

Salud

Asistencia Técnica Nacional

Envejecimiento y vejez
06.03.2026

Grupo de Gestión Integral en Promoción Social
Oficina de Promoción Social
Ministerio de Salud y Protección Social

Listado de asistencia AT NAIONAL

ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

06.03.2026

Objetivo de la asistencia técnica

Brindar asesoría sobre diferentes temas relacionados con envejecimiento y vejez, con el propósito de fortalecer las capacidades técnicas en las entidades territoriales, para promover, proteger y asegurar el pleno goce y ejercicio de los derechos de las personas mayores.

Salud

Agenda

Hora	Tema	Responsable
8:30 a.m.	Ingreso y registro de asistencia	
8:35 a.m.	Saludo, objetivo y socialización de agenda	Lesly Carolina Ruiz Parra
8:40 a.m.	Marco normativo para la protección de los derechos de las personas mayores	Lesly Carolina Ruiz Parra
8:50 a.m.	Contexto sociodemográfico	Sergio Serna Uran
9:10 a.m.	Equipos básicos en la atención primaria en salud a las personas mayores	Mauricio Salazar
9:30 a.m.	Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031	Luz Adriana Quinceno
9:50 a.m.	Ruta de atención a personas mayores en condiciones de vulnerabilidad o víctimas de maltrato	Fabian Ricardo Villacis
10:10 a.m.	Modalidad indirecta – Programa Colombia Mayor	Equipo Departamento Prosperidad Social
10:30 a.m.	Receso	

Agenda

Hora	Tema	Responsable
10:40 a.m.	Estampilla para el bienestar del adulto mayor	Lesly Carolina Ruiz Parra
10:50 a.m.	Centros de atención a personas mayores: Centros Vida/Día Centros de Protección Social o de larga estancia Concepto sanitario	Lesly Carolina Ruiz Parra
11:30 a.m.	Socialización de la resolución 2589 de 2025	Luz Adriana Quinceno
11:50 a.m.	Espacio de resolución de dudas	Todo el equipo
12 m	Cierre	

Marco Normativo para la protección de los derechos de las personas mayores

Bloque de Constitucionalidad

Ley 100 de 1993

"Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones"
Artículos
261 - 262

1993

1994

Ley 136 de 1994
"Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios".
Artículo 3,
.

Ley 271 de 1996

"Por la cual se establece el Día Nacional de las Personas de la Tercera Edad y del Pensionado"

1996

2006

Ley 1091 de 2006
"Por medio de la cual se reconoce al Colombiano y Colombiana de Oro"

Ley 1171 de 2007

"Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores"

2007

Constitución Política de Colombia, 1991

Art. 46. El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia

Bloque de Constitucionalidad

Ley 1251 de 2008
"Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores"

Ley 1276 de 2009
"A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida"

Ley 1315 de 2009
"Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención"



2008

- Política Nacional de Envejecimiento y Vejez
- Consejo Nacional del Adulto Mayor
- Centros de atención a personas mayores

2009



Resoluciones 024 de 2017 y 055 de 2018
Minsalud

2009



2015

Resolución 1378 de 2015
"Por la cual se establecen disposiciones para la atención en salud y protección social del adulto mayor.

Corte Constitucional de Colombia – Sentencia T-282 de 2008
en la cual se reconoció a las personas mayores como sujetos de especial protección constitucional.

Bloque de Constitucionalidad



2017

Ley 1850 de 2017

“Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican (...) penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones”.

Ley 1955 de 2019

Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”. Artículo 217

2019



ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS

2020

Ley 2055 de 2020

“Por medio de la cual se adopta la Convención Interamericana sobre la protección de derechos de las personas mayores" Adoptada en Washington, 15 de junio de 2015

Decreto 163 de 2021

"Por el cual se crea el Consejo Nacional de Personas Mayores y se dictan otras disposiciones"

2021-2022

Decreto 681 de 202

“Por medio de la cual se expide la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 - 2031"

CONPES 4143 de 2025

Política Nacional de Cuidado

2025

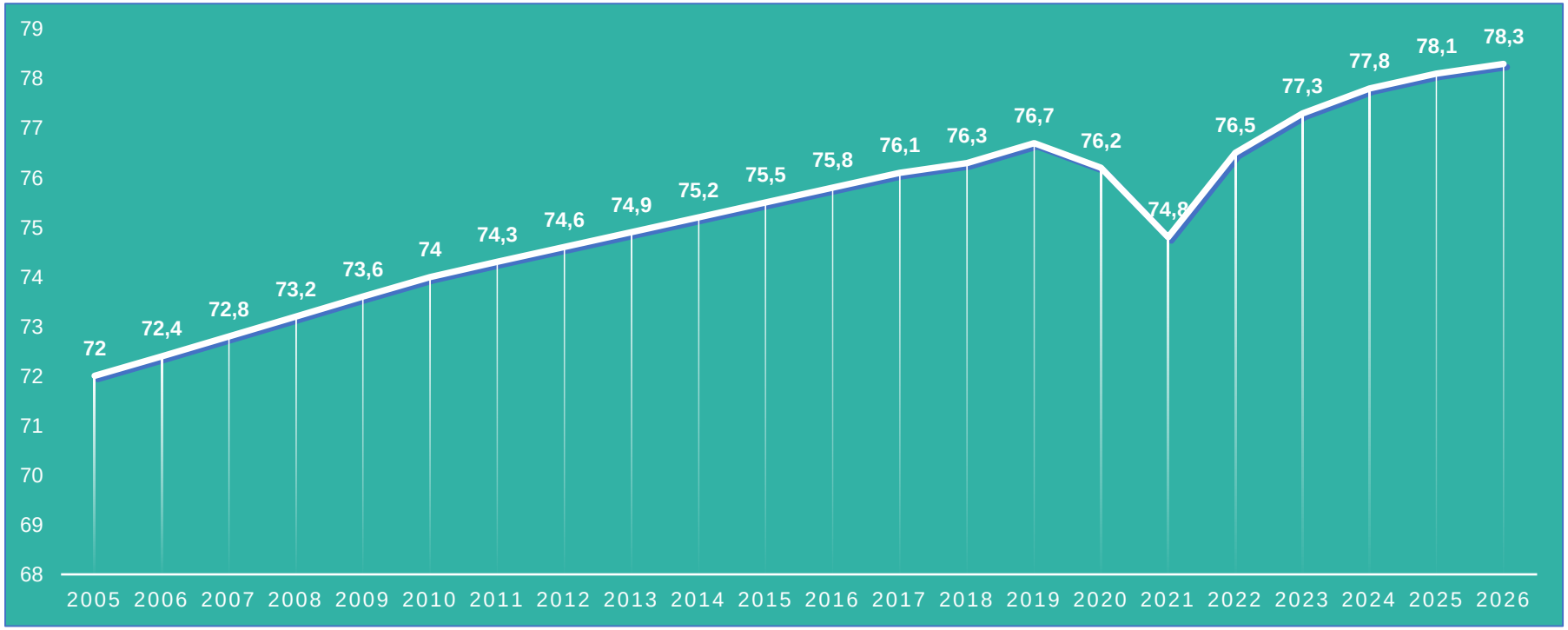
Resolución 1608 de 2025 Minigualdad

"Por el cual se adopta el Plan de acción intersectorial de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031"

Envejecimiento poblacional en Colombia: tendencias y retos para la salud y el cuidado

Evolución del envejecimiento en Colombia (transición demográfica)

Esperanza de vida, en Colombia

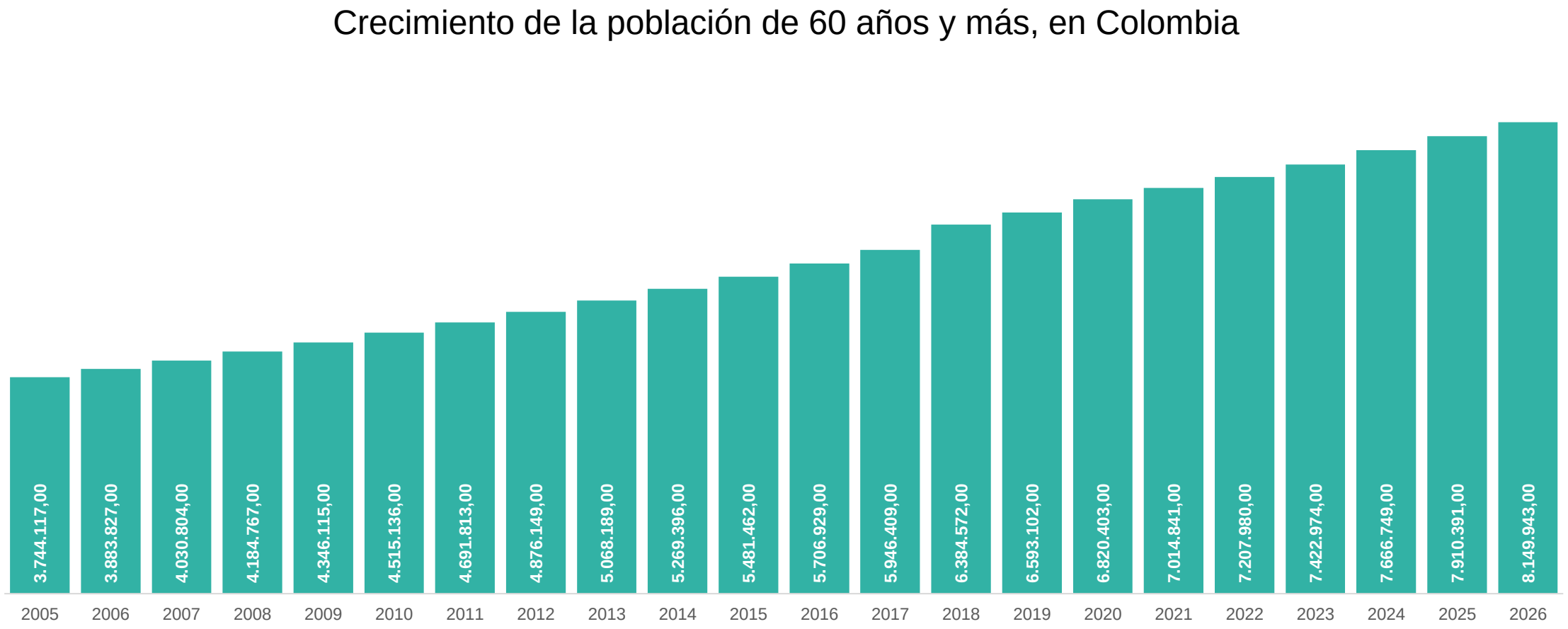


- **Mujeres:** ~80 años
- **Hombres:** ~75 años

Las mujeres viven en promedio ***5 años más que los hombres***

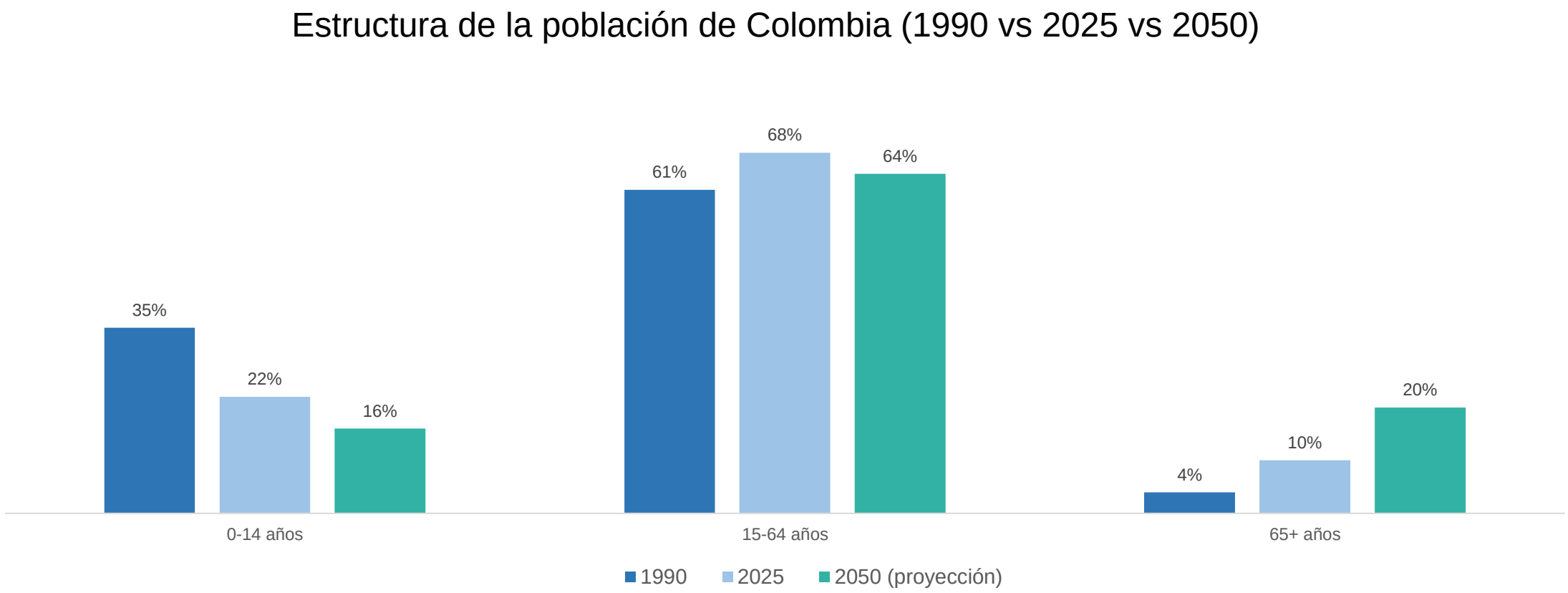
Fuente: Proyecciones DANE

Evolución del envejecimiento en Colombia (transición demográfica)



Fuente: Proyecciones DANE

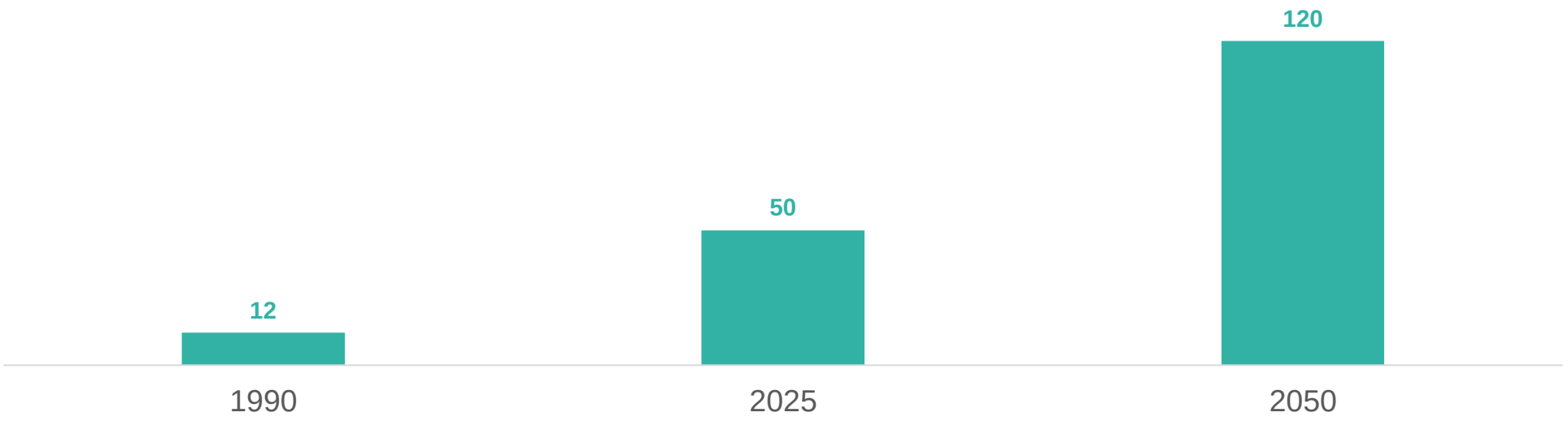
Evolución del envejecimiento en Colombia (transición demográfica)



Fuente: Proyecciones DANE

Evolución del envejecimiento en Colombia (transición demográfica)

Índice de envejecimiento (Personas ≥60 por cada 100 menores de 15)



➡ En 2050 habrá **más adultos mayores que niños**.

Condiciones de salud en la vejez en Colombia

Alta carga de enfermedades crónicas

84,8 % de las personas mayores presentan **dos o más enfermedades crónicas**.

Enfermedades más frecuentes en personas mayores

Hipertensión: 57 %, Osteoartritis: 28 %, Enfermedades cardiovasculares: 18 %

Salud mental y deterioro cognitivo

Aproximadamente **1 de cada 5 personas mayores presenta síntomas depresivos o deterioro cognitivo**.

Discapacidad y dependencia

Cerca del 34 % de las personas mayores de 80 años presenta alguna **discapacidad funcional.**

“El envejecimiento poblacional se caracteriza por una mayor presencia de enfermedades crónicas, multimorbilidad, deterioro cognitivo y discapacidad funcional.
Estas condiciones requieren un enfoque de atención integral y continua a lo largo del curso de vida.”

