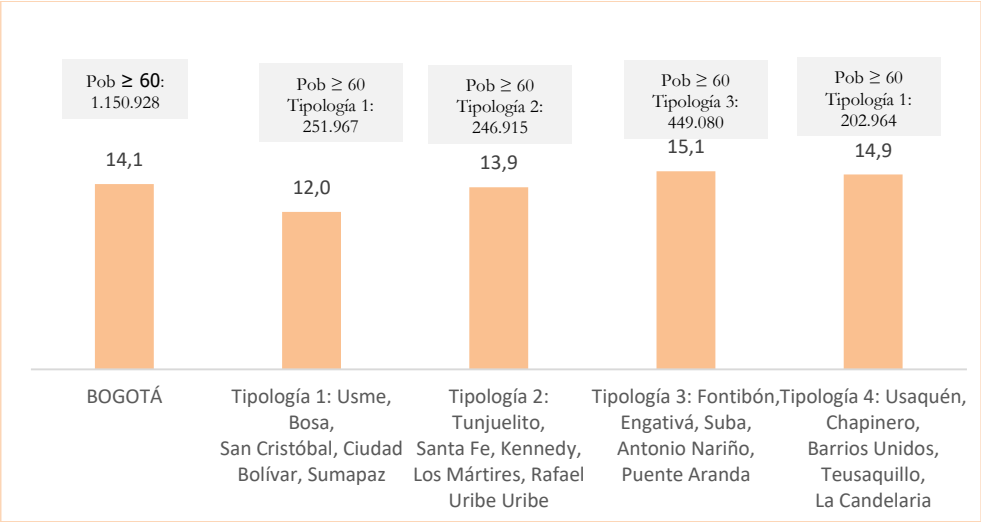


Localidad	Diagnosticados por Covid-19
2. Chapinero	5.139
9. Fontibón	9.887
10. Engativá	21.756
15. Antonio Nariño	2.136
16. Puente Aranda	6.956
1. Usaquén	16.138
13. Teusaquillo	4.890
17. La Candelaria	466
BOGOTÁ	162.662
8. Kennedy	20.003
11. Suba	27.152
6. Tunjuelito	3.492
18. Rafael Uribe Uribe	7.452
4. San Cristóbal	7.160
14. Los Mártires	1.520
12. Barrios Unidos	3.578
3. Santa Fe	1.847
5. Usme	5.717
19. Ciudad Bolívar	8.498
7. Bosa	8.858
20. Sumapaz	18

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS con base en EM 2021

Al hacer el análisis por tipologías de localidades no hay diferenciales notables en las tasas de diagnósticos referidos, como se observa a continuación:

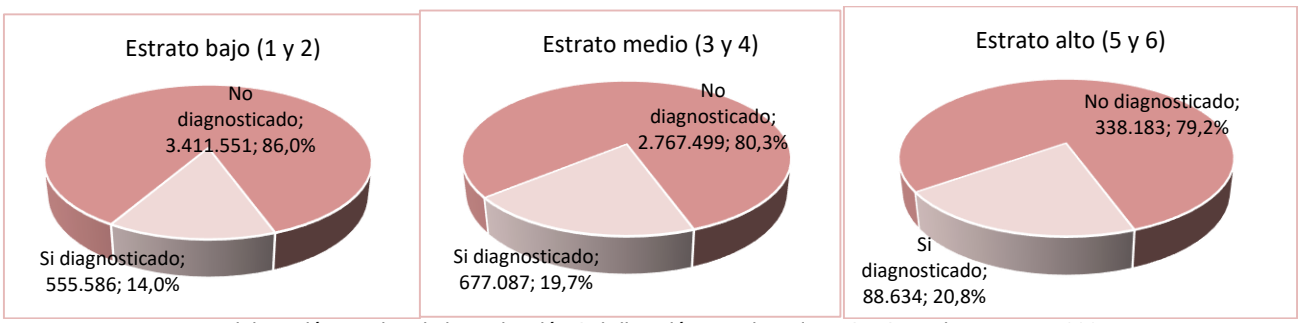
Gráfica 28. Tasas de morbilidad referida por COVID-19. Población con 60 y más años. Tipologías de localidades. Bogotá, 2021



Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS con base en EM 2021

Las variaciones según estrato social indican que, a mayor estrato social, es mayor el diagnóstico por la COVID-19. En los estratos 1 y 2, un 14 % de las personas mayores fue diagnosticada; en el estrato medio, un 19,7 %; mientras que, en los estratos 5 y 6, alcanzó el 20,8% de las personas mayores diagnosticadas.

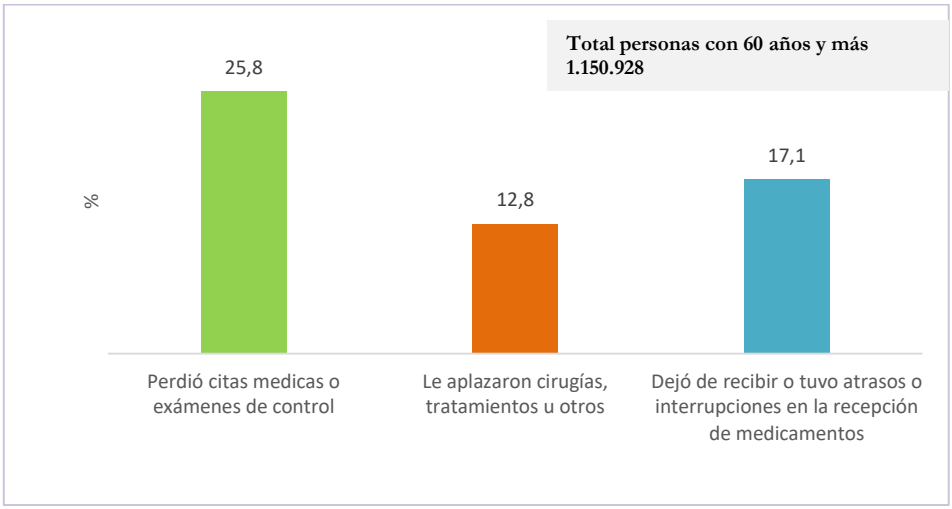
Gráfica 29. Población mayor diagnosticada con la COVID-19 según estrato social. Bogotá, 2021



Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS con base en EM 2021

Adicionalmente, es clave considerar algunas consecuencias adicionales de la pandemia sobre la atención de la salud de las personas mayores (DANE, 2021). La Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021, mide las consecuencias de la emergencia sanitaria por COVID-19 en el acceso a los servicios de salud y a medicamentos en la población mayor. Se encontró que más del 25 % de los encuestados perdió citas médicas o exámenes de control, al 12,8 % le aplazaron cirugías u otros procedimientos y el 17 % dejaron de recibir o tuvo atrasos o interrupciones en la recepción de medicamentos.

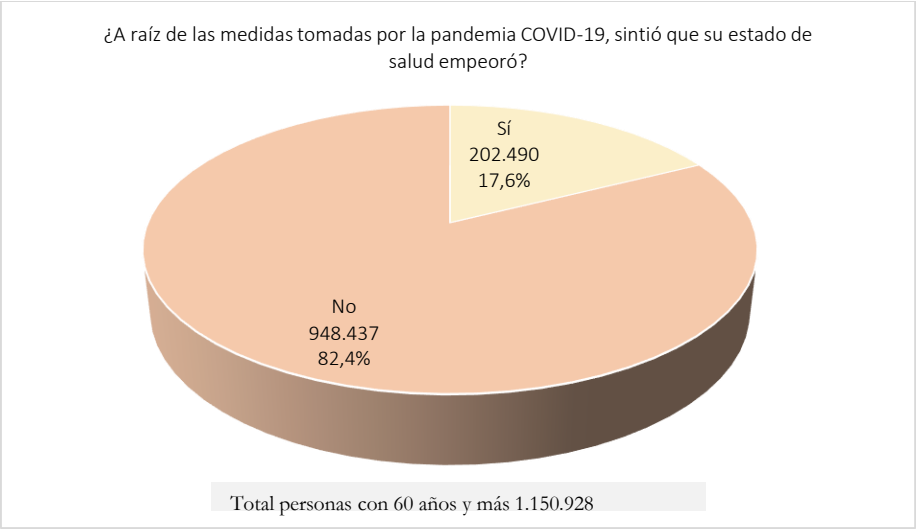
Gráfica 30. Consecuencias de la emergencia sanitaria por COVID-19 en el acceso a servicios de salud y a medicamentos. Proporción de personas con 60 y más años, Bogotá, 2021



Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS con base en EM 2021

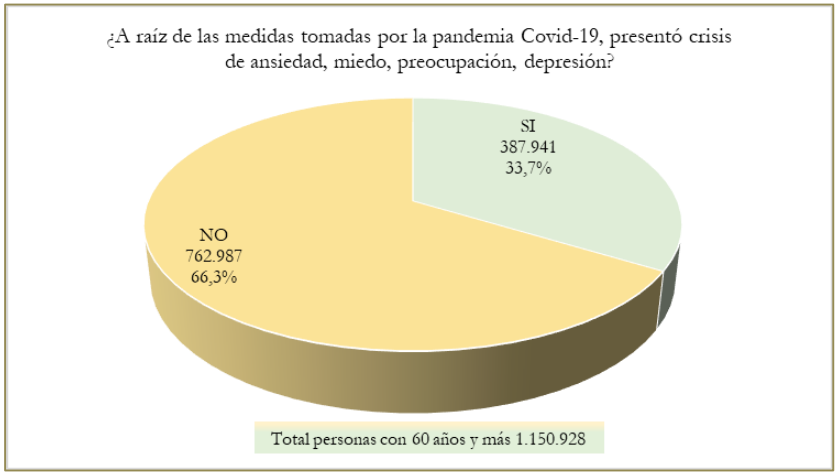
Por su parte, el 17,6 % de las personas mayores afirmó que su estado de salud empeoró a raíz de las medidas tomadas por la pandemia y el 33,7 % presentó crisis de ansiedad, miedo, preocupación o depresión.

Gráfica 31. Consecuencias de la emergencia sanitaria por COVID-19 en la percepción del estado de salud. Proporción de personas con 60 y más años, Bogotá. 2021



Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS con base en EM 2021

Gráfica 32. Consecuencias de la emergencia sanitaria por COVID-19 en la percepción de problemas psicológicos. Proporción de personas con 60 y más años, Bogotá. 2021

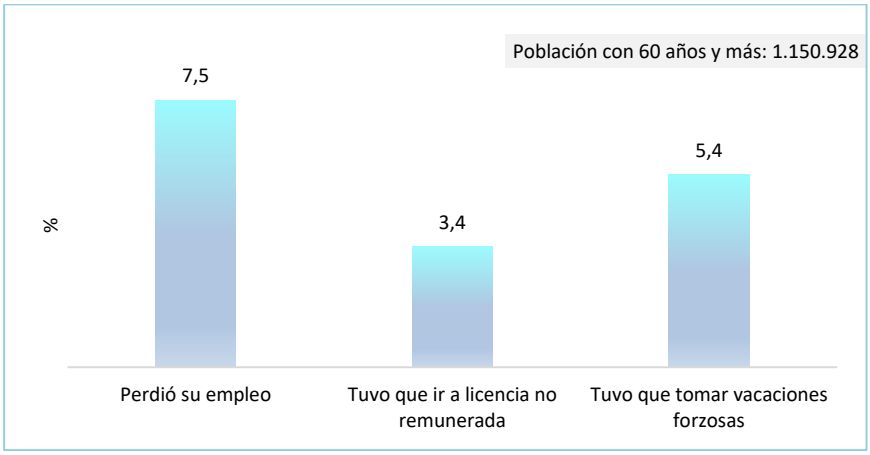


Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS con base en EM 2021

3.1.3.2 Impactos laborales y económicos de la pandemia por la COVID-19

En cuanto a las consecuencias de la emergencia sanitaria, económica y social por la COVID-19 en el ámbito laboral y económico, según la Encuesta Multipropósito 2021, 7,5 % de las personas mayores manifestaron que perdieron el empleo, el 3,4 % tuvo que ir a licencia no remunerada y el 5,4 % tomó vacaciones forzosas.

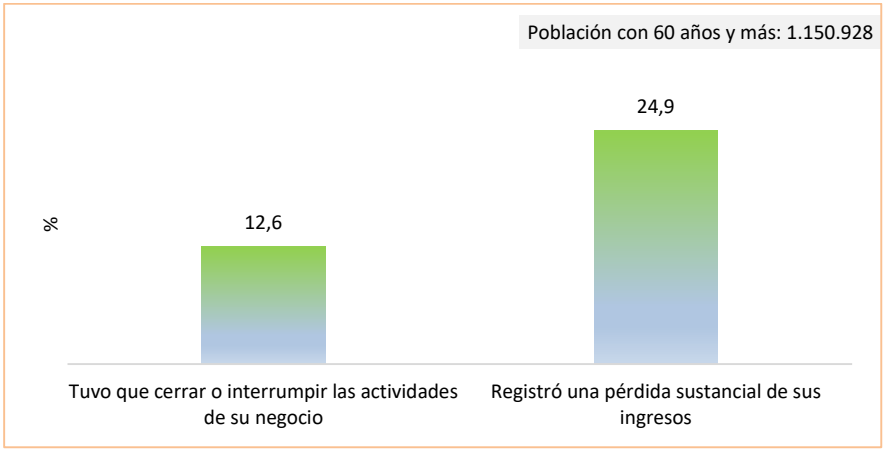
Gráfica 33. Consecuencias de la emergencia sanitaria por COVID-19 en aspectos laborales de las personas con 60 y más años, Bogotá. 2021



Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS con base en EM 2021

Un porcentaje considerable de personas mayores resultaron afectadas económicamente por la pandemia: el 12,6 % tuvo que cerrar o interrumpir las actividades de su negocio y el 24,9 % registró una pérdida sustancial de sus ingresos.

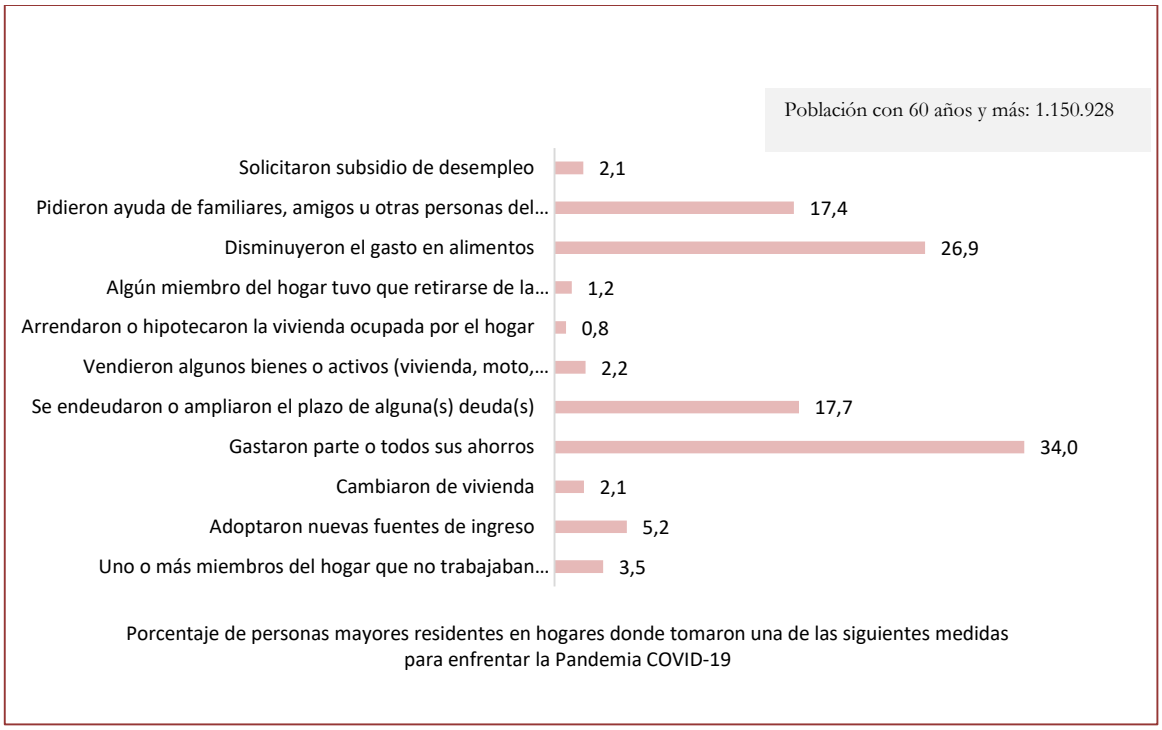
Gráfica 34. Consecuencias de la emergencia sanitaria, económica y social por COVID-19 en aspectos de la organización económica de las personas con 60 y más años, Bogotá. 2021



Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS con base en EM 2021

Los hogares bogotanos donde residen personas mayores tuvieron que tomar medidas para enfrentar la pandemia por la COVID-19: gastaron parte o todos sus ahorros (34 %), disminuyeron el gasto en alimentos (27 %), se endeudaron o ampliaron el plazo de alguna(s) deuda(s) (17 %), pidieron ayuda de familiares, amigos u otras personas del barrio, pueblo o vereda (18 %). A continuación, el detalle de esta información:

Gráfica 35. Medidas tomadas por los hogares durante la emergencia sanitaria por la COVID-19. Personas con 60 y más años residentes en hogares. Bogotá. 2021



Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez - SDIS con base en EM 2021

4. Conclusiones y recomendaciones

Con base en el alcance del análisis documental y el análisis de las condiciones de vida de la población mayor de la ciudad a partir de fuentes secundarias, a continuación, se presentan las principales conclusiones y recomendaciones como insumo para la reformulación de la Política Pública Social para el Envejecimiento y Vejez 2010-2025, y para la toma de decisiones informada sobre este grupo poblacional. Esta información se suma a los resultados del análisis de las entrevistas y grupos focales del tomo 2 de la presente investigación.

Conclusiones

- Las evidencias acerca del envejecimiento extraordinario de la población mayor de la ciudad, medido con los cambios registrados en las dos (2) últimas rondas de las EM de Bogotá 2017 y 2021 (DANE, SDP, 2018, 2022), confirman la importancia de actualizar y complementar la línea de base de la PPSEV 2015-2025. En este mismo sentido, las cohortes crecientes de población que ingresan a la vejez año a año requieren fortalecer las estrategias vigentes y generar nuevas para atender sus necesidades cambiantes.

- Para el año 2021, siete (7) localidades presentan un índice de envejecimiento mayor de 100, es decir, que la población con 60 años y más es mayor que la población menor de 15 años. En este sentido, Teusaquillo es la localidad que presenta el mayor índice de envejecimiento con 177 personas mayores por cada 100 niños y adolescentes menores de 15 años. Le siguen La Candelaria con 15 3 %, Barrios Unidos con 129 %, Usaquén y Chapinero con 123 %, Puente Aranda con 120 % y Engativá con 104 %

- Las personas mayores dedican más tiempo a actividades de trabajo no remunerado en comparación con los demás rangos de edad. En promedio, los hombres dedican 2 horas y 12 minutos diariamente, mientras que las mujeres dedican 4 horas y 5 minutos diarias (ENUT 2021, DANE, 2021a*)*, lo que implica limitaciones en su seguridad económica.

- Dos terceras partes de las personas mayores no participan en actividades económicas, y en comparación con los hombres, la proporción entre las mujeres es más alta (DANE 2022, EM 2021).

- La participación laboral de las mujeres con 60 años y más fue menor que la de los hombres de este mismo grupo de edad, y mucho menor que la de las mujeres de 25 a 59 años (GEIH 2020).

- En comparación con otras edades, más personas con 60 y más años estuvieron expuestas a los riesgos de la pandemia por la COVID-19 y volúmenes crecientes de población mayor pueden sufrir negativamente las implicaciones sociales, económicas y de salud.

- Las condiciones de vida de la población mayor, en términos de vivienda, seguridad económica, educación y salud se afectan de manera negativa a causa de la pandemia, de acuerdo con el análisis de los resultados de las EM 2017 y 2021.

- No todos los subgrupos de personas mayores vivieron la pandemia en las mismas condiciones sociales y de salud, la experiencia está marcada por factores como la longevidad, los antecedentes de salud y las condiciones socioeconómicas.

- Dependiendo de la edad y del estado de salud, el hecho de vivir solo, de no tener una pareja conyugal, de vivir en un hogar como pariente o no pariente del jefe y tener bajo nivel educativo pueden ser condiciones desfavorables para las personas mayores, en particular, en lo que tiene que ver con las implicaciones de la pandemia por COVID-19[29].

- Una tercera parte de las personas mayores tuvieron crisis de ansiedad, miedo o depresión a raíz de las medidas de aislamiento social tomadas por la pandemia, lo que ha impactado hábitos y condiciones de vida (EM 2021).

[29] El tomo 2 de este estudio justamente aborda los vínculos entre estas condiciones de vida y el impacto de la pandemia en la vida de las personas mayores

- El bienestar psicológico y la salud mental en personas mayores requiere de estudios por parte de los diferentes sectores responsables, tanto cuantitativos como cualitativos, en especial después de la pandemia, con el fin de tomar decisiones informadas de política pública que aborden esta necesidad sentida.

- La calidad de vida de las personas mayores durante y después de la emergencia sanitaria, asociada tanto en factores materiales como emocionales, se ha visto impactada positiva o negativamente dependiendo de las redes de apoyo comunitarias y familiares con las que cuentan.

- En términos de retos en la producción de conocimiento, también hay que tener en cuenta que en el análisis documental realizado no se encontraron estudios específicos referidos a aspectos de la seguridad personal, la protección y el cuidado de las personas mayores de la ciudad, en los términos en los que la PPSEV aborda estos temas. En consecuencia, en los instrumentos cualitativos del estudio (entrevista individuales y grupos focales), tomo 2, se exploran los siguientes aspectos: el acompañamiento de las personas mayores en caso de requerir apoyo legal para defensa y rehabilitación ante la privación de la libertad; las necesidades de prevención y atención de condiciones como el aislamiento, el abandono y el hacinamiento; las cargas u obligaciones que a raíz de la pandemia las personas mayores asumieron en el hogar voluntaria o involuntariamente; y los conocimientos y experiencias que tienen las personas mayores sobre las distintas formas de violencia contra el grupo poblacional al que pertenecen.

- Es importante tener en cuenta los siguientes problemas o necesidades sentidas incluidas dentro de las líneas de derechos que estructuran la PPSEV, y que no se tratan en las fuentes examinadas en el análisis documental referidas a las implicaciones de la pandemia en las personas mayores: a) seguridad personal y acceso a la justicia formal de las personas mayores; b) actividades de cultura, recreación y deporte; c) participación social durante y después de la pandemia; d) plan de vida de las personas mayores y la imagen social de la veje. Para llenar este vacío, en los instrumentos cualitativos del estudio se exploran aspectos específicos de estas cuatro dimensiones.

Recomendaciones

- Ante el envejecimiento creciente de la ciudad, se recomienda que la gestión de la PPSEV considere la necesidad de incrementar los recursos físicos, financieros, humanos, técnicos y logísticos para la implementación de la Política en los próximos años.

- Realizar una caracterización social y de salud de las personas mayores más completa, que permita determinar de manera clara y oportuna su vulnerabilidad, como insumo para el diseño de estrategias no solo de cuidado preventivo en salud, sino también de acceso a oportunidades de ingresos económicos y de participación efectiva.

- En el caso en que se requieran medidas gubernamentales extraordinarias para afrontar otra emergencia sanitaria, social y económica como la generada por la COVID-19, es necesario mantener el diálogo y la escucha con la población objetivo a la que se dirigen las acciones. En este sentido, se recomienda fortalecer no solo la organización y ejecución interinstitucional de las Políticas Públicas, sino también el diálogo con las personas mayores y las comunidades a quienes van dirigidos los servicios sociales.

- Aprovechar las lecciones aprendidas durante la pandemia y continuar con la recolección de información conjunta entre las entidades ya sea para la virtualización de trámites y servicios, como para la caracterización de necesidades y atenciones, con el fin de mejorar la prestación integral de los servicios y contar con fuentes de información confiables en la toma de decisiones de política pública.

- Fortalecer y desarrollar técnicamente el acceso virtual a los servicios sociales y de salud para las personas mayores, incorporando desarrollos informáticos que faciliten su uso y comprensión.

- Continuar con el seguimiento personalizado a las personas mayores a través de visitas domiciliarias, tanto para servicios sociales como de salud, teniendo en cuenta que algunas presentan problemas de movilidad o no cuentan con los recursos económicos para desplazamientos, entre otros factores.

- Diseñar estrategias de comunicación efectiva para informar a las personas mayores sobre los temas que afectan su calidad de vida, a través de canales efectivos y de mayor uso por parte de esta población, como la radio y la televisión.

- Evaluar los programas y servicios dirigidos a las personas mayores, dado que la pandemia introdujo cambios en los hábitos de la población mayor, que tal vez no están contemplados en su diseño original.

- Los datos indican que las personas mayores que se encuentran en situación de pobreza, sin ingresos, que viven solas en edades avanzadas y/o estados de salud precarios, así como las mujeres con edades más avanzadas que no tienen autonomía económica y no cuentan con una red de apoyo, son grupos prioritarios de atención, por lo tanto, se debe continuar con la focalización de las acciones de política pública priorizando los grupos sociales más vulnerables.

- Promover programas dirigidos a fomentar la salud mental de todas las personas en proceso de envejecimiento.

Bibliografía

Acevedo Supelano, Adriana Lucía, et al. (2020). *La COVID-19 y su efecto en la población adulta mayor en Colombia.* Revista de Extensión Cultural, Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/80354

Acosta Maldonado, Karol J. et al. (2020). *COVID-19: Análisis de las medidas implementadas por el gobierno nacional en las diferentes localidades de Bogotá D.C.* Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Estadística Aplicada a las Ciencias Sociales 2020-1. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/341554452

Acosta, Laura (2020). *Capacidad de respuesta frente a la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública*. 2020; 44: e109. Recuperado de: https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.109

Acosta, Laura, et al. (2021). *Las personas mayores frente al COVID-19: tendencias demográficas y acciones políticas.* RELAP - Revista Latinoamericana de Población Vol. 15 - Número 29: 64-117. Recuperado de: http://doi.org/10.31406/relap2021.v15.i2.n29.3 ISSN 2393-6401

Alfaro Ramos, L. K. (2021). *Dinámica familiar en la persona mayor en confinamiento por COVID-19 en el municipio de Chía Cundinamarca.* Recuperado de: https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social/940

Álvarez Villegas, A. J., Roa Saldaña, Ángela M., Ramírez Rodríguez E. (2021). *Gestión centralizada de camas de Unidad de Cuidado Intensivo e Intermedio por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de Bogotá ante el COVID-19.* Gerencia y Políticas de Salud, 20, 1-21. Recuperado de: https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.gccu

Alvis-Guzmán, N., Alvis-Zakzuk, J., Paz-Wilches, J., Fernández-Mercado, J.C & De la Hoz-Restrepo, F. (2021). *Disposición a recibir la vacuna contra COVID-19 en*

población de 80 y más años en Colombia. 2021, 22(3): 138-149, ISSN 2445-1460. Recuperado de: https://doi.org/10.1016/j.vacune.2021.10.008.

Arregocés-Castillo, L., Fernández-Niño, J., Rojas-Botero, M., Palacios-Clavijo, A., Galvis-Pedraza, M., Rincón-Medrano, L., Pinto-Álvarez, M., Ruiz-Gómez, F. y Trejo-Valdivia, B. (2022). *Effectiveness of COVID-19 vaccines in older adults in Colombia: a Retrospective, Population-based Study of the Esperanza Cohort. Lancet Healthy Longevity.* 3(4), e242-e252. Recuperado de: https://doi.org/10.1016/S2566-7568(22)00035-6

Bradshaw, Jonathan (1972). *Taxonomy of social need. G. McLachlan (Ed.), Problems and Progress in Medical Care: Essays on Current Research* (pp. 71-82) Oxford University Press.

