

**Documento base para la estructuración del Centro de Pensamiento e Innovación en
Vejez y Envejecimiento
Marco preliminar de diseño institucional en el CHSJD**

Índice (preliminar)

1. Naturaleza, propósito y alcance del documento

- 1.1. Naturaleza del documento
- 1.2. Propósito y usos esperados
- 1.3. Alcance, límites y decisiones pendientes

2. Justificación y contexto: envejecimiento, ciudad y oportunidad institucional

- 2.1. El envejecimiento como transformación estructural
- 2.2. Bogotá ante el envejecimiento: cambio demográfico, desigualdad y protección social
- 2.3. Necesidades emergentes de una sociedad que envejece
- 2.4. Fragmentación institucional y necesidad de una respuesta articulada
- 2.5. Oportunidad estratégica del CHSJD y rol orientador del Centro

3. Marco conceptual

- 3.1. Envejecimiento, vejez y longevidad: tres conceptos diferenciados
- 3.2. Implicaciones conceptuales para el diseño del Centro

4. Marco normativo / políticas

- 4.1. Marco normativo y de política pública
- 4.2. Respuestas institucionales relacionadas: sistema sociosanitario, pluripatología y determinantes sociales/Comisión

5. Discusiones y referentes para el diseño del Centro

- 5.1. Centros, institutos y redes especializadas en envejecimiento, vejez, longevidad y cuidado.
- 5.2. Análisis, tendencias y evidencia en decisiones y política pública

6. Definición preliminar, plataforma estratégica y principios orientadores

- 6.1. Definición preliminar del Centro
- 6.2. Relación del Centro con el CHSJD
- 6.3. Propósito institucional
- 6.4. Objetivo general

Comentado [SV1]: Revisar a partir de aportes.

1

- 6.5. Objetivos específicos
- 6.6. Principios orientadores

7. Modelo funcional, funciones estructurantes, marco de referencia y áreas estratégicas.

- 7.1. Funciones estructurantes del Centro
- 7.3. Dimensiones operativas de trabajo
- 7.4. Líneas de producción y productos esperados
- 7.5. Versión mínima viable del Centro
- 7.6. Desarrollo ampliado del Centro
- 7.7. Productos de corto, mediano y largo plazo
- 7.8. Aspectos pendientes para priorizar el portafolio inicial

8. Diseño operativo: organización, espacios y capacidades mínimas

- 8.1. Criterios generales de diseño operativo
- 8.2. Organización funcional preliminar
- 8.3. Tipos de espacios requeridos
- 8.4. Criterios transversales para el uso de espacios
- 8.5. Equipo mínimo de arranque
- 8.6. Capacidades ampliadas requeridas
- 8.7. Recursos físicos, tecnológicos, administrativos, jurídicos y financieros
- 8.8. Condiciones operativas pendientes de validación

9. Gobernanza y modelo de trabajo con actores del ecosistema

- 9.1. Criterios de gobernanza
- 9.2. Instancias mínimas para el arranque
- 9.3. Modelo de relación con el CHSJD
- 9.4. Modelo de trabajo con actores del ecosistema
- 9.5. Productos del trabajo con actores
- 9.6. Aspectos pendientes de definición

10. Bibliografía

Anexos técnicos

Anexo 1. Matriz de uso de insumos documentales (listado)

Anexo 2. Matriz de marco normativo internacional, nacional y distrital (cuadro)

2

Anexo 3. Matriz de referenciación de centros de pensamiento y experiencias internacionales (ejercicio avanzado)
 Anexo 4. Matriz de actores del ecosistema
 Anexo 5. Matriz de arquitectura funcional: funciones estructurantes, dimensiones operativas y líneas de producción
 Anexo 6. Matriz de productos por función estratégica
 Anexo 7. Matriz de organización funcional y capacidades requeridas
 Anexo 8. Matriz de espacios, usos posibles y criterios de accesibilidad
 Anexo 9. Matriz de gobernanza preliminar
 Anexo 10. Matriz de productos por fase
 Anexo 11. Matriz de riesgos y medidas de mitigación
 Anexo 12. Glosario conceptual

Comentado [JH2]: Estos anexos están supeditados a la aprobación del documento estratégico

1. Naturaleza, propósito y alcance del documento.

El envejecimiento no constituye un problema en sí mismo, es una transformación estructural de la sociedad y, al mismo tiempo, una expresión de avances acumulados en salud pública, desarrollo social, aumento de la esperanza de vida y mejores condiciones de bienestar. Sin embargo, esta transformación también plantea retos institucionales, sanitarios, sociales, económicos, urbanos y culturales que requieren planeación anticipada, producción de conocimiento, innovación pública y articulación sostenida entre actores.

Comentado [MM3]: Como ciudad hemos acordado plantear el envejecimiento como algo positivo y un éxito, sugiero ajustar redacción en ese sentido, lo cual no contradice el que plantee retos a resolver.

En este contexto, desde el Distrito Capital y la Nación se ha propuesto consolidar el Complejo Hospitalario San Juan de Dios –CHSJD– como una plataforma de ciudad, orientada al pensamiento, la innovación, la investigación, la formación, el cuidado y la articulación intersectorial en torno al envejecimiento y la vejez como uno de sus enfoques principales. Esta apuesta busca contribuir a preparar la respuesta de Bogotá, la región y el país frente a una nueva estructura sociodemográfica que redefinirá durante las próximas décadas, las demandas en salud, cuidado, protección social, vivienda, movilidad, participación, trabajo, educación, cultura y bienestar.

El presente documento contiene la propuesta técnica de estructuración institucional que orienta la creación del Centro de Pensamiento e Innovación en Vejez y Envejecimiento en el marco del Complejo Hospitalario San Juan de Dios (CHSJD) en Bogotá. Su propósito en esta fase es ordenar la iniciativa, precisar su horizonte, delimitar sus componentes fundamentales y establecer una hoja de ruta inicial para su estructuración.

El alcance de este documento es **técnico e institucional**. Su utilidad principal consiste en servir como base para la deliberación, validación y toma progresiva de decisiones sobre el Centro. En particular, busca apoyar la definición de su rol con la agenda distrital y nacional de envejecimiento y vejez, su relación dentro del CHSJD, sus funciones estructurantes, sus áreas funcionales y sus productos iniciales, su arquitectura operativa, su modelo de gobernanza, sus requerimientos básicos y su ruta de trabajo con actores públicos, académicos, comunitarios, sociales, privados y de cooperación.

No corresponde todavía a un documento final de adopción, ni a un diseño completamente cerrado de operación por lo que no resulta conveniente determinar agendas temáticas muy específicas ni cerrar todos los componentes del modelo final. El valor de este documento está en ofrecer una estructura sólida, técnica y flexible, que permita avanzar con claridad sin forzar definiciones que todavía requieren maduración.

Este documento debe entenderse como un instrumento de transición entre una idea estratégica de ciudad y una propuesta institucional en proceso de estructuración. Para ello, se organiza en diez secciones preliminares. La primera delimita la naturaleza, propósito y alcance del documento. La segunda desarrolla la justificación y el contexto demográfico, social e institucional que sustentan la creación del Centro. La tercera presenta el marco conceptual y normativo que orienta su diseño. La cuarta ordena los antecedentes y avances institucionales relacionados con el envejecimiento y vejez como agenda. La quinta identifica referentes útiles para el diseño del Centro. La sexta propone una definición preliminar, plataforma estratégica y principios orientadores. La séptima desarrolla la arquitectura funcional, las funciones estratégicas y los productos esperados. La octava plantea elementos de diseño operativo, organización, espacios y capacidades mínimas. La novena propone una gobernanza preliminar y un modelo de trabajo con actores del ecosistema. Finalmente, la décima establece una hoja de ruta con fases, riesgos, condiciones habilitantes y decisiones pendientes para los próximos años, en línea con el Plan Estratégico del Convenio del Complejo Hospitalario San Juan de Dios.

En esta fase, permanecen abiertos asuntos y decisiones que deberán resolverse mediante procesos específicos de validación. Entre ellos se encuentran: el nombre definitivo del Centro; su naturaleza jurídica y rol dentro del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación -SNCTI-; el instrumento de formalización requerido; su anclaje institucional; la relación exacta con la gobernanza del CHSJD; el equipo mínimo de arranque; los recursos disponibles; el portafolio inicial de proyectos; el alcance de la red o ecosistema; el uso definitivo de los espacios físicos; los indicadores de seguimiento; la estrategia de sostenibilidad técnica, financiera e institucional así como el Plan de Desarrollo para los próximos años.

Así, este documento permite que la creación del Centro pase de una formulación general a una propuesta institucional técnicamente organizada, capaz de orientar decisiones reales sobre diseño, implementación, concertación y sostenibilidad, sin cerrar prematuramente el modelo, sino establecer una base común para avanzar.

Comentado [MM4]: No entiendo esta claridad ¿lo institucional no es técnico?, es posible se estén refiriendo a técnico y operativo

Comentado [MM5]: Se sugiere dejarlo como lista los 10 componentes, eso puede ayudar a comprenderlo mejor.

2. Contexto y justificación

2.1. El envejecimiento como transformación estructural

El envejecimiento poblacional es uno de los cambios estructurales más relevantes del siglo XXI por sus implicaciones sociales, económicas, sanitarias, urbanas y políticas (Huenchuan, 2018; Gianfredi, et. Al, 2025). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, para 2030 una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más, aumentando de 1.000 millones en 2020 a 1.400 millones; para 2050, este número alcanzará los 2.100. De igual manera se espera que el número de personas mayores de 80 años se triplique entre 2020 y 2050, alcanzando los 426 millones. (WHO, 2025).

Varios factores clave han contribuido a la longevidad de las poblaciones, especialmente el aumento de la esperanza de vida. La esperanza de vida global al nacer aumentó de 46 años en 1950 a más de 70 años en 2023. La estabilidad sociopolítica juega un papel importante, así como la mejora en el acceso agua potable y saneamiento, educación, acceso a atención en salud, entre otros. (Gianfredi, et. Al, 2025).

Los países con entornos políticos estables tienden a tener una esperanza de vida más alta, ya que la paz y el crecimiento económico crean las condiciones necesarias para mejorar la salud pública. Las mejoras en salud pública y atención sanitaria, gracias a los avances en tecnología médica, una mejor gestión -primero- de las enfermedades infecciosas y después de las crónicas, han contribuido a un aumento de la esperanza de vida. El acceso a agua potable y a la mejora de las condiciones sanitarias ha desempeñado un papel crucial en la reducción de la carga de enfermedades infecciosas, especialmente hoy en día, en países de ingresos bajos y medios. Garantizar niveles más altos de educación ha permitido la adopción y el fomento de estilos de vida más saludables con mejores resultados en la salud. (Gianfredi, et. Al, 2025).

A pesar de ser un fenómeno inicialmente de países de ingresos altos, ~~la transición demográfica es también experimentada por~~ regiones de ingresos medios y bajos también experimentan transiciones demográficas aceleradas, con menor tiempo –e incluso capacidad- institucional y fiscal para adaptar sus sistemas de bienestar, cuidado y protección social. En Latinoamérica, el proceso de envejecimiento se produce de manera más rápida, pasando de 70 millones de personas mayores a 119 millones entre 2015 y 2030, lo que supone un aumento del 59%; para 2037 la proporción de personas mayores sobrepasará a la proporción de menores de 15 años en la región. (Huenchuan, 2018).

Colombia, por su parte transita aceleradamente hacia ese escenario de envejecimiento poblacional. Aunque en la actualidad, la edad mediana de Colombia es de 32 años, con 9% de nuestra población mayor a 65 años, para 2050, uno de cada cinco colombianos tendrá más de 65 años y, hacia 2070, uno de cada tres. (Corficolombiana, 2025).

De igual manera, en términos de fecundidad en Colombia, entre 1950 y 1955, la tasa global de fecundidad era de 6.8 hijos por mujer; entre el 2010 y el 2015 se redujo a alrededor de 2.3 hijos, y se espera que del 2020 al 2025 se ubique por debajo del nivel de reemplazo.

Profundizando en estos indicadores demográficos se puede decir que, la disminución de la tasa de natalidad, puede conducir a una reducción en la población joven a largo plazo y puede requerir ajustes en las políticas de maternidad y cuidado infantil, al igual que podría afectar la disponibilidad de jóvenes en la fuerza laboral en el futuro e implicar cambios en las estrategias de empleo y formación profesional. (Minsalud, 2024)

En términos de vejez, en Colombia, el 80% de personas mayores, se concentra en 12 departamentos y una capital, que además es quien tiene más personas mayores con el 16%, le sigue Antioquia con el 14%, Valle del Cauca está en el tercer lugar con el 10%, le sigue Cundinamarca con el 7% y Atlántico con el 5%. (Minsalud, 2025).

Las condiciones y características actuales de esta población permiten entrever los retos pendientes y por abordar a futuro. Además de las características propias de este curso de vida, el 15% de las personas mayores han sido víctimas del conflicto, y el 21,7% de las personas con discapacidad son mayores, con predominio de discapacidades físicas, lo que demanda estrategias diferenciales de atención. (Minsalud, 2024).

Estas consideraciones le dan al envejecimiento poblacional su carácter de **logro y reto**. Un logro de salud pública y como sociedades, siendo el envejecimiento el resultado de mejoras en las condiciones de acceso a servicios de salud y a intervenciones en salud pública que han incrementado la supervivencia en los primeros años de vida y, con ello la esperanza de vida. Como reto, implica responder desde el sistema de salud y demás sistemas de provisión social al cambio en las dinámicas de morbilidad, mortalidad, y vida durante la vejez o longevidad. (Gianfredi, et al. 2025).

No se trata únicamente del aumento en la proporción de personas mayores, sino de una transformación profunda en la manera como las sociedades organizan sus sistemas de salud, sus arreglos de cuidado, sus sistemas de protección social, sus relaciones intergeneracionales, entornos urbanos y respuestas institucionales.

