

DOCUMENTO TÉCNICO DE RECOMENDACIONES EN MATERIA DE RESPUESTA A LA EXCLUSIÓN Y ABANDONO DE PERSONAS MAYORES EN BOGOTÁ

FACILIDAD SOBRE ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y
EL CARIBE - VITAL



FACILIDAD SOBRE ENVEJECIMIENTO
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

NOVIEMBRE 2023, SANTIAGO DE CHILE

Índice

| | |
|--|-----------|
| <i>Antecedentes Generales</i> | 3 |
| Crisis de los Cuidados | 3 |
| Problemática del Abandono a Personas Mayores en Bogotá | 4 |
| Aporte del Proyecto VITAL | 5 |
| <i>Marco Teórico-Conceptual</i> | 7 |
| Cuidados y Carga de Cuidados | 7 |
| Crisis de los Cuidados | 8 |
| Enfoque de Género | 9 |
| Violencia Estructural, Edadismo, Maltrato y Abandono | 10 |
| Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona | 16 |
| <i>Apartado Metodológico</i> | 18 |
| Revisión Bibliográfica | 18 |
| Entrevistas | 20 |
| Bitácora de Visita | 20 |
| <i>Institucionalidad y Oferta Programática</i> | 22 |
| Secretaría Distrital de Integración Social | 22 |
| Secretaría Distrital de Salud | 28 |
| Actores Judiciales | 35 |
| <i>Análisis de Caso, Propuestas y Recomendaciones</i> | 37 |

Antecedentes Generales

En el presente apartado se exponen los principales elementos contextuales que sitúan al problema del abandono de personas mayores en Bogotá, dentro del concierto internacional de la crisis de cuidados global que experimentan muchas sociedades, para posteriormente entregar los antecedentes disponibles hasta la fecha sobre el fenómeno del abandono en la capital de Colombia. Culminando con la presentación del proyecto VITAL, los objetivos de la presente asistencia técnica en Bogotá y las expectativas del aporte concreto que puede implicar su realización.

Crisis de los Cuidados

Las necesidades de cuidados forman parte de las actividades de reproducción de cualquier sociedad y se encuentran en la base de su mantenimiento, necesidades de cuidados en determinadas etapas de la vida, con especial atención en la infancia y a lo largo de la vida frente a situaciones de discapacidad y dependencia con especial énfasis en la vejez, donde suelen acentuarse.

La satisfacción de las necesidades de cuidado ha sido, a lo largo de la historia, una función asumida en las esferas íntimas de los hogares y núcleos familiares, y dentro de ellos con un rol preponderantemente ejercido por la o las mujeres que conforman dichos núcleos. Sin embargo, en la actualidad asistimos a cambios profundos en el modelo tradicional de cuidados generados por el creciente envejecimiento poblacional, acompañado del aumento de escenarios de dependencia, sobre todo a partir de los 80 años, las transformaciones productivas en el seno de la familia tradicional (volumen, estructura, así como los roles morales y materiales), además de la incorporación masiva de la mujer al mercado laboral, han transformado lo que era un riesgo familiar en un riesgo social, generando demandas hacia los estados en pos de una mayor capacidad de respuesta frente a este desafío, así como la destinación de más recursos.

Los factores detonantes del surgimiento de políticas de cuidados anteriormente mencionados se han manifestado de forma más tardía en América Latina en comparación con otros continentes como Europa. Sin embargo, dada las condiciones sociales de nuestra región, estos mismos factores presentan una mayor condición de urgencia dado el acelerado ritmo del envejecimiento de su población, comenzando a evidenciarse problemas como el abandono de personas mayores cada vez más profundamente.

A efectos de este informe entenderemos el trabajo de cuidados como apoyos para las actividades de la vida diaria y la integración social con autonomía, apoyos que sostienen la vida y los proyectos de vida autónoma e independiente a pesar de la dependencia; a los servicios de cuidados, como servicios de interés general orientados a la igualdad y la cohesión social sostenidos en los principios de universalidad, solidaridad, suficiencia económica y adecuación de la esfera privada a la pública con responsabilidad sobre la privada y finalmente la democratización de los cuidados en tanto una política Estado social y de derecho que promueve la corresponsabilidad.

Problemática del Abandono a Personas Mayores en Bogotá

Colombia no es una excepción a la situación regional en materia de cuidados. Esto, a pesar de mostrar importantes avances en materia de cuidados en las últimas décadas tanto en términos normativos como de oferta de servicios sociales. Puntualmente, el Distrito de Bogotá es reconocido en la actualidad por su liderazgo y vanguardismo en el desarrollo de servicios y políticas territoriales de cuidados, desarrollando una plataforma de respuesta con que le permite avanzar en problemáticas como el abandono de personas mayores para continuar profundizando y perfeccionando su modelo de cuidados.

Si bien existen pocas estadísticas sistemáticas en materia de maltrato a las personas mayores, y menos aún en el tema específico del abandono, aquellas disponibles son bastante decidoras. Tomando como base un estudio de revisión sistemática realizado en el año 2017, cuyos resultados arrojaron que 1 de cada 6 personas mayores (15,7%) fueron objeto de alguna forma de maltrato en el último año, y considerando los datos de población de los países de Iberoamérica (miembros del Banco Mundial) se calcula que el fenómeno de maltrato afectó en el 2018 a un total aproximado de 9.7 millones de personas mayores de 65 o más años en dicha región.

Aterrizando al contexto colombiano, según la Secretaría Distrital de Integración Social de Bogotá, casi 3.000 personas mayores se encuentran en un estado de abandono, problema que se ha agudizado tras el advenimiento de la pandemia el año 2020, a tal ritmo que mensualmente entre cinco y diez personas mayores son abandonados en clínicas y hospitales. Así, desde el 2020 se estima que más de 500 personas mayores han sido abandonadas en centros asistenciales pertenecientes al Distrito Central de Bogotá.

Un antecedente importante consiste en que actualmente, las leyes colombianas (Ley 1850) ya han tipificado el abandono de personas mayores de 60 años como delito, pudiendo resultar en penas de prisión de cuatro a ocho años, así como en multas que oscilan entre 1 y 5 salarios mínimos legales mensuales vigentes para aquellos que sometan a estas personas a condiciones de abandono y descuido.

Para hacer frente a esta problemática, la Secretaría Distrital de Integración Social decidió implementar, en junio de 2023, una campaña llamada *"Cuidemos a las personas mayores porque todos vamos pa' allá #VejezSinAbandono"* con el objetivo de sensibilizar a las personas sobre la importancia de cuidar a las personas mayores en sus familias y no incurrir al abandono. Igualmente, ha comenzado a desarrollar una estrategia de prevención del abandono a personas mayores, con el fin de evitar este fenómeno y no centrar únicamente los esfuerzos en contener las consecuencias provocadas por el abandono que sufre este segmento de la población.

Ambas iniciativas, la campaña de concientización y la estrategia de prevención contra el abandono, son recogidas en el documento de balance elaborado por las Subdirección para la Vejez en el marco del proyecto de inversión 7770 (denominado "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora en incluyente") como dos importantes logros a destacar por parte de la gestión de la subdirección.

Dicho proyecto de inversión (7770) tiene como objetivo central desarrollar capacidades para el ejercicio de derechos de las personas mayores que permita la reducción de la desigualdad, dependencia y vulnerabilidad social mediante nuevas estrategias de atención con participación ciudadana y enfoques territorial, género y diferencial. Cuenta con un presupuesto asignado de \$240.459 millones de pesos colombianos asignados (lo que equivale a \$59.447 dólares), de los cuales ya ha ejecutado aproximadamente un 92% (\$220.820 millones de pesos colombianos). Este proyecto, que tiene una duración de cuatro años (2020-2024), estima que ha permitido atender a 145.477 personas mayores únicas durante este cuatrienio por medio de sus diferentes ejes programáticos.

Aporte del Proyecto VITAL

Paralelamente se ha venido desarrollando el proyecto VITAL (“Facilidad sobre Políticas públicas para el Envejecimiento y la Autonomía de las Personas mayores en América latina y el Caribe”), financiado por la Agencia Francesa de Desarrollo (AFD), e implementado conjuntamente por Expertise France y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

El objetivo del proyecto es el de contribuir a las políticas públicas que permitan brindar una respuesta adecuada a las consecuencias multidimensionales del envejecimiento de la población latinoamericana con un enfoque de género que permita asegurar la igualdad entre las mujeres y los hombres en aquellas políticas destinadas a promover la autonomía en las personas adultas mayores. El proyecto está destinado a las administraciones públicas e instituciones latinoamericanas que trabajan sobre las políticas para las personas adultas mayores. Por lo mismo, se encuentra dirigido a los organismos públicos e instituciones que trabajan a favor de las personas adultas mayores en los cinco países socios: Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba y República Dominicana.

Precisamente, las acciones del plan VITAL localizadas en Colombia se centran en coordinarse el Gobierno Distrital de Bogotá y se dirigirán puntualmente hacia la reflexión en torno a la cada vez más grave situación de abandono de las personas mayores y la potencial respuesta institucional que se puede brindar desde la administración distrital por medio de la oferta de servicios sociales y de salud. Con el fin de formular recomendaciones que establezcan las bases de un modelo de atención integral con enfoque de género que pueda dar respuesta al actual problema de abandono que experimentan las personas mayores en Bogotá, así como propender a la prevención de dicho fenómeno.

Así, el objetivo general de la presente asistencia consiste en la construcción de un documento técnico de orientación y recomendaciones para el diseño de un modelo de atención integral que permita abordar la situación del fenómeno de abandono de personas adultas mayores en la ciudad de Bogotá. Presentando tres objetivos específicos:

- 1) Reflexionar sobre la situación de abandono de personas mayores de la ciudad de Bogotá y los servicios institucionales que se prestan desde la administración Distrital
- 2) Formular las recomendaciones que establezcan las bases de un modelo de atención integral, con enfoque de género.
- 3) Participar en una misión presencial en Bogotá para el reconocimiento de la problemática y la oferta de servicios.

Para dar cumplimiento a los objetivos establecidos, el presente informe se estructura en cuatro apartados. El primero reúne los elementos centrales que conforman el marco teórico-conceptual, buscando establecer un ejercicio de integración y complementación de las definiciones y conceptos manejados por los diferentes organismos del gobierno distrital cuya bibliografía fue consultada. En segundo lugar, se describen los componentes metodológicos contemplados para el levantamiento de información tanto primaria como secundaria, la cual da soporte al análisis. A continuación, el tercer apartado, se centra en identificar el entramado y soporte institucional, así como la oferta programática de servicios que pueden tener implicancias directas o indirectas sobre las personas mayores en general y aquellas que están en riesgo de abandono o ya sufren de esta condición más particularmente. Lo anterior implicó una revisión a nivel distrital de los sectores de integración social, salud y ciertos organismos que tienen cierto grado de jurisprudencia frente a la problemática del abandono de personas mayores y la violencia asociada. Finalmente, en cuarto lugar, tenemos al apartado de análisis de caso que consiste en la sección donde se señalan los aspectos más relevantes obtenidos del análisis documental y presencial de la información recabada y que apuntan directamente al fenómeno del abandono. Este cuarto apartado contiene además las principales propuestas y recomendaciones para el gobierno distrital de Bogotá, a fin de que sirva como insumo para seguir nutriendo su modelo de protección social y cuidado hacia las personas mayores, mientras reduce los impactos negativos que genera la problemática del abandono de personas mayores.

Marco Teórico-Conceptual

En términos generales los diferentes documentos oficiales consultados dan cuenta de un marco teórico-conceptual bastante coherente en lo que respecta tanto a la temática general de la adultez mayor y la violencia dirigida este segmento de la población, así como al fenómeno específico del abandono de las personas mayores por parte de la administración distrital de Bogotá. Sin embargo, es posible establecer ciertas actualizaciones y mejoras en base a la experiencia internacional en la materia.

En base a lo anteriormente señalado, el espíritu de este apartado teórico-conceptual apunta a lograr integrar los elementos expuestos en la bibliografía de las diferentes entidades del gobierno distrital que fueron revisadas, pero también robustecer ciertas definiciones y complementarlas con determinadas herramientas conceptuales validadas a nivel internacional que permitan una comprensión más profunda del fenómeno de abandono a las personas mayores.

Finalmente, se establece una breve revisión del Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (MAICP), puesto que le da sustento teórico a una de las propuestas y recomendaciones que se establecen en la asistencia.

Cuidados y Carga de Cuidados

El concepto de cuidados, dentro de un marco teórico, puede ser abordado desde diversas perspectivas. Una definición relevante, presentada por Pautassi & Royo (2012), destaca que el cuidado implica el derecho tanto a cuidar como a ser cuidado, así como al autocuidado (p. 36). Este derecho se extiende tanto a la persona receptora como a quien brinda el cuidado e involucra una serie de derechos universales reconocidos en instrumentos internacionales, aunque no estén explícitamente integrados en ellos (Pautassi & Royo, 2012).

Otra contribución valiosa proviene de Razavi (2007), quien conceptualiza el trabajo del cuidado como la atención directa a personas, ya sea remunerada o no. Este se enfoca en aquellos con necesidades intensas de atención, como jóvenes, niños, personas mayores, y aquellos con diversas enfermedades y discapacidades (p. 6).

Por su parte, ONU Mujeres y CEPAL definen los cuidados como actividades que regeneran diaria y generacionalmente el bienestar físico y emocional de las personas. Esto abarca tareas cotidianas de gestión y sostenimiento de la vida, como el mantenimiento del hogar, el cuidado de los cuerpos, la educación/formación, el mantenimiento de relaciones sociales y el apoyo psicológico familiar (Bango & Cossani, 2020, p. 11).

A pesar de sus distintos orígenes, estas definiciones comparten elementos comunes, como el reconocimiento de quienes brindan cuidados, la visibilización de esta labor como un derecho, la distinción entre el trabajo remunerado y no remunerado del cuidado, así como la importancia de la educación, entre otros aspectos.

Asimismo, es esencial comprender el cuidado como una acción relacional y de doble dimensión. Se trata tanto de un derecho al que las personas deben acceder como de la función de cuidar, acompañar, atender y proteger, con el objetivo de maximizar la autonomía y fomentar pautas de autocuidado y cuidado colectivo, haciendo hincapié en la protección y

el ejercicio de derechos fundamentales (Bango & Cossani, 2020 y Plan Cuidar Rosario, 2020). Esta última definición servirá como base para la presente asistencia técnica.

En el marco de la asistencia técnica se ha adaptado el concepto de cuidado considerando las definiciones de Razavi (2007), Pautassi (2010), CEPAL (2020), y Bango & Cossani (2020). En consecuencia, se entiende que el cuidado abarca tanto labores remuneradas como no remuneradas destinadas a satisfacer las necesidades significativas de personas como niños, niñas, adultos mayores y aquellos con dependencia o discapacidades que requieren apoyos. Reconociendo este cuidado como parte de los derechos humanos según instrumentos internacionales, a pesar de su ausencia explícita en la nomenclatura, se trata de actividades que perpetúan el bienestar físico y emocional, regenerando tanto a nivel diario como generacional. Estas actividades incluyen la gestión cotidiana y sostenimiento de la vida, como el mantenimiento de entornos domésticos, el cuidado de cuerpos, la educación/formación, el fomento de relaciones sociales y el apoyo psicológico a los miembros familiares. En resumen, el cuidado debe ser comprendido como una acción relacional y de doble faceta, que reconoce tanto un derecho al que se puede acceder como una función esencial de proveer atención.