Camargo Mendoza, Juan., Rodríguez Ariza, Daniel & Hernández Sabogal, Juan (2022). *Caracterización y factores pronóstico de mortalidad en pacientes ingresados en UCI por COVID-19 en un hospital público de referencia en Bogotá, Colombia.* Acta Colombiana de Cuidado Intensivo, Volumen 22, Suplemento 1, 2022, S19-S27, ISSN 0122-7252. Recuperado de: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0122725222000015

Camargo Rubio, Rubén Darío (2022). *Derechos humanos y dimensión social de personas vulnerables durante la pandemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2.* Acta Colombiana de Cuidado Intensivo, Volumen 22, Nro. 2, 2022, 127-136, ISSN 0122-7252. Recuperado de: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0122725220301208

Cano Muñoz, L. V., Collazos González, D., Suarez Perdomo, C. D. y Villalba Orozco, L. V. (2021). *Condiciones de bienestar de los adultos mayores en la ciudad de Neiva durante el confinamiento por COVID-19.* Repositorio institucional Universidad Cooperativa de Colombia. Recuperado de: https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/28727

Cantor-Cruz, Francy, et al. (2021). *Cuidado de la salud mental del personal de salud durante COVID-19: recomendaciones basadas en evidencia y consenso de expertos.* Revista Colombiana de Psiquiatría, Volumen 50, Nro. 3, 2021, Pages 225-231, ISSN 0034-7450. Recuperado de: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745021000470

Castro PA, Bustos JP, Rueda-Guevara P. (2022). *Estrategias de fortalecimiento de la seguridad y soberanía alimentaria en medio del Covid-19 en Colombia.* Revista biomédica. 1 de mayo de 2022; 42 (Sep. 1):25-2. Recuperado de: https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/6041

CEPAL, Comisión Económica para América Latina (2022). *Se profundiza la desaceleración de América Latina y el Caribe: en 2022 se espera un crecimiento regional de 1,8% en promedio.* Recuperado de: https://www.cepal.org/es/comunicados/se-profundiza-la-desaceleracion-america-latina-caribe-2022-se-espera-un-crecimiento

Congreso de la República. Ley/2015 del 10 sep. 2020 Por medio de la cual se aprueba la «Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores», adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015. Función Pública. Recuperado de: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=105472

DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2021). *Encuesta Multipropósito Bogotá-Cundinamarca.* Recuperado de: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/encuesta-multiproposito

DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2021). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida.* Recuperado de: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2021

DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE (2021). *Informe de seguimiento - Defunciones por COVID-19 – históricos.* Recuperado de:

https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_seguimiento_exceso_mortalidad_covid19_02mar20_05sep21.pdf

DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2021*a*). *Personas mayores en Colombia: Hacia la inclusión y la participación.* Recuperado de: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/nov-2021-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia.pdf

DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2021*b*). *XV Congreso Internacional de Envejecimiento y Vejez: "Década del Envejecimiento Saludable 2020 - 2030".* Recuperado de: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/nov-2021-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia-presentacion.pdf

DANE (2021*c*). *Boletín técnico, encuesta Multipropósito Bogotá-Cundinamarca (EM).* Recuperado de: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/multi/Boletin_EM_2021.pdf

Díaz Pinzón, J. E. (2021). *Esquemas completos aplicados contra COVID-19 priorizados por entidad territorial en Colombia.* Revista Repertorio de Medicina y Cirugía, 30. Recuperado de: https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1262

Díaz Pinzón, J. E. (2020). *Estimación de las tasas de mortalidad y letalidad por la COVID-19 en Colombia.* Revista Repertorio de Medicina y Cirugía, 29(1), 89-93.

Díaz Pinzón, J. E. (2021). *Vacunas contra COVID-19 aplicada por grupo de edad en Colombia.* Revista Repertorio de Medicina y Cirugía, 30(1), 127-131.

Flores L., Villa A., Martínez L. (1996). *Estratificación multivariante. Criterios de evaluación. Estadística Española.* Vol. 38, Núm. 141, 1996, págs. 19 a 35. Recuperado de https://www.ine.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-

Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3D141_2.pdf&blobkey=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=37%2F722%2F141_2%2C0.pdf&ssbinary=true

Laajaj, R., De Los Rios, C., Sarmiento-Barbieri, I. et al. (2021). *COVID-19 spread, detection, and dynamics in Bogota, Colombia.* Nat Commun 12, 4726 Recuperado de: https://doi.org/10.1038/s41467-021-25038-z

Londoño Morales, V. (2022). *Factores pronósticos de mortalidad intrahospitalaria en pacientes ancianos con infección por COVID-19 ingresados a un hospital de tercer nivel en Bogotá, Colombia.* Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: http://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/81004

Medina M. et al. (2020). *Bienestar y Envejecimiento de la Población Mayor en los Departamentos del país. HUSI Hospital Universitario San Ignacio.* Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana. Bogotá. ISBN 978-958-781-660-0. Recuperado de: https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/57785

Ministerio de Salud y la Protección Social. *Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2014-2024.*

Moreno-Montoya J, Ballesteros SM, Idrovo AJ. (2022). *COVID-19 distribution in Bogotá, Colombia: effect of poverty during the first 2 months of pandemic.* J Epidemiol Community Health. 2022 Feb;76(2):116-120. doi: 10.1136/jech-2020-214579. Epub 2021 Jun 30. PMID: 34193568

Nossa Agüero, P. (2021). *Percepción de soledad y su relación con el bienestar de las personas mayores en tiempos de pandemia por COVID-19 en Bogotá.* Universidad de Los Andes. Recuperado de: https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/53314

OPS - OMS (2023). *Se acaba la emergencia por la pandemia, pero la COVID-19 continúa.* Recuperado de: https://www.paho.org/es/noticias/6-5-2023-se-acaba-emergencia-por-pandemia-pero-covid-19-continua

Prada S. et al. (2022). *COVID-19 Response in Colombia: Hits and Missis.* Recuperado de: https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2022.100621

Paz-Gómez, D. M., & Pinzón Soler, S. G. (2021). *Diseño de política y capacidades estatales: Las respuestas de Bogotá para atender la emergencia en salud por covid-19.* Política. Revista de Ciencia Política, 59(1), 159–181. https://doi.org/10.5354/0719-5338.2021.61831

Pérez-Zepeda Mario Ulises, Santiago Campos-Fajardo, and Carlos Cano-Gutiérrez. (2021). *COVID-19 Related Mortality In Older Adults: Analysis Of The First Wave in Colombia and Mexico*. Rev Panam Salud Publicans 45, 2021 https://doi.org/10.25633/RPSP.2021.109

Prada, S. I., García García, M. P. y Guzmán J. (2022). *COVID-19 Response in Colombia: Hits and misses.* Health Policy and Technology, 11(2).

Rodríguez Moreno, L. M. (2022). *Perspectiva Sindémica de la COVID-19 En Bogotá: Análisis de casos reportados entre 2020 y 2021.* Universidad de los Andes, Repositorio Institucional.

Secretaría Distrital de Integración Social (2010). *Decreto 345/2010. Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez.* Recuperado de: https://www.integracionsocial.gov.co/index.php/politicas-publicas/lidera-sdis/politica-publica-envejecimiento-y-la-vejez

Secretaría Distrital de Integración Social (2015). *Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez del Distrito Capital. Línea Base actualización y complementación 2014.* Segunda Edición. Recuperado de: https://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2015politicaspublicas/18012016_Linea_base_2014_politica_publica_social_para_el_envejecimiento_y_la_vejez.pdf

Secretaría Distrital de la Mujer (2021). *Mujeres en Pandemia 2021.* Recuperado de: https://omeg.sdmujer.gov.co/phocadownload/2021/diagnosticoslocales/DL00_BOGOTA.pdf

Suárez Landazábal, O., & Araque Barboza, F. Y. (2020). *Derechos humanos del adulto mayor en el ámbito familiar colombiano en el marco del envejecimiento demográfico.* JURÍDICAS CUC, 16(1), 225–250. https://doi.org/10.17981/juridcuc.16.1.2020.09

Anexos

Anexo 1. Fichas de reseñas bibliográficas

Reseña bibliográfica analítica Nro. 1	
Título	COVID-19 response in Colombia: Hits and misses
Autor(es)	Sergio I. Prada, María Paula García-García, Javier Guzmán
Fecha	2022
Editorial o revista	Health Policy and Technology, Vol 11, N° 2, Rotterdam.
Enlace electrónico	https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2022.100621
Aspectos de interés para el estudio	Este artículo hace una breve descripción del contexto colombiano previo a la pandemia de COVID-19, analiza los efectos en salud y economía y evalúa las medidas del Gobierno Nacional para afrontar la pandemia.
Medidas gubernamentales para afrontar la pandemia generada por la COVID-19.	Los autores sostienen que el caso colombiano es único en el mundo por tratarse de un país con un sistema de salud de cobertura universal con administración público-privada, en una era de posconflicto tras 50 años de guerra civil, con una gran influencia de la migración venezolana, y una economía dependiente de sus recursos naturales. Se analizan indicadores de salud, economía, y las medidas gubernamentales publicadas a través de canales oficiales y privados desde marzo de 2020 hasta febrero de 2022. Antes de la pandemia el producto interno bruto (PIB) per cápita era de 15,688 dólares, la tasa de pobreza monetaria era de 29,4 % y la tasa de desempleo estaba en 10 %. Durante la pandemia el país tuvo la peor recesión en su historia, con una contracción del PIB real de 7 % en 2020, quedando con un PIB per cápita de 14,565 dólares, una tasa de desempleo de 20,8 % y una tasa de pobreza monetaria de 42,5 %. En el año 2021 hubo una recuperación, pues la tasa de desempleo quedó en 13,77 %, y el PIB real creció un 6,1 %. Sin embargo, aún no se alcanzan los indicadores económicos previos a la pandemia. En este artículo se sostiene que la respuesta del Gobierno Nacional a la pandemia de COVID-19 fue exitosa en 4 puntos claves: i) Una respuesta organizada y temprana: la capacidad de diagnósticos de la COVID-19 en Colombia mejoró rápidamente, pues 5 meses después de conocerse el primer caso en Colombia, ya se realizaban aproximadamente 43.000 pruebas de COVID-19 por día. Se creó el Puesto de Mando Unificado integrado por ministerios clave, agencias nacionales e internacionales de salud, y expertos epidemiólogos para tomar las decisiones relacionadas a la pandemia. Mientras se mejoraba la capacidad del sistema de salud, y en específico el número de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), se tomaron medidas para disminuir el contagio masivo comenzando por la cuarentena nacional desde el 25 de marzo de 2020. En mayo se publicó el plan de reapertura económica que comenzó por abrir el sector de la construcción y la manufactura. El 1 de septiembre de 2020 la cuarentena general
Medidas gubernamentales para afrontar la pandemia generada por la COVID-19.	

Reseña bibliográfica analítica Nro. 1	
(Continuación)	fue levantada en para empezar la reactivación económica, no sin dejar algunas restricciones y estableciendo nuevas medidas según el nivel de contagios. ii) Un sistema de salud fuerte y resiliente: se incrementó infraestructura y recursos humanos, para septiembre de 2020 Colombia adquirió cerca de 6000 nuevos ventiladores, el número de UCI se incrementó 133,4 % desde junio de 2020 a septiembre de 2020. También se incrementó el personal de salud y se ordenó que los médicos residentes apoyaran las labores de respuesta a la pandemia. iii) Estrategia de vacunación nacional basada en la inclusión, la equidad y el riesgo: el Plan Nacional de Vacunación tuvo 2 fases: la primera apuntaba a reducir la mortalidad en adultos mayores, personas con comorbilidades y personal de salud; y la segunda fase buscaba reducir el contagio en la población en general. Es de resaltar que se otorgó estatus de protección especial a toda la población de venezolanos migrantes regulares e irregulares, para que accedieran al sistema de salud y al Plan Nacional de Vacunación. iv) Estrategia de vacunación exitosa debido a una red extensa y receptiva: dado el limitado acceso a las dosis de la vacuna, el Ministerio de Salud tuvo que adecuar el plan para maximizar los beneficios, en primer lugar, aumentando el tiempo entre la primera y segunda dosis para incrementar rápidamente el número de personas con al menos una dosis. Además, se utilizó la vacuna de Janssen para lugares apartados, toda vez que solo se necesita una dosis. Y finalmente se agregó una dosis de refuerzo al plan de vacunación, comenzando de nuevo con grupos de riesgo por edad y comorbilidades. El esquema de vacunación inició el 17 de febrero de 2021. Para julio de 2021 se alcanzó la etapa de vacunación más larga con menos de la mitad de las personas vacunadas, pero con un decrecimiento en los contagios y muertes tras haber pasado la tercera y más grande ola de contagios. Para noviembre de 2021 aproximadamente el 60 % de las personas estaban vacunadas, y para el cuarto pico a mediados de enero de 2022 aproximadamente el 78 % de las personas estaban vacunadas. Las medidas gubernamentales que no funcionaron también pueden organizarse en 4 puntos clave: i) El gobierno escogió un mal momento para la reforma tributaria: en abril de 2021 se propuso una reforma tributaria que no tuvo buena acogida entre la población, lo que causó manifestaciones. Esto coincidió con un aumento en los casos de COVID-19 y dificultó la ejecución del Plan Nacional de Vacunación en algunas zonas. ii) La cuarentena fue más larga de lo que el país podía soportar: aunque la primera cuarentena fue establecida rápidamente y fue seguida estrictamente por la población, después siguieron cuarentenas más cortas, territorial y sectorialmente diferenciadas, que creaban confusión y un menor acatamiento por parte de las personas. iii) La adquisición de vacunas de COVID-19 empezó tarde: Colombia inicialmente buscó adquirir las vacunas por medio del mecanismo internacional COVAX, pero este no privilegió a los países de menores ingresos, por lo que Colombia tuvo que iniciar negociaciones directamente con las farmacéuticas e incluso recibir donaciones de diferentes países. Esto trajo retrasos para iniciar la vacunación, si se

Reseña bibliográfica analítica Nro. 1	
	compara con países de mayores ingresos. En abril de 2021 el gobierno permitió que entidades privadas compraran y distribuyeran vacunas, pero esto no fue suficiente. iv) La vacilación sobre vacunarse no ha sido exitosamente tratada: algunas personas tenían dudas sobre vacunarse, debido a los posibles efectos secundarios. Por su parte el gobierno no dio ningún incentivo para vacunarse hasta noviembre de 2021, cuando vetó la asistencia de personas no vacunadas a diferentes establecimientos comerciales y eventos públicos. En febrero de 2022 se quitó el uso obligatorio de tapabocas en espacios públicos en los municipios con un 70 % de vacunados, dado que la vacunación había mostrado un efecto muy positivo en la reducción de las muertes por COVID-19. Tras la lectura de este artículo cabe realizar algunas apreciaciones: en primer lugar, se menciona que el sistema de salud fue fuerte y resiliente, pero Diana Paz-Gómez y Sindy Pinzón Soler (en su artículo reseñado en este trabajo) sostienen lo contrario, por lo menos para el caso de Bogotá, que además de tener un sistema de salud débil enfrentó ser el sexto lugar en el mundo con más casos de COVID-19 por millón de habitantes. Los dos artículos en discusión señalan la rápida coordinación del sistema de salud para enfrentar la pandemia, pero el presente artículo parece ignorar la difícil situación en la que se encontraba el sistema de salud colombiano, y la precaria situación en la que tuvieron que trabajar muchas personas del sector salud, sin los recursos, la dotación o los medicamentos apropiados para atender a los pacientes, enfrentando además cargas laborales desproporcionadas. Aunque este artículo no hace ningún énfasis en la población mayor, se puede inferir que la gran recesión económica en 2020 también fue vivida por muchas personas mayores, cuestión que se suma a la posible pérdida de familiares o personas cercanas. Para abrir una discusión sobre política pública, el Plan Nacional de Vacunación permite observar la relevancia de la planeación y priorización de grupos poblacionales de acuerdo con características sociodemográficas, para maximizar el resultado de la ejecución de recursos limitados.
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia	Este artículo no enfatiza en las estadísticas asociadas a la COVID-19, sin embargo, menciona los siguientes puntos: Colombia fue especialmente golpeada por la pandemia de COVID-19, con más de 138.000 muertes por COVID-19, y más de 6 millones de casos confirmados para febrero de 2022. En el ranking mundial de muertes por 100.000 personas, Colombia está en la posición 22 entre 187 países. Durante el primer mes de la pandemia, Colombia tuvo 17.7 casos confirmados y 16 muertes por millón de habitantes. Para febrero de 2022 Colombia había sido golpeada por cuatro olas de contagio, en agosto de 2020, enero de 2021, junio de 2021 y enero de 2022. Para cada una de estas olas el número de nuevos casos por día por millón de habitantes alcanzó un máximo de 255, 411, 644 y 694. En 2021 Colombia aseguró un total de 83,4 millones de vacunas a través de COVAX (COVID-19 Vaccines Global Access), y 7 millones adicionales por donaciones, dosis suficientes para alcanzar el 83,7 % de la población.
Implicaciones sociales y económicas de la	El artículo no analiza las condiciones específicas de las personas mayores durante la pandemia, solo menciona que en el esquema de vacunación fueron priorizadas.

Reseña bibliográfica analítica Nro. 1	
pandemia generada por la COVID-19	Además, es de esperarse que la crisis económica del 2020 también les afectara, sumándose a la posible pérdida de seres queridos.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022.

Reseña bibliográfica analítica nro. 2	
Título	Diseño de política y capacidades estatales: las respuestas de Bogotá para atender la emergencia en salud por COVID-19
Autor(es)	Diana Paz-Gómez; Sindy Pinzón Soler
Fecha	2021
Editorial o revista	Política / Revista de Ciencia Política, Vol. 59, N° 1, pp. 159-181. Santiago de Chile.
Enlace electrónico	https://doi.org/10.5354/0719-5338.2021.61831
Aspectos de interés para el estudio	En este artículo se analizan las medidas del Gobierno de Bogotá para afrontar la pandemia del COVID-19, haciendo especial énfasis en la capacidad estatal, sus aciertos y falencias.
Medidas gubernamentales para afrontar la pandemia COVID-19	Tras el primer caso de COVID-19 en Colombia el gobierno nacional publica los Decretos 417 y 418 del 2020, declarando la emergencia social, económica y ecológica a nivel nacional. Las primeras medidas nacionales en el "Plan de respuesta y contingencia ante el Coronavirus" estaban orientadas a fortalecer las capacidades operativas y organizativas del sistema de salud para enfrentar la pandemia. Al inicio de la pandemia el Ministerio de Salud comenzó por establecer "medidas de confinamiento de niños hasta el 20 de abril del 2020 y mayores de 70 años hasta el 30 de mayo". Posteriormente, en agosto se daba inicio a procesos de reactivación económica que daba a los alcaldes del país la decisión de abrir o cerrar actividades económicas y zonas territoriales según consideraran necesario, previa aprobación del ministerio de salud. Estas medidas se daban para enfrentar los impactos sociales y económicos de la primera ola de contagios, y continuarían a pesar de la segunda y tercera ola. Por su parte, las medidas del gobierno de Bogotá pueden organizarse en 3 dimensiones: distanciamiento social, sanitarias y atención al paciente. i) En las medidas de distanciamiento social se pueden encontrar principalmente las cuarentenas generales con permiso para salir solo a ciertas actividades, pico y género para salir a realizar dichas actividades, circulación de una sola persona por núcleo familiar, toque de queda y aislamiento estricto en ciertas localidades, etc. ; ii) Entre las medidas sanitarias están las visitas domiciliarias y la atención virtual de servicios de salud, brindar atención preferencial a personas mayores de 70 años o con comorbilidades, realizar pruebas de coronavirus gratis en diferentes puntos de la ciudad, la estrategia DAR (Detecto, Aíslo, Reporto), y fomentar el teletrabajo; iii) En las medidas de atención al paciente estuvieron las medidas de transferencias monetarias a hogares en pobreza, distribución de renta básica, giros para pago de arriendo solidario, ayudas alimentarias,

Reseña bibliográfica analítica nro. 2	
Medidas gubernamentales para afrontar la pandemia COVID-19 *(Continuación)*	programa de donaciones Bogotá Solidaria en Casa, subsidios y reconexión de servicios públicos, jornadas de desinfección en estaciones de Transmilenio, canales de atención a la violencia de género en los hogares y a trastornos psicológicos derivados del contexto de la pandemia, seguimiento de pacientes con COVID-19 y campañas de donación de plasma. Hay que resaltar que estas medidas se implementaban de acuerdo con el nivel de contagio por localidades, pues "el 55 % de los casos por COVID-19 se concentran en Suba (15, 2%), Kennedy (13,3 %), Engativá (11,2 %), Usaquén (7,8 %) y Bosa (7,4 %). Las localidades con menores tasas de contagios por COVID-19 son Sumapaz con 20 casos positivos, La Candelaria, 4.332 […], Mártires, 10.896 y Antonio Nariño, 10.664". En los primeros 6 meses de la pandemia las estrategias de fortalecimiento del sector salud se enfocaron en los hospitales públicos, pero se aclara que también se hizo un gran trabajo de coordinación con el sector privado. "Al principio de la pandemia Bogotá contaba con 967 camas UCI al 22 de marzo del 2020, para el 1 de mayo del 2021 su capacidad aumentó a 2.466 camas UCI de las cuales 2.025 se destinaron a pacientes con COVID-19". Entre marzo y septiembre de 2020 se habilitaron 2.000 nuevas camas de baja complejidad en varias entidades incluidas 274 en Corferias. Además, en los primeros meses el gobierno compró 200.000 pruebas para COVID-19, con el objetivo de realizar de 1.400 a 3.000 pruebas diarias. En la Resolución 521 de 2020 se desplegaron 84 equipos de atención domiciliaria enfocados en la población mayor o con factores de riesgo, población que también fue priorizada por el pan de vacunación, que había aplicado un millón de dosis al 2 de mayo de 2021. Otras medidas a resaltar fueron la contratación de personal de salud y su capacitación, el desarrollo de plataformas virtuales para mejorar la atención a pacientes y usuarios del sistema de salud, la contratación de expertos epidemiológicos. Bogotá destacó porque a pesar de tener las mayores tasas de contagio del país, logró una buena coordinación con instituciones privadas y públicas, y negoció directamente con algunas farmacéuticas encargadas del diseño de la vacuna. Como conclusión, "la pandemia por COVID-19 dejó en evidencia las (in) capacidades de política de los gobiernos locales para asumir esta crisis con sistemas de salud débiles, bajos presupuestos, y sin ninguna experiencia" enfrentando contagios de este tipo. Hubo una mala articulación con gobierno nacional, pero una buena articulación con entidades locales públicas y privadas, y con la gobernación de Cundinamarca, por ejemplo, para el cruce de información necesaria para la planeación general de las medidas de pandemia, y la atención en salud y en programas socioeconómicos. Para evitar desacuerdos, el gobierno nacional centralizó las decisiones sobre cómo tratar la pandemia, pero tuvo grandes críticas del gobierno local. Por otro lado, el apoyo de la población al gobierno de Claudia López se perdía en relación con los picos de contagio, los cierres del comercio, la tensa relación con el gobierno central, y el tratamiento a las manifestaciones del 2020. Para el tema de interés de esta investigación se puede rescatar que salta a la vista la necesidad de articulación entre el gobierno nacional y el local, para el buen funcionamiento de una política pública. Como también hay que mantener una buena coordinación con las instituciones privadas y públicas locales. Hay que

Reseña bibliográfica analítica nro. 2	
	mantener el dialogo y la escucha con la población objetivo de la política pública, pues de esta forma habrá un mejor recibimiento de las medidas gubernamentales por parte de la ciudadanía, y si no se escucha a las personas, no se conocen las necesidades sentidas de la población. La virtualización de los servicios, y la construcción coordinada y compartida de las bases de datos tuvieron un gran desarrollo durante la pandemia, este trabajo debe mantenerse para agilizar la burocracia, mejorar la prestación de los servicios y tener fuentes de información para la toma de decisiones políticas. Otra práctica que debería mantenerse en la atención a personas mayores son las visitas domiciliarias y el seguimiento personalizado para brindar servicios sociales y de salud, pues muchos adultos mayores viven solos, tienen dificultades para salir a la calle, o no acuden a los servicios por desconocimiento.
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia	Este artículo no hace énfasis en las estadísticas de salud pública, ni menciona nada sobre los grupos de población mayor en específico. Sin embargo, sostiene que "en los primeros noventa días de la presencia del virus en el país, Colombia presentó una tasa baja de contagio con 33.354 casos positivos" (p. 161). Pero para enero de 2021 Colombia registraba 1.908.413 casos de COVID-19, mientras que Bogotá registraba 556.405 casos confirmados. El número de fallecidos a la fecha por COVID-19 en Colombia era 48.631, y en Bogotá 11.243. “Esto ha significado que del total de reportados con COVID-19 en el país al 1 de mayo del 2021, el 27,6 % se concentran en Bogotá” (p. 166). La tasa de contagio de Bogotá fue la más alta a nivel nacional, con 14 %, mientras que la tasa de contagio a nivel nacional era 7 %. “En términos globales, Bogotá ocupa el sexto lugar en número de casos por millón de habitantes, detrás de ciudades como Miami, Nueva York, Madrid, Londres y otras urbes latinoamericanas (Salud Data, 2021)” (p. 166). Hay que recordar que el primer pico de la pandemia en Bogotá fue entre julio y agosto de 2020 tras la reapertura de actividades en el mes de junio. Posteriormente ocurrieron los picos de noviembre de 2020 y enero de 2021. Para finalizar mencionan que “la tasa de mortalidad en hombres es mayor (271,9 x 100.000 habitantes) en comparación con las mujeres (140 x 100.000 habitantes)” (p. 166).
Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia generada por la COVID-19	Este artículo en ningún momento analiza la situación de las personas mayores específicamente, pero menciona que durante la pandemia de COVID-19 los adultos mayores fueron a quienes en primera medida se les impuso restricciones para salir a la calle, y también a quienes en primera medida se les dio atención prioritaria en salud (incluidas las visitas domiciliarias), vacunación, y algunas ayudas económicas. En artículo no menciona nada más, pero cabe inferir que las personas mayores tuvieron cargas psicológicas asociadas al riesgo de contagio, a la información de medios de comunicación que recalcaban que las personas mayores pertenecían a una población con una gran tasa de letalidad frente al COVID-19, y al aislamiento social. Hay que tener en cuenta que según el DANE (2020) la población mayor de Bogotá es el grupo etario con más crecimiento entre 2017 y 2022. Además, conforme aumenta la edad, la mortalidad y la discapacidad crecen, creando nuevos retos para las personas mayores (Medina M. et al., 2020). Según el INS (2022) la mortalidad por COVID-19 fue la más alta en la población mayor. Esto

Reseña bibliográfica analítica nro. 2	
	sumado a los cambios que trajo la emergencia sanitaria generada por el COVID-19 hace necesaria el fortalecimiento y la reformulación de la PPSEV en busca de asegurar los derechos humanos de las personas mayores.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022.

