

Evaluación servicio Comunidad de Cuidado





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
INTEGRACIÓN SOCIAL



Secretaría Distrital de Integración Social

Carrera 7 # 32 -12

Teléfono: +57 (1) 3 27 97 97

Edificio San Martín

E-mail: integracion@sdis.gov.co

Diseño de portada

Imágenes de portada: Personas mayores de los servicios

© Todos los derechos reservados para la Secretaría Distrital de Integración Social 2025. El contenido de esta publicación puede ser usado, citado y divulgado, siempre y cuando se realice la debida cita bibliográfica cumpliendo las respectivas normas de derechos de autor.



SECRETARÍA DE
INTEGRACIÓN SOCIAL



Alcaldía Mayor de Bogotá

Carlos Fernando Galán Pachón

Alcalde Mayor de Bogotá

Secretaría Distrital de Integración Social

Roberto Carlos Angulo Salazar

Secretario de Integración Social

Iván Osejo Villamil

Director/a de Análisis y Diseño Estratégico

Natalia Martínez Pardo

Director/a Poblacional

María Cristina Tobón Camacho

Subdirectora para la Vejez

Ana María Lara Sallenave

Natalia Restrepo Suescún

Gabriel Vera Mendoza

Equipo técnico

Mesa Académica

Conceptualización, diseño metodológico, análisis de datos, redacción de resultados y recomendaciones.

Universidad de los Andes

María Fernanda Reyes R.

Psicóloga, MSc. PhD. en Psicogerontología

Profesora asistente. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales.

Practicantes: Natalie Levy, Gabriela Morales, Susana Torres

Pontificia Universidad Javeriana

Carlos Alberto Cano Gutiérrez

Médico geriatra



SECRETARÍA DE
INTEGRACIÓN SOCIAL



Jefe de la Unidad de Geriátría del Hospital Universitario San Ignacio
Profesor titular, Instituto de Envejecimiento

José Manuel Santacruz Escudero
Médico psiquiatra general y de enlace. Máster en psicogeriatría. Doctor en psiquiatría.
Director Instituto de Envejecimiento, y Centro de Memoria y Cognición Intellectus -
Hospital Universitario San Ignacio
Profesor asociado. Facultad de Medicina

Ana María Medina Ch.
Antropóloga, Ms PhD. en Salud Pública
Investigadora profesora asociada, Instituto de Envejecimiento

Cecilia de Santacruz
Psicóloga. Mg Psicología Comunitaria
Docente e investigadora Instituto de Envejecimiento y Departamento de Psiquiatría y
Salud Mental

Universidad del Rosario

Luis Carlos Venegas Luis Carlos Venegas Sanabria
Médico Geriatra
Director del Instituto Rosarista para el Estudio del Envejecimiento y la Longevidad,
Universidad del Rosario



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
INTEGRACIÓN SOCIAL



AGRADECIMIENTOS

Por su generosa disposición y apertura para compartir sus experiencias y apreciaciones, expresamos un agradecimiento especial al equipo de nivel central y territorial comprometido con la implementación del servicio Comunidad de Cuidado. Destacamos, además, su innegable compromiso y entrega a una misión a todas luces esencial para el mejoramiento de la calidad de vida y la dignidad de las personas mayores de la ciudad.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	8
1. LA POLÍTICA PÚBLICA SOCIAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DE BOGOTÁ	9
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN A EVALUAR: SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO	10
1.2 USUARIOS DEL SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO	24
1.3 INTRODUCCIÓN A LA EVALUACIÓN INSTITUCIONAL DEL SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO	37
2. METODOLOGÍA	39
2.1 TIPO DE EVALUACIÓN, DISEÑO Y ALCANCE	39
2.2 CADENA DE VALOR	43
2.3 OBJETIVOS Y PREGUNTAS ORIENTADORAS	47
2.4 DIMENSIONES DE ANÁLISIS	49
2.5 DISEÑO DE MÉTODOS MIXTOS	50
2.6 ESTRATEGIA DE MUESTREO	53
2.6.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	53
2.7 FUENTES DE INFORMACIÓN	58
2.8 TRABAJO DE CAMPO	69
2.9 ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVOS	71
2.10 CRITERIOS DE CALIDAD DEL ANÁLISIS	78
2.11 LIMITACIONES	80
3. RESULTADOS	81
3.1 COBERTURA, CUPOS Y SOSTENIBILIDAD DEL SERVICIO	81
3.2 CAPACIDAD NORMATIVA Y OPERATIVA DEL MODELO DE ATENCIÓN	92
3.3 SUPERVISIÓN, CONTROL Y GESTIÓN DOCUMENTAL DEL SERVICIO	106
3.4 CAPACIDADES INSTALADAS PARA OPERAR	119
3.4.1 INFRAESTRUCTURA Y SEGURIDAD	119
3.4.2 DOTACIÓN	125
3.4.3 RECURSOS HUMANOS	132
3.4.4 TRANSPORTE	149
3.4.5 TECNOLOGÍA E INTERNET	153
3.5 GESTIÓN DE OPERACIÓN: CAPACIDADES DIFERENCIALES EN UNIDADES PROPIAS Y TERCERIZADAS	160
4. CONCLUSIONES	167
5. RECOMENDACIONES	172
6. REFERENCIAS	187

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN UNIDADES OPERATIVAS COMUNIDAD DE CUIDADO EN 2025.....	13
TABLA 2. COMPONENTES Y LÍNEAS DE ATENCIÓN DEL SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO.....	14
TABLA 3. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN	15
TABLA 4. CRITERIOS DE INGRESO AL SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO.	18
TABLA 5. CRITERIOS DE EGRESO DEL SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO	22
TABLA 6. PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES ATENDIDAS POR LOCALIDAD DE UBICACIÓN 2022-2025	25
TABLA 7. PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES ATENDIDAS SEGÚN MODALIDAD Y SEXO 2022-2025	26
TABLA 8. HOMBRE Y MUJERES MAYORES EN ZONA RURAL (%)	26
TABLA 9. PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES ATENDIDAS SEGÚN PERTENENCIA ÉTNICA 2022-2025	27
TABLA 10. PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES ATENDIDAS SEGÚN RECONOCIMIENTO COMO VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO 2022-2025	28
TABLA 11. PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES ATENDIDAS SEGÚN RECONOCIMIENTO COMO VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO Y DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO 2022-2025	28
TABLA 12. PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES ATENDIDAS SEGÚN RECONOCIMIENTO SEXO, ACTIVIDAD PRINCIPAL Y NIVEL EDUCATIVO MÁXIMO ALCANZADO 2022-2025.....	29
TABLA 13. PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES ATENDIDAS SEGÚN SEXO, MÁXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO Y PERTENENCIA A UNA TIPOLOGÍA FAMILIAR 2022-2025.....	33
TABLA 14. PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON DISCAPACIDAD ATENDIDAS SEGÚN PERTENENCIA A UNA TIPOLOGÍA FAMILIAR Y SEXO 2022-2025	35
TABLA 15. PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES ATENDIDAS SEGÚN SEXO, ESTADO CIVIL Y PERTENENCIA A UNA TIPOLOGÍA FAMILIAR 2022-2025	35
TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE TIPOLOGÍAS FAMILIARES SEGÚN ESTADO CIVIL	36
TABLA 17. CADENA DE VALOR DEL SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO	45
TABLA 18. PREGUNTAS Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	47
TABLA 19. SELECCIÓN DE LA MUESTRA DE UNIDADES OPERATIVAS, SEGÚN CUPOS Y MODALIDAD DE DEPENDENCIA DE SUS USUARIOS	54
TABLA 20. RELACIÓN ACTORES – INSUMOS QUE DETERMINARON EL CONTENIDOS DE ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS GRUPALES	58
TABLA 21. PRINCIPALES TEMAS EXPLORADOS, SEGÚN INSUMOS	59
TABLA 22. PROCESO DE LIMPIEZA Y UNIFICACIÓN DE LAS VARIABLES SELECCIONADAS DEL SISTEMA SIRBE ..	63
TABLA 23. DEFINICIONES OPERATIVAS DE LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS UTILIZADAS EN LA EVALUACIÓN	72
TABLA 24. CORRESPONDENCIA ENTRE OBJETIVOS, PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y CATEGORÍAS DEL LIBRO DE CÓDIGOS	76
TABLA 25. VARIACIÓN ANUAL DE CUPOS ASIGNADOS AL SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO	84
TABLA 26. CUPOS TERCERIZADOS Y COSTO CUPO-DÍA POR MODALIDAD EN COMUNIDAD DE CUIDADO (2021– 2023).....	89
TABLA 27. NORMAS VIGENTES CON IMPACTOS PROBLEMÁTICOS EN LA OPERACIÓN DEL SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO	95
TABLA 28. COMPARACIÓN OPERATIVA ENTRE UNIDADES PROPIAS Y TERCERIZADAS POR CATEGORÍA DE ANÁLISIS	161
TABLA 29. CONCLUSIONES PRINCIPALES POR EJE DE ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN	167



SECRETARÍA DE
INTEGRACIÓN SOCIAL



TABLA 30. RESUMEN PRIORIZADO DE RECOMENDACIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INSTITUCIONALES DEL SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO.....	184
ILUSTRACIÓN 1. ESTRUCTURA POLÍTICA PÚBLICA DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2010 -2025	9
ILUSTRACIÓN 2. PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES ATENDIDAS SEGÚN LOCALIDAD DE RESIDENCIA Y TIPO DE FAMILIA 2022-2025	31
ILUSTRACIÓN 3. TIPO DE EVALUACIÓN Y CADENA DE VALOR	44
ILUSTRACIÓN 4. ACTORES PARTICIPANTES EN LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA EL ACOPIO DE INFORMACIÓN CUALITATIVA	55

Introducción

El plan de acción de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez del Distrito Capital (PPSEV 2010-2025) concluye su vigencia en diciembre de 2025. En este contexto, la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) —entidad responsable de liderar la política— emprendió un conjunto de estudios internos centrados en tres servicios estratégicos: Comunidad de Cuidado (objeto del presente documento), Los Centros Día Casas de la Sabiduría (servicio abordado a partir de una evaluación de operaciones) y Apoyos Económicos (abordados con un estudio técnico), cada uno de los cuales tiene entregas específicas e independientes.

Estos servicios fueron seleccionados por su carácter representativo dentro del quehacer institucional de la SDIS, al condensar enfoques, líneas de acción y mecanismos operativos que atraviesan distintas dimensiones de la atención a la vejez. La revisión de estos servicios busca generar aprendizajes extrapolables y orientaciones útiles para el diseño del nuevo ciclo de política (2025 y 2026 en adelante)¹, en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 345 de 2010, que dispone el seguimiento y evaluación de las políticas públicas sociales del Distrito.

La presente evaluación, de carácter Institucional, se enfoca en las habilidades que tiene la Subdirección para la Vejez para el logro de la implementación del servicio Comunidad de Cuidado. con el propósito de identificar fortalezas, barreras y desafíos que permitan generar insumos útiles para su fortalecimiento. Para enriquecer y robustecer este ejercicio institucional, la SDIS estableció una alianza estratégica mediante memorando de entendimiento con una Mesa Académica conformada por las universidades de los Andes, Pontificia Javeriana y del Rosario —con reconocida trayectoria en temas de envejecimiento— y la Fundación Saldarriaga Concha, por su experiencia en inclusión social y aportes técnicos a la política pública.

A nivel interno, la evaluación fue el resultado de un trabajo articulado entre la Subdirección para la Vejez, que lideró el proceso de investigación, análisis y redacción de contenidos, a través de un equipo de cuatro profesionales, y otras instancias que apoyaron la gestión de requerimientos, puntualmente la Dirección de Diseño y Análisis Estratégico (DADE). La

¹ El proceso de formulación inicia en su etapa diagnóstica durante el año 2025, y la etapa de diseño finalizará en el primer semestre de 2026.

Secretaría Distrital de Planeación, acompañó el proceso con retroalimentación permanente desde su rol misional en el seguimiento de políticas públicas.

1. La Política Pública Social de Envejecimiento y Vejez de Bogotá

La Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez (PPSEV) de Bogotá, establecida mediante el Decreto 345 de 2010, se fundamenta en la dignidad humana como valor central. Esta política busca transformar la situación de las personas mayores de 60 años en el Distrito Capital, promoviendo su bienestar y la plena garantía de derechos. Su estructura comprende:

- Un (1) valor central: la dignidad humana.
- Tres (3) principios: igualdad, diversidad, equidad.
- Cuatro (4) dimensiones que contienen a su vez diez ejes y veintitrés líneas de derecho.
- Un (1) objetivo general, (5) cinco objetivos específicos.

Ilustración 1. Estructura Política Pública de Envejecimiento y Vejez 2010 -2025



Fuente: elaboración propia. SDIS, Subdirección para la vejez.

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

1.1 Descripción de la intervención a evaluar: Servicio Comunidad de Cuidado

Comunidad de Cuidado es un servicio institucionalizado dirigido a personas mayores de 60 años o más, sin redes familiares o sociales de apoyo que garanticen su cuidado y manutención, mediante la atención integral en larga estancia, donde se brinda cuidado calificado, promoción de buenas prácticas, hábitos saludables y se promueve la constitución de redes de apoyo generacional, familiar e institucional.

El objetivo de este servicio social es:

“Fomentar el bienestar, mantenimiento y desarrollo de capacidades, así como la integración generacional de las personas mayores de sesenta (60) años o más, promoviendo el restablecimiento de sus derechos, la transformación de imaginarios y prácticas adversas a la vejez, la dignidad humana y el envejecimiento activo”

Y está orientado a beneficiar a personas mayores residentes en el Distrito Capital, en situación de dependencia funcional, que manifiesten de manera voluntaria su deseo de ingresar al servicio². Según la dependencia funcional, moderada o severa, el servicio es ofrecido en unidades operativas destinadas para cada caso, según estándares preestablecidos.

Las modalidades moderada o severa están definidas principalmente por la aplicación de los parámetros establecidos por la escala de Barthel, con la que se busca identificar el grado de

² Ante la imposibilidad de manifestar voluntad por condiciones de salud, se procede mediante un informante cualificado (cuidador) para validar la situación. En casos de extrema complejidad, se activa la ruta legal de adjudicación de apoyos (vía Personería o instancias judiciales) para designar un responsable que tome la decisión en favor de la persona mayor.

independencia midiendo las capacidades de la persona para realizar diez actividades habituales o básicas de la vida diaria. Se trata de actividades que permiten desenvolverse de manera autónoma: comer por sí solo, ducharse o bañarse, vestirse y realizar el aseo y arreglo personal; el control de deposiciones y orina, entre otras. También implica la habilidad para trasladarse de la cama a la silla o viceversa, desplazarse a pie o en silla de ruedas, y subir o bajar escaleras sin ayuda. Dichas actividades se traducen en un nivel de autonomía importante para mantener la calidad de vida y la participación en las actividades cotidianas. Es así, como el servicio Comunidad de Cuidado, toman en cuenta los siguientes puntajes:

- *Dependencia moderada:* Persona con dependencia funcional moderada con puntaje en la escala de valoración BARTHEL entre 65 a 70.
- *Dependencia severa:* Persona con dependencia funcional severa con un puntaje en la escala de valoración BARTHEL menor o igual a 10.

No obstante, lo anterior, un conjunto de criterios de focalización y priorización complementa estas condiciones para el ingreso al servicio. Estos serán mencionados más adelante.

Comunidad de Cuidado es un servicio de la Secretaría Distrital de Integración Social cuyos orígenes se remontan a los Centros de Protección que se empezaron a implementar en 1977 habiéndose creado el Departamento Administrativo de Protección y Asistencia Social – DAPAS. El primer paso que dio la ciudad para conformar lo que más adelante sería la Secretaría Distrital de Integración Social³, entidad que lidera la implementación de la

³ Según el Acuerdo 78 de 1960, el Departamento Administrativo de Protección y Asistencia Social – DAPAS– (hoy Secretaría Distrital de Integración Social) inició acciones con las personas mayores a través de la oficina de Higiene Mental y Emergencia, mediante recepción y remisión a la Beneficencia de Cundinamarca. Por Decreto 3133 y a través de Reforma Distrital en el año 1968, el DAPAS pasa a ser parte de la Secretaría de Bienestar Social – DABS y hacia 1977 inicia la atención de las personas mayores en Centros de Protección, en el “Programa de Integración Humana de los Ancianos Indigentes” dirigido primordialmente a ancianos mendigos en la localidad de Santa Fe, bajo un enfoque asistencial y de provisión de albergue.

En mayo de 1980 el grupo de ancianos-as es trasladado a la “Escuela Hogar Bosque Popular”, hoy Comunidad de Cuidado El Bosque, y de manera simultánea se crea el Centro de Recepción de Ancianos – CRA. En octubre de 1984, este centro aumenta la cobertura de atención en cupos, pasa a ser de larga permanencia y es trasladado al barrio Bello Horizonte, con énfasis en la atención en salud.

En el marco de la promulgación de la Constitución Política de Colombia de 1991 y bajo el Decreto 1135 de 1994, se contempla la creación del subsidio como aporte de los servicios sociales. Surge igualmente el programa Revivir promovido y cofinanciado con recursos de inversión y dotación de la Red de Solidaridad Social con el fin de atender a la población adulta mayor indigente y que habita en barrios de estratos socio-económicos 1 y 2, y/o que no se encuentran dentro del Régimen de Seguridad Social en pensión y que, por su situación socioeconómica, requieren de la atención del Estado. De manera simultánea, el Departamento crea dos proyectos nuevos para atender necesidades de alimentación y/o mantenimiento: Servicios Sustitutivos o Biológicos y Hogares Vida.

Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez (PPSEV), que, como se muestra en la ilustración, contempla cuatro dimensiones. El servicio Comunidad de Cuidado, por su parte y sin dejar de lado las demás dimensiones, se alinea de manera directa con las dimensiones *Vivir sin humillaciones* y *Vivir bien en la vejez*.

Puntualmente, la dimensión *Vivir sin humillaciones* “es la expresión de la intangibilidad de ciertos bienes no patrimoniales, como la integridad física, psicológica y moral de las personas mayores; implica reconocer y respetar por parte de la familia, la sociedad y el Estado, el valor y lugar que deben tener las personas mayores, restituyendo y garantizando su integridad cuando ésta ha sido vulnerada” (CONPES D.C., 2022, p. 53). De otra parte, *Vivir bien en la vejez* “es la dimensión patrimonial de la dignidad humana, hace referencia a las condiciones materiales de existencia de las personas mayores; permite gozar de un real y efectivo acceso, calidad, permanencia y disfrute de bienes y servicios que permita vivir bien y en sociedad teniendo en cuenta las condiciones y diversidades presentes en la vejez” (CONPES D.C., 2022, p. 52).

Lo anterior se concreta mediante el desarrollo de los componentes estructurantes del servicio Comunidad de Cuidado, orientados a brindar una atención integral, con el fin de garantizar el bienestar de las personas mayores en un entorno de protección y cuidado permanente durante las 24 horas del día en los 7 días de la semana, a través de un equipo interdisciplinario. Las personas mayores en el servicio de Comunidad de Cuidado cuentan con los siguientes beneficios:

- Alojamiento confortable y seguro.
- Componente nutricional.
- 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.

- Constitución de redes de afecto y apoyo generacionales

La atención ofrecida a las personas mayores por el servicio Comunidad de Cuidado está articulada en función de su grado de dependencia funcional, entendida como el nivel de apoyo necesario para realizar las actividades cotidianas. En este sentido, las personas con dependencia funcional moderada reciben intervenciones orientadas a preservar y potenciar su autonomía e independencia, mediante estrategias que fortalecen sus capacidades, destrezas y habilidades. Por otro lado, aquellas con dependencia severa se concentran en ofrecer cuidados, acompañamiento y asistencia en la ejecución de las rutinas básicas de la vida diaria, reconociendo las diferentes necesidades y recursos que implican los distintos grados de dependencia en los procesos de envejecimiento y cuidado institucional.

El diseño del servicio incorpora enfoques transversales como los de derechos, poblacional, territorial, de género, diferencial, de desarrollo humano, de participación y de cultura ciudadana, con el fin de ofrecer una respuesta integral y situada a las diversas realidades de las personas mayores. Esta orientación se enmarca en el paradigma del envejecimiento activo, eje estructurante de la política pública.

Actualmente, el servicio ofrece atención en 19 unidades operativas, de los cuales dos (2) son de operación directa de la Secretaría Distrital de Integración Social y 17 a través de convenios de asociación y contrato interadministrativo. A su vez, diez (10) de ellas atienden personas mayores con dependencia moderada y nueve (9) con dependencia severa.

Tabla 1. Distribución Unidades operativas Comunidad de cuidado en 2025

Operación	Modalidad severa	Modalidad moderada	No. de cupos Modalidad moderada	No. de cupos Modalidad severa
Propias		2	245	-
Tercerizadas	9	8	800	900

Fuente: elaboración propia a partir de información de la Subdirección para la vejez

Tratándose de un servicio social que proporciona atención a personas mayores con dependencia moderada a severa durante períodos prolongados, incluyendo la atención continua hasta el fallecimiento del usuario, se buscan aplicar los principios que subyacen a la Política Pública Social para la Vejez y el Envejecimiento a partir de una estructura que contempla tres componentes y doce líneas de atención, garantizando acciones integrales interdisciplinarias en el marco de los enfoques de derecho y desarrollo humano:

Tabla 2. Componentes y Líneas de Atención del Servicio Comunidad de Cuidado

Componente	Líneas de Atención
Ocupación Humana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lenguajes para la identidad 2. Movilizando capacidades 3. Espacios para la realización
Cuidado integral	<ol style="list-style-type: none"> 4. Cuerpo y mente 5. Identidad, afectividad y sexualidad 6. Espiritualidad 7. Entornos amigables y seguros 8. Respiro a cuidadores
Familia, participación y redes	<ol style="list-style-type: none"> 9. Familia 10. Participación 11. Redes 12. Convivencia

Fuente: Lineamiento del Servicio Centro Día – LIN-PSS-031

El servicio garantiza un acompañamiento continuo necesario para dar respuesta a condiciones de vulnerabilidad que experimentan personas con dependencia moderada o severa, que se encuentran en situación de abandono o sin redes de apoyo, o que presentan discapacidad en la categoría psicosocial (mental). La identificación de posibles participantes del servicio Comunidad de Cuidado y el diligenciamiento de las variables específicas de focalización en el sistema de información y registro de beneficiarios-SIRBE se realiza a partir de la solicitud que puede hacerse tanto en Subdirecciones locales para la Integración Social, cuando el(la) ciudadano(a) realiza la petición de manera espontánea, o en la Subdirección para la Vejez, en casos en los que la remisión proviene de una red institucional, como hospitales o centros de atención para personas mayores, ya sea por correo electrónico o mediante una comunicación formal. Tras surtirse trámites de verificación de identidad y de

la pertenencia del solicitante a la población objetivo⁴, se consideran criterios de priorización mediante los cuales se ordenan los potenciales beneficiarios del servicio:

Tabla 3. Criterios de priorización

Población objetivo	Verificación / Fuente	Entidad Responsable / Demanda
<p>Persona víctima de hechos violentos asociados con el conflicto armado, residente en la ciudad de Bogotá y de acuerdo con las directrices establecidas en la Ley 2421 de 2024 y los Decretos Nacionales 4633, 4634 y 4635 de 2011 y la Ley 2078/21, incluida en el Registro Único de Víctimas – RUV</p>	<p>Registro Único de Víctimas – RUV, de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral de las Víctimas</p>	<p>Oficina Consejería Distrital de Paz, Víctimas y Reconciliación</p>
<p>Persona Indígena o Rrom Gitana registrada en los listados oficiales avalados por entidad gubernamental competente o listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades étnicas a la entidad distrital competente. Censos oficiales de comunidades étnicas: Indígena Cabildos reconocidos en la ciudad de Bogotá 2021 Entrega única Ministerio del Interior</p>	<p>Censos oficiales de comunidades étnicas: Indígena Cabildos reconocidos en la ciudad de Bogotá y Rrom – Gitano</p>	<p>Ministerio del Interior</p>
<p>Persona Afrocolombiana, registrada en los listados oficiales avalados por entidad gubernamental competente o listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades étnicas a la entidad distrital competente</p>	<p>Listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades Negras, Afrocolombianas en Bogotá</p>	<p>Dirección de Asuntos Étnicos de la Secretaría Distrital de Gobierno</p>

⁴ cfr. Instructivo focalización, priorización, ingreso y egreso servicio Comunidad de Cuidado, INS-PSS-097.