Crisis de los Cuidados

La "crisis de los cuidados" emerge como un concepto fundamental en los discursos teóricos contemporáneos, delineando una red compleja de desafíos entrelazados en los ámbitos de género, trabajo y bienestar. Nancy Fraser, teórica feminista de renombre, aporta una perspectiva que va más allá de la superficialidad al señalar que la crisis revela una "brecha sistémica entre las demandas de cuidado y las estructuras de soporte social que las respaldan" (Fraser, 2016). Este enfoque subraya no solo la desigual distribución de las responsabilidades de cuidado, sino también la necesidad de repensar la estructura misma de nuestras instituciones sociales para abordar estas inequidades arraigadas.

Desde una óptica crítica, Joan Tronto profundiza al argumentar que la crisis de los cuidados representa una "política de cuidado" subyacente, eclipsada por instituciones que han descuidado sistemáticamente su importancia (Tronto, 2013). Este análisis va más allá de la mera observación de desigualdades para proponer una transformación estructural que reconozca y valore el trabajo de cuidado.

Silvia Federici, desde una perspectiva económica feminista, destaca cómo la desregulación del mercado laboral ha llevado a la privatización del cuidado, perpetuando la explotación de las mujeres en el ámbito doméstico (Federici, 2012). Su enfoque profundiza nuestra comprensión al vincular la crisis de los cuidados con las dinámicas capitalistas, resaltando la necesidad de repensar las políticas laborales y sociales para abordar estas intersecciones complejas.

Incorporando la voz de Judith Butler, la crisis de los cuidados se conecta intrínsecamente con las normas de género, según argumenta que las expectativas de género influyen significativamente en la percepción y valoración del trabajo de cuidado (Butler, 2004). Este análisis recalca cómo las estructuras de género contribuyen a la desigual distribución de las responsabilidades de cuidado, exigiendo una reevaluación profunda de nuestras nociones preconcebidas.

Finalmente, Arlie Hochschild profundiza la discusión al explorar la "mercantilización de las emociones" y su impacto en el trabajo de cuidado (Hochschild, 2012). Al desentrañar cómo las emociones se han convertido en una mercancía en la economía global, Hochschild destaca la complejidad de las interrelaciones entre el mercado laboral y las esferas

emocionales del cuidado, planteando preguntas cruciales sobre la calidad de vida en un contexto marcado por la comercialización de las relaciones de cuidado.

En síntesis, el debate teórico sobre la crisis de los cuidados, enriquecido por las contribuciones de autoras como Fraser, Tronto, Federici, Butler y Hochschild, subraya la necesidad apremiante de abordar las desigualdades sistémicas en la distribución del trabajo de cuidado y abogar por cambios estructurales profundos en los ámbitos social, económico y de género.

Enfoque de Género

El enfoque de género en el contexto de los cuidados a personas mayores se sustenta en la comprensión crítica de las dinámicas sociales que han delineado roles diferenciados para mujeres y hombres en la esfera de los cuidados. Este paradigma reconoce la carga desproporcionada que históricamente ha recaído sobre las mujeres como principales proveedoras de cuidados en el hogar y en entornos institucionales. Tal como destacan autores como Joan Tronto en "Ética del Cuidado" (1993), estas estructuras de poder arraigadas en normas de género han perpetuado desigualdades económicas y sociales, afectando directamente el bienestar de las mujeres mayores.

La asignación tradicional de roles ha llevado a que las mujeres mayores enfrenten desafíos específicos, como la falta de reconocimiento y remuneración por su labor de cuidado, así como limitaciones en el acceso a servicios de salud y sociales. La desigualdad de género en el ámbito de los cuidados también se refleja en la brecha de pensiones y la mayor propensión de las mujeres mayores a experimentar la soledad. Autores como Nancy Folbre en "¿Quién Paga por la Crianza de los Hijos?" (2004) argumentan que abordar estas desigualdades requiere una redistribución de las responsabilidades de cuidado y un reconocimiento equitativo de dicha labor.

En relación con la violencia hacia las personas mayores, el enfoque de género destaca cómo las normas y estereotipos de género contribuyen a aumentar la vulnerabilidad de las mujeres mayores. La obra de Eva Giberti, "Maltrato y Abuso en el Ámbito Doméstico" (2001), resalta cómo los roles de género rígidos pueden exacerbar formas de violencia como la negligencia y el abuso financiero. La invisibilidad social de las mujeres mayores y su marginación en la toma de decisiones también las hace más propensas a sufrir diferentes formas de violencia. Abordar la violencia de género hacia las personas mayores implica, por ende, desafiar las normas patriarcales arraigadas y garantizar políticas y programas específicos que aborden las dimensiones de género de este fenómeno.

Para lograr un cambio significativo, se requiere una respuesta integral que integre la perspectiva de género en las políticas y prácticas relacionadas con el cuidado y la violencia hacia las personas mayores. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y su énfasis en la igualdad de género en el artículo 9, junto con la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995, proporcionan marcos normativos que abogan por un enfoque de género en todas las dimensiones de la vida, incluidos los cuidados y la violencia hacia las personas mayores. Este cambio de paradigma no solo beneficia a las mujeres mayores, sino que contribuye a la construcción de sociedades más equitativas y justas para todas las personas a medida que envejecen.

Violencia Estructural, Edadismo, Maltrato y Abandono

Posiblemente, el trabajo de síntesis conceptual contenido en el “Protocolo iberoamericano sobre prevención y abordaje del maltrato, abuso y violencia hacia las personas adultas mayores” (OISS, 2021) resulte contener uno de los mejores recorridos teórico-conceptuales en torno al maltrato que reciben las personas mayores, identificando al abandono como una expresión de este fenómeno más general. La enorme utilidad de su información radica en última instancia en sus motivaciones prácticas por prevenir y abordar esta problemática por medio de intervenciones que comprendan las aristas del maltrato que recibe este segmento de la población.

Así, el documento comienza señalando que las definiciones acerca de la violencia y el maltrato hacia este grupo de edad han sido objeto de más de cuarenta años de debates. En este tiempo, investigadores y profesionales han abordado diversas tipologías, ámbitos, niveles y escenarios, a veces enfocándose en el acto y otras veces en el lugar donde ocurre. En ocasiones, estas tipologías se han centrado en el propósito perseguido, ya sea investigar, diseñar o intervenir, y en otras ocasiones se han enfocado en los sectores y disciplinas involucradas, como salud, social y legal, entre otros. Además de destacar las acciones de violencia y maltrato, también se señala la omisión, así como la infantilización, invisibilización e interferencia en la libertad personal de las personas mayores. Este abordaje se ha desarrollado desde una variedad importante de enfoques y teorías explicativas, algunas de las cuales son complementarias y otras antagónicas. A pesar de los esfuerzos por buscar significados que reflejan la realidad y unificar criterios, se ha producido el efecto contrario debido a la diversidad de enfoques, lo que ha dificultado el establecimiento de un lenguaje común.

Asimismo, se advierte que, desde la perspectiva de la intervención, se reconoce que se trata de un fenómeno complejo influenciado por diversos factores, incluyendo aspectos culturales. Además, se observa la carencia de servicios y dispositivos especializados para abordar esta problemática, así como la escasez de recursos. Se destaca también la falta de conocimiento por parte de profesionales y técnicos, así como de las propias personas mayores, quienes a menudo evitan denunciar debido a temores, riesgos, discapacidades o dependencia. Esta situación dificulta la detección temprana, lo que lleva a que en muchas ocasiones la intervención no se lleve a cabo o se aborde únicamente cuando los problemas y daños son evidentes.

A continuación, el protocolo de la OISS indica que una de las definiciones más completa y aceptada de maltrato a las personas mayores consiste en la que fue adoptada por la Declaración de Toronto en 2003: *“El maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona mayor.”*

Un aspecto sumamente interesante del escrito radica en su capacidad por proveer herramientas para comprender la profundidad del problema, puesto que apunta a entender que en los temas del trato y el umbral de la violencia son determinados por las sociedades concretas. Por lo tanto, bajo esta premisa, se establece el concepto de maltrato estructural o societario como telón de fondo de las diversas manifestaciones del maltrato a las personas

mayores. Asimismo, se identifica a la ideología del viejismo como resultado de una construcción social e imagen negativa de la vejez cuyo giro es urgente y que tiene la particularidad de afectar fuertemente a las personas mayores. Adicionalmente, apuesta por delimitar el concepto de maltrato cultural, delimitando un campo de acción urgente para que se desarrollen acciones en pos de reducir el maltrato hacia este grupo.

A lo largo del documento se puede apreciar como un buen manejo conceptual del problema permite un tránsito coherente de la teórica a la práctica y viceversa. Un ejemplo de esta virtud se ve reflejado en la constante provisión de herramientas en distintos pasajes del texto, como lo es la recomendación de emplear el The Global AgeWatch Index y sus cuatro dimensiones (seguridad de ingresos, estado de salud, competencias y entornos favorables) como una aproximación metodológica para medir el maltrato estructural que viven las personas mayores en determinados contextos.

A continuación, el protocolo se detiene a analizar los avances en materia de tipología del maltrato a las personas mayores, pero establece algunas advertencias que merece la pena que sean consideradas en el marco del ejercicio reflexivo en torno al abandono de este conjunto que pretende lograr la misión del Proyecto VITAL en Bogotá.

En primer lugar, se debe considerar que las tipologías de maltrato son fruto de los esfuerzos de diversas disciplinas por delimitar los campos para intervenir. En vista de lo anterior, es importante considerar que cada tipología necesita contar con ciertas condiciones. Por ello, desde la mirada de la intervención, no todo puede ser reducido a tipologías y éstas deben contar con, a lo menos, una definición, indicadores y señalar formas en que se manifiesta o se provoca.

Asimismo, algunas tipologías de maltrato a personas mayores cuentan con variados indicadores, y eso es gracias a que esas tipologías en particular, por ejemplo, el maltrato físico, han contado con mayor atención por parte de investigadores y de los Estados. Otras tipologías, en tanto, cuentan con una breve definición dado que se ha reconocido su existencia, pero con pocos indicadores pues la investigación y datos disponibles no han logrado obtener aún consensos sobre características específicas para su clasificación.

Establecer tipologías diferenciadas de maltrato es una estrategia para su comprensión, prevención, identificación e intervención, pero en la práctica no se observa este mismo orden. En cada caso es muy probable que se presente la combinación de dos o más tipos de maltrato, con diferentes niveles de gravedad.

En vista de lo anteriormente señalado, se presenta una tabla que contiene una de las tipologías con mayor utilización a nivel internacional, la cual contempla siete macro expresiones del maltrato a las personas mayores:

| Tipología | Definición | Formas y Manifestaciones |
|-----------|---|--|
| Físico | Uso de la fuerza física que daña su integridad corporal, puede provocar dolor, lesión y/o discapacidad temporal o | Golpear, puñetear, abofetear, quemar, empujar, pellizcar, patear, tirar el pelo, alimentación forzada, restringir, encerrar, o administrar |

| | | |
|---|--|--|
| | permanente y, en casos extremos, la muerte. | medicamentos excesivos o incorrectos, así como retener el tratamiento y la medicación, utilización injustificada de restricciones físicas. |
| Psicológico Emocional | Acciones u omisiones verbales y no verbales que producen angustia, pena, estrés, sentimientos de inseguridad, baja autoestima, y/o atentan contra la identidad, dignidad y respeto de la autonomía de una persona. | Puede tomar formas verbales, como gritar, insultar, ridiculizar, humillar, criticar constantemente, acusar, silenciar, amenazar con retirar el afecto o aislamiento o abandono o institucionalización, culpar, infantilizar, no respetar sus creencias, decisiones, ideas o formas no verbales, como ignorar, dar "trato de silencio" o rechazar sus deseos. |
| Económico Financiero Patrimonial Explotación financiera | Explotación financiera, mal uso, apropiación indebida de recursos financieros por parte de miembros de la familia, cuidadores/as o extraños, o el uso de medios financieros para controlar a la persona o facilitar otros tipos de abuso. | Robo, uso ilegal o inapropiado de las propiedades o recursos de una persona mayor, obligarle a cambiar el testamento. |
| Sexual | Algunos países, integran esta tipología dentro del maltrato físico. En tanto otros la especifican como: forzar a una persona a participar en cualquier actividad sexual sin su consentimiento, lo que incluye obligarlo a participar en conversaciones de naturaleza sexual en contra de su voluntad; también puede incluir situaciones en las que la persona ya no puede dar su consentimiento. | Puede manifestarse en forma abierta o encubierta mediante gestos, palabras, insinuaciones, caricias, tocamientos, exhibición de genitales o violación. Acoso sexual, obligar a la persona mayor a realizar actos sexuales, realización de fotografías o videos. |
| Negligencia | Error involuntario o falta, no deliberada, incluido entre otros, el descuido, omisión, desamparo e indefensión que le causa un daño o sufrimiento a una persona mayor, tanto en el ámbito público como privado, cuando no se hayan tomado las precauciones normales necesarias de conformidad con las circunstancias. Manifestaciones: no brindar cuidados. En algunos países, se distinguen: <ul style="list-style-type: none"> ● Negligencia activa: cuando quien brinda cuidados, por prejuicio o descuido, deja de | Fallos en el cumplimiento del apoyo a las necesidades vitales de una persona mayor que, por su condición de dependencia, requiere de apoyo de terceros para cubrirlas. Aislarle, excluirle de sus actividades. |

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| | <p>proveerlos. Es un descuido intencional y deliberado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negligencia pasiva: cuando quien brinda cuidados, deja de proveerlos o no los provee por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos. Es un descuido involuntario. | |
| Abandono | Algunos países reúnen en una misma definición la negligencia y el abandono. En tanto, otros países e instrumentos los diferencian, definiendo el 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. | 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. |
| Auto-negligencia Auto-abandono | Cualquier persona que se descuide a sí misma al no preocuparse por su propia salud, bienestar o seguridad, y puede provocar enfermedades, lesiones o incluso la muerte. Se trata conceptualmente diferente de otras tipologías de maltrato (daño por otros). El auto descuido mayor puede provocar enfermedades, lesiones o incluso la muerte. | |

En la tabla anterior se puede apreciar la síntesis lograda por la OISS en el protocolo de la tipología de maltrato con mayor profusión en la literatura internacional y que se basa en 7 tipos que no se comportan de forma estancada, sino que tienen límites difusos que suelen traspasarse constantemente. Precisamente uno de esos tipos que se señala en la clasificación es el abandono.

Así, según el documento, existe cierta confusión en algunos países en torno a los conceptos de negligencia y abandono, mientras que otros se han encargado de establecer y construir definiciones que permitan una diferenciación de ambos fenómenos. Sin embargo, para efectos conceptuales, la 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*”.

En este punto es importante aclarar que la literatura especializada no ha permitido consensuar o validar una única tipología para el fenómeno del abandono de personas mayores. De este modo, más bien se han generado diferentes categorías de abandono según la arista del fenómeno que se analiza en cuestión.

Un primer aspecto, que da lugar a tipologías, consiste en la magnitud y/o prolongación del episodio de abandono, distinguiéndose los siguientes tipos:

- Abandono Transitorio: Desatención temporal durante períodos acotados de tiempo como lo son las vacaciones.
- Abandono Invisible: La persona mayor vive en un entorno familiar aparentemente activo, pero en el cual igualmente carece de atención y cuidado adecuados. Puede devenir en sentimientos de invisibilidad, soledad y deterioro del bienestar general.
- Abandono Voluntario: Las personas mayores expresan el deseo de retirarse a un hogar geriátrico, tras lo cual puede subyacer una respuesta a la soledad y la necesidad de compañía.
- Abandono Permanente: Se da cuando la persona mayor es dejada en un asilo u otra institución y es poco o incluso nada visitado. La calidad de vida en el asilo depende de la vinculación de la familia.

Hernández et al. (2011) construye una suerte de subtipología del último tipo de abandono, que se da en el contexto de institucionalización y que dependerá del grado de separación que termine existiendo entre la persona mayor y sus familiares una vez la mayoría de los cuidados son asumidos por una institución o destinados forzosamente a una:

- 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.
- 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.
- 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. Este último tipo de abandono permite dar cuenta que no necesariamente la institucionalización de la persona mayor implica un abandono absoluto.