Reseña bibliográfica analítica nro. 3	
Título	Decreto No 655 del 28 de abril de 2022
Autor(es)	Ministerio del Interior (2022).
Fecha	2022
Editorial o revista	DAPRE-Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. Colombia
Enlace electrónico	https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20655%20DEL%2028%20DE%20ABRIL%20DE%202022.pdf
Aspectos de interés para el estudio	Con este decreto emitido el 20 de abril de 2022 el gobierno de Colombia imparte instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia de COVID-19, y el mantenimiento del orden público, se decreta el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable y la reactivación económica segura. Además de las medidas de orden legal se presenta la evolución de indicadores de morbimortalidad para 2020 y 2021
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia	El Decreto 655 en mención presenta para los años 2020 y 2021 la evolución de los indicadores de morbimortalidad, tomando como base la información reportada por la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud: -A 25 de Julio de 2020 la letalidad a causa de COVID-19, que establece el porcentaje de personas que han fallecido por esta situación con respecto a los casos identificados como positivos para este evento es de 3,4 2% en Colombia frente a una tasa de letalidad mundial de 3.91 %. Para esta misma fecha la positividad de las pruebas de laboratorio que establece cuál es el porcentaje de muestras positivas con respecto al total de muestras procesadas, fue de 21 %. -A 24 de septiembre de 2020, la tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes es de 45.16 para el país, mientras que la letalidad total es de 3,2 %, en menores de 60 años es de 0,92 % y en mayores de 60 años es de y 16.09%. -A noviembre 24 de 2020 hay un total de 1.252.494 casos confirmados, 1.167.857 casos recuperados, con una tasa de contagio acumulada de 2.506,32 casos por 100.000 habitantes, 35.677 fallecidos y una tasa de mortalidad acumulada de 70,83 por 100.000 habitantes; una letalidad total de 2,83% (0,78 % en menores de 60 años y 1,39 % en personas de 60 y más años). -A 25 de febrero de 2021, Colombia presenta un total de 2.237.541 casos confirmados, de los cuales el 95,4 % (2.134.054) son casos recuperados, y el 1.7

Reseña bibliográfica analítica nro. 3	
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia *(Continuación)*	% (37.361) son casos activos, con una tasa de contagio de 4.442 casos por cada 100.000 habitantes. En cuanto a las muertes, presenta un total de 59.250 casos fallecidos, con una tasa de 117.64 muertes porcada 100.000 habitantes y una letalidad de 2,6 %. -A 28 de mayo de 2021, en Colombia el número de contagios por COVID-19 confirmados asciende a 3.319.193 casos de los cuales el 3,6 % (120.276) se encuentran activos actualmente, con una tasa de contagio acumulada de 6.589,31 casos por 100.000 habitantes. - A 29 de noviembre de 2021, en Colombia el número de contagios por COVID-19 confirmados asciende a 5.065.373 casos de los cuales el 0,3 % (13.913) se encuentran activos actualmente, con una tasa de contagio acumulada de 9.988,51 casos por 100.000 habitantes. Así mismo, cabe resaltar que la situación epidemiológica por causa del COVID-19 ha reportado una mejoría de sus indicadores epidemiológicos, tales como la reducción de la positividad, la cual luego de haber alcanzado un pico de 36.7 % en el mes de julio de 2021, para el mes de noviembre del mismo año con corte al 12 de noviembre se encuentra en 5 %, así mismo se ha registrado una disminución en la ocupación de UCI que se ha mantenido por debajo del 60 %. Que según el Plan Nacional de Vacunación, adoptado mediante Decreto 109 de 2021, modificado posteriormente por varios decretos, al 25 de abril de 2022, de las 51.049.498 personas de la población colombiana según Censo DANE, el 83.1 % de la población cuenta con primeras y únicas dosis, y 69, 4%, tiene aplicada las segundas o únicas dosis y el 22,2 % se les ha aplicado el refuerzo, lo cual significa que aún existe un porcentaje importante de la población que no ha completado el esquema de vacunación. Este Decreto no informa acerca de las condiciones de vida de las personas mayores, pero pone de presente que el artículo 46 de la Constitución Nacional contempla que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas mayores y les garantizará los servicios de seguridad social integral. Este Decreto menciona que la Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud dispone en el artículo 5 que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, como uno de los elementos fundamentales del Estado Social de Derecho.

Elaboración equipo de investigación. Subdirección para la Vejez, 2022.

Reseña bibliográfica analítica nro. 4	
Título	Decreto No 039 del 14 de enero de 2021
Autor(es)	Ministerio del Interior (2021)
Fecha	2021

Reseña bibliográfica analítica nro. 4	
Editorial o revista	DAPRE-Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. Colombia
Enlace electrónico	https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/Decreto-039-14-enero-2021.pdf
Aspectos de interés para el estudio	Por medio de este decreto se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia COVID-19, y el mantenimiento del orden público, y se decreta el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable.
Medidas gubernamentales para afrontar la pandemia COVID-19	El decreto da cuenta de los actos administrativos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social que dieron paso a la declaración de la emergencia sanitaria y las prórrogas que se dieron durante el año 2020. Inicialmente, con la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, declaró la emergencia sanitaria por causa del COVID-19, hasta el 30 de mayo de 2020, y adoptó medidas sanitarias con el objeto de prevenir y controlar la propagación del COVID-19 en el territorio nacional y mitigar sus efectos. Por medio de posteriores resoluciones se prolongó la emergencia sanitaria hasta el 28 de febrero de 2021. También hace un recuento de los decretos que emitió la Presidencia de la República durante el año 2020, con el fin de orientar el manejo de la emergencia sanitaria por el COVID-19.
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia	Con base en información del Ministerio de Salud y Protección Social, en el Decreto 039 se presenta la evolución en el tiempo las cifras de personas contagiadas en el país en 2020 y comienzos de 2021, como sigue: i) el 17 de marzo de 2020 se presentaban en el país 75 casos de personas infectadas con el COVID-19 y cero (0) fallecidos, cifra que fue creciendo de la siguiente manera: ii) 906 personas al 31 de marzo, iii) 6.507 personas al 30 de abril, iv) 97.846 personas contagiadas al 30 de junio, de las cuales hay 52.279 casos activos, v) 551.696 personas contagiadas al 24 de agosto, 148.807 casos activos y 17.612 fallecidos, vi) 1.025.052 personas contagiadas al 25 de octubre, 68.310 casos activos y 30.348 fallecidos, vii) 1.584.903 personas contagiadas al 25 de diciembre, 94.682 casos activos y 41.943 fallecidos, viii) 1.816.082 personas contagiadas al 12 de enero de 2021, de las cuales hay 117.293 casos activos y 46.782 fallecidos. Para Bogotá al 12 de enero de 2021 se habían reportado 525.622 casos de personas contagiadas. El Decreto 039 en mención presenta la evolución para el año 2020 de los indicadores de morbimortalidad, tomando como base la información reportada por la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud. Presenta el análisis que hace el INS en un reporte del 8 de julio de 2020, acerca de por qué no se llegó al pico epidemiológico de COVID-19 en Colombia proyectado para la primera mitad de mayo de 2020 y pronostica que el pico se alcanzaría a mediados de septiembre de 2020. La Oficina de Estudios Económicos del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, en el documento "Proyecciones e impacto del COVID-19 en Colombia" del 13 de enero de 2021 hace un análisis de la evolución del Indicador de Seguimiento a la Economía (ISE) producido por el DANE. El análisis abarca desde el inicio de la emergencia sanitaria hasta finales de 2020.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022.

Reseña bibliográfica analítica nro. 5	
Título	Reportes de situación COVID-19: Colombia.
Autor(es)	Organización Panamericana de la Salud OPS-OMS (2020, 2022)
Fecha	2020-2022
Editorial o revista	Página web OPS/OMS
Enlace electrónico	https://www.paho.org/es/reportes-situacion-COVID-19-colombia
Aspectos de interés para el estudio	Se encuentra un listado con 285 reportes de situación del COVID-19 en Colombia de la OPS, con base en información producida por el Ministerio de Salud y Protección social y el Instituto Nacional de Salud.
Medidas gubernamentales para afrontar la pandemia COVID-19	- El primer reporte mostrado corresponde a la fecha de corte del 29 de marzo de 2020. Se describen las medidas tomadas por el gobierno de Colombia frente al COVID-19 en 4 grandes áreas: i) planeación, coordinación y seguimiento, ii) medidas de contención y aislamiento preventivo obligatorio, iii) medidas económicas y sociales, iv) medidas prevención, diagnóstico y atención. Estas medidas se tomaron en las tres semanas del 10 al 28 de marzo. En este primer reporte se presenta el número de casos, de fallecidos y de recuperados para el total del país. Por departamentos, por sexo y por grandes grupos de edad. - El reporte de agosto 31 de 2020 presenta además del número de casos, los indicadores estratégicos de seguimiento: morbilidad, mortalidad, letalidad, hospitalización general, hospitalización UCI, positividad. Incluye la tasa de incidencia acumulada, procesamiento de muestras para PCR, indicadores de oportunidad en el diagnóstico, identificación y análisis de población en condición de mayor vulnerabilidad o riesgo de contagio, entre otros más. Presenta la situación en el país, por grupos de edad, por regiones, departamentos y ciudades capitales de mayor número de casos. - El reporte de enero 15 del 2021 presenta los indicadores estratégicos de seguimiento, los indicadores de incidencia por departamentos, distribución de casos activos por sexo, información de poblaciones específicas; indígenas, afrocolombianos, poblaciones en condición de vulnerabilidad. Se muestra el seguimiento a la situación de algunos municipios que tienen incremento en la proporción de casos - El reporte de agosto 25 de 2022 presenta los indicadores estratégicos de seguimiento, indicadores de incidencia, el procesamiento de muestras para diagnóstico - En las tres semanas del 10 al 28 de marzo de 2020 se dictaron medidas económicas y sociales para aliviar el impacto de la pandemia, algunas son: congelamiento de tarifas del servicio de agua y reconexión de servicio de agua en personas de ingresos

Reseña bibliográfica analítica nro. 5	
	bajos que no han pagado el servicio; reducción del precio de la gasolina, refinanciación de deudas; créditos para el sector agropecuario con el fin de garantizar el abastecimiento de alimentos; reducción de la tasa de interés de 4,25 a 3,75 % por parte del Banco de la República; alivios y ayudas financieras para particulares y empresarios; ayudas y beneficios por parte de la Unidad de Víctimas del Conflicto. - A 31 de agosto de 2020 ante la disminución en el porcentaje de ocupación de las UCI para la atención de COVID-19 la Secretaría de Salud de Bogotá autoriza la reapertura de servicios de salud de cirugías no urgentes, odontología y consulta externa con varias recomendaciones para que su prestación sea segura tanto para los pacientes, como para el personal de la salud. - A enero 15 del 2021 el Ministerio de Salud y Protección Social declara que se han destinado 1.5 billones de pesos para adquisición de vacunas, aunque la inversión final podría ser de cerca de 2 billones.
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia	Se muestran los siguientes datos en 4 momentos del acontecer de la pandemia y de la postpandemia: - A 29 de marzo de 2020 se tenían 702 casos, 10 defunciones y 10 recuperados. Bogotá es la ciudad con el mayor número de reportes de casos de COVID-19: 297 casos confirmados y cinco muertes. 51 % en hombres; 87 % (259) de los casos son atendidos en casa y 10 % (30 casos) hospitalizados. - A 31 de agosto de 2020 Colombia reporta 615.168 casos y 19.663 defunciones. Presenta una tasa de morbilidad de 1.221,2 por 100.000 habitantes (frente a 12,9 del 1 de abril), una tasa de mortalidad de 390,4 por millón de habitantes (frente a 5,8 del 1 de abril) y una tasa de letalidad de 3,3 % habitantes (frente a 4,5 del 1 de abril). Las principales comorbilidades entre los fallecidos son Hipertensión (22,0 %), Diabetes (13,3 %), enfermedad respiratoria (8,4 %), enfermedad cardiaca (6,7 %) y enfermedad renal (7,2 %). En el Distrito Capital se han reportado 211.300 casos confirmados, 5.437 muertes. El 50,7 % (107.215) de los casos se presentaron en mujeres. Del total de los casos el 22,6 % (47.667) son atendidos en casa, el 71,5 % (151.131) están recuperados, el 2,9 % (6.194) han sido hospitalizados y el 0,3 % (540) han recibido atención en UCI. Los grupos de edad donde se concentran más casos están entre los 20 a 39 años de edad, con el 44,4 % (93.669), el 14,1 % (29.674) de los casos se reportan entre las personas mayores de 60 años de edad. El 55,0 % de los casos se concentran en las localidades de Kennedy con el 14,4 % (28.398) de los casos, el 13,5 % (25.740) en Suba, el 9,6 % (18.981) en Engativá, el 9,6 % (18.981) en Bosa y el 9,4 % (18.524) en Ciudad Bolívar.
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia *(Continuación)*	- A enero 15 del 2021 Colombia reportó 1.816.082 casos y 46.782 defunciones. La tasa de mortalidad era de 928,8 por millón de habitantes. La tasa de letalidad es de 2,6 %, la hospitalización general 1,3 % del total de casos. El 48 % de los casos activos son en hombres, el 3,3 % de los casos activos ocurren en personas menores de 10 años, en los grupos de 20 a 39 años están el 39,9 % de los casos, el 20,2 % de los casos son en personas de 60 años y más. Entre la población de 60 años y más, se observa un 17,4 % de los casos clasificados en graves y fatales; del total de fallecimientos del país, el 77,8 % ocurre entre personas de este grupo de edad.

Reseña bibliográfica analítica nro. 5	
	El distrito de Bogotá reportó al 11 de enero de 2021 un total de 522.621 casos confirmados y 10.650 defunciones por COVID-19, los cuales representan el 29 % del total de los casos y el 22,9 % del total de muertes en el país. Se caracteriza por tener el 52,5 % (274.371) de los casos en mujeres. La población mayor de 60 años concentra el 14,3 % (74.783) de los casos y el 78 % (8.308) de las muertes. - A enero 25 de agosto de 2022 Colombia reporta 6.299.525 casos, 141.519 fallecimientos, una tasa de mortalidad 2.809,5 por millón de habitantes, una tasa de letalidad es de 2,2 %, la hospitalización de casos activos de 22 %. Se observa una tasa de mortalidad mayor a la nacional en: Barranquilla (4.703,2), Santa Marta (3.908,2), Bogotá (3.860,6), Quindío (3.734,2), Santander (3.638,9), Valle del Cauca (3.383,4), Amazonas (3.353,6), Norte Santander (3.187,0), Huila (3.176,5), Tolima (3.031,3). Bogotá presenta a esta fecha 1.850.184 casos, 29.896 fallecimientos, una tasa de mortalidad de 3.860,6 por millón de habitantes, una letalidad de 1,6 %.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 6	
Título	Estimación de las tasas de mortalidad y letalidad por COVID-19 en Colombia.
Autor(es)	Jorge Enrique Díaz-Pinzón
Fecha	2020
Editorial o revista	Revista Repertorio de Medicina y Cirugía, Vol. 29, N° 1, Bogotá.
Enlace electrónico	https://doi.org/10.31250/RepertMedCir.01217372.1103
Aspectos de interés para el estudio	Este artículo muestra el número de dosis del Plan Nacional de Vacunación COVID-19 aplicadas diariamente y de forma acumulada entre el 17 de febrero y el 17 de agosto de 2021.
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia	El objetivo de este artículo es “presentar un método para calcular las tasas de mortalidad y letalidad en los diferentes departamentos de Colombia por COVID-19”, tomando como fuente la información publicada por Instituto Nacional de salud. Para este artículo, la tasa de mortalidad se calcula dividiendo el número de muertes de COVID-19 desde el comienzo de la pandemia hasta el 10 de agosto de 2020, por la población total promedio del mismo periodo. Mientras que la letalidad se entiende como el número de muertos por COVID-19, sobre el número de personas contagiadas en el mismo periodo. Se encontró que el grupo etario con la mayor tasa de mortalidad son las personas de entre 90 y 99 años de edad, con 338 muertes por cada 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad va disminuyendo conforme disminuye la edad, por lo que los siguientes grupos etarios con mayor tasa de mortalidad son las personas de entre 80 y 89 años con 335, 70 y 79 años con 168, y entre 60 y 69 años con 81 muertes por COVID-19 por 100.000 habitantes. Consecuentemente, los grupos etarios con menor tasa de

Reseña bibliográfica analítica nro. 6	
	mortalidad son las personas de entre 0 y 9 años, y entre 10 y 19, con tasas de mortalidad que no superan 1 persona muerta por cada 100.000 habitantes. En cuanto a la tasa de mortalidad por departamentos, Amazonas es el departamento con la mayor tasa de mortalidad, 131,6 por 100.000 habitantes; seguido de Atlántico con 99,1 por cada 100.000 habitantes. Es importante mencionar que la tasa de mortalidad nacional en este periodo fue de 25,1 por 100.000 habitantes, y que en los departamentos de San Andrés, Guaviare y Vichada no se reportaron fallecidos en este periodo. En cuanto a la letalidad por departamento en este periodo se encontró que la mayor tasa de letalidad por cada 100 habitantes estaba en Córdoba, con 8,22, seguido de Guainía con 7,14, Norte de Santander con 5,38, la Guajira con 5,23, Sucre con 5,21 y Magdalena con 5,12. Cabe resaltar que la tasa de letalidad de COVID19 nacional en el periodo estudiado estaba en 3,3 por cada 100 personas. De igual forma, San Andrés, Guaviare y Vichada no reportaron fallecimientos. Este artículo no menciona la letalidad por grupo etario, la cual es una medida que se relaciona con la mortalidad, pero cuyas diferencias permiten hacer análisis más profundos. “Entre los años 2020-2022 la mortalidad por COVID-19 fue más alta entre la población mayor, del total de muertes por esta causa el 73,5 % fueron de personas mayores (INS 2022), y en Bogotá esta proporción ascendió a 73,4 % en el mismo periodo (SDS 2022); entonces, tanto en el conjunto del país como en la ciudad capital la mayoría de las muertes por COVID-19 ocurrieron en personas mayores” (SDIS, 2022). Este impacto específico del COVID-19 en la población mayor hace imperante el fortalecimiento y la reformulación de la PPSEV en busca de asegurar los derechos humanos de las personas mayores.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 7	
Título	Effectiveness of COVID-19 vaccines in older adults in Colombia: A Retrospective, Population-based Study of the ESPERANZA Cohort
Autor(es)	Leonardo Arregocés-Castillo, Julián Fernández-Niño, Maylen Rojas-Botero, Andrés Palacios-Clavijo, Maryory Galvis-Pedraza, Luz Rincón-Medrano, Mariana Pinto-Álvarez, Fernando Ruiz-Gómez, Belem Trejo-Valdivia.
Fecha	2022
Editorial o revista	Lancet Healthy Longevity, Volumen 3, Número 4, pp. E242-e252, Londres.
Enlace electrónico	https://doi.org/10.1016/S2566-7568(22)00035-6
Aspectos de interés para el estudio	Este artículo evalúa la efectividad de las vacunas contra el COVID-19 para prevenir las muertes y hospitalizaciones en personas mayores, desagregadas por los grupos de 60 a 69, 70 a 79, y 80 o más.

Reseña bibliográfica analítica nro. 7	
Medidas gubernamentales para afrontar la pandemia COVID-19	Solo se menciona que la población mayor fue priorizada por el Plan Nacional de Vacunación (PNV), comenzando con las personas mayores de 80 años. Como también recuerda que desde principios de octubre el gobierno nacional autorizó la aplicación de dosis de refuerzo a personas mayores de 50 años de edad. Lo cual, según los autores, puede contribuir a mejorar la efectividad de las vacunas en personas mayores.
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia	Esta investigación fue financiada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, para conocer la efectividad de las vacunas de COVID-19 en la población mayor. A diferencia de los estudios realizados por los laboratorios que fabrican las vacunas, el presente estudio analiza la efectividad de las vacunas en condiciones reales y no controladas. Se tuvo en cuenta las vacunas Ad25.COV2-S, BNT162b2, ChAdOx1 nCoV-19, y CoronaVac. Hicieron parte del estudio todas las personas no vacunadas que no hubieran contraído el virus antes del inicio del estudio, y las personas vacunadas con esquema completo que tampoco se hubieran infectado previamente con sars-cov-2. También se excluyeron a las personas con esquema de vacunación heterogéneo, con registros incompletos, o que hayan sido infectados, hospitalizados o hayan fallecido dentro de los 14 días siguientes a la aplicación del esquema completo de vacunación. La información fue tomada de Minsalud y del Instituto Nacional de Salud. El tiempo de observación fue de 230 días, del 11 de marzo al 25 de octubre de 2021. Incluyendo a las personas de 60 años o más de edad, que en 2021 se proyectó en 7’107.914 según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Según los criterios de inclusión mencionados, el estudio analizó a 2’828.294 personas. La edad media fue 68 años, el 54.3 % fueron mujeres, el 59.3 % estaba afiliado al régimen subsidiado de salud y el 27.2 % tenía una condición médica identificada como factor de riesgo ante la enfermedad de COVID-19. Los autores evalúan la efectividad de cada vacuna para prevenir la hospitalización, hospitalización seguida de muerte, y muerte sin hospitalización de COVID-19. Es relevante señalar que la efectividad de todas las vacunas en prevenir la hospitalización fue de 61.6 %, la muerte después de la hospitalización 79.8 % y la muerte sin hospitalización 72.8 %. También se plantea que “the effectiveness of the vaccines evaluated decreased with age. We found better outcomes among people aged 60–69 years, followed by those aged 70–79 years, with the lowest effectiveness in people aged 80 years and older” (p. e248). Coronavac fue la vacuna más aplicada, como también la que pierde más eficacia con el aumento de la edad, sin embargo, fue la vacuna que el país tuvo primero en grandes cantidades, esperar por otra vacuna con mayor efectividad en personas mayores era un gran riesgo. Sabiendo esto los autores recomiendan aplicar dosis de refuerzo especialmente en la población mayor, que en otras investigaciones ha demostrado aumentar la efectividad de protección contra el COVID-19. La dosis de refuerzo fue ofrecida por el gobierno a personas de 50 años o más desde principios de octubre de 2021.
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia *(Continuación)*	Tras la lectura de este artículo cabe resaltar que dada la mayor vulnerabilidad de las personas mayores frente al COVID-19, incluso después de tener el esquema de vacunación completo, el gobierno colombiano hizo un buen trabajo al priorizar a las personas mayores en el PNV y ofrecer las dosis de refuerzo para esta población. Sin embargo, a pesar de la vacunación las personas mayores siguen siendo un grupo

Reseña bibliográfica analítica nro. 7	
	poblacional de riesgo frente al sars-cov-2, entre otras cosas, por el aumento de las comorbilidades y el debilitamiento del sistema inmune. Es por esto por lo que la PPSEV en busca de asegurar el derecho fundamental a la salud, debe velar por proteger especialmente a las personas mayores de las enfermedades contagiosas como el COVID-19, aunque se hayan superado los grandes picos de contagio y la vacunación con esquema completo cubra actualmente a más del 70 % de la población colombiana.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 8	
Título	Perspectiva Sindémica del COVID-19 en Bogotá: Análisis de casos reportados entre 2020 y 2021
Autor(es)	Lina Marcela Rodríguez Moreno
Fecha	2022
Editorial o revista	Universidad de los Andes, Repositorio Institucional, Trabajo de Grado – Maestría.
Enlace electrónico	http://hdl.handle.net/1992/55784
Aspectos de interés para el estudio	Este trabajo tiene el objetivo de ver la relación entre las enfermedades crónicas no trasmisibles, la mortalidad y letalidad del COVID-19, y algunos factores sociodemográficos, en Bogotá durante el periodo de abril de 2020 a septiembre de 2021. Es especialmente relevante para este estudio porque brinda algunas recomendaciones para mejorar el sistema de salud en torno a las problemáticas analizadas.
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia	El objetivo de este trabajo es ver la relación entre la mortalidad y letalidad del COVID-19, las enfermedades crónicas no trasmisibles, la pobreza multidimensional, monetaria y las condiciones de vida en Bogotá. La información es tomada del sistema Salud Data (espacio web en el que la Secretaría de Salud de Bogotá publica datos sobre la salud en Bogotá), entre abril de 2020 a septiembre de 2021. Se encontró que la letalidad del COVID-19 se correlaciona con el nivel de pobreza, de manera que las localidades con mayor pobreza tienen mayores tasas de letalidad. Específicamente, un punto adicional en el índice de pobreza multidimensional o el índice de pobreza monetaria, implica un aumento en la letalidad del COVID-19 en 0.08 y 0.01 puntos porcentuales respectivamente. Por otro lado, si el Índice de Condiciones de Vida (ICV) mejora en un punto, hay una disminución de la letalidad del COVID-19 en 0.05 puntos porcentuales. El indicador de mortalidad por ENTs se refiere al número de muertes por esta enfermedad en personas menores de 70 años, sobre la población (proyectada) menor de 70 años a mitad del periodo. Se encontró que la mortalidad por ENTs también se relaciona con los niveles de pobreza, pues un punto adicional en el índice de pobreza multidimensional implica un aumento de 1.31 muertes por ENTs en menores de 70 años por cada 100.000 habitantes. Mientras que la mejora del ICV en un punto implica

Reseña bibliográfica analítica nro. 8	
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia *(Continuación)*	la disminución de .04 muertes por ENTs en menores de 70 años por cada 100.000 habitantes. También hay que mencionar que "el aumento de un punto porcentual en la mortalidad por ENTs en menores de 70 años se relaciona con un aumento de 0.02 puntos porcentuales en la letalidad del COVID-19". En conclusión, "el COVID-19 no es solo un problema biológico, sino que es la manifestación de la afectación negativa a los determinantes sociales y ambientales de la salud, y adicionalmente, resaltar la importancia de adoptar políticas en salud que afecten positivamente los determinantes estructurales". Al final de este trabajo se realizan una serie de recomendaciones teniendo en cuenta la Ley Estatutaria 1751 de 2015 por la que se ordena al Estado a reducir las desigualdades sociales que afectan a la salud. Algunas de las recomendaciones son: • Establecer o mantener un registro de enfermedades ayudará con las investigaciones epidemiológicas, incluida la asignación de recursos a áreas escasos recursos que experimenten brotes importantes de enfermedades. • Detección y seguimiento a personas con enfermedades crónicas en alto riesgo con el fin de dar manejo y disminuir complicaciones asociadas a patología de base. […] • Educación a la población sobre contenido de alimentos y beneficio de realizar actividad física, siempre garantizando y buscando el mejor entendimiento por parte de la comunidad de la información que se entrega. […] • Rescatar el papel de los gestores comunitarios, fomentar la participación de la comunidad bajo esta figura y trabajar de la mano de ellos. […] • Crear "Centros de Atención Primaria Móvil" en el que las Empresas Prestadoras de Salud puedan acudir a las localidades y barrios con el fin de hacer detección temprana de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, obesidad, etc.), inicio de manejo terapéutico y remisión a especialistas de acuerdo con necesidad de las personas. […] Este trabajo muestra cómo las condiciones de vida afectan en gran medida la salud de las personas, e incluso pueden tener impacto en su esperanza de vida. Es por esto por lo que la PPSEV que busca proteger los derechos humanos de las personas mayores debe dirigirse hacia la lucha contra la pobreza en primera medida, y en pos de la seguridad alimentaria, el acceso al trabajo, la propiedad, la vivienda, a una vida segura e íntegra, y a la dignidad en la vejez, a la recreación y al deporte, a la seguridad social, entre otros. Para esto se debe mejorar y ampliar la infraestructura y los demás recursos de los servicios sociales a personas mayores, como los hospitales y los programas de la SDIS "Servicio Social Centro Día", "Apoyos Económicos", "Servicio Integral de Bienestar y Cuidado para Personas Mayores" y "Bogotá te Acompaña en la Vejez". Como también realizar campañas para fomentar que las familias cuiden a sus personas mayores, defendiendo el derecho a envejecer en casa. Todo esto conlleva la creación de un registro de todos los adultos mayores, sus condiciones de salud, vivienda, economía y familia, etc. De forma que se pueda identificar y atender a las personas con mayor riesgo, brindar un servicio integral y un seguimiento personalizado.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 9