2.2. De la realidad demográfica a los retos de Ciudad.

Bogotá por su parte envejece incluso más rápido que el promedio nacional. En 2024, el 14,8 % de la población de la ciudad —aproximadamente 1,2 millones de personas— tenía 60 años o más. (SaluData, 2026). Para 2050, esta proporción ascenderá al 27 % de la población total, es decir que uno de cada cuatro habitantes de la ciudad será mayor de 60 años (Plan Distrital de Desarrollo, 2024).

El índice de envejecimiento pasará de 86,8 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 14 en 2024 a 133,6 en 2035, evidenciando una transformación acelerada de la

Comentado [SVR6]: No está en la lista de referencias

Comentado [SVR7]: Y de oportunidad histórica, en tanto momento propicio para la configuración de una sociedad más equitativa, incluyente y saludable para todos y todas desde el inicio de la vida. Las transformaciones en lo urbanístico, social, económico, sanitario y de cuidado, que una sociedad tendría que realizar para lograr que su población envejezca bien, son el foco de la oportunidad

estructura etaria urbana; a la que se le suma la tendencia de disminución de la población que se dará durante la siguiente década, tras el pico máximo de población que se espera alcanzar en 2027. Así, en menos de dos décadas, Bogotá pasara de ser una ciudad demográficamente joven a una ciudad estructuralmente envejecida.

El proceso de envejecimiento en la ciudad tiene un elemento adicional que es la vulnerabilidad social aumentada por baja protección social y condiciones laborales inadecuadas que vive la población de 60 años y más; el 70% está sin pensión, el 52,6% en informalidad laboral. De las 1.224.042 personas que se estiman en esta edad, 164.498 se clasifican en pobreza y 45.561 en pobreza extrema ²; de la totalidad de habitantes de calle, el 11% son personas de 60 años y más ³. Somos una sociedad que, como muchas, está envejeciendo, pero con el agravante de hacerlo en medio de la pobreza, alta desigualdad social y restricciones fiscales.

Esta realidad no solo nos llama a actuar ahora sino a planificar de forma adecuada el futuro que queremos para las generaciones que hoy en día transitan su curso de vida al envejecimiento.

2.2.1 Ausencia de gobernanza, fragmentación institucional y necesidad de una respuesta articulada

Las necesidades asociadas al envejecimiento y la vejez suelen abordarse desde respuestas sectoriales dispersas. Salud, integración social, cuidado, cultura, educación, movilidad, vivienda, protección económica, trabajo, ciencia, tecnología e innovación cuentan con competencias, programas y agendas propias.

En este sentido, a pesar de la existencia de distintas respuestas institucionales, que incluyen desde instrumentos de política, así como la creación de distintas instancias sectoriales e intersectoriales tanto a nivel nacional como distrital, persiste una fragmentación de respuesta y baja transversalización del envejecimiento y la vejez como prioridad de ciudad.

Así, las recientes políticas de envejecimiento y vejez, de cuidado, discapacidad, parten muchas veces de la focalización y priorización de los mismos grupos poblacionales cuyo vivir está entrecruzado por distintas interseccionalidades que interactúan entre sí pero que reciben intervenciones y respuestas muchas veces aisladas y/o duplicadas.

Esta fragmentación tiene varias consecuencias sobre la ciudad y sus habitantes. En primer lugar, dificulta construir una narrativa común sobre el envejecimiento como transformación estructural y no solo como asunto asistencial, lo que además puede generar respuestas duplicadas o desarticuladas frente a poblaciones que requieren continuidad de apoyos. En segundo lugar, reduce la acumulación de aprendizajes institucionales, porque las experiencias permanecen aisladas o no se traducen en conocimiento sistemático, lo que a su vez dificulta la evaluación de resultados y el escalamiento de soluciones con valor público. Por último, incide en la priorización de decisiones y recursos orientados al

fortalecimiento de procesos de investigación, producción de conocimiento y formación de talento humano frente a una sociedad que envejece aceleradamente.

En este contexto, Bogotá requiere de un actor que contribuya a ordenar y articular la agenda de envejecimiento y vejez, sin sustituir las competencias de las entidades responsables ni absorber la totalidad de las acciones del ecosistema.

El Centro de Pensamiento e Innovación puede cumplir ese papel como una instancia técnica orientadora y articuladora, capaz de producir conocimiento, dinamizar actores, promover innovación, fortalecer capacidades y apoyar decisiones públicas. Su valor estaría en conectar agendas que hoy tienden a operar de manera separada: salud pública, atención sociosanitaria, cuidado, curso de vida, protección social, formación, investigación, innovación, participación, tecnologías, entornos amigables y redes comunitarias.

2.2.2 Necesidades de salud, bienestar y cuidado de una sociedad que envejece.

Como se ha mencionado, el proceso de envejecimiento poblacional plantea desafíos que desbordan los marcos sectoriales tradicionales, en este caso del sector salud, lo que implica una respuesta multidimensional e integral desde distintos sectores entre los que se destacan, el sector de protección social (riesgos laborales, pensiones), infraestructura, vivienda, transporte, laboral, tecnológico, entre otros.

En América Latina, Colombia y Bogotá, el proceso de envejecimiento y la vivencia de la vejez intersecciona-interseca con distintos factores estructurales como empleo, seguridad, ambiente, cultura e ingreso económico, que condicionan y complejiza la capacidad de respuesta de la sociedad y sus instituciones pero que también posibilitan el trabajo conjunto de distintos actores públicos y privados en torno a objetivos comunes de bienestar para esta y las futuras generaciones.

En Bogotá, el proceso de envejecimiento en la ciudad se enmarca en medio de agravantes como la pobreza, alta desigualdad social y restricciones fiscales, acentuadas para las personas mayores de 60 años. El 70% de la población adulta mayor está sin pensión, el 52,6% en informalidad laboral, de las 1.224.042 personas que se estiman en esta edad, 164.498 se clasifican en pobreza y 45.561 en pobreza extrema varios en condiciones de abandono y habitabilidad de calle. (Secretaría de Planeación, 2022; Secretaría de Integración Social, 2024)

Aumento en la morbilidad y presión sobre los sistemas de salud

Uno de los principales retos de esta nueva realidad sociodemográfica es la adaptación de los sistemas y servicios de salud para un abordaje integral del envejecimiento y la vejez. Una mayor esperanza de vida suele ir acompañada de un aumento de enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares, degenerativas, cáncer y diabetes,

enfermedades no transmisibles que representan la mayoría de las muertes en el mundo y afectan de forma desproporcionada a poblaciones mayores (Gianfredi, et al, 2025).

Además, a medida que las personas viven más tiempo, muchas experimentan multimorbilidad, es decir, la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas, lo que complica el tratamiento y la gestión de la atención, lo que conduce a mayores costes sanitarios y a una mayor demanda de cuidados a largo plazo.

Con el envejecimiento de la población, la suposición intuitiva es que el aumento de las tasas de multimorbilidad conllevará mayores costos de atención médica, aunque la evidencia sugiere que el envejecimiento en sí mismo podría no ser la causa directa del aumento de los costos de la atención médica. Otros factores, como el ingreso nacional y per cápita, los precios de los servicios, el modelo del sistema de salud y la intensidad del tratamiento, desempeñan un papel más significativo en la determinación del gasto en salud (Gianfredi, et al, 2025).

En Colombia, el sistema de salud se caracteriza por afiliación de las personas mayores en el régimen subsidiado (49%), en una menor proporción del régimen contributivo (46%) y en menor medida del régimen especial (6%) (Minsalud, 2024). Esta población presenta una serie de condiciones de morbilidad y mortalidad que conforme avanza el cambio demográfico, podrá incidir en el número de atenciones, su costo, así como en las tasas de morbilidad y mortalidad.

Según el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos de América (NIH) la morbilidad se refiere a la presentación de una enfermedad o síntoma de una enfermedad, o a la proporción de enfermedad en una población.

Entre las grandes causas en Colombia se clasifican en cinco grupos y con la siguiente participación en orden descendente: enfermedades no transmisibles (72%), signos y síntomas mal definidos (13%), condiciones transmisibles y nutricionales (7%), lesiones (6%) y condiciones maternas perinatales (1%). (MSPS, 2024).

En términos de la mortalidad, para el año 2023 el número total de casos por muerte de personas mayores fue de 190.285, con un 50% de muertes para ambos géneros. Ahora bien, las muertes cuya causa fueron enfermedades del sistema circulatorio fueron 73.985 (39%), le sigue neoplastias con 37.724 (20%), continúan las enfermedades transmisibles 12.119 (6%), luego van las causas externas con 6.790 (4%), después están los signos, síntomas y afecciones mal definidas con 1.542 casos (1%) y finalmente se encuentran ciertas afecciones originadas en el período perinatal que sólo tienen 2 casos; sin embargo, existe una categoría donde están todas las demás enfermedades, que tienen 58.123 casos (31%) (MSPS, 2024)

Estos procesos de morbi-mortalidad implican necesidades de acceso y uso a los sistemas de salud que posiblemente se vean superados en su capacidad actual. En una investigación realizada por la Fundación Saldarriaga Concha, por Fedesarrollo, la Universidad ICESI y el DANE (2023), se observó un incremento en los costos de la atención en salud asociado al

incremento de la expectativa de vida. Según el estudio, entre los años 2014 y 2020 el país reportó un gasto en salud de aproximadamente 70 billones de pesos, con cerca de 40% destinado a la atención de personas mayores de 75 años.

Este porcentaje podría incrementar si se tiene en cuenta que las personas mayores en Colombia usuarios anuales de los servicios de salud pasaron de 3 millones en 2009 a 5 millones en 2019 (Fundación Saldarriaga Concha, Et Al, 2023), así como el ya mencionado cambio demográfico que implicará una mayor proporción de personas envejecidas buscando servicios y quienes a su vez demandan más servicios de salud conforme el curso de vejez, de lo cual hay cierta evidencia para el caso colombiano: (Roselli & Hernández, 2016).

Además, el aumento de la multimorbilidad no solo impone una mayor carga a los sistemas de salud, sino que también crea una creciente demanda de personal sanitario especializado (Gianfredi, et al. 2025). La fuerza laboral sanitaria, en muchos países de ingreso bajo y medio, carece de experiencia geriátrica, sin geriatras del sector público ni con clínicas poco preparadas para gestionar la multimorbilidad, la evaluación funcional o la polifarmacia. (Tesda, 2026).

En consecuencia, se requieren de respuestas formativas y de generación de capacidades en el talento humano en salud, tanto administrativo como asistencial, lo que implica acciones y decisiones que van desde la inclusión transversal de temáticas en las distintas mallas curriculares o estructuras formativas de médicos, enfermeras y otros profesionales, la formación de más profesionales en áreas de geriatría y gerontología así como la generación de nuevos conocimientos en un dialogo intersectorial y generacional.

Lo anterior implica una visión de la salud que comprenda todo el curso de vida para las actuales y generaciones futuras. Esto implica desde la prestación servicios geriátricos para la población envejecida, así como un “sistema de longevidad saludable” que integre los principios del curso vital dentro de la cobertura sanitaria universal. (Tesda, 2026).

Informalidad, limitada incorporación laboral y ausencia de sistemas de protección social

La alta informalidad laboral (que supera el 50% en muchos países de la región) puede ser el factor estructural más determinante de la exclusión de la protección social en la vejez. Las personas que han trabajado en la economía informal durante su vida activa no acumulan derechos pensionales contributivos, lo que genera cohortes enteras de personas mayores sin ingresos propios en la vejez (Rofman et al., 2013; Saad, 2011). Las mujeres, los trabajadores rurales y los pueblos indígenas son los grupos más afectados.

Los países de ingreso medio y bajo como Colombia cuentan con mercados laborales donde la informalidad prevalece; en nuestro caso, donde el sistema de salud depende del estatus de formalidad, termina por afectar no solo las condiciones laborales de las personas, sino también la posibilidad de una pensión y de una atención de calidad, toda vez que un sistema

desfinanciado redunda en un sistema con limitado desempeño en lo que [a](#) provisión de servicios se refiere.

Según cifras de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) por el DANE, en el trimestre móvil diciembre 2025 - febrero 2026 en Colombia, la proporción de personas ocupadas informales fue 55,3%, y para Bogotá, fue 33,8% (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2026). Esta proporción de alta informalidad ha sido constante en los últimos años -con algunas excepciones-, y se evidencia también en la proporción de afiliados.

Esta situación ha contribuido a la poca posibilidad de pensión de muchos adultos mayores. De acuerdo con cifras oficiales, en Colombia solo el 30% de la población de 60 años o más recibe algún tipo de pensión contributiva, y debido a los altos niveles de informalidad y a las condiciones sociales, el porcentaje de trabajadores que puede cumplir con los requisitos para recibir una jubilación se ha venido reduciendo de manera importante en las próximas décadas. (Martínez Restrepo et al., 2015). Esto obliga a buscar fuentes de ingreso en un mercado laboral que deberá irse adaptando a un aumento en la proporción de personas mayores.

En Bogotá, la tasa global de participación de las personas mayores de 50 años aumentó de 49,9% a 53% entre el año móvil octubre de 2022–septiembre de 2023 y el mismo periodo de 2024, lo que evidencia una mayor incorporación de este grupo etario al mercado laboral. En cuanto a la informalidad, esta afecta especialmente a las mujeres mayores de 50 años, cuya tasa alcanzó el 43,5%. Asimismo, persiste una brecha de género significativa en el acceso al mercado laboral, con una diferencia de 26,6 puntos porcentuales (Muñoz Castillo & Gutiérrez Poveda, 2024).

Con estos datos, es importante mencionar que, si bien es deseable que las personas mayores sigan trabajando cuando así lo deciden, para muchas es la falta de recursos -o de una pensión- para asegurar un nivel de bienestar mínimo, la principal razón que las incentiva a seguir en el mercado laboral. Con el envejecimiento de la población y la necesidad de complementar ingresos insuficientes o mantenerse activos, muchas personas mayores seguirán trabajando, lo que incidirá en la estructura etaria de la fuerza de trabajo. (CEPAL, 2025). En la actualidad, cerca del 43% de personas de las personas entre 60 y 69 años en Colombia, todavía trabaja (Fundación Saldarriaga Concha, 2023).