Por su parte, Osorio (2007) elabora una tipología binaria para distinguir el abandono según la naturaleza de las necesidades que quedan desatendidas hacia las personas mayores que requieren de cuidados:

- Abandono Físico: Se establece que existe abandono cuando las necesidades de subsistencia que requiere la persona mayor (alimentación, atención médica, aseo personal, cuidado frente a situaciones de peligro, etc.) no son cubiertas “temporaria o permanentemente” por sus familiares.
- Abandono Emocional o Psicológico: Este tipo de abandono trata sobre la falta de contacto afectivo (muestras de cariño, o el prestar atención a sus ideas, demandas o necesidades expresadas) o corporal (caricias, abrazos, besos, etc.).

Finalmente, Del Hoyo (2013) establece una distinción, nuevamente binaria, para discernir el factor de intencionalidad que existe por parte de quien ejecuta el acto y episodio mismo de abandono hacia una persona mayor:

- Abandono Activo: Este abandono se da de manera premeditada, cuando no se atienden las necesidades de la persona mayor por simplemente no existir la intención de hacerlo.
- Abandono Pasivo: En este tipo de abandono, no se atienden las necesidades por desconocimiento, o porque el familiar no tiene la capacidad de realizar estos cuidados (ni energía ni habilidades), o por la falta de tiempo y de recursos económicos que satisfagan dichas necesidades de la persona mayor.

Ahora, en relación con las definiciones contenidas en la documentación oficial analizada, cabe destacar el texto que presenta la propuesta sociosanitaria para casos de abandono, puesto que dentro de las diferentes formas de violencia, maltrato y abuso hacia las personas mayores este documento hace referencia a la del abandono social *“como la falta de atención y cuidado de los familiares y de la sociedad cuyas repercusiones afectan en gran medida los aspectos biológico, psicológico y emocional de la población mayor”*. El abandono, ya sea que provenga de las familias, de la comunidad o de la sociedad en general, es también una forma de violencia y se expresa en situaciones como las siguientes: cuando la persona mayor es ignorada, recibe agresión física, verbal o emocional, así como cuando es desplazada de la familia y canalizada hacia hogares de protección integral (hogares geriátricos y/o gerontológicos) en contra de su voluntad.

El documento continúa señalando que existen expresiones tempranas de abandono, que anteceden al abandono total: *“El abandono se empieza a manifestar a través de las acciones de exclusión que se hacen contra las personas mayores frente a las actividades sociales, al dejar de interesarse por sus necesidades y problemas, al cancelar cualquier forma de comunicación”*.

Asimismo, el marco teórico-conceptual de dicho documento, deja entrever que el abandono, casi siempre a manos de algún familiar cercano con el cual la persona mayor mantiene una relación de afecto, no constituye un acto de crueldad inherente y muchas veces se puede producir por imaginarios adversos que son consecuencia directa de un mal manejo del cuidado, falta de apoyo y conocimiento del mismo: *“[...] imaginarios adversos que también pueden ser una consecuencia directa del inadecuado manejo con su cuidado, más aún, cuando la persona mayor cuenta con una condición de discapacidad física o mental. Todo lo anterior se manifiesta al interior de los hogares, en procesos de negligencia que con el tiempo generan el abandono social, en hogares de protección integral, en los servicios de salud, servicios hospitalarios y consultorios y la expulsión por iniciativa propia de querer vivir en la calle”*.

Lo anterior deja entrever que, sin explicitarlo del todo, el marco teórico-conceptual que manejan en su conjunto en la Alcaldía de Bogotá contempla la compleja relación que existe entre cuidados y violencia, siendo el abandono una forma específica de violencia, en el contexto de las personas mayores. Existe, por tanto, una comprensión más bien profunda del fenómeno del abandono que puede significar una importante ventaja para el abordaje de esta problemática en términos prácticos.

Asimismo, la Subdirección para la Vejez de la Secretaría Distrital de Integración Social ha demostrado una reflexión teórico-conceptual considerable en torno a las temáticas de la vejez y particularmente del abandono de personas mayores. Por ejemplo, en el marco de las tipologías sobre abandono a personas mayores presentando anteriormente, específicamente en lo que respecta a la distinción entre abandono pasivo y activo, desde dicho organismo señalan que se inclinarían mayormente por la dupla de conceptos abandono involuntario y abandono intencional, propuestas por SENAMA (Chile). Esto debido a que permitiría otorgarles una mayor agencia a las personas cuidadoras en los casos de abandono a personas mayores.

Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona

La atención integral centrada en la persona es la que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva. Rodríguez, P: La atención integral centrada en la persona. Colección “papeles de la Fundación” N°1. Fundación Pilares para la autonomía personal. Madrid, 2013.

El modelo encuentra sus raíces en la atención centrada en la personas de Carl Rogers y luego desarrollado por sus discípulos Carkhuff, Egan “Vida Plena”, también de Frankl “Vida con Sentido”, “Funcionamiento Valioso” A.Sen, “Desarrollo de las Capacidades” M.Nussbaum y el Paradigma de los derechos. Esto ha dado pie a ramas de desarrollo del modelo de terapia ocupacional canadiense que hace énfasis en las actividades ocupacionales con sentido para la persona y los modelos de abordaje en discapacidad intelectual a través de herramientas que se orienta a centrarse en las capacidades y necesidades de apoyo que tienen las personas para promover su autonomía, lo mismo en el ámbito de las demencias en la Universidad de Bradford UK, que trabaja en la importancia de reconocer las necesidades de las personas reconociendo ante todo su dignidad.

Las dos dimensiones básicas y fundamentales del modelo es la integralidad, esto quiere decir que abarca todos los ámbitos de la persona en la integración de lo social y lo sanitario para lograr la continuidad del cuidado, y la segunda dimensión es la personalización, no se atiende a colectivos, se atiende a personas y esa persona tiene una realidad que requiere ser abordada desde su historia y desde su proyecto, como principio básico de la ética.

El modelo reviste dos elementos claves para la intervención: promover la autonomía moral y reducir la heteronomía y evitar el exceso de dependencia, procurar la rehabilitación funcional, prevenir la dependencia y centrarse en las capacidades preservadas, ambos elementos permiten lograr una percepción de bienestar y satisfacción, “no se cuida a la persona, se cuida con la persona”. Para esto último es necesario incorporar múltiples miradas y aquí se destaca la mirada interdisciplinar, poner en diálogo a las profesiones y en el centro a la persona.

El modelo AICP requiere de un cambio de paradigma en el cuidado, el envejecimiento se da en un contexto globalizado, es necesario reconocer un nuevo perfil de las personas mayores y los equipos deben trabajar la incorporación de capacidades de aprendizaje permanente, la

adaptación continua, la comprensión del contexto, la comunicación y el trabajo en equipo, un nuevo perfil de los equipos profesionales, solo así podemos acercarnos a la complejidad de nuevas realidades.

Este nuevo paradigma nos sitúa en una relación de ayuda en equilibrio, donde el profesional sabe, escucha, apoya y acompaña y la persona con necesidad de apoyo sabe, demanda y decide. Frente a esto último el modelo requiere replantearse qué formación se está dando, para qué perfil estamos formando a quienes ejercerán los cuidados de larga duración, de qué manera estamos trabajando en las competencias no sólo duras, sino que también las competencias blandas.

El modelo contempla 5 C para el trabajo en equipo: compartir conocimiento, coordinación, comunicación, confianza y compromiso, pero también reconoce 2C que implica Curar y Cuidar, abordar la cronicidad con continuidad asistencial con coordinación e integración entre sistemas, en concreto el sistema sanitario y social.

El modelo supone un gestor de caso que permite que todos los componentes del sistema funcionen de manera armónica. 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.

Cuando hablamos de cuidados personales hablamos de entrar en la intimidad de una persona. Esto exige respeto, escuchar a las personas, entender cómo se siente y fomentar la autonomía y la independencia. Esto nos debe llevar a revisar los protocolos, porque los protocolos a veces no contemplan las necesidades y las preferencias de las personas, cuando se vuelven rígidos, cuando uniformizar los cuidados, si valoramos la calidad debemos preguntarnos qué es la calidad para cada persona.

El modelo no es una receta, ni un mero cambio de ambiente, es un cambio holístico en la forma de entender la vejez, el envejecimiento, “las vejeces”. Las recomendaciones en su aplicación se orientan a escuchar las demandas, convertirlas en propuestas, generar conocimiento, garantizar sostenibilidad, expandir prototipos, cambio sistémico, cambio de rol de las administraciones y de las y los profesionales.

Apartado Metodológico

A pesar de que el presente documento posee el carácter de una asesoría técnica, considero relevante dar a conocer los diferentes componentes metodológicos aplicados para efectuar el levantamiento de información sobre el contexto en que se desarrolla la problemática de abandono a personas mayores en Bogotá.

Cabe señalar que en este apartado se da cuenta descriptivamente de la aplicación de los diferentes componentes metodológicos empleados. Por lo mismo, la información procesada y analizada se presenta en los apartados de “institucionalidad y oferta” así como en el de “propuestas y recomendaciones”.

Revisión Bibliográfica

El primer componente consistió en una revisión bibliográfica de documentación administrativa seleccionada y facilitada por diversas entidades administrativas del Gobierno Distrital de Bogotá, además de otras fuentes revisadas por el equipo para complementar y profundizar esta información, con el objetivo de establecer una familiarización con la realidad propia de Bogotá.

A continuación, se presenta una síntesis del material bibliográfico analizado para alimentar el análisis y recomendaciones que se presentan en el documento de recomendaciones técnicas.

| Título | Organismo | Año | Descripción |
|--|--|------|---|
| Documento Marco. Modelo Territorial de Salud D.C. | Secretaría Distrital de Salud | 2022 | El Modelo Territorial de Salud que opera para la Ciudad de Bogotá delimita las herramientas técnicas de gestión, operativas y de seguimiento, desde cada uno de los agentes del sistema con el fin de dar respuesta integral e integrada a las necesidades en salud de la población bogotana, disminuir las inequidades de salud, mantener la salud, disminuir las enfermedades y disminuir la discapacidad. Incluye los beneficios contenidos en los planes individuales y colectivos. |
| Decreto N°415 | Alcaldía Mayor de Bogotá | 2023 | Se reglamenta el Acuerdo Distrital 893 de 2023 “por el cual se institucionaliza el Sistema Distrital de Cuidado de Bogotá D.C. y se dictan otras disposiciones” y se dictan otras regulaciones. |
| Portafolio de servicios, modalidades, estrategias, beneficios y transferencias monetarias de la Secretaría Distrital de Integración Social | Secretaría Distrital de Integración Social | 2023 | Documento síntesis de todos los elementos constitutivos de la oferta programática que implementa actualmente la Secretaría Distrital de Integración Social, ordenados en función del público objetivo. Es de suma utilidad en cuanto cuenta con nombre del servicio, objetivo, oferta, tipo de focalización, población objetivo, criterios de priorización, criterios de ingreso, criterios de egreso, restricciones y ejecución. |

| | | | |
|--|--|------|--|
| Resolución N°0218 | Secretaría Distrital de Integración Social | 2023 | Por la cual se definen las reglas y principios aplicables a los servicios sociales de la Secretaría Distrital de Integración Social, se adoptan los instrumentos de focalización, los criterios de ingreso, priorización, egreso y restricciones, y se dictan otras disposiciones. |
| Documento Operativo del Entorno Cuidador Hogar | Secretaría Distrital de Salud | 2023 | Documento que explica el paso a paso de la implementación de la línea operativa de entorno cuidador correspondiente al Modelo Territorial de Salud de Bogotá. |
| Modelo Territorial de Salud. Salud a mi Barrio, Salud a mi Vereda | Secretaría Distrital de Salud | 2023 | Presentación que resume los principales elementos de la materialización del Modelo Territorial de Salud en Bogotá, vale decir, “Salud a mi Barrio, Salud a mi Vereda”. Se identifican los principales pilares, la importancia de los planes locales de cuidado en salud y sus tres líneas operativas. |
| Propuesta de Atención Sociosanitaria para la Población en Abandono Social en las Subredes Integradas de Servicios de Salud y los Hogares de Protección Integral del D.C. | Secretaría Distrital de Salud | 2023 | Documento que presenta la propuesta, actualmente en desarrollo, de una respuesta sociosanitaria frente al problema del abandono de personas mayores para el Distrito de Bogotá. |
| Sistema Distrital del Cuidado | Secretaría Distrital de Salud | 2023 | Presentación que resume los modelos operativos del Sistema Distrital de Cuidado: manzanas del cuidado, buses del cuidado, cuidado casa a casa y unidades operativas de cuidado. Asimismo, destaca sus componentes: formación, respiro, generación de ingresos, cuidado y apoyo, y transformación cultural. Además, detalla cuáles han sido las acciones del Modelo Territorial de Salud dirigidas a población sujeto del Sistema Distrital de Cuidado. |
| Proyecto 7770. Compromiso con el Envejecimiento Activo y una Bogotá Cuidadora e Incluyente | Subdirección para la Vejez | 2023 | Presentación que sintetiza los principales avances de la Subdirección para la Vejez en el marco del proyecto de inversión 7770 que se encuentra siendo implementado a nivel de gobierno distrital de Bogotá. |
| Instructivo de Solicitud de Actualización y/o Creación de Documentos | Secretaría Distrital de Integración Social | 2021 | Describir las actividades requeridas para la solicitud de revisión metodológica, oficialización y notificación de actualización y/o creación de documentos del Sistema de Gestión a través del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA), |

| | | | |
|--|--|------|---|
| del Sistema de Gestión a través del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivos | | | mediante el flujo de trabajo denominado Control de documentos. |
| Lineamiento para la implementación del Sistema Distrital de Cuidado en la Secretaría Distrital de Integración Social | Secretaría Distrital de Integración Social | 2021 | Establecer las orientaciones conceptuales, metodológicas, técnicas y operativas para la articulación de políticas, proyectos y la innovación en los servicios sociales de la Secretaría Distrital de Integración Social -SDIS- que hacen parte del Sistema Distrital de Cuidado, aplicando la transversalización de los enfoques de derechos humanos, de género, poblacional -diferencial, territorial y ambiental. |

Entrevistas

El segundo componente metodológico contemplado durante el levantamiento de información fue la realización de entrevistas online tanto de forma previa a la visita presencial de nuestra delegación a Bogotá como posteriores para explorar aristas de la problemática que requerían una mayor profundización. Así, se aplicaron tres entrevistas (dos previas y una posterior), siendo las dos primeras de carácter colectivo, por lo que contaron con la presencia de diferentes actores institucionales. Naturalmente, durante la visita presencial de la misión (que se detalla en el siguiente apartado) se aplicaron varias entrevistas acotadas a diferentes actores con los cuales se tuvo contacto.

| Fecha | Actor |
|------------|--|
| 07/11/2023 | Secretaría Distrital de Integración Social |
| 08/11/2023 | Secretaría Distrital de Salud |
| 23/11/2023 | Personería de Bogotá |

Bitácora de Visita

Adicionalmente, la asistencia consideró una visita presencial que facultase la interacción con los actores directamente involucrados en la resolución de la problemática del abandono de personas mayores en Bogotá, así como la observación directa del funcionamiento de determinados servicios y dispositivos de la oferta programática destinada a cubrir ciertas necesidades de las personas mayores. Cabe señalar que la agenda e itinerario que se presenta a continuación fue acordado con la contraparte del Gobierno Distrital de Bogotá:

| Fecha | Hora | Actividad |
|---------------------------|---------------|---|
| Martes 14 de noviembre | 09:00 a 16:00 | <ul style="list-style-type: none"> • Punto de encuentro Fray Bartolomé, Avenida Suba N. 106-47 • Modelo de atención en salud • Subred Integrada de Servicios Norte • Entorno cuidador de hogar |
| | 16:00 a 18:00 | <ul style="list-style-type: none"> • Taller con el equipo técnico donde se despejan dudas de las acciones realizadas en la jornada de la mañana • Reunión con la referente de Atención a la Ciudadanía de la Subred Norte donde se socializan los pasos a desarrollar con casos de abandono de personas mayores dentro los servicios de salud |
| Miércoles 15 de noviembre | 09:00 a 16:00 | <ul style="list-style-type: none"> • Visita guiada a los servicios de la Secretaría Distrital de Integración Social (Comunidad de Cuidado, Centro día a tu casa) |
| | 16:00 a 18:00 | <ul style="list-style-type: none"> • Taller con grupos de interés (Defensoría del Pueblo, Personería Distrital, Comisaría de la Familia, Consejo de Sabios y Sabias y Academia) |
| Jueves 16 de noviembre | 09:00 a 12:30 | <ul style="list-style-type: none"> • Secretaría Distrital de la Mujer (visita guiada a Manzanas del Cuidado) • Espacio de retroalimentación |
| | 14:30 a 18:00 | <ul style="list-style-type: none"> • Visita guiada entorno institucional • Espacio de retroalimentación de las acciones que se realizan |
| Viernes 17 de noviembre | 8:00 a 11:00 | <ul style="list-style-type: none"> • Reunión de cierre con Subsecretaría para la Vejez |

Institucionalidad y Oferta Programática

En el presente apartado se presenta una síntesis descriptiva de los principales dispositivos y componentes de los sectores de Integración Social y Salud que podrían impactar directa o indirectamente a la población de personas mayores que se encuentran en riesgo de abandono o ya se encuentran sufriendo situaciones de abandono. Esta síntesis fue elaborada a partir de las entrevistas, visita presencial y documentos revisados. Adicionalmente, se incorpora una última sección relacionada con las entidades del ámbito judicial que tienen cierto grado de jurisprudencia con respecto a la temática del abandono de personas mayores a nivel distrital en Bogotá.