Título	Vacunas contra COVID-19 aplicadas por grupo de edad en Colombia
Autor(es)	Jorge Enrique Díaz-Pinzón
Fecha	2021
Editorial o revista	Revista Repertorio De Medicina Y Cirugía, Vol. 30, N° 1, Bogotá.
Enlace electrónico	https://doi.org/10.31250/RepertMedCir.01217372.1276
Aspectos de interés para el estudio	Este artículo expone la cantidad de vacunas para el COVID-19 por grupo de edad y entidad territorial en Colombia entre los periodos del 17 de febrero de 2021 y el 21 de agosto del 2021.
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia	El objetivo de este estudio es ver "exponer el avance de los esquemas completos aplicados contra SARS-COV-2 por grupo de edad en las entidades territoriales de Colombia, en el periodo comprendido entre el 17 de febrero al 21 de agosto 2021". Los datos son recuperados del Ministerio de Salud y protección Social. Se encontró que las entidades territoriales con más número de esquemas de vacunación completos netos son "Bogotá (1'727.406), Antioquía (1'100.276), Valle del Cauca (763.135), Santander (510.054) y Norte de Santander (328.807) y el menor: Vichada (4.225), Vaupés (5.408), Guainía (8.664), Guaviare (14.656) y Buenaventura (15.742)". Por otro lado, por grupos de edad los mayores números de esquemas de vacunación completos se han administrado a personas entre 50 y 59 años de edad con 2'089.980, en segundo lugar, a personas de entre 60 y 69 años con 1'937.880, y en tercer lugar a personas entre 40 y 49 años de edad con 1'480.711. Mientas que los grupos de edad con menor número de esquemas completados son la personas de entre 12 a 19 años con 55.113, en segundo lugar, las personas de entre 20 a 29 años con 476.866, y en tercer lugar las personas de entre 30 a 39 años con 624.909. Este artículo no muestra la proporción de personas vacunadas en relación con la población total. En este sentido los datos expuestos tienen un corto alcance de análisis.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 10	
Título	Derechos humanos del adulto mayor en el ámbito familiar colombiano en el marco del envejecimiento demográfico
Autor(es)	Olga Suárez Landazábal y Francis Araque Barboza
Fecha	2020
Editorial o revista	Jurídicas CUC, Vol. 16, N° 1, Barranquilla.
Enlace electrónico	https://doi.org/10.17981/juridcuc.16.1.2020.09

Reseña bibliográfica analítica nro. 10	
Aspectos de interés para el estudio	Este artículo analiza cómo la estructura de la familia y el envejecimiento demográfico puede afectar las condiciones de vida de las personas mayores en Colombia, vulnerando sus derechos humanos.
Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19	En este artículo se plantea que el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad en Colombia hace que el grupo de personas mayores crezca en mayor proporción en comparación con otros grupos etarios, a esto se le llama envejecimiento demográfico. Este proceso no solo implica que el número de personas mayores crezca, sino que el número de personas jóvenes que puede contribuir al sistema de seguridad social y brindar directamente cuidado a personas mayores también se reduzca. Esto es importante porque la primera red de apoyo de las personas mayores es su familia, y las familias tienden a ser cada vez más pequeñas y a tener un mayor número de personas mayores (lo cual se denomina "virtualización de las familias"), de forma que se vuelve más probable el abandono, o la sobrecarga de trabajo en la familia con el trabajo de las personas mayores, o personas mayores cuidando otras personas mayores. A esto se suma que en Colombia la mayoría de las personas mayores no tienen pensión, y el 22% vive en la pobreza (Farné y Rodríguez, 2014, citado en Suárez Landazábal y Araque Barbosa, 2020, p. 227). Con la edad se vuelve más común desarrollar enfermedades crónicas no trasmisibles, diferentes tipos de discapacidades, o nuevas dificultades que hacen necesario el cuidado de terceros (Suarez Landazábal y Araque Barbosa, 2020pp. 233-236). Las autoras sostienen que el Estado no tiene la infraestructura para brindar cuidado al número actual de personas mayores, y mucho menos en el futuro con el aumento de esta población de acuerdo con las proyecciones de la población (DANE 2020 según CNPV 2018); entonces el cuidado queda en responsabilidad de las familias y entidades privadas. La mayoría de los cuidados que requieren las personas mayores tareas no especializadas de la vida diaria de una persona mayor, sin embargo, estas tareas implican la dedicación de una gran cantidad de tiempo (Suárez Landazábal y Araque Barbosa, 2020, pp. 237).
Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19	Las personas mayores tienen competencias funcionales diferentes, y vivir solos no implica directamente estar en soledad y abandono, no obstante, estos problemas van en aumento en Colombia y en el mundo, lo que ha llevado que por ejemplo en el Reino Unido se cree el Ministerio de la Soledad. Tras la lectura de este artículo se concluye que el envejecimiento demográfico y el cambio en la estructura de las familias traerá consigo un gran aumento en la población mayor que necesita cuidado, es posible que el Estado se vea limitado para asumir esta tarea, por ello, para el fortalecimiento de la PPSEV se pueden hacer 3 recomendaciones principales basadas en este artículo: i) Se debe luchar contra la pobreza, en pos de asegurar la alimentación y unas condiciones de vida dignas, por ejemplo, aumentando el porcentaje de personas mayores que recibe pensión e incentivando la contratación laboral de personas mayores cuando ellas así lo quieran. Con estas medidas se pondría el alcance de las personas mayores los derechos humanos en términos de seguridad alimentaria, el acceso al trabajo, la propiedad, la vivienda, a una vida segura e íntegra, y a la dignidad en la vejez.

Reseña bibliográfica analítica nro. 10	
Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19 *(Continuación)*	ii) Se debe mejorar y ampliar la infraestructura y los demás recursos de los servicios sociales a personas mayores, como los hospitales y los programas de la SDIS "Servicio Social Centro Día", "Apoyos Económicos", "Servicio Integral de Bienestar y Cuidado para Personas Mayores" y "Bogotá te Acompaña en la Vejez". Con esto se espera que las personas mayores tengan mayores alcances a los derechos humanos referidos a la salud, a la cultura, a la recreación y al deporte, la educación, a la Seguridad Social y a la Justicia, y se procura una vida segura e íntegra, y a la dignidad en la vejez. iii) Para aligerar la carga de trabajo de cuidado al Estado, asegurar el derecho de que las personas mayores puedan envejecer en casa y tengan autonomía, se debe incentivar que las familias cuiden a sus personas mayores, teniendo programas de acompañamiento y promoción de la salud con seguimiento personalizado y visitas domiciliarias. Estas medidas procuran mejorar el alcance a los derechos humanos de las personas mayores, además de los ya mencionados, el derecho a vínculos y relaciones familiares, a la libertad personal, la privacidad y la intimidad, y a la vivienda. En el artículo se mencionan algunos indicadores sociales referidos al envejecimiento demográfico y a la estructura de las familias en Colombia. En primer lugar, las personas mayores están en una posición económica vulnerable si se tiene en cuenta que el 70% de ellas no tiene pensión, y el 22% vive en pobreza (Farné; Rodríguez, 2014, citado en Suárez Landazábal y Araque Barbosa, 2020, p. 227). Además, a nivel mundial las personas mayores de 60 años pasarán de ser el 12% de la población en 2015, al 22% en 2050 (OMS, 2017, citado en Suárez Landazábal y Araque Barbosa, 2020, p. 227). En el caso de Colombia, en 2015 "existían 5,2 millones de personas mayores de 60 años que correspondían al 10,8%, para el año 2030 se estima que será un 18,3% y para el 2050 llegará a un 27,6%" (HelpAge International, 2015, citado en Suárez Landazábal y Araque Barbosa, 2020, p. 228). Es importante señalar que el índice de masculinidad disminuye en edades avanzados, por ejemplo, en el grupo de 80 y más años por cada 100 mujeres hay 73 hombres (Minsalud, 2013, citado en Landazábal y Araque Barbosa, 2020, p. 229). Por su parte, las familias han reducido en número de personas, para 2015 3,5 personas por hogar, y han cambiado su estructura, ya que es más común los hogares monoparentales con jefatura materna (Minsalud, 2015, citado en Landazábal y Araque Barbosa, 2020, p. 229). El 41% de las personas mayores tienen algún tipo de discapacidad en Latinoamérica. En Colombia "de 100 personas mayores de 80 años, 33 están en el registro de discapacidad […]" (Minsalud, 2018, citado en Landazábal y Araque Barbosa, 2020, p. 235), en la población de 60 años o más "la alteración que más afecta es el movimiento del cuerpo en un 41% (215.989), seguida del sistema cardiorrespiratorio en un 16% (86.536)" (Minsalud, 2018, citado en Landazábal y Araque Barbosa, 2020, p. 235). Según la encuesta SABE 2015, el 83,9% de los cuidadores de adultos mayores son mujeres. Del total, "61% son hijos de las personas mayores que cuidan, 10% cónyuges, 14% nietos, padres o hermanos y menor al 10% la familia política u otras personas" (Minsalud y Colciencias, 2016, citado en Landazábal y Araque Barbosa, 2020, p. 236). Esta actividad supone una considerable carga laboral, pues el 87.2% de los cuidadores de personas mayores realizó estas actividades todos los días.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 11	
Título	Condiciones de bienestar de los adultos mayores en la ciudad de Neiva durante el confinamiento por COVID-19.
Autor(es)	Laura V. Cano Muñoz, Daniela Collazos González, Carlos D. Suarez Perdomo, Laura V. Villalba Orozco
Fecha	2021
Editorial o revista	Repositorio institucional Universidad Cooperativa de Colombia.
Enlace electrónico	https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/28727
Aspectos de interés para el estudio	En este documento los autores examinan la forma en que los cambios devenidos de las acciones impuestas para frenar los contagios por COVID-19 en el 2020 llegaron a afectar las condiciones de vida de las personas mayores, para lo cual se enfocan en tres dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico y bienestar social. En estas dimensiones toman en cuenta variables referentes a la situación económica, de salud, familiar y de convivencia al interior del hogar durante el aislamiento preventivo obligatorio.
Medidas gubernamentales para afrontar la pandemia COVID-19.	Las medidas gubernamentales no son el foco principal de este documento, sin embargo, menciona lo siguiente: "En Colombia el Ministerio de Salud formalizó la estrategia de respuesta sanitaria ante la pandemia a través de la Resolución número 0000779 del 19 de mayo del 2020 (Ministerio de salud y protección social, 2020) donde prioriza orientar las decisiones en relación con la pandemia" (p. 4). Más específicamente, por medio de la resolución 779 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, se formalizó la estrategia de respuesta sanitaria para enfrentar la pandemia de COVID-19 y se creó un comité asesor para orientar las decisiones políticas en relación con la pandemia. El artículo 4 de esta resolución establece las funciones del comité asesor entre las que se destacan el "Analizar el comportamiento de la pandemia, a través de indicadores tales como magnitud, virulencia, mortalidad y necesidad de uso de servicios de salud y de las medidas preventivas.", "Analizar los criterios de gradualidad para la medida de aislamiento flexible prevista en la «Estrategia de respuesta sanitaria para enfrentar el Coronavirus COVID-19 en Colombia» y establecer otros criterios, si así se considera." y, "Recomendar respuestas articuladas frente a la pandemia por el virus SARS CoV2 (COVID-19) en Colombia, que analice las acciones a desplegar en situaciones de riesgo y contribuya a una rectoría sanitaria nacional coordinada."
1.2. Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia	Aunque los niveles de mortalidad y morbilidad no son el principal enfoque de este documento, menciona los siguientes puntos: • "A noviembre del 2020, pese a las medidas de contingencia Colombia reporta que las cifras ascienden a 1.117.977 casos confirmados, siendo el tercer país con más contagios de coronavirus en América Latina, según la Universidad Johns Hopkins, de los cuales 72.081 están activos, ya que 1'011.166

Reseña bibliográfica analítica nro. 11	
	personas se han recuperado y 32.209 han muerto (Revista Dinero, Coronavirus. 2020)" (p. 4). • "Los adultos mayores que representan el 49% de muertes debido a que este grupo etario es el más vulnerable (MinSalud, 2020)" (p. 4).
Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19	Para este estudio se tomó una muestra no probabilística de 155 adultos mayores con edad promedio de 66 años, 125 mujeres y 30 hombres, pertenecientes a los Centros Vida. Según lo establecido por la ley 1276 del 5 de enero de 2009 en su artículo 1, los Centros Vida, son entendidos como instituciones que contribuyen a brindar atención integral y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de los niveles I y II de SISBÉN "o quienes, según evaluación socioeconómica, realizada por el profesional experto, requieran de este servicio para mitigar condiciones de vulnerabilidad, aislamiento o carencia de soporte social". Más específicamente, en el artículo 7 de esta ley se define *Centro vida* como el "conjunto de proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica y administrativa orientada a brindar una atención integral, durante el día, a los Adultos Mayores, haciendo una contribución que impacte en su calidad de vida y bienestar". La aplicación del instrumento diseñado por profesionales de psicología se realizó vía telefónica obteniendo los siguientes resultados de interés para la investigación en curso: • Respecto a la situación económica durante el tiempo de aislamiento preventivo obligatorio, el 45% de la muestra expresó dificultades económicas durante el confinamiento y el 34,8% afirmó que no cuentan con recursos económicos para cubrir los gastos del hogar, en concordancia con esto, el 18,5% considera que sus hábitos de alimentación desmejoraron en consecuencia de la pandemia. • Respecto al bienestar físico (salud) El 75% afirmó tener buena salud al momento de la aplicación del estudio y el 58% declaro no tener ninguna enfermedad física. • Respecto al bienestar social y redes de apoyo, el 83,9% convive con otras personas en la misma vivienda por lo que los autores deducen que los adultos mayores cuentan con una red de apoyo activa y acompañamiento permanente. El 91,7% afirmó tener buenas relaciones con sus vecinos. En relación con los apoyos ofrecidos por el Estado, el 45.2% indican que no han sido beneficiarios de alguna ayuda especial durante la pandemia y el 52.3 % de la muestra manifestó no saber cómo acceder a este tipo de ayudas. • Respecto al bienestar psicológico, el 86,2% de la muestra no refirió tener dificultades emocionales que le impidieran realizar actividades cotidianas y el 86,5% afirma haber tenido pensamientos positivos la mayor parte del tiempo durante el aislamiento, sin embargo, el 40% de los participantes encuentra como principal fuente de preocupación la situación económica propia y de su familia, por encima de la preocupación sobre la salud física. No se encontraron altos niveles de ansiedad, predominancia de emociones negativas. • Respecto al acceso a herramientas de comunicación y conocimiento TIC, el 54,7% de los participantes afirma tener acceso a internet en casa, de estos, únicamente el 38% contaba con computador en casa. (Los autores no

Reseña bibliográfica analítica nro. 11	
Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19 *(Continuación)*	indagan sobre el conocimiento de la persona mayor acerca del uso de estas herramientas) • Respecto a la libertad en la toma de decisiones, frente a la pregunta ¿Toma sus propias decisiones en el hogar (ejemplo: Qué comer, qué vestuario utilizar) El 95,5% si toma sus propias decisiones, mientras el 4,5% respondió negativamente. Los autores hacen las siguientes comparaciones de los resultados de su estudio respecto a los resultados encontrados en otras investigaciones de características similares a nivel latinoamericano: • Coinciden con el estudio realizado por Sureima Callís Fernández. Et al, (2020) en tener una participación mayoritaria del sexo femenino y de edad promedio mayor de 60 años, pero difieren en cuanto al nivel de ansiedad. • "Con respecto a las condiciones de bienestar estudiadas en la ciudad de Neiva, contrasta con los resultados de los estudios realizados en los países latinoamericanos que refieren presentar estrategias de aislamiento social para mitigar el contagio y expansión del COVID-19, que repercutieron de forma directa en la salud mental, sobre los adultos mayores; afectando el estado emocional. Estos cambios evidenciaron un incremento en las demandas de atención sanitaria, generando costos para el estado y la familia. (Flórez Niño, Yuliana. Et al, 2020)." (p. 17) • La mayoría de los participantes de este estudio declararon mantener una buena convivencia en el hogar sin reportes de agresiones físicas o verbales lo que difiere de lo referido por Sánchez Ramírez, María Cristina. Gómez Macfarland, Carla Angélica, (2020) donde indican que el número de personas víctimas de la violencia intrafamiliar de la tercera edad, aumentó por los efectos de la pandemia en América latina. • En Argentina (Eidman, Leandro y Arbizu, Julieta 2020) se encontró que la población adulta mayor presentó signos de detrimento de la salud mental, condición que no se evidenció en Neiva. • Los resultados encontrados en Neiva son similares a los hallados en Ecuador por (Amaya Ronquillo, Roxana Paulette, 2020) en cuanto a la existencia de una red de apoyo familiar y Estatal. Como se evidencia en los puntos anteriormente mencionados, al tratarse de un artículo enfocado en el bienestar de los adultos mayores durante la pandemia, ofrece información valiosa para el desarrollo de la presente investigación dando pistas esenciales respecto a las condiciones económicas y familiares de esta población. Empero, llama la atención que de acuerdo con la comparación ofrecida por estos autores respecto a los hallazgos de otras investigaciones en la región, los adultos mayores de Neiva que participaron en este estudio evidencian un mayor nivel de bienestar psicológico y social a pesar de que permanece una vulnerabilidad económica, cabe preguntarse si estos resultados podrían estar sesgados por el origen de la muestra al ser todos beneficiaros de la estrategia Centros Vida. ¿Los resultados podrían variar si el estudio hubiera incluido en su muestra un porcentaje de participantes no beneficiarios de este programa gubernamental de atención al adulto mayor? Por otra parte, al analizar lo expuesto por los autores desde un enfoque de derechos, en perspectiva de las líneas propuestas por la PPSEV, se puede concluir que en la

Reseña bibliográfica analítica nro. 11	
	ciudad de Neiva se tienen buenos resultados en las líneas de seguridad e integridad, y protección y cuidado, pues se cuenta con una comunidad con muy baja incidencia de violencia contra el adulto mayor, así como la evidencia de redes de cuidado sólidas. Los familiares y cuidadores, en la mayoría de los casos, respetan el derecho de independencia y autonomía, asociados a la línea que la PPSEV define como *plan de vida* y al libre desarrollo de la personalidad, esto se refleja en el bienestar psicológico documentado. No obstante, los mayores retos se encuentran asociados a las líneas de trabajo, vivienda, alimentación y nutrición, lo que se evidencia en los indicadores asociados al área económica, se encontró alta incidencia de dificultades económicas durante el confinamiento, persiste la percepción de carencia de los recursos económicos suficientes para cubrir los gastos del hogar, lo que se reflejó en el porcentaje de adultos mayores que tuvieron cambios en su alimentación y en la mayor carga psicológica, una fuerte preocupación frente a la situación económica del hogar. Finalmente, salta a la vista un descuido de parte de los autores frente al derecho a la participación e integración comunitaria, tanto como a lo que la PPSEV asocia a la línea de información, comunicación y conocimiento TIC, pues la indagación en esta área fue muy superficial y el indicador asociado al acceso a internet y a un computador en casa, poco nos dice sobre el conocimiento y uso que las personas mayores tienen de estas herramientas y en el impacto que estas tienen en el ejercicio del derecho a la libertad de expresión, de opinión y de acceso a la información.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 12	
Título	Percepción de la calidad de vida durante el aislamiento social por COVID-19 en Colombia
Autor(es)	Sandra Rocío Rojas Rincón, Laura Cristina Tapias Muñoz, Andrés Mauricio Santa Coloma Suárez
Fecha	2021
Editorial o revista	En Ayala-Rodríguez, N. & López-Cantero, E. (Eds.). (2021). *Semilleros: Contribuciones investigativas desde la psicología a las realidades sociales en Colombia*. (pp. 17-40). Bogotá: Editorial Universidad Católica de Colombia
Enlace electrónico	https://doi.org/10.14718/9789585133884.2021.1
Aspectos de interés para el estudio	En este capítulo se analiza la correlación de la variable percepción de calidad de vida en referencia al sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad, ocupación y nivel de ingresos. Es pertinente para los propósitos de este estudio porque entre los resultados obtenidos, se evidencian datos relativos a la calidad de vida y necesidades

	de sentidas de los adultos mayores durante la pandemia y permite su comparación con las percepciones de otros grupos etarios.
Medidas gubernamentales para afrontar la pandemia COVID-19	Este artículo no enfatiza en las medidas gubernamentales tomadas a nivel nacional, pero se cimienta en los efectos sociales, emocionales de la medida del aislamiento social obligatorio declarado partir de marzo del 2020.
Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19 Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19 *(Continuación)*	Para los autores, la calidad de vida es entendida como "el nivel percibido de bienestar subyacente de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida" (p. 21), lo cual está directamente relacionada con la satisfacción que individualmente se tiene con el modo de vida por lo que incluye dimensiones subjetivas y objetivas. Se tuvo en cuenta la relación de este concepto con el factor salud referenciando las "áreas de la vida que están sujetas o influidas representativamente por la salud personal y que se ven reflejadas en las actividades cotidianas que realiza la persona para conservar o mejorar dicha salud". En este sentido, entre las condiciones de vida incluidas en el estudio se encuentran las siguientes dimensiones: Dolor corporal, funcionamiento emocional, funcionamiento social, energía y vitalidad, vulnerabilidad al daño y calidad de sueño. La aplicación del instrumento de recolección de información tuvo lugar en la fase inicial de la implementación del aislamiento social obligatorio. Dicho instrumento fue diseñado con base a los cuestionarios DFS-36 y el Perfil de Salud de Nottingham por lo que incluyó 11 secciones correspondientes a datos sociodemográficos, de salud, dolor corporal, emocionalidad, energía y vitalidad, funcionamiento social, vulnerabilidad al daño, actividades de ocio y entretenimiento, sueño, conducta alimentaria y apreciación de la calidad de vida. Bajo los criterios anteriormente mencionados se tuvieron los siguientes resultados: • 81,3 % de los adultos mayores de 60 años que participaron en el estudio considera tener alta calidad de vida • Se obtuvieron correlaciones directas entre calidad de vida y sexo, estado civil, nivel de escolaridad, ingresos, personas a cargo, e inversas con edad, teletrabajo/telestudio y tener o no hijos. • Los hombres perciben una mayor calidad de vida que las mujeres, lo que presuntamente se debe que sobre la mujer recaen con más fuerza exigencias relativas no solo a actividades laborales sino también a actividades de cuidado que se vieron multiplicadas por la emergencia sanitaria. • "Cáceres-Manrique et al. (2018) denotan que la calidad de vida disminuye al avanzar los años; contrario a ello, en el presente estudio se encontró que las personas mayores a 60 años reportaron mejor calidad de vida que incluso rangos de edades menores. Sin embargo, la relación entre la calidad de vida y edad no fue corroborada por los estadísticos, aunque es probable que esto haya sucedido porque no hubo representatividad en todos los rangos de edad requeridos." • Las personas casadas y las personas con hijos perciben una calidad de vida mayor que las viudas, solteras y las personas sin hijos. Esto se explica por la necesidad de afiliación propia del ser humano y la conveniencia de establecer redes de apoyo.

	A pesar de que este artículo no se enfoca en las condiciones de vida de los adultos mayores pone en evidencia algunos puntos importantes a tener en cuenta en la presente investigación como lo es el hallazgo de que los adultos mayores tienden a percibir una mejor calidad de vida durante la pandemia en comparación con las personas de mediana edad, esto coincide con lo expuesto por Hernández y Ariza, (2020) en su trabajo sobre "*La calidad de vida de los adultos mayores en el marco de la pandemia COVID 19 en Montería"*, pero se opone a lo evidenciado por Cáceres-Manrique, (2018) en el trabajo previo a la emergencia sanitaria titulado "*Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia"*, que fue citado en este artículo. Otro punto de relevancia para la actual investigación es la diferencia de la calidad de vida percibida en función del género, este hallazgo contribuye a plantear la pregunta acerca de si esta tendencia se mantiene en las personas mayores, en otras palabras si los adultos mayores hombres tienden a tener una mejor calidad de vida percibida en comparación al de las mujeres del mismo grupo etario. No obstante se debe tener en cuenta que la fecha de aplicación de los instrumentos de recolección de información así como el medio por el cual se realizó la aplicación puede haber viciando los resultados de la investigación divulgada en este artículo por lo menos en dos sentidos: i) Dado que el instrumento fue aplicado a las pocas semanas de la implementación de las medidas de aislamiento, las consecuencias económicas y los costos psicológicos del confinamiento no estaban tan marcados como llegaron a estarlo semanas y meses después. ii) La aplicación de un cuestionario virtual influyó en la baja representatividad de adultos mayores dentro de la muestra.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 13	
Título	Personas mayores en Colombia: hacia la inclusión y la participación
Autor(es)	Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE
Fecha	2021
Editorial o revista	DANE
Enlace electrónico	https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/nov-2021-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia.pdf
Aspectos de interés para el estudio	En esta publicación el DANE muestra las condiciones de las personas mayores con relación a la educación, la familia, el trabajo y la participación política en el año 2020, y realiza algunas comparaciones con el año 2019, lo que permite tener un panorama general de la situación de las personas mayores. El análisis cuantitativo consignado en este documento fue realizado a partir de la información del Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV 2018), la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV), Encuesta de Pulso Social (EPS) y la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT), entre otras.

Reseña bibliográfica analítica nro. 13	
Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19	A pesar de que en este documento no se hace referencia explícita a las "necesidades sentidas" de las personas mayores, entendiendo estas como las necesidades expresadas y narradas verbalmente por las mismas personas que las sufren, en este documento sí encontramos algunos indicadores asociados a sus condiciones de vida, especialmente en lo relacionado al área económica, y que contribuyen a comprender la situación de los adultos mayores desde un enfoque de derechos asociado a la línea de seguridad económica propuesta por la PPSEV. En ese sentido, a continuación, se exponen datos relativos a pobreza monetaria, pobreza multidimensional, así como los ingresos y gastos en hogares donde la persona jefa de hogar es mayor de 60 años: Con respecto a la pobreza monetaria, de acuerdo con los datos de la GEIH, las personas mayores son quienes menor incidencia de pobreza monetaria muestran en comparación con los demás grupos de edad. Para 2020, 28,4% de las personas mayores (equivalente a 1,8 millones de personas) se encontraban en hogares en situación de pobreza monetaria, frente al 42,5 % registrado en el total nacional. De acuerdo con los datos obtenidos a partir de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2019-2020, para el año 2020, 2 de cada 10 personas mayores en Colombia (18 %) se encontraban en situación de pobreza multidimensional; la variación de este indicador respecto al año anterior es de -0,6 p.p. La incidencia de la pobreza multidimensional es mayor en los centros poblados y rural disperso que en las cabeceras municipales, esto se refleja de la siguiente manera para la población adulta mayor: en los centros poblados y rural disperso el 38,1% de las personas de 60 años y más se encuentra en situación de pobreza multidimensional; mientras que este porcentaje es de 12,1 % en las cabeceras municipales. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Presupuesto de Hogares, "entre el 2016-2017, el ingreso promedio mensual en los hogares colombianos fue de $2.251.000 mensuales. En los hogares donde la persona jefa de hogar tiene 60 años o más, el ingreso mensual fue de $2.387.000 mensuales, mientras que en los hogares donde la persona jefa del hogar no es una persona mayor fue de $2.206.000 mensuales." (p. 58) No obstante, "en cuanto a los hogares donde solo habitan personas mayores, el ingreso promedio mensual fue de $1.844.000, cifra menor que en los hogares donde no habitan personas mayores, cuyo ingreso promedio fue de $2.175.000" (p. 59) Este documento del DANE condensa una serie de indicadores pertinentes para el estudio en curso que se presentan a continuación clasificados en las categorías de educación, familia, trabajo y participación política y social. • *Educación*: En 2020, el 13,1 % de las mujeres adultas mayores (equivalente a 498.296 mujeres) reportó que no sabía leer ni escribir, mientras que este porcentaje es del 12,6 para los hombres mayores. Respecto al nivel educativo, el 48,5 % de las mujeres mayores de 60 y más reportó haber alcanzado la primaria como máximo nivel educativo, este porcentaje es de 47,6 % en la población de hombres adultos mayores. El 13,2 % de las mujeres adultas mayores no alcanzó ningún nivel educativo, mientras este porcentaje es del 12,9% para los hombres adultos mayores. Y el 12% de las mujeres de 60 años y más tiene nivel educativo superior, frente a 13,2% de los hombres del mismo grupo etario.

