

# ANEXO TÉCNICO SISTEMA SOCIOSANITARIO



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

## TABLA DE CONTENIDO

1. Objeto del convenio marco .....	2
1.1. Alcance del Objeto .....	3
1.2. Características y Condiciones del Convenio Marco.....	3
1.2.1. Objetivo general del sistema sociosanitario .....	3
1.2.2. Objetivos específicos del sistema sociosanitario .....	4
2. Marco de Referencia.....	4
2.1. Aspectos Generales de los sectores. ....	4
2.1.1. Secretaría Distrital de Integración Social .....	4
2.1.2. Secretaría Distrital de Salud.....	6
2.2. Marco Conceptual .....	7
2.2.1. Un Sistema.....	7
2.2.2. El Sistema Sociosanitario .....	9
2.2.3. Los Enfoques del Sistema Sociosanitario .....	11
2.2.4. Los Principios del Sistema Sociosanitario.....	12
2.2.5. Glosario .....	13
3. Marco Normativo .....	17
3.1. Marco Normativo Internacional.....	17
3.2. Marco Normativo Nacional.....	20
3.2. Marco Normativo Distrital .....	21
4. Descripción del sistema sociosanitario .....	21
4.1. Componentes del Sistema Sociosanitario .....	21
4.1.1. Componente 1: Prevención del Abandono Social .....	21
4.1.2. Componente 2: Bienestar integral en unidades operativas de la SDIS.....	22
4.1.4. Componente 4: Gestión de casos .....	25
5. Población objetivo.....	26

### 1. Objeto del convenio marco

Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) para la implementación del Sistema Sociosanitario, garantizando la articulación de los servicios del sector salud y el sector social dirigidos a la población en abandono social y población vulnerable entendiendo como vulnerables aquellos que se encuentran en pobreza, en condiciones de fragilidad social o cualquiera de las formas extremas de exclusión en Bogotá.

### **1.1. Alcance del Objeto**

El convenio contempla la implementación progresiva del Sistema Sociosanitario, estableciendo compromisos y responsabilidades compartidas entre la SDS-FDS y la SDIS para garantizar su operatividad. La SDS-FDS coordinará con las Subredes Integradas de Servicios de Salud y las EAPBS la prestación de los servicios de salud en los dispositivos sociosanitarios, asegurando la atención en salud, la gestión integral del riesgo, la promoción del cuidado y la implementación de estrategias de prevención de enfermedades en la población en alta vulnerabilidad social incluida la que está en condición de abandono social. En este mismo sentido, coordinará con las mencionadas Subredes la prestación de servicios en modalidad extramural y domiciliaria, fortaleciendo la continuidad del cuidado en un entorno seguro.

Por su parte, la SDIS garantizará los servicios del sector social, promoviendo el cuidado, recuperación de autonomía, integración social y desarrollo de capacidades de la ciudadanía, asegurando una respuesta en concordancia con las necesidades de la población atendida.

En el marco del convenio se establecerán las responsabilidades en relación con la operación conjunta y la administración de los bienes inmuebles en los que operen los servicios, así como los mecanismos de seguimiento, evaluación y mejora continua del Sistema Sociosanitario, permitiendo realizar ajustes en función de los resultados obtenidos. Además, se trabajará en la optimización de los recursos financieros, administrativos y técnicos destinados a la ejecución del sistema, garantizando su sostenibilidad a largo plazo.

Para el desarrollo de los compromisos aquí adquiridos por las partes, se determinará por el comité técnico del convenio, cuales requieren la suscripción de nuevos contratos o convenios derivados del convenio marco; cuales se pueden cumplir directamente por las partes o cuales se pueden adelantar en el marco de la ejecución de los contratos y convenios vigentes en las entidades.

### **1.2. Características y Condiciones del Convenio Marco**

#### **1.2.1. Objetivo general del sistema sociosanitario**

Garantizar una respuesta intersectorial, integral y coordinada entre el sector salud y el sector social, orientada a la identificación, atención y acompañamiento de personas en situación de abandono social, especialmente en el ámbito hospitalario, mediante la implementación de un sistema sociosanitario que articule prevención, cuidado diario, atención en salud y gestión de casos, con el fin de promover su bienestar, protección y tránsito hacia un entorno digno y protector y el restablecimiento de derechos

Dentro del sistema lo que se busca atender a las personas que viven en condiciones de pobreza multidimensional, enfrentando carencias en salud y protección social, así como a

comunidades afectadas por fragilidad social, como hogares con jefatura monoparental, víctimas del conflicto armado, migrantes y personas en riesgo de explotación o violencia, entre otros. Además, se prioriza a la población en formas extremas de exclusión, como habitantes de calle, personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, personas con discapacidad sin atención adecuada y otros grupos históricamente marginados. En particular, en el ámbito hospitalario, se propone la implementación de un sistema sociosanitario que articule acciones de prevención, cuidado diario, atención en salud y gestión de casos, garantizando una respuesta intersectorial, integral y coordinada entre el sector salud y el sector social. El objetivo es identificar, atender y acompañar a estas personas, promoviendo su bienestar, protección y facilitando su tránsito hacia un entorno digno y protector, así como el restablecimiento de sus derechos.

### 1.2.2. Objetivos específicos del sistema sociosanitario

- Prevenir el abandono social mediante la identificación oportuna de señales de riesgo en ámbitos comunitarios, institucionales y hospitalarios, articulando acciones pedagógicas, comunicativas e institucionales que promuevan entornos protectores y corresponsables.
- Asegurar el acceso a la atención en salud en los espacios sociales de cuidado, mediante la presencia directa y articulada del sector salud dentro de las unidades de la SDIS, promoviendo la continuidad y adherencia a los tratamientos, la prevención de enfermedades y la recuperación de capacidades funcionales.
- Implementar un servicio sociosanitario transitorio especializado para personas en situación de **abandono social o institucional**, sin redes de apoyo ni acceso efectivo a servicios básicos; personas que viven en **condiciones de pobreza multidimensional**, con carencias en salud y protección social; comunidades afectadas por **fragilidad social**, como hogares con jefatura monoparental, víctimas del conflicto armado, migrantes, personas en riesgo de explotación o violencia, entre otras; población en **formas extremas de exclusión**, incluyendo habitantes de calle, personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, personas con discapacidad sin atención adecuada, entre otros grupos históricamente marginados que garantice un tránsito protegido tras la alta médica y la construcción de un proyecto de vida en condiciones de dignidad.
- Coordinar la gestión de casos de manera intersectorial, asegurando que las decisiones sobre ingreso, atención, egreso y seguimiento se tomen desde criterios técnicos, éticos y centrados en la persona, evitando fragmentaciones institucionales.
- Desarrollar mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación del sistema, que permitan analizar la trazabilidad de los casos, identificar barreras y potenciar la mejora continua de la atención sociosanitaria en el Distrito Capital.

## 2. Marco de Referencia.

### 2.1. Aspectos Generales de los sectores.

#### 2.1.1. Secretaría Distrital de Integración Social

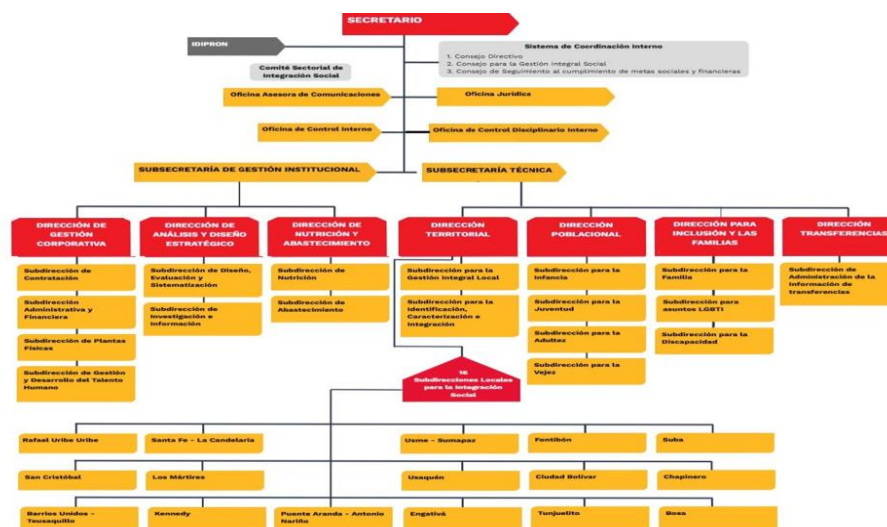
La Secretaría Distrital de Integración Social “SDIS” es una entidad pública de nivel central de Bogotá, líder del sector de integración social, encargada de formular e implementar políticas públicas poblacionales para garantizar el ejercicio de derechos, mediante una oferta de servicios sociales de calidad y la gestión de alianzas estratégicas con el sector privado y la cooperación internacional en pro de la inclusión social y productiva, el desarrollo de capacidades y la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de mayor vulnerabilidad, con un enfoque territorial e intersectorial.