Débiles o inexistentes sistemas de cuidado y traslado de cargas.

En ausencia de sistemas públicos robustos de cuidado de largo plazo, la familia —y dentro de ella, las mujeres- constituye el principal proveedor de cuidados para personas mayores dependientes en América Latina (Montes de Oca, 2013; CEPAL, 2016; Montes de Oca, 2013). No obstante, esta decisión o inacción tiene costos visibles: sobrecarga de cuidadoras, abandono laboral, impacto en salud mental, y reproducción de desigualdades de género. La llamada "crisis del cuidado" se profundizará a medida que avance el envejecimiento poblacional.

Comentado [JH8]: Poner un dato mas reciente

Comentado [MA8R2]: @John Jairo, Gonzalez Henao
Esta situación se ha visto reflejada en la poca posibilidad de pensión de muchos adultos mayores. De acuerdo con algunos estudios, en Colombia solo el 25,5% de las personas mayores en Colombia tiene pensión, por lo que muchas deben seguir trabajando en condiciones de informalidad y bajos ingresos. Esta situación se asocia con una alta vulnerabilidad económica, dado que el 28,4% (1,8 millones) vive en pobreza monetaria, evidenciando que el trabajo en la vejez responde principalmente a necesidades de subsistencia (Cano G et al., 2023).

Comentado [JH9]: Poner un dato mas reciente

Comentado [MA9R2]: @John Jairo, Gonzalez Henao
Esta situación se ha visto reflejada en la poca posibilidad de pensión de muchos adultos mayores. De acuerdo con algunos estudios, en Colombia solo el 25,5% de las personas mayores en Colombia tiene pensión, por lo que muchas deben seguir trabajando en condiciones de informalidad y bajos ingresos. Esta situación se asocia con una alta vulnerabilidad económica, dado que el 28,4% (1,8 millones) vive en pobreza monetaria, evidenciando que el trabajo en la vejez responde principalmente a necesidades de subsistencia (Cano G et al., 2023).

Desde una perspectiva del tejido social, el 34% de los hogares en Colombia incluyen al menos una persona mayor (Fundación Saldarriaga Concha, 2023), lo que subraya su rol fundamental en el núcleo familiar. No obstante, el aumento de personas mayores en los hogares, la disminución de los hijos y la incorporación de las mujeres al mercado laboral implican retos en la distribución de las cargas del cuidado al interior de los hogares, evitando la perpetuación de roles arbitrarios, minusvaloración del cuidado y relaciones de dependencia y violencia. Lo anterior reviste particular importancia si se tiene en cuenta que el 71% de las actividades de cuidado le hacen son ejercidas por integrantes del hogar de forma no remunerada y el 85% de estas actividades es realizada por mujeres. (Fundación Saldarriaga Concha, 2023).

En este sentido es importante reconocer la vejez como una etapa en el-la que se enfrentan diversas vulnerabilidades adicionales que fueron acumuladas a lo largo del del curso de vida. El 11% de personas habitante de calle son personas de 60 años y más, lo que permite entrever la ocurrencia de situaciones de rupturas de lazos familiares, abandono y soledad no deseada en una población que ya enfrenta retos para el acceso a derechos básicos.

Estas necesidades y nuevas demandas en servicios de salud, acceso a mecanismos de protección social como pensión, redes y sistemas de cuidado y bienestar, entre otros, requieren del desarrollo de procesos sociales que transformen el relacionamiento familiar, comunitario e intergeneracional, fortaleciendo redes para el bienestar desde el inicio de la vida con miras a prevenir y mitigar situaciones como la soledad no deseada, las afectaciones en salud mental, el aumento temprano de condiciones crónicas y la pérdida de autonomía.

Comentado [SVR10]: Proponemos agregar esto, nos parece clave.

Lo anterior ratifica que el reto del envejecimiento y la vejez no puede ser tratado como una agenda del sector salud, ni mucho menos tratarse de como una temática residual. Por el contrario, requiere un enfoque intersectorial, incluyendo al sector privado, de visión de largo plazo, voluntad de articulación institucional y esfuerzos sostenidos en materia de producción de conocimiento y su uso en la toma de decisiones.

2.2.3 Infraestructuras y territorios hostiles al envejecimiento y la vejez

El entorno como lugar donde se concentran muchos de los determinantes sociales de la salud, puede facilitar o dificultar una longevidad saludable al afectar la participación y la cohesión social, la seguridad, la actividad física y el acceso a las necesidades esenciales. Dentro del entorno físico existe una compleja interacción de riesgos ambientales a múltiples niveles, incluidos los asociados con el cambio climático, el acceso a servicios e instituciones comunitarias, el entorno construido (es decir, espacios, edificios y productos creados o modificados por las personas) y el entorno natural.

2.2.4 Necesidades de investigación, innovación, y desarrollo tecnológico en envejecimiento y vejez.

Comentado [MA11]: Pendiente

Comentado [JH11R2]: Revisar

Desde los distintos actores que realizan acciones o actividades relacionadas en el envejecimiento y la vejez en la ciudad y el país, se han evidenciado valiosas experiencias, capacidades institucionales, investigaciones y apuestas académicas. Un mapeo de actores y análisis de dichos actores permitió identificar preliminarmente algunas líneas, temas y también necesidades de investigación, innovación y desarrollo tecnológico, relacionadas con la vejez, el envejecimiento y el cuidado.

En este sentido, el país y la ciudad cuentan con una importante experiencia académica y oferta formación especializada con diversos programas de posgrado y formación especializada desde donde se aborda el envejecimiento y la vejez, algunas de ellas de recién relevancia adquirida como la medicina del deporte. Asimismo, se indicó que algunas instituciones están consolidando programas orientados específicamente al cuidado de personas mayores.

Lo anterior se evidencia en la existencia de varios grupos de investigación de Universidades reconocidos ante MinCiencias como son: *Grupo de Investigación en Envejecimiento, Geriátrica y otros* de la Universidad Nacional de Colombia, el *Grupo de investigación Perspectivas en Neurociencias, Psiquiatría y Envejecimiento* de la Universidad Javeriana, el *Grupo de Investigación en Envejecimiento y Longevidad* de la Universidad del Rosario así como el *Centro de Investigación de Estudios de Envejecimiento y Vejez de la Universidad CIEV* de la Universidad CES en Medellín y el *Grupo de Investigación en Gerontología y Geriátrica de la Universidad* de Caldas en Manizales.

No obstante, muchos de los programas formativos se han orientado exclusivamente a la visión médica y gerontológica de la vejez, dejando de lado muchos aspectos psicológicos y sociales del proceso de envejecimiento como un proceso individual y poblacional, complejo y multidimensional que se desarrolla a lo largo de la vida.

Comentado [SVR12]: Proponemos agregar esto

Algunas temáticas como tecnologías digitales para el envejecimiento y la vejez, tecnovejez- tecnogeriatría, o salud digital enfocada en estos aspectos, aún se encuentran en proceso de abordaje incipiente por parte de los actores, así como lo es la comprensión y análisis del urbanismo, los espacios físicos y los territorios sobre el envejecimiento y la vejez, abordados por pocas Universidades y actores tanto a nivel distrital como nacional.

Con relación al análisis y abordaje de la relación entre infraestructuras físicas y territorios sobre el envejecimiento y la vejez, se destacan la Universidad de los Andes y su departamento de diseño; la Universidad Piloto y su decanatura de diseño cuenta con algunos trabajos y proyectos al interior de la universidad relacionados con esta población y temática. No obstante, no se evidencia un desarrollo amplio de la temática acorde con su relevancia documentada por la evidencia.

En términos de agendas que respondan a vacíos, desde la OMS se ha señalado la necesidad prioritaria de revisar los indicadores existentes e identificar las brechas de medición para fortalecer las actividades de seguimiento y evaluación de la Década de la ONU para el Envejecimiento Saludable. En este sentido, persisten indicadores sin

operacionalizarse desde una perspectiva programática para las áreas de acción, persisten necesidades de orientación sobre medidas, recogida de datos, análisis e informes para apoyar el seguimiento global, regional y nacional de las acciones, programas y políticas en la materia (WHO, 2026).

2.3 Oportunidad estratégica del Complejo Hospitalario San Juan de Dios

Estas necesidades de gobernanza y marcos normativos y de política, infraestructura y espacios físicos, tecnologías digitales, así como el enfoque en las personas como centro de las decisiones públicas, muestra que el envejecimiento no puede ser tratado como una agenda residual ni exclusivamente asistencial; requiere un enfoque de ciudad y de país, con visión de largo plazo, capacidad de articulación institucional y producción sostenida de conocimiento para la toma de decisiones.

La pérdida funcional del CHSJD representa uno de los vacíos más significativos del sistema de salud público colombiano. Su cierre paulatino entre 1999 y 2001 eliminó una capacidad instalada de 287.713 atenciones anuales, interrumpió programas de formación médica especializada en más de 20 especialidades e impactó la investigación clínica nacional, afectando no solo la prestación de servicios y los subsecuentes impactos sobre la vida de las personas. (DNP, 2025).

Tras una serie de acciones populares concedidas por la justicia y la confluencia de distintos esfuerzos, en 2023 se creó el Hospital Universitario San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil HUSJDMI, como una entidad de carácter especial, del orden nacional con el objetivo de prestar servicios de salud de mediana y alta complejidad y atención integral en salud de la población en general, así como participar y fungir como organismo asesor y articulador en el ámbito nacional en materia de investigación, desarrollo e innovación y formación de talento humano en salud así como la recuperación y preservación de los valores de su patrimonio histórico y cultural integrado.

Posteriormente desde el Distrito y el Gobierno Nacional se suscribió el Convenio Interadministrativo FFDS-CD-0002-2026 con el objetivo de aunar esfuerzos técnicos, administrativos, financieros, jurídicos y operativos, entre la SDS, los Ministerios de Salud, Culturas, Educación, el Departamento de Cundinamarca y el HUSJDMI, para generar las acciones necesarias para el funcionamiento, administración, y operación del CHSJD con un enfoque integral de garantía del derecho a la salud y con énfasis en el envejecimiento y la vejez.

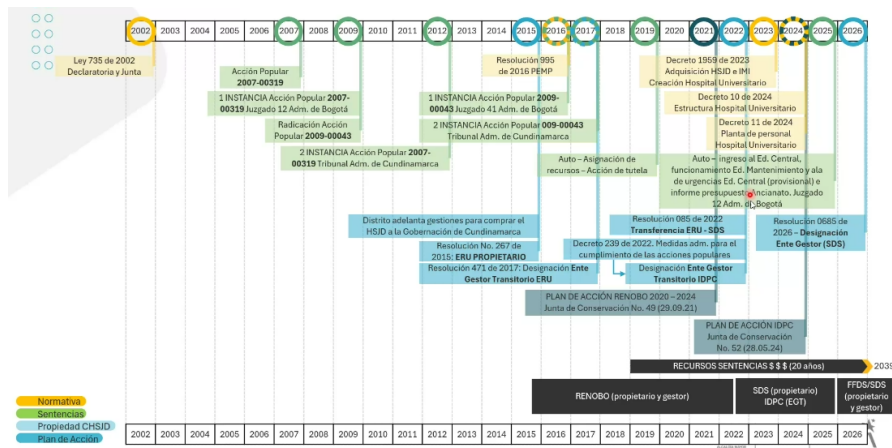
Dentro del alcance del convenio se expresa que «las Partes acordarán el plan estratégico a desarrollar bajo el marco normativo vigente en cumplimiento de la ley 735 de 2002, la Resolución 995 de 2016 que establece el Plan Especial de Manejo y Protección, y las sentencias judiciales proferidas en las acciones populares 2007-00319 y 2009-00043 de los juzgados 12 y 41 Administrativo de Bogotá respectivamente.

Con el fin de cubrir los aspectos señalados en el Convenio y en la normatividad vigente relacionada con el objeto, desde los actores concurrentes¹ se acordó un *Plan Estratégico del Convenio* compuesto de 7 líneas incluido el *Plan inmediato de puesta en funcionamiento del Edificio Mantenimiento*, que busca garantizar la operación provisional del mencionado edificio, del ala oriental del Edificio Central y del Edificio Ancianato.

1. *Recuperación patrimonial y nueva infraestructura con el objetivo de* continuar y completar las intervenciones relacionadas con el patrimonio inmueble, con las respectivas áreas libres y de intervención urbanística, pero también, recuperar todo lo relacionado con patrimonio mueble e inmaterial, desde una concepción de patrimonio integrado. De igual manera planear y ejecutar los “nuevos desarrollos”, ubicados en el sector 5 del conjunto hospitalario.
2. *Prestación de servicios de salud, de cuidado, complementarios, sociales y culturales* desde una perspectiva de hospital universitario de referencia nacional, incluyendo: servicios de salud con enfoque de referencia nacional y distrital, servicios de cuidado bajo énfasis de envejecimiento y vejez, servicios sociales, sociosanitarios y culturales.
3. *Formación de talento humano en salud en distintos niveles técnico, tecnológico, profesional y posgradual.* Incluye la educación continuada y tele-educación así como la formación comunitaria.
4. *Investigación, innovación y desarrollo tecnológico en salud y cuidado,* identificando programas estratégicos de investigación, innovación y desarrollo tecnológico que serían adoptados por el Complejo Hospitalario en su conjunto, junto con un modelo de financiamiento y sostenibilidad.
5. *Asesoría a políticas públicas pertinentes,* tanto del sector salud como de carácter intersectorial, que se relacionan con las funciones del Complejo Hospitalario San Juan de Dios, sus instituciones concurrentes y las necesidades del ecosistema de envejecimiento y vejez como la salud mental, el modelo de atención preventivo, predictivo y resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS), entre otras.
6. *Modelo de gestión con sus componentes financieros y administrativos,* así como los instrumentos jurídicos de articulación interinstitucional para garantizar el funcionamiento coordinado, así como los componentes directamente relacionados

¹ Comité Operativo del Convenio en el que participan la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá – Fondo Financiero Distrital de Salud (SDS-FFDS), la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, el Ente Gestor del Complejo Hospitalario San Juan de Dios (Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial de la SDS), Alcaldía Mayor de Bogotá, Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes, el Ministerio de Educación Nacional, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, el Departamento de Cundinamarca – Gobernación de Cundinamarca y, como invitado permanente con voz pero sin voto, la Universidad Nacional de Colombia.

con la operación del conjunto, tales como servicios públicos, seguridad, manejo de hallazgos arqueológicos, entre otros.