Reseña bibliográfica analítica nro. 13	
Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19 *(Continuación)*	• *Familia*: El 29,2 % de las personas mayores residen en hogares de dos personas, el 21,9 % residen en hogares compuestos por tres personas y el 14,2 % de las personas de 60 años y más viven solas (equivalentes a 828 mil personas mayores). El 65,7 % de las personas mayores en Colombia cuentan con redes de apoyo, el tamaño promedio de estas redes es de 5,5 personas. "Estas redes están compuestas por las personas que visitan frecuentemente la casa de la persona encuestada o a quienes ella visita de forma frecuente, más las personas que le ayudaron o le ayudarían a buscar empleo." • *Trabajo:* Entre las personas de 60 años o más, los hombres dedican en promedio 2 horas y 12 minutos diariamente al trabajo no remunerado, mientras que las mujeres dedican en promedio 4 horas y 5 minutos diarias; de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT). Los hombres de 60 años o más dedican en promedio 8 horas 16 minutos diarias a actividades de trabajo remunerado y las mujeres mayores de 60 años dedican un promedio de 5 horas 45 minutos diarios al trabajo remunerado. Esto indica que los adultos mayores usan menos tiempo al trabajo remunerado que los otros grupos etarios en cuyo caso la distribución es la siguiente: los hombres entre 29 y 59 años dedican, en promedio, más de 9 horas por día a estas actividades y las mujeres entre 10 y 59 años que dedican más de 7 horas diarias a estas actividades. Respecto a la participación de las personas mayores en el mercado laboral, entre 2019 y 2020, la tasa de desempleo de las mujeres mayores pasó de 4,0 % a 7,8 %, y la de los hombres mayores pasó de 6,3 % a 9,5 %, se trata del único grupo de edad donde las mujeres están menos desempleadas que los hombres. No obstante, la tasa de ocupación de las mujeres mayores fue de 18,6 %, cifra 25,5 p.p. menores que la de los hombres adultos mayores. Otro aspecto interesante refiere a la propiedad de microempresas donde según lo registrado por el DANE a nivel nacional el 18% de las personas propietarias de micronegocios son adultas mayores en 2020 de acuerdo con la EMICRON, este porcentaje era de 19,1% en 2019. La mayor fuente de financiación de las personas de 60 años o más que son propietarias de micronegocios fueron los ahorros personales con el 67,4% en el 2019 y el 68,5% en 2020 • Participación política y social: La Encuesta de Cultura Política (ECP) del año 2019, registró que el 75,4 % de las personas de 65 años o más votaron en las elecciones presidenciales de 2018, y el 23,9 % no votó. El 48,6 % de la población de 65 años y más que no votó en las cabeceras municipales manifestó que lo hizo así por desinterés y el 36,8 % porque considera que los candidatos prometen y no cumplen. Como se evidencia en las líneas anteriores, este documento cuenta con datos confiables de importancia para la investigación en curso, no obstante, para tener un panorama más detallado habrían de incluirse más indicadores relacionados con la composición de los hogares, la participación política, la autonomía en la toma de decisiones, entre otros.

Reseña bibliográfica analítica nro. 13	
	En el análisis provisto por el DANE en este documento, la sección designada a la categoría de participación política se limita a un único indicador ligado a la coyuntura electoral, con lo que se dejan de lado otros aspectos políticos y sociales asociados a la dimensión 1 de la PPSEV "vivir como se quiere en la vejez", como lo es la participación de las personas mayores en la creación o reconocimiento legal de las agrupaciones o asociaciones específicas para su etapa vital, con lo que se no se visibiliza la acción política cotidiana y comunitaria. Respecto a otros aspectos, relacionados especialmente con la dimensión 2 de PPSEV "vivir bien en la vejez", de acuerdo con los datos analizados por el DANE se puede concluir que las áreas de mayor vulnerabilidad están en la línea de seguridad económica, lo que se evidencia en los indicadores de pobreza monetaria y multidimensional tanto como en el análisis sobre los datos de ingresos de hogares donde todos los miembros son mayores de 60 años. Por otra parte, en la dimensión 4 "envejecer juntos y juntas", de los datos relativos a la composición del hogar y redes de apoyo se puede inferir que en más de la mitad de los casos el Estado y la sociedad civil han garantizado el derecho de los adultos mayores como receptores de cuidado.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 14	
Título	COVID-19 spread, detection, and dynamics in Bogota, Colombia
Autor(es)	Rachid Laajaj, Camilo De Los Ríos, Ignacio Sarmiento-Barbieri, Danilo Aristizábal, Eduardo Behrentz, Raquel Bernal, Giancarlo Buitrago, Zulma Cucunubá, Fernando de la Hoz, Alejandro Gaviria, Luis Jorge Hernández, Leonardo León, Diane Moyano, Elkin Osorio, Andrea Ramírez Varela, Silvia Restrepo, Rodrigo Rodríguez, Norbert Schady, Martha Vives & Duncan Webb.
Fecha	2021
Editorial o revista	Laaiaj, R, de Los Ríos C., Sarmiento-Barbieri, I.et al. COVID 19 spread, detection, and dynamics in Bogotá Colombia. Nat Commun.12, 4725 (2021). Revista Nature Communications.
Enlace electrónico	https://doi.org/10.1038/s41467-021-2, 5038-z
Objeto de estudio principal, metodología, objeto de estudio principal, población objetivo	Investigación que documenta el impacto de la COVID-19 pandémica entre grupos ocupacionales o socioeconómicos. Está en gran parte limitada a países de ingresos altos con algunos intentos en países de ingresos que son emergentes, pero están limitados por la falta de disponibilidad de datos. Sin embargo, los países de ingresos bajos y medianos tienen características específicas que probablemente afecten la transmisión de la enfermedad.

Aspectos de interés para el estudio	Se tuvo en cuenta la información suministrada por el (INS) Instituto Nacional de Salud entre las fechas de octubre y 25 de octubre y el 17 de noviembre de 2020. Lo anterior se dio por una iniciativa de vigilancia en la comunidad centinela, dirigida por la Universidad de los Andes, la cual recabó información sobre un promedio de 1.552 pruebas semanales de RT-PCR en Bogotá durante un periodo de 9 meses, a lo cual se invitó a la población adulta a realizar esta prueba los cuales eran asintomáticos al momento de la prueba. Se implementó un estudio de vigilancia centinela de COVID-19 con 59.7470 pruebas de RT-PCR en su mayoría con individuos asintomáticos, se combinaron con registros administrativos de todos los casos para captar la propagación y dinámica de la pandemia en la ciudad de Bogotá a partir de junio de 2020 hasta principios de marzo de 2021. Es interesante conocer la metodología de vigilancia en la comunidad centinela para captar casos de COVID-19 con población adulta asintomática, de manera que se puedan proyectar a otros aspectos relacionados con la COVID-19 no evidentes como aspectos socio familiares no visibles en los adultos mayores. Se trata de una metodología que aporta al conocimiento de posibles casos de COVID-19 para prevenir futuros contagios, lo cual debería tenerse en cuenta como un aspecto a ser enfatizado en la prevención para la salud de los adultos mayores y en consecuencia hacer parte de la política pública para la vejez.
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia	Investigación que documenta el impacto de la COVID-19 pandémica entre grupos ocupacionales o socioeconómicos. En gran parte limitada a países de ingresos altos con algunos intentos en países de ingresos que son emergentes, pero están limitados por la falta o limitada de disponibilidad de datos, acorde con el texto consultado. Los países de ingresos bajos y medianos tienen características específicas que probablemente afecten la transmisión (por ejemplo, los trabajadores informales pueden tener más alto contagio y tener menos licencia por enfermedad), el uso de transporte es mayor y las condiciones de vivienda pueden ser más concurridas. Primero, en marzo 3 de 2021, el 53 % [IC 95 %: 45-62 %] de la población de Bogotá había sido infectado. Esto se encuentra en línea con otros estudios que mostraron la incidencia total de tasas cercanas al 50% en América Latina, en comparación con tasas de 1 al 15 % en países de altos ingresos según el texto consultado. En segundo lugar, sólo el 8 % de la población ha sido testeada y había dado positivo a finales de enero del 2021 lo que implica que se detecta aproximadamente uno de cada 6.4 casos [IC 95 %: 5.4-7.5]. Sin embargo, las tasas de detección del virus (varían significativamente incluso dentro de Bogotá, que van desde uno en 10.0 para el estrato socioeconómico más bajo, hasta uno en 5.9 para los estratos más altos. Los estratos socioeconómicos se clasifican en 6 niveles donde 1 es el más pobre y 6 es el más rico: la relación socioeconómica y la infección de la COVID-19 en los estratos 1 y 2 eran más propensos de ser infectado que los estratos 5 y 6. Los estratos bajos se vieron particularmente afectados durante el primer periodo de la pandemia (no se da cuenta exacta del periodo**)**, mientras que los estratos medio y

	alto tenían una gran proporción de casos ocurriendo durante el segundo periodo. El virus se propagó más ampliamente y más rápidamente entre los estratos socioeconómicos más bajos.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 15	
Título	COVID-19 related mortality in older adults: analysis of the first wave in Colombia and Mexico
Autor(es)	Mario Ulises Pérez-Zepeda, Santiago Campos-Fajardo, and Carlos Cano-Gutiérrez
Fecha	2021
Editorial o revista	Rev. Panam. Salud Publica 45, 2021 | www.paho.org/journal | https://doi.org/10.25633/RPSP.2021.109
Enlace electrónico	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34475888
Objeto de estudio principal, metodología, objeto de estudio principal, población objetivo	Estudio observacional prospectivo con datos obtenidos de conjuntos de datos abiertos que están públicamente disponibles en los sitios web de los ministerios de salud de los respectivos países. Casos de COVID-19, edad, sexo, fecha a la mortalidad, y la propia mortalidad se analizaron con curvas de Kaplan-Meier y regresiones de Cox.
Aspectos de interés para el estudio	La enfermedad de COVID-19 ha destacado problemas antiguos de los sistemas de salud del mundo (un ejemplo ha sido el número de muertos adultos mayores), además se ha evidenciado un problema de discriminación por edad, un prejuicio basado en el número de años desde el día que nació una persona (un parámetro utilizado para negar tratamiento). Desde el inicio de la pandemia, se encontró que los adultos mayores eran los que estaban en mayor riesgo de infectarse, sino también de morir. Pero se aclara que si bien la edad es un predictor para esperar resultados adversos en personas con COVID-19, también influyen los diferentes niveles de un país (políticas específicas por edad, restricciones, etc.) Este estudio visibiliza problemas antiguos de los sistemas de salud del mundo, la necesidad de la caracterización de las personas mayores y evitar entre ellos la discriminación por edad como un factor para negar un tratamiento, lo cual evidentemente es una negación al derecho que tienen las personas mayores de ser atendidas no solo adecuadamente, sino con prelación en los sistemas de salud, lo cual determina un mayor riesgo no solo de enfermarse, sino de morir. Es de interés para la investigación de la SDIS adicionalmente porque permite que a partir de los datos obtenidos se pueda visibilizar cómo se comportan los niveles de hospitalización y consulta externa en las personas mayores. El estudio llama a una mejor caracterización de la población y como ella se puede traducir en mejores estrategias de cuidado. Por ejemplo, la fragilidad de las personas mayores debe ser un indicador en los datos epidemiológicos, así como el llamado a estudios y rutina de clínica diaria.
	Este es un estudio observacional prospectivo sobre datos obtenidos en conjuntos de datos abiertos que están públicamente disponibles en los sitios web de los ministerios de salud de los respectivos países. Casos de COVID-19, edad, sexo, fecha a la mortalidad, y la propia mortalidad se analizaron con curvas de Kaplan-Meier y regresiones de Cox.

Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia *(Continuación)*	La pandemia por coronavirus 2019 (COVID-19), destacó problemas antiguos en los sistemas de salud del mundo, un ejemplo de ello ha sido el número de muertos en adultos mayores. Lo que ha puesto en tela de juicio varios paradigmas que se pensaba que eran sólidos, pero siguen siendo problemáticos en nuestros tiempos (como la discriminación por edad, para negar un servicio de salud, dejando de lado la experiencia y no solo basándose en la presunción, problema que se supone ya había quedado superado) Si bien la edad es un factor de riesgo importante, no es el único, la multimorbilidad es igual de importante (a menudo la vejez es un sesgo que proviene de una noción preconcebida de los que significa la vejez y lo que parece y que la población más joven es más productiva). Ya que es estudio se hizo en dos países, Colombia y México, con un total de 1.779.877 individuos, se observó que para Colombia era del 41.58 %. En Colombia la muestra fue de 744.137 individuos, la edad muestra del país fue 39.7 años, de acuerdo con los datos del estudio, en adultos mayores hubo 77.276 casos, es decir, un 10.4 %, y 14.870 decesos o bien 19.2 % y vivos 62.406 con 80.8 % de los individuos infectados. Dado que la mayoría de las personas afectadas por COVID-19 son adultos mayores, una mejor caracterización de la población se traducirá en mejores estrategias para su cuidado. Por ejemplo, la fragilidad debe ser una característica recogida en estos datos epidemiológicos, estudios y rutina clínica diaria, ya que tienen alto poder predictivo. Lamentablemente el artículo no trae más datos que permitan mayor nivel predictivo

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 16	
Título	Informe de seguimiento - Defunciones por COVID-19 – históricos
Autor(es)	Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE
Fecha	2021
Editorial o revista	DANE. Boletín Técnico. Bogotá DC, 24 de septiembre de 2021. Boletín defunciones por COVID-19
Enlace electrónico	https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_seguimiento_exceso_mortalidad_COVID19_02mar20_05sep21.pdf.
Aspectos de interés para el estudio	En este documento se presentan las cifras de defunciones por COVID-19 confirmados y sospechosos, y las defunciones por neumonía e influenza, ocurridas en el país, entre el 2 de marzo de 2020 y el 5 de septiembre de 2021, de acuerdo con lo certificado en el Registro Único de Afiliados del Ministerio de Salud y Protección Social, Módulo de Nacimientos y Defunciones (RUAF-ND).
Medidas gubernamentales para afrontar la pandemia COVID-19	El Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD) y el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) analizan en conjunto el comportamiento de la mortalidad registrada en el (RUAF-ND), integrando la información de los certificados de defunción, de la vigilancia en salud pública y de la vigilancia demográfica.

Reseña bibliográfica analítica nro. 16	
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia	Determinar con precisión cuántas personas mueren a causa de COVID-19 es uno de los principales desafíos en el seguimiento que se efectúa al comportamiento de la pandemia, principalmente por la disponibilidad de pruebas para detectar la enfermedad, lo cual genera una tendencia a atribuir al COVID-19 las muertes por causas complejas, debido a la alta frecuencia de decesos en personas con comorbilidades de base y la no atribución de muertes causadas por COVID-19 en personas fallecidas con cuadros leves o moderados. En el Boletín en estudio se presentan las cifras de defunciones relacionadas con: i) fallecidos por SARS-CoV-2 (COVID-19) confirmados por el Instituto Nacional de Salud, ii) fallecidos con sospecha de SARS-CoV-2 (COVID-19) aún no confirmados ni descartados y iii) fallecidos por neumonías e influenzas. Se presentan tablas y gráficos con las defunciones totales, las confirmadas por COVID-19 y las ocurridas por sospecha de COVID-19. La información se presenta por semana de ocurrencia y también por día, lo que permite observar la evolución en el tiempo y los diferentes picos en la mortalidad. Algunos de los hallazgos son los siguientes en el período de estudio (2 de marzo de 2020 y el 5 de septiembre de 2021):
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia *(Continuación)*	- Del total de muertes por COVID-19 confirmadas (129.897) el 61,5 son hombres y el 38,5 de mujeres; de las 20.572 muertes por sospecha de COVID-19 el 57,7 % son de hombres y el 42,3 % de mujeres. Por neumonía e influenza ocurrieron 13.673 fallecimientos, el 56,3 % y el 43,7 % de mujeres. -Por edad se tiene que el 27 % de las muertes por COVID-19 confirmadas son en menores de 60 años, el 23,7 % en los de 60-69 años y el 49, 3% en los de 70 años o más. Por sospecha de COVID-19 un poco más de las muertes son en los de 70 años o más (52%), igual situación en fallecimientos por neumonía e influenza con el 56,4 % en las personas de 70 años y más. - La proporción de defunciones por COVID-19 (confirmados más sospechosos) en hombres de 60 o más años es de 43,4 % frente al total de defunciones. En mujeres de 60 o más años la proporción es de 29,6 %. - En el período de estudio, con relación al total del país, Bogotá concentra el 21,3 % (27.620) de las defunciones por COVID-19 confirmado, el 18,9 % (38.89) de los sospechosos y el 10,4 % (1.424) de muertes por neumonía e influenza. Es de observar que Bogotá ocupa el primer lugar en volumen de muertes por COVID-19 seguido por Antioquia, Valle. Atlántico y Santander. - En el país la tasa de mortalidad por COVID-19 confirmado y sospechoso, en el período del 2 de marzo al 31 de diciembre de 2020pr, es de 119,6 fallecidos por 100.000 habitantes. Para hombres es de 154,2 fallecidos por 100.000 y en mujeres es de 86,8 fallecidas por 100.000. En el mismo período la tasa para Bogotá la tasa es de 164,5 fallecidos por 100.000 habitantes. - Para las personas mayores (60 años y años) las tasas de mortalidad en el año 2020pr (2 de marzo al 31 de diciembre) por COVID-19 confirmado es de 592,1 fallecidos por cada 100.000 personas en ese grupo de edad.

Reseña bibliográfica analítica nro. 16	
	- Para el año 2021pr (1 de enero al 5 de septiembre) en el país la tasa de mortalidad por COVID-19 confirmado y sospechoso, es de 176,7 fallecidos por 100.000 habitantes. Para hombres es de 216,3 fallecidos por 100.000 y en mujeres es de 138,9 fallecidas por 100.000. En el mismo período la tasa para Bogotá la tasa es de 239,7 fallecidos por 100.000 habitantes. - Para las personas mayores (60 años y años**)** las tasas de mortalidad en el año 2021pr por COVID-19 confirmado es de 766,8 fallecidos por cada 100.000 personas en ese grupo de edad. Si se tienen en cuenta el COVID-19 confirmado y sospechoso, la tasa se incrementa hasta 891,4 defunciones por cada 100.000 adultos de 60 y más años.
Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19 Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19 *(Continuación)*	Con el objetivo de complementar el análisis de la afectación ocasionada por el COVID-19 en los hogares de los fallecidos, se realizó un cruce de la información de los fallecidos por COVID-19 contenida en las bases de estadísticas vitales, con la información del CNPV 2018. Los principales hallazgos son: - El comportamiento de las defunciones por COVID-19, confirmadas y sospechosas por estrato para el total del país en el período analizado, marzo 2020pr al 5 de septiembre 2021pr, es como sigue: 25,7 % en estrato 1, 36,1 % en estrato 2, 25,7 % en estrato 3, y 9,7 % para los estratos 4, 5 y 6 en conjunto. - Del total de defunciones asociadas a COVID-19, el 37,0 % se concentraron en personas que tenían ningún estudio, prescolar o básica primaria, y que residían en viviendas ubicadas en los estratos 1, 2 y 3. Le siguen aquellos que estudiaron hasta básica secundaria y que residían en viviendas ubicadas en los estratos 1, 2 y 3, con un 11,4 % del total nacional. - El 61,9 % de las personas fallecidas por COVID-19 eran jefes de hogar, y el 18,2 % cónyuges o parejas del jefe de hogar. Entre los jefes de hogar, el 68,3 % tenían edades superiores a los 60 años, entre los cónyuges, este porcentaje es el 60,4 %. El mayor porcentaje de fallecidos por COVID-19 según parentesco, lo concentran: jefe de hogar, pareja (cónyuge o compañero/a, esposo/a), padre/madre e hijo/a con el 91,3 %. - En el 51,8 % de los hogares en donde falleció una persona por COVID-19 confirmado o sospechoso, habitaba por lo menos un menor de 18 años, de estos, el 33,8 % eran hijos o hijastros del jefe de hogar del fallecido. El hecho de que las muertes se hayan presentado principalmente en jefes de hogar pudo generar un mayor impacto económico en estos hogares. - También se identificó que en un 15,5 % de los hogares con fallecidos por COVID-19 confirmado y sospechosos habitaban niños menores de 5 años, de los cuales el 31,9 % eran hijos o hijastros del jefe de hogar fallecido.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 17	
Título	Perfil de mortalidad de los tres picos de contagios y decesos por COVID-19 en Colombia
Autor(es)	Ministerio de Salud y Protección Social
Fecha	13/06/2021

Reseña bibliográfica analítica nro. 17	
Editorial o revista	Página Web del Ministerio de Salud y Protección Social: www.minsalud.gov.co. Boletín de Prensa Nro. 669 de 2021
Enlace electrónico	https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Perfil-de-mortalidad-de-los-tres-picos-en-Colombia-.aspx
Aspectos de interés para el estudio	Entendiendo que el comportamiento de la pandemia en el país no es homogéneo y que algunas regiones a la fecha de este Boletín de prensa estaban viviendo la severidad del pico de contagios y decesos por COVID-19, es importante revisar cómo ha sido el comportamiento de la mortalidad en los tres picos registrados en el país.
Medidas gubernamentales para afrontar la pandemia COVID-19	El viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, explicó que cada vez es más evidente la reducción en la proporción de muertes de la población mayor de 80 años; sin embargo, este resultado también se está reflejando en los grupos poblaciones de 70 a 79 años y de 60 a 69 años de edad.
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia	El primer pico se vio influenciado por la protección de los adultos mayores que estaban en casa y afectó a menores de 70 prioritariamente. En cuanto al segundo pico de diciembre 2020-enero 2021, indicó Moscoso, se registró una mayor afectación a las personas adultas mayores En cuanto al tercer pico, que es el que se está viviendo en este momento (septiembre 2021), está afectando a todos los grupos de edad.
Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19	El país tiene disponibles con 18,5 millones de dosis de vacunas contra el COVID-19 producidas por diferentes laboratorios. El Viceministro llamó la atención para que, en los territorios, conforme avance la ejecución del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19, se empleen estrategias que permitan garantizar las segundas dosis de las personas, pues de esta manera se completa la protección de la población. Frente a la actual situación, el ministro de Salud y Protección Social, planteó tres reflexiones: primero. La población de 60 a 69 años está representando la mayor carga; segundo, la vacunación en mayores de 70 años reduce sustancialmente la mortalidad y tercero, hay un ligero aumento de menores de 40 años por "masa de contagio".

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 18	
Título	COVID-19 distribution in Bogotá, Colombia: effect of poverty during the first 2 months of pandemic.
Autor(es)	José Moreno-Montoya, Silvia Marcela Ballesteros, Álvaro Javier Idrovo.
Fecha	2021
Editorial o revista	Moreno-Montoya J, et al. J Epidemiol Community Health 2021; 0:1–5. doi:10.1136/jech-2020-214579
Enlace electrónico	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8249172/
Objeto de estudio principal, ámbito geográfico, población	El objetivo del artículo es indagar sobre si la actual pandemia de SARS-Cov-2, ha tenido una afectación especial en individuos que viven en conglomerados que tienen solo la pobreza como característica común. Sin embargo, la evidencia entre COVID-

objetivo y metodología.	19 y los determinantes sociales sigue siendo escasa, específicamente para países de América Latina, el objetivo del artículo es evaluar el efecto de las privaciones socioeconómicas severas y la infección de COVID-19 en las diferentes localidades de Bogotá
Aspectos de interés para el estudio	El más importante aporte de este estudio fue empezar a visibilizar durante el inicio de la pandemia, los problemas sociales y la situación y condiciones de pobreza en todas las sociedades y Bogotá fue una clara muestra de ello, donde la salud fue uno de los tantos aspectos. Según cifras del DANE para mayo del 2021 Bogotá aportó el 31,3% en el aumento del total nacional de los contagios, seguida por Cali con un 10,6%. Bogotá ha sido uno de los territorios más afectados en términos socioeconómicos a causa de la pandemia. Otro aporte fue detenerse en las diferencias por localidades, ya que se empezaron a analizar estas diferencias comprobadas a partir de las variaciones observadas en indicadores directos o indirectos de la economía y de la actividad social de cada localidad. Un aspecto importante para los estudios en Bogotá fue ver la necesidad de conocer el comportamiento de la enfermedad en las diferentes poblaciones de las localidades de Bogotá. Lo cual abrió un amplio espectro en torno a las variaciones entre uno y otro tipo de población.
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia	Las epidemias históricamente son eventos que muestran el incremento de una enfermedad y la crisis que genera, permite develar los problemas que la sociedad tiene, además de los problemas sociales determinantes sobre salud, la pobreza es una de las características que se manifiesta como impacto para las sociedades, como la manera más rápida de ocurrencia de la enfermedad en las sociedades. El COVID-19 ha afectado específicamente a las personas mayores y frágiles que viven en conglomerados. El 14 de octubre del año 2020, el país reportó al menos 930.000 casos, aproximadamente el 30 % de estos venían de la ciudad capital. Para este estudio, la gravedad de la infección por SARS-CoV-2 permitió clasificar a los individuos en casos graves y no graves, se consideraba un caso grave si el individuo estaba recibiendo atención médica hospitalaria o había muerto. Incluidos individuos con disnea o factores de riesgo como comorbilidades, todos ellos mayores de 60 años internados en cuidados intensivos; por otro lado, se consideró a individuos asintomáticos o con síntomas leves en domicilio y los casos recuperados. Un conjunto de datos de nivel diario del caso registrado (fallecido, crítico, grave, moderado o recuperado de las 19 localidades urbanas de la ciudad de Bogotá); estrategia que enfatizó la búsqueda de individuos sintomáticos (atención hospitalaria para tener un diagnóstico con PCR en tiempo real, individuaos con historial de viaje internacional o contacto con viajeros, hasta el 9 de abril de 2020, el porcentaje diario de tasa positiva de contactos en la ciudad fue entre el 8 % y el 23 %. Durante el periodo en estudio que comprendió desde 6 de marzo de 2021 al 19 de abril de 2021 se detectaron un total de 1.684 casos de COVID-19, diagnosticados en Bogotá, la edad media fue de 46 años, de los cuales el 50.4% eran mujeres. Para el 63.4 % se desconocía cuál era el foco de transmisión específico de contagio. Un 4.2 % de los pacientes fueron registrados como muertos. Lamentablemente el estudio no precisa si estos datos fueron de personas hospitalizadas en cuidados intensivos o fallecidos en los hogares, lo cual habría enriquecido los datos sobre la cantidad de muertes por localidad.