La Entidad, con presencia en las 20 localidades de Bogotá, cuenta con una oferta de 43 servicios sociales y brinda atención en 762 unidades operativas en la ciudad. A través de esta oferta social, la Secretaría logró atender 1.579.424 personas durante la vigencia 2024. De acuerdo con el Decreto 607 en su artículo 2°, la Secretaría Distrital de Integración Social tiene las siguientes funciones:

1. Formular, orientar y desarrollar políticas sociales, en coordinación con otros sectores, organismos o entidades, para los distintos grupos poblacionales, familias y comunidades, en especial de aquellos en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad y promover estrategias que permitan el desarrollo de sus capacidades.
2. Dirigir la ejecución de planes, programas y proyectos de restablecimiento, prevención, protección y promoción de derechos de las personas, familias y comunidades, en especial aquellas de mayor situación de pobreza y vulnerabilidad.
3. Establecer objetivos y estrategias de corto, mediano y largo plazo, para asegurar la prestación de servicios básicos de bienestar social y familiar a la población objeto.
4. Desarrollar políticas y programas para la rehabilitación de las poblaciones vulnerables en especial habitantes de la calle y su inclusión a la vida productiva de la ciudad.
5. Ejercer las funciones de certificación, registro y control asignadas al Departamento Administrativo Bienestar Social en las disposiciones vigentes y las que le sean asignadas en virtud de normas nacionales o distritales.

La SDIS, cuenta con la siguiente estructura interna para el desarrollo de su misionalidad:

El Plan de Desarrollo Distrital 2024-2027 “Bogotá Camina Segura”, adoptado mediante el Acuerdo 927 de 2024, establece como prioridad la garantía del bienestar integral de la población en situación de vulnerabilidad mediante estrategias de atención intersectorial que permitan abordar de manera estructurada las problemáticas de exclusión social y desprotección en salud. Dentro de este marco, se reconoce la urgencia de fortalecer la atención de personas en situación de **abandono social o institucional**, sin redes de apoyo ni acceso efectivo a servicios básicos; personas que viven en **condiciones de pobreza multidimensional**, con carencias en salud y protección social; comunidades afectadas por **fragilidad social**, como hogares con jefatura monoparental, víctimas del conflicto armado, migrantes, personas en riesgo de explotación o violencia, entre otras; población en **formas extremas de exclusión**, incluyendo habitantes de calle, personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, personas con discapacidad sin atención adecuada, entre otros grupos históricamente marginados, condiciones que afectan de manera significativa a personas anteriormente señaladas, debido a la ausencia de redes familiares o comunitarias, carecen de acceso efectivo a protección social y una gestión inadecuada de su riesgo en salud.



## 2.1.2 Secretaría Distrital de Salud

Por su parte, la Secretaría Distrital de Salud “SDS” es un organismo del Sector Central con autonomía administrativa y financiera que tiene por objeto orientar y liderar la formulación, adaptación, adopción e implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias conducentes a garantizar el derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital. Como organismo rector de la salud ejerce su función de dirección, coordinación, vigilancia y control de la salud pública en general del Sistema General de la Seguridad Social y del régimen de excepción, en particular.

Por su parte, el Fondo Financiero Distrital de Salud es un Establecimiento Público Distrital, con Personería Jurídica, autonomía administrativa, patrimonio propio e independiente y autonomía financiera, adscrito a la secretaría Distrital de Salud de Bogotá con sujeción al régimen fiscal del Distrito, que funciona como una cuenta especial del Presupuesto Distrital con unidad de Caja, en la condición de Fondo Financiero del Sistema de Salud del Distrito Capital de Bogotá.

El Fondo Financiero Distrital de Salud tiene como objeto especial y principal recaudar, administrar y arbitrar la totalidad de los recursos destinados a financiar el servicio público de Salud en el Distrito Capital, concretamente los provenientes del Situado Fiscal, las rentas cedidas al Distrito, el Impuesto al Valor Agregado, los destinados al Fondo de Salud Mental y Asistencia al Anciano Desamparado de Bogotá, D.C., los seguros obligatorios de vehículos automotor, los de registro de anotación y en general los recursos con destino al sector salud que le puedan corresponder al Distrito Capital de Bogotá.

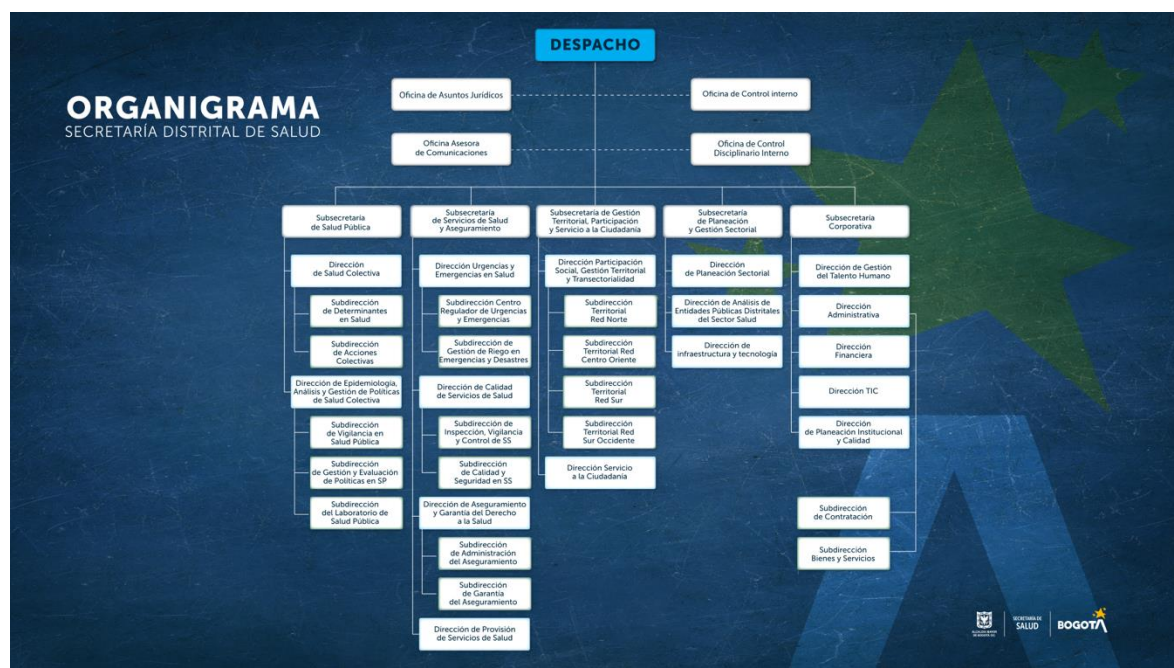
Mediante Decreto 706 de 1991 en su artículo 1, el alcalde Mayor delegó la ordenación del gasto del Fondo Financiero Distrital de Salud en la Secretaría Distrital de Salud.

Por su parte, el Acuerdo 641 de 2016, efectuó la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, estableciendo como misión del sector salud: formular, adoptar, dirigir, planificar, coordinar, ejecutar, y evaluar las políticas para el mejoramiento de la situación de salud de la población del Distrito Capital, mediante acciones en salud pública, prestación de servicios de salud y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, e integra

el sector salud en entidades adscritas; Fondo Financiero Distrital de Salud, Empresas Sociales del Estado: Subred Integrada de Servicios de Salud, Norte, Sur Occidente, Sur, Centro Oriente, y entidades vinculadas; Sociedad de Economía Mixta Capital Salud EPS – SAS, entidades sin ánimo de lucro mixta: Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica, Instituto Distrital de Ciencia Biotecnología e Innovación en Salud, y Organismos; Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y Comité Directivo de la Red.

Que el Acuerdo No. 927 del 07 de junio de 2024 adoptó el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2024-2027 “BOGOTÁ CAMINA SEGURA”, el cual presenta en su estructura los siguientes cinco (5) objetivos estratégicos: (I) “Bogotá Avanza en Seguridad”; (II) “Bogotá Confía en su Bien-Estar”; (III) “Bogotá Confía en su Potencial”; (IV) “Bogotá Ordena su Territorio y Avanza en su Acción Climática”; y, (V) “Bogotá Confía en su Gobierno”; que se encuentran alineados con treinta y nueve (39) programas intersectoriales, que se orientan al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS- en el 2030, de los cuales diez (10) pertenecen al sector salud y se ejecutan a través de los proyectos de inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud.

Así pues, la “SDS” cuenta con la siguiente estructura interna para el desarrollo de su misionalidad.



## 2.2. Marco Conceptual

### 2.2.1. Un Sistema

Según Marcelo Arnold, En términos generales los sistemas pueden clasificarse de la siguiente manera:

- “Según su emisividad los sistemas pueden ser agrupados en reales, ideales y modelos. Mientras los primeros presumen una existencia independiente del

observador (quien los puede descubrir), los segundos son construcciones simbólicas, como el caso de la lógica y las matemáticas, mientras que el tercer tipo corresponde a abstracciones de la realidad, en donde se combina lo conceptual con las características de los objetos.

- b) Con relación a su origen los sistemas pueden ser naturales o artificiales, distinción que apunta a destacar la dependencia o no en su estructuración por parte de otros sistemas.
- c) Con relación al ambiente o grado de aislamiento los sistemas pueden ser cerrados o abiertos, según el tipo de intercambio que establecen con sus ambientes. Como se sabe, en este punto se han producido importantes innovaciones en la TGS (observación de segundo orden), tales como las nociones que se refieren a procesos que aluden a estructuras disipativas, autorreferencialidad, autoobservación, autodescripción, autoorganización, reflexión y autopoiesis”<sup>1</sup>.