Fuente:
SABE Colombia 2015
estudios epidemiológicos en población mayor en Colombia (2018-2023).
Sala situacional de población adulta mayor – Ministerio de Salud (2022).

Uso de servicios de salud en personas mayores

Mayor utilización de servicios de salud

Las personas de **60 años o más concentran cerca del 30 % de las hospitalizaciones en el país**.
Este grupo representa **menos del 15 % de la población total**.

Consultas médicas más frecuentes

Las personas mayores realizan **entre 2 y 3 veces más consultas médicas al año** que los adultos jóvenes.

Mayor probabilidad de hospitalización

Las personas mayores de **80 años pueden duplicar la tasa de hospitalización** respecto a grupos de menor edad. El riesgo de hospitalización aumenta significativamente con la edad.

*"El envejecimiento poblacional incrementa la demanda de consultas médicas, hospitalizaciones y cuidados de largo plazo, **lo que plantea nuevos retos para el sistema de salud, los sistemas de cuidado y la protección social**, especialmente en atención integral, prevención y apoyo a cuidadores."*

Fuente: Análisis de servicios de salud basado en registros administrativos del sistema de salud en Colombia.

El reto del cuidado de largo plazo en Colombia

Personas mayores que viven solas

Cerca del **19 % de las personas de 60 años o más viven solas en Colombia**. Esta situación aumenta con la edad y es más frecuente en mujeres.

El cuidado recae principalmente en las familias

Más del **80 % del cuidado de las personas mayores dependientes es brindado por familiares**. La mayoría de los cuidadores son **mujeres del hogar**.

La dependencia aumentará con el envejecimiento

Se estima que para **2050 cerca del 20 % de la población colombiana tendrá 65 años o más**. Esto implicará un aumento importante de personas que requerirán **cuidados de largo plazo**.

Fuente: Estudio SABE Colombia – Ministerio de Salud.

“El envejecimiento poblacional es el resultado de avances sociales y sanitarios que han permitido a las personas vivir más años.

Sin embargo, este proceso también implica nuevos desafíos, especialmente en términos de atención en salud, sistemas de cuidado y protección social.

Por ello, resulta fundamental fortalecer las políticas públicas orientadas a promover un envejecimiento saludable, activo y con condiciones de vida dignas para las personas mayores”

Los Equipos Básicos, VGI y la Atención a las Personas Mayores en Colombia

Mauricio Andrés Salazar Moreno, MD
Geriatra – Internista
Asesor MSPS

Transición Demográfica

2023
En Colombia existian:
7.412.407 ≥ 60 años
14.4%

Año 2023



Año 2031

56 millones de Habitantes

Año 2021

51 millones de Habitantes

Año 2000

38 millones de Habitantes

Año 1960

15 millones de Habitantes

≥ 60 años: 7.107.914

♂:44.87% vs ♀: 55.13%

Urbano: 77% vs. Rural 22.7%

https://www.dane.gov.co/index.php/lista-de-resultados-de-busqueda?q=envejecimiento

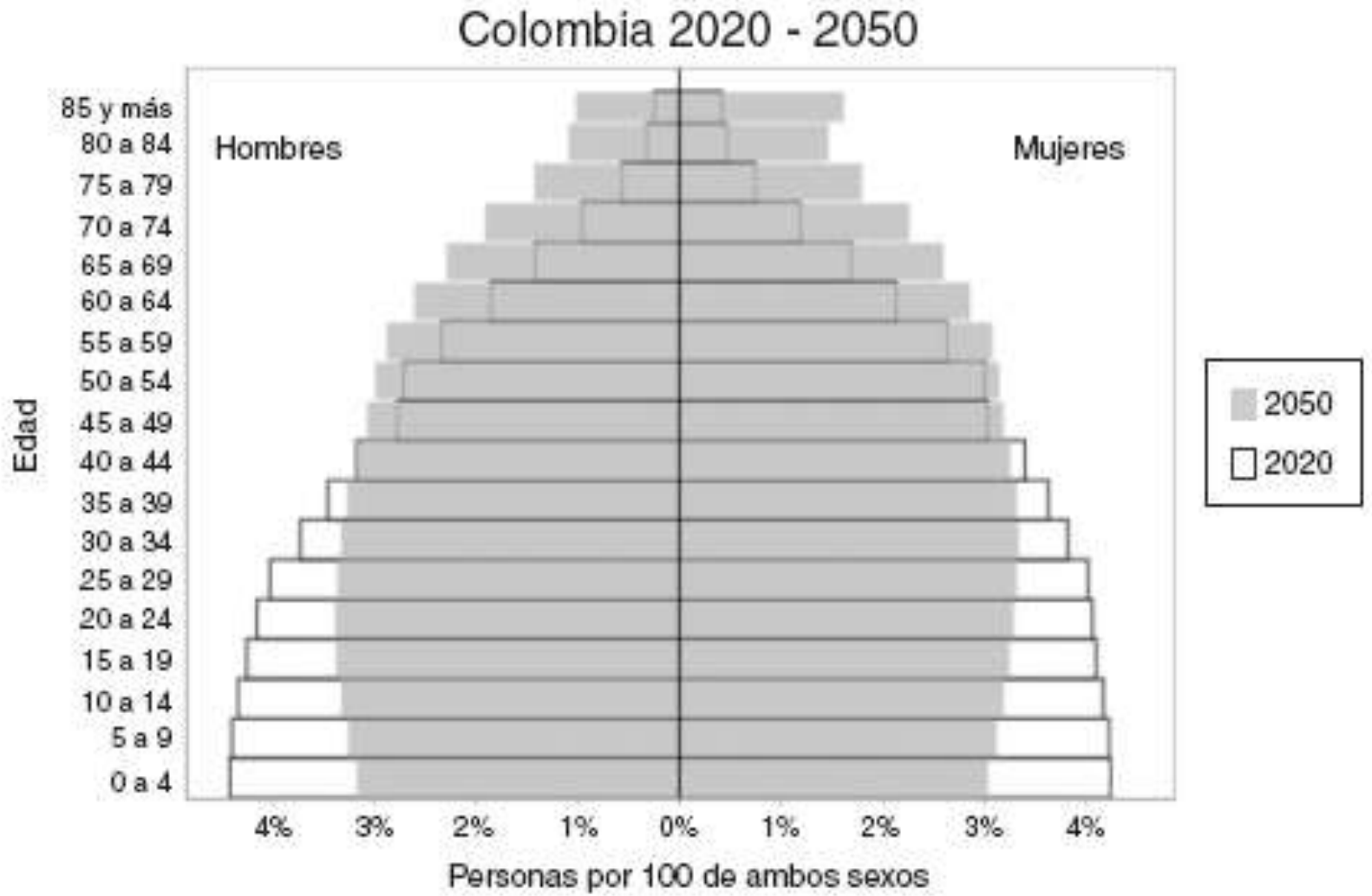
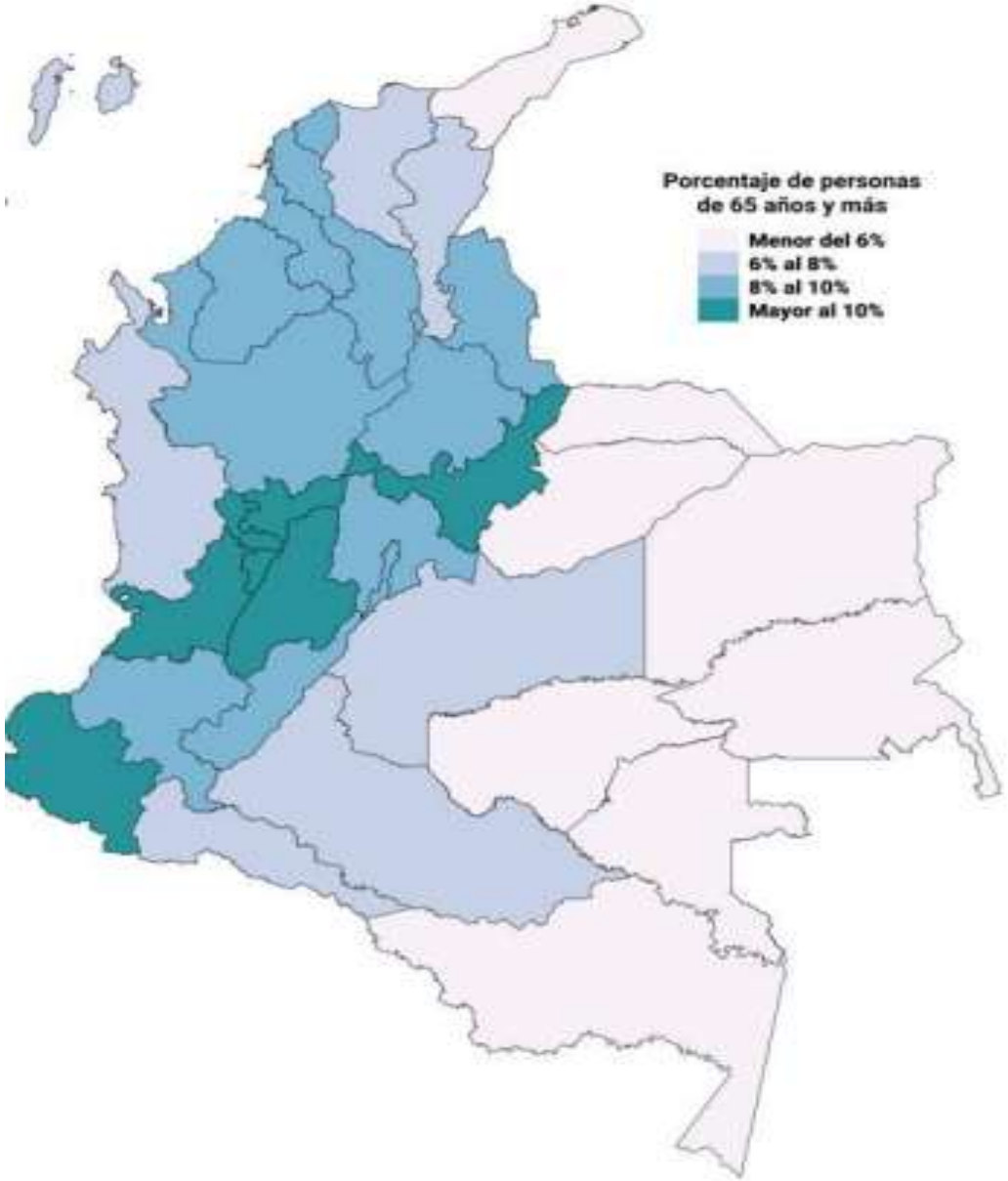
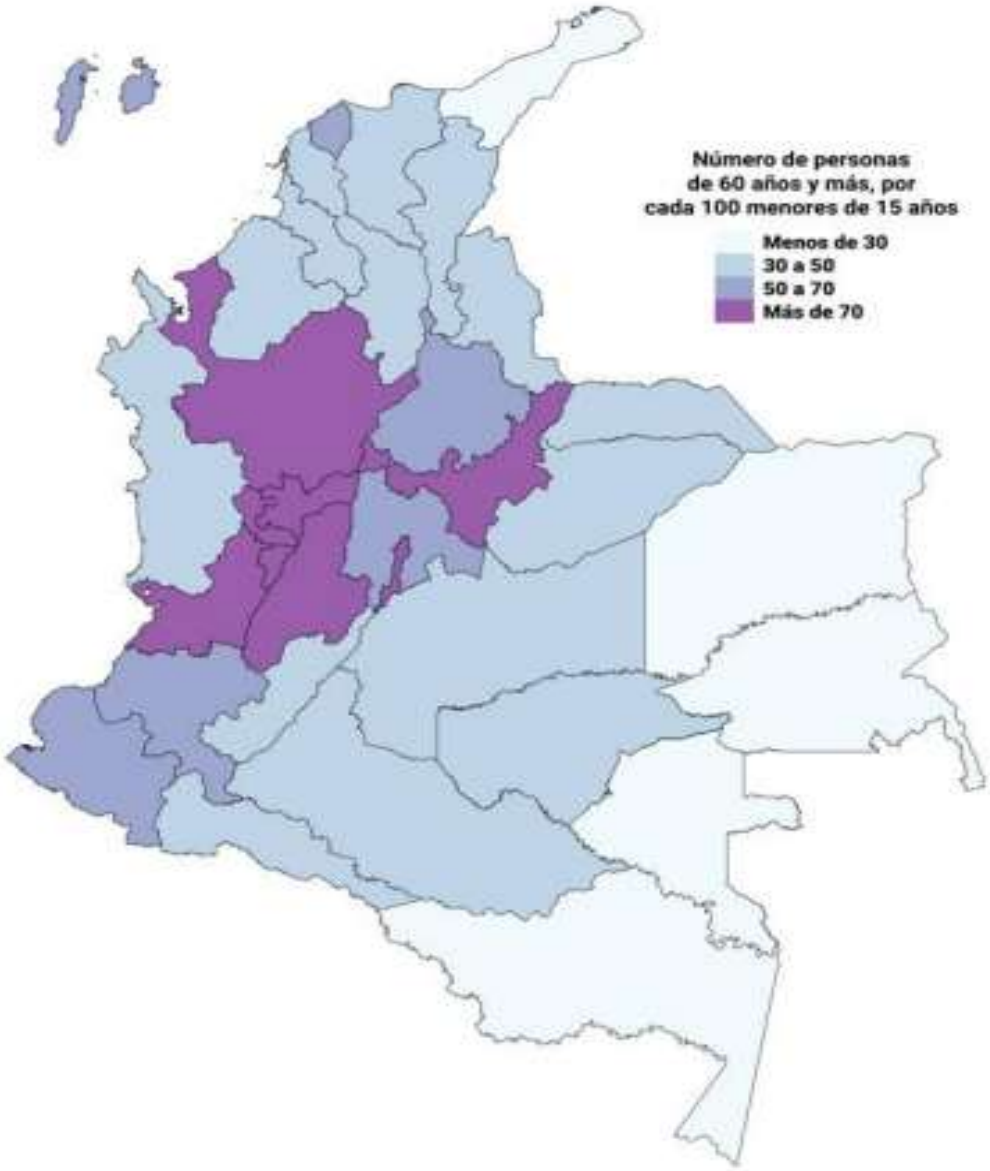


Figura 1 Pirámides poblacionales 2020 y 2050 en Colombia.

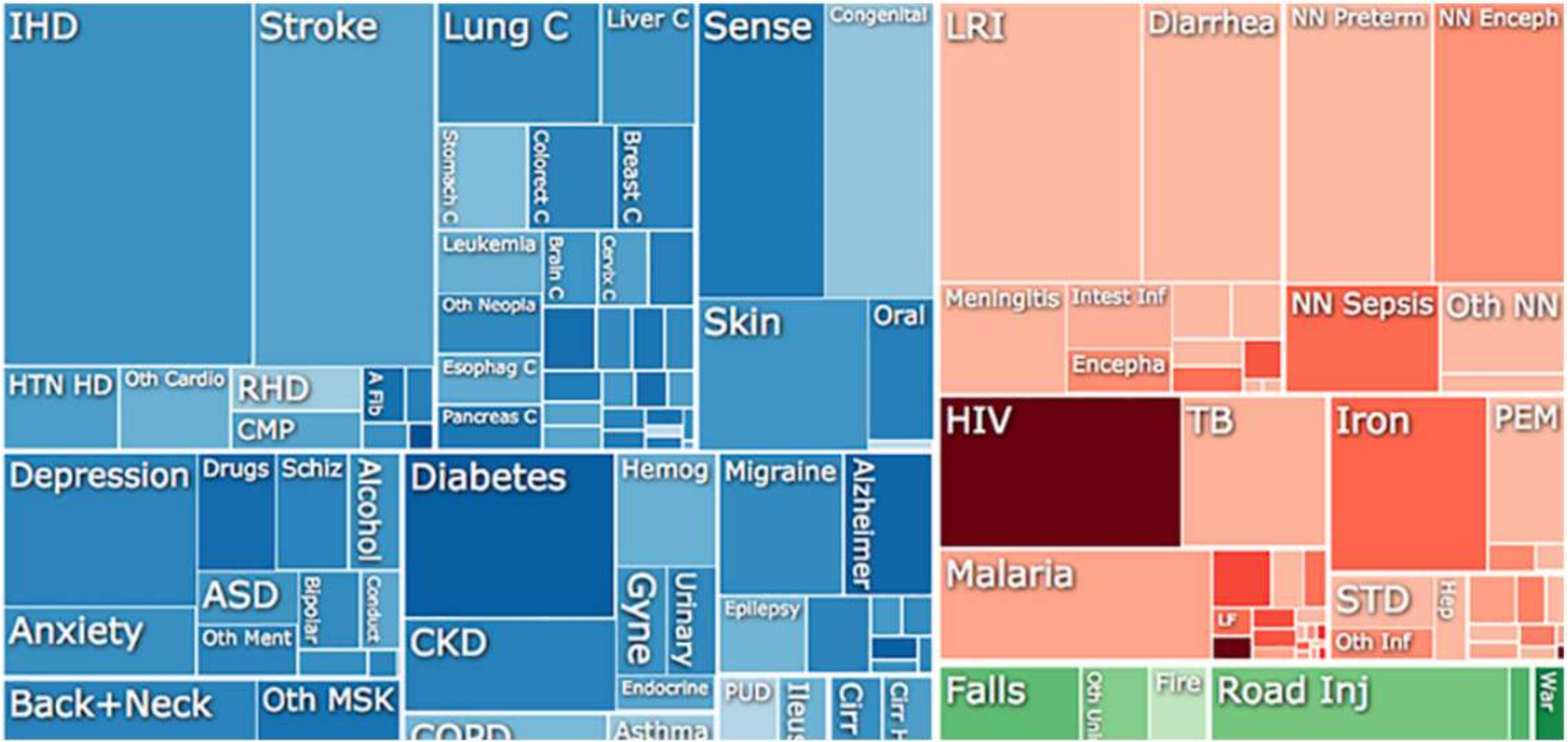
Fuente: Proyecciones poblacionales DANE Censo 2005 y Estimaciones y proyecciones a largo plazo 1950-2100 Colombia, CELADE División de Población de la CEPAL revisión 2013.