	Algunos aspectos diferenciales de las localidades se pueden comprobar a partir de las variaciones observadas en indicadores directos o indirectos de la economía y la actividad social de cada localidad (proporción de hogares que viven en viviendas deficientes, con condiciones de hacinamiento, convivencia, estructura inestable de suelos y paredes y con dificultades para acceder a los servicios públicos, la pobreza multidimensional de cada localidad), esta última observada así, localidades con más pobreza multidimensional Usme 10.9 %, Ciudad Bolívar 8.9 % y San Cristóbal 7.8 %

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 19	
Título	Esquemas completos aplicados contra COVID-19 priorizados por entidad territorial en Colombia
Autor(es)	Jorge Enrique Díaz-Pinzón
Fecha	2021
Editorial o revista	Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS, repertorio de Medicina y Cirugía Vol. 30 (Núm. Supl.1). 2021 ISSN: 0121-7372 • ISSN electrónico: 2462-991X
Enlace electrónico	https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1252
Objeto de estudio principal, metodología, objeto de estudio principal, población objetivo	Mostrar el avance de la población priorizada para la vacunación contra SarsCov-2 en las entidades territoriales de Colombia, además de los esquemas completos y el porcentaje priorizado, en el período comprendido entre el 17 de febrero del 2021 y el 25 julio del 2021. Es un estudio transversal que tuvo como fuente de información el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19, tomado datos de la página web del Ministerio de Salud y Protección Social. (www.minsalud.gov.co)
Aspectos de interés para el estudio	El principal aporte del estudio es dado por el énfasis al seguimiento de los resultados de los esquemas de vacunación a nivel territorial en términos de entender su eficacia en el planeamiento institucional y el posible efecto en la reducción de la respuesta inmune con el tiempo, así como de sus consecuencias adversas. Otro aspecto importante para el estudio de las SDIS está dado por la relevancia dada a la vacunación en población priorizada (como las personas mayores) con los esquemas de vacunación completos en los diferentes territorios del país. Lo que podría indicar los esfuerzos institucionales que habría que hacer en este sentido en una planeación futura a nivel territorial.
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia	Se determinó que al 25 de julio de 2021 las entidades territoriales con mayor número de población priorizada por el Ministerio de Salud para la vacunación fueron: Antioquia (2'583.113), Bogotá (2'077.324), Valle del Cauca (1'437.805), Cundinamarca (1'095.364), y Santander (797.740). De acuerdo con los lineamientos de Minsalud, las entidades territoriales con mayor número de esquemas completos de vacunación fueron: Bogotá (1'168.212), Antioquia (620.133), Valle del Cauca (576.283), Santander (335.015), y Norte de Santander (232.110), y se concluyó que las entidades territoriales con mayor número de porcentaje priorizado de vacunación fueron: Amazonas (128%), Vaupés (119,92 %), Guainía (93,6 %), Bogotá (56,24 %) y Quindío (51,73 %). Cabe señalar según Díaz*, a partir de la vacunación contra COVID-19 a mediados de febrero de 2021 en Colombia a mayo de 2021 no se había evidenciado un registro en la disminución del número de contagios. Es fundamental seguir los resultados de los esquemas de vacunación a nivel territorial para entender su eficacia y la posible reducción de la respuesta inmune con el tiempo

	y las consecuencias adversas. Al 25 de julio 2021 se han aplicado en Colombia 25'641.086 vacunas y un total de esquemas completos de 11'457.631.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 20	
Título	Mujeres en pandemia Bogotá
Autor(es)	Mujeres en pandemia. Banco de la república, en https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/paginas/pib_-desestacionalizado_2015_020.xls ² filco, ministerio de trabajo.
Fecha	2021
Editorial o revista	Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá (OMEG) Dirección de Gestión del Conocimiento Secretaría Distrital de la Mujer
Enlace electrónico	D:/USUARIA/Desktop/0.%20%20VEJEZ/00%20%20%20RESE%C3%91A%20BIBLIOGRAFICA/Mujeres%20en%20pandemia_BOGOTA.pdf
Objeto de estudio principal, metodología, objeto de estudio principal, población objetivo	Diagnóstico para cada localidad y uno global de Bogotá con el propósito de apreciar el comportamiento de indicadores y de percepciones en cada territorio durante la pandemia, precedido de un breve contexto sociodemográfico y seguido de las cifras de atenciones brindadas por la Secretaría Distrital de la Mujer. Según este estudio existen pocos instrumentos estadísticos que ofrezcan resultados recientes y robustos por localidad y sexo. Por esta razón, cada diagnóstico se ha apoyado en fuentes alternativas, como la Encuesta Virtual Mi Voz Mi Ciudad, aplicada en tres mediciones (dos en 2020 y una en 2021) por el programa Bogotá Cómo Vamos, además de las fuentes oficiales con información permanente, como el Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo de la Policía Nacional (Siedco), el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) y SaluData (Secretaría Distrital de Salud), entre otras. Se buscó valorar esta y otra información cuantitativa relacionada con los derechos humanos de las mujeres en las veinte localidades para el Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá, OMEG.
Aspectos de interés para el estudio	La investigación de la SDIS tiene dentro de sus propósitos ahondar en las diferencias poblacionales y una de ellas son las relacionadas con el género y desde luego con la situación de la mujer durante la pandemia. Este estudio elaboró un diagnóstico para cada localidad y uno global para Bogotá, (registrado en este documento) que permiten apreciar el comportamiento de indicadores y de percepciones en cada territorio durante la pandemia, precedido de un breve contexto sociodemográfico y seguido de las cifras de atenciones brindadas por la Secretaría Distrital de la Mujer. Es por ello que se convierte de gran interés para los ahondar en aspectos la mujer y de género de gran interés para la revisión y actualización de la PPSEV.
Magnitud de la pandemia en	Durante el año 2020, el PIB de Colombia disminuyó en el 6,8% con respecto a 2019, mientras el PIB per cápita cayó en el 8,6 %, por causas atribuibles en gran medida a la pandemia por COVID-19. Pero ya en 2019 y comienzos de 2020 algunos de los principales indicadores laborales mostraban síntomas preocupantes en el país. La tasa de desempleo nacional creció de un dígito entre 2013 y 2018, con cifras que oscilaron alrededor del 9%, a dos dígitos en 2019 –10,5 %–, para pasar en 2020 al 15,9 %. No obstante, cuando la lente se enfoca en las mujeres, es fácil concluir que ellas han sido las más afectadas.

Bogotá y Colombia	La población para 2021 según las proyecciones del DANE en la Ciudad de Bogotá, es de 7.834.167 personas, de las cuales el 52.2 % son mujeres 4.082.616, y 47.9 % hombres 3.751.549. El 57.9% de la proporción de las mujeres se encuentran entre las personas mayores de 60 años o más. Durante los años 2020 y 2021, se vivieron delitos de impacto contra la mujer y tuvo un comportamiento de 9.2 %, 96 asesinatos en la ciudad durante este periodo. Las localidades más afectadas fueron Kennedy y Suba en el 2020, en el 2021 con 8.7 % en donde la localidad más afectada fue Ciudad Bolívar. Delitos que fueron tipificados como feminicidios durante el año 2020: 16 casos y durante el año 2021: 13 casos. En cuanto al COVID-19, se observó que en la cuidad se vieron 1.425.696 casos de la enfermedad, de los cuales 761.980 eran mujeres y 663.716 eran hombres. En cuanto a los fallecimientos se dieron 27.181 casos, en donde se observó que se dieron menos casos de muertes en mujeres 10.129, que, en hombres con 17.052 casos, en donde las localidades más afectadas fueron Suba y Kennedy y las que hubo menos fallecimientos fueron Sumapaz y la Candelaria. De acuerdo con los datos del año 2021, en la ciudad de Bogotá D.C., hay de 60 a 64 años 5.1 % de la población, seguido de 65 a 69 años con 3.8 %, y 70 a 75 años con 2.8, de 75 a 79 años hay 1.9 % de mujeres, de 80 a 84 años con 1.1%, de 85 a 89 años 0.6 %, de 90 a 94 años con 0.3 % y las edades de 95 a 99 años y 100 años o más tiene 0.1 % cada grupo específicamente de población de mujeres. El 57.9 % de proporción de las mujeres está entre las personas que se encuentran entre los mayores de 60 años y más. De acuerdo con los datos sobre contagios de COVID-19 en la ciudad durante marzo del 2020 y julio de 2021; las cifras más altas se presentaron en localidades de suba con 113.749 60 contagios, Kennedy con 97.421 contagio, las localidades con más bajo contagio fueron Sumapaz con 38 y La Candelaria con 3.980 en cuanto a las tasas de contagio se observa que por cada 100.000 mujeres se presentaron más latas en las localidades de La Candelaria con 45.990 contagios y 24.421 en Kennedy. También se observa que, de acuerdo con los grupos, las mujeres de 50 a 59 años tuvieron 14.2 % de contagios, seguido de los de 60 a 6 años con 7.9 %, 70 a 79 años con 3.4 % y el grupo de 80 años y más con 1.9 %. En cuanto a las cifras de muerte, las mujeres entre las fechas de marzo de 2020 y julio de 2021, se dieron más altas en suba con 1.349 y en Kennedy con 1.343, las más bajas se dieron en La Candelaria con 49 muertes, en cuanto a las mujeres y los grupos etarios se observa que para los grupos de 80 años o más con 29.2 % de muertes, seguido del grupo de 70 a 79 años con 24.1 %, 60 a 69 años con 13.0 % y los de 50 a 59 años con 13.7 %.
Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19	Las mujeres han sido las más afectadas, no solo con la llegada de la pandemia al país, sino de manera histórica, ya que muchos indicadores cayeron, como el laboral y la tasa de desempleo que para el año 2020 estaba en 15.9 %, para el 2020 las mujeres tenían un promedio de 20.4 % de desempleo en comparación con los hombres que tenían 12.7 %, una brecha muy grande entre mujeres y hombres. Para este aspecto, se tuvo en cuenta la salud mental, durante el año 2020 hubo 25.9 % de suicidios en mujeres en la Ciudad de Bogotá, con un total de 82 personas, ya en el año 2021 se vio una baja a estos casos con 34 de ellos, es decir, se presentaron 17.0 % de muertes por esta causa en las mujeres de la ciudad. El estado de salud mental fue percibido en un 42 % de las mujeres como peor que antes de la pandemia (40 % hombres).

Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19 *(Continuación)*	En cuanto al trabajo, se observó que en al año 2020 la tasa de desempleo para las mujeres fue de 20.9 % y para el primer trimestre del año 2021 la tasa de desempleo aumentó a 23.6 %, en cuanto a la informalidad el 27,4 % diferencia entre los ingresos de las mujeres y los hombres en la informalidad en 2020 (ellas perciben menos ingresos que ellos). Como se anotó la proporción de mujeres entre las personas mayores de 60 años o más es de 57.9 %. Para el 2021 el índice de envejecimiento es de 92 mujeres mayores de 60 por cada 100 mujeres menores de 15. El índice de dependencia se calcula en 50 mujeres potencialmente dependientes (menores de 15 y mayores de 60 años) por cada 100 mujeres potencialmente productivas, mientras el de los hombres es de 29, en 2021. En Bogotá la proporción de mujeres con respecto al delito de Violencia intrafamiliar es de 74 % mujeres contra 25 % hombres para el 2021. En datos de datos de empleo, se observa que en términos de ser trabajadoras independientes o por cuenta propia, el 35.7 % son propietarias de micronegocios, el 93.1 % de las mujeres son trabajadora por cuenta propia, el 6.9 % son empleadoras, el 43.0% de las mujeres con micronegocios son del sector de servicios y el 39.4 % están en el sector de comercio. En términos de educación, la matricula estudiantil en educación básica era para el 2020 de 635.920 y para los hombres de 651.551. En el 2020 la matrícula para las mujeres disminuyó en el 2.6 % (hombres: 3.5 %) La percepción de inseguridad 8 de cada 10 mujeres en Bogotá consideraron que en 2020 aumentó (en 2019 eran 6 de cada 10 mujeres) Personas que afirman que ellas o algún miembro de su familia han sido víctimas de algún delito en pandemia 4 de cada 10 mujeres en Bogotá dijeron que sí, en seguridad y convivencia. En San Cristóbal y Tunjuelito se observaron las mayores cifras de mujeres que dijeron que sí (7 de cada 10) y en Usaquén la menor (2 de cada 10). En torno a la participación ciudadana el documento señala que instancias como el Consejo Local de Deportes, Recreación, Actividad Física, Parques y Equipamientos Recreo-Deportivos, Comité Local de Libertad Religiosa, Asociación de Juntas de Acción Comunal y Plataforma de Juventud son locales de participación ciudadana más masculinizadas en su número de miembros y que el Comité Operativo Local de Familia, el Comité Operativo de Infancia y Adolescencia o el Comité de Seguridad Alimentaria son las instancias en las que había más mujeres y que reproducen el rol de género. Una encuesta virtual en finales del 2020 en torno a Las Cuidadoras encontró como tamaño del hogar entre 3 y 5 miembros. Uno de cada dos hogares tiene niñas o niños menores de 5 años, personas adultas mayores que no pueden valerse por sí mismas o personas en condición de discapacidad. 6 de cada 10 mujeres cuidadoras realizan trabajos de cuidado de manera exclusiva. Siete (7) 7 de cada 10 hogares declaran que en la pandemia disminuyeron sus ingresos (3 de cada 10 por contratos terminados, 3 de cada 10 por disminución de ventas y ganancias y 2 de cada 10 por reducción de salarios). Para el 41 % de los hogares que sí tenían servicio doméstico, perderlo representó el mayor efecto de la pandemia.

	Por causa de la pandemia: 7 de cada 10 mujeres redujeron los gastos del hogar; 5 de cada 10 pidieron dinero prestado; 2 de cada 10 cambiaron de trabajo; 2 de cada 10 aceptaron pagos en especie o alimentos y 5 Experimentaron irritación o enojo, ansiedad o angustia, depresión, desesperanza o desánimo, temor o estrés 5 de cada 10 (depresión), 6 de cada 10 (enojo, desesperanza), 7 de cada 10 (temor) 8 de cada 10 (estrés, ansiedad).

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 21	
Título	COVID-19 Análisis de las medidas implementadas por el gobierno nacional en las diferentes Localidades de Bogotá D.C.
Autor(es)	Acosta Maldonado Karol J. Aldana Rico, Laura V. Beltrán Cano, Leidy J. Bermúdez Rodríguez, Natalia Castro Hernández, Angie L. Conde Contreras, Stephania L.
Fecha	2020
Editorial o revista	Acosta, Karol., Beltrán, Leidy., Aldana, Laura., Bermúdez, Natalia., Castro, Angie & Conde, Stephania. (2020) COVID-19 Análisis de las medidas implementadas por el gobierno nacional en las diferentes Localidades de Bogotá D.C. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Estadística Aplicada a las Ciencias Sociales 2020-1
Enlace electrónico	https://www.researchgate.net/publication/341554452
Objeto de estudio principal, ámbito geográfico, población objetivo y metodología.	En este documento se presenta el análisis e interpretación de datos sobre la pandemia con relación a las mayores afectaciones presentadas por las medidas que ha tomado el Gobierno Nacional frente al COVID-19 en las localidades Usaquén, Chapinero, Suba, Kennedy Fontibón y Rafael Uribe Uribe de la ciudad de Bogotá D.C. En primer lugar, se realiza el análisis de los datos más destacados recolectados del COVID-19 (número de contagiados, número de fallecidos, número de recuperados, estrato y género). En segundo lugar, se realiza el reconocimiento e interpretación de normas y soluciones que ha tomado el Gobierno Nacional frente al COVID-19 con respecto a las posibles afectaciones de los habitantes (aislamiento obligatorio preventivo y otras). Finalmente, establece los resultados obtenidos por medio del análisis estadístico de datos.
Aspectos de interés para el estudio	Este es un documento muy interesante para el estudio de la SDIS dado que registra las condiciones de vida y las necesidades sentidas de las personas de varias localidades de Bogotá en el 2020 y empieza a documentar con datos ciertos, el número de contagiados, número de fallecidos y número de recuperados y aspectos claves, poco tratados hasta ese momento en términos de derechos como la suspensión laboral, salarios menores al mínimo, desempleo y falta de recursos para conseguir elementos de protección para evitar el contagio y propagación del virus, así como afectaciones psicológicas producidas en el marco de la pandemia. Como dato de interés del estudio es la aceptación inicial de la población bogotana entorno a las medidas restrictivas, pues el 97,1 % de la población reconoció las medidas impuestas y tan solo un 2.9 % de la población desconoció las mismas.
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia	Con el propósito de alcanzar el objetivo se tomó una muestra poblacional de 170 habitantes de las localidades escogidas de Bogotá D.C., la edad promedio de los encuestados fue de 28-72, con una mediana de 24 años para ello se aplicó un cuestionario virtual con 20 preguntas abiertas y cerradas y de elección múltiple, dando también un espacio para que las personas pudieran dar su opinión, El rango de edad de las personas de la muestra se encuentra entre los 15-72 años, donde el 44 % de la

	población está en el rango de 15- 23 años, el 24 % entre 23-31 años, el 20% 31-47 años, de 47- 55 años corresponde al 8 % y el 3 % de la población pertenece a 55-72 años. La mayoría de la población, el 87 % trabajaba y estudiaba, el 7 % se dedicaba al cuidado del hogar, el 3 % realizaba un entrenamiento y el 3 % restante se dedicaba al servicio militar, estaba incapacitado o desempleado. Debido a la cuarentena, estas actividades no pudieron tener normalidad. Se evidencia que 144 personas del total de las que realizó el cuestionario, lo que corresponde al 68 % de la población afirmaron que no pudieron desarrollar sus acciones cotidianas. Respecto a las medidas tomadas por el Gobierno Nacional, los resultados demuestran que el 97,1% de la población a la cual se le aplicó el cuestionario, reconoció dichas medidas impuestas frente a la pandemia y que tan solo un 2.9 % de la población desconocía las mismas.
Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19	De acuerdo con las afectaciones producidas por las medidas que ha tomado el gobierno Nacional se evidenció que entre la población encuestada de las localidades Kennedy, Fontibón, Usaquén, Suba, Rafael Uribe Uribe, el 81,2 % se ha visto afectada por las medidas que tomó el Gobierno Nacional (aislamiento obligatorio preventivo), mientras que un 18,2 % no se ha visto afectada. La mayoría de la población ha tenido afectaciones de tipo económico como suspensión laboral, salarios menores al mínimo, desempleo y falta de recursos para conseguir elementos de protección para evitar el contagio y propagación del virus. El 54,4 %, el 39,3 % presentan afectaciones psicológicas, el 16,4 % presenta complicaciones de salud, y el 0.7 % de la población presenta afectaciones en el aprendizaje.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 21	
Título	Percepción de soledad y su relación con el bienestar de las personas mayores en tiempos de pandemia por COVID-19 en Bogotá
Autor(es)	Nossa Aguero, Paula
Fecha	2021
Editorial o revista	Nossa Aguero, P. (2021) Percepción de soledad y su relación con el bienestar de las personas mayores en tiempos de pandemia por COVID-19 en Bogotá. Universidad de los Andes
Enlace electrónico	https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/53314
Objeto de estudio principal, ámbito geográfico, población objetivo y metodología.	El estudio explora, a partir de un análisis fenomenológico, la relación entre la percepción de soledad y bienestar en personas mayores, en un contexto de ingresos medios, tras el aislamiento obligatorio por COVID-19. Para dicha exploración se realizaron entrevistas semiestructuradas a 10 personas mayores residentes en Bogotá a partir de un muestreo por bola de nieve. Los datos fueron interpretados mediante un análisis de tres niveles. Se definieron cuatro categorías de análisis: definición y percepción de soledad, definición y percepción de bienestar, relación entre soledad y bienestar y, sentimientos asociados a la pandemia. En total fueron entrevistadas 10 personas entre los 61 y 82 años residentes en su mayoría en la zona urbana de la localidad de Ciudad Bolívar, en Bogotá. La

	mayoría de los participantes eran viudos o separados y ninguno era soltero. Los participantes reportaron su lugar de nacimiento en departamentos distintos a la capital, pero la mayoría de ellos residen en Bogotá hace más de 20 años (información no mostrada). En cuanto a los ingresos, fue posible observar que la mitad de los participantes son beneficiaros del programa Colombia Mayor que otorga un subsidio a las personas mayores, y solamente una persona manifestó contar con una.
Aspectos de interés para el estudio	Una de las implicaciones de la emergencia sanitaria por COVID-19, fueron las afectaciones en las condiciones de vida de las personas mayores. Una de ellas es la percepción de soledad y los efectos en el bienestar, las relaciones sociales, los factores externos e internos, que podrían fortalecer iniciativas para prevenir y actuar contra este flagelo. Uno de los desafíos que enfrenta el gobierno en Colombia es que los análisis que se hacen para el diseño de las políticas públicas, hasta el momento, están basados en datos cuantitativos, que excluyen otros enfoques teóricos y epistemológicos (Santos Pérez & Valencia Olivero, 2015). Desconocer la manera como las personas mayores perciben la vida es causa de muchas generalizaciones que refuerzan los procesos de estigmatización y maltrato contra esta población, así como la falta de inclusión de todos los actores sociales en los procesos de envejecimiento (Gutiérrez Cuéllar, 2019). Todo lo anterior, contribuye a que culturalmente se genere una percepción de la vejez en la que se considera a las personas mayores como sujetos pasivos receptores de cuidado (Weicht, 2013). Los aspectos anteriores son todos de interés para el estudio de la SDIS como, por ejemplo, el hecho de que para las personas mayores el lograr mantener sus hábitos tras el aislamiento, los protegió de experimentar soledad, lo cual implica tomar medidas para que esta situación se considere y se hagan esfuerzos para mantener los hábitos de las personas mayores en situaciones de aislamiento. Otro énfasis está dado en la atención que se debe dar a obtener información de investigaciones científicas sobres aspectos socioemocionales como determinantes de actuaciones y soluciones institucionales. Así mismo es necesario considerar, según este estudio, que ante cualquier emergencia o situación de aislamiento se mantenga la participación de las personas mayores en iniciativas de acción comunitaria y recreativa, ya que esto puede actuar como factor protector contra la soledad que puede acompañar a las personas mayores.
Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19	Según la última encuesta de salud, bienestar y envejecimiento (SABE, 2015), el 40% de las personas mayores presentaron un perfil depresivo asociado con la soledad. Esta situación ha empeorado con la llegada del COVID-19, pues las restricciones que favorecen el aislamiento social, han incrementado las cifras de soledad (Miller, 2020). Las entrevistas arrojaron que a pesar de que se ha mostrado que la pandemia ha cambiado el modo en el que las personas mayores se relacionan y también las percepciones que tienen de su entorno (Pinazo Hernandis, 2020), se observa heterogeneidad en la forma como perciben la soledad y el bienestar (es decir, la forma diferente que ven las personas mayores el estar solo o sola, al no poder compartir con los hijos, la familia, los vecinos y otras personas). Hablan de no poder salir a compartir y por eso sentirse solo y asilado, y de que el no poder hablar puede llegar a ser deterioro de su salud, otros expresaban que el no poder ver a los hijos los hacía sentir tristes.

Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19 *(Continuación)*	Al comparar estudios realizados en países de altos ingresos con aquellos de medianos y bajos (como por ejemplo estudios hechos en Chile) se encontró que las personas mayores tenían una mayor resiliencia frente a la situación del COVID-19, pero que, aun así, esto no se reflejaba en la disminución de síntomas de depresión. Por otro lado, un estudio hecho en Alemania se encontró que hubo un aumento de la soledad social y emocional (Babulal et al., 2021). Otro de los elementos que contribuyó a la baja percepción de soledad de las personas entrevistadas durante el aislamiento obligatorio fueron las adaptaciones a los cambios en la rutina. Aquellas personas que lograron mantener sus hábitos tras el aislamiento, aunque esto implicara modificaciones de medios o adaptaciones de espacio, se vieron protegidas de experimentar soledad. Por otro lado, se observa que, en algunos casos, para las personas mayores que ya vivían solas o solos o aislados, la situación vivida no fue tan fuerte como para las personas que tenían familiares o visitas de los hijos de manera recurrente, o tenían un estilo de vida activo y productivo, como el salir a hacer ejercicio por las mañanas o encontrarse con alguna persona, ya sea amiga o vecino. Se observó también, que los vínculos políticos y/o de participación comunitaria fueron importantes para la mayoría de los participantes e influyeron en la percepción de soledad. En este sentido, al indagar sobre dicha percepción antes y después de la pandemia, fue evidente el importante papel que desempeñan algunas de las iniciativas que se desarrollan actualmente en la localidad. Algunas de las actividades destacadas por los participantes fueron las huertas comunitarias, los espacios de actividad física, de discusión política, entre otras. Además, los programas de seguimiento a las personas mayores que involucran llamadas e interés por parte de otras personas, contribuyeron de manera satisfactoria a mitigar el impacto de los cambios en las rutinas y, por consiguiente, a una menor percepción de soledad durante el periodo de tiempo analizado. La identificación de los posibles participantes se llevó a cabo a través de un muestreo intencional por conveniencia a través de la metodología de bola de nieve (Goodman, 1961). Dadas las condiciones de aislamiento obligatorio derivadas de las disposiciones del gobierno colombiano durante la pandemia por COVID-19, se realizó un acercamiento telefónico inicial a varios líderes de grupos comunitarios de vejez en la localidad de Ciudad Bolívar en la ciudad de Bogotá, a quienes se expuso el propósito de la investigación, los beneficios y aportes de esta en dicho sector. Seguido a esto, se les solicitó una lista de potenciales participantes que cumplieran con los siguientes criterios: ser residentes de la localidad de Ciudad Bolívar; pertenecer a estratos 1 y 2; ser mayores de 59 años; no estar institucionalizado y ser capaz de responder a la entrevista de manera autónoma. Para cumplir con este propósito, los líderes de vejez de la zona refirieron en el estudio a 25 posibles participantes. Estos, además de cumplir con los criterios mencionados, pertenecían a la “Escuela artística y de derechos de la persona mayor”, la cual se encarga de desarrollar procesos de formación de las personas mayores a través de actividades culturales, deportivas, artísticas y productivas.

	Se excluyeron los participantes de la lista que tenían menos de 60 años y que residían en otra localidad. Uno de los indicadores sociales que se utilizó para realizar las entrevistas, fue las necesidades insatisfechas de la población, en este caso la adulta mayor, ya que según la (SDIS, 2017), el 7.5 % de la población de Ciudad Bolívar es mayor de 59 años y el 41 % corresponde a adultos entre los 27 y los 59 años, y Ciudad Bolívar es la localidad receptora de personas que vienen de otras regiones del país que han sido víctimas de desplazamiento y por ello es considerada como una localidad de clase socio-económica baja ya que el 53% de los predios son estrato 1 y el 40%, estrato 2. Se considera una localidad de alta vulnerabilidad ya que la tasa de desempleo es del 15.4% y la de analfabetismo llega al 4.8%, dos puntos porcentuales más que el resto de Bogotá (2.2 %).