Este convenio marco, que se establece entre dos entidades distritales como son la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría de Integración Social, se enmarca en un Sistema, entendido este como “una combinación ordenada de partes que, aunque trabajen de manera independiente, se interrelacionan o interactúan y, por medio del esfuerzo colectivo y dirigido, constituyen un todo racional, funcional y organizado, que actúa con el fin de alcanzar metas de desempeño previamente definidas” (Chadwick 1975, p.23). Por su parte, para Bertalanffy (1976) el Sistema es un “conjunto de elementos interactuantes que se relacionan entre ellos y con el medio”. Bajo este contexto, se busca que este convenio marco integre las capacidades institucionales, administrativas y operativas de las dos Entidades, de forma organizada, coherente, armónica y equilibrada, para atender problemáticas de personas en situación de **abandono social o institucional**, sin redes de apoyo ni acceso efectivo a servicios básicos; personas que viven en **condiciones de pobreza multidimensional**, con carencias en salud y protección social; comunidades afectadas por **fragilidad social**, como hogares con jefatura monoparental, víctimas del conflicto armado, migrantes, personas en riesgo de explotación o violencia, entre otras; población en **formas extremas de exclusión**, incluyendo habitantes de calle, personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, personas con discapacidad sin atención adecuada, entre otros grupos históricamente marginados las cuales, por su complejidad, factores precipitantes y condiciones estructurales, demandan de la atención y de la articulación intersectorial e interinstitucional.

Conforme a lo señalado por Manning, citado por el mismo Bertalanffy (1976:2): “los factores esenciales en los problemas, puntos, políticas y programas públicos deben ser siempre considerados y evaluados como componentes interdependientes de un sistema total”; así las cosas, para la Secretaría Distrital de salud como para la Secretaría de Integración Social, el Sistema Sociosanitario responde a una necesidad sentida como es el abandono, por lo que la interacción interinstitucional, esfuerzo colectivo, búsquedas comunes de soluciones, y la puesta en marcha de los diferentes principios, enfoques y horizontes de sentido de las dos entidades, son vistos como parte de un sistema total con el que cuenta la Ciudad y, en particular, la población de personas en situación de **abandono social o institucional**, sin redes de apoyo ni acceso efectivo a servicios básicos; personas que viven en **condiciones de pobreza multidimensional**, con carencias en salud y protección social; comunidades afectadas por **fragilidad social**, como hogares con jefatura monoparental, víctimas del conflicto armado, migrantes, personas en riesgo de explotación o violencia, entre otras; p

---

<sup>1</sup> Marcelo Arnold. Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. Cinta de Moebio. N°3. Abril de 1998. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.



oblación en **formas extremas de exclusión**, incluyendo habitantes de calle, personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, personas con discapacidad sin atención adecuada, entre otros grupos históricamente marginados. En consecuencia, este convenio marco se materializa en la creación de un Sistema, y puntualmente, de un Sistema Sociosanitario, del cual se hace referencia a continuación.

## 2.2.2. El Sistema Sociosanitario

La atención sociosanitaria, según Rodríguez Cabrero y Monserrat Codorniu (2002), se entiende como “un conjunto de acciones coordinadas, dirigidas a ofrecer una respuesta integral a las personas que requieren algún tipo de atención donde confluyen los dispositivos sociales y sanitarios”. Esta forma de atención parte del reconocimiento de que las necesidades de ciertas personas (especialmente aquellas en situación de **abandono social o institucional**, sin redes de apoyo ni acceso efectivo a servicios básicos; personas que viven en **condiciones de pobreza multidimensional**, con carencias en salud y protección social; comunidades afectadas por **fragilidad social**, como hogares con jefatura monoparental, víctimas del conflicto armado, migrantes, personas en riesgo de explotación o violencia, entre otras; p oblación en **formas extremas de exclusión**, incluyendo habitantes de calle, personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, personas con discapacidad sin atención adecuada, entre otros grupos históricamente marginados) no pueden ser atendidas únicamente desde el sector salud o desde el sector social de manera aislada. Implica una actuación articulada entre servicios institucionales, comunitarios y familiares, con intervenciones tanto domiciliarias como institucionales, orientadas a la valoración, acompañamiento, apoyo y seguimiento de personas que presentan condiciones de dependencia, deterioro funcional, vulnerabilidad psicosocial o ausencia de redes de apoyo. Su propósito es potenciar la autonomía, evitar el deterioro y promover la integración social y familiar.

Figura 2. Alianza de servicios sociales y sanitarios



Fuente: Elaboración propia SDS.

Desde una perspectiva normativa y de derechos, esta atención debe enmarcarse en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que reconoce la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable, estableciendo mecanismos de protección y asegurando su acceso oportuno, eficaz y de calidad para todos los ciudadanos, y en la Sentencia C-313 de 2014, donde la Corte Constitucional subraya la necesidad de diferenciar los servicios sanitarios (mal llamados en Colombia “de salud”) de los cuidados sociales. Ambos son indispensables para la garantía del derecho a una vida digna, pero exigen marcos de actuación diferenciados, complementarios e interdependientes. A ello se suma la Ley 1850 de 2017, que establece como delito el abandono de personas mayores, visibilizando la corresponsabilidad del Estado, la sociedad y las familias. Esta articulación normativa permite sustentar la implementación del modelo sociosanitario como una estrategia que vincula distintos

sectores de la administración pública para enfrentar un fenómeno estructural con una respuesta intersectorial, progresiva y sostenible.

En el contexto de Bogotá, el modelo sociosanitario se concreta inicialmente como una apuesta institucional compartida entre la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS). Esta alianza reconoce las particularidades de cada entidad y promueve una integración armónica entre lo sanitario y lo social, en función de las necesidades de personas en situación de **abandono social o institucional**, sin redes de apoyo ni acceso efectivo a servicios básicos; personas que viven en **condiciones de pobreza multidimensional**, con carencias en salud y protección social; comunidades afectadas por **fragilidad social**, como hogares con jefatura monoparental, víctimas del conflicto armado, migrantes, personas en riesgo de explotación o violencia, entre otras; población en **formas extremas de exclusión**, incluyendo habitantes de calle, personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, personas con discapacidad sin atención adecuada, entre otros grupos históricamente marginados. Desde esta lógica, el modelo no se reduce a la prestación de servicios paralelos, sino que plantea una sinergia de acciones que ocurren en simultáneo y se articulan en torno al bienestar del sujeto. Esta sinergia permite mayor efectividad en los procesos de intervención, reduce tiempos de respuesta institucional, evita duplicidades y mejora los resultados en salud, autonomía y calidad de vida.

El concepto de “cuidado” adquiere aquí un papel central. Los servicios sociales se conciben como espacios que deben asimilarse al “buen hogar”: lugares donde se restituyen y/o se ejercen derechos, se reconfiguran vínculos familiares o comunitarios y se promueve un cuidado centrado en la dignidad, el desarrollo de capacidades y la autonomía. Esta noción de cuidado supera la idea de asistencia y se convierte en un eje articulador de la atención sociosanitaria.

Para consolidar esta visión, es clave establecer una articulación efectiva con el sector justicia, especialmente en lo que respecta a la aplicación de la Ley 1850 de 2017. Esta articulación permite activar mecanismos legales frente a situaciones de abandono, exigir la corresponsabilidad familiar en el cuidado de las personas mayores y definir rutas de retorno seguras y acompañadas. Cuando se identifique la posibilidad de reintegración a una red familiar, el proceso deberá ser gradual y asistido, garantizando un entorno protector, adaptado y respetuoso de los derechos de la persona.

Complementariamente, se promoverá la conexión con las Manzanas del Cuidado como estrategia distrital para redistribuir las cargas del cuidado en el hogar y el entorno comunitario. Estas redes territoriales fortalecen la corresponsabilidad social y facilitan la integración de las personas que, tras una estancia institucional transitoria, puedan retornar a su comunidad o entorno familiar con el acompañamiento adecuado. De esta manera, el modelo no solo resuelve situaciones críticas, sino que también previene la repetición de problemas y promueve la permanencia de las personas en entornos protectores.

El fenómeno del abandono social (en especial en contextos hospitalarios) ha evidenciado un creciente deterioro institucional, familiar y comunitario. Según datos de la SDS, para 2024 se reportaron 93 personas mayores en situación de abandono en hospitales de Bogotá, afectando la capacidad operativa del sistema de salud y agudizando el deterioro físico, emocional y cognitivo de las personas afectadas. A esto se suma la ausencia de rutas integrales de egreso, lo que prolonga estancias hospitalarias innecesarias y representa una carga financiera para las Subredes Integradas de Servicios de Salud. Por tanto, el Sistema

Sociosanitario se presenta como una estrategia estructural para abordar la brecha en la continuidad del cuidado, especialmente en la transición entre la atención hospitalaria y el retorno a un entorno protegido y digno, ya sea familiar, comunitario o institucional.

La atención sociosanitaria en Bogotá se implementa bajo el marco del Modelo MAS Bienestar, que incorpora la Atención Primaria Social como base de la reorganización del sistema de salud. Este modelo reconoce los determinantes sociales de la salud como ejes centrales de intervención y articula acciones de prevención, gestión de riesgo, promoción del autocuidado, atención extramural e institucionalización transitoria. A través de Equipos MAS Bienestar en tu hogar (EBEH), acciones colectivas en salud y estrategias de gestión de casos, se busca garantizar el tránsito fluido de las personas por el sistema, reconociendo sus condiciones sociales y priorizando la atención en los entornos más cercanos. Este enfoque es coherente con el Plan Territorial de Salud 2024–2027 y con la dimensión “Vivir sin humillaciones en la vejez” de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez.