Población objetivo	Verificación / Fuente	Entidad Responsable / Demanda
<p>Persona Raizal registrada en los listados oficiales avalados por entidad gubernamental competente o listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades étnicas a la entidad distrital competente.</p>	<p>Listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades Raizales en Bogotá</p>	<p>Dirección de Asuntos Étnicos de la Secretaría Distrital de Gobierno</p>
<p>Persona Palenquera registrada en los listados oficiales avalados por entidad gubernamental competente o listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades étnicas a la entidad distrital competente</p>	<p>Listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades Palenqueras en Bogotá</p>	<p>Dirección de Asuntos Étnicos de la Secretaría Distrital de Gobierno</p>
<p>Persona Indígena, registrada en los listados oficiales avalados por entidad gubernamental competente o listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades étnicas a la entidad distrital competente</p>	<p>Listados enviados por las instancias de representación y participación de cabildos o pueblos indígenas en Bogotá</p>	<p>Dirección de Asuntos Étnicos de la Secretaría Distrital de Gobierno</p>
<p>Persona Rrom o Gitana registrada en los listados oficiales avalados por entidad gubernamental competente o listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidades étnicas a la entidad distrital competente</p>	<p>Listados enviados por las instancias de representación y participación de comunidad Rrom o Gitana en Bogotá</p>	<p>Dirección de Asuntos Étnicos de la Secretaría Distrital de Gobierno</p>
<p>Persona perteneciente a los sectores sociales LGBTI</p>	<p>SIRBE</p>	<p>Secretaría Distrital de Integración Social</p>

Población objetivo	Verificación / Fuente	Entidad Responsable / Demanda
Persona que vive en soluciones habitacionales temporales “paga diarios”	Instrumento de Focalización de Personas Usuarias de Soluciones Habitacionales Temporales (paga diarios) y Base de personas residentes en pagadarios.	Secretaría Distrital Planeación – SDP y Secretaría Distrital de Integración Social
Dependencia Moderada: Persona con dependencia funcional moderada con puntaje en la escala de valoración BARTHEL entre 65 a 70	SIRBE	Secretaría Distrital de Integración Social
Dependencia severa: Persona con dependencia funcional severa con un puntaje en la escala de valoración BARTHEL menor o igual a 10.	SIRBE	Secretaría Distrital de Integración Social
Persona con discapacidad en la categoría psicosocial (mental), establecida en certificado de discapacidad, en el marco de lo dispuesto en la Resolución 1239 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social.	SIRBE	Secretaría Distrital de Integración Social
Persona que se encuentre en abandono en medio hospitalario.	SIRBE	Secretaría Distrital de Integración Social
Persona de 80 años o más	SIRBE	Secretaría Distrital de Integración Social
Persona que se identifique como mujer	SIRBE	Secretaría Distrital de

Población objetivo	Verificación / Fuente	Entidad Responsable / Demanda
		Integración Social
Persona habitante de calle.	Listado Censal ciudadanos habitante de calle	Secretaría Distrital de Salud - gestionado Subdirección para la Aduldez.

Fuente: Portafolio de servicios SDIS

Una vez se cuente con la disponibilidad de cupo en una unidad operativa que corresponda a la modalidad de dependencia del potencial usuario, el equipo de Validación del servicio verifica criterios de ingreso de la primera persona del último listado de priorización. Estos son los criterios de ingreso:

Tabla 4. Criterios de ingreso al servicio Comunidad de Cuidado.

Criterio de Ingreso	Fuente de Información	Periodicidad	Administrador
Persona mayor de sesenta (60) años o más	SIRBE	Demanda	Secretaría Distrital de Integración Social
Persona residente en el Distrito Capital	SIRBE	Demanda	Secretaría Distrital de Integración Social
Persona no pensionada por vejez, invalidez o Sobrevivencia	Registro Único de Afiliados RUAF	Consulta Individual a Demanda	Ministerio de Salud y protección Social

Criterio de Ingreso	Fuente de Información	Periodicidad	Administrador
Persona que no requiera unidad de cuidado crónico o de salud mental	Verificación en campo	Demanda	Subdirección para la Vejez
Persona en situación de abandono o ausencia de redes familiares o sociales de apoyo que garanticen su cuidado y manutención.	Verificación en campo	Demanda	Subdirección para la Vejez
Persona que no sea cotizante al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Verificación en campo	Demanda	ADRES
Persona que manifieste expresamente su deseo de ingresar en forma voluntaria al servicio.	Verificación en campo	Demanda	Subdirección para la Vejez
Persona que no cuente con título de propiedad de bienes inmuebles propios; no aplica a títulos de espacios destinados para inhumación o entierro.	Verificación en campo	Consulta Individual a Demanda	Supernotariado y Registro - Ventanilla Única de Registro (VUR)
Ingreso por emergencia o ingreso inmediato, en cualquiera de las unidades operativas del Servicio Comunidad de Cuidado con disponibilidad de cupo, de personas mayores que cumplan con la población objetivo, los criterios de ingreso al servicio y se encuentren en inminente vulneración de derechos que pone en riesgo su vida o integridad física por acciones administrativas o judiciales generadoras de: desalojo o lanzamiento.	Verificación en campo - Acta de Desalojo o lanzamiento	Demanda	Supernotariado y Registro - Ventanilla Única de Registro (VUR)

Criterio de Ingreso	Fuente de Información	Periodicidad	Administrador
<p>Ingreso por emergencia o ingreso inmediato, en cualquiera de las unidades operativas del Servicio Comunidad de Cuidado con disponibilidad de cupo, de personas mayores que cumplan con la población objetivo, los criterios de ingreso al servicio y se encuentren en inminente vulneración de derechos que pone en riesgo su vida o integridad física por acciones administrativas o judiciales generadoras de: sellamiento de hogares geriátricos o gerontológicos.</p>	<p>Verificación en campo - Acta de sellamiento de hogares geriátricos o gerontológicos</p>	<p>Demanda</p>	<p>Secretaría Distrital de Salud</p>
<p>Ingreso por emergencia o ingreso inmediato, en cualquiera de las unidades operativas del Servicio Comunidad de Cuidado con disponibilidad de cupo, de personas mayores que cumplan con la población objetivo y los criterios de ingreso al servicio, por acciones administrativas o judiciales generadoras de medidas de protección.</p>	<p>Medida de Protección</p>	<p>Demanda</p>	<p>Comisarías de Familia</p>
<p>Ingreso por emergencia o ingreso inmediato, en cualquiera de las unidades operativas del Servicio Comunidad de Cuidado con disponibilidad de cupo, de personas mayores que cumplan con la población objetivo, los</p>	<p>Fallo de Tutela</p>	<p>Demanda</p>	<p>Autoridad judicial competente</p>

Criterio de Ingreso	Fuente de Información	Periodicidad	Administrador
criterios de ingreso al servicio, por acciones administrativas o judiciales generadoras de: fallo de acción de tutela.			
Ingreso por emergencia o ingresos inmediato, en cualquiera de las unidades operativas del Servicio Comunidad de Cuidado con disponibilidad de cupo, de personas mayores que cumplan con la población objetivo, los criterios de ingreso al servicio y se encuentren en inminente vulneración de derechos que pone en riesgo su vida o integridad física de acuerdo con el: concepto profesional para ingreso de emergencia emitido por el equipo del servicio Bogotá te acompaña en la Vejez.	Verificación en campo - Visita de emergencia	Demanda	Subdirección para la Vejez

Fuente: Portafolio de servicios SDIS

Cuando se verifica que el potencial usuario cumple con los criterios de ingreso, el equipo de Validación de condiciones realiza una visita domiciliaria o institucional, según la ubicación de la persona, en la cual se acopia información adicional, como que la persona mayor no perciba pensión, ingresos o subsidios económicos; que tenga un nivel de dependencia funcional, pero no requiera unidad de cuidado crónico o de salud mental; que se encuentre en situación de abandono o carezca de redes familiares o sociales de apoyo que garanticen su cuidado y manutención; y que manifieste expresamente su deseo de ingresar de forma voluntaria al servicio.

Al ingreso de usuario, se realiza una valoración inicial de enfermería e inicia una dinámica que orientará su permanencia, en la que se garantiza un esquema de intervención apoyado por un amplio equipo interdisciplinario y basado en el Plan de Atención Institucional (PAI)

que articula acciones entre diferentes áreas para fortalecer las capacidades de las personas mayores, considerando los recursos del entorno y promoviendo respuestas efectivas a sus necesidades e intereses. El PAI también ayuda a mantener o mejorar sus habilidades cognitivas y sensorio-motrices, contribuyendo a fortalecer su autonomía y apoyando el desarrollo de su proyecto de vida. Los componentes y líneas de atención mencionados más arriba son medulares en la definición del PAI. De otra parte, con el propósito de reconocer las particularidades de los usuarios, se construye un Plan de Atención Integral Individual (PAIIN) que busca considerar un conjunto de acciones integrales de carácter interdisciplinario, fundamentadas en el reconocimiento y la adaptación de las intervenciones a sus habilidades, capacidades, creencias e intereses propios. Cada una de estas herramientas es revisada periódicamente mediante acciones de seguimiento definidas a partir de formatos específicos para ello.

Así mismo, varios aspectos de la permanencia de los usuarios en el servicio Comunidad de cuidado son registrados de manera detallada en formatos asociados, por ejemplo, al cuidado en salud (medicamentos, signos vitales, registros de accidentes, morbilidad, mortalidad, entre otros), a salidas de la unidad operativa (muchas de ellas con fines médicos), etc.

Finalmente, el egreso del servicio puede darse por múltiples causas que van desde retiro voluntario hasta fallecimiento del usuario:

Tabla 5. Criterios de Egreso del Servicio Comunidad de Cuidado

Criterio de Egreso	Verificación / Fuente	Entidad Responsable / Demanda
Retiro voluntario manifestado libre y expresamente por escrito	Verificación en campo	Subdirección para la Vejez
Incurrir en falta gravísima establecida en el pacto de convivencia una vez surtido el debido proceso.	Verificación en campo	Subdirección para la Vejez
Requerir unidad de cuidado crónico, procedimientos invasivos o unidad de salud mental.		

Criterio de Egreso	Verificación / Fuente	Entidad Responsable / Demanda
Fallecimiento	Verificación en campo	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
Cotizante al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	RUAF (Registro Único de Afiliados)	Secretaría Distrital de Salud
Ausencia del servicio sin autorización durante 24 horas; a excepción de las personas mayores que estén oficialmente reportadas como extraviadas.	Verificación en campo	Subdirección para la Vejez
Persona pensionada por vejez, invalidez o Sobrevivencia.	RUAF (Registro Único de Afiliados)	Ministerio de Salud y Protección Social
Persona que reciba subsidios económicos de carácter permanente del nivel Distrital o Nacional.	RUAF (Registro Único de Afiliados)	Ministerio de Salud y Protección Social
Persona mayor con ingresos mensuales superiores al medio (1/2) SMMLV	Verificación en campo	Subdirección para la Vejez
Persona mayor con ingresos mensuales superiores al medio (1/2) SMMLV	Verificación en campo	Subdirección para la Vejez

Fuente: Portafolio de servicios SDIS

La complejidad del servicio Comunidad de Cuidado reside, entre otros elementos en la responsabilidad de hacerse cargo de personas con altos niveles de vulnerabilidad, derivados principalmente de su dependencia, lo que requiere tareas de gran responsabilidad y compromiso, garantizando no solamente una atención física sino de bienestar emocional, psicológico y social. Lo anterior, con miras a asegurar dignidad y autonomía, dos pilares que conforman el horizonte ético de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez. Sin lugar a duda, la capacidad institucional resulta exigente y desafiante para el logro de la implementación esperada. Una evaluación institucional da, entonces, pautas para identificar tanto las fortalezas de la Secretaría Distrital de Integración Social como las

barreras estructurales o recursos que pueden ser atendidas para profundizar la eficiencia y eficacia en el alcance de los objetivos del servicio.

1.2 Usuarios del servicio Comunidad de Cuidado

La información cuantitativa del servicio Comunidad de Cuidado permite dimensionar una parte de la respuesta distrital frente a una población que, además de estar en condiciones de alta vulnerabilidad, refleja los cambios demográficos y familiares asociados al envejecimiento en la ciudad. El servicio se orienta principalmente a personas mayores que hoy carecen de redes de apoyo —en un contexto de transformación de la estructura de familias y hogares— y que, además, presentan condiciones de salud que dificultan su supervivencia en condiciones habituales de vida.

A través de la oferta de cuidado residencial con atención en salud, alimentación, alojamiento y apoyo psicosocial, el servicio no solo busca garantizar condiciones básicas de bienestar para las personas mayores, sino también aliviar las cargas de cuidado que recaen sobre sus familias, especialmente en hogares con recursos limitados, donde la demanda de cuidado compete con el tiempo destinado al trabajo y a la generación de ingresos. Los datos presentados en este apartado provienen del Sistema de Registro de Beneficiarios (SIRBE) e incluyen información sobre la población en atención y atendida entre los años 2022 y mayo de 2025.⁵

Durante ese periodo el número de usuarios del servicio Comunidad de Cuidado, en cualquiera de sus dos modalidades (moderada y severa), ha sido de 2952 personas, 1558 hombres (52,8%) y 1394 mujeres (47,2%). Sobresale que 544 personas han pasado de modalidad moderada a severa, situación que evidencia la importancia y necesidad del cuidado en relación con el proceso de envejecimiento y la transformación de las necesidades de esta población que está afrontando la ciudad.

Los lugares de atención del servicio Comunidad de Cuidado han variado históricamente entre localidades de Bogotá y municipios fuera de la ciudad, en unidades operativas tanto propias como tercerizadas. La siguiente tabla presenta la distribución acumulada de personas mayores atendidas según la ubicación de las unidades operativas entre 2022 y

⁵ Se toma los años 2022 a mayo de 2025 como un periodo único para la mayoría de los análisis dado que imprime mayor consistencia en los datos, a su vez que permite una observación completa de las transformaciones de la población participante.

mayo de 2025, y no las localidades actuales de funcionamiento ni de residencia de las personas usuarias.

Tabla 6. Porcentaje de personas mayores atendidas por localidad de ubicación 2022-2025

Localidad Atención	Total	% Porcentaje
Antonio Nariño	83	2.8
Engativa	166	5.6
Fuera De La Ciudad	2046	69.3
San Cristobal	103	3.5
Suba	94	3.2
Teusaquillo	112	3.8
Tunjuelito	179	6.1
Usaquén	169	5.7

Fuente: Elaboración propia, Subdirección para la Vejez, SDIS, PUA, 2025. Corte: Mayo 2025 con base Modalidad 2847 y Modalidad 2988 –Comunidad de Cuidado

Durante el período 2022- 2025, la mayor parte de la población ha sido atendida en unidades ubicadas fuera de Bogotá, que concentran 69,3 % de los casos. 30,7 % restante corresponde a unidades localizadas en la ciudad, entre las cuales se destacan Tunjuelito (6,1 %), Usaquén (5,7 %), Engativá (5,6 %), Teusaquillo (3,8 %), San Cristóbal (3,5 %), Suba (3,2 %) y Antonio Nariño (2,8 %). Esta distribución se explica en buena medida porque son localidades donde ha sido más fácil identificar predios disponibles que cumplen con las características físicas y normativas requeridas para operar el servicio Comunidades de Cuidado, lo que ha llevado a que una parte sustantiva de la capacidad instalada se ubique fuera del perímetro urbano. Esto define una capacidad instalada fuertemente externalizada y puede implicar distancia respecto a los territorios de origen, las redes comunitarias y los referentes institucionales locales.

Usuarios del servicio, según sexo y modalidad (moderada o severa)

Otros datos de atención y caracterización de esta población muestran diferencias por sexo y nivel de severidad. Aunque en términos absolutos el servicio ha atendido más hombres, las mujeres se concentran en la modalidad asociada a condición severa: representan 56,1 % de las personas en este grupo. En contraste, los hombres predominan en el conjunto de

condición moderada, con 61,7 % del total. Estos patrones refuerzan la idea de que el envejecimiento femenino suele estar marcado por mayores limitaciones de salud y dependencia, configurando una feminización de las situaciones más graves de cuidado de larga duración.

Tabla 7. Porcentaje de personas mayores atendidas según modalidad y sexo 2022-2025

Modalidad	%	% Mujeres
	Hombres	
Moderada	61.7	38.3
Severa	43.9	56.1

Fuente: Elaboración propia equipo de investigación, Subdirección para la Vejez, SDIS, PUA, 2025. Corte: Mayo 2025 con base Modalidad 2847 y Modalidad 2988 – Comunidad de Cuidado

Profundizando en las características de la población participante en el servicio Comunidad de Cuidado, uno de los aspectos relevantes es su lugar de procedencia, particularmente el área en la que residen (urbana o rural). Este rasgo remarca las condiciones de vida de las mujeres, quienes provienen de áreas rurales (9%), mientras que para la población masculina es 6%.

Tabla 8. Hombres y mujeres mayores que provienen de la zona rural (%)

Área de habitación	%	% Mujeres
	Hombres	
Rural	6	9

Fuente: Elaboración propia equipo de investigación, Subdirección para la Vejez, SDIS, PUA, 2025. Corte: Mayo 2025 con base Modalidad 2847 y Modalidad 2988 – Comunidad de Cuidado.

Usuarios del servicio, según pertenencia étnica

Al revisar la información sobre pertenencia étnica y condición de víctima del conflicto armado se observa que los registros son débiles y probablemente no alcanzan a reflejar la realidad de una parte de las personas usuarias. El bajo nivel de diligenciamiento en estas variables sugiere un posible subregistro.

En el caso específico de la pertenencia étnica, los porcentajes muestran una variabilidad mínima: solo 0,07 % de la población se reconoce como indígena y 0,61 % como negra o afrocolombiana. 99,32 % restante no señala una etnia en particular. Esta situación marca un campo claro de mejora en la calidad de la información, no solo para el servicio sino también para la comprensión del envejecimiento y sus agudizaciones desde una perspectiva étnica, incluyendo aspectos como el comportamiento de las redes de apoyo, las relaciones familiares, la formación académica y la ocupación de esta población.

Tabla 9. Porcentaje de personas mayores atendidas según pertenencia étnica 2022-2025

Etnia	Participantes	% Porcentaje
Indígena	2	0.07
Negro/a Mulato/a Afrocolombiano/a	18	0.61
No aplica	2932	99.32

Fuente: Elaboración propia, Subdirección para la Vejez, SDIS, PUA, 2025. Corte: Mayo 2025 con base Modalidad 2847 y Modalidad 2988 – Comunidad de Cuidado.

Usuarios del servicio que son víctimas del conflicto

En contraste con la pertenencia étnica, la condición de víctima del conflicto armado presenta un registro relativamente mejor: alcanza 2,7 % de la población atendida. Esto muestra cómo personas mayores víctimas del conflicto han ido ingresando a la oferta distrital dirigida a esta población. Los datos también dan cuenta de los efectos que puede tener el conflicto armado en estas trayectorias de vida, que pueden derivar en altas limitaciones psicofísicas, pérdida de la red de apoyo principal (familia) o falta de recursos para garantizar una subsistencia mínima en una ciudad como Bogotá.

Esta condición permite, además, identificar el departamento de nacimiento de las personas. Sin embargo, ello no significa que los hechos de violencia asociados al conflicto hayan ocurrido necesariamente en ese mismo territorio: dada la magnitud y multiplicidad de los eventos, es posible que se hayan presentado en distintos momentos y lugares, con efectos diferenciados en cada caso.

Del total de personas que registran condición de víctima en SIRBE, 69 % proviene de seis departamentos: Bogotá D.C. (14,8 %), Boyacá (12,3 %), Tolima (12,3 %), Cundinamarca (11,1 %), Huila (9,9 %) y Antioquia (8,6 %).

Tabla 10. Porcentaje de personas mayores atendidas según reconocimiento como víctima del conflicto armado 2022-2025

Víctima conflicto armado	Participantes	% Porcentaje
No	2871	97.3
Sí	81	2.7

Fuente: Elaboración propia, Subdirección para la Vejez, SDIS, PUA, 2025. Corte: Mayo 2025 con base Modalidad 2847 y Modalidad 2988 – Comunidad de Cuidado.

Tabla 11. Porcentaje de personas mayores atendidas según reconocimiento como víctima del conflicto armado y departamento de nacimiento 2022-2025

Departamento de nacimiento	Participantes	% Porcentaje
Bogotá D.C	12	14.8
Boyacá	10	12.3
Tolima	10	12.3
Cundinamarca	9	11.1
Huila	8	9.9
Antioquia	7	8.6
Santander	4	4.9
Valle del Cauca	4	4.9
Caldas	3	3.7
Atlántico	2	2.5
Cauca	2	2.5
Córdoba	2	2.5
Magdalena	2	2.5
Nariño	2	2.5
Norte de Santander	2	2.5
Caquetá	1	1.2
Meta	1	1.2

Fuente: Elaboración propia, Subdirección para la Vejez, SDIS, PUA, 2025. Corte: Mayo 2025 con base Modalidad 2847 y Modalidad 2988 – Comunidad de Cuidado.

Usuarios del servicio, según actividad principal y nivel educativo

Al revisar la actividad principal y el nivel educativo, se observan diferencias importantes entre hombres y mujeres.

Tabla 12. Porcentaje de personas mayores atendidas según reconocimiento sexo, actividad principal y nivel educativo máximo alcanzado 2022-2025

Actividad Principal	% Primaria	% Secundaria	% Superior	% Ninguno	% No aplica
Hombre					
Buscando Trabajo	42.9	42.9	14.3	0.0	0.0
Oficios Del Hogar/Trabajo No Remunerado	50.0	16.7	0.0	33.3	0.0
Persona Con Discapacidad permanente para trabajar	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Sin Actividad/No Aplica	51.7	18.9	3.8	25.4	0.2
Trabajando	66.7	27.8	0.0	5.6	0.0
Mujer					
Buscando Trabajo	50.0	25.0	0.0	25.0	0.0
Oficios Del Hogar/Trabajo No Remunerado	63.6	13.6	0.0	22.7	0.0
Persona Con Discapacidad permanente para trabajar	50.0	0.0	0.0	50.0	0.0
Sin Actividad/No Aplica	47.5	8.7	1.3	41.7	0.8
Trabajando	70.0	30.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: Elaboración propia, Subdirección para la Vejez, SDIS, PUA, 2025. Corte: Mayo 2025 con base Modalidad 2847 y Modalidad 2988 – Comunidad de Cuidado.

A primera vista, se observa que, independientemente del sexo o la actividad principal, la mayoría de los participantes contaba con educación básica primaria, seguida por el nivel de secundaria. Entre los hombres que se encontraban buscando trabajo antes de ingresar al

servicio Comunidad de Cuidado, el 42,9% tenía formación secundaria, el porcentaje más alto dentro de este grupo; en contraste, entre las mujeres en la misma situación, solo el 25% alcanzaba este nivel educativo. No obstante, entre quienes estaban trabajando y contaban con secundaria, las mujeres registraron un porcentaje ligeramente superior (30%) frente a los hombres (27,8%).

En relación con el trabajo no remunerado y los oficios del hogar, se evidencian diferencias marcadas por sexo. Entre los hombres dedicados a estas actividades, el 50% tenía educación primaria, el 16,7% secundaria y se observa nuevamente un porcentaje elevado de personas sin ningún nivel educativo. En el caso de las mujeres, el 63,6% reportó educación primaria, el 13,6% secundaria y el 22,7% no contaba con ningún nivel de formación. Estos resultados muestran la persistencia de altos porcentajes de personas sin escolaridad formal, lo que podría limitar sus oportunidades de subsistencia, dado que sus ocupaciones se concentran exclusivamente en este tipo de tareas.

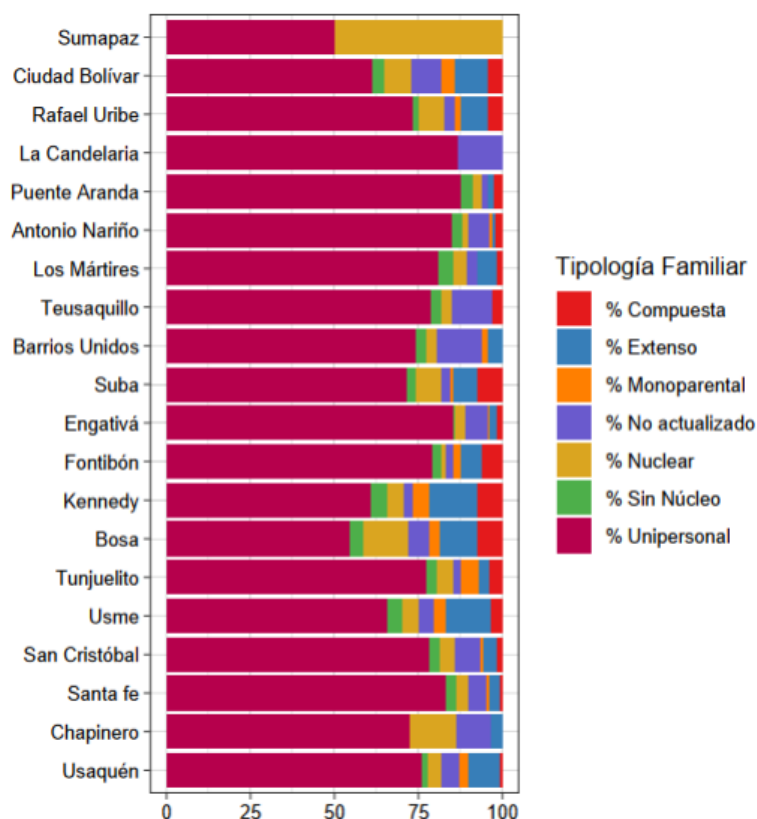
Usuarios del servicio, según vínculos y redes de apoyo

Un aspecto central para caracterizar a las personas participantes en el servicio Comunidad de Cuidado es la existencia de redes de apoyo, ya estén conformadas por la familia inmediata u otros arreglos familiares (como hogares compuestos o no nucleares). Estas redes son clave para la supervivencia y el bienestar, porque permiten generar vínculos e interdependencias. Al mismo tiempo, la distribución por tipologías de familia evidencia los efectos de la transición demográfica: los hogares tienden a reducir su tamaño, lo que transforma las relaciones familiares y las formas de apoyo y cuidado, obligando a las familias a adaptarse a nuevas dinámicas con menos integrantes.

Al observar la composición de las familias y la localidad de residencia de las personas usuarias, se aprecia con claridad la predominancia de hogares unipersonales, lo que implica mayores dificultades para el sostenimiento propio ante la ausencia de apoyo en el cuidado y el riesgo de vivir la vejez en contextos de soledad y vulnerabilidad. En todas las localidades se registran porcentajes elevados de hogares unipersonales (ninguno por debajo del 50 %), encabezados por Puente Aranda (87,8 %), La Candelaria (86,7 %), Engativá (84,3 %), Antonio Nariño (84,8 %), Santa Fe (83,3 %) y Los Mártires (81 %), con una fuerte concentración en el suroriente y el centro de la ciudad. Incluso en Sumapaz, que presenta el porcentaje más

bajo, los hogares unipersonales alcanzan 50 %, mientras que en las demás localidades oscilan entre 51 % y 79 %, tal como se observa en el gráfico.