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 23	
Título	Instituto Nacional de Salud Observatorio Nacional de Salud Informe 13: COVID-19: progreso de la pandemia y sus desigualdades en Colombia Subtítulo: Explorando la salud mental en 23 ciudades colombianas durante la pandemia, Pablo Chaparro-Narváez
Autor(es)	Instituto Nacional de Salud Observatorio Nacional de Salud
Fecha	2021
Editorial o revista	ISSN: 2346-3325 Para citar: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, COVID-19: progreso de la pandemia y sus desigualdades en Colombia; Décimo tercero Informe Técnico Bogotá, D.C., 2021.
Enlace electrónico	https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/publicaciones
Objeto de estudio principal, metodología, población objetivo.	Estudio ecológico exploratorio para determinar la presentación de síntomas relacionados con trastornos de salud mental en 23 ciudades colombianas entre julio de 2020 y abril de 2021. Se trata de recopilar evidencia sobre el impacto que ha generado el COVID-19 para preparar e informar la atención de los servicios de salud mental a medida que continúa la crisis sanitaria. Durante la pandemia las distintas medidas adoptadas en materia de Salud pública están destinadas a proteger la salud física y el bienestar de la población. No obstante, es probable que el encierro, las consecuencias sociales y económicas del COVID-19, estén presentando efectos negativos a la salud mental de las personas y ante los pocos estudios que han explorado la salud mental durante la pandemia en Colombia es necesario recopilar evidencia sobre el impacto que ha generado el COVID-19 para preparar e informar la atención por parte de los servicios de salud mental a medida que continua la crisis sanitaria. La Encuesta Pulso Social está compuesta por 56 preguntas organizadas en cinco dimensiones: confianza del consumidor, bienestar subjetivo, redes de apoyo de los hogares, bienestar de los hogares que cuentan con niños, niñas y adolescentes y conocimiento y acceso a las políticas nacionales y locales de apoyo a los hogares. Entre los datos importantes utilizados se encuentra que, la encuesta presenta información desagregada por sexo (hombre, mujer), grupos de edad (10 a 24 años, 25 a 54 años, 55 años o más)

Aspectos de interés para el estudio	Es conocido que las emergencias de salud pública, como la pandemia por COVID-19, pueden afectar a *nivel individual*, generando inseguridad, confusión, aislamiento emocional y estigma; y a *nivel colectivo* debido a pérdidas económicas, cierres de lugares de trabajo y escuelas, entre otros. En Colombia, el 12 de marzo de 2020 se declaró la emergencia sanitaria. En ese entonces, entraron en vigor medidas como la suspensión de todos los eventos públicos, de las clases presenciales en colegios y universidades, se impuso el aislamiento obligatorio para todos los adultos mayores de 70 años. Quizá el hallazgo más importante de este estudio es comprobar que síntomas como la preocupación, cansancio, irritabilidad, nerviosismo, soledad, tristeza, dolores de cabeza o estomacales, dificultades para dormir, latidos del corazón a pesar de no haber realizado ningún esfuerzo físico, afectaron la salud mental de las personas mayores en el 2020 en las 23 ciudades ante las fuertes medidas de aislamiento preventivo, y disminuyeron significativamente en el 2021, cuando hubo restricciones sanitarias parciales y vacunación ampliada. Lo cual es un aspecto de importancia a tener en cuenta para la prevención de eventos que puedan afectar la salud mental y la atención que se debe prestar a este aspecto en las instituciones de atención a la persona mayor y las cuales no siempre se han considerado como prioritarias en la atención. La convención Interamericana señala la necesidad de optimizar oportunidades de bienestar físico, mental y social de las personas mayores como parte del Envejecimiento activo y saludable, así como parte del Sistema Integral de Cuidados, la integridad física y mental de la persona mayor, por lo que la salud mental es un aspecto de los derechos de los adultos mayores que deben atender en el marco de la PPSEV y este estudio puede ser uno de los referentes para ello.
Categoría principal	Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19
Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19	El análisis se hace a partir de los consolidados derivados de la Encuesta Pulso Social realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), mensualmente desde julio de 2020 en las 23 ciudades colombianas. De esta encuesta se tomó de la dimensión bienestar subjetivo, la pregunta “Durante los últimos 7 días usted ha sentido…” que consideró como alternativas de respuesta “preocupación o nerviosismo, cansancio, irritabilidad, soledad, tristeza, dolores de cabeza o estomacales, dificultades para dormir, los latidos de su corazón a pesar de no haber realizado ningún esfuerzo físico, le fue imposible sentir sentimientos positivos y ninguna de las anteriores”. La encuesta presenta información desagregada por sexo (hombre, mujer), grupos de edad (10 a 24 años, 25 a 54 años, 55 años o más), tamaño del hogar (unipersonal, dos personas, tres personas, 4 o más) y ciudad (Armenia, Barranquilla área metropolitana (AM), Bogotá, Bucaramanga AM, Cali AM, Cartagena, Cúcuta AM, Florencia, Ibagué, Manizales AM, Medellín AM, Montería, Neiva, Pasto, Pereira AM, Popayán, Quibdó, Riohacha, Santa Marta, Sincelejo, Tunja, Valledupar y Villavicencio).

	La mayoría de los participantes fueron mujeres, personas que tenían entre 25 y 54 años, individuos que pertenecían a hogares conformados por cuatro o más personas y residentes en Bogotá y Medellín y su área metropolitana. La encuesta Pulso Social, se dio en dos periodos, el julio 2020 en el cual participaron 11.894.423 personas, de las cuales 4.423.237 eran hombres, con el 37.2 %, y 7.471.086 mujeres con 62.8 % de la representación, para esta encuesta se entrevistaron a 4.325.762 personas mayores de 55 años o más, es decir, 4.325.762 con 36.4 % de participación. Para abril del año 2021, se tuvieron 12.078.474 participantes, de los cuales 4.580.753 eran hombres con 37.9 %, 7.497.994 mujeres con 62.1 %, de los cuales 3.773.464 fueron personas mayores de 55 años o más, 31.2 %, es decir, que en el 2021 participaron menos personas mayores que en el año 2020. Los hallazgos más relevantes en cuanto a los síntomas relacionados con algún tipo de trastorno mental en las 23 ciudades del país, fueron para julio de 2020, la preocupación y nerviosismo, 4.804.204 participantes manifestaron haberlo sentido 40.39 % de casos; para abril de 2021 para el mismo síntoma 4.398.305 participantes lo manifestaron con 36.41 de prevalencia, es decir, que para el año 2021 este síntoma había disminuido; otro síntoma que se presentó con mayor prevalencia fue la tristeza, para el año 2020, 2.679.529 participantes (22.53 %) lo manifestaron, para el año 2021, 1.769.272, es decir, el 14.65 de las personas lo manifestaron, nuevamente se observa que en el año 2021 este síntoma disminuyó de manera notable.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 24	
Título	Las personas mayores frente al COVID-19: tendencias demográficas y acciones políticas
Autor(es)	Laura Débora, Acosta, Argentina Doris, Bardona Arango, José Vilton, Costa, Alicia, Delgado, Flávio Henrique, M. de A. Freire, Sagrai-o, Agra, Madelin, Gomez-León Orcid, Mariana. Paredes Della Croce, Enrique, Peláez., Vicente, Rodríguez Rodríguez, Fermina, Rojo-Pérez., Rafael, Silva-Ramírez
Fecha	2021
Editorial o revista	RELAP - Revista Latinoamericana de Población Vol. 15 - Número 29: 64-117 http://doi.org/10.31406/relap2021.v15.i2.n29.3 ISSN 2393-6401
Enlace electrónico	http://doi.org/10.31406/relap2021.v15.i2.n29.3 ISSN 2393-6401
Objeto de estudio principal, ámbito geográfico, población objetivo y metodología.	Trabajo con dos objetivos: primero, examinar la tendencia de COVID-19 a partir de los casos confirmados y la mortalidad entre personas adultas mayores de una selección de países de América Latina - AL (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Uruguay) junto con España; y segundo destacar las acciones y políticas dirigidas a la atención de la población mayor en cada país durante la primera ola de la pandemia. El estudio fue realizado en el 2020
Aspectos de interés para el estudio	Una vez realizado el análisis de este estudio y según sus datos se puede señalar que Colombia en relación con los otros países del estudio, tuvo un mejor manejo de la mortalidad y en ocasiones de la letalidad, aunque esta última se ubica en un rango intermedio, lo que se refleja en las cifras comparativas con los otros países. Esto podría asociarse con las medidas oportunas de cierre de la economía y aislamiento de Colombia al inicio de la pandemia.

	Desde luego sería de gran interés para fortalecer y llegar a reformular aspectos de la PPSEV, en términos del alcance o vulneración de los derechos de las personas mayores, el estudio detallado de los resultados de los otros países teniendo como faro la Convención Interamericana. Cabe destacar que el impacto de la pandemia de COVID-19 en la población mayor de los países de América Latina tuvo que ver -en gran medida-, con las medidas que cada país adoptó en materia de salud, trabajo, bienestar social para la población en general y muy especialmente para la población mayor y en esto Colombia se puede destacar entre otros países.
Magnitud de la pandemia en Bogotá y Colombia	En Colombia, las muertes comenzaron a incrementarse a partir de los 45 años hasta los 70 años en hombres y los 65 años en mujeres, para luego estancarse e incrementar solo levemente en mujeres de 85 años y más. Cabe destacar que, si se observa la letalidad durante la primera ola de la pandemia, esta se incrementa significativamente a medida que aumenta la edad. Para el julio del 2020 la tasa de mortalidad por COVID-19 en las personas mayores era superior con respecto a otros grupos poblacionales, mientras en los hombres de 35 a 59 años fue de 21,4 y en las mujeres de 8,3 por cien mil habitantes, en los mayores de 60 años se aumentó a 149,7 en los hombres y 70,3 en mujeres por cien mil. La tasa de mortalidad de Colombia en el total de la población de personas mayores es una de las más bajas, después de Uruguay y Argentina. Sin embargo, no ocurre lo mismo con la letalidad, que está en un rango intermedio en comparación con el resto de los países. La letalidad en los hombres de 60 años o más alcanza 19,9% y en las mujeres de esta misma edad, el 14%
Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19	Medidas específicas destinadas a personas mayores, establecidas frente al COVID-19 según país y tipo de medida, año 2020 (medidas sanitarias: en Colombia se dieron orientaciones para la prevención, contención y mitigación del COVID-19 en personas adultas mayores, Centros vida, Centros día y Centros de protección de larga estancia para personas mayores, entre las principales medidas están: La población mayor recibe las pensiones directamente en su casa. (Resolución 464 de 2020 por la cual se adopta la medida sanitaria obligatoria de aislamiento preventivo, para proteger a los adultos mayores de 70 años). Si bien el texto registra las medidas sanitarias específicas para personas mayores en cada uno de los 8 países estudiados, cabe señalar la similitud de muchas de las medidas adoptadas. No obstante, se destaca Argentina con la Medida de Línea Gratuita de Consulta para personas mayores PAMI de alcance Nacional, así mismo una receta médica electrónica, cuyos resultados sería importante verificar por lo innovativo de las medidas. Para los países participantes se tomaron medidas sobre régimen especial de trabajo para personas mayores según lo registrado en el texto, anotamos acá las dos consideradas más relevantes:

	Para Colombia señalamos los -Fondos privados que transfirieron a 25.000 de sus pensionados al fondo público (15/4/2020) y el -Ingreso extra para familias que reciben el programa de transferencia Adulto mayor. En Chile se implementó para funcionarios públicos mayores de 70 años el teletrabajo, además de que los jefes del servicio de la administración del Estado podían establecer medidas especiales para adoptar horarios de trabajo flexibles para estas personas.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 25	
Título	La COVID-19 y su efecto en la población adulta mayor en Colombia.
Autor(es)	Acevedo Supelano, Adriana Lucía., West, Caryn Partrice, Gutiérrez Zehr, Johana, Rueda Hernández, Lyda Victoria & Núñez de Esteban, María Consuelo.
Fecha publicación	2020
Editorial o revista	Revista de Extensión Cultural, Universidad Nacional de Colombia. Acevedo Supelano, A, West, C, Gutiérrez Zehr, J, Rueda Hernández, L y Núñez de Esteban, M. (2021). La COVID-19 y s u efecto en la población adulta mayor en Colombia. Universidad Nacional de Colombia.
Enlace electrónico	https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/80354
Objeto de estudio principal, ámbito geográfico, población objetivo y metodología	Si bien el objeto de estudio fue analizar los datos de casos recuperados y fallecimientos por grupos de edad, teniendo en cuenta la densidad poblacional en Colombia, este estudio permite registrar la incertidumbre como sentimiento relevante que involucra consecuencias sociales y económicas sobre la vida cotidiana, social y laboral de los adultos mayores, quienes son el grupo etario más afectado frente a la mortalidad en tiempos de pandemia.
Aspectos de interés para el estudio	La acción de tutela es un antecedente significativo en torno al derecho de participación de personas mayores en asuntos de normas que los afectaron directamente durante la pandemia, y es de considerar en el marco de las Condiciones de vida y necesidades sentidas relacionadas con la participación social de las personas mayores y su afectación por la emergencia sanitaria (asociada con la Dimensión 1 de PPSEV “Vivir como se quiere en la Vejez”) que maneja esta investigación. Es necesario tener en cuenta que el análisis de los datos de casos de recuperados y fallecidos como el caso de este estudio, no puede llevar directamente a tomar decisiones que pueden ser discriminatorias como fueron las restricciones para los mayores de 70. Se trata de una lección aprendida en torno a la aplicación de medidas que, pueden ser bien intencionadas pero que conllevan efectos discriminatorios y violación de derechos como en este caso, donde se vulneró su derecho a ser tratados en condiciones de igualdad, respetando su independencia y autodeterminación al igual que el caso de personas de otras edades.
	Veintiún días después del inicio de año 2021, el INS reportó datos acumulados de 1.972.345 casos y 50.187 fallecidos: 78.2% mayores de 60 años y 21.8% de otras edades, los cual corresponde a 39.246 adultos mayores.

Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19	El rango de edad donde se presenta mayor letalidad es de 70 a 79 años, seguido por los rangos de 60 a 69, 80 a 89, 50 a 59 y 90 y más. Es evidente la alta mortalidad en personas mayores que son el menor número en densidad poblacional actualmente en el país. En Colombia, el Ministerio de Salud emitió las resoluciones Nro. 464 y No. 470 de 2020, con las que se decretó el aislamiento preventivo obligatorio para las personas mayores de 70 años, entre el 20 de marzo y el 30 de mayo del mismo año (República de Colombia. 2020c), seguidas por una mayor ampliación de días para este grupo etario. En respuesta, los adultos mayores de 70 años establecieron una acción de tutela en la que expresaron que se vulneró su derecho a ser tratados en condiciones de igualdad, respetando su independencia y autodeterminación al igual que el caso de personas de otras edades. El fallo salió a su favor, reconociendo el derecho vulnerado, en concordancia con el derecho nacional e internacional.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Reseña bibliográfica analítica nro. 26	
Título	Mujeres y Hombres: brechas de género en Colombia. Segunda edición 2022
Autor(es)	DANE. ONU Mujeres. Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer
Fecha	2022
Editorial o revista	DANE. (2022). ISBN: 978-628-95368-0-5
Enlace electrónico	https://colombia.unwomen.org/sites/default/files/2022-11/MyH%20BrechasColombia-NOV5-17Nov%20%284%29.pdf
Aspectos de interés para el estudio	Este documento *Mujeres y hombres: brechas de género en Colombia* presenta un amplio panorama sobre las desigualdades entre mujeres y hombres en los temas sociales, económicos, de salud, entre otros, y toca lo relacionado con el impacto derivado por la COVID-19 en algunos de los aspectos estudiados.
Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19	Envejecimiento de la población colombiana En este artículo se plantea que, si bien las dinámicas demográficas son diferenciales en el territorio colombiano, el envejecimiento poblacional ya muestra signos de impacto en el país en general y que en menos de 30 años se tendrá una importante proporción de personas mayores con desafíos sustanciales en materia de pensiones, así como de salud y, por supuesto, con una creciente exigencia de cuidados de la población mayor con dependencia funcional. En particular, es importante reconocer que el cambio en la estructura de edad y factores como la composición de los hogares afectan la disponibilidad de personas cuidadoras en las familias. Según las cifras presentadas en este documento, de acuerdo con las proyecciones de población, se estima que en 2022 hay 5,1 millones de personas de 65 años y más, lo que representa el 9,9% del total de la población del país. En 1950, este grupo representaba el 3,5 %; para 2005, la proporción ya alcanzaba el 6,2 % y se estima que

	para 2050 represente el 18,5 % del total de la población (con base en DANE proyecciones de población derivadas del Censo 2018). Feminización de la vejez En el documento se dice que en las últimas décadas se ha incrementado la proporción de mujeres en edades mayores, señal de lo que se conoce como “feminización de la vejez”. En 1950, del total de la población de 65 años y más, 47,6 % eran mujeres; para 1985, la proporción había ascendido a 50,5 %. En 2022, el 55,8 % de las personas adultas mayores son mujeres y se estima que para 2050 sean 57,4 %. A nivel mundial, al menos tres de cada cinco personas (61,6 %) de 80 años o más son mujeres, y poco más de la mitad (55,1 %) de las personas de 65 años o más son mujeres. En América Latina y el Caribe, estos mismos porcentajes son de 61,2 % y 56,1 %, respectivamente. Además, en la región, el 17,2 % de las mujeres y el 15,0% de los hombres de 65 años y más viven solos (Naciones Unidas. DAES, 2020a: The World's Women 2020. Trends and Statistics). En particular, los datos analizados en esta publicación muestran que las mujeres mayores tienen más probabilidades de llegar a vivir solas, debido a que su esperanza de vida es mayor a la de los hombres y, consecuentemente, una mayor prevalencia de viudez.
Implicaciones sociales, económicas y de salud de la pandemia COVID-19 (Continuación) Implicaciones sociales, económicas	La experiencia laboral es diferencial en las personas mayores por sexo En este documento se dice que una buena parte de la población mayor sigue contribuyendo con trabajo remunerado, es así que, en 2019, el 10,9 % de los hombres y el 8,8 % de las mujeres de 60 años y más estaban ocupados, la tasa global de esta población era de 37,9 %, tasa muy superior entre los hombres (53,6 %) que entre las mujeres (24,7 %). En 2020, la TGP para los hombres mayores fue del 48,7 % y para las mujeres del 20,2 %, descenso que en parte puede atribuirse a la pandemia del COVID-19. También se presentan cifras sobre el trabajo no remunerado de la población mayor: de acuerdo con la ENUT 2020-2021, el 93,3 % de las mujeres y el 67,0 % de los hombres de 60 a 75 años participan en actividades de trabajo no remunerado. En el grupo de edad de 76 años y más, estos porcentajes son 69,9 % y 52,0 %, respectivamente. Lo anterior indica que la experiencia de envejecimiento es distinta para los hombres y las mujeres. Estas últimas conforman la mayoría de la población mayor y también están entre el grupo de las personas que brindan cuidados. Además, suelen tener menos acceso a recursos, incluyendo pensiones, sobre todo cuando estas se basan en la historia laboral y salarial contributiva (Fuente DANE. Presentación de la Nota estadística Personas mayores en Colombia: hacia la inclusión y la participación. Citado en este documento) Brecha digital según zona de residencia En este documento se menciona que existe en el país una brecha digital entre las cabeceras y los centros poblados y rural disperso. La proporción de hogares campesinos con servicio de internet que se ubican en las zonas urbanas es cerca del doble (52,3 %), respecto a los hogares campesinos en zonas rurales (27,7 %). Si se considera el tipo de conexión, se observa que en los centros poblados y rural disperso es principalmente móvil (71,6 %) y en las cabeceras es fija (65,4 %).

y de salud de la pandemia COVID-19 (Continuación)	En el contexto de la pandemia del COVID-19, se ha hecho más evidente el papel que juegan las herramientas tecnológicas y que el mundo digital cada vez ocupa más espacio en la vida de las personas, así como de las oportunidades que se pueden obtener de una conexión a internet. Por ello, también es importante considerar la cobertura de internet en las zonas rurales y su uso en términos del desarrollo económico. La mujer mayor y la discapacidad En este documento se menciona que tanto la prevalencia como la gravedad de la discapacidad aumentan con la edad. A medida que más mujeres llegan a edades avanzadas, son ellas quienes requieren de mayores cuidados y asistencia en las actividades relacionadas con la vida diaria, y los cuidados de larga duración siempre tienen costos, incluso cuando dichos cuidados suelen ser proporcionados por miembros de la familia (generalmente mujeres en edad productiva y de forma no remunerada) (Naciones Unidas. DAES, 2020a). Según el análisis de este documento las personas con discapacidad, en contraste con sus pares sin discapacidad tienen menor asistencia escolar y nivel de instrucción, baja participación en el mercado laboral y pertenencia a hogares que están afectados en mayor medida por la pobreza. Es por esto que en el contexto de la pandemia del COVID-19 se ha hecho énfasis en que las personas con discapacidad resultan más afectadas debido a las barreras actitudinales, institucionales y del entorno, puesto que antes de la pandemia ya se encontraban en situaciones de desventaja social y económica, así como con afecciones de salud preexistentes, lo cual acentuó aún más el riesgo de contagio las dificultades para enfrentar los problemas asociados con este contexto (CEPAL, 2021, citado en este documento). Violencia en los hogares durante la crisis sanitaria por la COVID-19 Este documento analiza los datos de la Encuesta Pulso Social del DANE (información de mayo 2021 a marzo 2022) que muestran que en el marco del confinamiento por la COVID-19, la violencia psicológica fue la que presentó mayor prevalencia. En mayo de 2021 los gritos e insultos fueron reportados por seis de cada diez mujeres agredidas; para marzo de 2022, la prevalencia de estos alcanzó tres cuartas partes de las mujeres que fueron agredidas. En lo que respecta a la violencia física, los golpes e intimidaciones tuvieron la mayor ocurrencia, con siete de cada 100 mujeres agredidas en mayo de 2021 y 3,5 de cada 100 en marzo de 2022. A su vez, la violencia sexual presenta reportes de agresiones por besos y tocamientos en cuatro de cada 100 mujeres agredidas, pero en los últimos meses de registro no hubo reportes de ataques sexuales por la fuerza sin consentimiento de las mujeres. Cuidado no remunerado En el documento se menciona que, con base en los resultados de la ENUT 2020-2021 las brechas en la distribución del tiempo doméstico y de cuidados no remunerado no se han reducido. Incluso, las estadísticas alertan sobre un posible ensanchamiento derivado de las medidas de aislamiento social durante la pandemia del COVID-19. Entre el levantamiento de la ENUT 2016-2017 y su edición más reciente, la brecha de género en el tiempo destinado al trabajo no remunerado aumentó una hora y cinco minutos entre la población de las cabeceras municipales y una hora y trece minutos entre la población en el resto rural.

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez, 2022

Anexo 2. Preguntas de la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021

1. Preguntas relacionadas con COVID-19 y con las implicaciones de la pandemia

Sección C. Condiciones habitacionales del hogar pregunta 10b

Pregunta 10b
¿A raíz de las medidas tomadas en la pandemia del COVID-19 entre marzo de 2020 y el momento actual:
1. ¿Se atrasó o dejó de pagar alguna cuota de arrendamiento? SI __ NO__
2. ¿El arrendatario le dio algún descuento en la cuota de arrendamiento? SI __ NO__

Sección F. Salud

Pregunta 43
¿Fue diagnosticado con COVID-19? SI __ NO__

Pregunta 44
A raíz de las medidas tomadas en la pandemia del COVID-19 ¿se le presentó alguna de las siguientes situaciones? 1. Perdió citas médicas o exámenes de control SI __ NO__ 2. Se aplazaron cirugías, tratamientos u otros SI __ NO__ 3. Dejó de recibir o tuvo atrasos o interrupciones en la recepción de medicamentos SI __ NO__ 4. Presentó crisis de ansiedad, miedo, preocupación, depresión SI __ NO__ 5. Sintió que su estado de salud empeoró SI __ NO__

Sección K. Fuerza de trabajo

Pregunta 64
A raíz de las medidas tomadas en la pandemia del COVID-19 ¿se le presentó alguna de las siguientes situaciones? 1. Perdió su empleo SI __ NO__ 2. Tuvo que cerrar o interrumpir las actividades de su negocio SI __ NO__ 3. Tuvo que ir a licencia remunerada SI __ NO__ 4. Tuvo que tomar vacaciones forzadas SI __ NO__ 5. Registró una pérdida sustancial de sus ingresos SI __ NO__ 6. Otra. Cuál __

Sección L. Percepción sobre las condiciones de vida y el desempeño institucional

Pregunta 29
A raíz de las medidas tomadas en la pandemia del COVID-19, cuáles de las siguientes medidas tomaron los miembros del hogar para hacer frente a los efectos económicos: 1. Uno o más miembros del hogar que no trabajaban empezaron a trabajar __ 2. Adoptaron nuevas fuentes de ingresos __ 3. Cambiaron de vivienda __ 4. Gastaron parte o todos sus ahorros__ 5. Se endeudaron o ampliaron el plazo de algunas deudas__ 6. Vendieron algunos bienes activos (vivienda, moto, carro, electrodoméstico, etc.) __ 7. Arrendaron o hipotecaron la vivienda ocupada por el hogar__ 8. Algún miembro del hogar tuvo que retirarse de la educación__ 9. Disminuyeron el gasto en alimentos__ 10. Pidieron ayuda de familiares, amigos u otras personas del barrio, pueblo o vereda__ 11. Solicitaron subsidio de desempleo__

Pregunta 30
A raíz de las medidas tomadas en la pandemia del COVID-19, entre marzo de 2020 y el momento actual algún miembro del hogar: 1. Hizo donaciones en dinero SI __ NO__ 2. Dio mercados a otros hogares SI __ NO__ 3. Otorgó descuentos en el arriendo de propiedades (vivienda, locales, oficinas, etc.) SI __ NO__

2. Preguntas relacionadas con las condiciones de vida de las personas mayores de la ciudad

Sección E. Composición del hogar y demografía

7. ¿Cuál es el parentesco de… con el o la Jefe/a de este Hogar?
Jefe/a del hogar **Pareja, esposo/a, conyugue, compañero/a** **Hijo/a, hijastro/a** **Padre, madre, padrastro, madrastra** **Suegro, suegra** **Hermano/a, hermanastro/a** **Yerno, nuera** **Otro/a pariente del/a jefe/a** **Empleado/a del servicio doméstico** **Parientes del servicio doméstico** **Trabajador** **Pensionista** Otro/a no pariente

Sección F. Salud[30]

[30] Las imágenes de las preguntas asociadas a las secciones F, H y K son tomadas de: https://es.scribd.com/document/499185910/Formulario-Encuesta-Multiproposito-Bogota-Cundinamarca-2021

1. ¿.... está afiliado/a (cotizante o beneficiario(a)) a alguna entidad de seguridad social en salud? (Entidad Promotora de Salud (EPS), Entidad Promotora de Salud del régimen Subsidiado (EPS-S), entidades de regímenes de excepción o especial)

Sí	1	
No	2	→ Pase a 3
No sabe, no informa	9	→ Pase a 11

2. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado/a ...?:

Contributivo	1	→ Pase a 4
Especial o de excepción (fuerzas militares y de policía, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio)	2	
Subsidiado (EPS-S)	3	→ Pase a 6
No sabe, no informa	9	→ Pase a 11

Sección H. Educación

Pregunta 1	Pregunta 4
¿Sabe leer y escribir? SI__ NO__	**4.¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por ... y el último año o grado aprobado en este nivel?**
Pregunta 2 Actualmente estudia (¿asiste al preescolar, escuela, colegio, o universidad?) SI__ NO__	

	Nivel	Último año o grado aprobado
Ninguno	1	
Preescolar	2	
Básica primaria (1.°-5.°)	3	
Básica secundaria (6.°-9.°)	4	
Media (10.°-13.°)	5	
Técnico	6	
Tecnológico	7	
Universitaria incompleta (sin título)	8	
Universitaria completa (con título)	9	
Especialización incompleta (sin título)	10	
Especialización completa (con título)	11	
Maestría incompleta (sin título)	12	
Maestría completa (con título)	13	
Doctorado incompleto (sin título)	14	
Doctorado completo (con título)	15	

→ Pase a 27

Sección K. Fuerza de trabajo

Pregunta 1

1. ¿En qué actividad ocupó ... la mayor parte del tiempo la SEMANA PASADA?