En suma, el modelo sociosanitario propuesto por el Distrito Capital no se limita a un servicio puntual, sino que constituye una estrategia estructural para transformar la atención a personas en condiciones de alta vulnerabilidad. Articula unidades operativas, recursos institucionales, sociales y familiares en torno al cuidado, la protección y la dignificación de las personas, reconociendo la interdependencia entre salud y bienestar social. Esta apuesta implica, además, un cambio de paradigma en la manera en que se entiende y se gestiona el abandono: no como un hecho aislado, sino como una expresión de desigualdades estructurales que requiere una respuesta integral, sostenible y basada en derechos.

Desde el marco de las políticas públicas, los enfoques se entienden como orientaciones técnicas y éticas que permiten dirigir la atención del Estado hacia realidades sociales específicas. En el caso del modelo sociosanitario, se integran el enfoque de derechos, el enfoque diferencial, el enfoque de género, el enfoque centrado en la persona y el enfoque de curso de vida. Estos enfoques permiten reconocer que las situaciones de abandono no son neutras ni homogéneas, sino que se expresan con mayor crudeza en ciertos grupos poblacionales, como personas en situación de **abandono social o institucional**, sin redes de apoyo ni acceso efectivo a servicios básicos; personas que viven en **condiciones de pobreza multidimensional**, con carencias en salud y protección social; comunidades afectadas por **fragilidad social**, como hogares con jefatura monoparental, víctimas del conflicto armado, migrantes, personas en riesgo de explotación o violencia, entre otras; población en **formas extremas de exclusión**, incluyendo habitantes de calle, personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, personas con discapacidad sin atención adecuada, entre otros grupos históricamente marginados. Por ello, el diseño de respuestas debe considerar trayectorias vitales, determinantes sociales, condiciones estructurales de exclusión y desigualdades acumuladas, evitando generalizaciones que invisibilicen la complejidad del fenómeno (Secretaría Distrital de Planeación [SDP], 2016).

### 2.2.3. Los Enfoques del Sistema Sociosanitario

**Enfoque de derechos humanos:** este enfoque se basa en el principio de que los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes. En el caso de las personas mayores, el Decreto 345 de 2010 establece que el enfoque de derechos define, ordena y articula los fundamentos teóricos, políticos y operativos de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en Bogotá. Implica que el Estado debe garantizar la promoción, el reconocimiento, la restitución y el ejercicio pleno de los derechos civiles, políticos,

económicos, sociales, culturales y colectivos de todas las personas mayores, sin distinción alguna (Secretaría Distrital de Integración Social [SDIS], 2010).

**Enfoque poblacional-diferencial:** reconoce las diferencias derivadas del ciclo vital, la etnicidad, la orientación sexual, el género, la discapacidad, la situación de habitabilidad en calle o el desplazamiento forzado. Este enfoque permite identificar necesidades específicas y reducir brechas sociales desde un principio de equidad. Considera a Bogotá como un territorio diverso, habitado por múltiples grupos y sectores sociales que tienen igualdad en derechos, aunque con trayectorias de exclusión diferenciadas (SDP, 2016).

**Enfoque de género:** este enfoque visibiliza las desigualdades estructurales entre hombres y mujeres, así como las distintas construcciones sociales de género. Desde una perspectiva interseccional, permite analizar cómo se configuran y reproducen relaciones de poder, discriminaciones y brechas en el goce efectivo de derechos. Su objetivo es promover la igualdad de género y generar condiciones institucionales que reconozcan la diversidad y transformen los imaginarios que perpetúan desigualdades (SDP, 2020).

**Enfoque centrado en la persona:** parte del reconocimiento de que las personas son las principales conocedoras de sí mismas y deben estar en el centro de las decisiones que afectan su bienestar. Este enfoque promueve el acompañamiento desde la dignidad, el respeto y la autonomía, reconociendo tres dimensiones clave en la construcción del sujeto: una dimensión histórica (contextos y trayectorias), una dimensión cultural (relaciones e identidad) y una dimensión experiencial (saberes que emergen de la vida vivida) (Secretaría Distrital de Integración Social [SDIS], 2024).

**Enfoque de curso de vida:** reconoce que las condiciones de salud y bienestar se acumulan a lo largo de la vida, y que las situaciones de abandono o vulnerabilidad en la vejez están directamente relacionadas con eventos previos no resueltos en otras etapas del ciclo vital. Este enfoque permite entender la vejez no como una etapa aislada, sino como resultado de desigualdades estructurales que deben ser prevenidas, corregidas o mitigadas de manera integral y anticipada (Ministerio de Salud y Protección Social & Organización Panamericana de la Salud [MSPS & OPS], 2015).

#### 2.2.4. Los Principios del Sistema Sociosanitario

El Sistema Sociosanitario de Bogotá se fundamenta en un conjunto de principios orientadores que articulan el enfoque de derechos con los valores de justicia social, dignidad humana y responsabilidad compartida. Estos principios estructuran la acción institucional y guían la intervención interdisciplinaria e intersectorial con personas en situación de **abandono social o institucional**, sin redes de apoyo ni acceso efectivo a servicios básicos; personas que viven en **condiciones de pobreza multidimensional**, con carencias en salud y protección social; comunidades afectadas por **fragilidad social**, como hogares con jefatura monoparental, víctimas del conflicto armado, migrantes, personas en riesgo de explotación o violencia, entre otras; población en **formas extremas de exclusión**, incluyendo habitantes de calle, personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, personas con discapacidad sin atención adecuada, entre otros grupos históricamente marginados, promoviendo una atención integral, ética y humanizada. A continuación, se presentan los principios que rigen su operación:

1. Autonomía y participación: se fundamenta en el reconocimiento de la capacidad de todas las personas, independientemente de su condición funcional o social, para tomar decisiones

sobre su propia vida. La autodeterminación implica el respeto a las preferencias, deseos y voluntades de cada sujeto, incluso cuando impliquen trayectorias no convencionales o decisiones con márgenes de error. La participación efectiva se entiende como la posibilidad real de incidir en los procesos que les afectan, fortalecer sus vínculos sociales y comunitarios, y establecer relaciones de pertenencia e integración intergeneracional. En el caso de las personas mayores, este principio se traduce en el acompañamiento para mantener o reconstruir proyectos de vida, redes de apoyo y espacios de incidencia social y política (Secretaría Distrital de Integración Social [SDIS], 2010).

2. Diversidad: reconoce la pluralidad de identidades, trayectorias, expresiones y configuraciones humanas que constituyen la experiencia de vida de cada persona. Este principio implica el respeto activo por la edad, la orientación sexual, el origen étnico, la identidad de género, las expresiones culturales, la situación de discapacidad, las convicciones religiosas, los gustos y las elecciones vitales. Reconocer la diversidad no es únicamente un acto simbólico, sino una condición necesaria para garantizar una atención libre de discriminación, centrada en la persona, y respetuosa de las múltiples formas de habitar el mundo (Secretaría Distrital de Planeación [SDP], 2016).

3. Equidad: implica reconocer las desigualdades históricas y estructurales que atraviesan a ciertos grupos poblacionales, y establecer medidas diferenciadas que permitan compensar dichas brechas. No se trata de tratar igual a quienes parten de condiciones desiguales, sino de ofrecer recursos, apoyos y respuestas que tengan en cuenta esas asimetrías sociales, económicas, culturales o funcionales. En el Sistema Sociosanitario, la equidad se expresa en la priorización de quienes enfrentan mayor exclusión, en la adaptación de las intervenciones a sus condiciones particulares, y en la búsqueda constante de justicia distributiva (SDP, 2016).

4. Igualdad: como principio jurídico y ético, establece que todos los seres humanos tienen los mismos derechos y deben ser tratados sin discriminación. En el contexto del Sistema Sociosanitario, esto se traduce en garantizar que todas las personas (sin importar su edad, condición social, funcional o de origen) tengan acceso a servicios de salud y protección social en condiciones de dignidad. La igualdad no niega las diferencias, sino que busca asegurar que estas no se conviertan en motivos de exclusión o vulneración. Promover la igualdad implica también transformar imaginarios sociales que reproducen estigmas sobre la vejez, la discapacidad, la calle o la dependencia.