En ese amplio marco, el Centro de Pensamiento e Innovación aparece como una pieza estratégica para desarrollar, articular y dinamizar esta apuesta de ciudad, orientando el enfoque de envejecimiento y vejez dentro de todo el Complejo. A su vez responde de manera armónica a las distintas vocaciones y objetivos de este, como patrimonio cultural, centro formativo, de investigación e innovación, y prestador de servicios de salud de distintas complejidades, en línea con los objetivos 2, 3, 4 y 5 del Plan Estratégico del Convenio.

De esta forma el Complejo a través del Centro, cumplirá su objetivo de convertirse en un polo de atención, innovación, investigación y formación del talento humano en Bogotá y Colombia, a través de una visión armónica de los distintos edificios, infraestructuras y objetivos que concurren en este Complejo, orientando estratégicamente la comprensión de la vejez y el envejecimiento desde su concepción hasta el fin de la vida en un marco de garantía del derecho fundamental a la salud.

3. Marco conceptual.

Vejez y envejecimiento como definiciones en desarrollo.

La comprensión de la vejez como última etapa de la vida, al igual que alcanzarla en términos de edad promedio, es reciente, al igual que los estudios del curso de vida y envejecimiento (Gutiérrez, 2022), los cuales, en respuesta a la nueva realidad demográfica, han tenido un aumento en su atención y priorización.

Comentado [JH13]: cerrar este párrafo

Comentado [MA13R2]: @John Jairo, Gonzalez Henao Creo que el anterior párrafo abarca lo que se dice en este último.

Comentado [JH14]: Este párrafo tiene como fin alinear el centro con la visión del Comité Operativo y los documentos posteriores Plan Estratégico que estamos haciendo con Jorge y del cual ahondaremos en el acápite 10 de este documento @Salome, Valencia Aguirre@Mónica Tatiana, Ochoa Alcántar

De estas aproximaciones han surgido distintos conceptos como vejez, envejecimiento, longevidad a los que se les añaden adjetivos como saludables, activo, entre otros, y que, aunque usados de forma intercambiable, refieren a diferentes visiones y objetivos que tienen incidencia en políticas y decisiones públicas.

El **envejecimiento** tiene numerosas definiciones y alcances lo que complejiza su entendimiento y dificulta la posibilidad de establecer un concepto comprehensivo (Alvarado, 2014; Gianfredi, et. al, 2025). En términos generales puede ser descrito como el resultado de los efectos de la acumulación de gran variedad de daños moleculares y celulares que se producen con el tiempo. (OMS, 2015). Desde allí y ampliando su comprensión, puede definirse como un proceso –heterogéneo- de deterioro progresivo e irreversible de las funciones fisiológicas que aumenta la vulnerabilidad al daño y la probabilidad de muerte, finalizando con esta (López-Otín et al., 2013, Gutiérrez, 2022,).

Modelos analíticos de envejecimiento.

Las diferentes definiciones parten de modelos analíticos y conceptuales los cuálescuales, aunque difieren entre sí, pueden ser agrupados en tres grandes grupos a saber: por un lado, los modelos de declive, imperantes hasta buena parte del siglo XX, por otro lado, el modelo de ciclo de vida surgido en los 70, desde donde se han propuesto los modelos de perspectiva “positiva” en donde se encuentran las propuestas de envejecimiento exitoso, activo y otros asociados a “envejecer bien”. Desde otras perspectivas encontramos los modelos críticos-alternativos donde resaltan el edadismo, el enfoque de género, entre otros.

Modelo de declive

Este primer modelo entiende los cambios ligados al envejecimiento únicamente como pérdidas. Desarrollado desde la biología y medicina, caracteriza el envejecimiento como un proceso universal, progresivo (sus efectos son acumulativos), irreversible y degenerativo (Strehler, 1962), hasta llegar a la muerte del individuo. (Triado y Villar, 1997)

Este modelo es conocido por la propuesta de Guilkron (1980) de “ciclo vital en U invertida” según la cual nuestra trayectoria vital típica presentaría tres grandes etapas: Una primera etapa, que comienza a partir del nacimiento, caracterizada por ganancias y crecimientos en todas las estructuras y funciones del organismo. Una etapa intermedia, con principio y final difusos, caracterizada por la estabilidad en el funcionamiento óptimo del organismo y una última etapa, que finalizaría con la muerte, en la que se van acumulando pérdidas en todas las estructuras y funciones del organismo.

A pesar su rol casi que dominante en el estudio del envejecimiento no solo desde las ciencias médico-biológicas, sino también desde las ciencias del comportamiento, durante mediados del siglo XX hasta la década del 80, recibió distintas críticas de modelos enmarcados en lo que se conoce como *lifespan* o curso de vida la cual se caracterizó por hacer explícito su desacuerdo con la aplicación indiscriminada del modelo de declive a las dimensiones psicológicas del envejecimiento humano. (Triado y Villar, 1997)

17

Modelos positivos: Envejecimiento exitoso, Envejecimiento Activo y Envejecimiento Saludable

El modelo de Rowe y Kahn (1997, 1998) define el envejecimiento exitoso mediante tres componentes: baja probabilidad de enfermedad y discapacidad, alto funcionamiento físico y cognitivo, y compromiso activo con la vida.

La OMS (2002) define el envejecimiento activo como "el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen." Este marco propone tres pilares (salud, participación, seguridad) y fue revisado con un cuarto pilar de aprendizaje permanente en algunos documentos posteriores. Su virtud es la orientación hacia políticas intersectoriales y la atención a determinantes sociales.

El concepto de envejecimiento saludable, introducido con el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (OMS, 2015) se define como "el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez." Su innovación conceptual clave es el concepto de capacidad intrínseca (suma de capacidades físicas y mentales del individuo) y capacidad funcional (interacción entre capacidad intrínseca y el entorno). Este enfoque es más inclusivo que el de envejecimiento exitoso porque reconoce que incluso con deterioro puede haber bienestar si el entorno es habilitante.

Estas nociones, aunque comparten su visión "positiva" hacia la vejez, difieren en las características de cada una. El envejecimiento exitoso (Rowe & Kahn) es principalmente biomédico y centrado en resultados individuales. El envejecimiento activo (OMS, 2002) tiene mayor énfasis en participación social, ciudadanía y rol del Estado. Mientras el primero orienta hacia intervenciones clínicas individuales, el otro hacia políticas sociales intersectoriales. El debate se ha enriquecido con el concepto de envejecimiento saludable (OMS, 2015) que integra capacidad intrínseca y entorno.

Desarrollado por Baltes y Baltes (1990), el modelo SOC postula que el envejecimiento exitoso implica tres procesos adaptativos: selección (reducción del número de dominios de funcionamiento y concentración en los más relevantes), optimización (maximizar el funcionamiento en los dominios seleccionados) y compensación (emplear medios alternativos cuando los recursos disminuyen). Es un modelo psicológico con aplicaciones en rehabilitación y diseño de intervenciones.

Enfoques críticos y alternativos. Edadismo, género, desigualdades y visiones del sur global

Los anteriores modelos denominados "positivos" recibieron diversos comentarios desde lo que se conoce como los enfoques críticos y alternativos los cuales señalaban que las perspectivas positivas sobre el envejecimiento que el concepto puede ser cooptado para promover la extensión de la vida laboral como medida de ahorro fiscal, en detrimento de la calidad de vida real (Walker, (2002, 2009) y Boudiny (2013).

Comentado [MO15]: Este modelo ha sido objeto de múltiples críticas (Strawbridge et al., 2002; Martinson & Berridge, 2015):

- Define el éxito a partir de estándares biomédicos que excluyen a la mayoría de personas mayores, especialmente las más viejas.
- Responsabiliza al individuo del "éxito" en envejecer, ignorando determinantes estructurales.
- No considera que muchas personas viven bien con enfermedades crónicas o discapacidad.
- Sesgo hacia poblaciones de altos ingresos, educación y acceso a servicios de salud.
- Evidencia empírica muestra que las personas mayores se perciben a sí mismas como "envejeciendo exitosamente" incluso con enfermedades crónicas (Strawbridge et al., 2002).

De igual manera resaltaban la excesiva responsabilidad sobre el individuo del "éxito" en envejecer, ignorando determinantes estructurales ni considera que muchas personas viven bien con enfermedades crónicas o discapacidad, lo que evidenciaba un sesgo hacia poblaciones de altos ingresos, educación y acceso a servicios de salud, (Strawbridge et al., 2002; Martinson & Berridge, 2015) sin contar que la palabra "activo" puede desplazarse desde su sentido participativo y ciudadano hacia uno productivista. (Walker, 2002; 2009)

Butler (1969) acuñó el término "ageism" o edadismo para referirse a los estereotipos, prejuicios y discriminación hacia las personas por su edad avanzada. El Informe Global sobre el Edadismo de la OMS (2021) documenta que el edadismo es la forma de discriminación más extendida a nivel mundial y tiene efectos directos sobre la salud mental y física de las personas mayores, reduce su acceso a servicios de salud y contribuye a su exclusión social. El edadismo opera a nivel individual (actitudes), institucional (políticas, prácticas) y cultural (representaciones simbólicas).

La perspectiva de género por su parte señala que el envejecimiento es un proceso diferenciado según el sexo y el género (Arber & Ginn, 1995). Las mujeres mayores presentan mayor longevidad, pero también mayor carga de enfermedades crónicas y discapacidad (paradoja morbilidad-mortalidad). Experimentan mayor pobreza en la vejez debido a trayectorias laborales interrumpidas, trabajo de cuidado no remunerado, brechas de pensión y viudez. La doble discriminación por edad y género produce una forma específica de vulnerabilidad (interseccionalidad).

Carroll Estes (1979, 2001) desarrolló la perspectiva de la economía política del envejecimiento, argumentando que la vejez como "problema social" es una construcción ideológica que sirve intereses económicos específicos: legitima la medicalización de la vejez, la expansión del complejo industrial del envejecimiento (*nursing homes*, industria farmacéutica) y la privatización de los sistemas de cuidado. Esta perspectiva pone en el centro la producción social de la dependencia y las relaciones de poder entre Estado, mercado y familia.

Las investigaciones sobre interseccionalidad (Crenshaw, 1989; aplicado al envejecimiento por Calasanti, 2004) señalan que la vejez se experimenta de manera radicalmente diferente según la intersección de género, clase, etnia, orientación sexual, discapacidad y lugar de residencia. Las políticas universales que no reconocen estas diferencias reproducen inequidades preexistentes. Este es uno de los debates más activos en gerontología contemporánea.

Desde el sur global, la producción académica latinoamericana sobre envejecimiento ha crecido notablemente desde los 2000, con la CEPAL y OPS como dinamizadores regionales. Destaca el trabajo de Huenchuan (2018, 2013) en enfoque de derechos y políticas; los estudios del SABLE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) coordinados por OPS en múltiples países de la región; y las investigaciones sobre envejecimiento e informalidad laboral (Saad, 2011). Sin embargo, la producción teórica propia -no adaptación de teorías del norte- es aún limitada.

Con base en las anteriores descripciones, la discusión entre modelos y enfoques podría enmarcarse en un debate de visiones individualizantes vs. visiones estructurales y la tensión de fondo entre enfoques que atribuyen el bienestar en la vejez a conductas, actitudes y elecciones individuales (actividad, estilo de vida, actitud positiva) y los enfoques que señalan que las condiciones de vejez son producto de determinantes estructurales (clase, género, educación, empleo, políticas).

Los primeros dominan en la práctica clínica y en muchos programas públicos; los segundos tienen mayor respaldo en investigación de determinantes sociales. La crítica más fuerte sostiene que los enfoques individualizantes -cuando no van acompañados de acciones redistributivas- generan culpa y estigma entre personas mayores que no pueden "envejecer activamente" por razones estructurales (Estes et al., 2003; Martinson & Berridge, 2015).

En la actualidad, el envejecimiento saludable es el concepto promovido desde la institucionalidad de la Organización Mundial de la Salud y las distintas agendas internacionales, teniendo una adopción progresiva a lo largo de los distintos países y actores no gubernamentales que concurren en los sistemas de salud de cada uno.

Vejez:

A diferencia del envejecimiento, la **vejez** se considera una etapa de la vida, determinada por la propia esperanza de vida y modificada por múltiples factores, incluidos los mecanismos biológicos; se entrecruza con aspectos sociales y constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas. (Gutiérrez, 2022).

La vejez, podría decirse, es un subconjunto de fenómenos y también procesos que forman parte de un concepto más global como el envejecimiento; la vejez como etapa de la vida en la que los síntomas del envejecimiento se hacen más evidentes o se ha "vivido mucho tiempo" (Dulcey Ruiz, 2015; Robledo y Orejuela, 2020). No obstante, ser "viejo" o "anciano" depende del contexto y del grupo de personas al que se refiere (Alvarado, 2014; Robledo y Orejuela, 2020), por lo que no existe un consenso único sobre la edad en la que empieza la vejez o adultez mayor, siendo esta determinada en la sociedad actual desde los 60 años en algunas normativas nacionales o en otros casos y contextos -como la investigación médica- desde los 65 años. (Alvarado, 2014; Sabharwal, Wilson, Reilly & Gupte, 2015).

Longevidad y nuevas longevidades.

El término longevidad acuñado a finales del siglo pasado y con auge en las primeras décadas del siglo XXI, aunque usado muchas veces de forma indistinta con el concepto de envejecimiento, difiere en su abordaje [científicocientífico](#) y social, siendo solo posible definirlos por separado en los últimos años (McDonald & Dahe, 2011). Esta diferenciación sugiere que la clave de la longevidad no reside diferenciarse por completo del envejecimiento, sino más bien en mantener una notable resistencia contra las

enfermedades asociadas a la edad, lo que significa vivir mucho tiempo y mantenerse sano hasta el final de la vida. (Kowistki, 2026).