Ilustración 2. Porcentaje de personas mayores atendidas según localidad de residencia y tipo de familia 2022-2025



Fuente: Elaboración propia, Subdirección para la Vejez, SDIS, PUA, 2025. Corte: Mayo 2025 con base Modalidad 2847 y Modalidad 2988 – Comunidad de Cuidado.

Por otra parte, se identifica una fuerte presencia de familias de tipo nuclear, extenso y sin núcleo⁶, lo que, , refleja la existencia de un gran número de hogares con diversas

⁶ Las tipologías de hogar hacen referencia a la composición de las estructuras familiares con base en relaciones de parentesco o afinidad.

Hogares unipersonales: conformado por una sola persona.

Hogar sin núcleo: coexiste un núcleo conyugal primario o una relación padre/madre-hijo/hija, además hay otras relaciones de parentesco de primer o segundo grado de consanguinidad (por ejemplo, hermanos).

Hogar nuclear: conformado por padre y madre con o sin hijos; o por padre o madre con hijos

Hogar monoparental: conformado por un padre o madre e hijo(s).

composiciones de redes de apoyo, en comparación con las familias unipersonales. Sin embargo, estas redes varían en función de la disponibilidad de recursos para el cuidado de las personas mayores, debido a las posibles dificultades que enfrentan las familias en conciliar el desarrollo personal y familiar con la necesidad de brindar cuidado a sus integrantes mayores, especialmente a medida que envejecen y sus condiciones materiales y de salud se deterioran.

Estas tipologías de familia tienen fuerte presencia en Sumapaz (50%), Chapinero (13.8%), Bosa (13%), Ciudad Bolívar (7.9%), Suba (7.5%) y Rafael Uribe (7.5%), de tipología extensa están Kennedy (14.6%), Usme (13.7%), Bosa (10.9%), Ciudad Bolívar (9.6%) y Usaquén (9.5%).

Este escenario va delineando los mapas de necesidades de mayor cuidado por localidad, siendo la presencia de hogares no unipersonales tiene una mayor incidencia en estas áreas. En estas localidades, donde los porcentajes de hogares unipersonales no superan el 80%, y donde su presencia aún es significativa (mayor a 50%), se puede observar una mayor diversidad de estructuras familiares. Esto permite profundizar en las circunstancias que las rodean para establecer nuevas modalidades de atención o apoyo, considerando las cargas que implica el cuidado de un adulto mayor u otros familiares que requieran asistencia dentro de estas familias.

Usuarios del servicio, según nivel educativo máximo alcanzado y tipo de hogar

El nivel de formación académica y el tipo de familia se vinculan directamente con la posibilidad de contar con redes de apoyo y recursos propios para el cuidado. Como se vio, la mayoría de participantes del servicio Comunidad de Cuidado proviene de hogares unipersonales. Al observar la formación académica según esta tipología familiar y por sexo, lo primero que destaca es la amplia presencia de personas que solo alcanzaron la básica primaria. Entre los hombres que viven solos: 79,4% tiene primaria, 89% secundaria, 74,9% no cursó ningún nivel educativo y 91,5% de quienes cuentan con educación superior también pertenece a hogares unipersonales.

Hogar extenso: conformado por un hogar nuclear y familiares de distintos grados.

Hogar compuesto: conformado por un hogar nuclear y otras personas que pueden ser parientes o no parientes.

No actualizado: no se cuenta con información del tipo de hogar al que pertenece el beneficiario.

Tabla 13. Porcentaje de personas mayores atendidas según sexo, máximo nivel educativo alcanzado y pertenencia a una tipología familiar 2022-2025

Nivel Educativo	% Compue sta	% Extenso	% Monopare ntal	% No actualizad o	% Nucle ar	% Sin Núcleo	% Uniperso nal
Hombres							
Básica Primaria/Prima ria Incompleta	2.6	4.2	1.1	5.2	4.8	2.7	79.4
Básica Secundaria Y Media	0.7	2.3	1.0	1.7	4.0	1.3	89.0
Ninguno	5.7	6.5	1.8	6.2	3.6	1.3	74.9
No Aplica	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0
Educación Superior/ Educación Superior Incompleta	0.0	0.0	0.0	0.0	3.4	5.1	91.5
Mujeres							
Básica Primaria/Prima ria Incompleta	3.3	4.3	1.9	7.6	6.7	4.0	72.0
Básica Secundaria Y Media	3.2	6.4	0.8	4.0	3.2	0.8	81.6
Ninguno	2.1	7.7	1.9	15.4	2.4	1.6	68.9
Educación Superior/ Educación Superior Incompleta	0.0	0.0	0.0	5.9	5.9	0.0	88.2
No Aplica	0.0	0.0	0.0	81.8	0.0	0.0	18.2

Fuente: Elaboración propia, Subdirección para la Vejez, SDIS, PUA, 2025. Corte: Mayo 2025 con base Modalidad 2847 y Modalidad 2988 – Comunidad de Cuidado.

En las mujeres que viven solas se mantiene el mismo patrón, aunque con porcentajes algo menores: 72% con primaria, 81,6% con secundaria, 68,9% sin ningún nivel de formación y 88,2% con educación superior. En conjunto, los datos sugieren que, dentro de los hogares unipersonales, los hombres tienden a concentrar niveles de formación algo más altos que las mujeres.

La situación cambia cuando se observan otros tipos de familia. En hogares nucleares y extensos se registran mayores niveles educativos entre las mujeres, lo que se asocia a su menor presencia en estructuras unipersonales. Por ejemplo, entre quienes cuentan con educación superior, las mujeres alcanzan 5,9 % en hogares nucleares frente a 3,4 % en el caso de los hombres. En familias extensas, las mujeres vuelven a presentar niveles de formación más altos, aunque también acumulan una mayor proporción de personas sin escolaridad, algo que puede relacionarse con la menor presencia de hombres en este tipo de arreglos familiares.

Usuarios del servicio que reportan discapacidad

Un tema especialmente relevante en el servicio Comunidad de Cuidado es la presencia de discapacidad o dificultades severas que limitan el desarrollo de actividades cotidianas. En el periodo analizado, 1.662 personas reportan alguna discapacidad, lo que corresponde a 56,3 % de la población que ha hecho parte del programa.

Al cruzar discapacidad, sexo y tipo de estructura familiar, se observan patrones diferenciados. Entre las personas con discapacidad, las mujeres tienen mayor presencia en las familias extensas, monoparentales y unipersonales; en esta última tipología la diferencia es pequeña, pero ellas siguen siendo mayoría con 50,7%. En contraste, los hombres predominan en las familias compuestas (59 %) y nucleares (55,4 %). En conjunto, las mujeres representan 52,3 % de todas las personas que declararon discapacidad en el servicio, en línea con un envejecimiento femenino más marcado y con mayores riesgos de dependencia.

El análisis estadístico confirma que la discapacidad sí guarda relación con el sexo dentro del programa: la prueba exacta de Fisher muestra una asociación significativa entre estas dos variables categóricas.

Tabla 14. Porcentaje de personas mayores con discapacidad atendidas según pertenencia a una tipología familiar y sexo 2022-2025

Tipo de estructura familiar	Total	% Hombres	% Mujeres
Compuesta	39	59.0	41.0
Extenso	92	45.7	54.3
Monoparental	24	45.8	54.2
No actualizado	178	30.9	69.1
Nuclear	83	55.4	44.6
Sin Núcleo	30	50.0	50.0
Unipersonal	1216	49.3	50.7

Fuente: Elaboración propia, Subdirección para la Vejez, SDIS, PUA, 2025. Corte: Mayo 2025 con base Modalidad 2847 y Modalidad 2988 – Comunidad de Cuidado.

Usuarios del servicio, según estado civil

La estructura familiar y el estado civil de los participantes permiten comprender el funcionamiento de las redes de apoyo en esta población. En general, predominan los hogares unipersonales, independientemente del sexo o del estado civil, lo que evidencia condiciones de envejecimiento asociadas a la soledad. No obstante, se observan diferencias entre hombres y mujeres. En el caso de los hombres, se registran porcentajes superiores al 80% en hogares unipersonales, principalmente entre quienes son solteros o divorciados, lo que sugiere procesos de no conformación o disolución de redes de apoyo vinculadas al núcleo familiar. Entre las mujeres también predomina la estructura unipersonal, con altas proporciones en los estados civiles soltera (72,9%) y divorciada (69,6%). Por el contrario, los porcentajes más bajos de hogares unipersonales se presentan entre quienes están casados/as o en unión libre, lo que sugiere que este tipo de vínculos puede reducir la soledad en la vejez.

Tabla 15. Porcentaje de personas mayores atendidas según sexo, estado civil y pertenencia a una tipología familiar 2022-2025

Estado Civil	% Compuesta	% Extenso	% Monoparental	% No actualizado	% Nuclear	% Sin Núcleo	% Unipersonal
Hombres							
Casado/A/Union Libre	2.5	2.5	1.3	8.8	21.3	3.8	60.0
Separado/A O Divorciado/A	1.1	5.2	1.1	2.9	4.0	0.6	85.1
Soltero/A	2.8	4.1	1.2	4.3	3.2	2.2	82.2
Viudo/A	7.0	6.0	2.0	8.0	5.0	3.0	69.0
No Aplica	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0
Mujeres							
Casado/A/Union Libre	3.6	3.6	1.8	10.9	18.2	7.3	54.5
Separado/A O Divorciado/A	3.8	6.3	3.8	10.1	3.8	2.5	69.6
Soltero/A	2.4	5.2	1.4	11.4	4.2	2.5	72.9
Viudo/A	3.9	11.2	3.9	7.9	3.3	2.0	67.8
No Aplica	0.0	0.0	0.0	66.7	0.0	0.0	33.3

Fuente: Elaboración propia, Subdirección para la Vejez, SDIS, PUA, 2025. Corte: Mayo 2025 con base Modalidad 2847 y Modalidad 2988 – Comunidad de Cuidado.

La consolidación de los resultados sobre los diferentes tópicos asociados a la tipología familiar, el sexo y el estado civil expresan lo siguiente:

Tabla 16. Distribución de tipologías familiares según estado civil

Tipología de Familia	%Mujeres	Casado/a o Unión libre	Separado/a o Divorciado/a	Viudo/a
Monoparental	1.6	1.6	1.7	2.7
Extenso	1.5	0.9	1.2	2.1
Sin Núcleo	1.4	3.0	0.5	1.1
Nuclear	1.3	7.5	1.1	1.2
Compuesta	1.0	1.5	0.7	2.2

Fuente: Elaboración propia, Subdirección para la Vejez, SDIS, PUA, 2025. Corte: Mayo 2025 con base Modalidad 2847 y Modalidad 2988 – Comunidad de Cuidado.

La tabla muestra las probabilidades relativas⁷ de pertenecer a distintos tipos de familia según sexo y estado civil. En términos de sexo, las mujeres presentan mayores probabilidades relativas de pertenecer a hogares monoparentales (1,6), extensos (1,5), sin núcleo (1,4) y nucleares (1,3), mientras que en los hogares compuestos no se observan diferencias relevantes entre hombres y mujeres (1,0). En cuanto al estado civil, las personas casadas o en unión libre concentran las probabilidades relativas más altas en los hogares nucleares (7,5) y sin núcleo (3,0), lo que indica una asociación más fuerte con estas estructuras familiares. Por su parte, las personas separadas o divorciadas presentan probabilidades relativas moderadas en los hogares monoparentales (1,7) y extensos (1,2), y más bajas en los hogares sin núcleo (0,5) y compuestos (0,7). Finalmente, las personas viudas muestran probabilidades relativas elevadas en todas las tipologías, destacándose los hogares monoparentales (2,7), compuestos (2,2) y extensos (2,1).

1.3 Introducción a la Evaluación institucional del Servicio Comunidad de Cuidado

Esta evaluación institucional se desarrolló en el marco del seguimiento a la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez (PPSEV) en Bogotá. Su propósito es analizar y valorar la capacidad institucional de la Subdirección para la Vejez en la implementación y supervisión del servicio Comunidad de Cuidado, identificando fortalezas, déficits y cuellos de botella que inciden en su gestión. Se trata de una evaluación de carácter principalmente cualitativo, apoyada en el análisis descriptivo de información cuantitativa, centrada en los insumos, los mecanismos de gestión y las condiciones estructurales que permiten –o limitan– el funcionamiento del servicio.

La evaluación se orientó a partir de la siguiente pregunta general de investigación: ¿Cuál es la capacidad institucional de la Subdirección para la Vejez en la implementación y supervisión del servicio Comunidad de Cuidado? En coherencia con esta pregunta, se definió como objetivo general:

Analizar y valorar la capacidad institucional de la Subdirección para la Vejez en la implementación y supervisión del servicio Comunidad de Cuidado, identificando fortalezas, déficits y dificultades que inciden en su gestión.

A partir de este marco se formularon cinco objetivos específicos y sus respectivas preguntas orientadoras, que estructuran el análisis en torno a seis ejes interrelacionados:

⁷ Las probabilidades relativas se entienden como la posibilidad de que un evento ocurra, midiendo la asociación entre una exposición y un resultado.

- La coherencia y aplicabilidad de los marcos normativos, lineamientos y procedimientos que orientan el servicio.
- Las diferencias en capacidades y mecanismos de gestión entre unidades operadas directamente por la SDIS y unidades tercerizadas, y sus implicaciones para el cumplimiento de estándares y la articulación institucional.
- La suficiencia de los recursos disponibles —talento humano, infraestructura, dotación y tecnología— para garantizar la sostenibilidad operativa y la calidad de la atención.
- La consistencia, accesibilidad y utilidad de los sistemas de información, seguimiento y retroalimentación para la supervisión, la toma de decisiones y la mejora continua.
- La correspondencia entre la cobertura del servicio, la demanda real y los recursos financieros asignados.
- Los aprendizajes y oportunidades de mejora institucional que se derivan del análisis y que pueden orientar la gestión futura del servicio.

Esta evaluación se concibe, ante todo, como un ejercicio de análisis de la capacidad institucional para operar Comunidad de Cuidado, y no como una valoración directa de sus resultados en la población usuaria. El foco está puesto en cómo se organiza el servicio desde el punto de vista normativo, operativo, financiero y de recursos, qué tan claros y consistentes son los mecanismos de gestión y coordinación que lo sostienen y qué tan robustos resultan los dispositivos de supervisión, control y seguimiento. En esa medida, constituye un insumo para futuras evaluaciones de resultados e impactos, que solo pueden interpretarse adecuadamente si se comprende primero con qué capacidades cuenta la entidad y bajo qué restricciones opera.

Analizar la arquitectura institucional que sostiene Comunidad de Cuidado —sus marcos normativos y operativos, los mecanismos de supervisión y control, las capacidades instaladas y las diferencias en la gestión de unidades propias y tercerizadas— es clave para fortalecer la respuesta del Distrito, orientar el uso de los recursos públicos y avanzar en el cumplimiento de los objetivos de la PPSEV y de su reformulación. Los hallazgos se dirigen principalmente a la Subdirección para la Vejez y a las dependencias responsables de política pública, planeación, contratación, seguimiento e inspección de la Secretaría Distrital de Integración Social, como insumo directo para la toma de decisiones sobre el diseño, la gestión y la sostenibilidad del servicio.

En coherencia con este enfoque, el documento presenta, en primer lugar, la descripción del servicio evaluado y el diseño metodológico del estudio. A continuación, desarrolla el análisis de resultados organizado en cinco apartados principales: (1) Cobertura, cupos y sostenibilidad del servicio; (2) Capacidad normativa y operativa del modelo de atención; (3) Supervisión, control y gestión documental del servicio; (4) Capacidades instaladas para operar —infraestructura, dotación, recursos humanos, transporte y tecnología—; y (5) Gestión de operación: capacidades diferenciales en unidades propias y tercerizadas. Finalmente, se exponen recomendaciones técnicas orientadas al fortalecimiento institucional de Comunidad de Cuidado.

2. Metodología

2.1 Tipo de evaluación, diseño y alcance

De acuerdo con la Guía de Evaluación de Políticas Públicas Distritales de la Secretaría Distrital de Planeación (2024), la evaluación institucional se concibe como un ejercicio orientado a analizar y valorar la capacidad de las entidades públicas para operar una intervención, poniendo el énfasis en la organización y el desempeño de las instituciones responsables de su implementación más que en los efectos directos sobre la población destinataria. En particular, resulta pertinente cuando la ejecución involucra varias entidades o múltiples áreas de una misma entidad y es necesario revisar la articulación entre actores, los arreglos institucionales y el cumplimiento efectivo de las reglas de operación (DNP, 2014)

En este marco, la evaluación institucional del servicio Comunidad de Cuidado resulta especialmente adecuada por la complejidad de su arreglo operativo. La Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) combina la gestión directa en algunas unidades propias con una modalidad ampliamente tercerizada del servicio. La operación cotidiana se realiza mayoritariamente a través de convenios con Entidades sin Ánimo de Lucro (ESAL): de las 19 unidades operativas, 17 son gestionadas mediante acuerdos contractuales, mientras solo 2 son de operación directa. Esta estructura impone exigencias institucionales elevadas en materia de planeación, coordinación, seguimiento y supervisión, pues la SDIS continúa siendo responsable por el uso de recursos públicos y por la calidad del cuidado ofrecido a una población considerada de especial protección. Los convenios definen que la entidad pública asuma la mayor parte del costo del servicio (en general entre 81 % y 85 %), mientras

que la entidad privada aporta el porcentaje restante en especie o en distintos tipos de insumos. En este contexto, la capacidad institucional se juega, en buena medida, en la habilidad de orientar, acompañar y regular una gestión responsable por parte de los operadores, evitando desviaciones respecto a los estándares de atención definidos por el Distrito y garantizando un uso adecuado de los recursos públicos (DNP, 2014).

En la literatura sobre políticas públicas, el concepto de capacidad institucional alude tanto al potencial del Estado para cumplir tareas específicas como a su margen de acción para enfrentar problemas complejos de desarrollo, desigualdad y garantía de derechos (Lusthaus et al., 1995; Oszlak, 2004, citado en Rosas, 2019; Oszlak, 2014). Para un servicio como Comunidad de Cuidado, esta capacidad se expresa en la disponibilidad, calidad y uso efectivo de los recursos con los que cuenta la organización para implementar el modelo de atención. Ello supone adoptar una mirada integral que considere, de forma conjunta, componentes como tecnología, transporte, recursos humanos, infraestructura, dotación, recursos financieros y marco normativo, así como las habilidades de las distintas instancias de gestión para articularlos y tomar decisiones (Hilderbrand & Grindle, 1997; Lusthaus et al., 1995).

Desde esta perspectiva, la evaluación institucional no se realiza en cualquier momento del ciclo de implementación, sino cuando el servicio ha alcanzado cierto grado de madurez y es posible observar con claridad la manera en que funcionan los procesos administrativos, los mecanismos de coordinación y los arreglos de gestión (DNP, 2014). Resulta especialmente pertinente cuando se sospecha que los obstáculos o fallas se deben menos al diseño y más a problemas de capacidad organizativa, coordinación o gestión pública: demoras burocráticas, desarticulación entre áreas o entidades, insuficiente capacidad técnica, brechas en infraestructura o en sistemas de información, entre otros. En este sentido, una evaluación institucional centrada en Comunidad de Cuidado permite interrogar la maquinaria que sostiene el servicio: cómo están organizados los insumos, cómo se coordinan los actores y qué tan robustas son las condiciones para garantizar calidad y sostenibilidad.

En términos cercanos a los planteamientos de Oszlak, la capacidad institucional no se reduce a tener recursos, sino a lograr que los recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles se apliquen de manera efectiva para producir valor público, gestionando al mismo tiempo las restricciones y amenazas del contexto en el que opera la institución (Oszlak, 2004, citado en Rosas, 2019; Oszlak, 2014). En la misma línea, enfoques como los

de Hilderbrand y Grindle (1997) subrayan que la eficiencia, la efectividad y la sostenibilidad de una intervención dependen de cómo se organizan, distribuyen y aprovechan esos recursos en los distintos niveles de gestión. Es decir, hacer las cosas bien, lograr resultados y sostenerlos en el tiempo es consecuencia directa de cómo las capacidades institucionales se estructuran y se ponen en juego.

La Guía para el seguimiento y evaluación de políticas públicas del Departamento Nacional de Planeación (DNP, 2014) señala que una evaluación institucional permite analizar y valorar un programa a partir del arreglo institucional en el que opera, identificando las fallas de capacidad que obstaculizan la provisión adecuada de bienes y servicios y ofreciendo insumos concretos para mejorar la gestión (DNP, 2014). Sus principales fortalezas radican en que: provee un diagnóstico de capacidades internas (recursos humanos, infraestructura, sistemas de información, insumos, etc.); analiza la coordinación y articulación entre actores y niveles de gobierno; identifica factores críticos de gestión (debilidades administrativas, trámites excesivos, falta de personal capacitado, debilidades en procesos internos); y, aporta elementos para el fortalecimiento institucional y la mejora de la gestión pública, así como para la rendición de cuentas sobre el uso de los recursos públicos.

Al mismo tiempo, la evaluación institucional tiene límites que es importante reconocer. En primer lugar, no mide directamente el impacto en la población, sino que se centra en procesos, capacidades y arreglos organizativos. Por sí sola, no permite concluir si la intervención cumplió sus objetivos en términos de transformación de las condiciones de vida, sino si las instituciones estaban o no en condiciones de implementarla adecuadamente. En segundo lugar, depende de un acceso suficiente y de calidad a la información interna (documentos, registros, entrevistas con funcionarios) y de la disposición de las instancias involucradas para participar con transparencia en el proceso. Finalmente, sus resultados solo se traducen en cambios concretos cuando existe un compromiso real de las autoridades para usar los hallazgos en la planeación, la asignación de recursos y la toma de decisiones. Estudios sobre autoevaluación institucional han mostrado que, sin propósitos claros de planificación y mejora, los procesos evaluativos tienden a diluirse y a tener un impacto limitado en la organización (Fernández et al., 1991, citados en Rosas, 2019). Por estas razones, la evaluación institucional no sustituye a las evaluaciones de resultados o de impacto, sino que las complementa aportando la dimensión organizacional necesaria para comprender qué ocurre al interior del aparato estatal (Lusthaus et al., 1995; DNP, 2014).

En este contexto, la pertinencia de una evaluación institucional para el servicio Comunidad de Cuidado radica en la necesidad de comprender y fortalecer las capacidades internas que sostienen el servicio, tanto en unidades propias como en unidades tercerizadas. No se trata solo de verificar si se cumplen metas o estándares, sino de indagar cómo se organizan los insumos, cómo se articulan las distintas áreas y niveles de gestión, y qué tan robustas son las condiciones institucionales para asegurar calidad, sostenibilidad y uso adecuado de los recursos públicos (SDP, 2024; DNP, 2014). Esta perspectiva permite identificar fortalezas, déficits y dificultades, ofreciendo elementos concretos para la toma de decisiones y la orientación futura del servicio.

Dado que las capacidades institucionales se expresan, en primera instancia, en la disponibilidad y uso de insumos, estos se constituyen en el eje central de la evaluación (Lusthaus et al., 1995; Hilderbrand & Grindle, 1997). La estructura del análisis y la presentación de resultados se organiza, por tanto, en torno a un conjunto de campos de insumos que recogen la base normativa, material, tecnológica, humana y financiera de la implementación del servicio. De manera sintética, estos campos se entienden así:

- **Normativos:** el compendio de aquellas normas, lineamientos y parámetros institucionales que presentan el horizonte ético del servicio, a la vez que ordenan, regulan y determinan su funcionamiento considerando el ámbito de derechos que esté busca restituir, así como las reglas que definen su transcurrir rutinario, en un contexto en el que están juego recursos públicos y el cuidado de una población considerada como sujeto de especial protección, dada su vulnerabilidad. En el servicio Comunidad de Cuidado están comprometidas normas de corte internacional, nacional y distrital.
- **Operativos:** contempla aquellos recursos que hacen posible la implementación rutinaria del servicio, considerando las etapas que se surten desde la focalización, priorización e ingreso de los usuarios hasta su egreso, pasando por las estrategias y componentes de atención y cuidado, y considerando las herramientas para el registro y trazabilidad de las intervenciones, permitiendo un seguimiento que permita identificar la correcta implementación y la coherencia entre lo planeado y lo ejecutado.
- **Informativos:** considera aquellas herramientas, sistemas, soportes y repositorios que permiten adelantar actividades de identificación, cruce, registro y verificación de información necesaria para la operación del servicio, en particular para la identificación y selección de los usuarios, según criterios de priorización y

restricciones, pero también garantizar la trazabilidad de los distintos aspectos que comprometen la operación y atención.