### 2.2.5. Glosario

- Persona mayor: aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor<sup>11</sup>.
- Abandono: La Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) define al abandono como: “la falta de acción, deliberada o no, para atender de manera integral las necesidades de una persona mayor que ponga en peligro su vida o su integridad física, psíquica o moral”. Así, el abandono se vería expresado concretamente en el “[...] rechazo o negativa para iniciar, continuar o completar el apoyo a los cuidados de una persona mayor, ya sea de manera voluntaria o involuntariamente, por parte de quien es responsable de brindarlos”. por otro lado, la Organización de Estados Americanos refiere al respecto que es; acto u omisión contra una persona, que ocurra de manera única o repetida y produzca daño a la integridad física, psíquica, moral o que vulneren el goce de los derechos humanos y libertades fundamentales,

independientemente de que esta situación se produzca en el marco de una relación de confianza (OEA, 2015). Por ejemplo, “omisión de las necesidades básicas como alimento, agua, alojamiento, abrigo, higiene, ropa, atención sanitaria, tratamiento médico, entre otros.” Según Hernández G. et al (2011), los tipos de abandono que se presentan en las personas mayores son:

- Abandono Físico: Este tipo de abandono, se evidencia principalmente en los familiares que exclusivamente pagan el cuidado de la persona mayor, pero olvidan por completo a su familiar, desatendiéndolo físicamente.
- Abandono Parcial: El abandono parcial, es más evidente en aquellas familias en donde existen los recursos económicos para pagar un hogar privado, en donde aportan un monto relativo y la persona mayor queda prácticamente internado en dicho lugar, lo cual con el tiempo conlleva a que la relación y contacto entre la familia y la persona mayor se vea cada vez más lejana, porque en la mayoría de los casos los familiares visitan ocasionalmente a su familiar, sintiéndose la persona mayor cada vez más sola. (p.32)
- Abandono Total: Este tipo de abandono supone que las personas mayores no tienen quien los cuide y cubra sus necesidades básicas, viéndose obligados a depender de la sociedad que les proporciona caridad, por medio de limosnas y dádivas. (p.32).
- Abuso económico o material: es el uso ilegal, inapropiado o sin autorización de dinero, propiedades, rentas, patrimonio o recursos de una persona mayor. Comprende el mal uso o hurto del dinero o propiedades de las personas mayores, como cuando se hace el cobro de pensiones o subsidios a su nombre, sin entregar o administrar el dinero conforme a la voluntad del titular, o cuando se le engaña para vender o donar propiedades falsificando documentos o haciendo mal uso del poder otorgado a representantes o abogados.
- Abuso sexual: está referido al contacto sexual de cualquier tipo, no consentido, con una persona mayor y se evidencia mediante actitudes, gestos, insinuaciones, exhibicionismo o comportamientos de acoso sexual, tocamientos, así como obligar a la víctima a realizar actos sexuales al agresor, violación, realización de fotografías obscenas, entre otros.
- Vulnerabilidad: es entendida como “(...) un proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas o internas. La vulnerabilidad social de sujetos y colectivos de población se expresa de varias formas, ya sea como fragilidad e indefensión ante cambios originados en el entorno, como desamparo institucional desde el Estado que no contribuye a fortalecer ni cuida sistemáticamente de sus ciudadanos. La vulnerabilidad está relacionada con circunstancias un proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido que le impiden al individuo (i) procurarse su propia subsistencia; y (ii) lograr niveles más altos de bienestar, debido al riesgo al que está expuesto por situaciones que lo ponen en desventaja en sus activos (...)”<sup>16</sup>.
- Maltrato físico: Implica el uso de fuerza física que puede resultar en daño corporal, dolor físico, deterioro o lesión. Incluye agresiones como: golpear, abofetear, patear, atar, sacudir, pellizcar, empujar, pinchar, quemar, inmovilizar, etc.; se realiza de manera directa o con objetos. (...) Sus efectos psicológicos son angustia y resistencia extrema, entre otros.
- Maltrato psicológico o emocional: se expresa en acciones como remedar, ignorar, chantajear, aislar, infantilizar, sobrecargar de tareas domésticas, excluir de eventos significativos, sacar de su casa, echar a la calle e impedir el ejercicio de sus

derechos, así como infligir angustia, dolor o estrés a través de actos verbales o no verbales; incluye gritos, reproches, amenazas, insultos, intimidación y humillación.

- Desatención (negligencia) o abandono: implica la omisión del cuidador familiar de cumplir con la responsabilidad de cuidado de una persona mayor incapaz de atender sus propias necesidades, comprende además la negligencia que puede ser pasiva o activa e intencional o no intencional. La pasiva consiste en dejar solas a las personas mayores, asiladas u olvidadas, no proporcionarles alimentación o atención médica, negarles o limitarles la administración de medicamentos. La activa implica privar de artículos necesarios para la vida diaria, negar recursos vitales y no proveer de cuidados a aquellas personas físicamente dependientes.
- Atención Primaria Social “APS”: La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas». OMS y UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs.
- Autocuidado: capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica<sup>1</sup>.
- Bienestar: el bienestar se define como una condición de salud holística y el proceso de lograr esta condición. Se refiere a la salud física, emocional, social y cognitiva. El bienestar incluye lo que es bueno para una persona: tener un papel social significativo, sentirse feliz y esperanzado, vivir de acuerdo con buenos valores según se definen localmente, tener relaciones sociales positivas y un entorno solidario, manejar los desafíos con habilidades positivas para la vida y tener seguridad, protección y acceso a servicios de calidad. Los aspectos importantes del bienestar incluyen: biológico, material, social, espiritual, cultural, emocional y mental<sup>2</sup>.
- Calidad de vida: la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales<sup>3</sup>.
- Corresponsabilidad: la corresponsabilidad o responsabilidad compartida es comprendida como la responsabilidad compartida entre la familia, la sociedad y el Estado con el fin de alcanzar un objetivo común. “...La corresponsabilidad supone y asume que la familia, la sociedad y el estado han construido una serie de mecanismos de regulación mutua y autorregulación que han sido definidos por la moral, la cultura y la ley como mecanismos de convivencia. Si bien estos tres ámbitos sociales en los que se desenvuelve el sujeto tienen roles y responsabilidades diferentes frente a los objetivos del desarrollo, comparten el propósito de garantizar el ejercicio de los derechos humanos en su integralidad y universalidad”<sup>4</sup>.
- Determinantes sociales de la salud (DSS): Hacen referencia a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen. Estas condiciones se configuran a partir de un conjunto más amplio de fuerzas que incluyen las políticas y sistemas económicos, agendas de desarrollo, normas sociales, políticas sociales y sistemas políticos (World Health Organization (WHO), 2024).

- Envejecimiento activo y saludable: proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población<sup>6</sup>.
- Envejecimiento de la población: aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total<sup>7</sup>.
- Envejecimiento: proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio<sup>8</sup>.
- Equipos de la gestión extramural: No son de una entidad particular o para una población específica, sino que administrativa y operativamente se estructuran para garantizar una atención adecuada e integral a los usuarios, independiente de su afiliación.
- El abordaje de los equipos extramurales es complementado con acciones periódicas y con servicios definidos según necesidades territoriales identificadas. Estas se dan en forma de jornadas intersectoriales, que definirán los servicios en salud o sociales a ofertar, según las necesidades previamente establecidas con la comunidad, así como los actores sectoriales e intersectoriales presentes en el territorio.  
Equipos MAS Bienestar en tu hogar (EBEH): Es un grupo interdisciplinario encargado de desarrollar acciones con la comunidad, familia y personas con el fin de incidir de manera positiva en las condiciones de salud de las familias y comunidades. Este equipo lo componen promotores (técnicos en salud), profesionales de medicina, enfermería, psicología, nutrición, ciencias ambientales, optometría, odontología y terapia según las necesidades identificadas en el territorio, quienes tendrán asignación de un número de familias del territorio y responsabilidad en la gestión integral del riesgo de estas. Su labor se centra en aportar a la identificación de riesgos en salud e implementar el Plan de Cuidado para abordarlos, realizar intervenciones individuales, familiares y colectivas para mitigar amenazas a la salud y promover factores protectores, así como ejecutar acciones de educación para la salud pública, monitorear la situación de salud y asegurar el seguimiento de planes de gestión del riesgo y coordinar con otros prestadores de salud para asegurar una atención integral y efectiva.
- Gestión de casos: “La gestión de casos es el acompañamiento y coordinación de profesionales y recursos a lo largo del itinerario integral de intervención. Contempla la valoración integral (persona, familia, vivienda, entorno) desde los problemas, las necesidades y las fortalezas, la planificación del caso, recomendaciones y paquetes de servicios, la implementación del plan, concertación de servicios, formales e informales y la articulación, seguimiento, acompañamiento y evaluación. En los casos de abandono el gestor de caso adquiere una relevancia mayor en tanto la defensa y la protección frente a una mayor vulnerabilidad”<sup>10</sup>.
- Gestión integral del riesgo en salud: Centra su abordaje en la generación de bienestar y salud, donde la persona, la familia y la comunidad son el núcleo para la identificación temprana e intervención oportuna de riesgos.
- Gestión extramural: Se enfoca en fortalecer el primer contacto entre el sistema de salud y las personas, familias y comunidades en sus entornos cotidianos (hogar,



educativo, laboral, institucional y comunitario). Este enfoque considera estos entornos como determinantes de la salud y el bienestar, ya que pueden ser protectores, facilitadores o deterioradores de la salud.

- Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC): Este plan consiste en un conjunto de intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo colectivo, enmarcadas en las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud (PTS) de Bogotá.
- Política pública social: conjunto de valores, decisiones y acciones estratégicas que llevan a la transformación de una situación específica, que tanto los ciudadanos y ciudadanas como el Estado han determinado como importante o prioritaria, en la medida en que subsisten en ella condiciones de desequilibrio que afectan la calidad de vida; plantean una distribución diferente de lo existente; bienes o servicios y la creación de respuestas a partir de la identificación colectiva de soluciones<sup>12</sup>.
- Redes de apoyo: definen las redes de apoyo como un conjunto de relaciones interpersonales que vinculan a las personas con otras de su entorno y les permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional<sup>13</sup>.
- Familias: organizaciones sociales, construidas históricamente, constituidas por personas que se reconocen y son reconocidas en la diversidad de sus estructuras, arreglos, formas, relaciones, roles y subjetividades; las cuales están conformadas por grupos de dos o más personas de diferente o del mismo sexo, con hijos o sin ellos, unidas por una relación de parentesco por consanguinidad, afinidad, adopción o por afecto, en las que se establecen vínculos de apoyo emocional, económico, de cuidado o de afecto, que comparten domicilio, residencia o lugar de habitación de manera habitual y son sujetos colectivos de derecho<sup>9</sup>.
- Redes de cuidado comunitario: las redes de cuidado comunitario son el conjunto de apoyos a través de los cuales se mantiene, de forma individual, una identidad social, recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información que se establecen mediante el relacionamiento en sociedad. Es, en síntesis, "(...) una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto"<sup>14</sup>.
- Vejez: Definida como el último de los momentos del ciclo de la vida que comienza alrededor de los 60 años y termina con la muerte<sup>15</sup>.
- Transitorio: se refiere a un período de atención temporal que se brinda a la persona mayor desde el momento de su ingreso hasta un máximo de 12 meses. Durante este tiempo, se busca proporcionar apoyo integral para facilitar la reintegración de la persona en un entorno seguro y de apoyo, promoviendo el restablecimiento de sus derechos y su bienestar en un plazo limitado<sup>17</sup>.