De acuerdo con una perspectiva biológica y genética, la longevidad está determinada genéticamente por genes que se seleccionan para una ventaja reproductiva mientras que el proceso de envejecimiento refleja más fielmente los eventos fortuitos que afectan a los sistemas biológicos durante el desarrollo o durante los primeros años reproductivamente activos. (McDonald & Dahe, 2011). Estudios recientes enfatizan en este punto y plantean la longevidad como una resiliencia multifactorial que incluye genética protectora, metabolismo eficiente, baja inflamación y elecciones de estilo de vida favorables. (Kowitski, 2026).

Desde una perspectiva sociopolítica, el concepto de longevidad es planteando como una “resignificación” del envejecimiento como proceso evolutivo y como alargamiento del ciclo vital. De igual forma es una reconstrucción y redefinición de la vejez, longevamente masiva, en cuanto parte de ese ciclo vital. (Tamer, 2008).

Un enfoque integral de una visión de la longevidad requiere integrar conocimientos interdisciplinarios de estudios multiómicos, poblaciones centenarias, investigación metabólica y anatómica, modelos animales y epidemiología humana (Kowistki, 2026) junto a análisis sociales y políticos que permiten comprender los factores externos que contribuyen a la longevidad de las personas y poblaciones.

Imagen/Tabla. Línea de tiempo modelos y enfoques o cuadro síntesis de los enfoques

Comentado [MA16]: Pendiente

Más allá de estos debates conceptuales cuyo escenario es principalmente la academia, es importante tener en cuenta que estas perspectivas, modelos y enfoques son representaciones teóricas de la realidad y que indistintamente de su grado de complejidad y precisión, solo reflejan una parte de una realidad social es que mucho más compleja por la multiplicidad de fenómenos y procesos que la entrecruzan.

De igual manera, es necesario considerar que varios de estos modelos y enfoques surgieron en un contexto y tiempo determinado en el que otros factores como tecnologías, sistemas de salud, costumbres, entre otros, condicionaron en gran medida el entendimiento y análisis del proceso de envejecimiento y la vejez ya sea a través de la fijación de expectativas de vida, así como a través de roles sociales asignados a las personas envejecidas o mayores.

4. Marco normativo y de política (Internacional, nacional y distrital)

A nivel internacional, la OMS y la Organización Panamericana de la salud (OPS), han establecido la década 2020-2030 como la del Envejecimiento Saludable, orientando todas las acciones en pro del envejecimiento a apoyar una sociedad para todas las edades, apoyado por diversos documentos producidos previamente como la Estrategia Mundial de

la OMS sobre el envejecimiento y la salud (2016-2020), enfocando su actuar en cuatro aspectos:

- Cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar respecto a la edad y el envejecimiento
- Garantizar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores
- Proporcionar atención integrada centrada en la persona y servicios de atención primaria de salud que respondan a las necesidades de las personas mayores;
- Facilitar el acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que la necesiten.

Lo anterior apoyado en instrumentos generales o transversales como el Plan Internacional de las Naciones Unidas para el Envejecimiento y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, entre otros, lo que refleja un abordaje desde distintas dimensiones intersectoriales.

A nivel país, Colombia ha desarrollado múltiples instrumentos políticos que abordan el envejecimiento, y buscan proteger y apoyar a las personas mayores. Entre algunos desarrollos se resalta la 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"; la Ley 1276 de 2009, mediante la cual se modificó la Ley 687 de 2001 y se establecieron nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros de vida; la 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"; y, la Ley 1171 de 2007, "Por medio de la cual se establecen unos beneficios para las personas mayores".

Este marco normativo, es el que define los actuales conceptos de vejez y envejecimiento en el país. De acuerdo con la Ley 1251 de 2008 el envejecimiento es el conjunto de modificaciones que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los seres vivos. Según esta misma Ley el adulto mayor es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años o más.

Destacan otros marcos recientes como la Ley 1850 de 2017, que penaliza el maltrato intrafamiliar, la negligencia y el abandono de las personas mayores; el artículo 217 de la Ley 1955 de 2019, que modifica la Ley 687 de 2001 sobre la Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor; y la Ley 2040 de 2020, que promueve el empleo de personas mayores sin pensión. Recientemente mediante el Decreto 681 de 2022 se adoptó la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 - 2031, tiene por objetivo garantizar las condiciones necesarias para el desarrollo del envejecimiento activo y saludable y de una vejez digna, autónoma e independiente en condiciones de igualdad, equidad y no discriminación.

En el nivel distrital se han desarrollado instrumentos de política pública desde mediados del siglo XXI cuando se adoptó el Decreto 345 de 2010 que adoptó la *Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010-2025*, con el objetivo de reconocer, restablecer y garantizar los derechos individuales y colectivos de las personas mayores. Desde entonces, se han venido definiendo nuevos instrumentos, instancias y sistemas como es el Sistema Distrital de Cuidado en aras de ampliar las perspectivas en torno al abordaje de estos procesos.

En la actualidad, desde la Secretaría Distrital de Integración Social y la Secretaría Distrital de Salud se está actualizando la política distrital de envejecimiento y vejez tras la vigencia de la última política 2010-2025; en el marco de esta nueva política pública, se espera que el Centro oriente y contribuya en su implementación, seguimiento, evaluación, así como en la movilización de actores sociales y comunitarios.

De igual forma y en línea con el reconocimiento de la vejez y envejecimiento como principal reto de ciudad, se han desarrollado otras apuestas paralelas al Centro, las cuáles a la vez profundizan la necesidad y pertinencia de este. La creación de la Comisión Intersectorial Distrital de los Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar y la priorización temática en su plan de trabajo, la implementación del Sistema Sociosanitario, y la realización análisis de pluripatología/multimorbilidad, son algunas de estas respuestas institucionales interrelacionadas en materia de vejez y envejecimiento que buscan no solo responder a los retos actuales sino preparar al Distrito para el cambio demográfico y social que está transcurriendo.

La Comisión Intersectorial Distrital de Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar, fue creada en 2025, como máxima instancia de gobernanza en salud pública y Atención Primaria Social. Para su primer plan de trabajo, se priorizó el abordaje de la soledad no deseada en personas mayores, consolidando un compromiso intersectorial de ciudad. Para ello, se definieron cinco líneas de acción: 1) prescripción social y cultural para fortalecer vínculos familiares y comunitarios; 2) promoción de la inclusión productiva; 3) transformación de barreras asociadas al edadismo; 4) fortalecimiento de entornos territoriales amigables con la vejez; y 5) participación activa de las personas mayores en el diseño del plan de acción.

De igual manera dentro de los avances en materia de envejecimiento y vejez de resalta el recién creado Sistema Sociosanitario, conformado por los sectores de salud e integración social. Este sistema está orientado a articular esfuerzos técnicos, administrativos y financieros para garantizar la articulación de los servicios sociales y de salud dirigidos a la población en abandono social y población en contextos de mayor vulnerabilidad social como aquellos que se encuentran en pobreza, en condiciones de fragilidad social o sometidos a cualquiera de las formas extremas de exclusión en Bogotá. Lo anterior es de vital relevancia si se tiene en cuenta la alta proporción de personas en condición de habitabilidad de calle o abandono que además están en el curso de vida de vejez.

Comentado [SVR17]: La comisión reconoce que el problema de la soledad no deseada afecta también a jóvenes y adultos.

En esta misma línea, desde la SDS se ha venido desarrollando el análisis de pluripatología, el cual, junto a la perspectiva de curso de vida, entiende el envejecimiento como la acumulación de condiciones biológicas, sociales, ambientales y comunitarias desde etapas tempranas en las que surgen también diversas patologías. Esta apuesta permitirá superar modelos de atención fragmentados y avanzar hacia una integración efectiva de los servicios de salud, orientada a responder a la complejidad y diversidad de necesidades en los distintos momentos de la vida.

A pesar de estos esfuerzos y marcos previos, es necesario que los distintos tomadores de decisión y los instrumentos de política ya sean normativos, regulatorios o administrativos, incorporen los nuevos enfoques globales que respondan a las nuevas realidades demográficas como el aumento en la expectativa de vida y el subsecuente aumento en la demanda de servicios sociales.

5. Discusiones, problemas y evidencia desde políticas e intervenciones en envejecimiento y vejez.

Además de girar en torno a conceptos como envejecimiento, vejez, nuevas longevidades y su operacionalización en términos de políticas de salud, las discusiones actuales también difieren en el grado de atención dado a alguna de las dimensiones del envejecimiento y la vejez, a saber, social, político, económico, de salud, tecnológico, etc.

Para Wong, Fried y Dzau (2023) partiendo del 'All-of-society' enfoque y desde el concepto de longevidad saludable, la complejidad del ~~fenomeno~~fenómeno del envejecimiento requiere del abordaje de distintas áreas relacionadas con los determinantes biológicos, ambientales y sociales de la salud y los consecuentes efectos sanitarios, sociales y económicos del envejecimiento de la población mundial para así generar nuevas oportunidades para las sociedades, incluyendo una mayor contribución económica de los adultos mayores mediante una participación laboral prolongada y una mayor participación social.

En esta misma línea, un análisis sistemático de las propuestas de valor de diversos actores, como gobiernos, empresas, centros de investigación, líderes de opinión, comunidades y organizaciones multilaterales, identificó el énfasis que ponen los actores y el ecosistema global en cuatro determinantes del envejecimiento saludable: sistemas de salud pública, factores sociales, infraestructura física y trabajo y educación. (Mekniran, Giger, Fleisch, Kowatsch & Jovanova, 2025).

Desde la perspectiva del sistema de salud, Tesha et al (2026), proponen la gobernanza y financiación para la longevidad saludable, el desarrollo de la fuerza laboral, los sistemas de datos inclusivos por edad y la prestación de servicios e infraestructura como cuatro "pilares" para construir un sistema de salud preparado para la longevidad en un contexto de recursos limitados, como es el caso de varios países de ingresos medianos y bajos.

Comentado [SVR18]: Así como el aprovechamiento de los capitales (cultural, económico, epistémico, etcétera) y oportunidades que también supone el envejecimiento poblacional.

Como primer pilar, la gobernanza y el financiamiento hacen referencia a la necesidad de mecanismos de coordinación para el envejecimiento saludable y la longevidad dentro de instancias decisorias como el ministerio de salud u otras, para fortalecer la coherencia de las políticas, el compromiso multisectorial y la rendición de cuentas. De igual manera incluye acciones como incorporar objetivos de envejecimiento saludable -incluyendo la prevención de la fragilidad y las caídas, la identificación temprana de la multimorbilidad o pluripatología y el mantenimiento de la capacidad funcional- dentro de las reformas del sistema y en las discusiones de los paquetes esenciales de beneficios.

El segundo pilar es el desarrollo de la fuerza laboral. La atención orientada a la longevidad no es asunto exclusivo de un determinado grupo de especialistas. Las competencias básicas en envejecimiento saludable deberían integrarse en los currículos de medicina, enfermería y demás profesiones afines de la salud.

El tercer pilar son los sistemas de información sensibles a la edad. Sistemas rutinarios de información en salud capaces de capturar indicadores desagregados por edad y sensibles al funcionamiento de las personas -fragilidad, capacidad funcional, caídas y deterioro cognitivo- permitiría una planeación y evaluación más precisas al tiempo que aumenta la relevancia para la formulación de políticas.

Desde las perspectivas de política, Gianfredi et al (2025) mencionan diferentes acciones intersectoriales para mejorar la calidad de vida de las personas mayores y reducir la carga sobre los sistemas de salud y sociales. Por un lado, la ampliación de la cobertura del seguro de salud público para servicios preventivos, lo que incluye la formación y la captación de profesionales sanitarios, prestando especial atención a los equipos multidisciplinarios capaces de atender a pacientes mayores con múltiples enfermedades crónicas. A su vez la integración de las personas mayores en la vida social y económica, incluso mediante la adopción de medidas para su participación continua en el mercado laboral de manera flexible y digna. De igual importancia, el diseño de las ciudades y comunidades capaces de apoyar un envejecimiento saludable, asegurando el acceso a servicios de salud, espacios públicos seguros y oportunidades de socialización.

5. 1 Referentes internacionales para el Centro de Pensamiento e Innovación.

Un importante referente para cualquier centro de pensamiento e innovación en salud son los Centros Colaboradores de la Organización Mundial de la Salud, que son universidades, laboratorios, institutos de investigación, hospitales, ministerios o academias nacionales que apoyan la misionalidad de la OMS en un área técnica específica. Se trata de un reconocimiento a la excelencia.

En la actualidad, de acuerdo con la WHO Collaborating Centres Global database, existen en el mundo más de 854 centros colaboradores activos en 82 asignaturas o subjects y distribuidos en las 6 regiones donde opera la OMS. (África, Américas, Europa, Mediterráneo oriental, Sudeste asiático, Pacífico este).

Dentro de sus asignaturas o subjects se encuentra el concepto de Ageing o Envejecimiento para el cual se identificaron 21 centros colaboradores. De estos solo 12 cuentan con denominación específica relacionada con vejez, envejecimiento y/o geriatría o gerontología en su nombre. Los restantes tienen otras vocaciones o misionalidades, pero abordan las temáticas de forma específica desde sus campos de acción.