Secretaría Distrital de Integración Social

Resulta de suma importancia conocer e identificar el alcance de la variada oferta de servicios y estrategias que la Secretaría Distrital de Integración Social contempla para las personas mayores, a fin de proponer una reflexión en torno al abandono que pueda imbricarse de forma sinérgica con el robusto entramado institucional de protección social preexistente.

Cabe señalar la relevancia que adquiere el conjunto de la oferta programática con alcances para el conjunto de las personas mayores, puesto que un aspecto clave consiste en la generación efectiva y rápida de redes rápidamente de apoyo, en tanto existe una baja probabilidad de que la persona mayor abandonado pueda retornar al contexto familiar de violencia que derivó posteriormente en el episodio de abandono.

A partir del documento “Portafolio de servicios, modalidades, estrategias, beneficios y transferencias monetarias de la Secretaría Distrital de Integración Social” se presenta una síntesis de aquellos componentes de la oferta que en términos de su diseño apuntan al segmento de personas mayores como su población objetivo, por lo mismo, debe entenderse como una primera aproximación a los servicios y estrategias cuyos esfuerzos podrían aunarse en pos de reducir el abandono de las personas mayores.

Cabe señalar que la siguiente síntesis de oferta programática fue validada en conjunto con funcionarios de la Secretaría Distrital de Integración Social mediante el intercambio y revisión de un documento técnico de insumo vía mail, identificándose los siguientes componentes:

1. **Servicio Cuidado Transitorio Día-Noche:** Servicio de atención transitoria a personas mayores de 60 años que se encuentran en riesgo de o situación de habitabilidad en calle, promueve acciones de autocuidado y dignificación, brindando alojamiento seguro, alimentación, promoción de buenas prácticas de autocuidado, orientación y acompañamiento interdisciplinario.

El servicio brinda atención transitoria en horarios establecidos para la jornada diurna y nocturna, se cuenta con un equipo interdisciplinario que brinda atención a cada una de las personas mayores bajo un modelo de atención grupal, desde los enfoques diferenciales y de derechos. De esta manera se contribuye con la dignificación de las condiciones de vida de la población. Así mismo, se promueve la identificación de redes de apoyo mediante la participación, la organización y el reconocimiento de los

contextos familiares, institucionales y comunitarios en el marco de la corresponsabilidad y la seguridad humana, así como el desarrollo de acciones que permiten resignificar los imaginarios sociales desfavorables al envejecimiento, a través de una atención centrada en la persona mayor, que contribuye a mantener un rol activo en la formulación e implementación de su proceso de atención, potenciando sus capacidades mediante el respeto por sus preferencias y elecciones.

Se estiman 1.645 personas mayores únicas beneficiadas en sus 5 unidades operativas durante el cuatrienio (corte 30 de septiembre de 2023).

| Beneficios |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Componente alimentario con calidad y oportunidad (la alimentación se brinda cuando la persona se encuentra en la unidad operativa). • Aseo personal. • Acompañamiento interdisciplinario. • Promoción de buenas prácticas y hábitos saludables. • Orientación y referenciación a ofertas de servicios sociales. • Activación de rutas en caso de vulneración de derechos. • Participación en procesos ocupacionales y de desarrollo humano. • Alojamiento confortable y seguro. |

2. **Servicio Centro Día a tu Casa:** Implementar acciones interdisciplinarias de cuidado calificado, que permita que persona de sesenta años o más con dependencia funcional sujetos de cuidado, participen en actividades de cuidado básico, actividades ocupacionales y cognitivas de acuerdo con los talentos, gustos y preferencias, resaltando el reconocimiento, la reducción y redistribución del cuidado en casa y promoviendo tiempos de respiro a sus cuidadores(as) previniendo el abandono y la institucionalización de las personas mayores.

El servicio brinda una atención transitoria en casa, realizando acciones que favorezcan el cuidado calificado a las personas mayores, promoviendo tiempos de respiro que impacten positivamente en la calidad de vida de las personas mayores y sus cuidadores, implementando actividades que permitan el desarrollo de capacidades y potencialidades, el reconocimiento, la reducción y redistribución del cuidado en casa, previniendo el abandono y la institucionalización de las personas mayores.

Se estiman 266 personas mayores únicas beneficiadas durante el cuatrienio (corte 30 de septiembre de 2023).

| Beneficios |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Orientación psicosocial. • Actividades ocupacionales, cognitivas o productivas de acuerdo con los talentos, gustos y preferencias. • Actividades físicas, deportivas y de interacción social. • Actividades recreativas y culturales. |

- Encuentros Intergeneracionales.
- Creación, fortalecimiento y consolidación de redes de apoyo.

3. **Servicio Comunidad de Cuidado:** Servicio institucionalizado a personas mayores de 60 años sin redes familiares o sociales de apoyo que garanticen su cuidado y manutención, mediante la oferta de atención en unidades operativas de larga estancia, en las cuales se brinda cuidado calificado, promoción de buenas prácticas y hábitos saludables y se promueve la constitución de redes de apoyo generacional, familiar e institucional.

La atención se brinda durante los siete días de la semana, las veinticuatro horas del día; a través de la implementación de estrategias y acciones centradas en la persona mayor, en las cuales se resalta la promoción y ejercicio de derechos, estilos y hábitos de vida saludables, la transformación de imaginarios adversos a la vejez, y el fortalecimiento de redes de apoyo.

Se estiman 3.027 personas mayores únicas beneficiadas en sus 20 unidades operativas durante el cuatrienio (corte 30 de septiembre de 2023).

| Beneficios |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Alojamiento confortable y seguro. • Componente nutricional. (reciben el 100% del requerimiento diario de energía y nutrientes estimados a partir de las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes (RIEN) para la población colombiana (población adulta mayor de 60 años y más), a través del suministro de cinco tiempos de comida). • Vestuario. • Servicio Funerario. • Promoción de buenas prácticas y hábitos saludables. • Participación en procesos ocupacionales y de desarrollo humano. • Atención Integral Interdisciplinaria. • Acompañamiento y supervisión en actividades básicas de la vida diaria. • Acompañamiento en trámites de salud. • Constituir redes de afecto y apoyo generacionales. |

4. **Servicio Centro Día Casa de la Sabiduría:** El objeto del servicio es Fomentar el desarrollo integral de las personas mayores de 60 años, a partir del reconocimiento y potenciación de sus capacidades, la integración a la vida familiar, social, comunitaria, cultural, económica y política de la ciudad, mediante un conjunto de estrategias, acciones y recursos teniendo en cuenta los enfoques de: derechos, territorial, poblacional, género, desarrollo humano, diferencial, participación y cultura ciudadana, que permitan aportar al mejoramiento de su calidad de vida y ampliar sus oportunidades para vivir como se quiere en la vejez.

Ofrece atención integral interdisciplinaria presencial en jornada diurna para personas mayores, prestada en unidades operativas y espacios extramurales en las zonas urbanas y rurales de la ciudad de Bogotá, a través de la cual se fomenta el desarrollo

integral y el ejercicio de derechos de la población objetivo, en el marco de los componentes de ocupación humana, estilos de vida saludable y participación y redes.

Se estiman 33.053 personas mayores únicas atendidas en sus 7 unidades operativas durante el cuatrienio (corte 30 de septiembre de 2023).

| Beneficios |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">● Apoyo alimentario, de acuerdo con lo definido por la Entidad.● Orientación psicosocial.● Actividades ocupacionales, cognitivas o productivas de acuerdo con los talentos, gustos y preferencias.● Actividades físicas, deportivas y de interacción social.● Actividades recreativas y culturales.● Encuentros Intergeneracionales.● Creación, fortalecimiento y consolidación de redes de apoyo. |

5. **Estrategia Centro Día al Barrio:** El objeto del servicio es fomentar el desarrollo integral de las personas mayores de 60 años, o entre 55 y 59 años, a partir del reconocimiento y potenciación de sus capacidades, la integración a la vida familiar, social, comunitaria, cultural, artística y política de la ciudad, mediante un conjunto de estrategias, acciones y recursos teniendo en cuenta los enfoques de derechos (haciéndose especial énfasis en los derechos culturales y recreativos), territorial, poblacional, género, desarrollo humano, diferencial, participación y cultura ciudadana, que permitan aportar al mejoramiento de su calidad de vida y ampliar sus oportunidades para vivir como se quiere en la vejez. Ofrece atención interdisciplinaria presencial en jornada diurna que se brinda en espacios públicos, comunitarios, instalaciones y equipamientos disponibles en la ciudad, la cual fomenta el desarrollo integral y el ejercicio de derechos de la población objetivo, haciendo énfasis en los derechos culturales, artísticos y recreativos, a partir de las características de la población, georreferenciación y operación expuestas en el lineamiento del servicio.

Se estiman 20.508 personas mayores únicas atendidas durante el cuatrienio (corte 30 de septiembre de 2023).

| Beneficios |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">● Actividades ocupacionales, cognitivas de acuerdo con los talentos, gustos y preferencias.● Actividades físicas, y de interacción social.● Actividades recreativas, artísticas y culturales.● Creación, fortalecimiento y consolidación de redes de apoyo.● Apoyo alimentario, de acuerdo con lo definido por la Entidad. |

6. **Estrategia Redes de Cuidado Comunitario:** Desarrollar intervenciones pedagógicas y culturales entre personas mayores, ciudadanía, organizaciones sociales y comunitarias que contribuyan a la generación de procesos de cuidado colectivo, intergeneracional, y apropiación social del cuidado que configuren entornos para la

prevención de violencias contra las personas mayores y reduzcan la segregación por razones de edad, a través de acciones de carácter territorial, móvil y comunitario.

Atención interdisciplinar mediante acciones territoriales y comunitarias orientadas a promover el cuidado colectivo en favor de las personas mayores, mediante la promoción de la dinamización de redes para el apoyo permanente de las personas mayores de acuerdo con lo establecido en la Ley 1276 de 2009. Estas acciones se realizan a través de espacios de interacción, como son:

- a. Escuela de Familias - A Cuidar se Aprende: Es un espacio pedagógico dirigido a reconocer las labores de cuidado que realizan las y los cuidadores de personas mayores, y promover la redistribución de dichas labores al interior de las redes de apoyo familiar y social de las personas mayores, así mismo, tiene como propósito cualificar las labores de cuidado que realizan las y los cuidadores con el fin de que los cuidados se centren en los derechos de los sujetos de cuidado.
- b. Somos Red de Cuidado: Es un espacio de interacción para fortalecer el autocuidado, la solidaridad generacional y propiciar la conformación de redes de apoyo, entre las personas mayores vinculadas al servicio social Centro Día, con hogares unipersonales.

Aún no se cuenta con estimaciones oficiales desde la Secretaría Distrital de Integración Social con respecto a los beneficiarios de este componente de la oferta programática.

7. **Servicio Bogotá Te Acompaña en la Vejez:** El servicio social lleva a cabo un proceso de atención de carácter móvil y territorial para las personas mayores a partir de la orientación, acompañamiento jurídico, psicosocial y la activación de rutas de restablecimiento de derechos, así como la socialización de la gestión oferta intersectorial e intra-institucional para el acceso a los servicios.

La atención se realiza a partir de la identificación de las personas mayores, a través de los canales de reporte dispuestos por la SDIS o la identificación por medio de acciones territoriales; el servicio se organiza por equipos interdisciplinarios quienes realizan el abordaje, con el fin de establecer un perfil socio jurídico del caso y de esta forma definir la atención, asesoría, orientación o acompañamiento para garantizar y proteger los derechos de las personas mayores de acuerdo con la ley 1850 de 2017. Una vez establecido el perfil, se realiza la activación de rutas y la articulación y coordinación con las entidades o servicios que permitan dar respuesta pertinente a las necesidades de la persona mayor; de acuerdo con esto, se establecen los seguimientos que permitan identificar los avances o barreras de acceso y tomar nuevas acciones que permitan superar o mitigar la situación de vulneración que dio origen al reporte inicial.

Se estiman 3.051 casos de personas mayores atendidas durante el cuatrienio (corte 30 de septiembre de 2023).

| Beneficios |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • La atención a personas mayores se inicia a través de dos vías: reportes a la SDIS (Sistema Distrital de Información Social) o la identificación a través de acciones territoriales. • Equipos interdisciplinarios conformados por profesionales de diferentes campos se encargan de abordar los casos. Su principal objetivo es establecer un perfil socio jurídico de la persona mayor en cuestión. Esto implica analizar su situación desde una perspectiva social y legal. • Una vez que se ha definido el perfil de la persona mayor, se activan rutas de atención. Esto implica coordinarse con entidades y servicios que puedan brindar una respuesta adecuada a las necesidades específicas de la persona mayor. • La atención brindada es de carácter distrital, es decir, se centra en el ámbito local, y es móvil y presencial, lo que significa que los profesionales se desplazan hasta el lugar donde se encuentra la persona mayor. La atención es individual y se brinda orientación tanto psicosocial como jurídica. • Para personas mayores con discapacidad auditiva, limitaciones en el lenguaje o dificultades en la comunicación, se busca apoyo en la red familiar o comunitaria. Si no existe este apoyo, se solicita a la Subdirección para la Discapacidad que proporcione un intérprete en lengua de señas. • La orientación jurídica se enfoca en el derecho que considera a las personas mayores como sujetos de especial protección constitucional. Se busca prevenir y atender situaciones de violencia, abandono, negligencia y otros riesgos que puedan afectar su vida e integridad personal. Se pone énfasis en la interseccionalidad, considerando factores como etnia, género, orientación sexual, identidad de género, discapacidad y otras situaciones y condiciones específicas. • Se establecen seguimientos profesionales para evaluar los avances o barreras de acceso y tomar nuevas acciones que permitan superar o mitigar las situaciones de vulneración que dieron origen al reporte inicial. Los seguimientos continúan hasta que se cumplan los objetivos de atención o se den algunos de los criterios de egreso establecidos. |

8. **Servicio Apoyos Económicos para Persona Mayor:** Aporte en dinero entregado a las personas mayores del Distrito Capital que se encuentran en situación de vulnerabilidad social e inseguridad económica, acompañado de procesos de desarrollo humano para fortalecer la autonomía e independencia de esta población.