Fuente: DANE. Censo Nacional de Población y Vivienda, 2018.

Transición epidemiológica



https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/la-transicion-epidemiologica-o-de-que-moriamos-morimos-y-moriremos-

Transición epidemiológica

Las 10 principales causas de muerte en el mundo



https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/la-transicion-epidemiologica-o-de-que-moriamos-morimos-y-moriremos-

Consecuencias del envejecimiento en el sistema sanitario

↑ Incidencia y prevalencia de enfermedades degenerativas. (La edad se considera por si misma un factor de riesgo para dichas enfermedades). Estas enfermedades tienden, en su evolución, hacia situaciones de incapacidad.

↑ Consumo de recursos sanitarios y sociales por las personas de edad más avanzada. "Geriatrización de la Medicina".

> Incidencia de enfermedad, con frecuente coincidencia de varias patologías en un mismo individuo (comorbilidad)

↑ Tendencia a la cronicidad de las enfermedades.

> Prevalencia de situaciones de dispacidad.

> Utilización de la APS.

> Consumo de fármacos.

> Ocupación de camas hospitalarias.

> Necesidad de cuidados continuados.

> Utilización de recursos sociales
(Centro. Día, Centros Vída, Centros de Larga Estancia, ect.)

Consecuencias del envejecimiento en el sistema sanitario

El principal consumidor actual y futuro de la asistencia sanitaria es el anciano, por lo tanto no debe ser quien se adapte al sistema asistencial, sino por el contrario el sistema sanitario el que debería adaptarse a las necesidades de su principal cliente**: La persona mayor.**

Se estima en general que:

- 1% de la población ≥ 65 años está totalmente inmovilizada.
- 6% padece severas limitaciones en las ABVD.
- 10% presenta discapacidad moderada.

Estos porcentajes ↑ considerablemente al analizar la población ≥ 80 años.

Desafíos



Reconocer

Enfrentar

Cambios demográficos y epidemiológicos

Políticas Multisectoriales

Transversalizar el envejecimiento saludable en ≤ 60 años en las Políticas Públicas

Diferentes Poblaciones



Desafíos

Fortalecer Procesos de Atención en Salud

Mejorar

Accesibilidad
Calidad

Servicios (Optimizar Redes)

- Acción continua de Prevención y Promoción de las Comorbilidades.
- Seguimiento y control de las personas con enfermedades transmisibles y de salud mental.
- ↑ capacidad de diagnóstico y vigilancia en salud pública para detectar factores de riesgo que generan dependencia funcional a edades tempranas.
- Operar cercos epidemiológicos y descongestionar hospitales y UCI.

Renovar compromiso con APS

Fortalecer primer nivel de atención

Extramural
Telemedicina

Continuo de servicios de complejidad progresiva de forma integral y especializada.

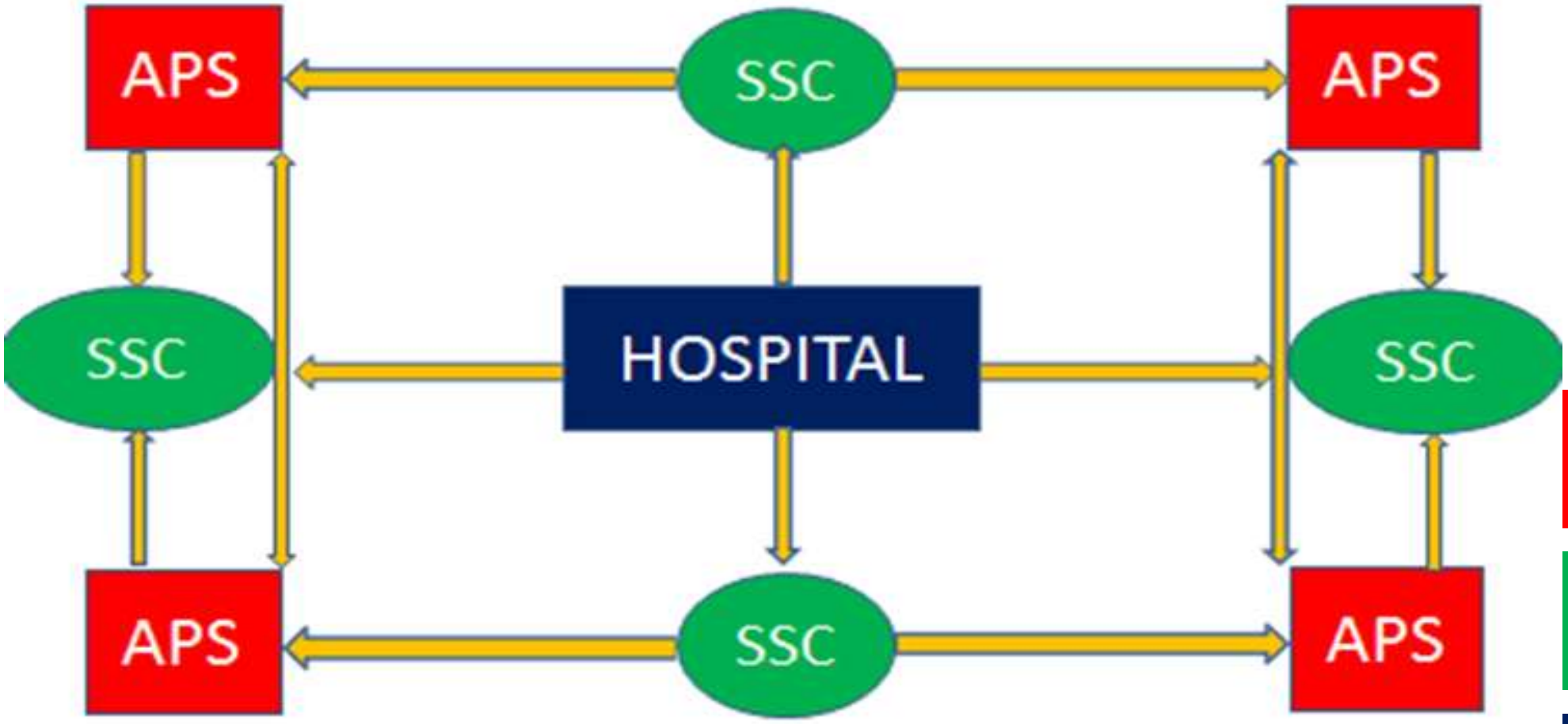
Servicios Socio-sanitarios

Superar barreras para prestación del servicio en salud en las zonas rurales y dispersas.

Pilares básicos de atención sanitaria a las Personas mayores



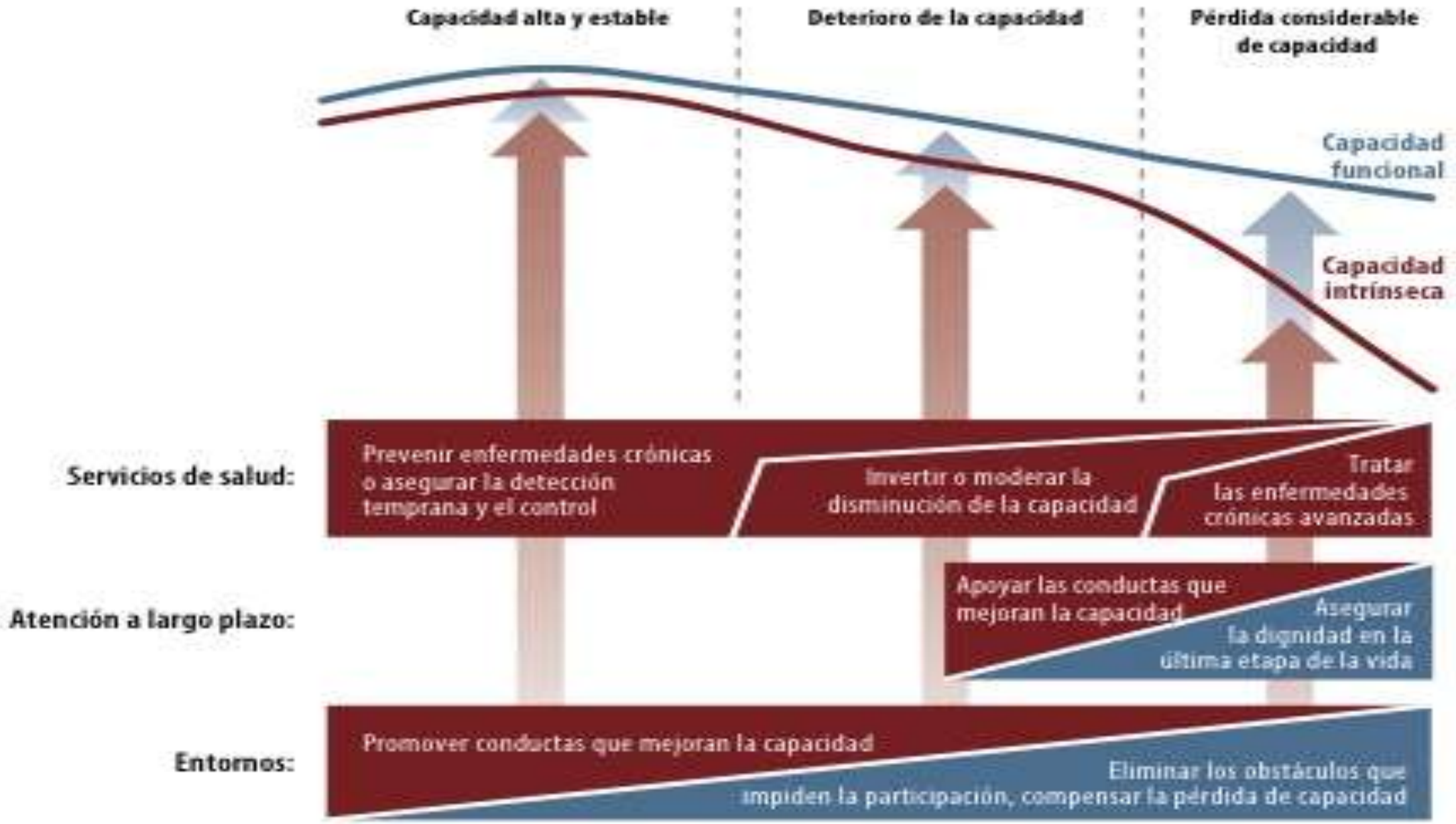
Asistencia geriátrica sectorizada



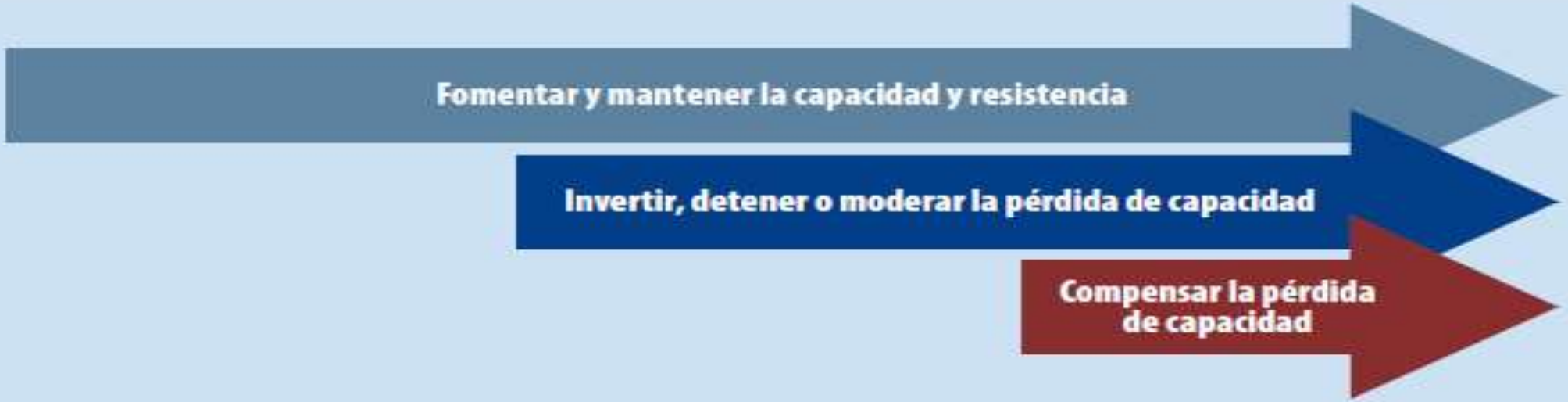
APS (Atención Primaria en Salud)

SSC (Servicios Sociales y Comunitarios)

Hospital (Servicios de Geriatrìa)



Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud OMS 2015

Período	Capacidad alta y estable	Deterioro de la capacidad	Pérdida considerable de capacidad
Riesgos y desafíos	Conductas de riesgo, enfermedades no transmisibles de reciente aparición	Deterioro de la movilidad, sarcopenia, salud delicada, deterioro cognitivo o demencia, deterioro sensorial	Dificultad para realizar tareas básicas, dolor y sufrimiento causado por enfermedades crónicas avanzadas
Objetivos			
Respuestas	Reducir los factores de riesgo y fomentar los hábitos saludables Detección temprana y tratamiento de las enfermedades crónicas Fomentar la resiliencia con conductas que mejoran la capacidad mediante el fortalecimiento de las habilidades personales y la creación de relaciones	Implementar programas multidimensional en los entornos de atención primaria de la salud Tratar las causas fundamentales del deterioro de la capacidad Mantener la masa muscular y la densidad ósea con ejercicio y buena nutrición	Intervenciones para recuperar y mantener la capacidad intrínseca Atención y apoyo para compensar las pérdidas en la capacidad y garantizar la dignidad Acceso rápido a atención de cuadros agudos Cuidados paliativos y al final de la vida

Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud OMS 2015

Valoración Geriátrica Integral

Tiene particularidades que la hacen más difícil y la convierten en un reto.

Paciencia y trabajo conjunto con el paciente y sus familiares son habilidades para obtener información detallada.

El examen físico requiere conocer características del proceso de envejecimiento para distinguir lo patológico de los cambios fisiológicos.

Las pruebas complementarias deben ser valoradas en el contexto clínico.