Centro Colaborador OMS	Institución anfitriona	Ciudad	País	Temas principales
Centro Colaborador de la OMS sobre Envejecimiento y Salud	Sealy Center on Aging, University of Texas Medical Branch (UTMB)	Galveston	Estados Unidos	Envejecimiento saludable, salud de las personas mayores, investigación sobre envejecimiento
Centro Colaborador de la OMS para Fragilidad, Investigación Clínica y Gerociencia, y Formación en Geriatría	Gerontopole, Toulouse University Hospital	Toulouse	Francia	Fragilidad, gerociencia, geriatría, ICOPE, envejecimiento saludable
Centro Colaborador de la OMS para la Epidemiología de las Condiciones Musculoesqueléticas y el Envejecimiento	University of Liège, Faculty of Medicine	Lieja	Bélgica	Osteoporosis, fracturas, envejecimiento, epidemiología
Centro Colaborador de la OMS para la Atención Integrada del Envejecimiento Saludable	Instituto Nacional de Geriatría (INGER)	Ciudad de México	México	Atención integrada, sistemas de salud, dependencia funcional, envejecimiento saludable
Centro Colaborador de la OMS para Envejecimiento Saludable y Demencia	Hamad Medical Corporation	Doha	Catar	Demencia, cuidados de largo plazo, envejecimiento saludable
Centro Colaborador de la OMS para Estudios Longitudinales sobre Envejecimiento y Curso de Vida	EngAGE Centre for Research in Ageing, Trinity College Dublin	Dublín	Irlanda	Estudios longitudinales, investigación poblacional, métricas de envejecimiento
Centro Colaborador de la OMS para la Promoción de la Geriatría y el	Russian Clinical and Research Center of Gerontology,	Moscú	Rusia	Geriatría, atención primaria, cuidados de largo plazo

Cuidado de las Personas Mayores	Pirogov Russian National Research Medical University			
Centro Colaborador de la OMS para Innovaciones en Envejecimiento Saludable	Graduate School of Health Innovation, Kanagawa University of Human Services	Kawasaki	Japón	Innovación, ciudades Amigables con la edad, Envejecimiento poblacional
Centro Colaborador de la OMS sobre Envejecimiento Saludable	Department of Preventive Medicine and Public Health, Semmelweis University	Budapest	Hungría	Políticas públicas, envejecimiento saludable, investigación demográfica
Centro Colaborador de la OMS para Envejecimiento Saludable y Equidad	School of Public Health, Kyoto University	Kioto	Japón	Equidad, bienestar, determinantes sociales, esperanza de vida saludable
Centro Colaborador de la OMS sobre Salud Bucal y Envejecimiento	Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)	Ciudad de México	México	Envejecimiento Salud Oral
Centro Colaborador de la OMS para Ecosistemas Amigables con la Edad	Centro Interdisciplinario para el Desarrollo del Adulto Mayor – Gerópolis. Universidad Valparaíso	Valparaíso	Chile	Envejecimiento, Salud ambiental y riesgos, Determinantes sociales de la salud

e estos Centros enfocados en envejecimiento y vejez, cuatro se encuentran en la región de las Américas y 3 en Latinoamérica. Se resalta México quien cuenta con el **Instituto Nacional de Geriatria – Inger** y **Centro Colaborador de la OMS sobre Salud Bucal y Envejecimiento de la UNAM**. Por su parte en Chile encontramos el **Centro Interdisciplinario para el Desarrollo del Adulto Mayor – Gerópolis UV**.

Estos 3 centros sirven como casos de referencia para la estructuración del actual Centro, tanto para la definición de sus funciones y orientación externa así como en términos de organización y modelo de operación. De igual manera estos centros son posibles colaboradores de cara a la orientación regional e internacional del Centro.

Comentado [JH19]: Ampliar

Comentado [SVR19R2]: En nuestro parecer, dado que estos casos aparentemente se encuentran más orientados a la vejez a que al envejecimiento, su presentación quizás debiera ser un tanto crítica, señalando que aunque representan avances significativos, estos debieran "ser superados" por el centro de pensamiento del CHSJD gracias a una perspectiva más amplia, de largo aliento y estratégica más enfocada en el envejecimiento propiamente dicho.

6. Definición preliminar plataforma estratégica del Centro de Pensamiento en Innovación y Vejez

Como actor posicionado en la intersección de los ecosistemas de salud, bienestar, de ciencia, tecnología e innovación, el Centro tendrá una naturaleza intersectorial e interdisciplinaria, con un rol híbrido de dinamizador, catalizador y receptor de las distintas interacciones e impactos positivos en materia de envejecimiento y vejez para Bogotá y Colombia.

Aunque en términos funcionales y operativos pueden concurrir varias misionalidades, en términos jurídicos es importante definir la tipología de actor que tomará el Centro dentro del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, ya que permite definir su rol y finalidad en ecosistema nacional. En términos prácticos, la orientación estratégica del Centro puede dar lugar a distintos posicionamientos dentro del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SNCTel).

Lo anterior implica decidir no solo sobre los resultados y productos esperados del Centro, sino también la posibilidad de competir por recursos públicos provenientes del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y de otras entidades del Gobierno Nacional, proceso en el que contar con el reconocimiento de actor es prueba del buen desempeño y la actuación responsable de los actores que acceden a él y sobre todo a establecerse como un actor CTel nacional orientado a fortalecer la ciencia y la tecnología para el envejecimiento y la vejez.

6.1. Objetivo general

Contribuir a la orientación y consolidación de la respuesta integral al envejecimiento y la vejez, a través de la investigación y generación de evidencia, la innovación, el fortalecimiento de capacidades institucionales e individuales, así como la articulación y movilización de actores.

6.2. Objetivos específicos

- Apoyar la construcción conceptual, institucional y operativa del CHSJD en su enfoque de envejecimiento y vejez.
- Articular actores gubernamentales, académicos, privados y comunitarios, dinamizando las distintas interacciones entre ellos y fortaleciendo las distintas redes y ecosistemas que interseccionan-se intersecan en torno los procesos de envejecimiento y vejez.
- Promover investigación e innovación relacionadas con envejecimiento y vejez, movilizando conocimiento y agendas para la toma de decisiones.
- Fortalecer las capacidades institucionales, individuales y comunitarias para el abordaje intersectorial de los temas de envejecimiento y vejez.

6.3 Principios orientadores

Comentado [JH20]: Definir si son principios/enfoques

Comentado [SV20R2]: po rahora dejaria los del modelo mas bienestar

Comentado [SV20R3]: Revisar los del modelo e incluirlos

Comentado [JH20R4]: El Modelo incluye Enfoques (Deerechos, territorial, poblacion diferencial y cuidado integral); tambien incluye Atributos mas no principios. Por lo anterior seleccionamos los principios de Ley Estatutaria 1751 mencionados tambien el Modelo.

La estructuración del Centro debería regirse por principios claros que orienten tanto su diseño como su operación. Entre ellos:

Pro homine: Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas. Toda respuesta institucional debe promover condiciones para una vida digna, con respeto por la autonomía, la autodeterminación y el propósito de vida.

Equidad: El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección. La transición demográfica no afecta de igual manera a todas las poblaciones. El Centro debe considerar desigualdades sociales, territoriales, económicas y de acceso.

Continuidad: Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas. El envejecimiento se construye a lo largo de la vida. Por tanto, la agenda del Centro no debe reducirse a la vejez como etapa final, sino incorporar la perspectiva amplia del curso de vida.

Oportunidad: La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones.

Solidaridad: El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.

Eficiencia: El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población. El Centro debe diseñarse con visión de permanencia, evitando montajes excesivos o modelos inviables desde el inicio.

Interculturalidad: Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global.

7.1. Marco de referencia del Centro. Dimensiones operativas del Envejecimiento y la Vejez.

A partir de la revisión de los distintos enfoques y modelos conceptuales, así como de la revisión narrativa de evidencia respecto a los principales temas, instrumentos, factores y buenas prácticas sobre envejecimiento y vejez, se proponen 5 dimensiones operativas que son comunes en las visiones, discusiones y decisiones sobre envejecimiento y vejez y que además son abordados por los distintos actores a nivel global, nacional y distrital.

Comentado [SV21]: Referenciar esto.

Gobernanza (intergeneracional e intersectorial): Hace referencia al análisis y abordaje de los conceptos, lineamientos, normas en torno al envejecimiento y la vejez, así como sobre los actores, sus objetivos, expectativas y acuerdos e interacciones.

Salud, Bienestar y Cuidado: Comprende el análisis y abordaje de las distintas necesidades de servicios de salud, protección social, cuidado y bienestar asociadas al envejecimiento y la vejez, así como a los sistemas a través de los cuales estos se proveen como son los sistemas de salud y/o protección social, cuidado, bienestar, entre otros,

Tecnologías Digitales o Tecno-vejez y envejecimiento: Aplicaciones, desarrollos tecnológicos, sistemas de información y datos orientados a la mejora del bienestar y salud de esta población.

Espacios físicos e infraestructura: Comprende los enfoques y perspectivas relacionadas con los espacios, equipamientos, instrumentos, visión y planificación de los territorios que habitan, transcurren y apropian las personas en su proceso de envejecimiento y vejez.

Personas (como centro): Refiere al análisis y enfoques sobre las personas como sujetos que experimentan el proceso de envejecimiento y la vejez, lo que incluye su comprensión como actores sociales, comunitarios, beneficiarias de las acciones públicas, así como participantes o directamente involucradas en su implementación.

7.1 Funciones estructurantes del Centro

Para el cumplimiento de sus objetivos y avanzar en la respuesta de la ciudad al proceso de envejecimiento y vejez, el Centro debería integrar al menos 4 funciones estratégicas que estructuran el su qué hacer del centro a través de distintas áreas y/o unidades funcionales que a su vez desarrollarán distintas actividades y productos. Estas funciones son investigación y desarrollo; innovación, formación y docencia; servicios técnico-políticos.

Comentado [SV22]: Ojo aquí donde entra el apoyo técnico o área de enlace con el complejo. Debería ser mas explicito. Y vamos pensando esto como dialoga con los documentos de plan de acción que esta estructurando jorge.

Comentado [JH22R2]: Podría ir dentro de las funciones técnicas/de política que aunque inicialmente responden hacia el exterior del Centro, responda internamente al Complejo tambien. Esta area queda definida en la propuesta organizacional del Centro - Capítulo 8-

Investigación y desarrollo (I+D)

El Centro estará en la capacidad de realizar trabajos experimentales o teóricos que se emprenden principalmente para obtener nuevos conocimientos acerca del envejecimiento y la vejez. De igual manera, comprende aprovechar los conocimientos existentes obtenidos

de la investigación y/o la experiencia práctica, e implica la producción de nuevos materiales, productos o dispositivos; a la puesta en marcha de nuevos procesos, sistemas y servicios, o a la mejora sustancial de los ya existentes.

Orientación de resultados:

1. Diseño y ejecución de investigaciones básicas, aplicadas y participativas.
2. Producción de evidencia para la toma de decisiones (documentos técnicos, policy briefs, diagnósticos territoriales).
3. Desarrollo de modelos, metodologías e instrumentos de análisis e intervención.
4. Promoción de alianzas con universidades, gobiernos, organismos internacionales y sociedad civil.
5. Difusión del conocimiento a través de publicaciones, seminarios, congresos y repositorios abiertos.

Innovación.

El Centro dispondrá de procesos que permitan desarrollar productos o procesos nuevo/mejorado (o la combinación de ambos) que difieren significativamente de los productos o procesos previos en torno al envejecimiento y la vejez. Estos procesos incluyen acciones de traslacionalidad, el desarrollo de estudios de factibilidad para la ideación e implementación de nuevas tecnologías, metodologías y modelos epistemológicos en torno al envejecimiento y la vejez.

Las actividades de innovación del Centro pueden darse dentro del laboratorio y el espacio de prototipado o resultar en proyectos de investigación.

Orientación de resultados:

1. Formulación de retos de innovación para mejorar la calidad de vida, la autonomía y la participación en torno al envejecimiento y la vejez.
2. Co-creación de prototipos, pilotos y modelos de intervención con actores públicos, privados y comunitarios.
3. Tecnologías digitales, inteligencia artificial, teleasistencia y entornos amigables.
4. Innovación en modelos de cuidado, prevención de la dependencia y apoyo a cuidadores.
5. Espacios de experimentación social e incubación de ideas.
6. Evaluación del impacto, escalabilidad y sostenibilidad de las soluciones innovadoras.

Formación y docencia.

Esta función vincula el Centro con la acción educativa del Complejo Hospitalario San Juan de Dios. Su desarrollo está orientado al ámbito interno y externo. El primero en los

Comentado [jo23]: La producción de nuevos materiales, productos o dispositivos se puede ver restringida por las condiciones de infraestructura y posibilidad de implementar ciertos equipos asociados a procesos productivos. Se puede circunscribir al desarrollo de prototipos (mas alcanzable) o hablar de "participación en procesos...."

De hecho, el numeral 9.2 menciona un espacio: "taller y laboratorio, para la co-creación, el prototipado y la experimentación"

Comentado [jo24]: Sugiero:

El Centro dispondrá de procesos que permitan a los investigadores de la SDS, a otras entidades distritales y a aliados estratégicos acceso y desarrollo de tecnologías digitales al tiempo que servirán (los procesos) como núcleo para la adaptación y aplicación de ideas, desarrollos y nuevas tecnologías en torno al envejecimiento y la vejez.

Comentado [jo25]: La distribución de los espacios del centro hablan de un (1) laboratorio

programas de formación continua y de competencias de la SDS y las facultades de medicina y ciencias de la salud concurrentes. El segundo ámbito se refiere sobre los agentes del ecosistema de envejecimiento y vejez través de programas de educación formal, educación continuada y formación para la certificación de competencias.

Orientación de resultados:

1. Diseño e implementación con la academia de programas de educación continua, diplomados, cursos, seminarios y talleres.
2. Acompañamiento a procesos académicos, tutorías y prácticas investigativas.
3. Desarrollo de contenidos pedagógicos enfocado en la vejez y el envejecimiento.

Servicios y soporte técnico-político.

Comprende los servicios más allá de su noción acción médico-asistencial para referirse a aquellos orientados al análisis de políticas, planes, programas o proyectos e intervenciones relacionadas con envejecimiento y vejez, ya sean de naturaleza pública o privada. En esta función se incluye la posibilidad de proveer servicios de consultoría a actores públicos o privados.

Incluye las funciones y acciones de liderar redes de conocimiento, la generación de alianzas estratégicas como la industria y el sector privado, la divulgación y sensibilización sobre el Centro y el Complejo Hospitalario, que buscan consolidar y fortalecer continuamente, la respuesta de ciudad a los distintos retos del envejecimiento y la vejez.