El servicio brinda un apoyo económico en dinero a las personas mayores que contribuye a promover un envejecimiento y una vejez digna con autonomía e independencia, adicionalmente, la atención y el seguimiento se realiza presencial, virtual y mixto. Mediante la articulación con el servicio Centro Día se desarrollan procesos de desarrollo humano para fortalecer la autonomía e independencia de esta población. El ingreso al servicio dependerá de la disponibilidad de cupos en la localidad de residencia, la validación de condiciones, así como la verificación del cumplimiento de criterios y el orden de priorización que le corresponda en la lista de espera.

Se estiman 110.279 personas mayores únicas beneficiadas durante este cuatrienio. Es importante considerar que el dato presentado corresponde a personas únicas

beneficiarias, por lo cual no se debe sumar la cantidad por tipo, dado que la misma persona pudo haber accedido a más de un tipo de apoyo.

Este servicio contempla cuatro diferentes tipos de apoyo económico:

- a. Tipo A (\$165.000) con 168 beneficiarios.
- b. Tipo B (\$130.000) con 47.617 beneficiarios.
- c. Tipo B desplazado (\$130.000) con 1.315 beneficiarios.
- d. Tipo C cofinanciado (\$130.000) con 61.185 beneficiarios.

En resumen, se podría establecer que la oferta de servicios sociales dirigida a personas mayores proveída por la Secretaría Distrital de Integración Social consta de los siguientes cuatro macro componentes:

1. Apoyos económicos vía transferencia directa (que consta de cuatro tipos según tramos de los postulantes)
2. Servicio móvil de información y orientación (Bogotá Te Acompaña en la Vejez).
3. Servicios de cuidado transitorio (Cuidado Transitorio Día-Noche) e institucionalizado (Comunidad de Cuidado).
4. Servicios de atención integral interdisciplinaria (Centros Día), los cuales constan de una modalidad a domicilio (Centro Día a la Casa) y en centros sociales (Centro Día Casa de la Sabiduría). Además de contar con tres estrategias: redes, intercultural y al barrio¹.

Secretaría Distrital de Salud

Antes de analizar el funcionamiento específico del sistema de salud a nivel distrital en Bogotá, resulta importante, especialmente para quienes desconocen de primera fuente la realidad en Colombia y poseen una visión externa, identificar y conocer los pilares, particularidades y aspectos esenciales que rigen la salud en dicho país. Una vez establecido este marco general, se procederá a describir los componentes del sector distrital de salud que es necesario contemplar para efectos de la problemática del abandono a personas mayores.

Antes de la década de 1990, el sistema de salud en Colombia estaba fragmentado y caracterizado por desigualdades en el acceso a los servicios médicos. La falta de cobertura universal y la presencia de sistemas separados para empleados formales e informales propiciaron disparidades en la atención. Así, en la década de 1990, Colombia implementó una serie de reformas con el objetivo de lograr la universalidad en la atención médica. Una de las reformas más destacadas fue la Ley 100 de 1993, que introdujo el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Este sistema buscaba garantizar el acceso a servicios de salud para toda la población, independientemente de su capacidad de pago, introduciendo el concepto de regímenes de aseguramiento.

¹ Llama la atención que en el portafolio de la oferta de servicios sociales emanado por las Secretaría Distrital de Integración Social no exista mención explícita a la estrategia intercultural de los Centros Día, pero sí se señalan las estrategias de redes y al barrio. Sería interesante entender las razones que explican esta omisión.

El corazón del sistema de salud colombiano yace en la diferenciación de los regímenes de aseguramiento. El régimen contributivo, destinado a aquellos con ingresos suficientes, establece una cotización mensual compartida entre empleadores y empleados. Por otro lado, el régimen subsidiado, diseñado para los menos privilegiados económicamente, cuenta con financiamiento gubernamental vía presupuesto central, recursos de los poderes locales y donaciones, permitiendo el acceso a servicios básicos de salud. Las personas que ingresan al régimen subsidiado deben cumplir con los requisitos de los grupos correspondientes a la clasificación SISBEN 1 y 2. Además de estos dos, existe un régimen especial para las fuerzas armadas y sus familias, así como el régimen para personas no vinculadas (quienes no tienen ingresos ni cumplen con las condiciones de clasificación).

Cabe señalar que originalmente se esperaba que este régimen contributivo transitara hacia una mayoría de asegurados vía contribución reduciendo al mínimo a aquella población subsidiada, esto no ha ocurrido y en la actualidad prácticamente cada gran régimen concentra a la mitad de la población asegurada (más de 20 millones de personas por régimen).

Una característica distintiva del sistema de salud colombiano es su enfoque descentralizado. A nivel central, el Ministerio de Salud y Protección Social formula políticas y normativas, estableciendo el marco general, además de realizar la fiscalización de este marco en los niveles locales. Sin embargo, la implementación y supervisión recaen en las Secretarías de Salud departamentales y municipales. Esta descentralización busca adaptar la prestación de servicios a las necesidades específicas de cada región, reconociendo las diferencias geográficas, demográficas y socioeconómicas.

En primer lugar, están la Empresa Promotora de Salud (EPS), cuyo propósito es promover la afiliación al sistema de seguridad social y además son las responsables de contratar toda la red de prestadores para garantizar la prestación del servicio de Salud en cada Entidad. Las EPS no brindan servicio médico, solo manejan el control administrativo y comercial. Cabe señalar que adicionalmente existen Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas (EPS-S), que son las entidades responsables de la afiliación y prestación del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado a los beneficiarios de éste.

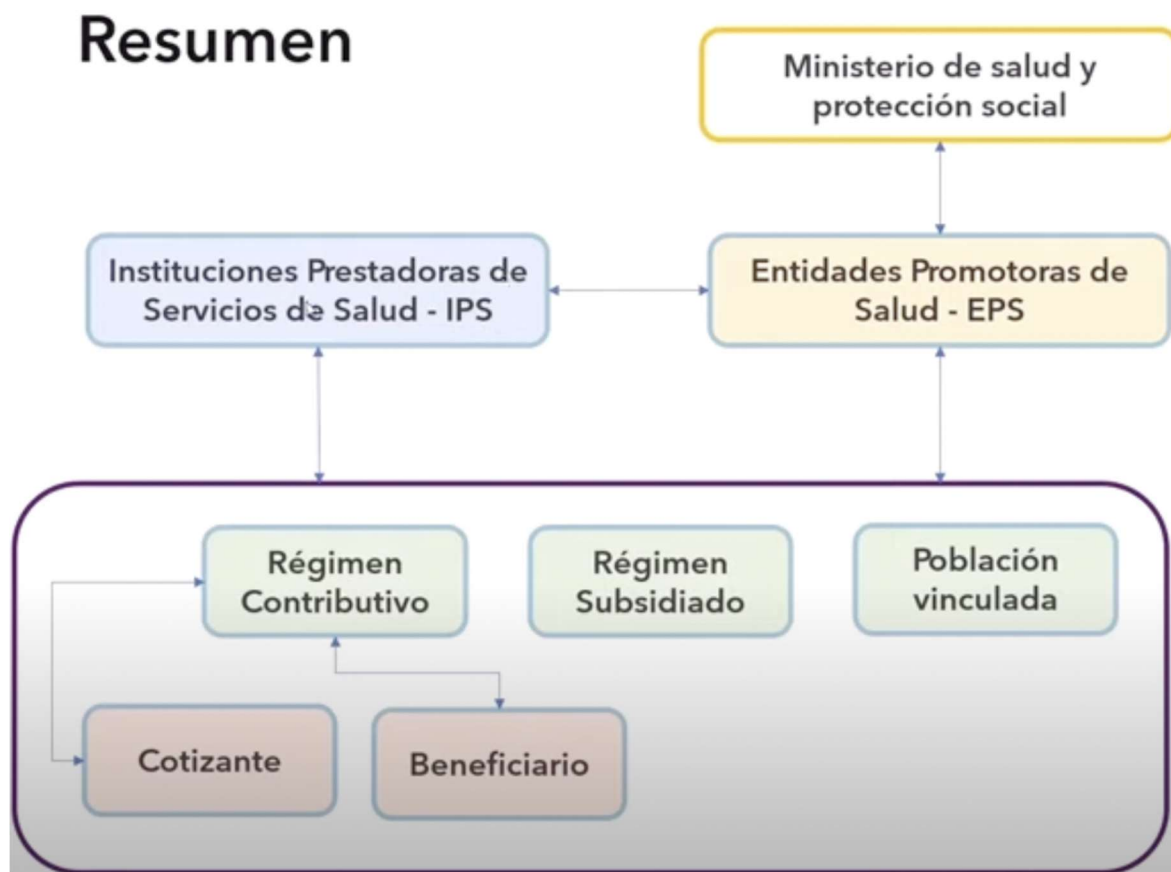
Por otra parte, están las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que son los hospitales, clínicas, laboratorios, entre otros. Éstas pueden ser públicas, privadas o con economía mixta, y deben haber sido aprobadas para prestar los procedimientos que se demanden. En conclusión, la diferencia entre IPS y EPS es que una se encarga de brindar los servicios de salud, mientras que la otra lidera la parte administrativa.

Adicionalmente, tenemos el Plan Obligatorio de Salud (POS) y es el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho un usuario en el sistema general de seguridad social en salud de Colombia (SGSSS), cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar, y está complementado con el reconocimiento de prestaciones económicas en caso de licencia de maternidad e incapacidad por enfermedad general.

En concordancia con el modelo colombiano de salud, existen prestadores de salud tanto privados como públicos y mixtos. Se consideran como prestadores a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los Profesionales Independientes de Salud y los

Servicios de Transporte Especial de Pacientes. El aspecto más interesante en términos de la provisión de salud es que los prestadores son contratados por las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que pueden establecer redes que integran a varias IPS para ofrecer servicios de salud a sus cotizantes y beneficiarios.

El siguiente cuadro sintetiza a grandes rasgos la estructura general que rige al sistema de salud en Colombia y que debe ser considerada para entender su expresión concreta a nivel distrital en Bogotá.



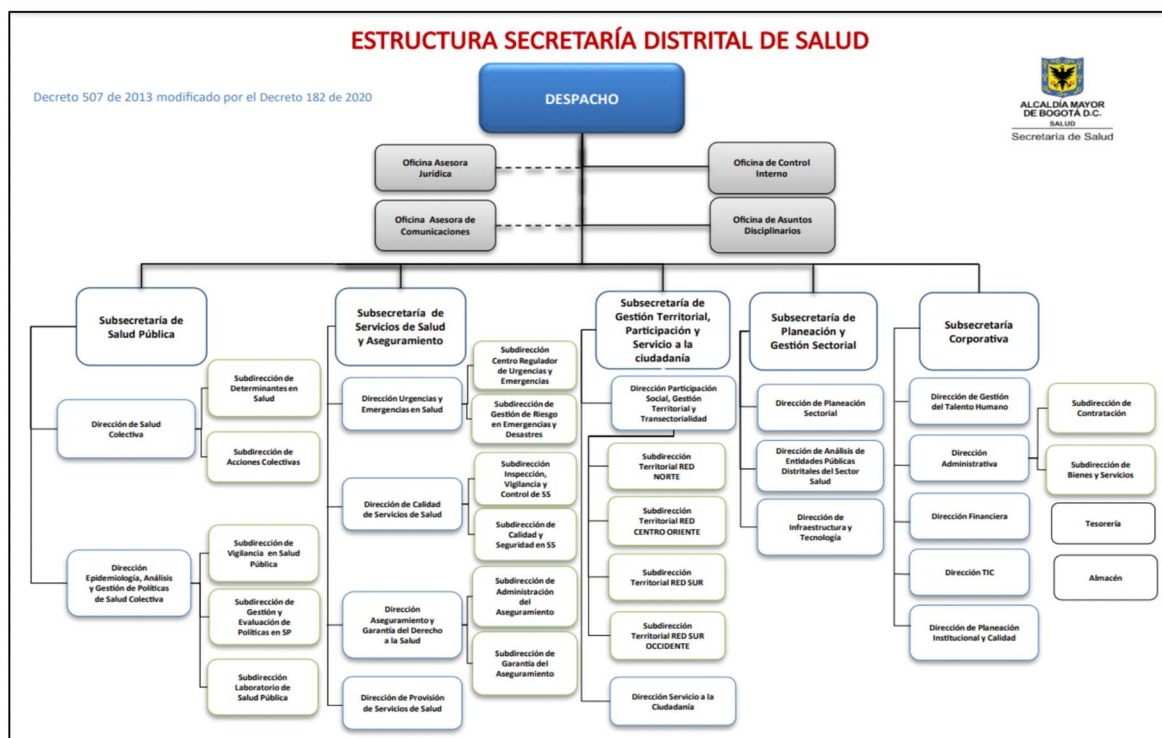
Habiendo revisado los principales aspectos que dan forma al sistema de salud en Colombia, corresponde analizar la forma concreta en que el Gobierno Distrital de Bogotá implementa los lineamientos generales de la política central de salud a nivel local.

En primer lugar, es importante señalar que el Distrito Central de Bogotá rige el funcionamiento de su sistema de salud alineado con las directrices nacionales contenidas en el que era principal documento central, vale decir, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Lo anterior implicaba asumir cuatro estrategias centrales en lo que respecta a la provisión de servicios de salud para la población: a) una estrategia de Atención Primaria en Salud, b) una estrategia de Gestión Integral del Riesgo en Salud, c) un enfoque de Cuidado de la Salud, y d) un enfoque Diferencial de Derechos.

Sin embargo, durante el año 2019, el Gobierno Central de Colombia se adaptó la PAIS, incorporando la adopción de un nuevo enfoque, el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE). Este modelo establece que cada administración distrital y municipal debe responder

a ocho líneas de acción para su operación, definiendo acciones específicas y organismos para su consecución, las cuales son: a) Aseguramiento², b) Salud Pública, c) Prestación de Servicios, d) Talento Humano en Salud, e) Financiamiento, f) Enfoque diferencial, g) Intersectorialidad, y h) Gobernanza.

Concretamente, el Gobierno Distrital de Bogotá ha resuelto estas funciones por medio del actual organigrama de su Secretaría Distrital de Salud, que se puede apreciar en la imagen presentada a continuación. Por el momento no ahondaremos en el organigrama, sin embargo, iremos profundizando en cada entidad en la medida que tenga implicancias para la problemática del abandono de las personas mayores en la ciudad.



En concordancia con las modificaciones que se venían dando en la política central de salud, a nivel distrital, se elaboró el Plan de Desarrollo del Distrito 2020-2024 (denominado “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI”), el cual constituye el marco de acción de las políticas, programas, estrategias y proyectos de la Administración Distrital³.

Dicho plan tuvo su materialización en el sector de salud por medio del Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2020-2024 como instrumento de política pública sectorial establece como principal objetivo que para 2024 se logre ajustar el actual Modelo de Salud basado en APS incorporando el enfoque poblacional, diferencial, de cultura ciudadana, de género,

² En correspondencia con la línea de acción de Aseguramiento del MAITE, el Modelo Territorial de Salud de Bogotá desarrolla el enfoque de gestión de riesgo que opera estratégicamente con la rectoría de la Secretaría Distrital de Salud, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que componen las Redes Planes de Beneficios de Salud; y a través de la Red Pública Integrada de Servicios de Salud con las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud (Subred Norte, Subred Sur, Subred Centro Oriente y Subred Sur Occidente).