J. Manzarbeitia Arambarri y M.T. Guerrero Días; Valoración Clínica; Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ª edición, Elsevier Masson. 2008

Cambios fisiológicos del envejecimiento

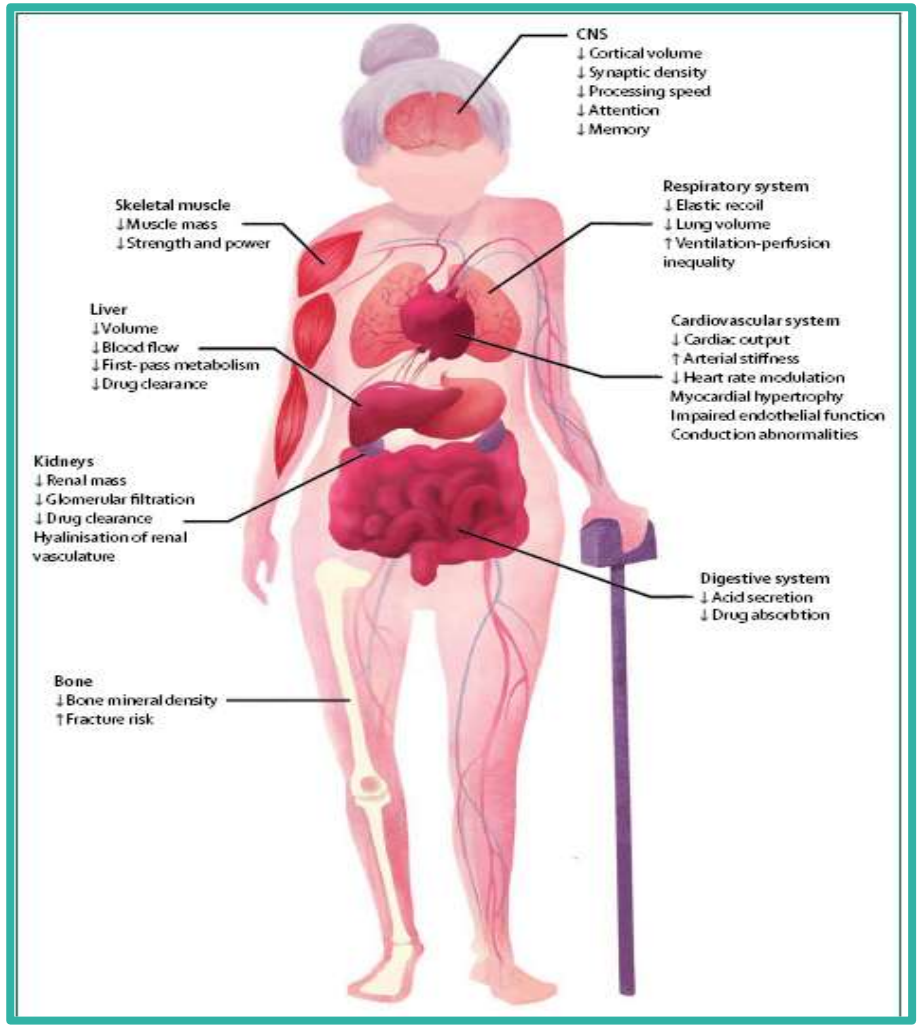


TABLE 10-1 Physiologic Changes with Aging

Organ/System	Physiologic Change
Renal	Decreased creatinine clearance
Gastrointestinal	
• Decreased hepatic mass/ p450 system	Alterations in metabolism
• Mucosal atrophy	Decreased absorption
• Decreased secretion of digestive enzymes	Decreased absorption
• Decreased splanchnic blood flow	Decreased absorption
• Decreased gastric motility	Decreased absorption
Bone marrow	
• Anemia	Increased volume of distribution with hemoglobin-bound drugs
• Increased fat content	Decreased reserve
Body composition	
• Increased body fat	Increased volume of distribution for lipid soluble drugs
• Decreased body water	Decreased volume of distribution for water soluble drugs

www.thelancet.com/oncology Vol 19 June 2018

Síndromes Geriátricos

Síndrome Confusional

Síndrome de Inmovilidad

Síndrome de Inestabilidad y Caídas

Síndrome de Incontinencias

Sarcopenia/Fragilidad

Clasificación de los problemas (regla de las i´es)

- Inmovilismo
- Inestabilidad
- Incontinencia
- Infección
- Impotencia
- Incapacidad de los sentidos
- Irritable (colon)
- Inanición
- Intelectual (deterioro)
- Insolvencia económica
- Insomio
- Iatrogénia
- Inmunodeficiencia
- Isolation (aislamiento)

J. Manzarbeitia Arambarri y M.T. Guerrero Días; Valoración Clínica; Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ª edición, Elsevier Masson. 2008c

Valoración médica

- Historia clínica
- Examen físico
- Ayudas diagnósticas

Revisión por Sistemas

TAMIZAJE RÁPIDO DE CONDICIONES GERIÁTRICAS			
PROBLEMA	**DETECCIÓN**	**RESULTADO**	**INTERVENCIÓN**
VISIÓN	¿Tiene dificultad para ver la televisión o ejecutar cualquier actividad diaria por causa de su vista?	Si	Referencia a Optometría Referencia a Oftalmología
AUDICIÓN	Susurre al oído, ¿me escucha?, en ambos lados	No escucha	Examinar con otoscopio Referir al Otorrinolaringólogo Referir a audiometría de ser posible
MOVILIDAD DE LAS PIERNAS	Tome el tiempo luego de pedirle "Levántese de la silla. Camine 5 metros rápidamente, de la vuelta y vuelva a sentarse"	Incapaz de realizar la tarea en 15 segundos	Evalúe movilidad: marcha y equilibrio (Prueba de Romberg Modificado, Prueba de Levántate y Anda, Escala de Tinneti) Recomendaciones para Rehabilitación Evaluación del estado mental y emocional
INCONTINENCIA URINARIA	Dos partes: ¿En el último año, alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente orina? De ser así ¿ha perdido involuntariamente orina en al menos 6 días diferentes?	Si	Evaluación por incontinencia urinaria Buscar etiología Recomendaciones
NUTRICIÓN Y HÁBITOS	¿Hay cambio de peso en los últimos 3 meses?	Hay cambio en 10% del peso	Realizar valoración nutricional Buscar causa
	¿Ingiere alcohol?	Si	Investigar por alcoholismo
	¿Fuma?	Si	Intervención educativa
	¿Realiza ejercicios físicos?	No	Intervención educativa
MEMORIA	Mencione 3 objetos: árbol, perro, avión. Al cabo de un minuto pregunte por los 3 objetos mencionados	Incapaz de recordar	Valoración mental (Mini COG, Escala de Pfeffer, Test Folstein)
DEPRESIÓN	¿Está usted triste o deprimido?	Si	Valoración afectiva (Escala de Yesavage)
INCAPACIDAD FÍSICA	¿Es usted capaz de caminar rápidamente? ¿Lavar ventanas, pisos y paredes? ¿Salir de compras? ¿Tomar algún medio de transporte? ¿Bañarse sólo en la tina, ducha o regadera? ¿Vestirse sin ayuda alguna?	No, ante cualquier pregunta	Valoración de la capacidad funcional (Escala de Lawton, Índice de Katz,) Recomendaciones de fisioterapia profiláctica o Referencia para Rehabilitación Física

Cuadro modificado a partir de Moore AA, Su AL, "Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screen instrument." Am J Med 1996; 100:440-5, en "10-minute Screener for Geriatric Conditions", página 137 de Reuben, D et al. Geriatrics At Your Fingertips, 1998/99 Edition, American Geriatrics Society, Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc., 1998. Modificado por colaboradores en revisión de Guías para Atención al Adulto Mayor, Panamá 2010. Esquema, adaptación propia PNPITE-CSS 2011.

Ayudas diagnósticas

Sin cambios.
• Hemograma • Electrólitos (Na, K, Ca, P, Cl, HCO3). • Nitrógeno ureico sanguíneo • Pruebas de función Hepática • Hormona estimulante de la glándula tiróides

Parámetros que pueden ser anómalos
• Eritrosedimentación (VSG) • Glucosa • Creatinina • Albúmina • Fosfatasa alcalina • Hierro sérico, capacidad de unión al hierro (TIBD) y ferritina • Antígeno prostático específico • Análisis de orina • Radiografías torácicas • Electrocardiograma

Valoración Funcional

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)	Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD)	MEBE´s

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Indice de Barthel

Nombre_____ Fecha_____

Índice de Barthel **Total**_____

Alimentación
10 ***Independiente.*** Capaz de usar Cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.
5 ***Ayuda.*** Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc.
0 ***Dependiente.***

Baño
ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente.
0 ***Dependiente.***

Vestido
10 ***Independiente.*** Se viste, se desnuda y ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone braguero o corsé, si lo precisa.
5 ***Ayuda.*** Necesita ayuda, pero al menos la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.
0 ***Dependiente.***

Aseo Personal
10 ***Independiente.*** Se lava la cara, manos y dientes. Se afeita y maneja el enchufe si usa una máquina eléctrica.
0 ***Dependiente.***

Deposición
10 ***Continente.*** No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios, se arregla solo.
5 ***Incontinencia Ocasional.*** Episodios ocasionales o necesita ayuda para usar enemas o supositorios.
0 ***Incontinente.***

Micción
10 ***Continente.*** No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende a su cuidado.
5 ***Incontinente Ocasional.*** Episodios Ocasionales Necesita ayuda en el uso de sonda o colector.
0 ***Incontinente.***

Uso del Retrete
10 ***Independiente.*** Usa el retrete o cuña. Se sienta, solevanta solo o con barras. Se limpia y se pone la ropa solo.
5 ***Ayuda.*** Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.
0 ***Dependiente.***

Traslado Sillón Cama
15 ***Independiente.*** No necesita ninguna ayuda, Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.
10 ***Mínima Ayuda.*** Necesita una mínima ayuda o supervisión.
5 ***Gran Ayuda.*** Es capaz de sentarse, pero necesita mucha ayuda, asistencia para el traslado.
0 ***Dependiente.***

Deambulación
15 ***Independiente.*** Camina 50 metros independientemente o con ayuda (bastón, andador o similar)
10 ***Ayuda.*** Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión.
5 ***Independiente. SILLA DE RUEDAS.*** Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.
0 ***Dependiente.***

Escalera
10 ***Independiente.*** Sube o baja escaleras sin supervisión aunque use barandillas o instrumentos de apoyo.
5 ***Ayuda.*** Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.
0 ***Dependiente.***

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ-

1. Baño	**Independiente.** Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
2. Vestido	**Independiente.** Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
3. Uso del WC	**Independiente:** Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.	
4. Movilidad	**Independiente.** Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
5. Continencia	**Independiente.** Control completo de micción y defecación.	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6. Alimentación	**Independiente.** Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
	PUNTUACIÓN TOTAL	

Bibliografía

- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, y cols. Studies of illness in the age: the index of ADL a standarized measure of biological and psycosocial function. JAMA 1963, 185: 914-919.
- Katz S, Down TD, Cash HR y cols. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist, 1.970; 10(1): 20-30.
- Alvarez M, Alaiz AT, Brun E y cols. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. Aten Prim 1992, 10: 812-815.

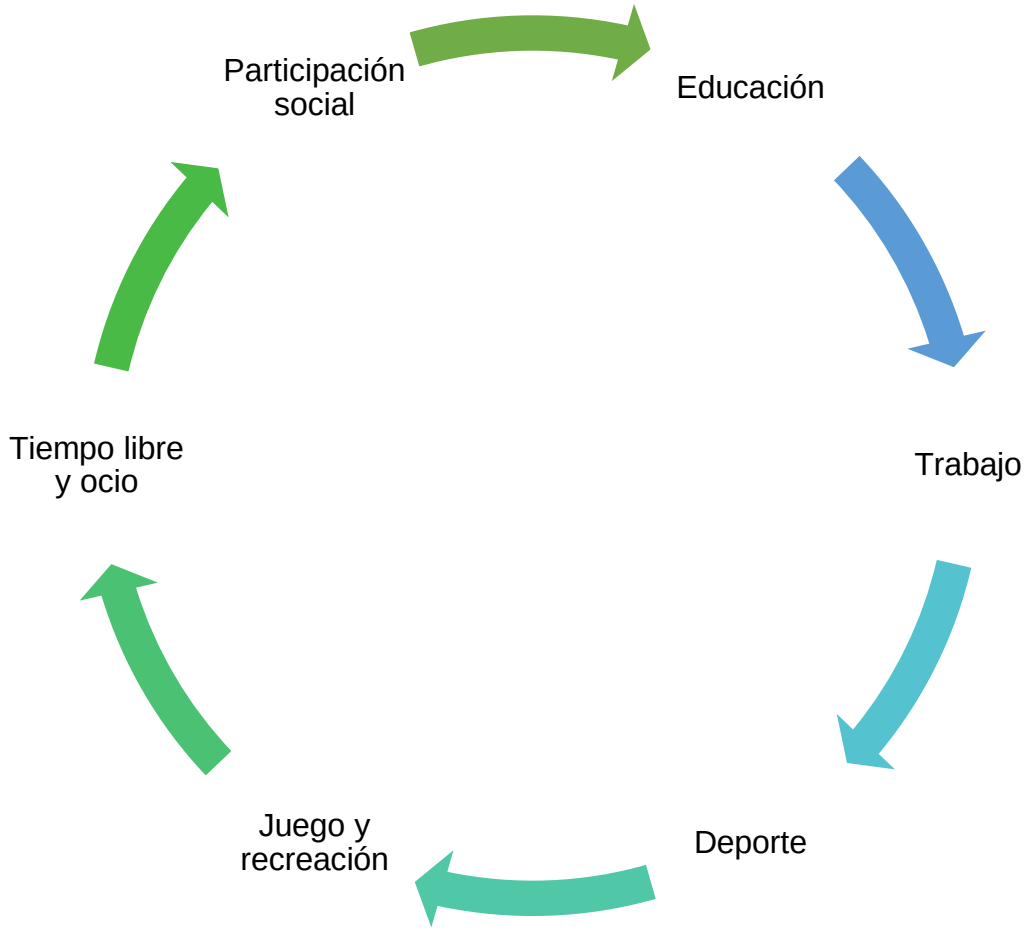
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)



Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria

Ítem	Aspecto a evaluar	Puntos
1	Capacidad para usar el teléfono: - Utiliza el teléfono por iniciativa propia - Es capaz de marcar bien algunos números familiares - Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar - No es capaz de usar el teléfono	 1 1 1 0
2	Hacer compras: - Realiza todas las compras necesarias independientemente - Realiza independientemente pequeñas compras - Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra - Totalmente incapaz de comprar	 1 0 0 0
3	Preparación de la comida: - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada - Necesita que le preparen y sirvan las comidas	 1 0 0 0
4	Cuidado de la casa: - Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) - Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza - Necesita ayuda en todas las labores de la casa - No participa en ninguna labor de la casa	 1 1 1 1 0
5	Lavado de la ropa: - Lava por sí solo toda su ropa - Lava por sí solo pequeñas prendas - Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	 1 1 0
6	Uso de medios de transporte: - Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche - Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte - Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona - Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros - No viaja	 1 1 1 0 0

Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD)