Orientación de resultados:

1. Alianzas estratégicas y de cooperación.
2. Servicios de asesoría técnica y consultoría en políticas, programas y proyectos de envejecimiento y vejez.
3. Seguimiento, monitoreo y evaluación de servicios dirigidos a personas mayores o para el envejecimiento.
4. Producción de marcos conceptuales, orientaciones, documento y análisis para apoyar decisiones.
5. Servicios de análisis, sistematización y transferencia de buenas prácticas
6. Acompañamiento a procesos de participación social y comunitaria a través de acciones que involucren a las personas y comunidades en los distintos procesos del Centro y el Complejo

Comentado [jo26]: Sugiero:
Asistencia técnica, consultoría, relacionamiento y gestión de conocimiento para la generación de políticas

Comentado [SVR27]: Proponemos

Comentado [jo28]: Sustainvado. Sería: Producción de marcos...

8. Diseño y operación del Centro: Áreas de desarrollo y procesos

8.1. Áreas de desarrollo.

La operación del Centro se establece a partir de la intersección de sus 4 funciones estructurantes de investigación y desarrollo, innovación, formación y docencia y de servicios técnico-políticos, con las 5 dimensiones operativas definidas en el marco de referencia del Centro.

Figura. Diseño y áreas de desarrollo Centro de Pensamiento e Innovación en Envejecimiento y Vejez.



Fuente: Elaboración propia

Se identifican 16 áreas de desarrollo desde las cuáles se pueden desarrollar múltiples líneas de trabajo y generar diversos productos y resultados para el corto, mediano y largo plazo, conforme el Plan Estratégico del Complejo Hospitalario y el Plan de Desarrollo que se defina para el Centro

Investigación y Desarrollo.

Grupo de investigación: Es el conjunto de personas que interactúan para investigar y generar productos de conocimiento en torno al envejecimiento y a la vejez de acuerdo con un plan de trabajo de corto (6 meses), mediano (1-2 años) y largo plazo (3-5 años) tendiente a la solución de distintos temas previamente identificados como prioritarios por parte del ecosistema de E&V

Su conformación y puesta en marcha se puede realizar dentro de la fase de funcionamiento mínimo, siendo la búsqueda del reconocimiento ante Minciencias un proceso a realizar en 2 o 3 años.

Para esta fase se sugieren las siguientes temáticas iniciales como agenda de investigación:

- Soledad no deseada (Personas)
- Salud mental (Salud, Bienestar y Cuidado)
- Bioética (Gobernanza)

Revista de divulgación en E&V:

Se espera definir un medio de divulgación propia del Centro, como una revista especializada que se consolide a lo largo de los primeros años. Mientras se logra el posicionamiento de este medio se hará la divulgación de las investigaciones a través de revistas ya establecidas del ecosistema o la SDS.

Desde el grupo de investigación y la revista se **prevee** entonces materializar la función estructurante del Centro en materia de investigación y desarrollo de forma transversal a las 5 dimensiones de trabajo en las que se enfocará el Centro.

Innovación.

Laboratorio de innovación: Es el espacio físico y simbólico desde el cual se espera fomentar la colaboración, innovación y desarrollo de nuevas ideas y proyectos relacionados con la atención en salud, provisión de servicios sociales y demás aspectos relacionados al envejecimiento y la vejez

Este laboratorio está previsto para ser una de las herramientas a través de las cuales se materializan las funciones estructurantes del Centro en materia de innovación e investigación y desarrollo.

Comentado [jo29]: A partir de aquí, y hasta donde inicia el numeral 9, se entiende que se van a describir las 13 áreas de desarrollo. Sin embargo se describen solo 9:
I+D: 2
Investigación: 2
formación y docencia: 2
Servicios: 3

Comentado [JH30]: Se adicionaran mas desde lo identificado en el mapeo de actores y los dialogos con los actores

Comentado [SVR30R2]: Proponemos adicionar:
- Procesos de envejecimiento y curso de vida
- Cuidados para el envejecimiento
- Ajuste y gestión de políticas públicas para el envejecimiento poblacional

Espacios y servicios de simulación, desarrollo y prototipado: La disposición de áreas de trabajo tecnológicas es indispensable para varias de las funciones estructurantes del Centro.

Plataforma de innovación social: Es el **areaárea** desde donde se espera fortalecer capacidades de los actores sociales y comunitarios, a través de distintas acciones como incubadora de emprendimiento y productividad,

Formación y docencia.

Educación continua: Complementario a la educación formal, se constituirá la oferta de cursos, diplomados, certificación de competencias, capacitaciones y demás oferta de fortalecimiento de capacidades relativas al envejecimiento y la vejez.

El diseño del portafolio de cursos se considera una actividad propia de la operación del centro. Durante los siguientes años se espera que se mantenga un monitoreo a las necesidades del mercado que este tipo de cursos y diplomados de forma que se pueda satisfacer las necesidades de los distintos actores del ecosistema y en línea con la misionalidad del Centro.

Educación formal: Esta área de desarrollo, dependerá de la decisión el centro prestar educación formal, en este caso programas de maestría y/o doctorado. En la actualidad el marco normativo -Ley 2142 del 10 de agosto de 2021- establece que los institutos y centros de investigación reconocidos por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación o quien haga sus veces, podrán obtener el registro calificado para ofrecer y desarrollar programas académicos de maestría y doctorado, con capacidad de realizar y orientar procesos académicos e investigativos en un área específica del conocimiento, directamente o a través de convenios con universidades.

Servicios técnico-políticos.

Monitoreo, Análisis e Incidencia en política pública: El área de desarrollo de "Análisis de políticas públicas y regulación busca realizar estudios, análisis y evaluaciones de normatividad, regulación y políticas públicas con enfoque intersectorial e intergeneracional. el desarrollo el envejecimiento y vejez.

Se esperaría que este servicio se habilite desde el lanzamiento y operación mínima del Centro. La apertura de la agenda de investigación junto a la de monitoreo y políticas resulta ser una actividad para realizar desde la fase de funcionamiento mínimo del centro.

Durante esta fase inicial las actividades de investigación y desarrollo se realizarían de manera mancomunada con el Centro Distrital de Investigación y Educación en Salud – CDEIS-.

Para esta fase se sugieren las siguientes temáticas iniciales en la agenda de análisis de políticas públicas:

- Planeación territorial y envejecimiento y vejez

Comentado [JH31]: De lo identificado en el mapeo de actores y los diálogos con los actores

Consultoría: El Centro estará en la capacidad de realizar la práctica profesional en la cual el equipo del Centro proporciona servicios especializados a entidades, organizaciones o empresas para abordar problemas específicos, tomar decisiones informadas, implementar mejoras y alcanzar objetivos estratégicos.

Los consultores trabajan en colaboración con las entidades para analizar situaciones, identificar áreas de mejora, desarrollar estrategias y proporcionar recomendaciones con el objetivo de lograr impactos

El servicio de consultoría espera estar habilitado desde la fase de operación mínima del Centro.

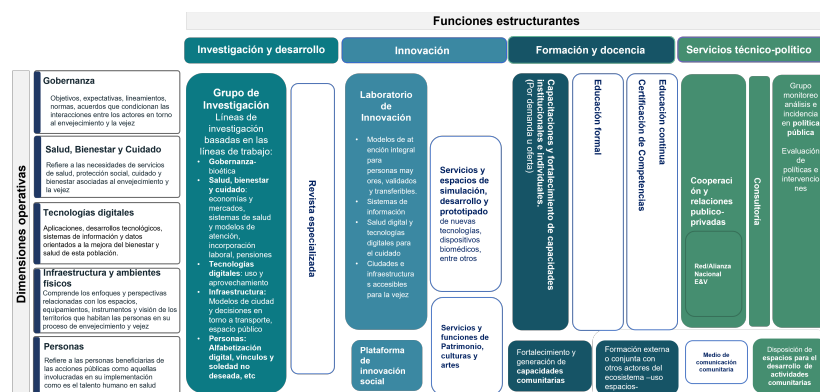
Cooperación y relaciones público-privadas: La cooperación y gestión de alianzas estratégicas hace parte de los objetivos estratégicos del Centro. Desde esta área se espera retomar las alianzas identificadas en el mapeo de actores y durante la fase de formulación de actores, así como en su operación mínima, priorizar aquellos harán parte de la Red/Alianza, así como aquellos que harán parte del comité consultivo del Centro.

En términos de cooperación internacional el Centro puede apuntar a consolidarse dentro de redes globales más amplias, siendo referente nacional y regional, así como articulándose con los 2 centros colaboradores de OMS que existen en la región sobre la temática.

Modelo mínimo

Modelo de operación mínimo

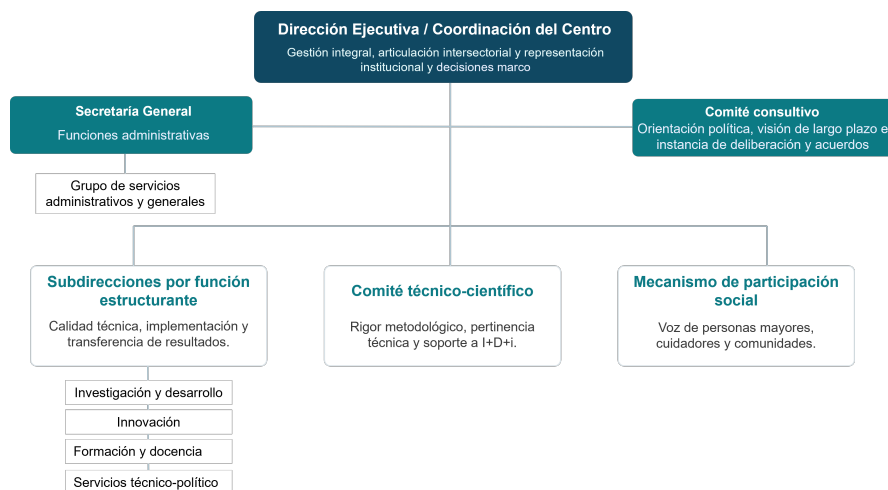
6 meses-1 año



9. Estructura organizacional y gobernanza.

Estas funciones y sus áreas de desarrollo serán orientadas desde un modelo organizacional basado en direcciones y subdirecciones acompañadas de instancias científicas y de participación, en línea no solo con las mencionadas funciones del Centro sino también la operación del Complejo SJD.

Este modelo tendrá una gobernanza diseñada con criterios de simplicidad y representatividad buscando la claridad entre orientación estratégica del Complejo y operación del Centro, el balance entre conducción institucional y participación ampliada, capacidad de decisión y seguimiento, apertura hacia y direccionamiento del ecosistema, así como contar con la flexibilidad para pasar de un modelo mínimo a un modelo pleno de operación y desarrollo.



a. Dirección Ejecutiva

Equipo o función responsable de la gestión cotidiana del proceso de estructuración y, posteriormente, de la operación inicial del Centro.

B. Dirección General

c. Subdirecciones: Investigación, Innovación, Formación y docencia, Servicios técnico-políticos.

c. Comité técnico-científico

C. Comité Consultivo

Espacio de discusión conceptual, metodológica y programática, con participación de actores clave.

Comentado [SVR32]: De acuerdo con la gráfica de estructura organizacional, este comité podría tener funciones de seguimiento, análisis y evaluación del Centro y sus acciones.

d. Mecanismo de relación con la red/ecosistema

Instancia o dinámica de interacción más amplia con aliados, expertos, academia, cooperación y organizaciones sociales.

Comentado [jo33]: Falta listar: Secretaría General

8.3 Equipo Mínimo de Trabajo

Incluye el equipo científico, técnico y administrativo involucrado en la operación del Centro.

- Director Ejecutivo
- Subdirectores
- Secretario General
- Profesionales de apoyo
- Administrativos
- Servicios generales y mantenimiento

Es importante tener en cuenta que para el CHSJD mediante Decretos del 2025 se definieron la estructura y la planta de personal del HUSJDMI, fijando condiciones operativas iniciales, en un proceso de consolidación institucional.

9.2 Diseño físico y propuesta de locativos

El Centro de Pensamiento e Innovación en Vejez y Envejecimiento puede organizarse en cinco (5) tipos de espacios funcionales: un espacio institucional y de coworking interno, para la operación cotidiana y el trabajo técnico; un espacio comunitario y de participación, orientado al diálogo con personas mayores, cuidadores y organizaciones sociales; un espacio de innovación, taller y laboratorio, para la co-creación, el prototipado y la experimentación; un espacio de reuniones estratégicas y salas de juntas, para la deliberación institucional y la articulación intersectorial; y un espacio de conocimiento, archivo, memoria y patrimonio, dedicado a la consulta, producción conceptual y preservación del valor histórico del Complejo Hospitalario San Juan de Dios-Envejecimiento y Vejez.

Comentado [SVR34]: y el desarrollo de actividades participativas

Comentado [jo35]: Sugiero incluir (tal vez aquí).."un espacio de formación y conocimiento", para que se reconozca esta "función estructurante" dentro de los espacios físicos

Comentado [JH35R2]: De acuerdo, justo esa es una de las áreas funcionales que quedaron pendiente de describir arriba y sería la de servicios y funciones de patrimonio y cultura, alineado desde la función estructurante de innovación

Criterios transversales.

Esta distribución debe regirse por tres criterios transversales: reconocer el valor patrimonial del lugar, garantizar accesibilidad efectiva para personas mayores y personas con

38

discapacidad -especialmente en ingreso y segunda planta- y diseñar espacios modulares, flexibles y reconfigurables, evitando salas rígidas o de uso único.

Patrimonio: el diseño debe reconocer la historia y valor simbólico del San Juan de Dios.

Accesibilidad: se deben valorar las condiciones de ingreso, circulación, discapacidad y uso de la segunda planta. Las actividades con comunidad y personas mayores deben ubicarse preferiblemente en espacios plenamente accesibles.

Modularidad: las salas deben ser flexibles y reconfigurables, evitando espacios rígidos o de un solo uso.

10. Relación con el ecosistema distrital-nacional de envejecimiento y vejez.

A través de un mapeo de actores, su caracterización y análisis mediante la metodología de análisis de redes sociales –ARS– (Kuz, Falco y Giandini, 2015) se pudo identificar y comprender un ecosistema distrital (con alcance nacional) de envejecimiento y vejez compuesto por distintos tipos y subtipos de actores con distintos roles y con quienes el Centro deberá interactuar.