### **3. Marco Normativo**

#### **3.1. Marco Normativo Internacional**

- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre – 1948 - Aprobada por la IX Conferencia Internacional Americana realizada en Bogotá en 1948. Es el primer acuerdo internacional sobre derechos humanos y reviste gran importancia en el marco de este derecho en tanto se estableció como un instrumento que contempló no sólo derechos que les corresponden a las personas - a la constitución y a la

protección de la familia, la preservación de la salud y al bienestar, cultura, descanso y a su aprovechamiento - sino que también identificó a éstas como sujetos de deberes. En ese sentido posee todo un capítulo referido a los deberes que se dirigen a contemplar obligaciones de las personas respecto de la sociedad, así como las de los hijos hacia sus padres en el sentido de asistirlos, alimentarlos y ampararlos cuando éstos lo necesiten.

- Declaración Universal de Derechos Humanos - 1948 – Referenció a las personas mayores como grupo poblacional sujeto de especial protección por parte de los Estados.
- Resolución 213 de 1948. Emitida por la Asamblea General de las Naciones Unidas referida a la Declaración de los Derechos de la Vejez.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos -1966-; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales – PIDESC1966; Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer -1979-; Convención Americana sobre Derechos Humanos –OEA-1979 – Incluyeron algunas declaraciones generalizadas e indirectas frente a la protección y reconocimiento de los derechos de las personas mayores, ya reconocidas como sujetos de especial y reforzada protección.
- Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento – 1982 - Instrumento producto de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento convocada por la Organización de Naciones Unidas en 1982, el cual se constituyó como herramienta normativa que establece las medidas y recomendaciones que deben adoptar los Estados miembros, tendientes a garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos de las personas mayores, con el fin de fomentar respuesta internacional adecuada al fenómeno del envejecimiento progresivo.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador - 1988 – Establecido como instrumento que generara acciones internacionales más específicas frente a la garantía de los derechos de las personas mayores (Art 17), obligando a brindar protección especial, a asumir el compromiso de adoptar medidas progresivamente tendientes a el logro de la efectividad de esos derechos.
- Resolución 46 de 1991, emitida por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991, estableciendo principios a favor de las personas mayores, dentro de los cuales potencia como ejes principales de los planes y programas de gobierno de los Estados parte, el cuidado y la dignidad de este grupo poblacional.
- Proclamación por el Envejecimiento – 1992 – Instrumento surgido a partir de la celebración del décimo aniversario de la adopción del Plan de Acción Internacional de Viena por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en cual los países asumieron como responsabilidad apoyar las iniciativas nacionales sobre el tema, haciendo especial énfasis en el reconocimiento de la protección aún más especial que merecen las mujeres mayores respecto a su dignidad e integridad.
- Segundo Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento – Madrid 2002- Instrumento producto de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento convocada por la Organización de Naciones Unidas en 2002, el cual se constituyó como la forma de adaptarse a los cambios culturales, sociales y económicos que estaba generando el creciente fenómeno demográfico de aumento de la población mayor en los Estados. En éste se establecieron medidas y recomendaciones encaminadas entre otras, a la creación de un entorno propicio y favorable para el desarrollo del envejecimiento de las personas mayores, la garantía de sus derechos económicos sociales y culturales, así como la eliminación de todas las formas de

violencia y discriminación en contra de estos, siempre dotadas estas acciones de los principios de cuidado, protección y dignidad humana, establecidos por las Naciones Unidas en 1991.

- Estrategia regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento -Santiago de Chile, 2003- Erguida en el plano regional de las Naciones Unidas con el fin de plantear metas, objetivos y recomendaciones para la acción a favor de las personas mayores en cada una de las tres áreas prioritarias acordadas en Madrid en el 2002, entre las cuales se encuentra la eliminación de todos los tipos de violencia y discriminación en su contra.
- Resolución 58/134 de 2003. Emitida por la Asamblea General de las Naciones Unidas referida al seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
- Declaración de Brasilia – 2007- Instrumento producto de la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América y el Caribe; “hacia una sociedad para todas las edades de protección social basada en derechos”, convocada y organizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y el gobierno de Brasil, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el año 2007. Mediante esta se establecieron compromisos por parte de los Estados frente a la promoción, protección y logro de la efectividad del goce de los derechos de las personas mayores, mediante la inclusión formal y manifiesta del tema en todos los programas, políticas públicas y planes de gobierno, así como la consecución de recursos humanos, materiales y financieros, y el seguimiento y evaluación constante a su desarrollo y resultados.
- Naciones Unidas: Hacia una sociedad para todas las edades: nuevo pensamiento, nuevo lenguaje, nuevas conversaciones -1998-. El panorama del envejecimiento de los seres humanos en todo el mundo presenta variedades casi infinitas, según las condiciones demográficas, económicas, culturales y políticas. No obstante, debemos tener una conversación sincera sobre lo que hemos aprendido a través de los rápidos cambios demográficos. Tal aprendizaje incluye el conocimiento científico sobre el cambio poblacional, una nueva comprensión del envejecimiento individual y, no menos importante: la comprobación de nuestros equívocos y falacias frente a la nueva realidad del envejecimiento.
- CEPAL Carta de San José -2012-. Sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe.
- Convención Interamericana de la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores aprobada el 15 de junio de 2015 por los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos en el marco de la Asamblea General de la institución. El objeto de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. Lo dispuesto en la presente Convención no se interpretará como una limitación a derechos o beneficios más amplios o adicionales que reconozcan el derecho internacional o las legislaciones internas de los Estados Parte, a favor de la persona mayor.

### 3.2. Marco Normativo Nacional

- Constitución Política de Colombia 1991: Artículo 13: Establece que el Estado es responsable de promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva, y de adoptar medidas en favor de grupos poblacionales discriminados o de especial protección por encontrarse en circunstancias de debilidad manifiesta, sancionando los abusos o maltratos que contra ellas se cometan. Artículo 46: Declara que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia. Artículo 49: Declara también que toda persona tiene el deber de propender por autocuidado y el de su comunidad. Artículo 366: Establece como finalidad primordial del Estado Social de Derecho el mejoramiento de calidad de vida de todos los habitantes del territorio nacional.
- CONPES 2793 del 1995. Brinda lineamientos de la política relativa a la atención al envejecimiento y a la vejez de la población colombiana y en especial a las necesidades de las personas de mayor edad. Los objetivos principales de esta política son mejorar las condiciones de vida de las personas de mayor edad y elevar la calidad de vida de toda la población para que alcance una vejez saludable y satisfactoria.
- Ley 319 de 1996. por la cual se aprueba el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", suscrito en San Salvador el 17 de noviembre de 1988.
- 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.". Tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, así como orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez.
- Decreto Nacional 1083 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública, Capítulo 5 ARTÍCULO 2.2.2.5.1 Equivalencias. Los requisitos de que trata el presente decreto no podrán ser disminuidos ni aumentados. Sin embargo, de acuerdo con la jerarquía, las funciones, las competencias y las responsabilidades de cada empleo, las autoridades competentes al fijar los requisitos específicos de estudio y de experiencia para su ejercicio, podrán prever la aplicación de las siguientes equivalencias"
- Ley 2055 del 10 de septiembre del 2020 aprueba la «Convención Interamericana Sobre La Protección De Los Derechos Humanos De Las Personas Mayores» la cual tiene como objeto "promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, 'integración y participación en la sociedad' en su Artículo 12 define los "derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo", donde se promueve la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria, entre otras, garantizando el mantenimiento de la autonomía e independencia.
- Decreto 681 del 2 de mayo del 2022 "Por medio del cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional del Envejecimiento y Vejez 2022 – 2031"

### 3.2. Marco Normativo Distrital

- Decreto Distrital 345 de 2010. "Por medio del cual se adopta la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital".
- Acuerdo 761 de 2020 Expedido por el Concejo de Bogotá D.C. "Por medio del cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del distrito capital 2020-2024 "Un nuevo convenio social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI".
- Acuerdo 754 de 2019: Por medio del cual se declara la semana de concientización y sensibilización contra el maltrato, violencia y abandono del adulto mayor en Bogotá D.C.