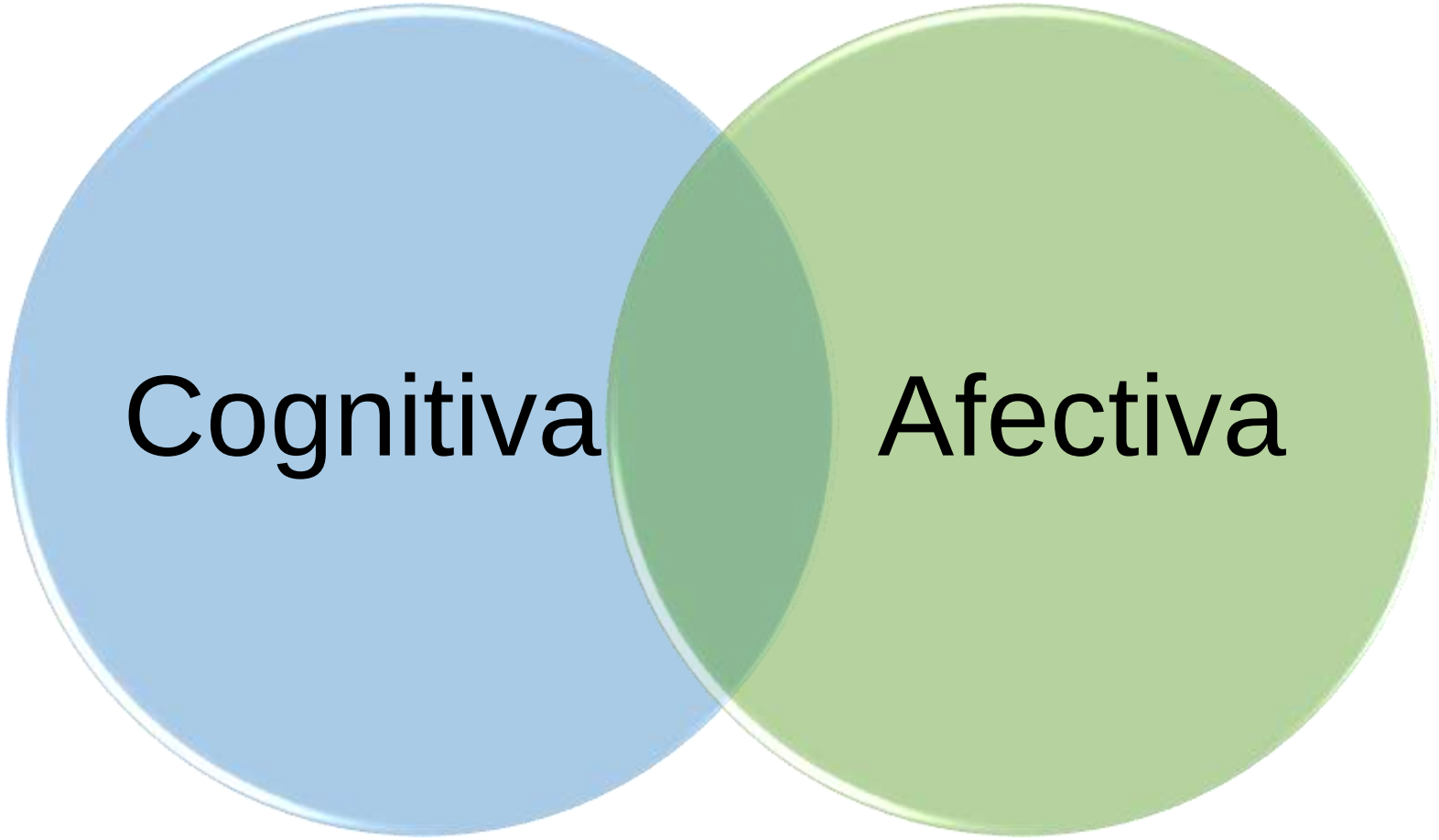




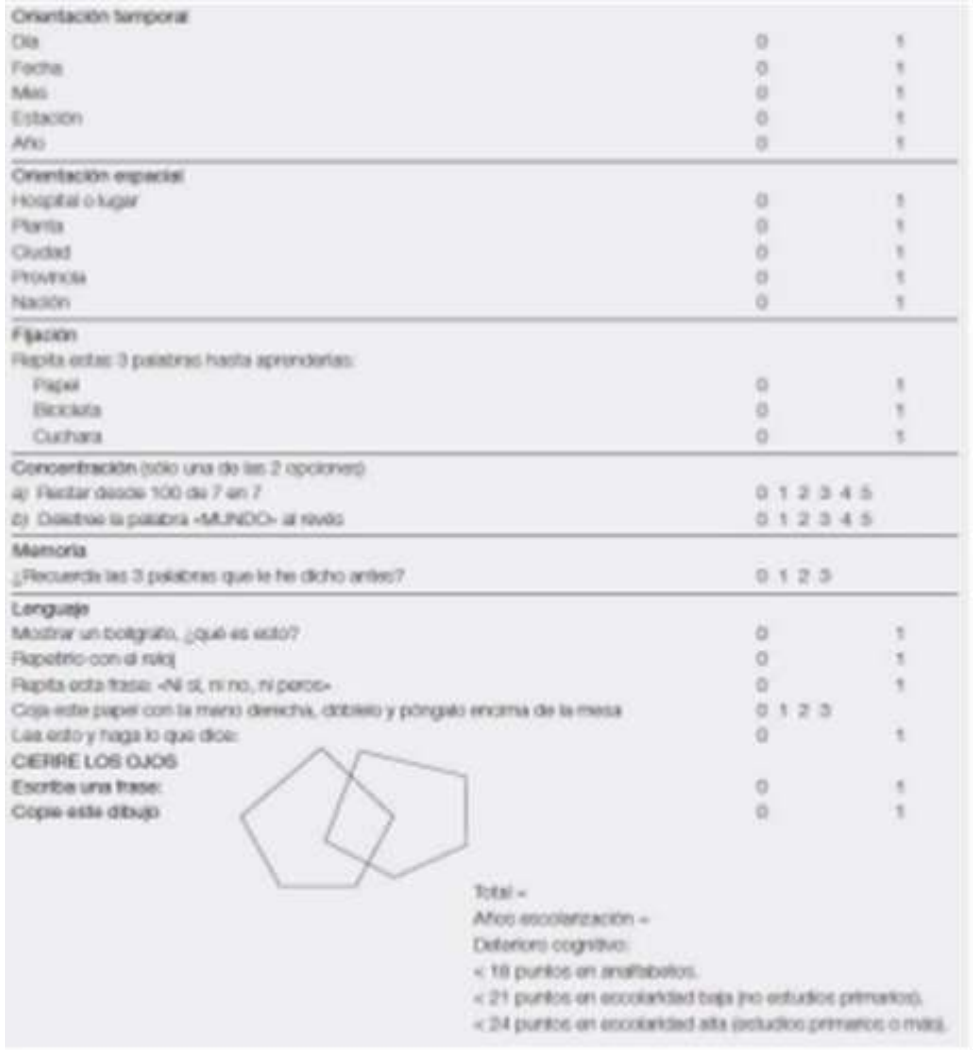
Medidas de Evaluación Basadas en la Ejecución (MEBE´s)

- Escala de equilibrio y marcha –POMA (Tinetti y cols 1998)
- Test de los 7 pasos
- Prueba de Lázaro “Get up and go test” (Isaacs, 1986)
- Time up and go (Prueba de Lázaro medida) (Podsiadlo y Richardson, 1991)
- Escala de Tinetti
- Test de Romberg
- Estación unipodal
- Marcha en tándem
- Prueba de alcance funcional
- Velocidad de la Marcha
- Etc.

Valoración Mental



Minimenal State Examination Folstein



Orientación temporal

Día	0	1
Fecha	0	1
Mes	0	1
Estación	0	1
Año	0	1

Orientación espacial

Hospital o lugar	0	1
Planta	0	1
Ciudad	0	1
Provincia	0	1
Nación	0	1

Fijación

Repita estas 3 palabras hasta aprenderlas:

Papel	0	1
Bicicleta	0	1
Cuchara	0	1

Concentración (sólo una de las 2 opciones)

a) Restar desde 100 de 7 en 7 0 1 2 3 4 5

b) Deletree la palabra «MUNDO» al revés 0 1 2 3 4 5

Memoria

¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? 0 1 2 3

Lenguaje

Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto?	0	1
Repetirlo con el reloj	0	1
Repita esta frase: «Ni sí, ni no, ni pero»	0	1
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa	0 1 2 3	
Lea esto y haga lo que dice:	0	1
CIERRE LOS OJOS		
Escriba una frase:	0	1
Copie este dibujo	0	1

Total =

Años escolarización =

Deterioro cognitivo:

< 18 puntos en analfabetos.

< 21 puntos en escolaridad baja (no estudios primarios).

< 24 puntos en escolaridad alta (estudios primarios o más).

- Requiere 5 a 10 min
- Útil en el tamizaje de deterioro cognitivo moderado
- Puntuación < 24 sugiere deterioro cognitivo
- S: 89% y E:96%

Afectiva

VERSIÓN REDUCIDA		
¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI =0	NO =1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI =1	NO =0
¿Siente que su vida está vacía?	SI =1	NO =0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI =1	NO =0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?	SI =1	NO =0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI =1	NO =0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI =1	NO =0
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI =1	NO =0
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI =0	NO =1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI =1	NO =0
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI =1	NO =0
¿Se siente lleno/a de energía?	SI =0	NO =1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Vd?	SI =1	NO =0
TOTAL		

Yesavage

- 0-5: Ausente
- 5-10: Depresión probable
- > 10: Depresión muy probable

Escala de Ansiedad de Hamilton

Escala de ansiedad de Hamilton					
Definición operativa de los ítems	Puntos				
1. *Humor ansioso* (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. *Tensión* (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. *Miedos* (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. *Insomnio* (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. *Funciones intelectuales* (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. *Humor deprimido* (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. *Síntomas somáticos generales (musculares)* (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. *Síntomas somáticos generales (sensoriales)* (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. *Síntomas cardiovasculares* (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. *Síntomas respiratorios* (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. *Síntomas gastrointestinales* (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. *Síntomas genitourinarios* (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. *Síntomas de sistema nervioso autónomo* (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. *Comportamiento durante la entrevista* • General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, con agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial • Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Consta de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Heteroaplicada. La puntuación total se calcula sumando los puntos obtenidos en cada ítem. Ausente = 0, leve = 1, moderado = 2, grave = 3, muy incapacitante = 4.

14 ítems que evalúan aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad.

Heteroaplicada

Puntuación total se calcula sumando los puntos obtenidos en cada ítem:

- Ausente: 0
- Leve:1
- Moderada: 2
- Severa: 3
- Incapacitante: 4

Valoración Social



Frecuencia y calidad de las relaciones sociales.

Actividades sociales que el anciano realizaba.

Recursos con los que cuenta (vivienda, dinero, condiciones de la casa donde habita)

Soporte social y la carga que supone el anciano en su núcleo familiar.

Soledad y pobreza son factores de riesgo de morbimortalidad

Valoración Social

OARS (Older American Resource and Service Group)

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit



Escala de recursos sociales de la OARS (Older Americans Resource and Services Group)

1. **Recursos sociales excelentes**
   Relaciones sociales muy satisfactorias, al menos una persona le cuidaría indefinidamente.
2. **Buenos recursos sociales**
   Relaciones sociales satisfactorias y adecuadas, al menos una persona le cuidaría, pero sólo durante un tiempo definido.

Tiene cuidador, entorno muy satisfactorio

3. **Levemente incapacitado socialmente**
   Relaciones sociales insatisfactorias e inadecuadas, al menos una persona cuidaría de él indefinidamente.
4. **Moderadamente incapacitado socialmente**
   Relaciones sociales insatisfactorias y escasas, al menos una persona le cuidaría, pero sólo durante un tiempo definido.

Tiene cuidador, entorno poco satisfactorio

5. **Gravemente incapacitado socialmente**
   Relaciones sociales insatisfactorias, escasas y de mala calidad, sólo se conseguiría ayuda de otra persona de cuando en cuando.
6. **Totalmente incapacitado socialmente**
   Relaciones sociales insatisfactorias, escasas y de mala calidad, no se conseguiría ayuda de otra persona nunca.

No tiene cuidador, entorno no satisfactorio

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

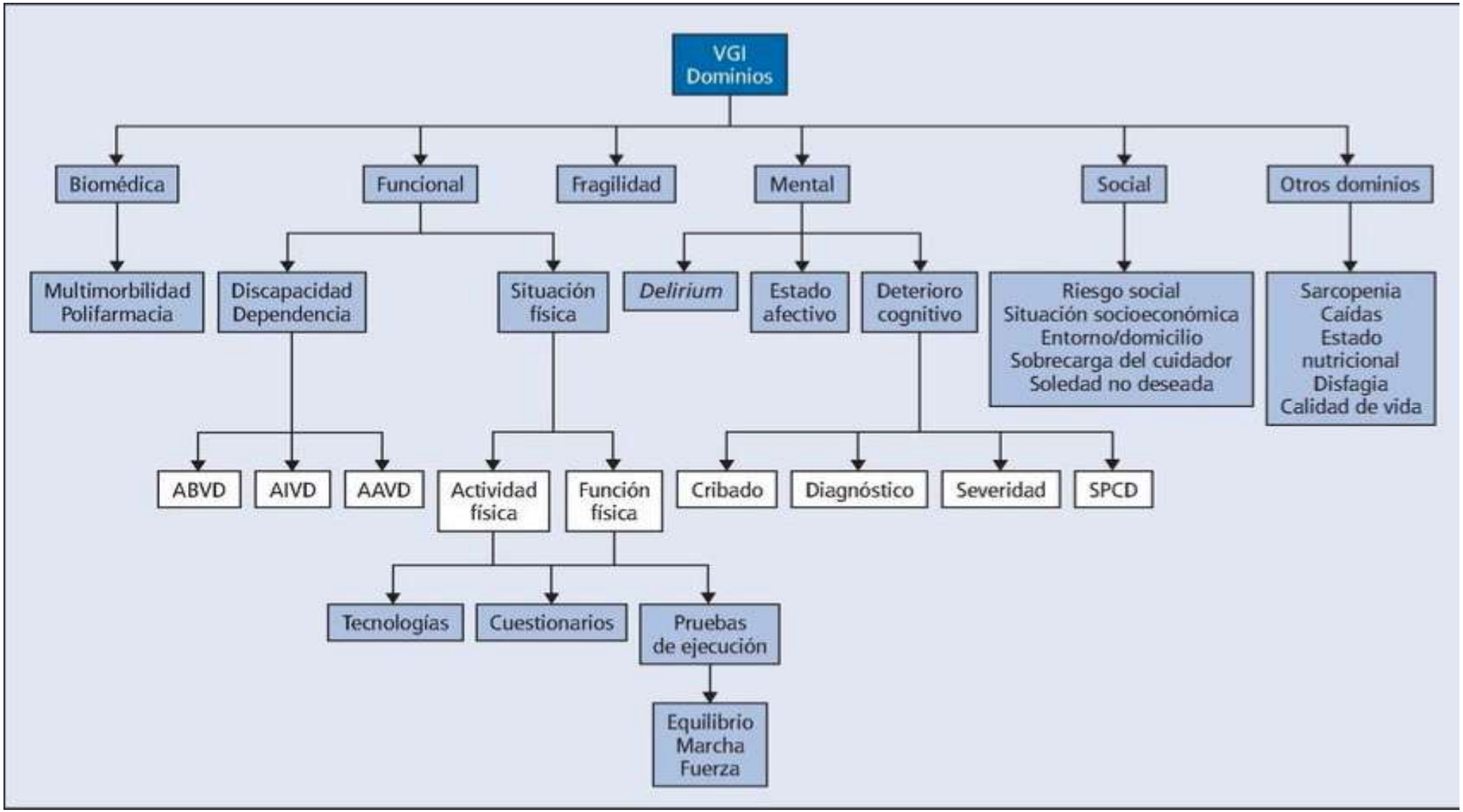
OPCIONES
1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4=Bastantes veces 5=Casi siempre

< 47 No sobrecarga

47-55 Sobrecarga leve

> 55 Sobrecarga intensa

Esquema de la VGI



PROBLEMAS	ESTADO	PLAN
	Médicos	
HTA Enf. Coronaria EPOC	Estadio 2 En tto (controlada) Controlado	Ajuste de antihipertensivos Igual manejo Igual manejo
	Funcionales	
CFS (Escala Clinica de Fragilidad) 6 Barhel 60/100 Lawton 6/8	Fragilidad Moderada Dependencia moderada x ABVD Dependencia Severa xa AIVD	Terapia física 3 v/sem (fuerza y resistencia) Terapia Ocupacional Cuidador permantente
	Mentales	
Trastorno NC mayor Yesavage 9/15	GDS 4/7 Depresión probable	RHB cognitiva (Hx día) Val x Psiquiatría (manejo antidepresivo?)
	Sociales	
OARS 4 Zarit 79	Leve incapacidad social Sobrecarga intensa al cuidador	Valoración t. social (Centro día) Apoyo al cuidador (val psicología)

Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez (PPNEV) -2022-2031

Decreto 681
(2 de mayo de 2022)

Marco conceptual



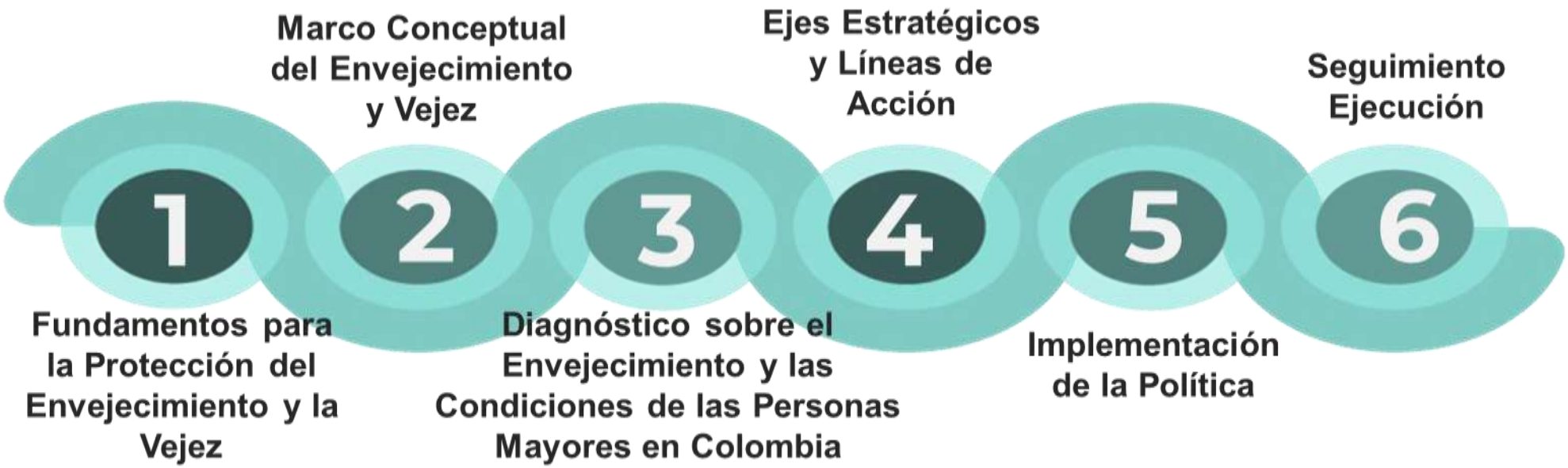
Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031

Objetivo: Garantizar las condiciones necesarias para el **envejecimiento saludable** y la vivencia de una vejez digna, autónoma e independiente en igualdad, equidad y no discriminación, en el marco de la protección, promoción, defensa y restablecimiento de los derechos humanos y bajo el principio de corresponsabilidad individual, familiar, social y estatal.



Salud

Estructura de la PPNEV



Salud

Ejes estratégicos y líneas de acción

Eje	Objetivo específico	Derechos	Líneas de acción y metas
1. Superación de la dependencia económica de las personas mayores 	Reducir las desigualdades e inquietudes económicas que enfrentan las personas mayores en el territorio nacional.	A la independencia y la autonomía, la seguridad social, el trabajo, la propiedad y la vivienda.	1. Promover el empleo digno y decente para las personas mayores.
			2. Impulsar la empleabilidad entre las personas mayores
			3. Garantizar el derecho a vivienda digna.
			4. Fomentar el emprendimiento entre las personas mayores y/o sus familias.
			5. Fomentar la cultura previsional y de seguridad social y aumentar la cobertura de afiliación al Sistema General de Pensiones y de Riesgos Laborales.