- **Supervisión:** incluye todos los recursos, procedimientos, registros que se utilizan para hacer seguimiento y garantizar el cumplimiento de todos los aspectos comprometidos en la implementación del servicio, tanto en unidades operativas propias como tercerizadas, con miras a garantizar el buen desempeño, el uso responsable de los recursos y la entrega satisfactoria del servicio a los usuarios, o en su defecto para identificar alertas a factores a corregir.
- **Recursos humanos:** considera las condiciones, perfiles y capacidades del talento humano requerido para la atención de los usuarios, tanto en el tipo de operación propia como en la tercerizada. Así mismo, contempla si las condiciones en las que se desenvuelve son favorables o no para su bienestar, tomando en cuenta la carga que implica el tipo de servicio y de población atendida.
- **Físicos:** incorporan la infraestructura, entendida como planta física, y la dotación de recursos de uso individual y colectivo al interior de las unidades operativas tercerizadas y propias. Responden al conjunto de estándares definidos por el distrito y comprenden, además las adecuaciones necesarias para la atención de personas mayores con dependencia moderada o severa, así como las dotaciones que se requieren para la vida cotidiana y para el desarrollo de actividades de atención y cuidado.
- **Recursos financieros:** se componen de los presupuestos planificados, asignados y ejecutados para el logro de la implementación del servicio, considerando los tipos de operación (propios o tercerizados). Estos insumos están organizados según una estructura de costos que se ajusta en cada vigencia para dar respuesta a las necesidades de las unidades, según la modalidad (severa o moderada) y el número de cupos.

2.2 Cadena de valor

Esta evaluación parte de una cadena de valor del servicio Comunidad de Cuidado, construida a partir de los lineamientos técnicos y normativos del mismo, y validada con actores clave. Esta cadena identifica los insumos, procesos, productos y resultados esperados con el propósito de describir la lógica de funcionamiento prevista desde el diseño institucional. No se derivó de una teoría del cambio formal, pero sí se articuló con la lógica causal implícita del servicio, que identifica cómo se espera que los recursos y procesos

conduzcan a determinados resultados. De esta manera, la cadena de valor funcionó como una representación que sirvió de base para estructurar el análisis posterior sobre la implementación del servicio.

La cadena de valor se organizó en torno a seis componentes funcionales: normativo, operativo, información, recurso humano, supervisión, financiero e infraestructura y recursos físicos. Como se mencionó, la construcción se basó en la revisión documental de los principales instrumentos institucionales, entre ellos el Documento técnico de estándares del servicio y el Lineamiento para la prestación del servicio social Comunidad de Cuidado (LIN-PSS-031). Posteriormente, se realizó un proceso de validación y confirmación con el líder del servicio dos profesionales (del equipo de Validación de condiciones y del Equipo técnico central)⁸. Esta actividad permitió complementar la descripción institucional del servicio con insumos derivados de la experiencia operativa, así como identificar cuellos de botella relevantes. Si bien no hizo parte del diseño muestral ni se aplicó un instrumento estructurado, esta fuente fue considerada en la organización del trabajo de campo y en la construcción del mapa de actores.

La versión completa de la cadena de valor del servicio Comunidad del Cuidado incluye como anexo técnico de este documento. A continuación, se presenta una versión sintetizada, centrada exclusivamente en los insumos y procesos, como referencia operativa para la evaluación. Esta decisión responde al carácter de la presente como una evaluación institucional, cuyo énfasis metodológico, de acuerdo con las guía del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y la Secretaría Distrital de Planeación (SDP), se sitúa en los eslabones de insumos y procesos de la cadena de valor, más que en resultados. La estructura descrita en esta cadena sirvió de base para examinar las capacidades institucionales expresadas en los insumos con los que se busca garantizar la implementación del servicio, teniendo en cuenta las particularidades que suponen los tipos de operación (unidades propias y tercerizadas).

Ilustración 3. Tipo de evaluación y cadena de valor

⁸ Este ejercicio se planteó como una validación técnica focalizada, más que como un proceso participativo amplio.



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación (SDP) (2018)

Tabla 17. Cadena de valor del servicio Comunidad de Cuidado

Categoría	Subcategoría	Insumos	Procesos
Normativo	Normativa nacional e internacional	Normas nacionales e internacionales	Aplicar y actualizar la normativa
	Normativa distrital	Normativa distrital en política pública, estándares	Apropiar la normativa distrital, aplicar estándares
Operativo	Lineamientos técnicos	Estándares, documentos técnicos y operativos del servicio	Gestionar las unidades operativas aplicando estándares y línea técnica
	Focalización, priorización e ingreso	Normas y criterios de priorización poblacional	Aplicar criterios de priorización poblacional para el ingreso
	Prestación y seguimiento del servicio	Formatos operativos de planeación institucional y de atención y seguimiento individual,	Diseñar, ejecutar y documentar acciones de atención institucional e individuales, asegurando intervenciones coherentes y reguladas.
	Nutrición	Instructivos, protocolos y formatos para gestión alimentaria	Planificar y adaptar de forma estandarizada la alimentación de los usuarios, realizando seguimiento individual y registrando incidencias, garantizando trazabilidad y seguridad
	Atención y cuidado en salud	Instructivos, protocolos y formatos para cuidados en salud	Gestionar de manera integral el cuidado
	Egreso	Normas y formatos de retiro o egreso por fallecimiento, reintegro a	Gestionar según la normativa el egreso de las personas mayores,

Categoría	Subcategoría	Insumos	Procesos
		unidad familiar u otras causas.	con documentación y procesos adecuados.
Información	Sistemas y repositorios	Sistema SIRBE Sistemas de Registraduría Nacional de Estado Civil, BDUA, RUAF, VUR, Repositorios físicos y digitales Buzones de atención	Identificar, gestionar y administrar información de los usuarios; sustentar, revisar y tramitar informes relacionados con la implementación del servicio
Supervisión	Herramientas de seguimiento y control Cargos y perfiles operativos	Documentos de supervisión, formatos, guías de presentación de informes, anexos técnicos y minutas contractuales	Verificar y dar seguimiento al cumplimiento técnico, administrativo, financiero de contratos tercerizados. Autorizar desembolsos.
Recursos humanos	Cargos y perfiles operativos	Talento humano del nivel central que apoya y supervisa la implementación Talento humano del nivel territorial que se desempeña en la implementación y la atención a las personas mayores.	Acompañar con equipo humano desde el nivel central las distintas esferas de la implementación del servicio. Vincular al equipo humano a nivel territorial
	Procesos de gestión del talento humano	Estándares de calidad de servicios sociales del distrito y atención integral a las personas mayores. Cantidad de colaboradores, tiempos definidos, requisitos de formación y actividades de bienestar.	Coordinar la operación del servicio. Planeación y coordinación de espacios de cualificación continua Revisar el desempeño operativo Orientar mejoras en los procesos de reporte Promover el bienestar.
Financiero	Recursos y ejecución presupuestal	Proyecto 7937 Marco jurídico normativo presupuestal Estructura de costos	Planear, asignar y ejecutar recursos según normativa y periodicidad definida para el servicio, contemplando tipos de operación (propia o tercerizada)
Infraestructura y recursos físicos	Condiciones físicas y requisitos técnicos	Predios, conceptos técnicos y requisitos sanitarios y de accesibilidad	Evaluar, adecuar y habilitar los espacios físicos del servicio

Categoría	Subcategoría	Insumos	Procesos
	Dotación y gestión de insumos físicos	Dotación básica de mobiliario, insumos tecnológicos, insumos de cuidado y seguridad; cocina y papelería	Planificar, adquirir, controlar y distribuir insumos físicos y atender inspecciones sanitarias

Fuente: Elaboración propia equipo de investigación

2.3 Objetivos y preguntas orientadoras

Teniendo en cuenta esta caracterización, para guiar el proceso de la evaluación institucional se definió un objetivo general, cinco específicos y unas preguntas de investigación asociadas, que estructuraron tanto el diseño metodológico como la estrategia de análisis cualitativo:

Objetivo general:

Analizar y valorar la capacidad institucional de la Subdirección para la Vejez en la implementación y supervisión del servicio Comunidad de Cuidado, identificando fortalezas, déficits y cuellos de botella que inciden en su gestión.

Pregunta general de investigación:

¿Cuál es la capacidad institucional de la Subdirección para la Vejez en la implementación y supervisión del servicio Comunidad de Cuidado?

Tabla 18. Preguntas y objetivos específicos

Objetivo específico	Preguntas orientadoras
<p>¿En qué medida los marcos normativos, lineamientos y procedimientos institucionales favorecen una implementación coherente, viable y ajustada a las condiciones reales de operación del servicio?</p>	<p>Analizar la coherencia y aplicabilidad de los marcos normativos, lineamientos y procedimientos institucionales que orientan la implementación del servicio Comunidad de Cuidado, en relación con las condiciones reales de operación.</p>
<p>¿Cómo varían las capacidades y mecanismos de gestión entre las unidades operadas directamente por la SDIS y las tercerizadas, y qué implicaciones tienen estas diferencias para el cumplimiento de los estándares y la articulación institucional?</p>	<p>Examinar las diferencias en las capacidades y mecanismos de gestión entre las unidades operadas directamente por la SDIS y las tercerizadas, identificando sus implicaciones para el cumplimiento de los estándares y la articulación institucional.</p>
<p>¿En qué grado los recursos disponibles —talento humano, infraestructura, dotación y tecnología— garantizan la sostenibilidad operativa y la calidad de la atención brindada en el servicio?</p>	<p>Evaluar en qué medida los recursos disponibles —talento humano, infraestructura, dotación y tecnología— garantizan la sostenibilidad operativa y la calidad de la atención brindada en el servicio.</p>
<p>¿Qué tan consistentes, accesibles y útiles son los sistemas de información, seguimiento y retroalimentación para fortalecer la supervisión, la toma de decisiones y la mejora continua del servicio?</p>	<p>Analizar la consistencia, accesibilidad y utilidad de los sistemas de información, seguimiento y retroalimentación como mecanismos de apoyo para la supervisión, la toma de decisiones y la mejora continua del servicio.</p>
<p>¿En qué medida la cobertura del servicio Comunidad de Cuidado —en términos de cupos disponibles y atención efectiva— responde a la demanda real de las personas mayores en el distrito, y cómo se relaciona esta cobertura con la asignación y disponibilidad de recursos financieros?</p>	<p>Valorar la correspondencia entre la cobertura del servicio —en términos de cupos disponibles y atención efectiva— y la demanda real de las personas mayores en el distrito, así como su relación con la asignación y disponibilidad de recursos financieros.</p>

¿Qué aprendizajes y oportunidades de mejora institucional se derivan de la evaluación, y cómo pueden orientar la gestión futura del servicio Comunidad de Cuidado?

Identificar los aprendizajes y oportunidades de mejora institucional derivados de la evaluación, con el fin de orientar estrategias que fortalezcan la gestión y sostenibilidad futura del servicio Comunidad de Cuidado.

Fuente: Elaboración propia equipo de investigación

2.4 Dimensiones de análisis

En coherencia con la pregunta central de esta evaluación, la capacidad institucional no se entiende como la simple suma de recursos disponibles, sino como una combinación evolutiva de características institucionales, mecanismos de gestión y vínculos con otros actores que hacen posible que un servicio exista, se adapte y funcione de manera sostenida (Brinkerhoff y Morgan, 2010). Desde esta perspectiva, las cinco dimensiones de análisis definidas se centran en los recursos, en la configuración organizativa y en la forma de gestión del servicio, entendidos como componentes concretos de esa capacidad institucional que sostienen su operación.

1. **Cobertura, cupos y sostenibilidad del servicio:** Analiza la relación entre la demanda de cuidado de larga duración y la capacidad instalada de Comunidad de Cuidado. Al mismo tiempo, examina la estructura de financiación que sostiene esos cupos (rubros, vigencias futuras, variación de costos) y los límites que impone a la expansión y sostenibilidad del servicio. Desde esta perspectiva, el servicio se entiende como un recurso residencial excepcional, cuyos alcances dependen de lo que la entidad puede financiar y sostener sin deteriorar la calidad.
2. **Capacidad normativa y operativa del modelo de atención:** Se centra en la coherencia, claridad y aplicabilidad del conjunto de normas, lineamientos, estándares y anexos técnicos que definen Comunidad de Cuidado, incluyendo su articulación con la normatividad sanitaria y otros sectores. Valora en qué medida estos instrumentos orientan de forma comprensible la operación, regulan criterios de acceso, permanencia y egreso y se alinean con los enfoques de derechos, diferencial y centrado en la persona mayor.

- 3. Supervisión, control y gestión documental del servicio:** Aborda los mecanismos mediante los cuales se supervisa, controla y documenta el funcionamiento del servicio. Integra la actuación de entes de control externos, del equipo de inspección y vigilancia, de la supervisión contractual y del acompañamiento técnico interno, junto con formatos, informes, actas, expedientes, matrices y plataformas. Desde una mirada institucional, valora si estos dispositivos contribuyen al aseguramiento de la calidad, el cumplimiento y la trazabilidad, o si producen sobrecarga administrativa, duplicación de información y uso poco eficiente del talento humano y de la infraestructura tecnológica, restando tiempo al cuidado directo y al mejoramiento continuo.
- 4. Capacidades instaladas para operar:** Considera el conjunto de recursos materiales y humanos que hacen posible la operación cotidiana del servicio. Incluye la disponibilidad, adecuación, mantenimiento y estabilidad de la infraestructura física; la dotación y recursos para la vida diaria; el número, perfil y condiciones de vinculación del talento humano; la organización del transporte; y la dotación tecnológica y la conectividad. El foco está en la suficiencia y pertinencia de estos insumos frente a las exigencias del lineamiento y a los estándares institucionales, así como en las brechas identificadas, como base para explicar diferencias en la calidad de la atención y en la posibilidad real de cumplir el marco normativo.
- 5. Gestión de operación: capacidades diferenciales en unidades propias y tercerizadas:** Examina cómo se organiza y gestiona la operación del servicio en los dos esquemas de administración: unidades propias y unidades tercerizadas. Considera los procesos de planificación y gestión administrativa, los mecanismos de coordinación y comunicación, el rol de los equipos técnicos y de supervisión, el margen de autonomía de los operadores y las condiciones contractuales y presupuestales que enmarcan la prestación. El análisis identifica capacidades y limitaciones específicas de cada esquema para implementar el modelo, responder a los entes de control y gestionar situaciones críticas, aportando insumos para discutir la combinación más adecuada entre operación directa y convenios en términos de calidad, control y sostenibilidad institucional.

2.5 Diseño de métodos mixtos

La evaluación se desarrolló bajo un diseño de métodos mixtos de tipo exploratorio secuencial con predominio cualitativo (QUAL → quant), una de las estrategias propuestas en la investigación social aplicada para el estudio de intervenciones complejas (Creswell y Plano Clark, 2017). Metodológicamente, este diseño implica organizar el proceso en dos fases articuladas: una fase cualitativa inicial, orientada a construir una comprensión densa del objeto de estudio, y una fase cuantitativa posterior, concebida para poner en contexto y complementar ciertos hallazgos emergentes. En el marco de una evaluación institucional de capacidades e insumos, este tipo de diseño resulta especialmente pertinente cuando se trabaja con servicios poco explorados y de alta complejidad organizacional (Jones, 2016), en los que la información cuantitativa disponible es limitada o no fue generada originalmente con fines evaluativos.

En esta evaluación, la fase cualitativa se definió metodológicamente como el núcleo del diseño y se utilizó para abordar la totalidad de las preguntas de evaluación. Se emplearon dos técnicas principales:

- Entrevistas grupales semiestructuradas con equipos de nivel central y de nivel territorial (unidades operativas), definidas como la estrategia central para recoger percepciones y experiencias sobre el uso de insumos y capacidades institucionales.
- Revisión documental sistemática de documentos operativos del servicio (formatos, protocolos e instructivos) y de lineamientos del servicio, concebida como técnica de análisis de contenido para situar los relatos de los equipos en su marco normativo y procedimental.

Desde el punto de vista metodológico, la combinación de estas dos técnicas permitió contrastar lo prescrito con lo efectivamente implementado y, a partir de allí, construir categorías analíticas centradas en insumos, capacidades y condiciones de implementación. Estas categorías se formalizaron en un libro de códigos temático y en matrices de síntesis, que funcionaron como dispositivos metodológicos para organizar el material cualitativo en torno a las dimensiones de análisis de la evaluación (cobertura y cupos, marco operativo, recursos, sistemas de información, y para definir qué dimensiones requerían un apoyo adicional de datos administrativos.

La fase cuantitativa se diseñó con un alcance descriptivo y complementario, circunscrito al eje de cobertura, cupos y sostenibilidad financiera del servicio. Metodológicamente, se definió el uso de dos fuentes principales: (i) la información administrativa del Registro

SIRBE, como base para aproximar la evolución de los cupos y de la población atendida; y (ii) la información financiera aportada por el nivel central, incluyendo ejercicios recientes de construcción de estructuras de costos del servicio. Dado que estas fuentes no fueron producidas específicamente para esta evaluación y que las estructuras de costos corresponden a iniciativas aún en consolidación, el análisis cuantitativo se mantuvo en un nivel agregado y descriptivo, orientado a identificar órdenes de magnitud y tendencias generales, más que a desarrollar análisis estadísticos complejos. En consecuencia, el componente cuantitativo se concibió como un recurso metodológico acotado para contextualizar los hallazgos cualitativos en materia de cobertura, demanda y recursos financieros, mientras que el resto de los campos analíticos se abordó prioritariamente desde el componente cualitativo y documental.

La integración entre los componentes cualitativo y cuantitativo se realizó principalmente en la fase de análisis e interpretación. Metodológicamente, se adoptó una lógica de conexión en la que: los resultados cualitativos, organizados por ejes de capacidad institucional, guiaron la selección de variables y recortes en las fuentes administrativas (por ejemplo, cupos por año, listas de espera, distribución del gasto); y, las tendencias observadas en SIRBE y en la información financiera se utilizaron para contrastar, matizar o reforzar las percepciones de los equipos sobre la suficiencia de cupos, la presión de la demanda y las restricciones presupuestales. De este modo, el componente cuantitativo operó metodológicamente como un insumo de contextualización y contraste de carácter descriptivo, en diálogo con el análisis cualitativo, y no como un módulo autónomo orientado a la medición de impacto o a la generalización estadística.

Finalmente, en términos de alcances y límites del diseño, se asume explícitamente que, tratándose de una evaluación institucional, la fortaleza del enfoque mixto no radica en la representatividad estadística ni en el cálculo de efectos causales, sino en la triangulación sistemática entre: (i) el marco normativo y procedimental del servicio; (ii) las prácticas y decisiones institucionales reconstruidas mediante el análisis cualitativo; y (iii) los datos administrativos disponibles sobre cobertura y financiación. En consonancia con lo señalado por Craig et al. (2008), para el estudio de intervenciones complejas, este diseño secuencial con predominio cualitativo se eligió como una estrategia metodológica sensible a la complejidad, adecuada para comprender cómo operan en la práctica los insumos y capacidades institucionales de la Comunidad de Cuidado en las condiciones reales en que se implementa.

2.6 Estrategia de muestreo

Dado el carácter institucional de la evaluación, el diseño muestral se organizó en dos niveles analíticos:

- **Nivel 1:** Unidades operativas del servicio Comunidad de Cuidado.
- **Nivel 2:** Personas involucradas en la implementación del servicio, en niveles central y territorial.

En ambos casos se optó por muestreo intencional, coherente con el enfoque cualitativo y con el interés de incluir casos y actores con alto potencial informativo más que lograr representatividad estadística (Campbell et al., 2020; Robinson, 2014).

2.6.1 Descripción de la muestra

Nivel 1: Unidades operativas del servicio Comunidad de Cuidado

En el primer nivel se buscó construir una muestra de unidades operativas que permitiera analizar la implementación del servicio en contextos organizativos y contractuales diferentes. Para ello se aplicó un muestreo intencional, estrategia recomendada cuando se requiere identificar y seleccionar casos que, por sus características, aportan información especialmente relevante para las preguntas de evaluación, optimizando el uso de recursos y asegurando la inclusión de casos clave (Campbell et al., 2020).

De las 19 unidades operativas activas del servicio Comunidad de Cuidado se seleccionaron cinco: las dos propias, o directamente operadas por la SDIS, y tres unidades tercerizadas u operadas por convenio, lo que representa aproximadamente el 30 % del total. La decisión de trabajar con unidades tanto propias como tercerizadas responde al objetivo metodológico de comparar arreglos de implementación que se rigen por marcos contractuales y dispositivos de gestión distintos, manteniendo al mismo tiempo un número de casos manejable para el análisis cualitativo en profundidad.

La selección se definió a partir de criterios acordados por el equipo evaluador en articulación técnica con la Dirección de Análisis y Diseño Estratégico de la Secretaría Distrital de Integración Social y con la Secretaría Distrital de Planeación. Este proceso se desarrolló mediante sesiones de trabajo conjunto y espacios de retroalimentación, en los que se ponderaron tanto aspectos de viabilidad operativa (tiempos, acceso, carga de trabajo de las

unidades) como criterios metodológicos asociados al enfoque cualitativo y al tipo de muestreo seleccionado (Robinson, 2014).

Los criterios finalmente aplicados fueron:

- **Tipo de unidad operativa:** propia o tercerizada, con el fin de incluir ambas modalidades de gestión.
- **Variación en número de cupos:** selección de unidades con distintos tamaños (entre 50 y 250 cupos), para captar cómo la escala del servicio incide en la organización de los recursos y las dinámicas de funcionamiento.
- **Modalidad de dependencia de las personas usuarias:** moderada o severa, de modo que la muestra incluyera unidades con perfiles de cuidado diferenciados.

Estos criterios se combinaron para construir una muestra estructurada por contraste, que permitiera examinar la implementación del servicio en escenarios con diferentes configuraciones de cupos, dependencia y tipo de operación. Por razones éticas y de confidencialidad, la identidad de las unidades se anonimizó. En la tabla correspondiente se presentan únicamente la modalidad de dependencia y el número de cupos de cada unidad seleccionada, sin que el orden guarde relación con su carácter de propia o tercerizada.

Tabla 19. Selección de la muestra de unidades operativas, según cupos y modalidad de dependencia de sus usuarios

Unidad Operativa	Modalidad	Cupos
1	Moderada	50
2	Severa	100
3	Severa	100
4	Moderada	195
5	Moderada	250

Fuente: Elaboración propia.

Nivel 2: Personas involucradas en la implementación del servicio

En el segundo nivel se buscó conformar una muestra de actores institucionales que permitiera reconstruir el funcionamiento del servicio desde distintos roles y niveles de responsabilidad. La muestra cualitativa estuvo compuesta por 36 personas vinculadas a la

implementación del servicio Comunidad de Cuidado, tanto en el nivel central como en el nivel territorial. Metodológicamente, se definió un muestreo intencional por criterios, orientado a:

- cubrir diferentes niveles institucionales (central y territorial),
- incluir funciones complementarias (dirección, supervisión, asistencia técnica, coordinación y operación directa del servicio), y
- asegurar experiencia directa en el funcionamiento cotidiano del servicio.

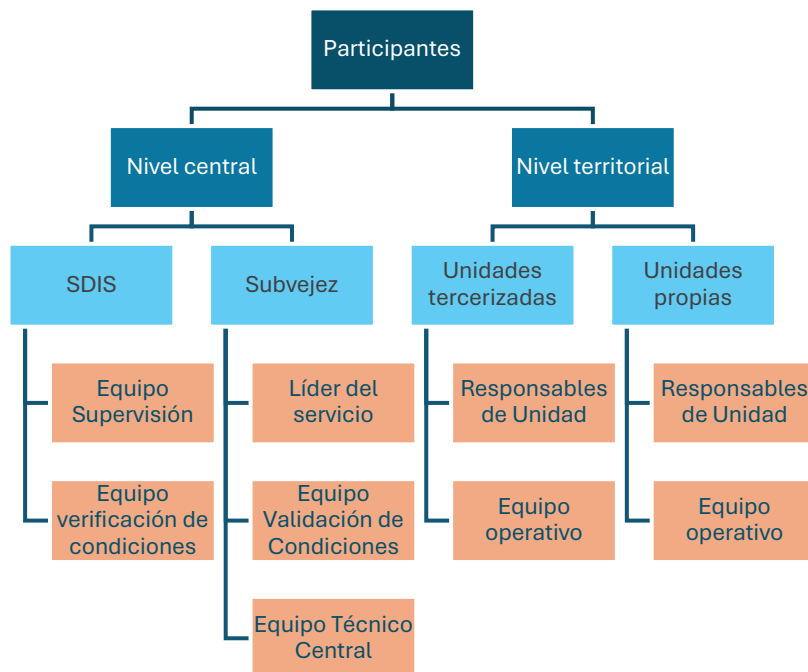
El énfasis del diseño muestral no estuvo en la representatividad estadística, sino en la diversidad de perspectivas y trayectorias, de forma que fuera posible realizar un análisis comparativo entre perfiles, tipos de unidades y experiencias diferenciadas de implementación.

A grandes rasgos, se consideraron dos grupos de participación:

1. Personas involucradas en la definición, supervisión y soporte técnico del servicio (nivel central).
2. Personas responsables de la gestión cotidiana y la operación directa en las unidades operativas (nivel territorial).

La siguiente ilustración sintetiza la distribución de actores participantes en la aplicación de los instrumentos cualitativos.

Ilustración 4. Actores participantes en la aplicación de instrumentos para el acopio de información cualitativa



Fuente: Elaboración propia.

Nivel central

En el nivel central se incluyeron representantes de áreas técnicas y de soporte de la Secretaría Distrital de Integración Social, así como equipos de la Subdirección para la Vejez directamente vinculados al servicio. El criterio metodológico fue incorporar actores que, desde distintos cargos, participan en la definición, regulación, acompañamiento y seguimiento de la Comunidad de Cuidado.

- **Equipo de Apoyo a la Supervisión:** participaron siete (7) personas. Esta área se encarga de verificar y hacer seguimiento al cumplimiento de aspectos técnicos, administrativos, financieros, contables y jurídicos durante la ejecución y terminación de convenios y contratos de servicios tercerizados. Su inclusión permitió recuperar la perspectiva de quienes ejercen funciones de supervisión y control sobre las unidades operadas por terceros⁹.