³ Es precisamente este plan el que actúa como paraguas estratégico para el proyecto 7770 de la Secretaría Distrital de Integración Social que ya hemos comentado anteriormente.

participativo, resolutivo y territorial que aporte a modificar de manera efectiva los determinantes sociales de la salud en la ciudad. La Administración actual ha denominado a este modelo bajo el nombre de “Salud a mi Barrio, Salud a Mi Vereda”.

El “Documento Marco del Modelo Territorial de Salud” busca dar respuesta al desafío de implementar este modelo de salud en Bogotá. Estableciendo ciertas definiciones en torno a pilares, enfoques y líneas de acción. A pesar de que mencionaremos tanto los pilares como los enfoques del modelo, nos centraremos con mayor detención en las líneas de acción, puesto que tienen efectos prácticos sobre la población de personas mayores, así como sobre la problemática de abandono de este grupo.

Pilares del modelo territorial:

- a. La determinación territorial del proceso salud-enfermedad-muerte.
- b. El reconocimiento del cuidado para el bienestar
- c. El reconocimiento de la democracia como imperativo ético de respeto por la diversidad y la diferencia.

Enfoques del modelo territorial:

- a. Enfoque diferencial poblacional.
- b. Participación.
- c. Territorio.
- d. Atención primaria en salud.
- e. Enfoque familiar y comunitario.
- f. Enfoque de cuidado de la salud.
- g. Resolutividad.

Asimismo, es importante considerar que el modelo territorial contempla el establecimiento de Planes Locales de Cuidado, que consisten en instrumentos que orientan y organizan las acciones en salud en cada localidad. Básicamente son documentos guía mediante los cuales se expresan territorialmente las cuatro líneas operativas del modelo territorial que se describen a continuación.

Finalmente, el documento presenta las cuatro líneas operativas que serán el corazón práctico del modelo territorial de salud para Bogotá:

1. Equipos de atención en casa (EAC): Esta línea operativa, se define como el conjunto de atenciones en salud realizadas por un equipo multidisciplinario en el domicilio de los usuarios que pertenece a un grupo poblacional priorizado o que residen en zonas de la Ciudad, previamente focalizadas por pobreza multidimensional tanto, en lo urbano como en lo rural; con el fin de realizar acciones de gestión del riesgo en salud, promover el cuidado y el autocuidado y fortalecer la participación. Dentro de la operación de los Equipos de Atención en Casa, se destaca la Estrategia de Relevo Domiciliario a Cuidadores. Inicialmente concebida como una apuesta administrativa en el marco del Sistema Distrital de Cuidado (SIDICU), esta estrategia ha evolucionado y se ha institucionalizado como política de ciudad mediante el acuerdo 893 de 2023. Para respaldar este esfuerzo, la ley 2297 de junio de 2023 se enfoca en

garantizar el acceso al servicio de cuidador o asistencia personal para personas con discapacidad, bajo un enfoque de derechos humanos, autonomía y capacidad legal. El artículo 13° de la ley 2297 de 2023 establece garantías específicas para los cuidadores no remunerados de personas con discapacidad. Esto implica que las empresas promotoras de salud y los entes territoriales deben asegurar el acceso oportuno a servicios de salud física y mental, eliminando fragmentación de servicios y simplificando trámites administrativos. Estas medidas buscan mejorar la calidad de vida de los cuidadores y ofrecer un apoyo más efectivo

2. Aseguramiento y prestación de servicios de salud: El cuidado para el bienestar se orienta en el Modelo Territorial de Salud a lograr menos dolor, menos complicaciones, menos tiempo y más cercanía a los servicios de salud. En este sentido, la línea operativa de prestación de servicios y aseguramiento tiene un papel central, en el marco del ejercicio de la autoridad sanitaria, en coordinación con EAPB y prestadores de servicios de salud. Esta línea operativa tiene como objetivo gestionar el aseguramiento en salud para contribuir al acceso a los servicios de salud individuales resolutivos, con enfoque diferencial, territorial y poblacional en el marco del SOGCS. Esta línea operativa se enfoca en implementar estrategias para:
 - a. Implementar los mecanismos para garantizar el acceso al sistema general de seguridad social en salud a la población no afiliada.
 - b. Orientación de la prestación de servicios de salud integrales con la incorporación de elementos estratégicos y enfoques diferenciales del Modelo Territorial de Salud.
 - c. Articulación con los actores para el acceso de las personas a los servicios de urgencias en salud (general y de salud mental) y atención de emergencias y desastres.
 - d. Fortalecimiento de la calidad en la prestación de los servicios en el contexto del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGCS, la atención segura y humanizada, en el marco de los elementos estratégicos y los enfoques diferenciales del modelo territorial de salud.
 - e. Fortalecimiento de la inspección, vigilancia, control y seguimiento.
3. Entornos cuidadores: Esta línea operativa tiene como objetivo gestionar el cuidado para el bienestar desde la comprensión del territorio urbano y rural, en conjunto con la ciudadanía, actores y sectores, mediante el desarrollo de interacciones colectivas e individuales de alta externalidad, integrales e integradas en los entornos cuidadores hogar, laboral, educativo, institucional y comunitario, así como interacciones transversales de vigilancia en salud pública. En este sentido, los entornos cuidadores se definen como "los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea". Por lo mismo considera una variedad de estrategias en función del entorno específico:

- a. Entorno Cuidador Hogar – “Cuidado para la salud familiar”
 - b. Entorno Cuidador Educativo – “Sintonizarte con el cuidado de la salud”
 - c. Entorno Cuidador Laboral – “Trabaja por tu salud”
 - d. Entorno Cuidador Comunitario – “Bienestar y salud para las Comunidades”
 - e. Entorno Cuidador Institucional – “Instituciones Cuidadoras y Protectoras”
4. Participación social y gestión de políticas públicas: Es la línea operativa del Modelo Territorial de Salud “Salud a mi Barrio – Salud a mi Vereda”, diseñada para promover y fortalecer en los territorios diversas formas de participación social en salud orientadas a gestionar las políticas públicas y desarrollar estrategias propias e innovadoras para el cuidado y el buen vivir en las comunidades. La línea operativa tiene dos procesos complementarios: Participación Social y Gestión de Políticas de interés en Salud. A partir de la comprensión del territorio, los dos procesos de la línea desarrollan una serie de mecanismos propios que se potencian y en conjunto aportan al fortalecimiento de la participación ciudadana y la gestión de las políticas públicas en salud.

Adicionalmente a lo anterior, es importante señalar otros componentes e iniciativas desarrolladas por la Secretaría Distrital de Salud y que fueron identificadas durante el levantamiento primario de información, tanto en las entrevistas como la visita presencial a los servicios y actores. En primer lugar, destaca la coordinación importante que tiene el Modelo Territorial de Salud con el Sistema Distrital de Cuidado, siendo un claro ejemplo la utilización de los buses del cuidado para acercar a las personas mayores a sus centros asistenciales. Por otro lado, llama la atención las intenciones de apuntar hacia el desarrollo de un modelo sociosanitario cada vez más robusto, puesto que han adaptado un hospital completo (Hospital Emaús) para cumplir la función de dar respuesta a las necesidades y requerimientos especiales que tienen los pacientes sociosanitarios.

Además, cabe destacar que desde el Sistema de Cuidado se establecen tres modalidades de atención: Buses de Cuidado, Manzanas de Cuidado y Asistencia Personal en Casa. La estrategia de relevo a cuidadores implementada por la Secretaría de Salud se ubica en la modalidad de asistencia en casa, buscando proporcionar servicios temporales de relevo domiciliario a los cuidadores. Esto se realiza con la comprensión de que la labor de cuidado puede generar agotamiento emocional y físico, afectando la calidad de vida del cuidador. El enfoque de la estrategia se centra en atender las necesidades de salud del cuidador y la persona bajo cuidado, promoviendo la salud, previniendo enfermedades y proporcionando descanso al cuidador, contribuyendo así al fortalecimiento de procesos de autocuidado y al reconocimiento de la labor del cuidado.

Ahora bien, el antecedente más relevante radica en el enfoque intersectorial que el gobierno distrital de Bogotá ha impulsado para abordar la problemática de abandono de personas mayores, puesto que actualmente se encuentra en desarrollo una propuesta de atención sociosanitaria para la población en abandono social en las subredes integradas de servicios de salud y los hogares de protección integral.

Esta iniciativa ha sido levantada por la Secretaría Distrital de Salud, puesto que como entidad han identificado a más de 500 casos de abandono en establecimientos sanitarios. Así, han experimentado directamente cómo sus centros de atención se han constituido en escenarios

en los que se efectúan abandonos definitivos de personas mayores por parte de sus familiares. Por lo mismo, la coordinación entre la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría Distrital de Integración Social (específicamente mediante la Subdirección para la Vejez) resulta crucial para abordar el creciente problema de abandono de la población mayor.

Bajo el entendimiento de que la atención sociosanitaria es 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, la propuesta establece que *“[...] será necesario establecer varios frentes de articulación con el sector de protección social donde se buscará contribuir a la inclusión social, a través del perfil de Gestor de Casos quien se encargará de la búsqueda de red familiar, factor que permitirá definir los motivos del abandono, y alternativas de manejo frente al mismo, como lo es el manejo del cuidado a través de alianzas con las manzanas del cuidado, y así propender por equilibrar las cargas del cuidado al interior de la red familiar”*.

Así, esta interesante propuesta sociosanitaria, que igualmente pretende incorporar al sector justicia para asegurar la aplicación conforme de la Ley 1850 de 2017, contempla la realización de las siguientes acciones:

- a. Valoración médica de cada una de las personas que vayan a ingresar al servicio sociosanitario.
- b. Caracterización de la población, la cual permitirá orientar la atención al interior del servicio sociosanitario, para las acciones de salud y social.
- c. Construcción y aplicación del instrumento de egreso del servicio sociosanitario. Este instrumento deberá ser construido por el equipo del servicio para definir la finalización de la prestación del servicio para el retorno al grupo familiar, o la ubicación definitiva en institución o hogar de protección integral.
- d. Dentro de las unidades de servicios de salud de alta complejidad se contará una oficina a cargo del área jurídica o psicosocial (Secretaría Distrital de Integración social y atención al ciudadano) donde se hable de los derechos y deberes en salud con el fin de trabajar la prevención de abandono en las unidades de salud.
- e. Aplicación de los instrumentos de valoración integral para salud mental, que permitirán establecer claramente acciones de atención integral para las personas partícipes dentro del sociosanitario.

Actores Judiciales

Si bien los actores y dispositivos que se enumeran a continuación no dan cuenta de un sector en sí mismo, éstos han sido seleccionados por la relevancia judicial que revisten para el abordaje de la problemática de abandono a las personas mayores.

En primer lugar, es importante señalar el marco jurídico proveído por la Ley 1850 del año 2017, puesto que no sólo tipifica el abandono de personas mayores como un delito y establece a la omisión de cuidados como un tipo específico de violencia, sino que proporciona una serie de herramientas y enfoques que resultan trascendentales para abordar esta problemática a nivel de políticas y servicios. Adicionalmente, se destaca la ley 1996 de 2019, que garantiza el respeto de la dignidad humana, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, la independencia de las personas y finalmente, el derecho a

la no discriminación; dichos principios y derechos se encuentran establecidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la cual fue ratificada por Colombia, y con la que se busca eliminar modelos de prescindencia para convertir a la persona con discapacidad en el centro y en protagonista de su proyecto de vida. Elimina la cuestionable figura de la interdicción, expresando un espíritu legal enmarcado en el enfoque centrado en la persona, en sus necesidades, valoración de su autonomía y respeto irrestricto de voluntad, constituyendo un punto partida inmejorable para establecer propuestas que den respuesta a fenómenos sociales complejos como el abandono. Así, en lugar de la tutela desmedida que otorga la figura legal de la interdicción, genera apoyos específicos mediante agentes oficiosos que cumplen su rol de forma acotada hasta alcanzar la restitución de los derechos de la persona mayor en función de sus necesidades específicas.

Un segundo organismo de gran relevancia son las Comisarías de Familia, que, si bien se encuentran alojadas administrativamente en la Secretaría Distrital de Integración Social y no propiamente en el sector justicia, cumplen un rol central en la protección de los derechos de las personas que se ven enfrentados a casos de violencia como lo son las personas mayores abandonadas. Si bien, siempre se intenta que los casos de violencia en contextos familiares sean abordados mediante una conciliación, en caso de no resultar efectivas estas instancias intervienen las Comisarías de Familia que tienen la potestad de establecer medidas de protección inmediatas o cuotas de alimentación que velen por la restitución inmediata de los derechos de las personas violentadas. Posteriormente, los dictámenes judiciales oficiales son efectuados por los Juzgados de Familia, muchas veces gracias a la denuncia interpuesta por las Comisarías de Familia. En síntesis, esta entidad es una autoridad administrativa que tiene la atribución de establecer medidas de protección provisionales o permanentes en los casos de violencia, incluyendo violencias contra las personas mayores, administrando y garantizando el acceso a la justicia para personas en contexto de violencia familiar.

Asimismo, la Ley 1850 permitió superar el vacío legal que existía con respecto a los casos de abandono y negligencia hacia personas mayores, que no podían ser tipificados como ejercicios de violencia, dándole atribuciones para que ciertas entidades como la Personería de Bogotá y la Defensoría puedan actuar en estas situaciones, cuando anteriormente no tenían ningún campo de acción.

Tanto la Personería como la Defensoría son organismos de control, por tanto, su labor es de vigilancia y defensa de los derechos humanos. Ahora bien, se diferencia en que la primera vigila y controla el debido proceso judicial, incluyendo las medidas adoptadas por las mencionadas Comisarías de Familia, mientras que la segunda brinda defensa pública al contar con abogados de profesión. Adicionalmente, se diferencia en su jurisprudencia, puesto que la Personería opera exclusivamente a nivel distrital de Bogotá, mientras que la Defensoría opera a nivel nacional.

Análisis de Caso, Propuestas y Recomendaciones

De acuerdo a lo conocido e informado respecto a los servicios de atención a personas mayores en el Distrito de Bogotá se han desarrollado las siguientes recomendaciones que son resultado de las reflexiones compartidas con los equipos de la Subdirección para la Vejez de la Secretaría Distrital de Integración Social y la Subsecretaría de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud y con las Comisarias de Familia, Personería y Defensoría, entidades que participaron de la reflexión sobre la situación en la voluntad de avanzar en un enfoque sociosanitario con enfoque centrado en la persona que ofrezca respuestas a la vulnerabilidad en que se encuentran las personas mayores en situación de abandono.

La presente asistencia revisó y dialogó con los equipos antes mencionados y desde ahí las recomendaciones de articulación se localizan en los mismos actores no excluyendo la incorporación de otros en la búsqueda de una respuesta política sistémica al abandono que debe evaluar y mejorar la red de apoyo disponible en cada caso; una política transversal en tanto abarca diferentes áreas tales como: servicios sociales, de salud, sociosanitarios y socioeducativos, de formación, empleo y trabajo, de vivienda y urbanismo (ciudad cuidadora) de educación para el cuidado y el autocuidado entre otros, como también inclusiva en tanto debe atender a las personas cuidadas y cuidadoras y a los diversos contextos de cuidado que existen.

Bogotá ha desarrollado una trayectoria sólida en lo que respecta a la implementación de servicios y transferencias monetarias para personas cuidadoras, la elaboración e implementación de normativas, así como el aumento de gasto distrital en políticas dirigidas a personas mayores. Por lo mismo, se encuentra en un estadio de desarrollo de los temas de cuidado para personas mayores tal que ha comenzado a afrontar desafíos más avanzados y específicos, como lo evidencia su actual reflexión sobre la situación de abandono de personas mayores. Este tipo de desafíos deben considerarse como una ventana de oportunidad para el gobierno distrital, que le permitirá profundizar sus diagnósticos y mejorar su oferta programática para este segmento de la población, dotando de mayor especificidad y calidad a la política de cuidados de mayores. Asimismo, podrá establecer con solidez la implementación de un enfoque sociosanitario y con un modelo integral centrado en la persona con tal vanguardismo que representaría un caso único en la región.