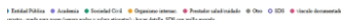
Mapeo de actores ecosistema envejecimiento y vejez	
92 actores	Dedicados a distintas actividades relacionadas con el envejecimiento y la vejez
5 tipos y 15 subtipos	- Entidad Pública (Nacional, Territorial) - Academia (Universidad, Centro de Pensamiento, Sociedad Científica) - Prestadores de servicios de salud, cuidado y bienestar (EAPB, IPS, Empresas) - Cooperantes Internacionales - Sociedad Civil-OBC
Diversos Sectores	Salud, ciencia, educación,

La Academia es uno de sus principales tipos de actor (25 actores, 27%), seguida de Prestadores de servicios de salud, cuidado o bienestar (16), Sociedad Civil (15), Organismos internacionales (13), Entidades públicas (11) y Empresas (10). Es un ecosistema con fuerte presencia de generación de conocimiento y de prestación de servicios, y pocas entidades públicas rectoras — 11 que concentran la capacidad de definir política.

La diversidad de subtipos muestra un ecosistema heterogéneo dentro del cual son mayoría las universidades (19) y las empresas (17), seguidos de cooperantes internacionales (12) y empresas (10).

Salud es el sector dominante (31 actores, 34%), seguido de Educación (20) y Social (14); juntos concentran el 70% del ecosistema. Los 14 sectores restantes tienen presencia mínima (1-3 actores cada uno), lo que sugiere especialización en torno al eje salud-educación-social.

Fuente: Elaboración propia usando Claude Opus 4.8



Comentado [SVR36]: y técnico-científicos?

Comentado [SV37]: Aquí incorporaría ampliamente - no debe ser un texto muy grande- esas necesidades de dialogo con el avance del plan del complejo en materia de servicios públicos y demás.

Comentado [JH37R2]: De acuerdo

- apoyar la orientación del Complejo y la gobernanza de la agenda;
- fomentar investigación e innovación;
- fortalecer capacidades institucionales, individuales y comunitarias;
- consolidar y promover prioridades, buenas prácticas y políticas relacionadas con envejecimiento y vejez;
- y actuar como nodo dinamizador del ecosistema.

BOGOTÁ D.C.

Bibliografía

1. Arber, S., & Ginn, J. (1995). *Connecting gender and ageing: A sociological approach*. Open University Press.
2. Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging* (pp. 1–34). Cambridge University Press.
3. Boudiny, K. (2013). 'Active ageing': From empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing & Society*, 33(6), 1077–1098.
4. Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243–246.
5. Calasanti, T. (2004). Feminist gerontology and old men. *The Journals of Gerontology*, 59B(6), S305–S314.
6. Cano G, C., Medina Ch, A. M., Lara S, A. M., Avendaño M, V. R., & de Santacruz, C. (2023). *Colombia: El impacto de la crisis actual en los derechos de las personas adultas mayores: ¿crisis o cotidianidad?* <https://medicina.javeriana.edu.co/documents/1728723/0/INFORME++GENERAL+ESPAN%CC%83OL++HELPPAGE+3F.pdf/8f50da0a-4b97-3249-5428-3305a7a8319f?t=1681758421112>
7. CEPAL. (2016). *Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible*. Naciones Unidas.
8. CEPAL. (2017). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Naciones Unidas.
9. Departamento Nacional de Planeación (2025). CONPES 4162 Declaratoria de importancia estratégica de los proyectos de inversión Fortalecimiento de la infraestructura y dotación del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil (HUSJDMI), Centro de Salud de Excelencia en Colombia. URL: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/4162.pdf>
10. Ellis, G., Gardner, M., Tsiachristas, A., et al. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD006211.
11. Estes, C. L. (1979). *The aging enterprise*. Jossey-Bass.
12. Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE. (2023). *Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva*. Bogotá, D.C. Colombia. 597 páginas. URL: <https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2023/11/MCE-02-Salud-Octubre12-2023.pdf>
13. Gianfredi, V., Nucci, D., Pennisi, F., Maggi, S., Veronese, N., & Soysal, P. (2025). Aging, longevity, and healthy aging: the public health approach. *Aging clinical and experimental research*, 37(1), 125. <https://doi.org/10.1007/s40520-025-03021-8>
14. Huenchuan, S. (2013). *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: Situación, experiencias y desafíos*. CEPAL/UNFPA.

Comentado [MA38]: Preliminar, sujeta a modificaciones.

Comentado [JH38R2]: Actualizada tras eliminar varias fuentes e incluir nuevas, algunas de estas más recientes y de tipo overview

Comentado [MA38R3]: Agregada la referencia sobre la situación laboral del AM en Colombia

15. López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M., & Kroemer, G. (2013). The hallmarks of aging. *Cell*, 153(6), 1194–1217.
16. Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669.
17. Mekniran, W., Giger, O. F., Fleisch, E., Kowatsch, T., & Jovanova, M. (2025). The longevity landscape: mapping stakeholder priorities for healthy aging among high-income countries. *BMC public health*, 25(1), 4267. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-25498-8>
18. Martinson, M., & Berridge, C. (2015). Successful aging and its discontents: A systematic review of the social gerontology literature. *The Gerontologist*, 55(1), 58–69.
19. Montes de Oca, V. (2013). Envejecimiento en México: condición social y género. *La Ventana*, 4(38), 74–113.
20. Naciones Unidas. (1991). *Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad*. Resolución 46/91.
21. Naciones Unidas. (2002). *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
22. OEA. (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. OEA.
23. OMS. (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Organization.
24. OMS. (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. World Health Organization.
25. OMS. (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. *World Health Organization*. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/49cb8c52-7daa-4cc2-8fb9-f5220d5e4f39/content>
26. OMS. (2021). *Global report on ageism*. World Health Organization.
27. OPS. (2018). *La salud de los adultos mayores en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud.
28. Razavi, S. (2007). *The political and social economy of care in a development context* (Gender and Development Programme Paper No. 3). UNRISD.
29. Rofman, R., Apella, I., & Vezza, E. (2013). *Más allá de las pensiones contributivas: Catorce experiencias en América Latina*. Banco Mundial.
30. Roselli, D. & Hernandez, J. (2016). El impacto del envejecimiento sobre el sistema de salud colombiano. URL: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000600595
31. Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.
32. Saad, P. M. (2011). Envejecimiento de la población en América Latina. En *Vejez y sistemas de cuidado*. CEPAL.
33. Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727–733.
34. Tesha I, Liu C, Burke M et al. (2026). Designing a longevity-ready health system in Tanzania: from geriatric care to healthy ageing across the life course *The Lancet*

Regional Health – Africa.

35. Triado, C & Villar, F (1997). Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores*. *Anuario de Psicología*. no 73,43-55.
36. Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55(1), 121–139.
37. Walker, A. (2009). Commentary: The emergence and application of active aging in Europe. *Journal of Aging & Social Policy*, 21(1), 75–93.
38. World Health Organization. (2026). Improving understanding, measurement and monitoring of healthy ageing. URL: <https://www.who.int/activities/improving-understanding-measurement-and-monitoring-of-healthy-ageing>
- 39.

Anexo Reconocimiento Centro ante Minciencias.

El Ministerio de Ciencia ha definido un modelo de reconocimiento de los actores CTel, el cual se entiende como un proceso en que una institución comprueba su coherencia entre la misión, sus actividades y los resultados en investigación, desarrollo e innovación que aportan al mejoramiento focalizado del desempeño y la utilidad de la ciencia y la tecnología para atender necesidades y objetivos sectoriales y nacionales.

De esta manera, el reconocimiento como actor por parte de MinCiencias es estratégico, ya que permite tener ventajas competitivas y de posicionamiento en el ecosistema de ciencia y tecnología nacional en aspectos como:

Acceso a recursos e incentivos

- Las convocatorias de MinCiencias y otras entidades priorizan y en algunos casos, solo permiten participar a actores reconocidos.

- El reconocimiento es requisito para presentar y ejecutar proyectos de CTel financiados por el [Sistema General de Regalías](#) -SGR-.
- Permite acceder a beneficios tributarios (descuentos, deducciones y exenciones) por inversión en actividades de investigación, desarrollo e innovación que estén contemplados en el estatuto tributario.
- Facilita la articulación con fondos y programas internacionales que exigen avales de autoridad nacional para la financiación internacional.

Legitimidad y confianza

- El reconocimiento implica la validación de las capacidades, procesos y resultados de investigación, desarrollo e innovación de una institución, haciéndola visible para alianzas, redes y toma de decisiones de política pública.

Articulación y especialización

- La Política Nacional de Actores busca promover un ambiente favorable para la especialización y desarrollo de capacidades en los diferentes sectores del país. De esta manera, el reconocimiento permite clarificar el rol misional, capacidades y competencias del actor para el desarrollo de la ciencia y la tecnología en el país.

Incidencia en política pública

- El reconocimiento permite al Ministerio de Ciencia y Tecnología recopilar información estratégica del ecosistema CTel y orientar la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas acordes a las necesidades [en la](#) ciencia, tecnología e innovación. Un actor reconocido permite visibilizar ante el Estado el desarrollo y determinar necesidades de inversión, focos y regulación de la CTel en los diferentes sectores del país.

Competitividad institucional

- El reconocimiento ante MinCiencias permite la diferenciación de la institución y le permite abrir puerta a recursos de largo plazo y no solo a proyectos puntuales, lo que implica una sostenibilidad operacional para el actor.

Para el Centro de Pensamiento e Innovación en Envejecimiento y Vejez, el reconocimiento como actor del SNCTel es clave para liderar agenda nacional, acceder a recursos y certificar su trabajo en investigación, desarrollo e innovación.

La tipología de actores que componen el SNCTel se encuentra enmarcado en cuatro líneas de desarrollo de la ciencia y tecnología en el país:

1. **Generación de conocimiento científico:** investigadores, grupos de investigación, centros e institutos de investigación.

45

2. **Desarrollo tecnológico y transferencia de tecnología:** centros de desarrollo tecnológico, Oficinas de Transferencia de Resultados de Investigación (OTRIS).
3. **Innovación y productividad:** Empresas Altamente Innovadoras (EIAs), Unidades empresariales de I+D+i, Incubadoras de empresas de base tecnológica, Centros de innovación y de productividad, Parques Científicos, Tecnológicos o de Innovación.
4. **Mentalidad y Cultura de la CTel:** Centros de ciencia, Organizaciones que fomentan el uso y la apropiación de la CTel.

A continuación, se presentan las tres tipologías como actor del SNCTel:

Tabla. Tipología de actores en el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación

	Centro de Ciencia	Centro de Innovación y Productividad	Centro de Investigación
Definición	Instituciones públicas, privadas o mixtas, sin ánimo de lucro, con planta física abierta al público de manera permanente. Su misión integra la apropiación social de la CTel	Organizaciones públicas o privadas que contribuyen al mejoramiento de la competitividad y productividad local/regional/nacional, induciendo demanda por conocimiento científico, desarrollo tecnológico e innovación	Organización dedicada principalmente a hacer investigación básica y aplicada, con formación de alto nivel
Foco Misional	Apropiación social, comunicación pública de la ciencia, educación no formal. Reconocen diversidad cultural y promueven acceso democrático al conocimiento	Conectar oferta y demanda de conocimiento. Transferir tecnología, prestar servicios especializados y articular actores para transformar el sector productivo	Generar nuevo conocimiento científico-tecnológico. Hacer I+D, publicar, formar investigadores

Actividad Principal	Programas y actividades educativas, exposiciones, talleres, intercambio de experiencias para apropiación social	Asesorías, consultorías, asistencia técnica, capacitación. Soporte de TRL 4 a 9. Desarrollo de prototipos (TRL 4-6) y la demostración/despliegue en entornos reales (TRL 7-9), fundamentales para medir la madurez tecnológica de un producto o servicio antes de su entrada al mercado	Investigación básica y aplicada, desarrollo de programas de investigación
Actividades Complementarias	Divulgación, museografía, mediación cultural	Servicios científicos y tecnológicos, extensionismo tecnológico, estudios especializados, divulgación científica	Formación doctoral/maestría, publicación científica, redes de investigación
Resultados	Impacto en cultura científica, participación ciudadana, programas educativos	Metodologías, modelos, políticas públicas, dinamización de redes, publicaciones. También proyectos I+D+i ejecutados	Nuevo conocimiento certificado: artículos, libros, patentes, formación de doctores, grupos de investigación
Ejemplos	Bioparque Ukumari . Otros: Jardines Botánicos, museos, planetarios, acuarios	CINTEL, OEI, CIDT, MACONDO LAB, SEI, CPT, ORIENTE PC, TECNALIA, CTA.	INCITEMA, ILAE, IDCBIS, SINCHI, IIAP, CECIMAR, AGROSAVIA, CINEP, CIPAV, CREA, CENM, INM, CINARA, CIBIOFI, Instituto de Genética UNAL, CENIPALMA, CIDEIM, Centro de Investigaciones Oceanográficas e Hidrográficas, Centro de Investigaciones en desarrollo Humano

Requisitos Claves	Tener planta física abierta al público permanentemente	Demostrar impacto en competitividad y productividad del sector que atiende	Trayectoria investigativa, grupos reconocidos, producción científica
Fuente: Elaboración propia con base en: Minciencias, 2026 Actores Reconocidos Minciencias:			

Si el Centro enfoca su estrategia en la educación, la divulgación y la apropiación social del conocimiento en envejecimiento y vejez, podría reconocerse como un Centro de Ciencia. En cambio, si su fortaleza se orienta al establecimiento de alianzas con empresas, entidades públicas y la academia, a través de la consultoría para la solución de problemáticas del sector salud relacionadas con el envejecimiento y la vejez, podría posicionarse como un Centro de Innovación y Productividad.

Finalmente, si la orientación del Centro se enfoca en la producción de nuevo conocimiento, el fortalecimiento de la investigación y la formación del talento humano para el sector salud en envejecimiento y vejez, su perfil correspondería a un Centro de Investigación.