⁹ Nota: además de las entrevista grupal con el equipo, se realizaron sesiones de trabajo con un integrante del equipo y con dos integrantes del área financiero de la entidad, orientadas específicamente a la comprensión de la información

- **Equipo de Verificación de Condiciones (Subsecretaría Técnica):** participaron dos (2) personas. Este equipo realiza visitas para constatar el cumplimiento de las condiciones definidas en los estándares de calidad del servicio Comunidad de Cuidado, tanto en unidades propias como en unidades tercerizadas, lo que aporta una mirada transversal sobre el cumplimiento normativo y las brechas identificadas en territorio.
- **Equipo de Validación de Condiciones (Subdirección para la Vejez):** participaron seis (6) personas. Este equipo es responsable de las visitas domiciliarias o institucionales para el ingreso al servicio, en las que se verifica la situación de las personas mayores potenciales beneficiarias y el cumplimiento de criterios de ingreso según la normatividad vigente. Su participación permitió vincular el análisis de capacidades institucionales con los procedimientos concretos de focalización e ingreso.
- **Equipo Técnico Central del servicio:** participaron siete (7) personas. Se trata de un grupo interdisciplinario cuya función principal es brindar asistencia técnica a las unidades propias y tercerizadas con base en la normatividad vigente y los estándares aplicables. Desde el punto de vista metodológico, su inclusión fue clave para comprender cómo se interpretan y operativizan los lineamientos en la práctica y qué apoyos se brindan a las unidades para sostener el modelo de atención.
- **Líder del servicio Comunidad de Cuidado:** participó la persona responsable de la conducción general del servicio. La inclusión de este rol permitió incorporar una mirada integral sobre la coherencia del servicio con la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez y sobre las tensiones que se presentan entre el diseño institucional, las capacidades disponibles y las demandas del sistema.

Nivel territorial

En el nivel territorial se incluyeron actores directamente responsables de la gestión cotidiana del servicio en las unidades operativas seleccionadas, bajo el criterio de recoger experiencias de unidades propias y tercerizadas, y de diferentes disciplinas y trayectorias.

- **Coordinadores de unidades operativas:** se incluyeron tres (3) responsables de unidades operativas tercerizadas y dos (2) de las unidades propias.

presupuestal y de costos. Aunque estos espacios nutrieron el análisis, no se incluyen en el detalle de participantes de la muestra cualitativa, por tratarse de instancias de apoyo técnico puntuales.

Metodológicamente, estos perfiles se consideraron clave por su rol en la gestión administrativa, operativa y de recursos físicos, humanos y logísticos, así como en la articulación con el nivel central y otras instancias intersectoriales. Las sesiones de trabajo se realizaron en dos grupos diferenciados (coordinadores de unidades propias y coordinadores de unidades tercerizadas), lo que permitió comparar condiciones de implementación asociadas al tipo de gestión.

- **Equipos operativos:** participaron diez (10) personas pertenecientes a los equipos operativos de las unidades propias y tercerizadas. Se procuró incluir representantes de diferentes disciplinas y perfiles presentes en los equipos de atención, con trayectorias diversas en el servicio (experiencia reciente y de varios años). No se incluyó personal de servicios generales ni de preparación directa de alimentos, dado el foco de la evaluación en insumos, capacidades técnicas y gestión institucional. Las entrevistas grupales se realizaron de manera independiente para equipos de unidades propias y de unidades tercerizadas, lo que permitió analizar similitudes y diferencias en las condiciones de trabajo y en la implementación del modelo de atención según el tipo de unidad.

2.7 Fuentes de información

La evaluación se sustentó en fuentes primarias y secundarias, con un enfoque cualitativo complementado por información cuantitativa proveniente del sistema SIRBE. A continuación, se describen las fuentes utilizadas, las técnicas aplicadas y los documentos analizados.

a. Fuentes primarias

Tipo de información: Cualitativa

Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas grupales con los actores seleccionados en el muestreo; con el líder del servicio se llevó a cabo una entrevista individual. Según el tipo de actor entrevistado, estas entrevistas tuvieron énfasis distintos relacionados con los insumos que expresan la capacidad institucional; no obstante, se dio una flexibilidad para incorporar preguntas adicionales conforme ocurría la conversación.

Tabla 20. Relación actores – insumos que determinaron el contenido de entrevistas semiestructuradas grupales

Actor entrevistado	Temas prioritarios abordados (tipo de insumos)
Equipo de supervisión	Información Supervisión Físicos Talento humano
Equipo de Verificación de Condiciones	Información
Equipo de Validación de Condiciones:	Operativos Tecnológicos
Equipo Técnico Central	Normativos Operativos Información
Líder del servicio:	Normativos Supervisión Financieros
Coordinadores de unidades operativas, propias y tercerizadas	Supervisión Información Tecnológicos Físicos Talento humano
Equipos operativos	Información Tecnológicos Talento humano

Fuente: Elaboración propia.

La construcción de estos instrumentos fue liderada por el equipo de evaluación de la Secretaría Distrital de Integración Social, con participación técnica de otras dependencias distritales —Secretaría Distrital de Planeación, Dirección de Análisis y Diseño Estratégico. Se aplicaron nueve (9) entrevistas, una por cada tipo de actor. Esta modalidad permitió recoger perspectivas individuales dentro de un espacio común, facilitando la comparación de experiencias y la identificación de patrones o tensiones compartidas, manteniendo un enfoque estructurado a través de una guía común de preguntas.

Tabla 21. Principales temas explorados, según insumos

Insumos	Objetivo y temas explorados
Normativos	<p>Identificar dificultades, desactualizaciones o inconsistencias normativas que afectan la implementación del servicio y comprender cómo el personal resuelve en la práctica las tensiones entre diferentes exigencias técnicas. Identificar los retos para cumplir la normativa con los recursos disponibles</p> <p>Recoger propuestas de mejora normativa para fortalecer la implementación del servicio.</p>
Operativos	<p>Explorar la utilidad, vigencia y claridad de formatos, protocolos, y lineamientos desde los cuales se ordena y registra la operación, resaltando su pertinencia como apoyo a las tareas precisas que ésta exige en sus distintos momentos. Además, indagar por posibilidades de depuración y mejora.</p>
Supervisión	<p>Conocer cómo se percibe el cumplimiento de estándares y normativas en las unidades operativas propias y tercerizadas, identificando vacíos entre la práctica real y lo establecido entre los documentos técnicos y contractuales.</p>
Información	<p>Indagar sobre la gestión de la información, su confiabilidad, estandarización y disponibilidad, considerando de manera prioritaria la importancia de generar reportes confiables que permitan dar cuenta del cumplimiento de los distintos compromisos que tienen las unidades del servicio. Asimismo, indagar si la información que rige la operación es comprensible, aplicable y coherente con la práctica.</p>
Tecnológicos	<p>Reconocer posibles dificultades o limitaciones tecnológicas que pueden impedir la implementación de servicio. Esto incluye la</p>

Insumos	Objetivo y temas explorados
	disponibilidad de recursos, la conectividad y mantenimiento.
Talento humano	Examinar la capacidad de cumplir con que perfiles y cantidad adecuada de talento humano para la implementación del servicio, considerando, además si las condiciones de vinculación y permanencia, garantizan continuidad, a la vez que bienestar tanto de los trabajadores como de las personas mayores.
Físicos	Identificar qué tan alineadas logran estar las unidades operativas con los estándares exigidos tanto en infraestructura como en dotación, buscando comprender el impacto que conlleva las posibles dificultades en la implementación del servicio.

Fuente: Elaboración propia.

b.1 Información administrativa – Registro SIRBE

Tipo de información: Cuantitativa

Fuente: Sistema de Información de Registro de Beneficiarios (SIRBE) 2022-2025 (corte a mayo)

Uso principal: Caracterización sociodemográfica de las personas mayores participantes en el servicio Comunidad de Cuidado y análisis de algunas asociaciones entre sus características y la tipología de hogar.

Para este propósito se utilizaron registros administrativos disponibles en el sistema SIRBE, seleccionados y procesados a partir de los hallazgos cualitativos previos. Sobre esta base se realizaron procedimientos de limpieza, depuración y uniformización de variables, con el fin de contar con información comparable y consistente entre distintos períodos y tipos de registro.

Como punto de partida se definieron categorías conceptuales para guiar la uniformización de la información sociodemográfica, privilegiando variables relacionadas con el contexto de las personas mayores, su identificación y su situación sociodemográfica. A partir de la observación y agrupamiento de las diferentes respuestas posibles en cada variable del SIRBE, se identificaron conjuntos de categorías equivalentes y se establecieron criterios para su integración, buscando mejorar la comparabilidad entre registros.

Una vez identificadas estas relaciones, se procedió a la uniformización de las respuestas en tipos únicos de categoría, con el objetivo de reducir la dispersión de información en códigos distintos que remiten a significados similares. Este procedimiento se aplicó de manera sistemática sobre tres bases de datos secundarias provenientes del SIRBE:

1. Base de información de participantes con dependencia moderada.
2. Base de información de participantes con dependencia severa.
3. Base de información de población priorizada para participar en el servicio.

En estas bases se identificaron las variables que podían funcionar como llaves de vinculación entre registros, con el fin de integrar la información y eliminar duplicados. Antes de la depuración final se revisaron los campos con información faltante y se evaluó la posibilidad de complementar datos entre bases, aprovechando los casos en que un mismo participante contaba con información más completa en una de ellas. La vinculación se realizó bajo el criterio de mantener registros asociados a personas únicas.

Durante la combinación de las bases de dependencia moderada y severa se identificó la presencia de registros duplicados, especialmente en casos de cambio de modalidad (por ejemplo, de moderada a severa). Para estos casos se definieron reglas de depuración, privilegiando la información más reciente de acuerdo con la fecha de actuación y armonizando el registro según la modalidad vigente.

Adicionalmente, se trabajó con dos tipos de periodicidad:

1. Un período unificado 2022–mayo de 2025, que permitió maximizar la completitud de la información, especialmente frente a cambios en la ubicación de la atención, en la unidad operativa o en la modalidad del servicio.
2. Desagregación por vigencias 2022–mayo de 2025, utilizada cuando el análisis requería observar la evolución temporal de algunos indicadores.

La construcción del período unificado respondió a transformaciones ocurridas en el servicio durante estos años (por ejemplo, cambios en la oferta de unidades operativas, apertura o cierre de casas, variación en modalidades de dependencia), lo que hizo necesario incluir una variable sobre el estado de la unidad operativa (activa/no activa) para interpretar adecuadamente los resultados.

Luego de los procesos de uniformización, complemento de información faltante y limpieza de duplicados, se seleccionaron las siguientes variables para el análisis: sexo registrado en el sistema, localidad o ubicación de atención, modalidad del servicio, tipología de familia u hogar, estado civil, nivel educativo máximo alcanzado, localidad de habitación, actividad principal, situación de discapacidad, pertenencia étnica, reconocimiento como víctima del conflicto armado, área geográfica de habitación (urbano/rural) y departamento de origen.

Tabla 22. Proceso de limpieza y unificación de las variables seleccionadas del Sistema SIRBE

Variable	Unificación y limpieza
Sexo	Hombres = 1 Mujeres = 2
Modalidad	Modalidad Moderada = Moderada Modalidad Severa = Severa
Estructura familiar	Extenso= Hogar Familiar Amplio Extenso, Extensa Sin Núcleo= Hogar Familiar Sin Núcleo, Pareja Sin Hijos-As, Hogar No Familiar Sin Núcleo, Homo Parental Nuclear= Nuclear, Hogar Familiar Nuclear Monoparental= Monoparental Unipersonal= Hogar no Familiar Unipersonal, Unipersonal Compuesta= Compuesta, Hogar Familiar Amplio Compuesto, Simultáneas
Área Habitación	Rural= 1 Urbano=2
Ubicación Atención ¹⁰	Fuera de la Ciudad = No Aplica Usaquén = Usaquén Antonio Nariño = Antonio Nariño Engativá = Engativá Teusaquillo = Teusaquillo Suba = Suba San Cristóbal = San Cristóbal Tunjuelito = Tunjuelito

¹⁰ La clasificación "Fuera de la Ciudad" se establece con base a las variables Código Localidad Atención que esta codificada de manera numérica y Localidad de Atención. En la primera variable se toma el código 98 para establecer esta clasificación.

Localidad de Habitación	<p>Usaquén= 1 Chapinero= 2 Santa Fe= 3 San Cristóbal = 4 Usme =5 Tunjuelito = 6 Bosa = 7 Kennedy = 8 Fontibón = 9 Engativá = 10 Suba = 11 Barrios Unidos = 12 Teusaquillo = 13 Los Mártires = 14 Antonio Nariño = 15 Puente Aranda = 16 La Candelaria = 17 Rafael Uribe = 18 Ciudad Bolívar =19 Sumapaz =20 Actualizar= No Actualizado, No Aplica, NA</p>
Estado Civil	<p>Soltero/A= Soltero-A, Soltero/A Separado/A O Divorciado/A = Separado/A O Divorciado/A, Separado-A O Divorciado-A Viudo/A = Viudo/A, Viudo-A Casado/A/Unión Libre = Casado/A, Casado-A, Unión Libre No Aplica = No Aplica, NA</p>
Nivel Educativo	<p>Ninguno = Ninguno, Educación Desde Lo Propio, Ámbito Familia Primera Infancia Básica Primaria/Primaria Incompleta= Básica Primaria, Preescolar Básica Secundaria Y Media = Básica Secundaria Y Media Educación Superior/ Educación Superior Incompleta = Postgrado Incompleto, Postgrado Completo, Universitario Incompleto, Universitaria Completa, Técnico, Tecnológico No Aplica = Sin Información, No Aplica</p>
Actividad Principal	<p>Trabajando = Trabajo Informal, Trabajo Formal, Trabajando Oficios Del Hogar/Trabajo no Remunerado = Oficios del Hogar, Trabajo No Remunerado Buscando Trabajo = Buscando Trabajo Pcd Permanente Para Trabajar = Pcd Permanente Para Trabajar Sin Actividad/No Aplica = Sin Actividad, No Aplica, Na</p>

Etnia	Negro/A Mulato/A Afrocolombiano/A O Afro = Negro Mulato Afrocolombiano, Negro/A Mulato/A Afrocolombiano/A O Afro Indígena = Indígena No Aplica = Ninguno De Los Anteriores, Sin Pertenencia Étnica, No Aplica
Situación Discapacidad	Si = SI No = NO No Aplica = Sin Información
Víctima Conflicto Armado	Si = SI No = NO

Fuente: Elaboración propia.

Análisis estadístico exploratorio

A partir de la base de datos unificada se construyeron dos versiones de la información: una sin codificación adicional y otra recodificada para la estimación de un modelo de regresión logística multinomial. Este modelo se empleó con un propósito exploratorio, con el fin de analizar la asociación entre la tipología de hogar de las personas mayores y dos variables explicativas categóricas: el sexo y el estado civil. La variable dependiente fue la tipología de hogar, definida en múltiples categorías, y la categoría de referencia correspondió a los hogares unipersonales.

En términos metodológicos, el modelo estima coeficientes para cada combinación entre las categorías de la tipología familiar (excepto la categoría de referencia) y las categorías de las variables independientes. Dichos coeficientes se transforman en odds ratios (razones de probabilidades), que expresan la razón entre la probabilidad de pertenecer a una determinada tipología de hogar y la probabilidad de pertenecer a la categoría de referencia. En este contexto, los odds ratios indican cuántas veces aumentan o disminuyen las probabilidades relativas de pertenecer a un arreglo familiar específico en comparación con el hogar unipersonal, manteniendo constantes las demás variables incluidas en el modelo. Valores superiores a 1 reflejan un aumento de las probabilidades relativas, mientras que valores inferiores a 1 indican una disminución de dichas probabilidades.

De manera complementaria, el análisis se apoyó en los resultados de una prueba exacta de Fisher, utilizada para evaluar la existencia de asociación estadísticamente significativa entre las variables categóricas de sexo, estado civil y tipología de hogar, y para contrastar la hipótesis nula de ausencia de relación entre estas variables. La aplicación de esta prueba

resultó pertinente debido al carácter categórico de la información y a la presencia de categorías con frecuencias bajas, condición que limita el uso de pruebas basadas en aproximaciones asintóticas, como el estadístico chi-cuadrado.

En conjunto, este abordaje metodológico no tiene como objetivo establecer relaciones causales, sino identificar patrones de asociación que permitan comprender cómo el sexo y el estado civil se vinculan con una mayor o menor probabilidad relativa de pertenecer a distintos arreglos familiares en la vejez. En particular, el modelo busca explorar, a partir de la información registrada en el servicio, qué tipologías de hogar presentan mayores probabilidades relativas de ocurrencia según estas variables sociodemográficas. Dado que tanto la variable dependiente como las variables explicativas cuentan con múltiples categorías, el análisis permite observar la dirección y magnitud de las asociaciones, así como describir comportamientos diferenciales vinculados a la tipología de hogar de las personas mayores.

Complemento con información externa

Finalmente, la información procedente del sistema SIRBE se complementó con datos de la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021, dada su cobertura de la ciudad y su representatividad para distintos grupos poblacionales. A partir de esta encuesta se incorporaron referencias sobre la población que reporta dificultades críticas en su funcionamiento humano (8 categorías)¹¹ y sobre sus condiciones socioeconómicas, tomando como indicador el estrato socioeconómico consignado en el último recibo de energía reportado en la encuesta. Para el uso de esta información se consideraron los factores de expansión muestral, por lo que los datos derivados corresponden a estimaciones poblacionales sujetas a procesos continuos de actualización.

Con este conjunto de procedimientos, la información administrativa del SIRBE y la Encuesta Multipropósito se integraron como insumos cuantitativos que permiten caracterizar a la población usuaria y contextualizar los hallazgos cualitativos sobre las trayectorias,

¹¹ Las ocho categorías se refieren a las condiciones físicas y mentales que la población reporta presentar o no. En este sentido, la EMB —al igual que otras operaciones estadísticas— indaga por la existencia de dificultades en la realización de actividades específicas, entre las que se incluyen: (1) mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras; (2) agarrar o mover objetos, o usar brazos y manos; (3) ver, incluso usando lentes o gafas; (4) oír, incluso con el uso de audífonos; (5) hablar o conversar; (6) entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo; (7) relacionarse o interactuar con otras personas; y (8) comer, vestirse o bañarse por sí mismo.

condiciones y entornos de las personas mayores vinculadas al servicio Comunidad de Cuidado.

b.2 Información administrativa – Convenios, fichas financieras y estructuras de costos (Comunidad de Cuidado)

Tipo de información: Cuantitativa administrativa–financiera

Fuente: Tablas de convenios, estructuras de costos y fichas financieras remitidas por el nivel central de la SDIS.

Uso: Analizar la capacidad financiera e institucional para operar el servicio Comunidad de Cuidado, observando la evolución de los cupos tercerizados, el costo cupo día por modalidad y la composición general de los costos en convenios y unidades propias.

La información trabajada incluye:

- **Tablas de convenios 2021–2024 (Excel)**, con datos por unidad operativa sobre número de cupos, modalidad (moderada/severa), valor total del convenio, aportes SDIS/asociado y porcentaje de cofinanciación. Para 2021–2023 incorporan además el costo cupo día y las principales adiciones por IPC y vigilancia. A partir de estas tablas se estimaron indicadores sintéticos por año y modalidad (cupos tercerizados y costo cupo día promedio).
- **Hojas detalladas por año y modalidad (2021–2023)**, que permiten seguir el valor inicial, las modificaciones y las adiciones de cada convenio. Se usaron para verificar la coherencia de los totales y reconstruir el costo final del cupo día en modalidades moderada y severa, evitando extrapolar resultados en los años con información más fragmentaria.
- **Estructuras de costos 2024 para convenios moderados y severos (Excel)**, donde el presupuesto se desagrega en talento humano, infraestructura y servicios, insumos de cuidado (alimentos, pañales absorbentes, aseo), actividades, dotaciones y otros costos operativos. Estas matrices se agruparon en bloques analíticos (personal, costos fijos de funcionamiento, insumos variables) para caracterizar la composición interna del costo en cada modalidad.
- **Una estructura de costos de convenio moderado específico (50 cupos)**, utilizada como ejemplo para comprender en detalle la lógica de distribución de recursos de un operador, más que para construir comparaciones cuantitativas.

- **Fichas financieras de unidades propias 2023 y 2024 (PDF)**, que presentan la ejecución presupuestal de las unidades operadas directamente por la SDIS. La ficha 2023 permite reconstruir la estructura de costos de una unidad propia “tipo”, mostrando un fuerte peso del talento humano y la vigilancia. La ficha 2024, que consolida dos unidades, se empleó sobre todo para dimensionar la magnitud del gasto y la cobertura, dado que concentra gran parte del presupuesto en “arriendos administrados” y no es plenamente comparable en su desagregación.

Es importante señalar que la elaboración de estructuras de costos específicas para Comunidad de Cuidado es una iniciativa reciente y que los formatos varían entre años y tipos de operación. Esta falta de estandarización limita las comparaciones finas, por lo que el análisis se centra en tendencias robustas y patrones consistentes, más que en diferencias contables menores entre archivos y vigencias.

b.3 Información documental –Técnica y operativa

Tipo de información: Documental

Uso: Análisis del marco técnico y operativo que regula la prestación del servicio Comunidad de Cuidado.

Documentos revisados:

- Documento técnico de estándares del servicio
- Lineamiento para la prestación del servicio social Comunidad de Cuidado (LIN-PSS-031)
- Instructivos y procedimiento de Focalización, ingreso y egreso servicio (INS-PSS-097, PCD-PSS-021, Anexo técnico de Focalización y Priorización de Potenciales Participantes de los Servicios Sociales de la Secretaría Distrital de Integración Social)
- Instructivos de Egreso
- Formatos operativos institucionales: PAI, PAINN,
- Instrumentos de valoración individual
- Lineamiento e instructivos de Información, educación y comunicación en estilos de vida saludable: alimentación, nutrición y actividad física
- Instructivos de supervisión

b.4 Información documental – Marco normativo

Tipo de información: Documental normativa

Fuente: Instrumentos internacionales de derechos humanos, leyes nacionales, política pública distrital y actos administrativos del sector Integración Social relacionados con personas mayores y cuidados de larga duración.

Uso: Delimitar el marco jurídico y de política pública aplicable al servicio Comunidad de Cuidado, identificando su naturaleza como prestación social residencial, los principios y obligaciones que lo rigen, y los criterios normativos de acceso, permanencia y egreso. Esta revisión sirvió como referencia para formular los ejes de evaluación sobre capacidad normativa, desajustes regulatorios y coherencia entre el diseño institucional y la operación del servicio.

La información trabajada incluye, de manera integrada:

- **Instrumentos internacionales y normativa nacional sobre personas mayores y cuidados de larga duración**, que fijan principios de dignidad, no discriminación, capacidad jurídica y derecho al cuidado.
- **Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez de Bogotá (PPSEV) y su marco regulatorio**, que ubican a Comunidad de Cuidado dentro del sistema distrital de cuidado y definen su propósito frente al abandono y la alta dependencia.
- **Normativa distrital sectorial y actos administrativos de la SDIS** que crean y regulan el servicio, estableciendo población objetivo, objetivos, estándares mínimos y responsabilidades institucionales.

En conjunto, este corpus normativo permitió identificar coherencias y tensiones entre lo que la norma establece y las capacidades reales de operación del servicio.

2.8 Trabajo de campo

Primera fase: Cadena de valor, selección de unidades de análisis y construcción de instrumentos Antes del inicio formal de la recolección de información, se desarrolló una fase metodológica de preparación que incluyó la construcción de la cadena de valor del servicio y la definición de unidades de análisis. Esta etapa fue clave para fortalecer la coherencia entre el diseño evaluativo y las condiciones reales de implementación.

Como parte de esta fase, se llevó a cabo un encuentro presencial de trabajo con el líder del servicio, y dos profesionales (del equipo de Validación de condiciones y del Equipo técnico central), en el cual se revisó de manera exhaustiva una versión preliminar de la cadena de valor del servicio, elaborada previamente por el equipo evaluador con base en documentos técnicos e institucionales. Este espacio permitió validar, precisar y ajustar los insumos y procesos incluidos en la cadena, y a su vez identificar cuellos de botella iniciales, matices técnicos y elementos críticos que no estaban suficientemente documentados.

Adicionalmente, durante esta sesión se discutieron aspectos estratégicos para el diseño de la evaluación, incluyendo el reconocimiento de actores clave en distintos niveles institucionales, la clarificación de particularidades territoriales, tipos de operación del servicio, y la definición de criterios para la selección de unidades de análisis. Aunque no se trató de una técnica formal de recolección de datos, este ejercicio aportó insumos valiosos para la construcción de los instrumentos cualitativos, así como para afinar el enfoque metodológico de la evaluación.

Segunda fase: recolección de datos

El trabajo de campo se llevó a cabo entre el 17 a 29 de octubre de 2025. Durante este periodo se aplicaron las nueve (9) entrevistas grupales a actores de nivel central, y territorial. Todas ellas de forma virtual, conducidas por dos integrantes del equipo evaluador. Todas las sesiones fueron grabadas y posteriormente transcritas. Como parte del protocolo de registro, se elaboraron notas de campo posteriores a cada actividad.

Todas las personas dieron su consentimiento verbal para participar, una vez el equipo que realizó el trabajo de campo explicó el objetivo de la evaluación, pidió permiso para grabar entrevistas y presentó consideraciones éticas como confidencialidad, anonimato y participación voluntaria.

Tercera fase: Transcripción y análisis de datos

Todas las entrevistas y grupos focales fueron grabados en audio y posteriormente transcritos. El proceso de transcripción fue asistido por la herramienta de inteligencia artificial Pinpoint, y cada archivo fue posteriormente revisado, corregido y anonimizado.