Es de acuerdo con lo anterior que la sola reflexión del camino recorrido con la mirada puesta en la problemática del abandono de personas mayores representa no sólo un avance, sino que también una oportunidad de fortalecer su modelo de cuidados de larga duración a través de acciones que impulsen una mayor articulación sociosanitaria.

Quizás una potencial dificultad, que puede ser revertida gracias al orden y prolijidad administrativa así como el enfoque de derecho con que ejecutan las políticas a nivel distrital, consiste en la rigidez con que establecen los límites sectoriales cuando existen ciertos segmentos de la población, especialmente los más vulnerables, que dadas sus necesidades y particularidades presentan casos con tal porosidad que no se circunscriben exclusivamente dentro de la jurisprudencia de un sector de forma exclusiva,

Las recomendaciones, que surgieron de los diálogos con los responsables de los servicios, se orientan a promover una política de asistencia sociosanitaria y la transición a un nuevo

modelo asistencial a largo plazo, esto contempla a su vez un trabajo con las instituciones vinculadas bajo un modelo de gestor de caso y con la comunidad en la promoción de una ciudadanía activa desde sus derechos, con participación y comunidades acogedoras, salir de la diada del cuidado requiere de una comunidad empoderada, más aún cuando la persona que requiere cuidados no cuenta con red primaria de apoyo.

Se identifican algunos elementos que pueden colaborar con la articulación sociosanitaria y jurídica que se reconocen como actores fundamentales en la problemática tales como:

Diseño de un registro de información sociosanitaria que homogenice los elementos sociales y sanitarios indispensables al momento de que el caso posible de abandono ingrese a cualquier dependencia distrital, que facilite la mirada integral del caso. Se observó que cada programa cuenta con registros e información, por lo cual avanzar en dirección a una base de datos compartida a través de una ficha registro general puede ser una iniciativa relevante para iniciar un proceso de articulación sociosanitaria desde la información y, por ende, del reconocimiento de los aspectos fundamentales que interesa compartir.

Un registro único sociosanitario, que contenga información de una anamnesis tanto social como sanitaria de los sujetos. Este instrumento es el que permite establecer un diagnóstico conjunto de las personas, por parte de ambos sectores como una herramienta que permitirá identificar necesidades y por tanto facilitar la identificación de la situación de la persona de una manera más integral.

El desarrollo de este instrumento tiene especial relevancia en lo que respecta a la adopción de futuras estrategias que permitan detectar y, en consecuencia, prevenir episodios de abandono de personas mayores. Se debe realizar una evaluación con el fin de identificar con qué precisión y cuán oportunamente es posible pesquisar posibles contextos de violencia y potenciales situaciones de abandono con los instrumentos con que ya se cuenta. En caso contrario, debe evaluarse la necesidad de levantar un instrumento en función de una revisión bibliográfica sobre la aplicación de instrumentos breves o screenings de abandono a nivel internacional.

Un instrumento en línea elaborado en conjunto con los sectores de salud y social, será de utilidad para que cualquier entidad o instancia judicial cuente con evidencia válida para procesar de forma más ágilmente los casos de las personas abandonadas.

Se sugiere que esta herramienta de registro cuente con un screening que contemple una escala y tipología de violencia, dotando la capacidad de identificar tanto casos efectivos de abandono como potenciales, avanzando hacia la prevención y detección temprana de casos. Asimismo, el registro será la herramienta básica con la que el gestor de caso establecerá un plan de abordaje para la situación específica de cada persona.

Se deben identificar las principales diferencias y similitudes que existen en los procesos de incorporación de usuarios nuevos, actualización de su información y seguimiento de cada sujeto tanto desde el sector de integración social como de salud. Esto último permitiría identificar aquellos momentos cruciales de pesquisa para activar alertas frente a potenciales casos de abandono. Lo anterior requiere de un proceso de trabajo articulado en el diseño y operación entre los actores sociales, de salud y de justicia.

En aquellos servicios más avanzados en materia de atención de caso de personas mayores en vulnerabilidad, se identifica que el modelo de gestor de caso suele ser el que mejor articula la oferta sociosanitaria, que ofrece acompañamiento y asegura protección de derechos, además de favorecer el diálogo entre sectores y subsectores de la oferta sociosanitaria. Precisamente, es por eso porque se recomienda su adopción como segundo eje estratégico, dado que resulta secuencial al proceso de articulación de información, primer eje de estas recomendaciones.

El gestor de caso conoce sobre la situación de la persona, indaga en la misma y sus circunstancias y conoce la oferta con propiedad para proveerla en el marco de un plan de acción, el gestor actúa en la provisión de servicios y articulación de oferta frente a escenarios de abandono y/o potencial abandono, asume el acompañamiento de la persona y su protección con potestad sobre los servicios sociales y sanitarios, todo esto hasta alcanzar la restitución de derechos. En función de lo anterior, la recomendación es que el perfil profesional del gestor de caso se corresponda con un trabajador social, psicólogo social o profesionales de las ciencias sociales con la debida preparación práctica. Sin embargo, esta recomendación queda sujeta al análisis de expertos nacionales en materia educación, específicamente en lo que respecta a marcos de cualificaciones y competencias.

Cabe señalar que las funciones específicas que adopte el gestor de caso deben ser implementadas de forma paulatina. En primera instancia, se recomienda que sus primeras tareas se centren en abordar los casos ya identificados de abandono, por medio de la articulación de los servicios que proveen los distintos sectores a nivel distrital. Posteriormente, se deben identificar las falencias en términos de la articulación y provisión de servicios, estableciéndose las mejoras correspondientes. Finalmente, se pueden dirigir los esfuerzos hacia la prevención del abandono, asignando oportunamente casos a los gestores donde existe riesgo de ocurrir abandono más aún no se ha concretado. Para efectos de lo anterior, se requiere contar con dispositivos que sirvan de alertas temprana o centinelas, así como contar con el debido desarrollo en términos de información que ya se han señalado en párrafos previos.

La función del gestor es la articulación sociosanitaria y la protección de la persona en situación de vulnerabilidad y es por aquello que su localización administrativa debe decidirse tomando en consideración los énfasis que el Distrito quiera respecto del enfoque. En lo que respecta a defensa de derechos, entendiendo el abandono como maltrato, pareciese una alternativa que pudiese alojarse en la Personería dado su rol de control y su labor de vigilancia y defensa de los derechos humanos, si bien este es un tema de decisión institucional que trasciende al solo análisis de misiones y competencias, habiendo claridad en el interés de avanzar en un modelo de atención a los casos de abandono, el modelo del gestor de caso se estima como una respuesta integral a la protección de la persona y como herramienta de coordinación sociosanitaria.

Es importante incorporar a estos actores en el plano judicial, puesto que la penalización debe ser solo una arista en lo que respecta al problema del abandono de personas mayores, incluso debe ser concebida como la última opción. Antes de llegar a este punto, debe existir otra gama de posibilidades que permitan identificar oportunamente las fragilidades de las redes de apoyo, reforzando el rol que tiene el Estado como garante de derechos y no únicamente como un ente punitivo. El objetivo mayor debe ser lograr que las familias cuiden

a las personas mayores por voluntad y afecto, no por miedo, y para eso se debe contar con recursos y alternativas diversas según el perfil.

La propuesta de evaluar alojar al gestor de caso en figuras como la Personería o Defensoría, se estructura bajo la lógica de la figura que internacionalmente se conoce como ombudsman, pero en el campo específico de personas mayores abandonadas que requieren de cuidados y una restitución de sus derechos. Esto se ve respaldado por el enfoque y el espíritu propio de la Ley 1850 que posee un enfoque centrado en la persona.

Bogotá cuenta con información suficiente para que, en conjunto, los tres sectores anteriormente mencionados, construyan una tipología de los perfiles de abandono para caracterizar de forma efectiva las necesidades y poder priorizar una oferta de respuesta, que recoja la oferta disponible, la articule y complemente. Asimismo, si bien es importante reconocer que el abandono de personas mayores en centros asistenciales resulta el contexto más crítico, especialmente para aquellas personas que no presentan necesidades de salud, pues las entidades aseguradoras no se ven obligadas a cubrir sus gastos, existe una multiplicidad de escenarios donde se producen casos de abandono de personas mayores como lo son a nivel familiar, institucional e incluso autoabandono en la calle, los cuales deben ser considerados para una concepción abarcativa de la problemática.

A continuación, se proponen las siguientes dimensiones que deben ser consideradas para construir una tipología para clasificar los episodios de abandono a personas mayores:

- Estatus legal y patrimonial de la persona mayor abandonada (sector judicial)
- Diagnóstico de autonomía física y psicológica (sector salud)
- Diagnóstico de las redes de apoyo tanto primarias como secundarias (sector social)
- Descripción del episodio de abandono (entidad más cercana al momento del abandono)

En base a estas dimensiones, y otras que pudiesen resultar pertinentes, se propone el establecimiento de tipologías específicas de abandono.

Un diagnóstico compartido por diferentes actores consultados consiste en el señalamiento de que el fenómeno del abandono es precisamente multicausal y tiene explicaciones más bien estructurales, provocándose mayoritariamente debido a que las familias presentan tanto incapacidad financiera como de competencias para abordar debidamente los cuidados de las personas mayores. Asumiendo dicho diagnóstico como correcto, resulta crucial profundizar el componente de transferencias de recursos a las familias, así como la adopción de una estrategia sociosanitaria de apoyo a las familias cuidadoras. Así, un servicio de conciliación puede facilitar identificar cursos de acción, unido a esto último contemplar ayudas y transferencias monetarias.

Se requiere poder anticipar escenarios, y por ende, un buen diagnóstico de redes de apoyo se torna fundamental en todas aquellas personas mayores que se vinculan con las instituciones del distrito, poder prever casos de violencia y abandono puede permitir actuar preventivamente. En este último punto facilitar la contratación de cuidadores domiciliarios a través de subsidios u otros.

De igual forma se reconoce que las comunidades de cuidado no pueden ser la única alternativa de residencia a los diversos perfiles en abandono y se recomienda avanzar en modelos de atención sociosanitaria en el domicilio y la comunidad, modelos de viviendas con apoyos y servicios, así como viviendas tuteladas, apuntando hacia la constitución de ecosistemas asistenciales locales (en domicilios y residencias) con apoyo tanto institucional como comunitario, basados en la innovación y renovando el rol de la comunidad.

En este punto, es importante hacer énfasis en la necesidad de robustecer el eje de cuidados comunitarios, especialmente en lo que respecta a la creación, fortalecimiento y consolidación de redes de apoyo, puesto que el componente de generación de nuevas redes de apoyo resulta crucial para afrontar la problemática de abandono. Precisamente, la capacidad que tenga la oferta de servicios sociales de generar nuevos contextos de socialización para las personas mayores que hayan atravesado una situación de abandono y se encuentren vulnerados es quizás el factor más determinante para cerrar y remediar el episodio de violencia sufrido por el usuario en cuestión.

La soledad no deseada y el aislamiento social son elementos que deben ser abordados, debiendo considerarse el establecimiento de medidas preventivas, focalizando acciones en quienes viven solos, como por ejemplo teleasistencia y voluntarios comunitarios.

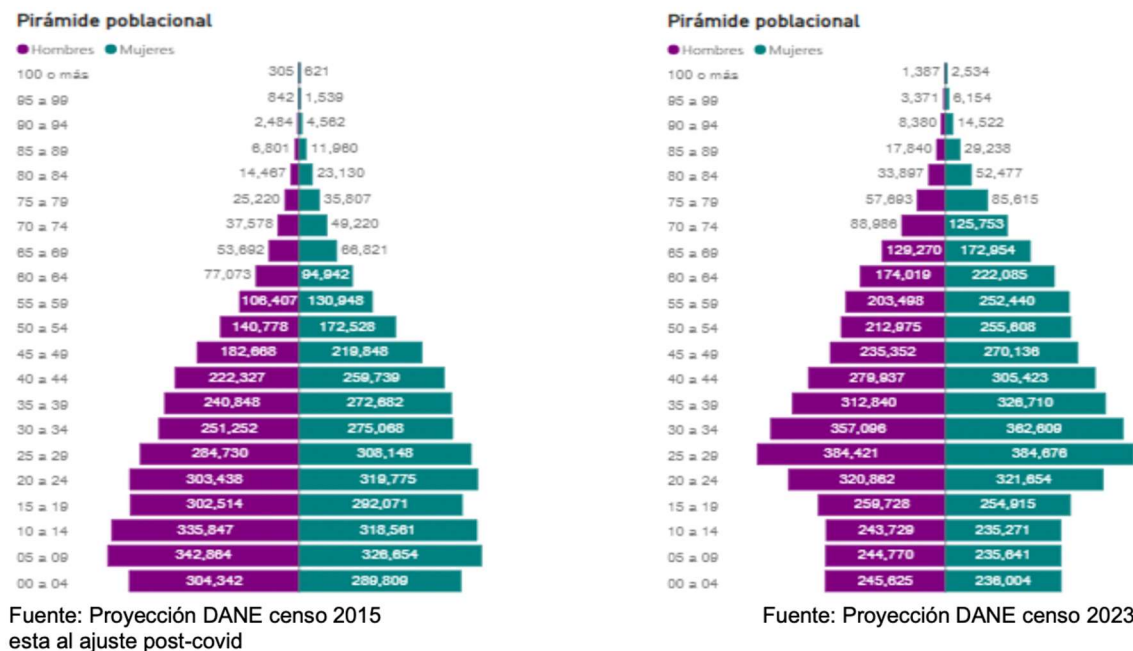
Avanzar en la desinstitutionalización implica desarrollar servicios sociales con una oferta amplia y diversa orientada a apoyar y promover el mayor tiempo de vida independiente posible. En esta línea, los actores reconocen un vacío en la provisión de oferta de cuidados intermedios que debe ser subsanado.

Es importante señalar que las reflexiones y recomendaciones que surgen en el marco de la asistencia responden a enfoques como la autonomía, la integración, el equilibrio, la territorialidad y la articulación intersectorial, que ya se encuentran siendo aplicados de muy buena forma en la propuesta sociosanitaria.

Una recomendación importante consiste en relevar la necesidad de evaluar un marco conceptual del envejecimiento que permita dotar de mayor heterogeneidad a la población de personas mayores. Particularmente, tras la revisión de la documentación proveída por los diferentes sectores del Gobierno Distrital llama profundamente la atención la excesiva homogeneidad con que se trata a este segmento de la población, existiendo conceptos tan interesantes y con aplicaciones tan prácticas para el diseño e implementación de políticas y programas como lo es la distinción entre tercera y cuarta edad (mayores de 80 años).