Ejes estratégicos y líneas de acción

2. Inclusión social y participación ciudadana de las personas mayores 	Fomentar la inclusión social y el ejercicio de la participación ciudadana de las personas mayores en los espacios de incidencia nacional y territorial.	Derechos políticos, de reunión y de asociación, así como sus derechos a la cultura, a la accesibilidad y a la movilidad personal, a la nacionalidad y a la libertad de circulación.	1. Promover la inclusión de las personas mayores.
			2. Fortalecer la participación ciudadana de las personas mayores.
			3. Promover la cultura, el turismo, el ocio y el aprovechamiento del tiempo libre.
			4. Fomentar la accesibilidad, movilidad, adaptabilidad y la seguridad en el entorno

Ejes estratégicos y líneas de acción

3. Vida libre de violencias para las personas mayores 	Garantizar la protección legal, el buen trato, la eliminación de la discriminación y las violencias contra las personas mayores	Reconocimiento como persona ante la ley, acceso a la justicia, libertad personal, privacidad, intimidad, igualdad y no discriminación por razones de edad, seguridad, vida sin ningún tipo de violencia, no ser sometido a tortura o tratos crueles, a la integridad y en situaciones de riesgo	1. Eliminar la discriminación contra personas mayores. 2. Prevenir y atender las violencias y el maltrato contra las personas mayores. 3. Fortalecer la capacidad jurídica y el acceso a la justicia para las personas mayores.

Ejes estratégicos y líneas de acción

Eje	Objetivo específico	Derechos	Líneas de acción y meas
4. Atención integral en salud, atención a la dependencia y organización del servicio de cuidado 	Garantizar el derecho fundamental a la salud y los servicios sociosanitarios y/o los cuidados de largo plazo.	A la salud, a la vida y la dignidad en la vejez, a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud y al goce efectivo de derechos en servicios de cuidado a largo plazo.	1. Ajustar la respuesta institucional del sistema de salud. 2. Garantizar el acceso y la atención en salud. 3. Fortalecer la institucionalidad para el cuidado de las personas mayores. 4. Fortalecer el seguimiento y los sistemas de información, inspección y vigilancia.

Ejes estratégicos y líneas de acción

5. Envejecimiento saludable para una vida independiente, autónoma y productiva en la vejez 	Fomentar el envejecimiento saludable para lograr una vida independiente, autónoma y productiva en la vejez	A la recreación, al esparcimiento y al deporte o el derecho a un medio ambiente sano, la autonomía y la independencia	1. Promoción y mantenimiento de la salud física y mental. 2. Fomento de la actividad física, el deporte y la recreación en el curso de vida. 3. Fomento de la salud nutricional, hábitos, modos y estilos de vida y alimenticios saludables. 4. Fortalecer los entornos saludables.

Ejes estratégicos y líneas de acción

6. Educación, formación e investigación para enfrentar el desafío del envejecimiento y la vejez 	Garantizar el derecho a la educación de las personas mayores, fomentar la formación e investigación para el abordaje del envejecimiento y la vejez	A la educación, libertad de expresión, opinión y acceso a la información.	1. Fomentar la educación y aprendizaje en la vejez.
			2. Promover la investigación relacionada con la vejez y el envejecimiento.
			3. Fomentar el desarrollo del talento humano.
			5. Promover el acceso y uso de las tecnologías de la información.
			5. Promover la formación y capacitación a lo largo de la vida para empoderar a las familias y personas mayores en materia de vejez, envejecimiento, derechos humanos, cuidado y cuidado a cuidadores informales.

Plan de Acción Intersectorial para la Implementación de la PPNEV(PAI)

Acciones que lidera Minsalud PPNEV 2022-2031

Eje 4: Atención integral en salud, atención a la dependencia y organización del servicio de cuidado:

1. Promoción y mantenimiento de la salud - consulta de medicina para valoración integral en salud según periodicidad definida en la RPMS
2. PAI – Vacunación: personas mayores vacunadas contra Influenza estacional
3. Formación talento humano sobre salud mental en personas mayores
4. Rehabilitación Basada en Comunidad.
5. Promoción y garantía de los derechos sexuales de las personas mayores.
6. Acciones de salud para personas mayores de grupos étnicos.
7. Estándares de funcionamiento de los centros de atención a personas mayores
8. Reporte de ejecución de estampilla para el bienestar de las personas mayores
9. Registro de Prestadores de Servicios Socio-sanitarios (REPSSO).
10. Atención Primaria - CAPS implementados
11. Formación talento humano sobre cuidado paliativo.
12. Entrega de ayudas técnicas a personas mayores con discapacidad
13. Estrategias de acompañamiento psicosocial a población migrante
14. Atención a personas mayores víctimas de violencia – PAPSIVI

Acciones que lidera Minsalud PPNEV 2022-2031

Eje 5: Envejecimiento saludable para una vida independiente, autónoma y productiva en la vejez.
Salud mental, Hábitos de vida saludable, alimentación saludable y consumo spa, entornos saludables

Eje 6: Educación, formación e investigación
Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento - SABE 2025
Observatorio de Salud, Envejecimiento y vejez.

Salud

Acciones que lidera Minigualdad PPNEV 2022-2031

- Coordinación de la PPNEV
- Articulación intersectorial
- Seguimiento a la implementación de la PPNEV
- Acto administrativo para la adopción del PAI
- Consejo Nacional de Personas Mayores
- Orientaciones para los consejos territoriales de personas mayores
- Liderazgo de la Reforma normativa Ley 1251 de 2008 y otras
- Fortalecimiento de la Participación de las Personas mayores en el CNPM
- Liderazgo en el seguimiento a la implementación de la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores
- Liderar la construcción del Capítulo indígena de la PPNEV
- Atención Integral de Violencias y Discriminación a las personas
- Promoción de la Investigación y cualificación de la formación del Talento Humano
- Asistencia técnica para la formulación de las POLITICAS **departamentales y distritales y** los PLANES **municipales**

Ruta de atención a personas mayores en condiciones de vulnerabilidad o víctimas de maltrato

Ley 1850 de 2017

Establece Medidas de Protección al Adulto Mayor



Refuerza la protección de los adultos mayores en Colombia, integrando un enfoque **penal, social, institucional y preventivo**, con impacto directo en el sector salud y en los actores responsables de su cuidado.

- Protección frente a violencia intrafamiliar
- Medidas desde el sistema de salud:
- Redes de apoyo y corresponsabilidad
- Nuevas figuras de atención – “Granjas para Adultos Mayores”

Competencias de las Comisarías de Familia

Ley 1850 de 2017 – Medias de Protección de las Personas mayores y se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono.

Ley 2126 de 2021 – Artículo 4, Principio de Debida diligencia:

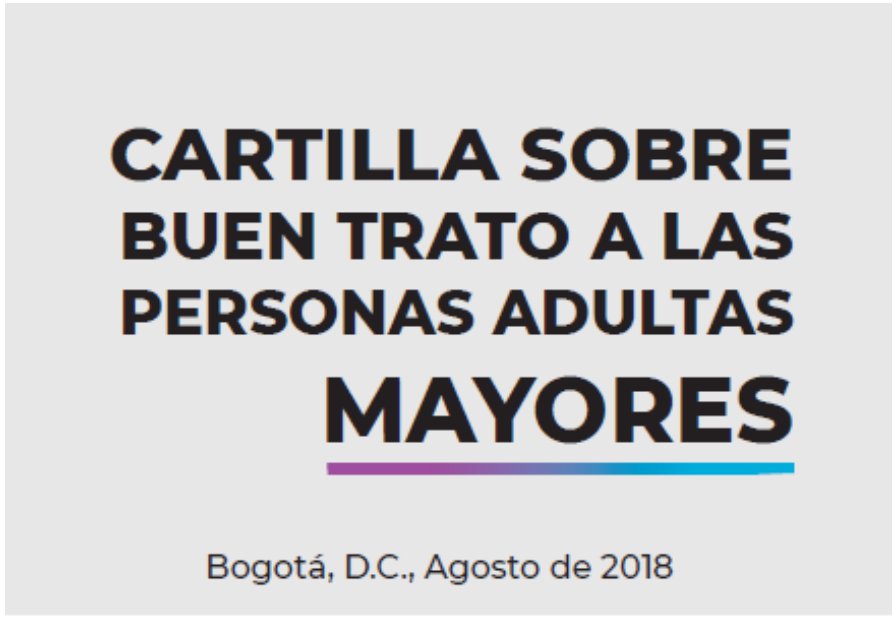
La actuación de la comisaría de familia debe estar dirigida a garantizar, restablecer y reparar los derechos de las personas que están en riesgo o han sido víctimas de violencia en el contexto familiar, poner fin a la violencia, maltrato o agresión, o evitar que esta se realice cuando fuere inminente, atendiendo a los estándares internacionales aplicables en la materia.

Competencias de las Comisarías de Familia

Ley 2126 de 2021 – Artículo 12 funciones de las Comisarías de Familia, entre otras:

1. Garantizar, proteger, restablecer y reparar los derechos de quienes estén en riesgo o hayan sido víctimas de la violencia.
2. Brindar atención especializada conforme a los principios rectores de la presente ley y demás parámetros constitucionales y convencionales en materia de derechos humanos y erradicación de las violencias en el contexto familiar, en especial las violencias por razones de género y la violencia contra niños, niñas y adolescentes, y personas adultas mayores…”

Ruta de atención



Sección I. Conceptualización General

Sección II. Atención del maltrato de las personas adultas mayores

Sección III. Buen trato para las personas adultas mayores por parte de las familias y las personas cuidadoras

Sección IV. Promoción del buen trato y prevención del maltrato

Sección V. Líneas de acción para denunciar el maltrato

https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx

Estampilla para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores

Ley 687 de 2001

Modifica la Ley 48 de 1986- Autoriza la Emisión de la Estampilla



Objetivo: Autorizar la emisión de una estampilla para financiar la **construcción, dotación y funcionamiento** de los Centros de Bienestar del Anciano.

- Es un tributo parafiscal y la expide las asambleas departamentales, concejos distritales y municipales.
- Tope de recaudo del 5% **del presupuesto anual** de cada entidad territorial
- Los recursos también pueden usarse para **programas de prevención y promoción** en beneficio de adultos mayores.
- Comunicar las ordenanzas que expidan las asambleas y los acuerdos que expidan los distritos y municipios al Ministerio de Hacienda y Crédito Público
- Las Entidades Territoriales podrán suscribir convenios con entidades de naturaleza privada, sin animo de lucro, que desarrollen en su objeto actividades de protección y asistencia de las personas mayores.
- El Control fiscal será ejercido por las contralorías de jurisdicción de cada entidad territorial.

Ley 1276 de 2009

Establece Criterios de Atención en los Centros Vida y modifica la Ley 687 de 2001

Objeto: Reestructurar el alcance de la estampilla y dar origen a los **Centros Vida**, sustituyendo en parte a los Centros de Bienestar.

- **Cambio de enfoque institucional:** Pasa de “Centros de Bienestar del Anciano” a **“Centros Vida”**, con un concepto más integral de atención al adulto mayor.
- **Enfoque de derechos:** Se integra el concepto de **envejecimiento digno y activo**, en línea con estándares internacionales de protección a personas mayores.
- **Nueva destinación de los recursos:** Además de infraestructura, prevención y promoción, se establece que los recursos se destinen a:
  - Atención integral diurna del adulto mayor.
  - Alimentación, recreación, cultura, deporte, capacitación ocupacional.
  - Atención médica básica preventiva.
- **Cobertura y gratuidad:** Los Centros Vida deben garantizar **acceso gratuito** a adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad (niveles I y II del Sisbén), no solo indigentes.

Ley 1955 de 2019 Art.217

Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022

1.- Recaudo de estampilla debe ser invertido en centros de bienestar, centros vida y otras modalidades de atención para personas mayores (artículo 217, parágrafo 1).

2.- Condiciona la inversión de recursos de estampilla en otras modalidades a la garantía previa de mantener la cobertura de beneficiarios de centros vida y CBA de la vigencia anterior (artículo 217, parágrafo 2).

3.- Reporte semestral de Gobernaciones y Alcaldías sobre la implementación de la estampilla al Ministerio de Salud y Protección Social (artículo 217, parágrafo 3).



Centros de atención a personas mayores

Modalidades de atención

Centros Vida/Día
Ley 1276 de 2009
Resoluciones 024 de 2017
Resoluciones 055 de 2018

Centros de Protección Social o de larga estancia
Ley 1315 de 2009

Otras modalidades de atención (atención a domicilio – atención en zona rural o étnica)
Ley 1955 de 2019
Art.217

Beneficiarios

Personas adultas mayores de "niveles I y II del 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" [Ley 1276 de 2009, artículo 6].

Resolución 1870 de 2021 MSPS: Se adapta la clasificación de los niveles 1 y 2 a la metodología IV:
Nivel 1 = A1 - B7
Nivel 2 = C1 - C18
(todos en metodología IV a 5 de marzo de 2023)

Persona mayor: "persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más. A criterio de los especialistas de los centros vida, una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen" [Ley 1276 de 2009, artículo 7].

Fuentes de Financiación

1. Recursos provenientes del recaudo de estampilla Ley 1276 de 2009 y 1850 de 2017
2. Sistema integral de seguridad social
3. Sistema nacional de regalías
4. Recursos propios de entidades territoriales
5. Gestión con sector privado
6. Venta de servicios
7. Responsabilidad social empresarial
8. Cooperación internacional



Tomado del Informe Mundial Sobre Envejecimiento y salud. OMS.2015

Centros Vida o Centros Día

Centros Vida y Centros Día



- **Centros Vida:** 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 [Ley 1276 de 2009].

- **Centros de Día:** Instituciones destinadas al cuidado, bienestar integral y asistencia social de los adultos mayores que prestan sus servicios en horas diurnas [Ley 1251 de 2008 y 1315 de 2009].

Ley 1276 de 2009

Establece Criterios de Atención en los Centros Vida y modifica la Ley 687 de 2001

- **Administración de los recursos:** La ejecución puede hacerse a través de la entidades públicas territoriales u organizaciones sin ánimo de lucro con experiencia en atención al adulto mayor.
- **Control y vigilancia.** Los recursos de la estampilla y la ejecución de los programas de los **Centros Vida** y **CBA** deben estar sujetos a **mecanismos de control fiscal, administrativo y social.**
- **Gestión de recursos:** Además de los recursos previstos en la Ley, las entidades territoriales podrán gestionar **fuentes adicionales de financiación** a través de alianzas con el sector privado, cooperación internacional, y, cuando así lo autoricen los planes de desarrollo y la normatividad vigente, mediante proyectos financiados con recursos del Sistema General de Regalías.



Ley 1276 de 2009

Canasta mínima de servicios:

1. Alimentación
2. Orientación psicosocial
3. Atención Primaria en Salud
4. Aseguramiento en Salud
5. Capacitación en actividades productivas
6. Deporte, cultura y recreación
7. Promoción del trabajo asociativo
8. Encuentros intergeneracionales
9. Promoción de redes de apoyo
10. Uso de Internet
11. Auxilio Exequial

NO SE FINANCIA CON RECURSOS ESTAMPILLA

1. Multivitamínicos
2. Anchetas navideñas
3. Prótesis dentales
4. Ayudas técnicas
5. Financiar RBC
6. Paseos
7. Transporte
8. Trajes para grupos de danza
9. Reinado del adulto mayor
10. Publicidad y otros……

Requisitos mínimos esenciales CV

Res. 024/17

1.- Establece el procedimiento administrativo de **autorización de funcionamiento** de centros vida para personas adultas mayores.

2.- Verificación de cumplimiento de requisitos mínimos y autorización de funcionamiento **competencia de la secretarías municipales** de salud.

3.- Seguimiento, vigilancia y control **responsabilidad de las secretarías departamentales** y distritales de salud.

Res. 055/18

2.- Modifica el ámbito de aplicación y además de los centros vida **incluye a los centros de día** para personas mayores.

3.- **Armoniza la documentación** que deben acreditar los centros, a lo ordenado por la Ley 1315 de 2009.

Estándares: Condiciones mínimas esenciales

Talento Humano	Infraestructura	Dotación	Gestión	Atención Integral
Perfil y suficiencia para garantizar la calidad y pertinencia en la atención integral	Para garantizar un entorno físico adecuado y seguro	Elementos, equipos, facilidades y tecnología	Procedimientos administrativos necesarios para garantizar la organización, sostenibilidad y permanencia de los Centros Vida	Componente fundamental de la atención integral y contínua

Atención Integral de las Personas Mayores

Los servicios de salud: Resolución 3100 habilitación.