Por razones de confidencialidad y protección de la identidad de los participantes, se decidió que las transcripciones no serán incluidas como anexo técnico del informe. Sin embargo, todo el material fue sistemáticamente procesado y almacenado de forma segura para fines

de análisis. Una vez finalizado este proceso, se pasó a la codificación y análisis de los datos, siguiendo un enfoque de análisis temático. La codificación fue realizada mediante el uso de Taguette (Rampin y Rampin, 2021), un software de acceso abierto que permite el trabajo colaborativo en línea para el análisis cualitativo de textos.

2.9 Análisis de datos cualitativos

El análisis de los datos se realizó desde el enfoque de análisis temático (AT) propuesto por Braun y Clarke (2022), el cual permite identificar patrones de sentido en los datos, mediante un proceso sistemático de codificación, agrupación y construcción de temas. Este enfoque contempla distintas posibilidades en cuanto a la relación entre teoría y datos (inductiva o deductiva), el tipo de significado analizado (manifiesto o latente) y el grado de estructura aplicado a la codificación (Braun et al., 2019; Braun y Clarke, 2023).

Para esta evaluación, se adoptó un enfoque basado en libro de códigos, con una posición epistemológica híbrida que combina elementos inductivos y deductivos (Fereday & Muir-Cochrane, 2006; Proudfoot, 2023). Esta estrategia integra la estructura organizada del análisis temático orientado a la fiabilidad de la codificación, con los principios interpretativos y reflexivos del enfoque propuesto por Braun y Clarke. A diferencia de un uso normativo o verificativo, el libro de códigos se concibió como una herramienta para mapear y construir colaborativamente el análisis, facilitando el trabajo en equipo y la trazabilidad de las decisiones analíticas (Braun et al., 2019; 2021).

Aunque comparte con el enfoque de fiabilidad el uso de una estructura codificadora común y la organización temática por dominios, este enfoque se aproxima al AT reflexivo en su énfasis en la interpretación activa de los datos, el análisis situado y la construcción gradual de significado. Así, el libro de códigos sirvió tanto para responder a las preguntas evaluativas (deductivo) como para permitir la emergencia de hallazgos relevantes desde los propios datos (inductivo).

Proceso de construcción y ajuste del libro de códigos

El proceso de construcción del libro de códigos se desarrolló en fases iterativas, lo que permitió ajustar progresivamente las categorías a partir de la confrontación con los datos.

Fase 1. Libro de códigos preliminar

En una primera etapa, dos investigadoras principales realizaron una lectura exploratoria y codificación de un subconjunto de transcripciones —una por cada tipo de actor clave— en la plataforma Taguette (Rampin y Rampin, 2021). A partir de este ejercicio, de las notas analíticas y de las preguntas orientadoras de la evaluación, se elaboró un libro de códigos preliminar. Este incluía categorías generales y subcategorías vinculadas a las dimensiones de análisis definidas en el diseño (*Participantes, Unidades operativas, Comparación entre unidades propias y tercerizadas, Sentido del servicio, Focalización y priorización, Cupos, Criterios, Ingreso, Egreso, Inspección y verificación, Intersectorialidad, Componente salud, Nutrición, Estrategia sociosanitaria, Gestión documental, Financiación y sostenibilidad, Marco normativo, Marco operativo, Tecnología, Internet, Transporte, Recursos humanos, Recursos humanos - Capacitación, Infraestructura y seguridad, Dotación*), con apertura desde el inicio para incorporar categorías emergentes derivadas de los discursos de los actores.

Fase 2. Primer ajuste y consolidación

En un segundo momento, tras aplicar el esquema inicial a un conjunto más amplio de transcripciones, las investigadoras identificaron la necesidad de precisar y diversificar categorías.

Fase 3. Intercambio con codificadores externos

En un tercer momento, se realizó un intercambio de codificación con integrantes de la Mesa Académica y estudiantes de la Universidad de los Andes. Este ejercicio permitió someter a contraste el libro de códigos, identificar puntos de ambigüedad y enriquecer la mirada interpretativa. A partir de este proceso, se revisaron nuevamente las codificaciones y refinaron los códigos más problemáticos, que en la práctica absorbían fragmentos notablemente diversos. Del libro de códigos inicial se eliminaron ocho, considerándolos reiterativos. Este fue el resultado definitivo:

Tabla 23. Definiciones operativas de las categorías de análisis utilizadas en la evaluación

Código	Descripción general
Marco normativo	Agrupa las referencias a leyes, decretos, resoluciones, acuerdos, estándares y demás disposiciones legales que sustentan la existencia y regulación del servicio.

Código	Descripción general
Marco operativo	Reúne los aspectos técnicos y procedimentales que guían la implementación cotidiana del servicio, derivados del manual operativo, los anexos técnicos y los formatos de gestión.
Focalización y priorización	Proceso de identificación, valoración y selección de personas mayores que cumplen los criterios del servicio, definiendo su nivel de prioridad para el ingreso.
Criterios	Hace referencia a las condiciones y requisitos que determinan quiénes pueden acceder o permanecer en el servicio.
Infraestructura y seguridad	Condiciones físicas, de mantenimiento y seguridad de las unidades operativas, incluyendo su adecuación a estándares técnicos, accesibilidad, planes de mantenimiento y medidas para garantizar ambientes seguros y dignos para las personas mayores.
Dotación	Conjunto de bienes, insumos y equipos necesarios para operar el servicio (aseo y desinfección, medicamentos y dispensación, vestuario y lencería, menaje, mobiliario, ayudas técnicas y materiales para ocupación humana).
Gestión documental	Conjunto de registros, formatos y procedimientos utilizados para documentar, reportar y soportar la operación del servicio, incluyendo su elaboración, manejo, revisión y control de versiones.
Recursos humanos	Abarca la disponibilidad, organización y condiciones del talento humano requerido para operar el servicio 24/7 (planta, contratistas y tercerizados).
Tecnología e internet	Incluye los recursos tecnológicos disponibles para el funcionamiento del servicio, como computadores, impresoras, equipos audiovisuales, tablets y dispositivos usados por el talento humano y las personas mayores. Considera su estado, mantenimiento, renovación y suficiencia frente al tamaño del equipo y las actividades realizadas. Además, reúne referencias a la conectividad y

Código	Descripción general
	estabilidad del servicio de internet en las unidades operativas.
Transporte	Incluye la disponibilidad, calidad y suficiencia del transporte asignado para el funcionamiento del servicio, tanto en las unidades operativas, como en las dependencias del nivel central.
Financiación y sostenibilidad	Disponibilidad y gestión de los recursos económicos necesarios para operar el servicio de manera continua. Abarca la planeación presupuestal, la asignación de rubros para mantenimiento, dotación y talento humano, así como las limitaciones o insuficiencias que pueden afectar la sostenibilidad del servicio.
Inspección y verificación	Procesos y criterios para revisar, en campo y documentalmente, el cumplimiento de estándares de calidad y requisitos normativos del servicio (visitas, checklists por componente, hallazgos y planes de mejora), incluyendo la coordinación con entes de control y la supervisión interna
Componente salud	Se usa para fragmentos que hablan sobre la atención en salud de las personas mayores y el papel del servicio en gestionar citas, medicamentos, acompañamientos o trámites con EPS e IPS. Incluye también las dificultades del sistema de salud, la coordinación con hospitales o subredes, y los límites del servicio
Intersectorialidad	Se refiere al funcionamiento, las articulaciones y los retos de coordinación entre distintos sectores e instituciones (como Salud, IDR D Secretaría de la mujer, entre otros) para garantizar una atención integral y continua a las personas mayores.
Cupos	Se refiere al número de personas que el servicio puede atender y efectivamente atiende en cada unidad y modalidad. Incluye temas como asignación, uso,

Código	Descripción general
	traslados, reubicaciones y variaciones en la cantidad de cupos. También abarca las implicaciones operativas y de calidad cuando aumenta o disminuye la capacidad.
Sentido del servicio	Abarca las reflexiones, interpretaciones y orientaciones que dan significado a la labor en las comunidades de cuidado, en relación con su propósito, enfoque y papel dentro de la política pública.
Comparación entre unidades propias y tercerizadas	Reúne fragmentos que contrastan las condiciones, formas de operación y capacidades de las unidades de administración propia frente a las de administración tercerizada del servicio Comunidad de Cuidado.

Fuente: Elaboración propia.

Manejo de discrepancias y reflexividad del análisis

El análisis fue de carácter reflexivo y colaborativo. El manejo de discrepancias entre codificadores se realizó mediante discusiones conjuntas y sesiones de contraste. Cuando se presentaron interpretaciones divergentes sobre la asignación de un código, se revisaron en conjunto los fragmentos y, de ser necesario, se ajustaron las definiciones del libro de códigos hasta alcanzar consenso. Este procedimiento garantizó la coherencia interna del sistema, pero sobre todo buscó reforzar la calidad interpretativa del análisis y su transparencia, más que aplicar una verificación mecánica.

La reflexividad se aseguró mediante:

- Revisión iterativa de las categorías a la luz de los datos.
- Contraste entre niveles de análisis (central, territorial y tipos de actores).
- Integración de tensiones y hallazgos no previstos en el diseño inicial.

Vinculación entre preguntas y categorías

Para garantizar la trazabilidad entre las preguntas de evaluación y la codificación, se elaboró una tabla de correspondencia a partir del último libro de códigos construido y afinado. Esta tabla muestra la relación entre los objetivos específicos, las preguntas orientadoras, los

temas analíticos y las categorías/subcategorías definitivas del diccionario temático. De este modo, se asegura que los hallazgos den respuesta directa a las preguntas planteadas, manteniendo al mismo tiempo la riqueza inductiva del análisis y la incorporación de categorías emergentes surgidas en el proceso.

Tabla 24. Correspondencia entre objetivos, preguntas de investigación y categorías del libro de códigos

Objetivo específico	Preguntas orientadoras	Categorías / subcategorías del libro de códigos final
¿En qué medida los marcos normativos, lineamientos y procedimientos institucionales favorecen una implementación coherente, viable y ajustada a las condiciones reales de operación del servicio?	Analizar la coherencia y aplicabilidad de los marcos normativos, lineamientos y procedimientos institucionales que orientan la implementación del servicio Comunidad de Cuidado, en relación con las condiciones reales de operación.	Marco normativo Marco operativo
¿Cómo varían las capacidades y mecanismos de gestión entre las unidades operadas directamente por la SDIS y las tercerizadas, y qué implicaciones tienen estas diferencias para el cumplimiento de los estándares y la articulación institucional?	Examinar las diferencias en las capacidades y mecanismos de gestión entre las unidades operadas directamente por la SDIS y las tercerizadas, identificando sus implicaciones para el cumplimiento de los estándares y la articulación institucional.	Comparación unidades propias y tercerizadas Marco operativo Inspección y verificación Infraestructura y seguridad Dotación Tecnología Internet
¿En qué grado los recursos disponibles —talento	Evaluar en qué medida los recursos disponibles —	Recursos humanos

Objetivo específico	Preguntas orientadoras	Categorías / subcategorías del libro de códigos final
humano, infraestructura, dotación y tecnología— garantizan la sostenibilidad operativa y la calidad de la atención brindada en el servicio?	talento humano, infraestructura, dotación y tecnología— garantizan la sostenibilidad operativa y la calidad de la atención brindada en el servicio.	Infraestructura y seguridad Dotación Tecnología Internet
¿Qué tan consistentes, accesibles y útiles son los sistemas de información, seguimiento y retroalimentación para fortalecer la supervisión, la toma de decisiones y la mejora continua del servicio?	Analizar la consistencia, accesibilidad y utilidad de los sistemas de información, seguimiento y retroalimentación como mecanismos de apoyo para la supervisión, la toma de decisiones y la mejora continua del servicio.	Marco operativo Gestión documental Inspección y vigilancia
¿En qué medida la cobertura del servicio Comunidad de Cuidado —en términos de cupos disponibles y atención efectiva— responde a la demanda real de las personas mayores en el distrito, y cómo se relaciona esta cobertura con la asignación y disponibilidad de recursos financieros?	Valorar la correspondencia entre la cobertura del servicio —en términos de cupos disponibles y atención efectiva— y la demanda real de las personas mayores en el distrito, así como su relación con la asignación y disponibilidad de recursos financieros.	Cupos Focalización y priorización
¿Qué aprendizajes y oportunidades de mejora institucional se derivan de la	Identificar los aprendizajes y oportunidades de mejora institucional derivados de la	Propuestas expresadas por los actores). Además, las recomendaciones se

Objetivo específico	Preguntas orientadoras	Categorías / subcategorías del libro de códigos final
evaluación, y cómo pueden orientar la gestión futura del servicio Comunidad de Cuidado?	evaluación, con el fin de orientar estrategias que fortalezcan la gestión y sostenibilidad futura del servicio Comunidad de Cuidado.	nutren de hallazgos en todas las demás categorías, dependiendo de las tensiones o mejoras identificadas (ej. infraestructura, aforo, recursos humanos, atención).

Fuente: Elaboración propia.

Uso de citas textuales

Finalmente, aunque los fragmentos textuales no se reproducen en este apartado metodológico, es importante señalar que los capítulos de resultados incluyen citas textuales de los participantes. Estas ilustran las categorías, ejemplifican las tensiones identificadas y permiten verificar la correspondencia entre los datos empíricos y la construcción temática.

2.10 Criterios de calidad del análisis

El componente cualitativo de la evaluación de operaciones fue desarrollado y reportado conforme a los Estándares para el Reporte de Investigación Cualitativa (SRQ) propuestos por O'Brien et al. (2014) y los lineamientos JARS del APA para estudios cualitativos (Levitt et al., 2018). La aplicación de estos estándares se operacionalizó de la siguiente manera, articulando principios de rigor metodológico y coherencia epistemológica:

a. Credibilidad

La credibilidad del estudio se fortaleció mediante una triangulación múltiple, que permitió contrastar y enriquecer la información desde distintos ángulos:

- **Triangulación de actores:** se incorporaron las voces de los diferentes tipos de participantes con posiciones complementarias frente al servicio.

- **Triangulación de fuentes:** se combinaron fuentes primarias (entrevistas) con fuentes secundarias (documentos normativos, lineamientos técnicos, registros administrativos y bases de datos del sistema SIRBE).
- **Triangulación de analistas:** el proceso de codificación y análisis fue desarrollado por un equipo mixto. Se realizó una codificación cruzada de un conjunto de instrumentos, seguida de sesiones de contraste y construcción conjunta del libro de códigos. Esta estrategia permitió identificar convergencias, matices y tensiones interpretativas, fortaleciendo la consistencia interna del análisis.
- **Triangulación entre unidades de análisis:** la selección de unidades operativas propias y tercerizadas facilitó la comparación y la identificación de patrones comunes y divergencias en contextos operativos diversos.

b. Claridad epistemológica y metodológica

Aunque el enfoque analítico general partió de una orientación deductiva, vinculada a los objetivos evaluativos y dimensiones de análisis predefinidas, se adoptó una posición epistemológica híbrida inductivo/deductiva. Esta postura permitió incorporar tanto categorías preexistentes como hallazgos emergentes desde los datos, en coherencia con el enfoque de análisis temático basado en libro de códigos (Braun y Clarke, 2022). Esta claridad metodológica facilitó alinear la estrategia analítica con el diseño evaluativo y con la lógica operativa del servicio.

c. Auditabilidad

La codificación y el análisis cualitativo se llevaron a cabo en Taguette (Rampin y Rampin, 2021), una plataforma de acceso abierto que permite trabajo colaborativo y registro sistemático de los procesos analíticos. Se documentaron todas las decisiones relevantes, desde la construcción del libro de códigos hasta los memos y versiones intermedias del análisis. Este registro estructurado garantiza la trazabilidad del proceso y permite su reconstrucción si fuera requerido.

d. Reflexividad

Se promovió una reflexividad constante a lo largo de todas las fases del estudio. El equipo evaluador registró sistemáticamente notas de campo, observaciones metodológicas y memos analíticos que acompañaron tanto el trabajo de campo como el análisis. Esta reflexividad se ejerció en dos niveles:

- Desde el equipo evaluador conector del funcionamiento directo del servicio (Subdirección para la Vejez).
- Desde un equipo externo académico y metodológico, conformado por profesionales miembros de la Mesa Académica, con amplia experiencia en políticas públicas, envejecimiento e investigación cualitativa.

2.11 Limitaciones

1. **Cobertura de la muestra:** La evaluación incluyó únicamente cinco unidades operativas, seleccionadas según nivel de ocupación (alto, medio, bajo) y modalidad (dependencia moderada o severa). Esto permitió contrastes cualitativos relevantes, pero no es representativa de la totalidad de unidades existentes en la ciudad ni permite generalización estadística.
2. **Capacidad operativa del equipo de trabajo:** El tamaño reducido del equipo evaluador y las condiciones de tiempo y recursos disponibles limitaron la posibilidad de ampliar la cobertura a más unidades operativas o territorios y de profundizar en todos los frentes inicialmente previstos.
3. **Condiciones de recolección de información:** El trabajo de campo se desarrolló en un periodo corto (17 a 29 de octubre) y las entrevistas se realizaron principalmente en modalidad virtual, ajustándose a la disponibilidad de las personas participantes. Esto pudo incidir en la diversidad de perfiles alcanzados y en la profundidad de algunos relatos.
4. **Procesamiento y análisis cualitativo:** El libro de códigos se elaboró de manera progresiva e inductiva a partir de las transcripciones, lo que introduce un componente de subjetividad e interpretación. Para mitigar este riesgo se realizaron ejercicios de triangulación entre codificadores, discusiones analíticas y uso de software especializado, aunque no se elimina por completo la posibilidad de sesgos.
5. **Enfoque institucional y alcance sobre resultados:** El estudio se centra en las capacidades institucionales y en el funcionamiento operativo del servicio. No se desarrolló un diseño específico para medir impactos en calidad de vida ni para evaluar de forma sistemática la calidad del cuidado (por ejemplo, mediante observación directa o indicadores estandarizados de resultados). En consecuencia, los hallazgos deben entenderse como insumos para mejorar la gestión y la organización del servicio, más que como evidencia concluyente sobre sus efectos finales en la población atendida.

6. **Calidad y completitud de los registros administrativos y financieros:** El análisis de información secundaria (SIRBE, tablas de convenios, estructuras de costos, fichas financieras) se basa en registros con distintos grados de completitud y criterios de diligenciamiento entre años y unidades. Pese a los procesos de limpieza y uniformización, estas diferencias pueden afectar la precisión de algunas comparaciones.
7. **Carácter temporal del momento de corte:** Los hallazgos reflejan la situación del servicio en un periodo específico, en un contexto de ajustes normativos y operativos (revisión de lineamientos, modificaciones en convenios, cambios en la PPSEV y en la organización interna). Las conclusiones dan cuenta de un momento institucional específico y pueden no capturar plenamente transformaciones posteriores o decisiones de reestructuración tomadas después del trabajo de campo.
8. **Alcance comparativo entre unidades propias y tercerizadas:** Aunque se incluyeron unidades con diferentes modalidades de gestión, el número y distribución de casos por tipo de unidad, así como la heterogeneidad territorial y de operadores, no permiten establecer comparaciones concluyentes. Las diferencias identificadas se interpretan como tendencias cualitativas, no como patrones generalizables.

3. RESULTADOS

3.1 Cobertura, cupos y sostenibilidad del servicio

Comunidad de Cuidado es un servicio residencial de larga estancia dirigido a personas mayores que no cuentan con condiciones adecuadas para vivir de manera autónoma en su entorno habitual debido a la fragilidad de sus redes de apoyo o la complejidad de sus trayectorias de vida. Como lo resume un participante, *“ellos están acá porque la situación de vida los trae a estar en esta unidad. Esto es lo último que ellos esperaban en muchos casos. Y para otros está es su mejor oportunidad de vida o sino estarían debajo de un puente aguantando frío y hambre”*. En las unidades se garantiza alojamiento, vestuario, alimentación y apoyo en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, junto con acompañamiento psicosocial y espacios de participación cotidiana, en coherencia con la idea de que *“la atención que... merecen estas personas que son sujetos de derecho... son sujetos fundamentales en esta entidad. ¿Sí? Gracias a ellos esta entidad existe y... restablecemos los derechos dándoles lo mejor. Creo que esa debería ser la premisa de la entidad”*.

Sin embargo, su propósito no se limita a “cuidar” en términos asistenciales: se orienta por enfoques de derechos, diferencial y centrado en la persona mayor, por lo cual busca promover al máximo su autonomía, independencia, participación en las decisiones sobre su vida y construcción de vínculos significativos, incluso en contextos de alta dependencia. Más que un “hogar geriátrico” o un recurso de custodia, Comunidad de Cuidado se concibe como un espacio comunitario de vida cotidiana que intenta ofrecer una alternativa de vida digna frente al abandono, la violencia y las formas más tradicionales de institucionalización, de modo que *“parte de las acciones que nosotros promovemos acá, precisamente es la independencia y el desarrollo de las personas, en el marco de los enfoques que establece la política pública de vejez y envejecimiento... en el desarrollo de una vejez autónoma y con las capacidades propias desde la calidad de vida que cada una de las personas mayores puedan desarrollar”*.

Como se mencionó anteriormente, el ingreso a las comunidades de cuidado depende tanto de los criterios de priorización como de los criterios de ingreso. El equipo de validación de condiciones es quien controla la disposición del cupo y centraliza las decisiones sobre ingresos, traslados y reubicaciones. Este equipo trabaja en “binas” de profesionales asignadas por zonas de la ciudad, que realizan visitas domiciliarias y hospitalarias. Distinguen dos momentos principales: en la fase de focalización se hace el registro inicial y la verificación del contexto mediante el formato de seguimiento individual, la escala Barthel y el registro de variables específicas en SIRBE; en la fase de validación de criterios de ingreso se profundiza en el cumplimiento de los criterios, se actualizan diagnósticos y valoraciones, y se diligencian los formatos específicos, dejando a cada persona en un listado de priorización que orienta la asignación de cupos.

Un rasgo central del diseño es que los criterios no son estáticos, sino que se han ido construyendo y ajustando en función de las necesidades observadas en territorio. El equipo destaca que *“los criterios que tenemos ahora cubren mucha población que es vulnerable por lo que contempla las necesidades de la población que en este momento tenemos... para poblaciones especiales, para mujeres, para habitantes de calle, desplazados, inmigrantes y demás”*. La ficha técnica del servicio —en su versión 17— se ha modificado para incorporar criterios específicos como abandono hospitalario, paga-diario y situaciones de habitabilidad en calle, surgidos de evidencias como el último censo de población en calle. En palabras del equipo, *“la entidad va ajustando los criterios de priorización precisamente en concordancia con las necesidades que identificamos cuando estamos en los territorios haciendo las visitas”*. Por ejemplo: *“ante una solicitud muy alta de personas mayores que se encontraban*

hospitalizadas... en condición de abandono”, fue necesario “implementar un nuevo criterio... persona mayor en condición de abandono hospitalario” mediante el ajuste de la ficha técnica del servicio.

Las personas mayores ingresan por múltiples rutas: *“por traslados de otras unidades operativas, algunas que se dan por emergencia social, por reintegro... o por traslado de otros servicios como el servicio de adultez”,* además de reubicaciones por cambio de modalidad (de moderado a severo o viceversa). No obstante, la disponibilidad y uso de los cupos está también atravesados por la forma de operación de las unidades. En las unidades de operación propia existe una mayor capacidad de atención de emergencias y manejo flexible de cupos, mientras que en las tercerizadas el número de plazas está estrictamente atado al contrato. En una unidad propia, se relata: *“tenemos unos cupos de emergencia... tenemos cinco cupos de emergencia y esos cupos se van rotando”,* lo que permite responder a situaciones imprevistas como cierres de geriátricos privados o abandonos súbitos. En contraste, *“con los tercerizados... ocurre alguna situación de emergencia y no hay la posibilidad como de decir, ‘atiéndame estas 10 personas más’, porque pues están contratados para atender cierto número de personas”.*

Este entramado se sostiene sobre un esquema predominantemente documental que garantiza trazabilidad, pero también genera una carga administrativa considerable. En las visitas de focalización, el equipo utiliza el formato de seguimiento individual —que permite registrar la trayectoria *“desde el primer contacto telefónico que tenemos, ya sea con la persona mayor o con su red familiar o social”*—, aplica la escala Barthel, diligencia el FPR-PSS 744¹² cuando hay no cumplimiento de criterios de población objetiva y alimenta el registro de variables específicas en SIRBE. En las visitas de validación de ingreso se retoma y amplía el seguimiento individual, se reapplica la Barthel cuando han cambiado las condiciones, se registra el manejo de datos en el FOR-PSS 697¹³ y, en caso de no cumplimiento, se notifica con el FOR-PSS-745¹⁴. El propio equipo subraya que *“los formatos tanto de focalización como de la visita de validación de criterios de ingreso (...) consideramos que los que estamos utilizando actualmente son necesarios”* y que les han permitido *“tener toda la información sustancial”* para sustentar las decisiones. Sin embargo, la fragilidad de los aplicativos y la conectividad añaden presión: *“el aplicativo también ocasional... con mucha frecuencia presenta fallos”* y, cuando se cae, *“le toca volver a empezar otra vez desde*

¹² Formato No cumplimiento población objetivo comunidad de cuidado

¹³ Formato Tratamiento y manejo de datos

¹⁴ Formato No cumplimiento criterios servicio comunidad de cuidado

los apellidos de la persona mayor, volver a digitar nuevamente la información por completo”, lo que implica reprocesos, pérdida de tiempo y, en muchos casos, completar el trabajo en casa para mantener al día los cruces y cargues en las plataformas.