### 4. Descripción del sistema sociosanitario

Más allá de un acuerdo institucional, este convenio representa un cambio estructural en la manera en que Bogotá aborda la vulnerabilidad social y sanitaria. Su implementación progresiva y monitoreada garantizará una respuesta intersectorial eficiente, optimizando el uso de los recursos públicos y evitando la dispersión de esfuerzos. Con este enfoque, el Distrito Capital se posiciona como líder en la implementación de un modelo de atención sociosanitaria innovador, equitativo y sostenible, dando cumplimiento a los lineamientos del Plan Territorial de Salud 2024-2027 y contribuyendo a la construcción de una ciudad más justa, solidaria y comprometida con la protección de sus poblaciones en situación de **abandono social o institucional**, sin redes de apoyo ni acceso efectivo a servicios básicos; personas que viven en **condiciones de pobreza multidimensional**, con carencias en salud y protección social; comunidades afectadas por **fragilidad social**, como hogares con jefatura monoparental, víctimas del conflicto armado, migrantes, personas en riesgo de explotación o violencia, entre otras; población en **formas extremas de exclusión**, incluyendo habitantes de calle, personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, personas con discapacidad sin atención adecuada, entre otros grupos históricamente marginados en Bogotá.

El Sistema Sociosanitario se estructura a partir de cuatro componentes fundamentales, diseñados para abordar de manera integral la problemática de las personas con alta vulnerabilidad social que incluye aquellas en situación de **abandono social o institucional**, sin redes de apoyo ni acceso efectivo a servicios básicos; personas que viven en **condiciones de pobreza multidimensional**, con carencias en salud y protección social; comunidades afectadas por **fragilidad social**, como hogares con jefatura monoparental, víctimas del conflicto armado, migrantes, personas en riesgo de explotación o violencia, entre otras; población en **formas extremas de exclusión**, incluyendo habitantes de calle, personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, personas con discapacidad sin atención adecuada, entre otros grupos históricamente marginados, promoviendo una atención articulada entre los sectores de salud y bienestar social. Estos componentes garantizan la identificación temprana de los riesgos, la prestación de servicios adecuados y la continuidad del cuidado en un entorno protegido y digno

#### 4.1. Componentes del Sistema Sociosanitario

##### 4.1.1. Componente 1: Prevención del Abandono Social

Este componente tiene como finalidad anticipar y prevenir el abandono social de personas mayores, personas con discapacidad, en riesgo de habitar la calle o habitantes de calle, mediante la identificación temprana de señales de riesgo y la activación oportuna de rutas de protección intersectoriales. Se enfoca en intervenir antes de que se configure una situación de abandono hospitalario, institucional o comunitario, actuando sobre factores de riesgo que pueden ser detectados en el entorno familiar, social o clínico. La Estrategia de Prevención del Abandono se constituye así en la puerta de entrada al Sistema Sociosanitario y refleja su carácter preventivo, centrado en el cuidado, la corresponsabilidad social y la restitución de vínculos y la activación de rutas.

Para el cumplimiento de este objetivo, se ha planteado el diseño e implementación de una estrategia distrital de prevención, construida de manera conjunta entre la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) y la Secretaría Distrital de Salud (SDS). Esta estrategia incluye:

- Una campaña de comunicación pública para visibilizar el abandono social como una forma de violencia estructural, promover el reconocimiento social de sus manifestaciones y fomentar la corresponsabilidad de familias, instituciones y ciudadanía.
- La realización de acciones pedagógicas dirigidas a equipos técnicos y administrativos del sector salud y del sector social, con el fin de fortalecer su capacidad para identificar factores de riesgo, activar rutas de atención, y abordar el cuidado desde un enfoque centrado en la persona y el respeto a la autonomía.
- Talleres y encuentros con familias, cuidadores y redes comunitarias, para fortalecer su rol preventivo, brindar herramientas de acompañamiento afectivo y legal, y generar redes de apoyo sostenidas en los territorios.
- La articulación con las comisarías de familia, defensorías y otros actores del Sistema Distrital de Cuidado para que las situaciones detectadas puedan ser atendidas en el nivel primario de intervención social, antes de requerir institucionalización.
- Esta línea preventiva incluye también la detección de casos en hospitales, centros de salud, servicios sociales o espacios comunitarios, a través de la activación de alertas institucionales, en especial cuando se detecta la inminencia de la alta médica sin una red de apoyo clara.

El resultado central de este componente es la prevención efectiva del abandono social en cualquiera de sus formas, mediante la activación oportuna de rutas de atención y protección intersectorial. Se espera así evitar la institucionalización prolongada o innecesaria, y contribuir a la construcción de entornos protectores comunitarios, donde las personas mayores puedan ejercer su autonomía y vivir en condiciones de dignidad, cuidado y afecto.

#### **4.1.2. Componente 2: Bienestar integral en unidades operativas de la SDIS**

Este componente tiene como propósito garantizar el bienestar integral, la protección y la recuperación física, emocional y social de la ciudadanía que se encuentra bajo atención en las unidades operativas de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), en modalidad residencial permanente o transitoria. Estas personas, en su mayoría en situación de **abandono social o institucional**, sin redes de apoyo ni acceso efectivo a servicios básicos; personas que viven en **condiciones de pobreza multidimensional**, con carencias en salud

y protección social; comunidades afectadas por **fragilidad social**, como hogares con jefatura monoparental, víctimas del conflicto armado, migrantes, personas en riesgo de explotación o violencia, entre otras; población en **formas extremas de exclusión**, incluyendo habitantes de calle, personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, personas con discapacidad sin atención adecuada, entre otros grupos históricamente marginados, acceden a un entorno seguro y digno, concebido como un espacio protector.

En articulación con la Secretaría Distrital de Salud (SDS), este componente incorpora una oferta directa de servicios de salud prestados dentro de las unidades operativas por personal de salud. A través de los Equipos Básicos de Salud de Hogar (EBEH), se realizan valoraciones clínicas periódicas, seguimiento terapéutico y acompañamiento sanitario. Esta intervención en salud incluye:

- Vinculación a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) según la condición de cada persona.
- Acceso al Plan Ampliado de Inmunización (PAI) y seguimiento a esquemas de vacunación.
- Implementación de acciones colectivas del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) orientadas al autocuidado, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en contextos institucionales.
- El modelo intersectorial garantiza que las personas residentes accedan de manera integrada al cuidado social y a la atención en salud sin salir del entorno protector, asegurando la continuidad del cuidado y evitando fragmentaciones que afecten su proceso de recuperación.

Este proceso de articulación se enfoca en la garantía y satisfacción de las necesidades básicas de salud de las personas de las unidades operativas, mediante cuatro momentos principales:

Momento 1: identificación de usuarios: personas residentes en las unidades operativas denominadas comunidades de cuidado de vejez y comunidades de vida para atención a habitantes de calle.

En este espacio se realiza un proceso de acercamiento con las comunidades de cuidado en los que se generan bases de personas pertenecientes a régimen subsidiado y afiliadas que requieren una atención (valoración médica).

Momento 2: Proceso de articulación para la atención a las personas que cumplen con los criterios de estar afiliadas a la EPS Capital Salud o que no cuentan con EPS, son priorizadas para inclusión teniendo en cuenta la importancia de la atención en salud para las situaciones y condiciones propias de los procesos de envejecimiento de las personas institucionalizadas y de las necesidades propias de las personas habitantes de calle que residen en las comunidades de vida.

Momento 3: Jornadas de atención una vez establecidos los compromisos, fechas y características de las personas para atender, se gestionarán las jornadas requeridas para las valoraciones, tomas de laboratorios y entrega de medicamentos. Para los diagnósticos a

las personas que lo requieren, una vez que se han identificado o realizado probables diagnósticos que requieren un seguimiento se procede al momento 4.

Momento 4: Se realizan jornadas de seguimiento a las personas que lo requieren según sus patologías, estableciendo acciones propicias para una atención más expedita, se incluirán los seguimientos requeridos para tal fin.

Este componente busca consolidar condiciones de vida digna para poblaciones excluidas, promoviendo su estabilización física y emocional, la recuperación de capacidades personales y sociales, y el fortalecimiento de trayectorias vitales que conduzcan a formas más autónomas de habitar y participar en la ciudad.

Así mismo, se espera que, gracias a la prestación directa de servicios de salud dentro de las unidades de la SDIS, se logren avances significativos en la adherencia a tratamientos médicos, el control de enfermedades crónicas, la prevención de complicaciones agudas y la continuidad de cuidados clínicos básicos. Al eliminar las barreras para acceder a la salud, se mejora la calidad de vida y se refuerza el enfoque preventivo desde el cuidado cotidiano, sin depender de traslados externos ni derivaciones fragmentadas.

**4.1.3. El tercer componente del Sistema Sociosanitario está representado por el servicio Sociosanitario transitorio**, como unidad operativa para la atención de personas en abandono. Estos servicios funcionan como espacios de atención transitoria a cargo de la SDIS (se espera que los usuarios duren un máximo de 10 meses) para personas que han recibido el alta hospitalaria pero que no cuentan con red social o familiar que les permita retornar de forma segura a la vida cotidiana. De forma integrada el sector salud (SDS – SISS) y social (SDIS) definieron la estructura operativa para que en este centro se ofrezca asistencia integral en salud individual y colectiva, acompañamiento psicosocial, seguimiento interdisciplinario, acompañamiento en labores diarias y gestión de casos<sup>2</sup> con el fin de garantizar una atención oportuna, pertinente y de calidad que responda a las necesidades específicas de esta población, promoviendo su bienestar, autonomía y el restablecimiento de sus derechos. Estos espacios buscan que mediante el abordaje integral descrito las personas puedan tener algunos de los siguientes desenlaces: a. recuperar la autonomía, redes sociales/comunitarias o familiares que les permita retornar a la vida cotidiana; b. vincularse a servicios públicos de la Secretaría Distrital de Integración Social, o c. vincularse a servicios privados para la atención de personas mayores o personas con dependencia funcional.