Trabajando	1	→ Pase a 14
Buscando trabajo	2	
Estudiando	3	
Oficios del hogar	4	
Incapacitado(a) permanente para trabajar	5	→ Pase a 51
Otra actividad, ¿cuál?	6	

Anexo 3. Fichas técnicas de los indicadores incluidos en el análisis de la EM 2021

1. Envejecimiento demográfico y composición por sexo de la población mayor

Nombre del indicador	**Índice de envejecimiento en Bogotá 2021**
Objetivo del indicador	Conocer la relación existente entre la cantidad de personas con 60 años o más y la cantidad de niños y jóvenes menores de 15 años en la ciudad.
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	- Se agrupa la población en dos categorías: 0 - 14 años y ≥60 años y se obtiene el cociente entre las dos categorías
Variables	- Volumen de población de 0 a 14 años Pi - Volumen de población de 60 años y más Pj Donde: i = población de 0 a 14 años j = población de 60 años y más
Fórmula	IE= (Pj / Pi) * 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Número de personas con 60 años y más por cada 100 personas menores de 15 años, en la ciudad de Bogotá en 2022
Nombre del indicador	**Índice de envejecimiento en las localidades de la ciudad. Bogotá 2021**
Objetivo del indicador	Conocer la relación existente entre la cantidad de personas con 60 años o más y la cantidad de niños y jóvenes menores de 15 años en las localidades de la ciudad.
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	En las localidades: - Se agrupa la población en dos categorías: 0 - 14 años y ≥60 años y se obtiene el cociente entre las dos categorías
Variables	- Volumen de población de 0 a 14 años en las localidades Pi,k - Volumen de población de 60 años y más en las localidades Pj,k Donde: i = población de 0 a 14 años j = población de 60 años y más k= localidades; 1. Usaquén, 2. Chapinero, 3. Santa Fe, 4. San Cristóbal, 5. Usme, 6. Tunjuelito, 7. Bosa, 8. Kennedy, 9. Fontibón, 10. Engativá, 11. Suba, 12. Barrios Unidos, 13. Teusaquillo, 14. Los Mártires, 15. Antonio Nariño, 16. Puente Aranda, 17. La Candelaria, 18. Rafael Uribe Uribe, 19. Ciudad Bolívar, 20. Sumapaz
Fórmula	IE= (Pj,k / Pi,k) * 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Número de personas con 60 años y más por cada 100 personas menores de 15 años, por localidad en 2022
Nombre del indicador	**Crecimiento demográfico. Población con 60 y más años. Bogotá. 2017 – 2021**

Objetivo del indicador	Conocer la tasa de crecimiento de la población total, población de 0 a 59 años y población con 60 y más años en la ciudad.
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2017 y 2021
Método de cálculo.	- Se obtiene la población ≥60 años - años 2017 y 2021 - se obtiene la tasa de crecimiento
Variables	P_i = población ≥60 años año 2017 P_f = población ≥60 años año 2022 t1 = año 2017 t2 = año 2022
Fórmula	Tasa de crecimiento (r) = $(\ln (P_f / P_i) / (t_2 - t1))*100$
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	El aumento de personas con 60 años y más, en promedio anual, por cada 100 personas con 60 años y más.
Nombre del indicador	**Crecimiento demográfico de la población total y la población mayor en las localidades de Bogotá. 2017-2021**
Objetivo del indicador	Conocer la tasa de crecimiento de la población total y población con 60 y más años en las localidades de la ciudad.
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2017 y 2021
Método de cálculo.	- Se obtiene la población en las desagregaciones: Total y ≥60 años en cada una de las localidades - años 2017 y 2021 y se obtiene la tasa de crecimiento para cada desagregación en cada localidad
Variables	Para cada una de las dos desagregaciones poblacionales se tiene: P_i = población año 2017 P_f = población año 2022 t1 = año 2017 t2 = año 2022 j= localidades 1. Usaquén, 2. Chapinero, 3. Santa Fe, 4. San Cristóbal, 5. Usme, 6. Tunjuelito, 7. Bosa, 8. Kennedy, 9. Fontibón, 10. Engativá, 11. Suba, 12. Barrios Unidos, 13. Teusaquillo, 14. Los Mártires, 15. Antonio Nariño, 16. Puente Aranda, 17. La Candelaria, 18. Rafael Uribe Uribe, 19. Ciudad Bolívar, 20. Sumapaz
Fórmula	Tasa de crecimiento (r) = $(\ln (P_f / P_i) / (t_2 - t1))*100$ Se calcula independientemente para el total y la población mayor en cada localidad.
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	En la población total: la tasa indica el aumento de personas, en promedio anual, por cada 100 personas en cada una de las localidades. En la población mayor: el aumento de personas con 60 años y más, en promedio anual, por cada 100 personas con 60 años y más, por localidad.
Nombre del indicador	**Tipologías de localidades definidas por el índice de envejecimiento. Bogotá 2021**
Objetivo del indicador	Agrupar las localidades en tipologías según el índice de envejecimiento.
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021
Método de cálculo.	- Se obtiene el índice de envejecimiento de cada localidad de la ciudad

	- año 2021 - se aplica el método de estratificación uni-variada o regla CumV̊f
Variables	Para cada una de las localidades se tiene: IE_i = índice de envejecimiento por localidades, año 2021 j= localidades: 1. Usaquén, 2. Chapinero, 3. Santa Fe, 4. San Cristóbal, 5. Usme, 6. Tunjuelito, 7. Bosa, 8. Kennedy, 9. Fontibón, 10. Engativá, 11. Suba, 12. Barrios Unidos, 13. Teusaquillo, 14. Los Mártires, 15. Antonio Nariño, 16. Puente Aranda, 17. La Candelaria, 18. Rafael Uribe Uribe, 19. Ciudad Bolívar, 20. Sumapaz Se ordena de menor a mayor el IE_i y se obtienen las frecuencias absolutas f(y) Se calcula la raíz cuadrada de las frecuencias absolutas V̊f(y) Se obtiene el acumulado de la raíz cuadrada de las frecuencias absolutas CUM_V̊f(y) Con el último valor de CUM_V̊f(y) y el número de estratos determinado, se obtienen los límites de los estratos Se ubican las localidades en cada partición o estrato, que llamamos tipología
Fórmula	Rango estratos = último CUM_V̊f(y)/# de estratos Se aplica el rango de estratos a lo largo de CUM_V̊f(y) para delimitar los estratos Se ubican los valores del IE de las localidades en cada partición
Definición operacional	Estratificación de las localidades según el índice de envejecimiento aplicando el método de estratificación uni-variada CUM_V̊f
Nombre del indicador	**Índice de masculinidad. Población mayor. Bogotá. 2021**
Objetivo del indicador	Hallar la relación existente entre el número de hombres ≥60 años por cada 100 mujeres ≥60 años.
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2017 y 2021
Método de cálculo.	Se obtiene la población en las desagregaciones: Hombres ≥60 años y Mujeres ≥60 años - año 2021 y se obtiene el índice de masculinidad
Variables	- Población de hombres ≥60 años de edad; - Población de mujeres ≥60 años de edad
Fórmula	IM_{2021} = (Población hombres ≥60 / población mujeres ≥60) *100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Número de hombres ≥60 años por cada 100 mujeres ≥60 años, en la desagregación geográfica requerida
Nombre del indicador	**Índice de masculinidad. Población mayor. Localidades Bogotá. 2021**
Objetivo del indicador	Hallar la relación existente entre el número de hombres ≥60 años por cada 100 mujeres ≥60 años en las localidades de la ciudad.
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2017 y 2021
Método de cálculo.	Se obtiene la población de Hombres ≥60 años y Mujeres ≥60 años desagregada por localidades - año 2021 y se obtiene el índice de masculinidad en cada localidad
Variables	- Hi = Población de hombres ≥60 años de edad por localidad; - Mi = Población de mujeres ≥60 años de edad por localidad i = localidades: 1. Usaquén, 2. Chapinero, 3. Santa Fe, 4. San Cristóbal, 5. Usme, 6. Tunjuelito, 7. Bosa, 8. Kennedy, 9. Fontibón, 10. Engativá, 11. Suba, 12. Barrios Unidos, 13. Teusaquillo, 14. Los Mártires, 15. Antonio Nariño, 16. Puente

	Aranda, 17. La Candelaria, 18. Rafael Uribe Uribe, 19. Ciudad Bolívar, 20. Sumapaz
Fórmula	IMi_{2021} = (Hi / Mi) *100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Número de hombres ≥60 años por cada 100 mujeres ≥60 años, en la desagregación geográfica requerida

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez 2022, a partir de la EM 2021

2. Condiciones sociales de la población mayor

Nombre del indicador	Estrato socioeconómico de la población con 60 años y más. Bogotá, 2021
Objetivo del indicador	Conocer la proporción de la población mayor de la ciudad según el estrato de la vivienda (según servicio público)
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	- Se obtiene el volumen de la población mayor, según el estrato de la vivienda en el recibo de la energía eléctrica Se agrupan los 6 estratos en tres: 1. Bajo (1 y 2), 2. Medio (3 y 4), 3. Alto (5 y 6) Cociente entre el volumen de personas mayores por estrato y el total de la población mayor de la ciudad
Variables	A=Población mayor según el estrato de la vivienda N= Población mayor en la ciudad i=Estratos: 1. Bajo, 2. Medio, 3. Alto (5 y 6)
Fórmula	% = población de 60 y más según el estrato de la vivienda (A,i) / población de 60 y más en la ciudad (N) * 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Número de personas mayores viviendo en un estrato socioeconómico, por cada 100 personas mayores de la ciudad.
Nombre del indicador	**Tipo de familia de residencia. Población con 60 años y más. Distribución porcentual. Bogotá, 2021**
Objetivo del indicador	Conocer la proporción de personas mayores según el tipo de familia en la que residen
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	- Se obtiene el volumen de la población con 60 años y más, según el tipo de familia de residencia Cociente entre el volumen de personas mayores según el tipo de familia de residencia, y el total de la población mayor
Variables	Ai=Población mayor según el tipo de familia de residencia N= Población mayor en la ciudad i= tipo de familia: 1= Unipersonal, 2. Nuclear completa, 3. Nuclear incompleta, 4. Extensa, 5. Compuesta, 6. Residual
Fórmula	% = población de 60 y más según el tipo de familia de residencia (Ai) / población de 60 y más en la localidad (N) * 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Número de personas mayores en un tipo de familia de residencia determinado, por cada 100 personas mayores en la ciudad

Nombre del indicador	Posición en la familia de residencia. Población. Población con 60 años y más. Distribución. Bogotá, 2021
Objetivo del indicador	Conocer la proporción de personas mayores según la posición en la familia de residencia
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	- Se obtiene el volumen de la población con 60 años y más, según la posición en la familia de residencia - Cociente entre el volumen de personas mayores según la posición en la familia de residencia, y el total de la población mayor
Variables	Ai=Población mayor según la posición en la familia de residencia N= Población mayor en la ciudad i= la posición en la familia de residencia: 1 = Jefe(a)del hogar, 2 = Hijo(a), hijastro(a), 3 = Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a), 4 = Nieto(a), 5 = Padre, madre, padrastro, madrastra, 6 = Hermano(a), hermanastro(a), 7 = Otro(a) pariente del(a) jefe(a), 8 = Otro no pariente, 9 = Yerno, nuera, 10 = Suegro o suegra, 11 = Empleado(a) del servicio doméstico, 12 = Pensionista, 13 = Parientes del servicio doméstico, 14 = Trabajador
Fórmula	% = población de 60 y más según la posición en la familia de residencia (Ai) / población de 60 y más en la localidad (N) * 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Número de personas mayores en una posición en la familia de residencia determinada, por cada 100 personas mayores en la ciudad
Nombre del indicador	**Estado conyugal de la población con 60 años y más. Distribución porcentual. Bogotá, 2021**
Objetivo del indicador	Conocer la proporción de personas mayores según el estado conyugal
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	- Se obtiene el volumen de la población con 60 años y más, según el estado conyugal - Cociente entre la población ≥60 años por estado conyugal y la población total ≥60 años
Variables	Ai =Población mayor según estado conyugal N = Población mayor en la ciudad i= estado conyugal: 1 = No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años, 2 = No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más, 3 = Está viudo(a), 4 = Esta separado(a)o divorciado(a), 5 = Está soltero(a), 6= Está casado(a)
Fórmula	% = población de 60 y más según el estado conyugal (Ai) / población de 60 y más (N)x 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Porcentaje de personas mayores en un estado conyugal, por cada 100 personas mayores en la ciudad

Nombre del indicador	Alfabetismo de la población con 60 años y más. Bogotá, 2021
Objetivo del indicador	Conocer la proporción de personas mayores que saben leer y escribir
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EM B2021
Método de cálculo.	- Se obtiene el volumen de la población con 60 años y más, que sabe leer y escribir

	- Cociente entre el volumen de personas mayores que sabe leer y escribir, y el total de la población mayor
Variables	A=Población mayor que sabe leer y escribir N= Población mayor en la ciudad
Fórmula	% = población de 60 y más que saben leer y escribir (A) / población de 60 y más en la localidad (N) * 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Número de personas mayores que saben leer y escribir, por cada 100 personas mayores en la ciudad
Nombre del indicador	**Nivel educativo. Población con 60 años y más. Distribución porcentual. Bogotá, 2021**
Objetivo del indicador	Conocer la proporción de personas mayores según el nivel educativo
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	- Se obtiene el volumen de la población con 60 años y más, según el nivel educativo - Cociente entre la población ≥60 años por el nivel educativo alcanzado y la población total ≥60 años
Variables	Ai=Población mayor según el nivel educativo N= Población mayor en la ciudad i= el nivel educativo: 1 = Preescolar, 2= Básica primaria (1o - 5o), 3= Básica secundaria (6o - 9o), 4 = Media (10o - 13o), 5 = Técnico, 6 = Tecnológico, 7 = Universitaria, 8 = Especialización, 10 = Maestría, 11 = Doctorado, 12 = Ninguno
Fórmula	% = población de 60 y más según el nivel educativo (Ai) / población de 60 y más (N)x 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Porcentaje de personas mayores en un nivel educativo, por cada 100 personas mayores en la ciudad
Nombre del indicador	**Actividad principal de las personas mayores. Población con 60 años y más por sexo. Bogotá, 2021**
Objetivo del indicador	Conocer la proporción de personas mayores según la actividad principal desarrollada en la semana anterior a la encuesta
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	- Se obtiene el volumen de la población con 60 años y más, según la actividad principal - Cociente entre la población ≥60 años por la actividad principal y la población total ≥60 años
Variables	Ai=Población mayor según la actividad principal N= Población mayor en la ciudad i= la actividad principal reciente: 1 = Trabajando, 2= Buscando trabajo, 3 = Estudiando, 4 = Oficios del hogar, 5 = Incapacitado permanente para trabajar, 6 = Otra actividad
Fórmula	% = población de 60 y más según la actividad principal (Ai) / población de 60 y más (N)x 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Porcentaje de personas mayores en la actividad económica, por cada 100 personas mayores en la ciudad
Nombre del indicador	**Actividad global de las personas mayores. Población con 60 años y más por sexo. Bogotá, 2021**

Objetivo del indicador	Conocer la proporción de personas mayores que trabajan o buscan trabajo
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	- Se obtiene el volumen de la población con 60 años y más, que trabajan o buscan trabajo - Cociente entre la población ≥60 años que trabajan o buscan trabajo y la población total ≥60 años
Variables	A=Población mayor que trabajan o buscan trabajo N= Población mayor en la ciudad
Fórmula	% = población de 60 y más que trabajan o buscan trabajo (A) / población de 60 y más (N)x 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Porcentaje de personas mayores que trabajan o buscan trabajo, por cada 100 personas mayores en la ciudad
Nombre del indicador	**Tasa de empleo. Población de 10-59 años y población ≥60 años. Bogotá. 2021**
Objetivo del indicador	Conocer la proporción de personas mayores que están trabajando
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	- Se obtiene el volumen de la población con 60 años y más, que están trabajando - Cociente entre la población ≥60 años que están trabajando y la población total ≥60 años
Variables	A=Población mayor que están trabajando N= Población mayor en la ciudad
Fórmula	% = población de 60 y más que están trabajando (A) / población de 60 y más (N)x 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Porcentaje de personas mayores que están trabajando, por cada 100 personas mayores en la ciudad
Nombre del indicador	**Tasa de desempleo. Población ≥60 años. Bogotá. 2021**
Objetivo del indicador	Conocer la proporción de personas mayores que están buscando trabajo
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	- Se obtiene el volumen de la población con 60 años y más, que están buscando trabajo - Cociente entre la población ≥60 años que están buscando trabajo y la población total ≥60 años
Variables	A=Población mayor que están buscando trabajo N= Población mayor en la ciudad que están trabajando o buscando trabajo
Fórmula	% = población de 60 y más que están buscando trabajo (A) / población de 60 y más que están trabajando o buscando trabajo (N)x 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Porcentaje de personas mayores que están buscando trabajo, por cada 100 personas mayores que están trabajando o buscando trabajo en la ciudad
Nombre del indicador	**Posición ocupacional de la población con 60 años y más Bogotá, 2021**
Objetivo del indicador	Conocer la proporción de personas mayores según la posición ocupacional
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021

Método de cálculo.	- Se obtiene el volumen de la población con 60 años y más, según la posición ocupacional - Cociente entre la población ≥60 años por posición ocupacional y la población ≥60 años
Variables	Ai=Población mayor según la posición ocupacional N= Población mayor en la ciudad i= posición ocupacional: 1 = Asalariados*, 2 = Independientes**, 3 = Trabajador sin remuneración*** *Asalariados (Obrero o empleado de empresa particular, Obrero o empleado del gobierno, Empleado doméstico, Jornalero(a) o peón) **Independientes (Profesional independiente, Trabajador independiente o por cuenta propia, Patrón o empleador, Trabajador de su propia finca o de finca en arriendo o aparcería) ***Trabajador sin remuneración (Trabajador familiar sin remuneración, Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares)
Fórmula	% = población de 60 y más según la posición ocupacional (Ai) / población de 60 y más (N)x 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Porcentaje de personas mayores en la posición ocupacional, por cada 100 personas mayores en la ciudad

Nombre del indicador	**Inactividad económica reciente. Población con 60 y más años. Bogotá, 2021**
Objetivo del indicador	Conocer la proporción de personas mayores que están inactivas económicamente
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	- Se obtiene el volumen de las personas con 60 años y más, que están inactivas económicamente - Cociente entre la población ≥60 años que están inactivas económicamente y la población total ≥60 años
Variables	A=Población mayor que está inactiva económicamente N= Población mayor en la ciudad que están trabajando o buscando trabajo
Fórmula	% = población de 60 y más que está inactiva económicamente (A) / población de 60 y más que están trabajando o buscando trabajo (N)x 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Porcentaje de personas mayores que están inactivas económicamente, por cada 100 personas mayores

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez 2022, a partir de la EM 2021

3. Protección social

Nombre del indicador	**Tasa de afiliación al SGSSS por régimen. Población con 60 años y más. Bogotá, 2021**
Objetivo del indicador	Conocer la proporción de personas mayores según el régimen de afiliación al SGSSS
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	- Se obtiene el volumen de la población con 60 años y más, según el régimen de afiliación al SGSSS

	- Cociente entre la población ≥60 años por el régimen de afiliación al SGSSS y la población total ≥60 años
Variables	Ai=Población mayor según el régimen de afiliación al SGSSS N= Población mayor en la ciudad i= el régimen de afiliación al SGSSS: 1 = Contributivo, 2 = Subsidiado, 3 = De excepción (Fuerzas militares y de Policía, Ecopetrol, universidades públicas, Magisterio)
Fórmula	% = población de 60 y más según el régimen de afiliación al SGSSS (Ai) / población de 60 y más (N)x 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Porcentaje de personas mayores en un régimen de afiliación al SGSSS, por cada 100 personas mayores en la ciudad
Nombre del indicador	**Tasa de pensiones. Población con 60 años y más por grupos de edad. Bogotá, 2021**
Objetivo del indicador	Conocer el volumen de la población de 60 y más que encuentra pensionada
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	- Se obtiene el volumen de la población con 60 años y más, que se encuentra pensionada, por grupos de edad - Se obtiene el volumen de población con 60 años y más por grupos de edad - Cociente entre la población ≥60 años pensionada en cada grupo de edad y la población mayor en cada grupo de edad
Variables	Ai=Población mayor por grupo de edad que se encuentra pensionada Ni= Población mayor por grupo de edad i= grupo de edad: 1 = población ≥60 años, 2= 60 a 69 años, 3 = 70 años y más
Fórmula	% = población mayor por grupo de edad que se encuentra pensionada (Ai) / población mayor por grupo de edad (Ni)x 100
Unidad de medida	Tasa de 0 a 100
Definición operacional	Porcentaje de personas mayores que se encuentra pensionada en un grupo de edad, por cada 100 personas mayores en el grupo de edad
Nombre del indicador	**Proporción de personas con 60 años y más que recibieron ayudas o subsidios por parte del estado. Bogotá 2021**
Objetivo del indicador	Conocer la proporción de personas mayores según el tipo de ayuda o subsidio recibido
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	- Se obtiene el volumen de la población con 60 años y más, según el tipo de ayuda o subsidio recibido - Cociente entre la población ≥60 años por tipo de ayuda o subsidio recibido y la población total ≥60 años
Variables	Ai=Población mayor según el tipo de ayuda o subsidio recibido N= Población mayor en la ciudad i= el tipo de ayuda o subsidio recibido: 1=Familias en acción, 2=Programa para adultos mayores, 3=Subsidio de Transmilenio/SITP, 4=Ayudas monetarias para mitigar las medidas tomadas por el coronavirus (COVID 19), 5=Otro
Fórmula	% = población de 60 y más según el tipo de ayuda o subsidio recibido (Ai) / población de 60 y más (N)x 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100

Definición operacional	De cada 100 personas mayores, cuántas se hallan recibiendo ayudas o subsidios
Nombre del indicador	**Personas mayores que pertenecen a organizaciones sociales. Bogotá. 2021**
Objetivo del indicador	Conocer la proporción de personas mayores que pertenecen a organizaciones sociales
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	- Se obtiene el volumen de la población con 60 años y más, que pertenecen a organizaciones sociales - Cociente entre la población ≥60 años que pertenecen a organizaciones sociales y la población total ≥60 años
Variables	Ai=Población mayor según el tipo de organización social a la que pertenece N= Población mayor en la ciudad i= tipo de organización social: 1=Grupo de adultos mayores, 2=Asociación profesional, cámara, gremio o sindicato, 3=Grupos urbanos (metaleros, skinheads, emos, entre otros), 4=Organización deportiva o de recreación, 5=Cooperativa o asociación de productores o comerciantes, 6=Organización ambientalista, de atención en salud o de caridad, 7=Asociación de padres familia, exalumnos/as, 8=Organización religiosa, de fe o grupo de oración, 9=Organización artística (música, danza, teatro, etc.), 10=Junta de acción comunal, cívica barrial o de seguridad y vigilancia, 11=Grupo o partido político, 12=Organización de propiedad horizontal, 13=Organización étnica (autoridad indígena, grupo de negritudes, comunidades afrodescendientes, Rrom), 14=Organizaciones LGBTI (lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgeneristas e Intersexuales), 15=Otra organización, 16=Asociación de acueducto veredal (Solo para rural)
Fórmula	% = población de 60 y más según el tipo de organización social a la que pertenece (Ai) / población de 60 y más (N)x 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	De cada 100 personas mayores, cuántas se hallan participando en organizaciones sociales, según el tipo de organización

4. Impacto de la emergencia sanitaria por COVID-19

Nombre del indicador	**Tasas de morbilidad referida por COVID-19. Población con 60 y más años. Bogotá. 2021**
Objetivo del indicador	Conocer el volumen de personas mayores que fueron diagnosticadas por COVID-19
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	- Se obtiene el volumen de las personas con 60 años y más, que fueron diagnosticadas por COVID-19 - Cociente entre la población ≥60 años que fueron diagnosticadas por COVID-19 y la población total ≥60 años
Variables	A=Población mayor que fue diagnosticada por COVID-19 N= Población mayor en la ciudad
Fórmula	% = población de 60 y más que fue diagnosticada por COVID-19 (A) / población de 60 y más que están trabajando o buscando trabajo (N)x 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100

Definición operacional	Porcentaje de personas mayores que fue diagnosticada por COVID-19, por cada 100 personas mayores
Nombre del indicador	**Tasas de morbilidad referida por COVID-19. Población con 60 y más años. Localidades Bogotá. 2021**
Objetivo del indicador	Conocer el volumen de personas mayores que fueron diagnosticadas por COVID-19 en las localidades de la ciudad.
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	En las localidades: - Se obtiene el volumen de las personas con 60 años y más, que fueron diagnosticadas por COVID-19 - Cociente entre la población ≥60 años que fueron diagnosticadas por COVID-19 y la población total ≥60 años
Variables	Ai=Población mayor que fue diagnosticada por COVID-19 en cada localidad Ni= Población mayor en cada localidad Donde: i= localidades; 1. Usaquén, 2. Chapinero, 3. Santa Fe, 4. San Cristóbal, 5. Usme, 6. Tunjuelito, 7. Bosa, 8. Kennedy, 9. Fontibón, 10. Engativá, 11. Suba, 12. Barrios Unidos, 13. Teusaquillo, 14. Los Mártires, 15. Antonio Nariño, 16. Puente Aranda, 17. La Candelaria, 18. Rafael Uribe Uribe, 19. Ciudad Bolívar, 20. Sumapaz
Fórmula	IE= (Ai / Ni) * 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Número de personas con 60 años y más que fue diagnosticada por COVID-19, por cada 100 personas mayores, por localidad
Nombre del indicador	**Consecuencias de la emergencia sanitaria por COVID-19 en aspectos laborales de las personas con 60 y más años, Bogotá.**
Objetivo del indicador	Conocer el volumen de personas mayores que presentaron dificultades en el ámbito laboral a raíz de las medidas tomadas por la pandemia del COVID-19
Fuente de datos	Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 – EMB 2021
Método de cálculo.	En las localidades: - Se obtiene el volumen de las personas con 60 años y más, según la dificultad en el aspecto laboral presentada - Cociente entre la población ≥60 años según la dificultad en el aspecto laboral presentada y la población total ≥60 años
Variables	Ai=Población mayor según la dificultad en el aspecto laboral presentada a raíz de las medidas tomadas por la pandemia COVID-19 N= Población mayor Donde: i= dificultad en el aspecto laboral presentada; 1. Perdió su empleo, 2. Tuvo que ir a licencia no remunerada, 3. Tuvo que tomar vacaciones forzosas
Fórmula	IE= (Ai / N) * 100
Unidad de medida	Porcentaje de 0 a 100
Definición operacional	Número de personas con 60 años que tuvieron dificultades en el aspecto laboral a raíz de las medidas tomadas por la pandemia COVID-19, por cada 100 personas mayores, según el tipo de dificultad

Elaboración: equipo de investigación Subdirección para la Vejez 2022, a partir de la EM 2021