En este contexto, el cupo no se entiende como un beneficio permanente, sino como parte de un ciclo de permanencia transitoria: *“Una de las dificultades más complicadas acá es la transitoriedad del servicio. Muchas veces es bastante complejo poder definir o hacer ver que el servicio se encuentra en un estado transitorio, sobre todo teniendo en cuenta que muchas personas suelen interpretar que, cuando se logra un cupo en una comunidad de cuidado, es un cupo de por vida. Sin embargo, eso depende de muchas circunstancias, primero de la gestión del caso de la persona”.*

El egreso se activa cuando cambian las condiciones y capacidades de la persona: acceso a vivienda (por herencia o fallecimiento de un familiar), reconocimiento de una pensión antes no identificada, fortalecimiento de redes familiares que pueden asumir el cuidado o incremento de la autonomía funcional que hace menos pertinente la permanencia en un dispositivo residencial. Sin embargo, el egreso tiene un fuerte componente simbólico y emocional. Algunas personas mayores interpretan los traslados o egresos como una expulsión o una forma de abandono, especialmente cuando se les plantea pasar a otros servicios más acordes con su logro en la adquisición de una mayor autonomía: *“el escenario de ingreso se interpreta más como una expulsión que realmente como un proceso en derecho en el cual se gestionan las acciones de vida, de bonos canjeables por alimentos, de otro tipo de servicios que Integración Social puede prestar más efectivamente a una persona que puede tener unas capacidades de autonomía totales”.* Lo anterior, obliga a desplegar procesos de información, acompañamiento y contención emocional, de modo que el egreso no sea vivido como ruptura, sino como una reorientación del cuidado hacia otros apoyos.

Cupos recursos y sostenibilidad

Tabla 25. Variación anual de cupos asignados al servicio Comunidad de Cuidado

Año	2022	2023	2024	2025
Número de cupos	1898	1918	1918	1945

Fuente: Elaboración propia equipo de investigación

La tabla anterior muestra la cantidad de cupos del servicio entre 2022 y 2025. En 2022 se disponía de 1.898 cupos, que aumentan ligeramente a 1.918 en 2023 y se mantienen en el

mismo nivel en 2024. Para 2025 se registra un nuevo incremento, alcanzando 1.945 cupos: este es el mayor crecimiento interanual del periodo (27 cupos más que en 2024).

En resumen, entre 2022 y 2025, el servicio pasa de 1.898 a 1.945 cupos, es decir, un incremento neto de 47 cupos en cuatro años (un 2,5 %). En términos totales es un crecimiento moderado, pero en términos operativos y financieros tiene implicaciones significativas: *“Parecen poquitos, yo sé... eso solo fueron 20 y algo de cupos, eso no es nada. Pero es que son 20 y pico de personas a las que tú le estás garantizando una atención permanente 24 horas, siete días a la semana de manera permanente, continua”*. Cada cupo adicional concentra, en una sola plaza, la obligación de sostener un cuidado residencial continuo, y por eso el equipo reconoce que, aunque el ideal sería que *“cada vez que... alguien llega y toca la puerta, pudiéramos decir, ‘listo, ya, acá está’”*, esto *“no es un tema que se pueda resolver tan fácil... porque evidentemente que el presupuesto tiene que estar muy bien controlado y proyectado y planeado”*.

Detrás de estas cifras hay una arquitectura financiera rígida que condiciona la capacidad de expansión. No se autorizan cupos en abstracto, sino sólo cuando existe respaldo presupuestal para mantenerlos en el tiempo: *“para esta vigencia, si yo digo que voy a atender 1945 personas mayores... tengo que garantizar que 1945 personas mayores que están bajo nuestro cuidado, que no tienen una red que los pueda cuidar como debe ser, pues yo tengo que mantener un presupuesto y tengo que tener un soporte financiero que logre dar cuenta de eso”*. Esto implica que los rubros no pueden “estirarse” a costa de la calidad: *“los rubros están destinados, soportados debidamente establecidos así, no es como ‘hoy damos cinco comidas, pero... ya no nos va a alcanzar la plata, entonces no damos cinco comidas, sino solo de tres’... eso no puede pasar. Todo se tiene que garantizar”*. De ahí que el servicio dependa en gran medida de las vigencias futuras: *“este es un servicio que en gran parte se sostiene por una cosa que se llama vigencias futuras y es que yo tengo que garantizar por tiempos... que ciertos servicios pues permanezcan y se vayan manteniendo, justamente porque yo debo garantizar que se atienda la población que yo tengo”*.

Así pues, los recursos financieros son sin duda el soporte material del servicio: lo que se puede ofrecer en Comunidad de Cuidado está directamente condicionado por lo que es posible sostener en el tiempo: *“evidentemente el tema financiero es de una importancia notable, porque al final la prestación de un servicio se materializa desde lo que oferta y lo que oferta lo hace con base en lo que puede sostener. Y lo que puede sostener habla de talento humano, habla de alimentación, habla de vestuario, habla de bienes, habla de un equipo de atención, etcétera, etcétera”*. A esto se superponen factores externos que no

controla el servicio: *“en un servicio social se atienden necesidades básicas y se prestan servicios o se consumen servicios públicos... si el costo de vida se eleva, si el producto interno bruto crece, si empezamos a tener procesos de alza o incrementos exagerados en los alimentos... si los medicamentos empiezan a tener también un alza, si el vestuario empieza a tener un alza... todo lo que estoy diciendo es que, por supuesto, que todos esos temas pueden llegar a afectar justamente la atención cotidiana”*. La consecuencia es que cada variación de precios obliga a reajustar compras y prioridades: *“si no tengo ciertos productos y tengo que recuperarlos o reponerlos mejor con otros productos, pero esos productos tienen otros precios”*, de modo que *“si hay algo que de lo más complejo... para la estructuración de procesos de atención y servicios... está aterrizado por los temas financieros”*.

En paralelo, el sistema opera con una brecha estructural entre la capacidad instalada y la demanda real. Mientras los 1.945 cupos se encuentran financiados y ocupados, el equipo reporta *“cerca de 500 personas, 480 y pico personas en el listado de priorización, o sea, personas que posiblemente podrían acceder al servicio, que están ahí esperando que se haga validación de criterios de ingreso”*. Es decir, existe una buena cantidad de personas que cumplen (o probablemente cumplirán) criterios, pero para los cuales no hay aún plaza disponible. Esta presión deja claro que el servicio, incluso con expansiones progresivas, no puede por sí solo absorber todas las situaciones de abandono y vulnerabilidad detectadas en territorio: *“hay un aspecto estructural y es... una política en el país del cuidado, de la protección y del no abandono de personas mayores. El reto está sobre todo ahí porque... o si no vamos a necesitar no 1945 cupos sino 5000 cupos”*.

Esta tensión se entiende mejor cuando se la contrasta con la información poblacional disponible para Bogotá. De acuerdo con la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2021 (EMB2021), en la ciudad residen alrededor de 1.150.925 personas mayores, de las cuales unas 144.310 (12,5 %) reportan no poder realizar, o hacerlo solo con mucha dificultad, distintas actividades asociadas al funcionamiento físico y mental (ver, escuchar, entender, moverse, entre otras). Son estimaciones construidas a partir de factores de expansión y referidas a la situación de 2021; por tanto, no pueden interpretarse como una medición exacta de la población actual ni, mucho menos, como un cálculo directo de la demanda potencial sobre Comunidad de Cuidado. Más bien ofrecen un orden de magnitud: el universo de personas mayores con niveles altos de dificultad funcional es altamente superior al número de plazas residenciales con que cuenta actualmente el servicio.

Cuando se restringe el análisis a quienes pertenecen a los estratos 1 a 3, la EMB2021 estima alrededor de 124.342 personas mayores con este tipo de dificultades. Esta focalización por estrato busca aproximarse a los segmentos con menor capacidad para financiar soluciones residenciales privadas, pero sigue siendo un criterio muy general: no permite identificar cuántas de esas personas cumplen, además, con los criterios de priorización e ingreso del servicio (situaciones de abandono, soledad extrema, ausencia de redes, entre otros). En consecuencia, estas cifras deben leerse únicamente como un marco de referencia aproximado sobre la magnitud de la necesidad de apoyos de larga duración en la ciudad, no como una meta de cobertura ni como un cálculo de demanda para el servicio Comunidad de Cuidado.

La limitación en la cobertura del servicio abre una pregunta sobre cuál debería ser el lugar de la institucionalización. Los participantes insisten en que la comunidad de cuidado debe operar bajo criterios de excepcionalidad y no como respuesta estándar frente a la vulnerabilidad: *“sabemos que lo ideal es que el proceso de institucionalización sea el último que se da en las personas mayores, en el entendido de que... desarrollan unos proyectos de vida que, en algunos casos, por no decir muchos, pueden llegar a verse truncados precisamente por el desarrollo de un proceso de institucionalización”*. Los cupos limitados se configuran, así, no sólo como un límite financiero, sino como un límite normativo y de derechos: la institucionalización prolongada puede garantizar protección, pero también producir efectos de cronificación y restringir alternativas de proyecto de vida. En esa lógica, una de las personas entrevistadas subraya la necesidad de una matriz de corresponsabilidad más amplia: *“es verdad, el Estado, el Distrito tiene que garantizar la atención de las personas más vulnerables y demás, pero por el otro lado también está el extremo de... necesitamos que la sociedad, que las familias, que los hijos, que los familiares y que las mismas personas mayores pues construyan una vida y una vejez en la que la solución no sea la institucionalización”*. La sostenibilidad del servicio se vincula, entonces, con la capacidad de articular otras modalidades de apoyo comunitario, familiar y territorial.

El análisis de cupos y sostenibilidad se complejiza aún más cuando se mira a la luz de la transición demográfica y del aumento de personas mayores en situación de soledad y abandono: *“si hoy no tenemos tantos niños y niñas que están naciendo, sino que estamos teniendo cada vez más personas mayores y cada vez más personas mayores abandonadas y solas, eso de entrada tendría que marcar un giro, un giro financiero. Y es que si yo antes necesitaba 100 pesos para atender a niños y niñas... y tenía 50 pesos para personas mayores porque tenía más poquitas personas mayores, pues, por el cambio sociodemográfico, la*

financiación de los proyectos sociales también tiene que regularse y articularse con base justamente a esos cambios demográficos”. En este escenario, la sostenibilidad del servicio Comunidad de Cuidado no solo exige hacer un uso eficiente del presupuesto disponible, sino enfrentar un panorama más severo: redistribuir recursos en un contexto de envejecimiento acelerado y, al mismo tiempo, responder a la expansión de las necesidades de cuidado de larga duración, que crecen más rápido que la capacidad institucional para atenderlas.

Costos y estructura de financiación del servicio Comunidad de Cuidado

La información sobre costos de Comunidad de Cuidado proviene de fuentes heterogéneas y, en varios casos, de iniciativas recientes de sistematización. Por un lado, se cuenta con estructuras de costos para los convenios tercerizados (particularmente detalladas para 2024) y con tablas de seguimiento 2021–2023 sobre costo cupo día por modalidad. Por otro lado, para las unidades operadas directamente por la SDIS se dispone de fichas financieras 2023 y 2024, que muestran la ejecución presupuestal por grandes rubros, pero con lógicas de registro contable diferentes entre sí.

La construcción de estructuras de costos por modalidad y tipo de operación es una iniciativa relativamente reciente. No existe una serie histórica larga ni un formato único que permita comparar, año a año, la composición del costo entre unidades propias y convenios. Por este motivo, el análisis que se presenta a continuación se centra en:

- La evolución del costo cupo día promedio y los cupos tercerizados entre 2021 y 2023.
- La composición de los costos de los convenios a partir de las estructuras de 2024 (modalidades moderada y severa).
- La estructura de costos de una unidad propia “tipo” en 2023 y el uso más acotado de la ficha 2024 como referencia de magnitudes globales.

Unidades tercerizadas:

Entre 2021 y 2023 la oferta tercerizada de Comunidad de Cuidado mantuvo una capacidad relativamente estable:

Tabla 26. Cupos tercerizados y costo cupo-día por modalidad en Comunidad de Cuidado (2021–2023)

Año	Modalidad	Cupos tercerizados	Costo cupo día total (promedio)
2021	Moderada	850	\$117.079
2021	Severa	733	\$134.975
2022	Moderada	850	\$123.872
2022	Severa	733	\$142.807
2023	Moderada	850	\$135.796
2023	Severa	733	\$157.275

Fuente: Elaboración propia.

Los datos muestran que: Los cupos tercerizados se mantienen constantes en el periodo analizado: 850 cupos en modalidad moderada y 733 en severa. En contraste, el costo cupo día promedio aumenta de forma sostenida: en moderada, de alrededor de \$117.000 en 2021 a cerca de \$136.000 en 2023; mientras que, en severa, de aproximadamente \$135.000 a \$157.000 en el mismo periodo. La modalidad severa es sistemáticamente más costosa que la moderada y la brecha entre ambas se amplía con el tiempo.

Composición del costo en los convenios tercerizados

Las estructuras de costos de 2024 permiten observar con mayor detalle cómo se distribuye el costo entre distintos rubros en los convenios de Comunidad de Cuidado. En términos generales, tanto en la modalidad moderada como en la severa. El servicio es claramente intensivo en trabajo: el talento humano concentra alrededor de la mitad del costo total del lote, con especial peso de: auxiliares de enfermería, profesionales de enfermería, servicios generales y manipuladores de alimentos y equipo psicosocial.

En modalidad moderada, además del talento humano, tienen un peso importante los costos fijos de funcionamiento, tales como: reconocimiento o uso del inmueble, servicios públicos, vigilancia, transporte y servicios funerarios. Los costos variables de cuidado diario (alimentos, pañales absorbentes, elementos de aseo personal y otros insumos corrientes) representan una fracción intermedia del costo. Por su parte, los rubros de vestuario, dotaciones puntuales y realización de actividades se ubican en porcentajes menores.

En modalidad severa, el peso del talento humano es similar, pero se observa un mayor protagonismo de los costos variables de cuidado: absorbentes y otros insumos asociados a la incontinencia y al apoyo en actividades básicas, mayor consumo de insumos de aseo y protección, ajustes en alimentación. En comparación con moderada, los costos vinculados al inmueble y servicios mantienen su importancia, pero pierden peso relativo frente a los insumos cotidianos.

Unidades propias

Para las unidades operadas directamente por la SDIS, la información más clara sobre la estructura interna del costo corresponde a 2023, año en el que se dispone de una ficha financiera detallada para una unidad propia con cobertura promedio de 44 personas y gasto ejecutado 2023 de alrededor de 2.266 millones de pesos.

En esta unidad propia, la distribución del gasto es marcadamente distinta a la observada en los convenios: Talento humano (planta, contratistas de la unidad y equipos transversales como DNA¹⁵, Plantas Físicas y SAF¹⁶) concentra aproximadamente el 78 % del gasto total, a vigilancia representa cerca de un 12 % adicional, los rubros de alimentos, servicios públicos, mantenimiento, transporte, insumos de oficina y otros gastos menores se reparten el remanente, con porcentajes individuales mucho más bajos.

Es decir, en la operación directa no solo se trata de un servicio trabajo-intensivo: casi nueve de cada diez pesos se destinan a personal y vigilancia, incorporando además el costo de los equipos transversales que soportan el servicio y que no aparecen de la misma manera en los convenios tercerizados.

Para 2024, la ficha financiera consolida la operación de dos unidades propias, con una cobertura promedio de 137 personas y un gasto total cercano a 21.590 millones de pesos. Sin embargo, el formato introduce un cambio contable importante: Cerca de dos tercios del gasto ($\approx 66\%$) se registran bajo el rubro de “arriendos administrados”, el talento humano aparece reducido a alrededor del 15 % del total y el resto se distribuye entre alimentos, servicios, transporte, dotaciones e insumos.

Este cambio hace muy difícil comparar línea a línea la estructura de costos entre 2023 y 2024. No es posible afirmar, solo con esta ficha, que la relevancia real del personal se haya

¹⁵ Dirección de Nutrición y Abastecimiento

¹⁶ Subdirección Administrativa y Financiera

reducido; lo más probable es que parte de los costos que en 2023 se veían de forma explícita estén ahora absorbidos por contratos o cuentas de “arriendos administrados”. Por esta razón, el análisis de la composición interna del costo de las unidades propias se basa principalmente en 2023, utilizando la ficha 2024 como referencia de la expansión de la cobertura y del orden de magnitud del gasto.

Unidades propias y tercerizadas:

La revisión conjunta de convenios tercerizados y unidades propias permite extraer varias conclusiones:

1. Un servicio intensivo en trabajo, en todas sus modalidades: Tanto en convenios como en unidades propias, el servicio Comunidad de Cuidado se configura como un servicio de alta intensidad en talento humano, especialmente en enfermería profesional y auxiliar, apoyo psicosocial, servicios generales y manipulación de alimentos. La diferencia es que en las unidades propias 2023 el peso del personal (incluyendo equipos transversales) es aún mayor que en los convenios y se combina con una vigilancia de alta carga presupuestal.
2. La modalidad severa es más costosa y sensible a los aumentos de insumos. Los convenios de modalidad severa presentan mayor costo cupo día y un peso más alto de insumos variables de cuidado (elementos de absorción, higiene, alimentación) frente a la modalidad moderada. Esto hace que las decisiones de aumentar cupos severos o de mantenerlos a largo plazo tengan implicaciones financieras más exigentes, incluso sin ampliar la capacidad total del servicio.
3. Los esquemas de registro limitan la comparabilidad plena. Mientras que las estructuras de costos de convenios son relativamente homogéneas y permiten identificar con claridad el peso de cada rubro, las fichas financieras de unidades propias —especialmente la de 2024— concentran gran parte del gasto en categorías agregadas como “arriendos administrados”. Esta heterogeneidad refleja que la estructura de costos como herramienta de gestión es aún incipiente y que la información disponible no está plenamente sistematizada ni armonizada entre tipos de operación.
4. Necesidad de fortalecer el monitoreo integrado de costos. La coexistencia de formatos y lógicas contables distintas dificulta construir un costo total integrado del

servicio y, por tanto, valorar con precisión la suficiencia de recursos frente a los estándares de calidad esperados. Desde una perspectiva de capacidad institucional, esto señala la conveniencia de avanzar hacia un esquema unificado de estructura de costos para unidades propias y convenios, que permita: comparar de manera transparente los costos por modalidad estimar impactos de cambios normativos o de aforo, y orientar decisiones sobre expansión, ajustes de tarifas y sostenibilidad financiera de Comunidad de Cuidado.

3.2 Capacidad normativa y operativa del modelo de atención

Marco normativo

El análisis del componente normativo muestra que el servicio Comunidad de Cuidado se sostiene sobre un entramado jurídico amplio y relativamente estable en el tiempo, que va desde marcos universales de derechos hasta disposiciones nacionales y distritales que regulan la operación cotidiana. Desde los equipos se alude a *“normativas nacionales, distritales o del orden mundial que se mantienen con el tiempo y que son esenciales para la prestación del servicio”* y se insiste en que este soporte es ineludible dada la población atendida: *“todo lo de normativa derechos humanos no es un tema ahorita reciente, pero se asocia a la prestación del servicio en tanto que aquí atendemos a personas mayores que vienen de vulneración de derechos, que deben ser atendidas en marco de derechos”*.

En un primer nivel, los actores destacan los marcos internacionales y constitucionales de derechos humanos como una especie de *“paraguas”* que orienta el sentido del servicio. Como señalan, *“el frente jurídico no se suscribe única y exclusivamente a una normativa lingüística, sino que esta normativa incluso se ampara en legislatura internacional, por poner un ejemplo la Convención Interamericana de Derechos Humanos para las personas mayores”*. Desde ese punto de vista, la acumulación de referencias jurídicas se traduce en densidad institucional y en una obligación explícita de operar en clave de derechos: *“estas normatividades nosotros siempre las ponemos y las ubicamos porque de algún modo sustentan, fundamentan la prestación del servicio”*, de modo que *“el servicio de Comunidad de Cuidado es un servicio en el que gran parte de lo que hacemos está asociado precisamente a la aplicación de derechos, de derechos constitucionales, de derechos de índole universal”*.

En un segundo nivel se ubican las normas nacionales y distritales que regulan más directamente la prestación del servicio y sus componentes técnicos (salud pública,

nutrición, accesibilidad, gestión de residuos, contratación, entre otros). Aunque *“no es que todas estas normatividades tengan una aplicación [...] tangible”*, se las reconoce como un soporte estructural: *“para concluir, es que todos estos soportes normativos justamente le dan un músculo, músculo y cultura jurídica a la prestación del servicio. Este es un servicio que está atravesado por muchas legislaturas, por muchas normatividades y de allí la importancia de prestar un servicio acorde a esas exigencias de nivel normativo”*. En este plano, la discusión se desplaza de la mera actualización de listados normativos a la pregunta por la *“normatividad aplicable”*: *“más que la existencia de una normatividad no actualizada es más bien lo que habría que mirar es si lo que estamos hablando es de normatividad aplicable”*.

Los equipos coinciden en que este andamiaje jurídico es dinámico y exige ajustes constantes. Se menciona que *“seguramente puede pasar que algunas normatividades se vayan actualizando por el tiempo”*, sobre todo *“en las de índole nacional y en las de índole distrital”*, lo que implica derogatorias, nuevas resoluciones y cambios en planes de desarrollo. Desde su perspectiva, *“lo normativo [...] tiene que irse actualizando de manera frecuente, de manera acelerada conforme a los cambios bruscos y muy contingentes y permanentes que atraviesa la sociedad”*. Sin embargo, también reconocen que *“muchos discursos, muchos lenguajes y muchas formas normativas están ancladas [...] en formas de comprender a la persona mayor [...] que todavía no han dado un paso un poco más en este sentido”*, de modo que la normativa no siempre avanza al mismo ritmo que las transformaciones sociales y demográficas en torno a la vejez.

En este contexto, la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez aparece como un referente *“vivo”* que sintetiza y actualiza estos marcos. Se describe cómo, al acercarse el cierre del ciclo 2010–2025, se anticipan ajustes de horizonte y denominación: *“el otro año tocará actualizarlo y me imagino yo, supongo que ya no será 2010–2025, sino 2010–2040, por poner un ejemplo... Entonces ahí es donde nosotros vamos marcando esas actualizaciones jurídicas que se van presentando en el orden distrital, nacional y mundial”*. Estos cambios no se quedan en el plano documental: *“las van marcando, van llevando memoria de esos cambios, pero esos cambios también se ven reflejados en la rutina y cotidianidad del servicio, esos cambios de normas”*. Pese a las contrariedades, la lectura es mayoritariamente positiva: *“por fortuna el posicionamiento de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez se ha sostenido a lo largo de estos años, se ha ido fortaleciendo (...) hoy hablamos de un sistema sociosanitario y hablamos de unas ofertas de servicio para las personas mayores un poco más diferenciadas”*.

Los cambios normativos no solo añaden instrumentos, sino que transforman la comprensión del propio servicio y del sujeto de derechos al que se dirige. Un participante menciona que *“hace unos años atrás la comprensión, por ejemplo, de las comunidades de cuidado eran comunidades indígenas y los centros de protección. Cuando uno dice: ‘¿por qué centros de protección y por qué ahora comunidades de cuidado?’, de fondo hay una mirada jurídica sobre el sujeto persona mayor y eso se fue marcando justamente por las actualizaciones de política pública y el andamiaje, por supuesto, de las nuevas formas de vivir la vida”*. Este giro implica pasar de una lógica centrada casi exclusivamente en la protección a una visión que reconoce agencia y autonomía: *“pasamos de una comprensión de la persona mayor como un sujeto que lo que requiere es protección, hay que cuidarlo, hay que protegerlo (...) pero también de fondo había una comprensión un poco deficitaria y pasiva de la persona mayor”*. De ahí que se subraye que *“también está su autonomía y su libertad. ¿Qué es lo que ella quiere? ¿Qué es lo que ella desea?”*, enfatizando que *“los cambios jurídicos y normativos le van dando también una forma de ser a la operación y a la prestación del servicio” y se van “aterrizando en la cotidianidad”*.

Ahora bien, este entramado normativo también produce tensiones complejas en la implementación, especialmente en la articulación de los principios que rigen el servicio, como la protección y la autonomía: *“yo sé que tengo como Estado, y así está reglamentado, la obligación de proteger a la persona mayor. Pero al mismo tiempo el Estado me dice: ‘tú debes cuidar y velar que la persona sea autónoma en las decisiones y en lo que ella decide’”*. Estas tensiones se hacen visibles cuando una persona mayor, en situación objetivamente difícil, rechaza la oferta institucional: *“por un lado tienes una Convención Interamericana que te dice que tienes que garantizar el derecho a la libertad, a la autonomía [...] pero también tienes por otro lado las sentencias de la Corte que te dicen que las personas mayores son sujetos y la Constitución dice que tienes que garantizar... pero al mismo tiempo la persona mayor te puede decir otra cosa”*. Los equipos describen escenarios cotidianos en los que la letra de la norma no ofrece soluciones automáticas: agresiones entre residentes reguladas por manuales de convivencia, decisiones frente a egresos o traslados, rechazo de atención en urgencias, entre otros. Como lo expresan, *“en la ley, en general, usted debe garantizarle la protección a una persona mayor, eso me dice. Pero no me está diciendo al mismo tiempo cómo, garantizándole la protección a esa persona mayor, si esa persona mayor llega a una Comunidad de Cuidado y empieza a abusar de sus compañeros (...)”* o cuando *“la persona mayor que yo debo garantizar llevarla a urgencias [...], en el hospital dice: ‘no, yo me voy, no me quiero quedar, no quiero la atención’”*. En palabras de un

participante, “en lo cotidiano esas cosas no suceden como $1 + 1 = 2$, no, aquí pasan cosas que siempre van a estar entrando en tensiones muy complejas”.