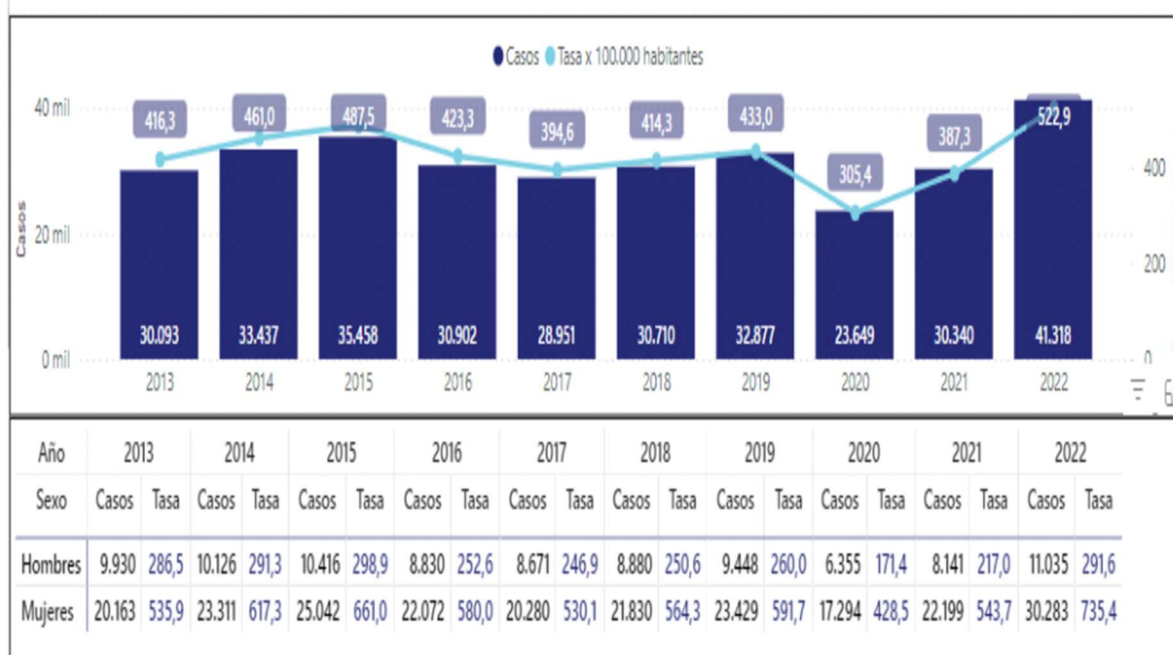
Finalmente, resulta crucial ahondar en la expresión que tiene el fenómeno del abandono de personas mayores en Bogotá desde una perspectiva de género. En base a las estadísticas contenidas en el documento de propuesta sociosanitaria elaborado por la Secretaría Distrital de Salud podemos tener una visión del panorama general. Así, un primer dato que salta rápidamente a la vista consiste en la marcada feminización que tiene el envejecimiento de la sociedad colombiana. Si bien esta tendencia no representa una gran novedad en el concierto latinoamericano, pero sí llama la atención que prácticamente a partir de los 70 años, la población femenina duplica la cantidad de hombres. Por lo que todas las reflexiones, políticas, programas y servicios dirigidos a las personas mayores deben contemplar un enfoque de género si pretenden alcanzar sus objetivos.

Gráfica 1. Comparativo de pirámide poblacional del Distrito años 2005- 2023



Un segundo dato de suma relevancia consiste en la identificación de los casos de violencia intrafamiliar a nivel nacional, presentándose a continuación dos gráficos: el primero indica la cantidad de casos de violencia intrafamiliar según sexo con sus tasas respectivas en la población general, mientras que el segundo da cuenta de esta misma información, pero exclusivamente en la población adulta mayor.

Tabla 1. Violencia Intrafamiliar en Bogotá años 2013-2022



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Disponible en <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>.

Tabla 2. Violencia Intrafamiliar en Bogotá años 2013-2022 para la población de Personas Mayores



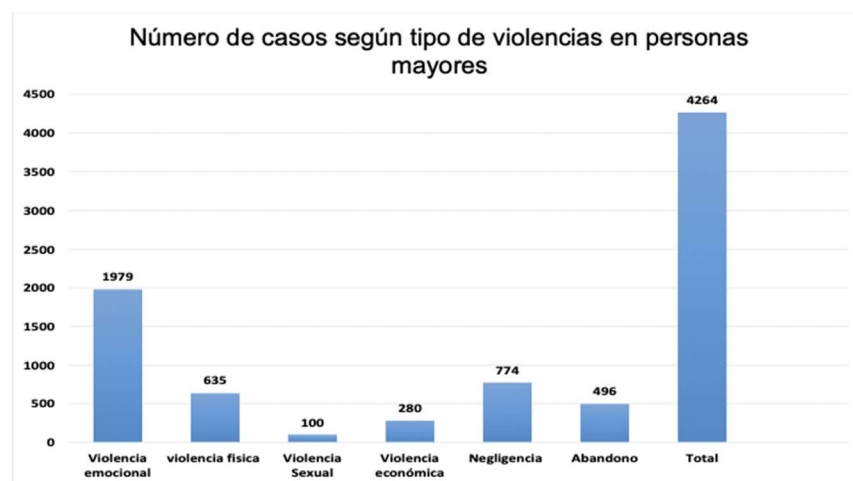
Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Disponible en <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>.

Si bien la evolución de estos datos en la última década es muy interesante, basta con apreciar el panorama del año 2022 para apreciar la magnitud del problema de la violencia en las personas mayores. Básicamente, en la población general, la tasa de violencia intrafamiliar sufrida por mujeres es 2,5 veces mayor que la experimentada por hombres. Ahora bien, si nos centramos en las personas mayores las tasas tienden a reducirse, por lo que se podría afirmar que no son el segmento de la población que presenta mayores índices de violencia intrafamiliar (aunque esto puede deberse a que existe una situación de sub-denuncia), así las

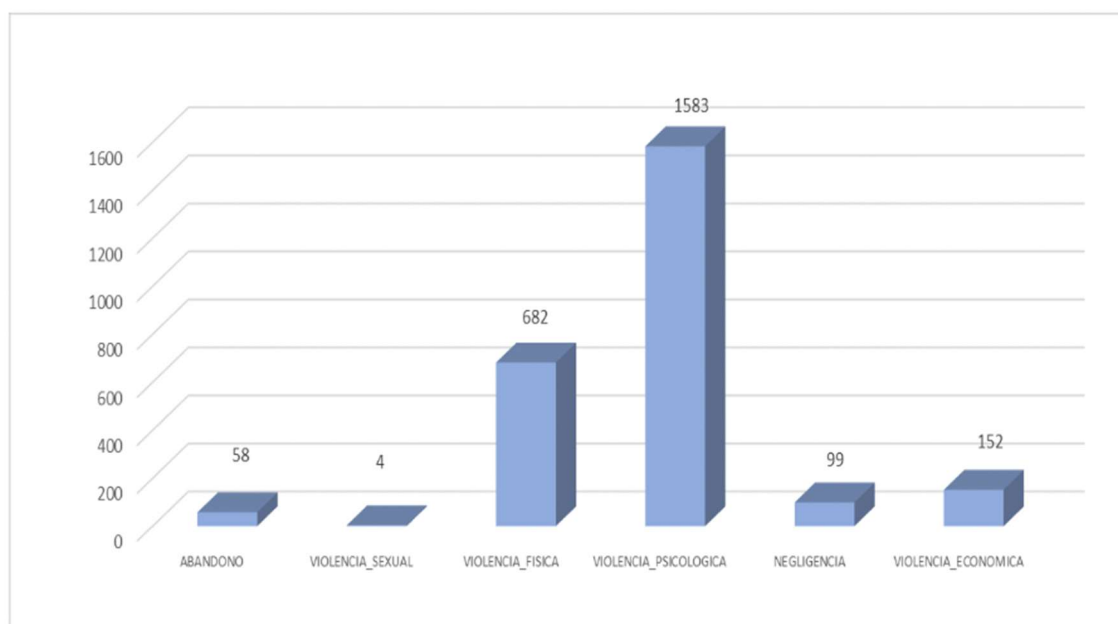
tasas serían de 114,9 y 208,5 casos de violencia por cada 100.000 habitantes para hombres y mujeres respectivamente, siendo la de las mujeres 1,8 veces mayor que la de los hombres. Pero al referirnos en términos absolutos a la cantidad de casos de violencia, podemos apreciar como los que son sufridos por mujeres prácticamente triplican a los eventos masculinos.

Para profundizar en la tipificación de los casos de violencia contamos con dos fuentes. En primer lugar, tenemos los datos proporcionados por el subsistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM), y en segundo, al sistema para el registro de beneficiarios (SIRBE), específicamente los casos abordados en las Comisarías de Familia, que son proporcionados por la Secretaría Distrital de Integración Social.

Gráfica 3 Número de casos según tipo de violencias en personas mayores



Fuente: Subsistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual – SIVIM. Base definitiva con corte a diciembre 31 2022

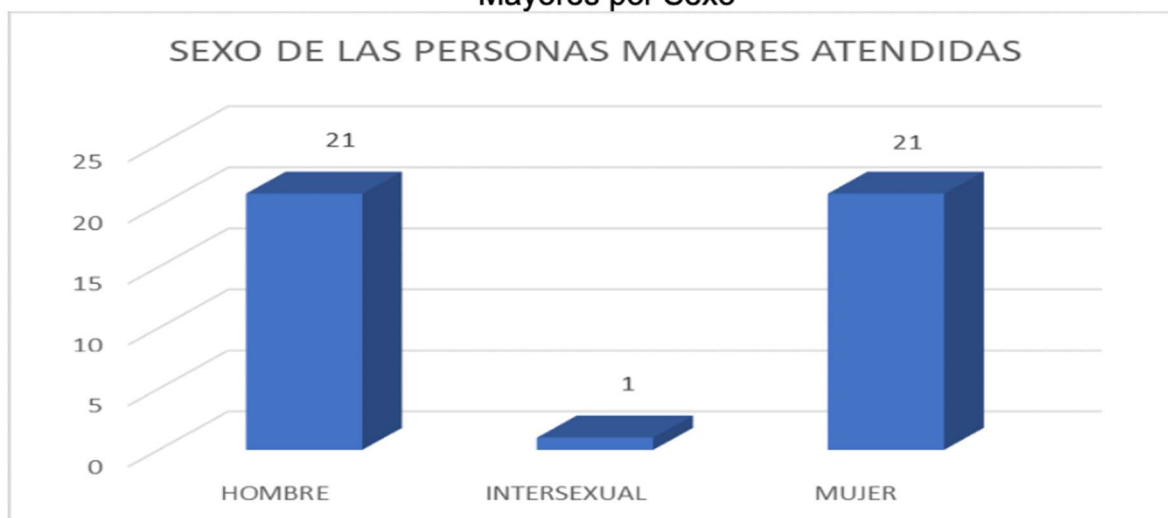


Fuente: Sistema para el Registro de Beneficiarios -SIRBE de la Secretaría Distrital de Integración Social. Base de datos tablero de control VIF Personas

Lamentablemente, en este nivel de análisis no se cuenta con información desglosada por sexo, aunque sí se pueden extraer conclusiones como que la violencia psicológica/emocional es la expresión más prevalente de violencia según ambas fuentes. Sin embargo, para el SIVIM el segundo tipo más frecuente sería la negligencia, mientras que en el SIRBE lo sería la violencia física. Los casos de abandono representan un 11,6% y 2,3% en los registros del SIVIM y SIRBE respectivamente.

Centrándonos exclusivamente en el SIRBE, si analizamos el sexo de las personas atendidas en Comisarías de Familia en casos asociados al abandono de personas mayores, podemos apreciar como la distribución por sexo es prácticamente 50% para mujeres y 50% para hombres. Entendiendo que la población adulta mayor es preponderantemente femenina, se puede afirmar que la tasa de abandono de hombres mayores sería considerablemente mayor que la femenina.

Gráfica 6 Casos de Violencia asociada al Abandono de Personas Mayores por Sexo



Fuente: Sistema para el Registro de Beneficiarios -SIRBE de la Secretaría Distrital de Integración Social. Base de datos tablero de control VIF Personas mayores

Acá aparece una primera recomendación que consiste en realizar estudios que ahonden en los casos de abandono de mujeres adultas mayores, con el fin de entender qué estaría explicando esta tendencia. Esta tarea debe asumirse con urgencia, puesto que podría estar ocurriendo que las adultas mayores pueden ser mantenidas en contextos de violencia intrafamiliar de forma más prolongada puesto que cumplen tareas de cuidados al interior de sus hogares, a pesar de su avanzada edad, lo que podría retrasar episodios de abandono, aunque no por ello encontrarse menos expuestas a contextos de violencia.

A pesar de que es necesario profundizar el conocimiento que se posee del fenómeno de abandono a personas mayores desde una perspectiva de género, es posible establecer dos recomendaciones adicionales en el marco de las que ya han sido presentadas anteriormente en el presente apartado.

En primer lugar, la construcción de una tipología del abandono de personas mayores que tenga pertinencia cultural para la realidad que se vive en Bogotá, debe considerar un enfoque de género en la medida de que las mujeres sufren tasas hasta 1,8 veces mayores de violencia que los hombres.

Finalmente, las estrategias que busquen prevenir el abandono de personas mayores, especialmente aquellas que apuntan a la conformación de programas de cuidados intermedios y no de largo plazo, deben contemplar como población objetivo prioritario a las adultas mayores, especialmente sobre los 70 años. Puesto que, si bien podrían no existir mayores diferencias de género en los casos de abandono contenidos en los registros formales, cualquier medida que apunte a prevenir una expresión de violencia como el abandono tendrá implicancias en otros tipos de violencia (precisamente porque estos diferentes tipos pueden manifestarse de forma simultánea y combinada), en los cuales existe una clara tendencia de concentración de casos en la población femenina de personas mayores.

Finalmente, cabe señalar que el enfoque de la asistencia técnica consiste en recomendaciones que pudiesen ser incorporadas en el corto plazo dadas las particularidades programáticas e institucionales presentes en el Gobierno Distrital de Bogotá. Sin embargo, la consecuente implementación, evaluación, mejoramiento y profundización de las medidas propuestas permitirá robustecer la respuesta y musculatura institucional para responder al fenómeno del abandono de personas mayores. Esto a su vez genera un escenario que a mediano plazo podría ser propicio para avanzar en la prevención del abandono, especialmente si se logra una implementación exitosa de la figura del gestor de casos, así como el sistema de información integrado y transversal.

A modo de síntesis, las principales recomendaciones y propuestas de la asistencia técnica pueden ser resumidas en los siguientes cinco puntos:

1. Establecer la unificación de los sistemas de información de los diferentes sectores por medio de un instrumento, ficha o registro único que concentre la información de los casos de abandono y facilite su seguimiento⁴.
2. En función de las variables propuestas, construir una tipología con los perfiles de casos de abandono más prevalentes en el contexto de Bogotá, considerando un enfoque de género debido a la mayor incidencia de violencia que experimentan las mujeres mayores.
3. Desarrollar la figura del Gestor de Caso, que se encuentra alineada con la propuesta sociosanitaria y el enfoque centrado en la persona.
4. Ampliar y desarrollar nueva oferta intermedia, vale decir, configurar alternativas a la institucionalización definitiva de las personas mayores (ya sea se encuentren en condición de abandono o no), por medio de opciones como viviendas tuteladas y cuidados de proximidad comunitarios⁵.
5. Planear nuevos abordajes para afrontar casos de soledad no deseada y el aislamiento involuntario, como una estrategia preventiva de potenciales casos de abandono por medio de elementos como apoyos comunitarios o teleasistencia. Este componente preventivo debe tener en consideración que debe ser focalizado hacia la población femenina en tanto constituyen mayoritariamente el segmento de personas mayores (especialmente a partir de los 70 años), además de presentar tasas de violencia desproporcionadamente mayor que en el caso de los hombres.

⁴ En este sentido, se destaca la necesidad de hacer énfasis en la importancia que tiene el servicio de Bogotá te Acompaña en la Vejez, así como la Estrategia de Redes de Cuidado Comunitario en tanto son ejemplos de dispositivos que recolectan información relevante en el territorio para la identificación de personas mayores en riesgo de abandono, constituyéndose en insumos de gran valor para el establecimiento de un sistema de información integrado.

⁵ Cabe señalar, que los componentes mencionados sería desarrollos nuevos, sin embargo, en esta misma línea se debe propugnar por fortalecer el programa Centro Día a tu Casa, puesto que contribuye fuertemente a reducir o posponer la institucionalización y el abandono por medio de tiempos de respiro y relevo para personas cuidadoras.