Desde Salud, dentro del servicio sociosanitario transitorio para las personas en abandono social o riesgo de habitabilidad en calle dadas de alta en los servicios de salud, se contará con los Equipos MAS Bienestar en tu hogar (EBEH) quienes prestarán servicios individuales de salud según las necesidades particulares identificadas, esto en articulación con las acciones colectivas en salud, desarrolladas por el equipo del entorno cuidador institucional del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), además de vinculación de actores del sistema tales como aseguradores, prestadores de servicios de salud públicos y privados, entre otros. La finalidad de estas actividades es dar respuesta integral a las necesidades en salud de las personas, esto mediante la articulación de las acciones

---

<sup>2</sup> Acompañamiento y coordinación de profesionales y recursos a lo largo del itinerario integral de intervención. Contempla la valoración integral (persona, familia, vivienda, entorno) desde los problemas, las necesidades y las fortalezas, la planificación del caso, recomendaciones y paquetes de servicios, la implementación del plan, concertación de servicios, formales e informales y la articulación, seguimiento, acompañamiento y evaluación. En los casos de abandono el gestor de caso adquiere una relevancia mayor en tanto la defensa y la protección frente a una mayor vulnerabilidad.



colectivas e individuales en salud que se reflejarán y tendrán seguimiento en un plan de cuidado, elaborado a partir de la identificación de sus necesidades, riesgos en salud e intereses, con el fin de que la población atendida pueda ejercer sus derechos, adoptar prácticas de autocuidado en salud, conocer y acceder a las rutas de atención en salud (RIAS) y mejorar la autonomía, el mencionado plan incluirá acciones de salud, asesoría y asistencia técnica dirigidas tanto a las personas, los cuidadores y a la institución.

Tanto los servicios individuales como colectivos hacen parte del pilar de Gestión Integral del Riesgo, del modelo de atención en salud de Bogotá MAS Bienestar, que se basa en la Atención Primaria Social el cual tiene como objetivo Mejorar el bienestar, calidad de vida y la salud de la ciudadanía de Bogotá mediante un modelo de salud basado en Atención Primaria Social.

#### **4.1.4. Componente 4: Gestión de casos**

Este componente tiene como finalidad garantizar la continuidad, integralidad y sostenibilidad de la atención a través de la implementación de un modelo de gestión de casos intersectorial y centrado en la persona, que acompañe a las y los ciudadanos desde la identificación del riesgo hasta el egreso de los servicios sociosanitarios. Su función es asegurar que ninguna situación quede desarticulada, evitando la fragmentación de las respuestas institucionales y promoviendo decisiones compartidas que respeten los tiempos, trayectorias y derechos de cada persona atendida.

La gestión de casos es transversal a todo el Sistema Sociosanitario y se activa desde el momento en que se identifica una situación de riesgo de abandono o una alta médica sin red de apoyo. Este proceso incluye:

- Valoración integral del caso, que contempla aspectos clínicos, sociales, funcionales, jurídicos y emocionales.
- Diseño de un plan de atención individualizado, construido de manera conjunta por los equipos de salud y cuidado, e informado a la persona.
- Coordinación intersectorial, que involucra a la SDS, la SDIS, comisarías de familia, defensores de familia, EPS, y redes comunitarias según el caso.

El componente también implica la activación de mesas técnicas de seguimiento, la gestión de la información entre sectores, y la resolución de casos complejos en articulación con justicia y otros sectores. Además, incorpora acciones específicas como orientación para cuidadores, acompañamiento familiar, seguimiento en el egreso, y activación de servicios sociales, de salud, de discapacidad, de habitabilidad de calle o de vejez según las condiciones de la persona.

Se espera que este componente permita evitar rupturas en el proceso de atención, garantizar la trazabilidad de cada caso y ofrecer respuestas más integradas, oportunas y pertinentes a las necesidades de las personas. Asimismo, debe contribuir a disminuir los tiempos de institucionalización innecesaria, fortalecer la corresponsabilidad entre sectores y asegurar que las decisiones sobre ingreso, permanencia y egreso estén sustentadas en criterios técnicos, éticos y de derechos humanos.

## 5. Población objetivo

El Sistema Sociosanitario que se deriva del convenio marco entre la Secretaría Distrital de Integración Social y la Secretaría Distrital de Salud tiene como población objetivo a las personas mayores en situación de abandono hospitalario o social en el Distrito Capital.

Esta población ha sido priorizada debido a su alta vulnerabilidad y fragilidad social, resultado de la confluencia de múltiples factores de riesgo que comprometen su bienestar integral. Por un lado, el abandono social se caracteriza por la ausencia de redes de apoyo familiares, comunitarias o institucionales, lo que genera situaciones de desprotección frente a necesidades básicas como la alimentación, el cuidado personal, la vivienda y el acceso a servicios de salud. Por otro lado, el abandono hospitalario refleja una ruptura crítica en las relaciones de apoyo y en la continuidad del cuidado, ya que muchas personas mayores, luego de tratamientos médicos —frecuentemente de larga estancia—, no cuentan con un entorno que les garantice condiciones mínimas de cuidado y seguimiento tras el alta médica o el egreso hospitalario.

En consecuencia, el Sistema Sociosanitario que se deriva del convenio marco entre la Secretaría Distrital de Integración Social y la Secretaría Distrital de Salud se configura como una estrategia de respuesta integral frente a estas situaciones de exclusión, al articular las capacidades de ambas entidades para brindar acompañamiento, cuidado y fortalecimiento de la independencia y la autonomía de las personas mayores. Esta atención se basa en un enfoque centrado en la persona y en la gestión de caso, lo que permite responder de manera individualizada a las necesidades particulares de cada situación.

Al enfocarse inicialmente en esta población, el Sistema Sociosanitario busca atender una problemática urgente y estructural, que evidencia la acumulación de desigualdades a lo largo del curso de vida y la fragilidad de las respuestas institucionales ante las situaciones de abandono. De ahí la importancia de sumar esfuerzos de manera combinada y articulada entre los sectores social y salud. Además, esta focalización permite consolidar un modelo de intervención que, a mediano y largo plazo, pueda ser escalado y adaptado para brindar atención a otras poblaciones en condiciones similares de vulnerabilidad.

Es decir, si bien el Sistema Sociosanitario está dirigido, en principio, a personas mayores en situación de abandono hospitalario o abandono social, su alcance puede proyectarse más allá de esta población. Esto, si se entiende que un sistema sociosanitario corresponde a “un conjunto de acciones coordinadas, dirigidas a ofrecer una respuesta integral a las personas que requieren algún tipo de acción donde confluyen los dispositivos sociales y sanitarios” 4; y considerando que, según Rodríguez Cabrero y Monserrat Codorniú, la atención sociosanitaria corresponde a “un conjunto integrado de servicios o prestaciones sociales y sanitarias, públicas y privadas, destinados a la rehabilitación y cuidados de personas en situación de dependencia que les impide realizar actividades personales o instrumentales de la vida diaria”5; este Sistema, aunque focalizado inicialmente en personas mayores en situación de abandono social y hospitalario, puede constituirse a mediano o largo plazo en el punto de partida para un sistema sociosanitario más amplio. Uno que esté orientado a atender a todas las poblaciones vulnerables del Distrito, mediante la articulación efectiva entre los sectores social y salud, a partir de su variada oferta institucional. Esta articulación representaría un avance significativo en la implementación de políticas públicas intersectoriales, con un enfoque de construcción de ciudad.

Lo anterior cobra especial relevancia si se tiene en cuenta, como lo plantea Miguel Uprimny Yepes, que “las personas que son objeto de la atención sociosanitaria son aquellas en las que confluye una necesidad de servicios sociales y de salud” <sup>3</sup>. Para este autor, la atención sociosanitaria constituye la respuesta social e institucional frente a diversas situaciones de dependencia, e incluye:

- La necesidad social que debe ser satisfecha de manera integral o coordinada por los servicios de salud y los servicios sociales con el objetivo final de mejorar la calidad de vida de las personas con problemas graves de dependencia.
- El diagnóstico de los modelos de cuidados, sus características, relaciones de complementariedad y posibilidades de integración.
- La necesidad de protección social de la dependencia que implica nuevas formas de gestión de los recursos actuales y la exigencia de nuevos recursos.

Así las cosas, y conforme a las consideraciones expuestas, el Sistema Sociosanitario que se implementa a través de este convenio marco está dirigido inicialmente a las personas mayores en situación de abandono hospitalario o abandono social. No obstante, su diseño y enfoque permiten proyectar una ampliación progresiva hacia otros grupos poblacionales del Distrito Capital, especialmente aquellos que enfrentan mayores niveles de pobreza multidimensional, fragilidad social y, en general, condiciones extremas de exclusión.

Se trata, sin duda, de un Sistema Sociosanitario que constituye el punto de partida para una intervención conjunta y articulada entre dos entidades cuya razón de ser es el cuidado, la promoción de la salud y la garantía de la atención e inclusión social. Este modelo representa una apuesta por fortalecer respuestas integrales e intersectoriales orientadas a dignificar la vida de las personas más vulnerables en el territorio distrital.

---

<sup>3</sup> Revista Universidad Externado de Colombia. Cuidados y servicios sociosanitarios para las personas en situación de dependencia, como parte integral del Sistema de Salud. Miguel Uprimny Yepes volumen 1 junio 2017