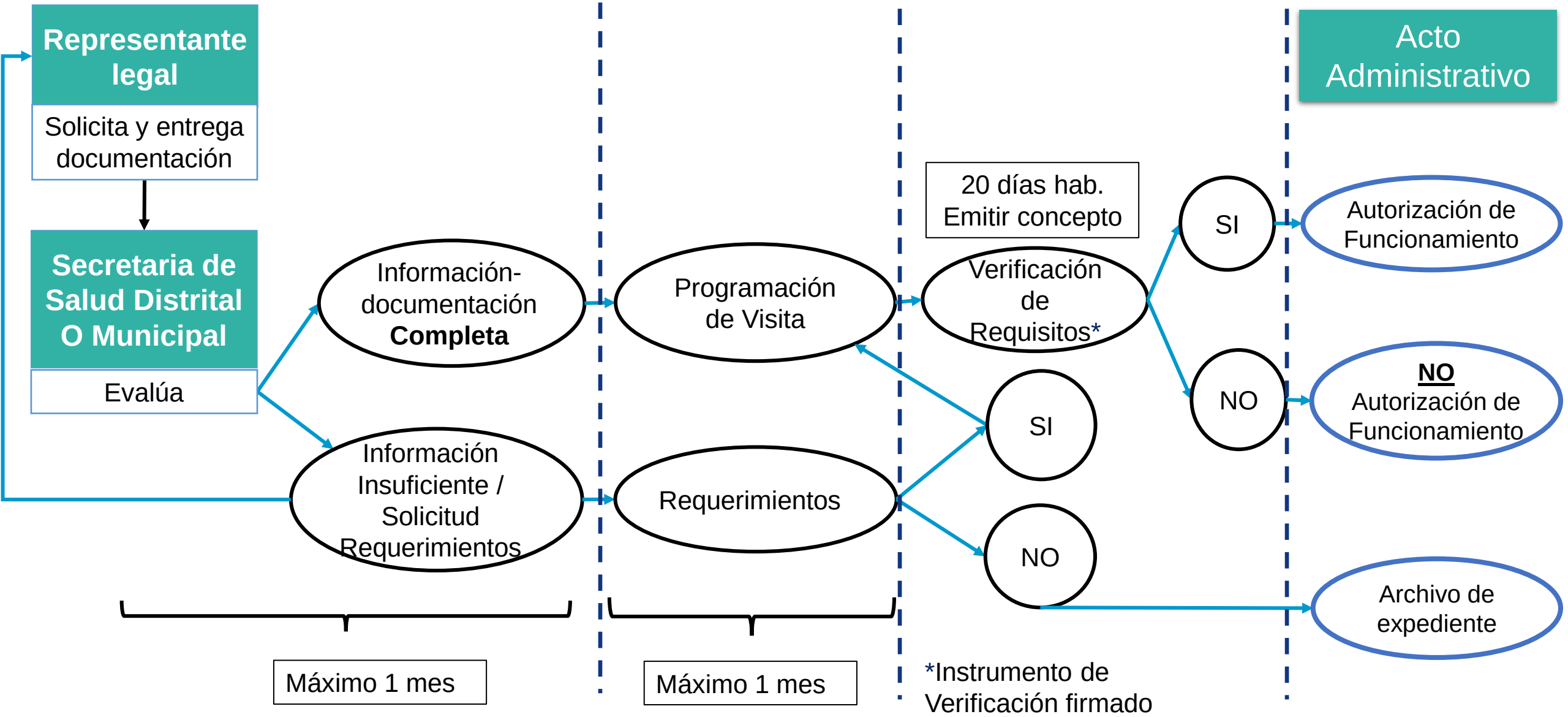
Autorización de Funcionamiento

Representante Legal del Centro

- Presentar la **solicitud** ante la **secretaría de salud municipal** o **distrital** o la entidad que haga sus veces.
- Presentar la **documentación** establecida en el artículo 4 de la Res. 055/18.
- Cumplir con los **requisitos mínimos** esenciales definidos en el anexo técnico de la Res. 055/18.
- **Complementar** la información solicitada por la Secretaría de salud en caso que así lo requiera, en el término de un mes

Secretarías de Salud Municipal / Distrital

- **Evaluar** la información allegada en el término de un (1) mes, desde la radicación.
- En caso de que considere que la información no es suficiente, **solicitará** complementación de la información, **otorgando** un plazo máximo de un (1) mes.
- De no atenderse el requerimiento, se **expedirá** acto administrativo ordenando el archivo del expediente, en los términos de Ley y establecidos en la Res. 055 / 18.
- Si la información es suficiente, **programará y ejecutará** la **visita de verificación** de **requisitos mínimos esenciales** en un plazo máximo de un (1) mes.
- Expedir acto administrativo para autorización de funcionamiento en caso de verificar que cumple los requisitos mínimos esenciales
- **Brindará** Asistencia Técnica los requisitos mínimos esenciales, por solicitud de los Centros.
- Reportar bimestralmente, al Departamento, las autorizaciones a los Centros Vida


Representante legal
Solicita y entrega documentación
Secretaria de Salud Distrital O Municipal
Evalúa
Información-documentación **Completa**
Información Insuficiente / Solicitud Requerimientos
Programación de Visita
Requerimientos
20 días hab. Emitir concepto
Verificación de Requisitos*
SI
NO
SI
NO
Acto Administrativo
Autorización de Funcionamiento
NO Autorización de Funcionamiento
Archivo de expediente
Máximo 1 mes
Máximo 1 mes
*Instrumento de Verificación firmado

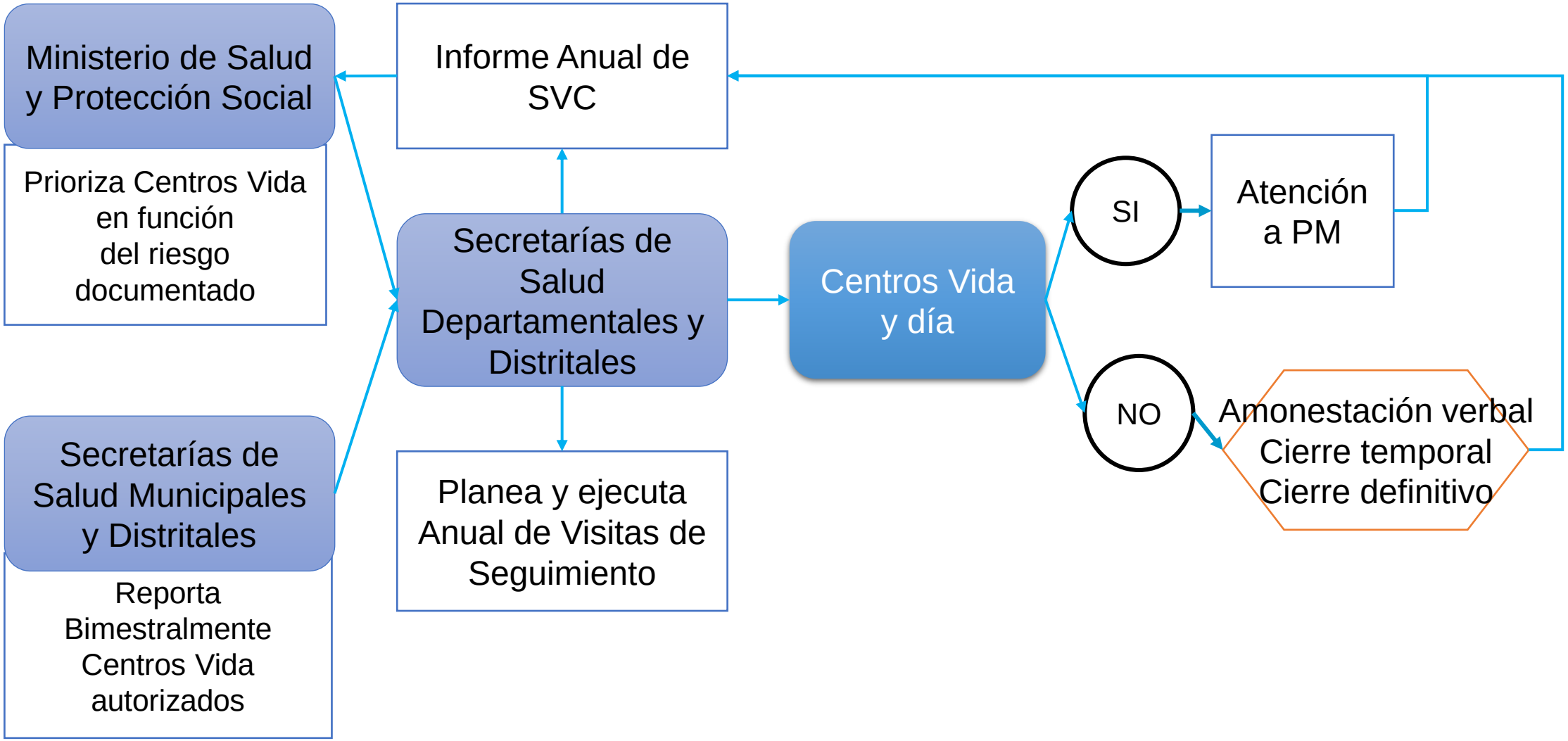
Inspección, Vigilancia y Control

Secretarías de Salud Departamental / Distrital

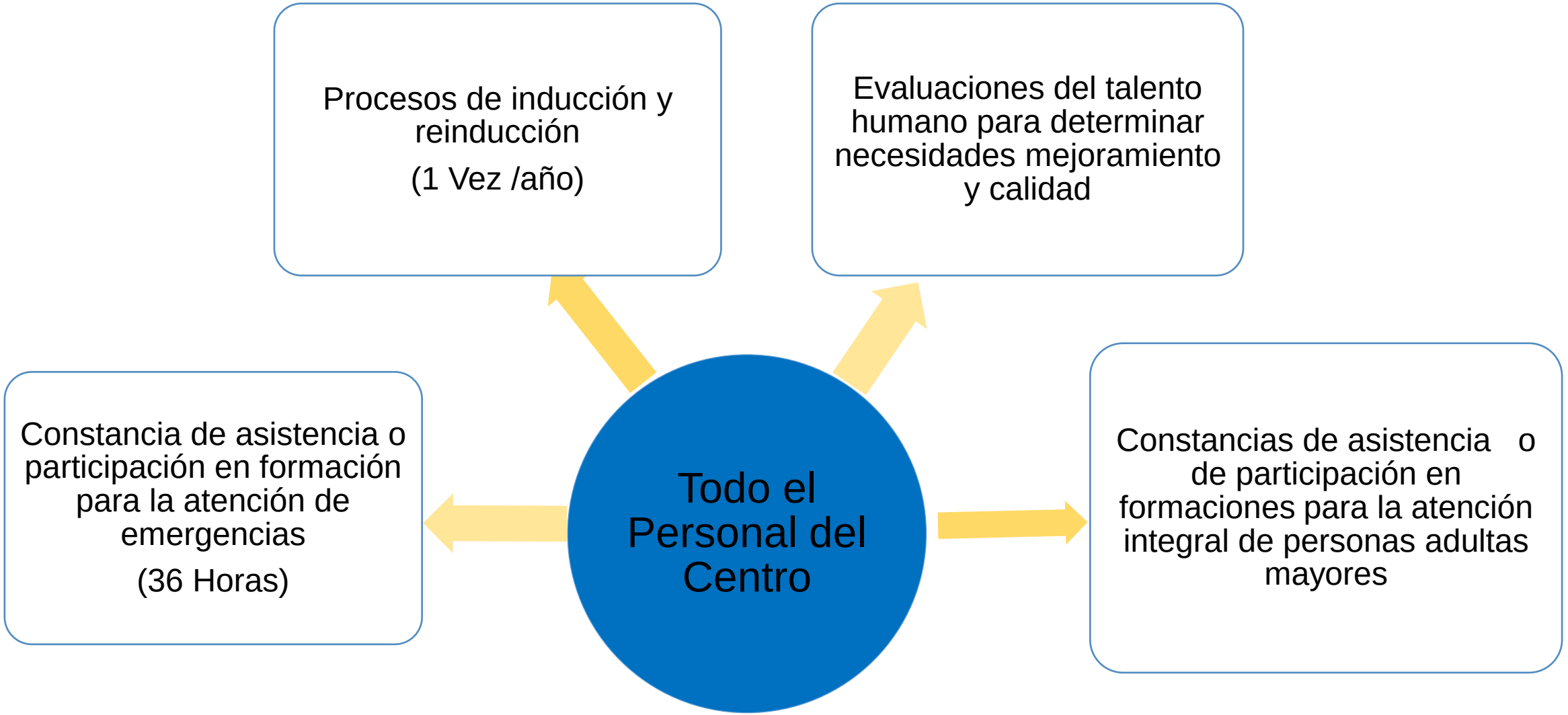
- **Formular** antes del 30 de noviembre de cada año**, el plan de visitas de seguimiento** que ejecutarán en la siguiente anualidad, priorizando las visitas a los Centros Vida que sean señalados por este Ministerio, sin perjuicio de la posibilidad de realizar las visitas que consideren necesarias para ejercer vigilancia y control. El Ministerio puede solicitar visitas de seguimiento a Centros en cualquier momento de acuerdo a riesgo documentado

- **Consolidarán** los resultados de la verificación de requisitos mínimos esenciales y del seguimiento, así como los de vigilancia y control a los Centros Vida, mediante informe que deberá remitirse anualmente a la Oficina de Promoción Social de este Ministerio, antes del 30 de enero de la siguiente vigencia.

Procedimiento de Seguimiento Vigilancia y Control



Talento Humano



Talento Humano - Formación

- Coordinador / Director
- Auxiliar de Enfermería / Salud Pública
- Responsable de Actividades Física e Interacción Social
- Responsable de Actividades Cognitiva y Productiva
- Responsable de Actividades Recreativas y Culturales

Componente Teórico (Presencial o Virtual) Mínimo 160 horas

+

Componente de Experiencia de Atención Directa, mínimo 320 horas, realizada durante o posterior a la formación

=

480 horas

Constancias emitidas por Instituciones de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano o Instituciones de Educación Superior Legalmente Reconocidas por el Estado Colombiano

Podrán homologar, acreditando 320 horas adicionales de atención, hasta el 15 de enero de 2020

Ejemplo de ratio en talento humano

<table>
<tr><th rowspan="2">Responsables</th><th colspan="5">Número de Usuarios</th></tr>
<tr><th>1 - 15</th><th>16 -30</th><th>31 - 45</th><th>46 - 60</th><th>Más de 60</th></tr>
<tr><td>DIRECTOR O COORDINADOR</td><td colspan="4">1 Responsable - 4 horas día/servicio centro</td><td>1 Responsable - 8 horas día / servicio centro</td></tr>
<tr><td>AUXILIAR DE SALUD PÚBLICA O ENFERMERIA</td><td colspan="4">1 Responsable - tiempo servicio centro</td><td>2 responsables
8 horas día c/d</td></tr>
<tr><td>NUTRICIONISTA</td><td colspan="4">1 Responsable - 8 horas mes - 2 visitas de 4 horas cada 2 semanas</td><td>1 Responsable - 16 horas mes - 4 visitas de 4 horas
1 cada semana</td></tr>
<tr><td>MANIPULADOR DE ALIMENTOS</td><td>1 responsable
4 horas día</td><td colspan="2">1 responsable
6 horas día</td><td>2 responsables
1 de 6 horas día
1 de 4 horas día</td><td>2 responsables
8 horas día c/d</td></tr>
<tr><td>MANTENIMIENTO Y ASEO</td><td>1 responsable
2 horas día</td><td colspan="3">1 responsable
4 horas día</td><td>1 responsable
8 horas día</td></tr>
<tr><td>ACTIVIDAD FÍSICA</td><td rowspan="3">1 responsable
4 horas día</td><td rowspan="3">2 responsables
4 horas día</td><td>1 responsable
4 horas día</td><td>1 responsable
6 horas día</td></tr>
<tr><td>ACTIVIDAD COGNITIVA</td><td>1 responsable
4 horas día</td><td>1 responsable
6 horas día</td></tr>
<tr><td>ACTIVIDAD RECREATIVA</td><td>1 responsable
4 horas día</td><td>1 responsable
6 horas día</td></tr>
</table>

Centros de Protección Social o Centros de Larga Estancia

Centros de Larga Estancia – Ley 1315 de 2009

* **Centros de Protección Social:** Instituciones de protección destinadas al ofrecimiento de servicios de hospedaje, de bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal a adultos mayores. [*Ley 1251 de 2008 y 1315 de 2009*].

* **Centros de Larga Estancia:** Centros en los que viven de forma definitiva o temporal personas con distinto nivel de dependencia y en los que se presta una atención integral con el objetivo de mantener o mejorar la autonomía personal, atender sus necesidades básicas de salud y facilitar su integración y participación social en el medio. [Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: IMSERSO, 2004]



Servicios en CPS

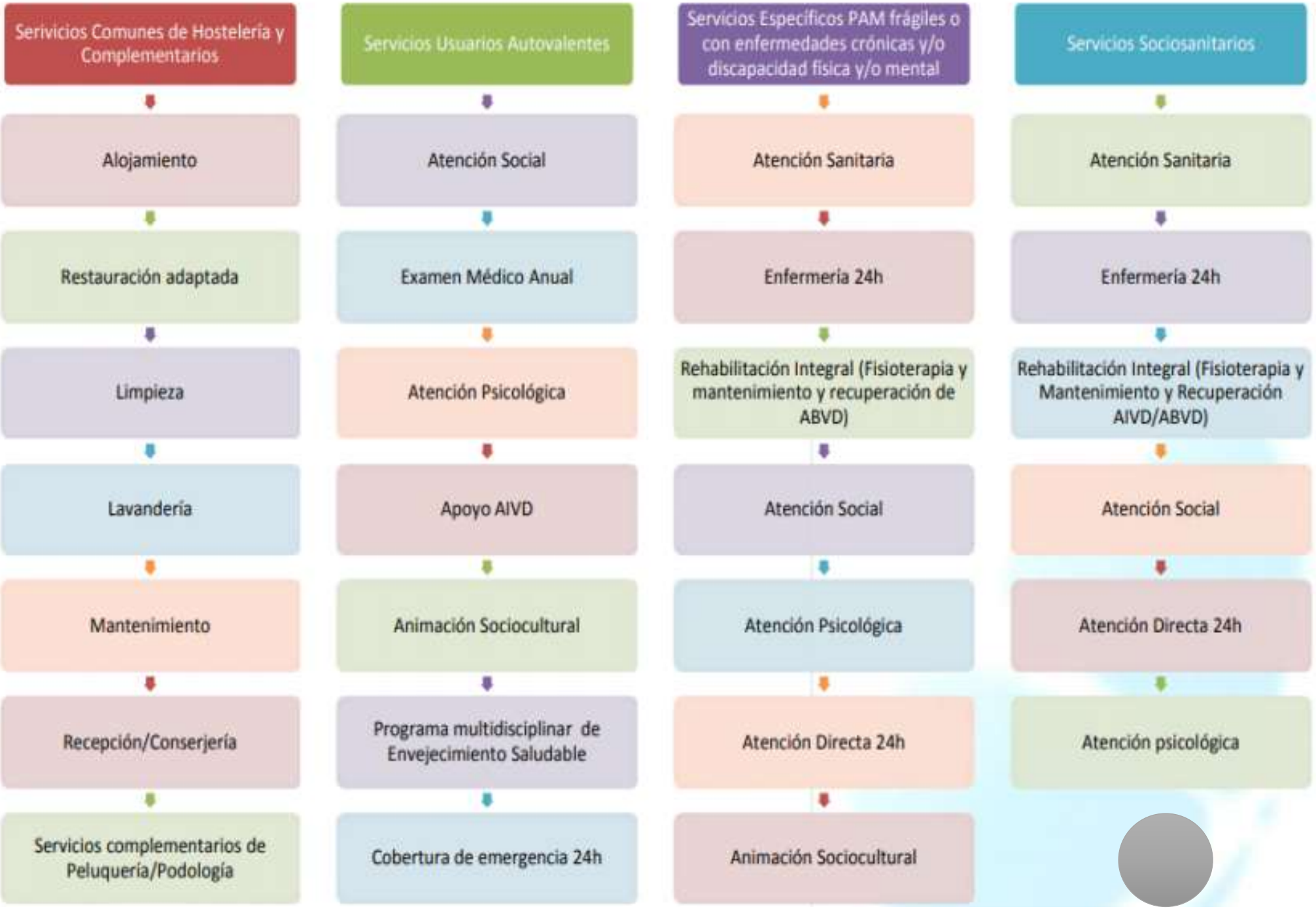
1. Alimentación
2. Orientación psicosocial
3. Atención Primaria en Salud
4. Aseguramiento en Salud
5. Capacitación en actividades productivas
6. Deporte, cultura y recreación
7. Promoción del trabajo asociativo
8. Encuentros intergeneracionales
9. Promoción de redes de apoyo
10. Uso de Internet
11. Auxilio Exequial

Ley 1276 de 2009, artículo 11

Ley 1315 de 2009, artículo 1: los servicios de los Centros de Protección Social incluyen, como mínimo:

1) Servicios de hospedaje (alojamiento, alimentación y lavandería)
2) Servicios de bienestar social.
3) Cuidado integral de manera permanente o temporal para personas mayores.

Plan de Atención Sociosanitaria en los Servicios de larga estancia



Concepto sanitario – Salud ambiental

Escenarios



ENTRADA

Inspección, Vigilancia y Control - IVC **(Los escenarios son objeto de IVC)**

Reconocimiento de la población institucionalizada

Eventos en Salud

Programas, proyectos, planes y estrategias que se implementan en los escenarios.

Identificar los actores involucrados de los otros sectores

IPS: Personal de la IPS

SERVICIOS SOCIALES – PROTECCIÓN INTEGRAL: Cuidadores de los centros día y vida

AGLOMERACIÓN DE INDIVIDUOS: Cuerpo de Custodia

DIRIGIDO

OBJETOS DE IVC



Son todos los bienes y servicios de uso y consumo humano originados de cadenas productivas, estén o no reguladas por estándares de calidad, incluyendo **condiciones sanitarias y riesgos ambientales** generados en los procesos de producción y uso. Comprende todas las categorías establecidas en las normas vigentes, y las demás que sean definidas y adicionadas por este Ministerio de acuerdo a las actualizaciones o modificaciones sobre la materia.

Fuente: Articulo 3, Resolución 1229 de 2013

Subprocesos de IVC

Es el macro proceso misional central que comprende **tres componentes o subprocesos de inspección, vigilancia y control** de riesgos sanitarios, reconocidos y clasificados según nivel de riesgo. Sus objetivos específicos están dados por la verificación del cumplimiento de la normatividad sanitaria e identificación de factores de riesgo y potenciales efectos de los procesos productivos sobre la salud humana, así como la investigación y sanción a los agentes transgresores de la norma sanitaria, mediante la aplicación de medidas correctivas y preventivas en las cadenas de producción, almacenamiento, distribución y consumo.

Subproceso de Inspección, Vigilancia y Control



Actas

Parágrafo 1 del artículo 11 de la Resolución 1229 de 2013 establece que:

Los subprocesos de inspección, vigilancia y control sanitario serán realizados con estricta sujeción a los procedimientos y técnicas establecidas en protocolos y manuales de normas y procedimientos, los cuales contemplarán los enfoques de riesgo y de toma de decisiones con múltiple criterio. En todo caso, todas las actividades deberán quedar registradas en formatos estandarizados que faciliten la trazabilidad, seguimiento y análisis de riesgo relacionado con el objeto.

En tal sentido la Subdirección de Salud Ambiental, ha desarrollado e implementado en el país dos actas (formatos) para adelantar las acciones de IVC en los Centros Vida y Centros de larga estancia en el marco de la implementación del Modelo de IVC

Contenido de las Actas

Las actas cuentan con los siguientes bloques para el diligenciamiento y evaluación según la información obtenida del establecimiento, las condiciones sanitarias y ambientales evaluadas, dependiendo de la particularidad el contenido de las actas varia según la complejidad y de acuerdo al marco normativo especifico, a continuación, se enuncia los bloques con los componentes de manera general que se pueden encontrar en las actas.

Bloque 1.

Ciudad, Fecha, N ° Acta, Tipo de establecimiento de acuerdo a la clasificación y tipo de objetos de IVC, Entidad Territorial de Salud.

Bloque 2.

Identificación del establecimiento.

Bloque 3.

Concepto sanitario de última visita sanitaria.

Bloque 4.

Motivo de la visita.

Bloque 5.

Criterios de evaluación.

Bloque 6.

Revisión documental.

Continuación contenido de las Actas

Bloque7.

I Información específica de Condiciones locativas, sanitarias y de seguridad.

1 Condiciones locativas y de área.

2. Condiciones sanitarias

3. Condiciones de saneamiento (Abastecimiento de agua, manejo y disposición de vertimientos, manejo de residuos sólidos, manejo integrado de plagas).

4. Condiciones de seguridad- gestión del riesgo.

Bloque 8.

II. Cumplimiento de condiciones sanitarias (emisión del concepto).

Bloque 9.

III. Relación de las muestras tomadas en el establecimiento.

Bloque10.

IV. Requerimientos sanitarios.

Bloque 11.

V. Observaciones de la autoridad sanitaria y establecimiento.

Bloque 12.

VI. Información de tipo medida sanitaria de seguridad/preventiva..

Bloque 13.

VII. Plazo cumplimiento de exigencias.

Bloque 14.

VIII. Notificación del acta.

Resultado de las visitas- toma de decisiones

EMISIÓN DE CONCEPTOS

CONCEPTO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
FAVORABLE	95%-100%
FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	50%-94%
DESFAVORABLE	< 49,9%

Resultado de las visitas- toma de decisiones

CONCEPTO FAVORABLE

CONCEPTO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	Número de visitas
FAVORABLE	**95 - 100**	**1 en 12 mese**

CONCEPTO FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS

CONCEPTO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE ESTABLECIMIENTO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO %	PLAZO PARA PRÓXIMA VISITA
Favorable con requerimientos (50 al 94%)	Alto	50 – 60	Una (1) visita en dos (2) meses
		61 – 79	Una (1) visita en tres (3) meses
		80 - 94	Una (1) visita en seis (6) meses
	Bajo	50 – 79	Una (1) visita en seis (6) meses
		80 – 94	Una (1) visita en doce (2) meses

Resultado de las visitas- toma de decisiones

CONCEPTOS DESFAVORABLES

NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PLAZO PARA LA PROXIMA VISITA
Menos o igual a 49%	**Por aplicación de medida sanitaria de seguridad**: Cuando el representante del establecimiento solicite el levantamiento de la medida. **Cuando no haya aplicación de medida sanitaria de seguridad:** Según la programación de visitas que establezca la ETS.

Socialización de la resolución 2589 de 2025 “Por la cual se establecen criterios habilitantes y de ponderación para la asignación de recursos destinados a la implementación de acciones sectoriales en salud en el marco del Plan para la Década de Envejecimiento Saludable y la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031”



Objetivo

Brindar acompañamiento a las Entidades territoriales para la adecuada ejecución de los recursos asignados para la implementación de acciones sectoriales en salud en el marco del Plan para la Década de Envejecimiento Saludable y la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031

Agenda

1. Socialización de la Resolución 2589 de 2025 y su anexo técnico
2. Socialización de las Resoluciones 2681 y 2729 de 2025
3. Conformación del equipo supervisor
4. Socialización del formato de necesidades de dotación y acuerdos de envío
5. Confirmación o actualización de datos reportados de los centros de atención

Salud

RESOLUCIÓN 2589 DE 2025

Objeto de la Resolución:

- Establecer **criterios habilitantes y de ponderación** para la asignación de recursos.
- Fortalecer centros públicos de atención a personas mayores.

Destinatarios

Empresas Sociales del Estado (ESE)
Entidades Territoriales habilitadas.
Recursos de destinación exclusiva para acciones sectoriales en salud.
Asignación gradual por vigencia hasta **2031**.

Criterios Habilitantes

- Municipios categorías **5 y 6**.
- Adopción y recaudo de la **Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor**.
- Existencia de al menos un **centro público de atención** autorizado y en operación.
- **Para ESE:** Habilitación en psicología, terapia ocupacional o trabajo social (REPS).
- Gerontología - con registro en **RETHUS**.

Criterios Ponderación

- Mayor tasa de personas de **60 años o más en SISBÉN IV (grupos A y B)**.
- Mayor tasa de personas mayores de 60 años o más respecto a la población total.
- Mayor tasa por cada mil habitantes de personas indígenas de **50 años o más afiliada al SGSSS**.
- Mayor tasa de personas con discapacidad de cincuenta y cinco (55) años o más.

Salud

ANEXO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Objetivo general

Implementar acciones sectoriales en los centros públicos de atención a personas mayores, en el marco del Plan para la Década del Envejecimiento Saludable y la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022–2031, fortaleciendo la atención integral y el envejecimiento saludable.



Objetivos específicos

- Fortalecer la **articulación intersectorial territorial** para la garantía de derechos y el desarrollo de capacidades.
- Cualificar el **talento humano** con enfoque integral, diferencial y centrado en la persona.
- Promover el **cuidado, bienestar y capacidad funcional** de las personas mayores, sus familias y cuidadores.
- Mejorar la **calidad y pertinencia de la atención** mediante dotación de los centros.

Implementación técnica y operativa de las acciones sectoriales en salud

Etapa 1. Alistamiento. Durante esta etapa, la Empresa Social del Estado realizará el proceso de planeación, organización y preparación de los recursos humanos, técnicos, logísticos y financieros necesarios para la implementación de las acciones descritas en el anexo técnico, en **un (1) mes**, e incluirá las siguientes actividades y productos:

a. **Cronograma de trabajo aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social**, que incluya de manera detallada las acciones propuestas en este anexo, con sus responsables, plazos y metas, el cual deberá realizarse previo al inicio de la contratación del talento humano.

b. **Convocatoria, selección y contratación del talento humano encargado de la ejecución de las acciones**, con la respectiva evidencia de que cumplen el perfil profesional en una de las áreas: psicología, terapia ocupacional, trabajo social o gerontología, con una experiencia mínima de veinticuatro (24) meses. Se contratará un (1) profesional por cada ciento cincuenta (150) personas mayores atendidas en los centros. Se deberán adjuntar las hojas de vida, copia de contratos, afiliación a seguridad social y pólizas (cuando a ello haya lugar).

c. **Adquisición y entrega de bienes y servicios** soportado en un documento que incluya las cotizaciones, aprobación del equipo financiero de la Oficina de Promoción Social, selección del proveedor y compra de los elementos de la dotación priorizada para los centros de atención, así como lo relacionado con papelería y demás materiales requeridos para las jornadas o encuentros previstos.

Implementación técnica y operativa de las acciones sectoriales en salud

Etapa 2. Implementación de las acciones sectoriales en salud. Cuenta con tres (3) ejes de implementación y se estima un plazo mínimo de tres (3) meses para su ejecución.

Eje 1. Fortalecimiento institucional y articulación intersectorial. Orientado a consolidar la coordinación entre el sector salud, el sector social y otros actores del territorio, que promuevan la garantía del ejercicio de los derechos de las personas mayores, y optimizar la oferta de servicios socio-sanitarios, y contará con el desarrollo de las siguientes acciones:

a. Construcción de la ruta municipal de atención socio-sanitaria y de salud
b. Elaboración del directorio municipal de atención socio-sanitaria y de salud
c. Caracterización de los centros de atención a personas mayores.
d. Documento de caracterización de los centros de atención a personas mayores

Eje 2. Desarrollo de capacidades del talento humano. Dirigido a robustecer las competencias técnicas y el enfoque integral de atención del personal de los centros de atención a personas mayores. Estas acciones serán lideradas por el Ministerio de Salud y Protección Social y desarrolladas en modalidad mixta virtual o presencial, con el apoyo y acompañamiento de la Empresa Social del Estado. Se contempla un mínimo de siete (7) sesiones.

Implementación técnica y operativa de las acciones sectoriales en salud

Eje 3. Atención a las personas mayores, sus familias y/o cuidadores. Enfocado en la implementación de intervenciones para el cuidado integral de la salud física, mental y social de las personas mayores beneficiarias, sus familias y cuidadores/as, realizadas directamente en los centros de atención.

Prácticas Diarias para la Vida y la Dignidad de las Personas Mayores

El talento humano contratado por parte de la entidad beneficiaria desarrollará tres (3) actividades semanales dirigidas específicamente a las personas mayores de los centros de atención, orientadas a la construcción de hábitos y entornos que favorezcan un envejecimiento saludable y generen cambios positivos en su vida cotidiana.

Espacios Integrales para la Atención y el Bienestar de las Personas Mayores

a. Socialización sobre los derechos de las personas mayores.
b. Encuentro intergeneracional.
c. Jornada de capacitación y respiro para familias y cuidadores.
d. Jornada de salud en los centros de atención.

Implementación técnica y operativa de las acciones sectoriales en salud

Etapa 3. Informe final técnico y financiero

En esta etapa, la Empresa Social del Estado (E.S.E.) o la entidad territorial deberá presentar al Ministerio de Salud y Protección Social un informe final técnico y financiero, en el cual se evidencie la gestión adelantada y el cumplimiento de los objetivos propuestos. El tiempo estimado para esta etapa será de máximo **un (1) mes**, contados a partir de la finalización de la etapa 2.

Dicho informe deberá contener, como mínimo, los siguientes apartados:

a. Informe técnico, que integre los resultados alcanzados frente a cada producto esperado, así como un balance de la experiencia, el cual deberá incluir las lecciones aprendidas, las principales dificultades y las recomendaciones para la mejora de procesos futuros.

b. Reporte financiero, acompañado de los soportes que respalden la ejecución

Nota. Cuando los recursos sean asignados a una Empresa Social del Estado (E.S.E.), el informe técnico y financiero deberá contar con la firma conjunta de él o la gerente de la E.S.E. y de él o la secretario/a de salud del municipio, en principio de corresponsabilidad y articulación interinstitucional.

Espacio de preguntas

Conclusiones y recomendaciones

Encuesta de percepción _AT NA-
CIONAL ENVEJECIMIENTO VEJEZ
06.03.2026



Salud