En el servicio Comunidad de Cuidado, algunos marcos legales nacionales y distritales no solo operan como soporte de derechos, sino que introducen desajustes específicos en la implementación. La siguiente tabla sintetiza aquellas normas que los equipos identifican como especialmente problemáticas: se presentan su ámbito y contenido central, junto con una lectura de por qué, en la práctica, generan riesgos de continuidad del servicio, exigencias difíciles de cumplir, vacíos de regulación o contradicciones con el modelo social y comunitario que orienta actualmente la atención a las personas mayores. Esta lectura permite pasar de un inventario de normas a una comprensión más fina de cómo el entramado jurídico condiciona —y a veces limita— la operación del servicio.

Tabla 27. Normas vigentes con impactos problemáticos en la operación del servicio Comunidad de Cuidado

<p>Acuerdo 314 de 2008 (Concejo de Bogotá, D.C.)</p>	<p>Distrital – Bogotá D.C. Instituciones geriátricas y gerontológicas.</p>	<p>Reglamentar la implementación de programas de actividad física, cultural y educativa en establecimientos geriátricos y gerontológicos del Distrito.</p>	<p>Hace parte del conjunto de normas distritales sobre instituciones geriátricas que, según los equipos, fueron expedidas sin una articulación plena entre sí ni con el modelo actual de Comunidad de Cuidado. Se percibe que existen “tres decretos” y acuerdos que se superponen y se contradicen, anclados en una visión tradicional de “centros de protección”, lo que dificulta traducirlos a un modelo comunitario que busca ir más allá de la lógica exclusivamente asistencial.</p>
<p>Decreto 092 de 2017</p>	<p>Nacional. Entidades estatales que contratan con Entidades Sin Ánimo de Lucro (ESAL).</p>	<p>Reglamentar la contratación con ESAL de reconocida idoneidad, estableciendo reglas específicas para convenios y contratos financiados con recursos públicos.</p>	<p>La modalidad de contratación con ESAL, bajo procesos competitivos, se percibe como un riesgo estructural para la continuidad de los cupos: se teme que haya procesos desiertos o con pocos oferentes idóneos y “dónde metemos todas estas personas”. Además, en Bogotá hay pocas entidades con infraestructura que cumplan todas las exigencias del servicio, por lo que el cumplimiento</p>

			estricto del decreto puede poner en cuestión la sostenibilidad operativa de las unidades tercerizadas.
Decreto 2011 de 1976	Nacional. Instituciones públicas y privadas que atienden a personas mayores.	Organizar la protección nacional a la ancianidad mediante la creación del Fondo Nacional de Protección del Anciano y los Centros de Bienestar del Anciano (CBA).	Es un referente antiguo que estructura la idea de “centros de bienestar del anciano” y una comprensión fuertemente protectora y asistencial. Los equipos señalan que este enfoque histórico, centrado en la protección y el cuidado como sinónimo de tutela, contrasta con la perspectiva actual de Comunidad de Cuidado, que busca reconocer a la persona mayor como sujeto autónomo y parte de una comunidad, generando desajustes conceptuales entre la norma y el modelo.
Decreto 345 de 2010	Distrital – Bogotá D.C. Entidades distritales vinculadas a la PPSEV 2010–2025.	Adoptar la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en Bogotá 2010–2025 y su plan de acción, orientando los servicios dirigidos a personas mayores (incluida Comunidad de Cuidado).	Es el marco rector de la política distrital, pero su horizonte 2010–2025 está llegando a término y obliga a actualizar lineamientos y referentes jurídicos. Esta transición genera una coyuntura en la que coexisten tareas de cierre y evaluación del primer ciclo con la necesidad de ajustar documentos, diseños de servicio y formas de nombrar la intervención, de modo que la operación no siempre va al mismo ritmo que la actualización normativa.
Ley 1251 de 2008	Nacional. Entidades públicas, privadas y mixtas que atienden a personas mayores.	Dictar normas para la protección, promoción, restablecimiento y defensa de los derechos de las personas mayores, orientando programas, servicios e instituciones de atención integral.	Se reconoce como marco central para organizar la atención integral (por ejemplo, a través del plan de atención institucional), pero también refuerza la obligación de protección en contextos donde la voluntad de la persona mayor no siempre coincide con lo que los equipos consideran más seguro. En casos de riesgo, la

			norma exige proteger, mientras la persona puede decidir permanecer en situaciones problemáticas o rechazar ofertas del servicio, lo que obliga a los equipos a mediar entre protección, autonomía y límites institucionales.
Ley 1315 de 2009	Nacional. Instituciones de atención de larga estancia para personas mayores.	Establecer parámetros para la dignidad del trato a las personas mayores institucionalizadas, definiendo condiciones mínimas de atención y protección en centros de larga estancia.	Los equipos señalan que la ley reconoce a las instituciones de larga estancia, pero no desarrolla con claridad las condiciones mínimas, dejando un vacío que se llena con normativas distritales previas. Al no existir lineamientos nacionales actualizados, la Secretaría Distrital de Salud sigue aplicando estándares antiguos que no se ajustan al modelo social de Comunidad de Cuidado, lo que contribuye a que los centros nunca logren un concepto totalmente favorable en las visitas.
Ley 1850 de 2017	Nacional. Entidades públicas y privadas encargadas de la protección de personas mayores.	Fortalecer la protección penal y administrativa frente al maltrato, abandono y violencia contra personas mayores, modificando normas penales y de política de envejecimiento.	Hace parte del “paraguas” de normas que penalizan el maltrato y el abandono, pero en la práctica se cruza con manuales de convivencia y situaciones de agresión entre residentes. Los equipos explican que, aunque la norma ordena proteger frente a la violencia, cada caso es singular y no siempre es posible aplicar soluciones automáticas (por ejemplo, expulsar a quien agrede) sin valorar salud, contexto familiar y apoyos intersectoriales, lo que genera márgenes de interpretación y tensión entre la literalidad de la norma y la gestión cotidiana.
Ley 1996 de 2019	Nacional. Personas con discapacidad y personas mayores con requerimientos de apoyo.	Regular el régimen de apoyos para el ejercicio de la capacidad legal, sustituyendo la figura de interdicción por modelos de apoyo en la toma de	Es valorada como un avance al reemplazar la interdicción por apoyos en la toma de decisiones, pero introduce desafíos operativos en el servicio. Los equipos deben garantizar voluntariedad al ingreso y

		decisiones, con impacto directo en personas mayores institucionalizadas.	respeto por la autonomía, aun cuando muchas personas mayores tienen deterioro cognitivo o dificultades para expresar su voluntad, lo que abre debates sobre qué es “capacidad”, cómo se acredita el consentimiento y hasta dónde intervenir cuando hay riesgo, generando tensiones constantes entre protección y autonomía.
Norma	Ámbito de aplicación	Objetivo	¿Por qué resulta problemática para el servicio Comunidad de Cuidado?
Resolución 110 de 1995	Distrital – Bogotá D.C. Instituciones de atención y protección a personas mayores.	Establecer requisitos mínimos y condiciones para la habilitación y funcionamiento de instituciones de protección a personas mayores en larga estancia en Bogotá.	Es uno de los principales focos de conflicto. Se trata de una resolución que para este punto resulta desactualizada. Fija requisitos de infraestructura, talento humano (incluido perfil médico) y organización pensados para instituciones geriátricas clásicas. Los equipos indican que “nunca vamos a cumplir” totalmente esos estándares ni obtener un concepto sanitario plenamente favorable, porque la resolución no reconoce las particularidades del servicio ni su enfoque social, al tiempo que sigue siendo la base de inspección, vigilancia y control.
Resolución Conjunta 0182-0230 de 2013	Distrital – Bogotá D.C. Instituciones de protección y atención integral a personas mayores.	Reglamentar el procedimiento de asesoría, verificación de estándares y registro de instituciones de atención y protección a personas mayores, en coordinación entre SDS y SDIS.	Aunque define el procedimiento de verificación de estándares y coordinaciones entre Salud e Integración Social, en la actualidad coexiste con cambios legales que asignan a Salud la verificación de calidad, sin que esta resolución haya sido derogada. Según los equipos, “todos están en el limbo, pues no se sabe si queda allá, queda acá”, lo que genera incertidumbre sobre quién debe evaluar, con qué criterios y bajo qué estándares, manteniendo un marco de control que no termina de

			ajustarse al modelo comunitario del servicio.
--	--	--	---

Fuente: *Elaboración propia.*

Estándares de calidad y requerimientos de salud

Dentro del conjunto normativo que regula al servicio, uno de los focos de tensión más persistentes tiene que ver con los estándares de calidad y los requerimientos asociados al sector salud. Los equipos insisten en que Comunidad de Cuidado es, ante todo, un servicio social del Distrito —*“no somos fundación, nosotros somos un servicio del Distrito y deberíamos tener una atención diferencial”*—, pero en la práctica es evaluado bajo lógicas y parámetros pensados para instituciones geriátricas y servicios de salud habilitados. Esta desalineación coloca al servicio en una zona gris: no encaja plenamente en las categorías con las que opera la autoridad sanitaria, pero sí está sometido a sus exigencias.

Desde esta perspectiva, los estándares de calidad aparecen como un dispositivo normativo poco armonizado con la PPSEV y con el modelo comunitario de cuidado: *“los estándares en sí también tendrían que evaluarse entendiendo las mismas premisas de la propia política [...]. Los estándares no están armonizados con la Política. Nosotros trabajamos en relación con fortalecer la autonomía, la independencia, estamos viviendo unas nuevas longevidades y los estándares son muy asistenciales”*. La percepción es que los criterios vigentes siguen anclados en una visión clásica de *“centro de protección”* y de vejez asociada a enfermedad, mientras el servicio busca operar bajo un enfoque de derechos, autonomía y comunidad.

Esta brecha se traduce en riesgos concretos para la continuidad del servicio: *“los estándares vienen afectando constantemente la prestación del servicio. En diferentes ocasiones incluso han llegado a establecerse un riesgo de cerramiento [...] es claro que nunca vamos a cumplir los estándares”*. De ahí que los participantes reiteren que *“la única conclusión que siempre se ha manejado es que toca actualizar estándares de calidad [...] porque es cierto que hay unos que no hay forma en que se cumplan jamás”*. El problema no es solo el nivel de exigencia, sino que los parámetros corresponden a otros modelos (hospitales, alojamientos, servicios de alimentación masiva), de modo que las comunidades de cuidado *“no hacen parte de un proceso que la Secretaría de Salud pueda identificar o englobar para dar una respuesta efectiva”*. El resultado son conceptos sanitarios que, en el mejor de los casos, son *“favorables con requerimientos”*, pero nunca plenamente satisfactorios.

La desalineación también se expresa en la forma como ciertos estándares desconocen las características de la población atendida. En el componente de nutrición, por ejemplo, se exige que las actividades educativas en estilos de vida saludable incluyan *“un pre y un post test”*, así como firmas de listas de asistencia. Los equipos señalan que, en unidades que atienden personas con demencia o en condición severa, *“cuando hablamos de personas que ya tienen algún tipo de demencia, pues no es viable hacerlo”*, del mismo modo que *“firmar una lista de asistencia para algunos residentes ya no es tan viable por su condición”*. En estos casos, cumplir literalmente el estándar resulta imposible sin distorsionar el sentido del cuidado o forzar prácticas poco respetuosas.

A ello se suma una tensión estructural entre la naturaleza social del servicio versus la lectura que hacen los entes de control. En las visitas de habilitación y vigilancia, *“los entes de control nos miran con un enfoque de control en salud y consideran que estamos haciendo actividades propias de los servicios de salud, especialmente de promoción y prevención”*. Desde las unidades se explica que, en realidad, se trata de acciones de acompañamiento y apoyo en un contexto social. De allí la sensación de *“una línea muy delgada entre lo social y lo sanitario”*, en la que el anexo técnico *“se queda corto”* para delimitar con precisión lo que corresponde al servicio social y lo que debe ser competencia directa del sector salud.

Las voces del nivel central subrayan que esta tensión no se resuelve aumentando talento humano, sino reconociendo los límites institucionales y de competencia de cada sector: *“aunque en la comunidad de cuidado tengo profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería, tengo psicología, trabajo social, etcétera, etcétera”*, hay situaciones en las que *“no lo puedo hacer [...] no porque no haya auxiliar o profesional de enfermería”*, sino porque *“no soy una IPS, es que no es un centro médico, yo tengo unas limitaciones y esas limitaciones están porque Secretaría de Integración Social no es salud, no ofrece un servicio o una prestación de salud”*. Los participantes insisten en que no puede pedirse a Comunidad de Cuidado que actúe como un servicio de salud cuando su estructura legal y operativa es otra: *“cada entidad tiene su limitación. Y esa limitación tiene que ver con que cada sector tiene su propia estructura y su propia responsabilidad”*.

Frente a este escenario, la intersectorialidad aparece tanto como necesidad práctica como horizonte de ajuste normativo. Desde el nivel central se reconoce explícitamente que *“hay cosas que si bien son del sector social no excluyen los otros sectores, particularmente el sector de salud”* y que hay cuestiones que *“desbordan la capacidad de respuesta de la entidad, en este caso para hablar de Integración Social”*. Se mencionan como ejemplos el convenio marco sociosanitario —*“una coordinación entre sectores para decir: esto que*

parece ser de Integración también necesita el apoyo de salud para determinadas acciones que se deben implementar y desarrollar”— y la necesidad de apoyos externos cuando se requiere “brindar una atención un poco más diferenciada, centrada en la persona, desde un enfoque de derechos”.

En esta línea se destaca la creación reciente de instancias formales de coordinación, como “*la Comisión Intersectorial de Determinantes Sociales (...) y el Bienestar*”, cuya finalidad es “*articular, coordinar acciones que pueden fortalecer la aplicación de planes, de programas y de estrategias que inciden en todo el tema de salud y del bienestar de la ciudad*”. Lo que se busca, según explican, es que lo que hace el Distrito “*por la salud y por el bienestar de la población no se haga de formas separadas, sino de forma consolidada*”, evitando acciones paralelas y promoviendo una coordinación intersectorial más estable.

La perspectiva de las personas mayores y sus familias obliga a profundizar aún más en esta discusión. Desde las unidades se señala que “*no comprenden porque ellos sí nos ven a nosotros como Estado, ellos no nos ven como el pedacito social y el pedacito de salud y el pedacito de educación, sino nos ven como Estado y de hecho nosotros cuando ofertamos el servicio decimos que es un servicio de cuidado integral. Integral significa que esa integralidad tendría que tener unas articulaciones que favorezcan los procesos*”. De este modo, la experiencia de las personas no debería fragmentarse entre instituciones y competencias sectoriales, sino sostenerse en una respuesta articulada.

Sin embargo, los avances intersectoriales se topan con límites concretos. Desde el nivel central se reconoce que esto “*tiene que ver más con las competencias que creemos que tenemos en el Distrito en relación con la misma política*”. Como la política de envejecimiento y vejez “*sale de Integración*”, parece asumirse que “*la política es responsabilidad de Integración y los otros actores no se suman como se deberían sumar al tema del cuidado de las personas mayores y especialmente las personas mayores institucionalizadas, porque ahí encontramos un montón de trabas. O sea, si un ciudadano en general tiene barreras, pues a nosotros nos ponen unas barreras que a veces son más grandes*”. El resultado es que, aun cuando se reconocen las necesidades de articulación, la carga concreta de las gestiones sigue recayendo de manera desproporcionada sobre Comunidad de Cuidado.

Por eso, varias personas proponen avanzar hacia espacios formales y vinculantes de concertación entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Integración Social “*para precisar términos y describir claramente qué se hace desde lo social, sin que eso obligue a habilitar un servicio de salud*”. No obstante, reconocen que “*las dos secretarías no se han logrado*

sentar para ponerse de acuerdo de qué manera se va a realizar una evaluación a las unidades operativas”, lo que mantiene al servicio en una “dicotomía” permanente: se le pide responder a necesidades específicas de las personas mayores bajo una vocación social, pero se le evalúa con estándares diseñados para otros modelos institucionales.

Marco operativo: lineamientos y anexos técnicos

Más allá de los marcos jurídicos generales y de los estándares de salud, el funcionamiento cotidiano de Comunidad de Cuidado se organiza a partir de un marco operativo propio, compuesto por lineamientos (en proceso de convertirse en *manual operativo*) y anexos técnicos para las unidades tercerizadas. Estos documentos buscan traducir las exigencias normativas en criterios concretos de operación, pero en la práctica abren nuevas zonas de ambigüedad y tensión.

Desde el nivel central se insiste en que los instrumentos operativos del servicio no se elaboran “al margen” de la norma, sino precisamente bajo su “sombra”. Un miembro del equipo técnico explica que en las asistencias a operadores propios y tercerizados *“siempre mencionamos la normatividad reciente... todos los documentos técnicos que elaboramos [son] frente a la norma actualizada”* y que se ha buscado *“una armonización en el estándar y lo que es técnico... siempre bajo la sombra del marco normativo actual”*. En esa lógica, el anexo técnico no se percibe como un documento autónomo, sino como una traducción de lo que *“pide la norma”* y de lo que *“pide como tal el servicio”*, de forma que *“no tiene vacíos ese tema del anexo técnico porque... lo elaboramos con base en todo lo que esté vigente, más reciente”*.

En esa misma dirección, el equipo recuerda que *“hace unos cuatro, cinco años... se buscó precisamente armonizar el anexo técnico con el estándar”*, después de encontrar respuestas de operadores que se escudaban en el documento contractual: *“decían: eso no me lo pide el anexo técnico y yo cumplo es con lo que dice el anexo”*. A partir de ese ejercicio, se definió que, fuera centro propio o tercerizado, *“tuvieran como el mismo cumplimiento, pero siempre bajo la sombra de la norma”*. Aun así, los actores reconocen que persiste *“la discrepancia que de alguna forma siempre se va a generar entre los anexos que diseñamos desde el equipo y la normativa que abarca Secretaría de Salud, que como ente de inspección, control y vigilancia”* se rige por otros parámetros.

En términos de organización, se subraya una diferencia clave: las unidades propias operan directamente con el lineamiento/manual operativo, mientras que las tercerizadas reciben

ese contenido “traducido” en anexos técnicos. Como lo sintetiza una persona del nivel central: *“en la operación se maneja sobre lo mismo porque tenemos el mismo lineamiento para todos, sino que a los tercerizados se les baja en un anexo técnico, pero es la misma forma de cómo tiene que operar”*. Desde los operadores, se insiste en que ese diseño debería construirse con quienes conocen el día a día del servicio: *“hemos planteado ante el equipo de supervisión que, para poder realizar esos anexos técnicos, se tenga en cuenta la voz de los coordinadores, quienes son los que conocen la realidad del servicio”*.

Lineamientos

Los lineamientos (hoy en tránsito hacia un manual operativo unificado) son valorados como un marco general que orienta la intervención, pero los equipos perciben que su redacción amplia deja espacio a interpretaciones divergentes: *“la dinámica propia de la cotidianidad de las comunidades de cuidado frente a los lineamientos... a veces en la práctica es donde se generan las confusiones o las interpretaciones y hay espacio a equívocos donde cada uno, de acuerdo a la escuela... va jalando para un lado u otro”*.

En las entrevistas se mencionaron algunos ejemplos de estos posibles equívocos. En primer lugar, se hace evidente al distribuir responsabilidades entre perfiles y ejes del modelo. Al revisar el eje de cuidado integral, por ejemplo, se identifica que el lineamiento *“es a la vez claro, amplio, pero... cuando tú lees el lineamiento dices: ‘¿por qué está más cargado hacia el área de salud y un poco de psicología?’”*. La dificultad se concreta al elaborar el PAI: *“todos tienen que participar en estos [ejes], pero en este está más tales perfiles, en este otro están más otros... ahí es donde uno siente que se queda corto el lineamiento”*.

Las ambigüedades también se expresan en la proliferación y uso de instrumentos de valoración que no siempre están explícitos en los documentos de referencia. Un participante señala que, aunque *“el lineamiento te solicita Barthel”*, pero en la práctica *“a veces solicitan WHODAS... y son dos miradas diferentes”*. Añade que, *“la escala de Barthel evalúa primordialmente el nivel de dependencia o independencia en actividades básicas”*, mientras que *“el WHODAS¹⁷ evalúa la discapacidad y las limitaciones en el funcionamiento desde una perspectiva psicosocial”*. El problema surge cuando se exige aplicar instrumentos que no están incorporados formalmente: *“cuando dicen: ‘necesitamos que aplique el WHODAS’ y cuando usted va y revisa el lineamiento dice: ‘pero aquí no está por ningún*

¹⁷ World Health Organization Disability Assessment Schedule

lado””. Esto lleva a preguntarse *“si ajustar el lineamiento, ajustar el protocolo o ajustar el formato como tal”*.

Algo similar ocurre con componentes como ambientes seguros y adecuados. Desde el nivel central se reconoce que *“el estándar... en ambientes seguros y adecuados... tiene que ver con el plan de saneamiento, con el tema ambiental”*, pero *“el lineamiento no lo trae tan claro... lo deja muy abierto”*. Esto genera dudas prácticas: *“¿quién asume eso? Porque, por ejemplo, hasta este año contamos con un perfil técnico en ambiente, pero el equipo profesional nadie lo cuenta”*. Para los equipos, la consecuencia es que *“a veces falta este tipo de claridades para que los equipos no entren en situaciones de ambigüedades y ahora qué hacemos o hacia dónde nos encarrilamos”*.

El desajuste entre texto y realidad se hace aún más visible cuando emergen nuevas situaciones no previstas por el lineamiento. Un participante relató cómo el piloto en una unidad operativa de familias diversas y multiespecie abrió una serie de dilemas que *“necesitan ser revisados prontamente”* y que muestran que *“el lineamiento tiene que revisarse a la par de una vivencia de lo que realmente sucede en la cotidianidad”*. En esa misma línea, otro participante plantea que, en el contexto de la transformación de los servicios, *“sí considero vital hacer ese fortalecimiento y actualización del lineamiento, particularmente lo tocante al enfoque diferencial, incorporando criterios de discapacidad, diversidad sexual, origen étnico... y trayectorias de habitabilidad en calle”*, casos que hoy están presentes en la población y *“antes no estaban contemplados de una manera tan particular”*.

Actualmente, esta revisión se enmarca en un proceso de simplificación documental: *“estamos en un proceso de optimización con esto de la transformación de los servicios: ya no va a haber lineamiento e instructivo de ingreso, sino todo se convierte en un manual operativo. Los protocolos los unimos... ya no son 20, sino uno solo que reúne esos 20”*. La expectativa de los equipos es que este ejercicio permita reducir la dispersión de formatos y aclarar mejor qué se espera de cada perfil y de cada comunidad en escenarios complejos.

Anexos técnicos

En el caso de las unidades tercerizadas, los anexos técnicos cumplen el papel de “manual” contractual de operación. Desde el nivel central se explica que *“esos [anexos] son elaborados por el equipo técnico... porque ese es el que va a dar la línea de cómo tienen que operar los servicios tercerizados, ya sea por convenio de asociación o interadministrativo”*.

Su contenido se basa *“en el manual operativo, que antes llamábamos lineamiento..., en toda la norma y en parte en los estándares”, y se organiza en cuatro componentes: “atención integral; nutrición y salud; ambientes adecuados y seguros (ambiental, dotación, infraestructura); y gestión administrativa”.*

Sin embargo, este instrumento no siempre dialoga sin fricciones con la normatividad general ni con la forma en que los entes de control interpretan las actividades descritas. Un ejemplo reiterado es el de fisioterapia: *“el anexo técnico dice que se hacen intervenciones individuales a necesidad”,* pero desde la regulación en salud ese enunciado implicaría habilitar un servicio de fisioterapia. Tras consultar a las autoridades sanitarias, la respuesta fue que *“la fisioterapeuta hace intervenciones grupales”,* lo que no coincide con el texto del anexo. Por eso el equipo *“escaló el tema a la Dirección de Desarrollo de Servicios de la Gobernación, para que se definiera cómo debía quedar formulado en el anexo técnico y evitar que los entes de control interpreten que estamos prestando un servicio de salud sin habilitación”.* Se advierte que *“lo mismo ocurre con otras referencias a acciones de promoción y prevención en salud, y es aún más complejo en el caso de enfermería”.*

Para las operadoras, la tensión principal no es solo de redacción, sino de jerarquía normativa. En palabras de una coordinadora: *“muchas veces nosotros quedamos cortos frente a situaciones en que los centros de control vienen a nuestras comunidades y nos exigen cosas que están bajo la norma o la ley y que no están inmersas en el anexo técnico. Y nosotros quedamos parados en la mitad: ¿qué hacemos si la ley prevalece por encima del anexo, pero ese documento es el que nos obliga frente a ustedes?”.* La respuesta práctica ha sido adaptarse de forma reactiva a cada visita: *“como equipo interdisciplinario y como fundación, decidimos tener una carpeta donde cumplimos el anexo técnico para nuestro equipo de supervisión... y otra carpeta para nuestro agente de control que nos pide en salud cosas completamente diferentes. Cuando llegan las visitas... nos acomodamos a lo que nos exigen en la visita”.*

En el plano institucional, se reconoce que parte de estas brechas derivan de la distancia entre quienes diseñan los anexos y quienes supervisan su cumplimiento. Un integrante del equipo de supervisión señala que *“sí hay brechas, y todavía siguen existiendo, dado que el anexo técnico lo crean los compañeros del equipo técnico”.* Históricamente, dicho equipo no participaba en su elaboración porque *“no podemos ser juez y parte: no podemos crear un documento y después supervisarlos”.* No obstante, *“en los últimos dos años ya hemos entrado a hacer un trabajo más conjunto, donde el equipo de supervisión entra a ser participe para presentar insumos”,* buscando *“perfeccionar un poco los anexos, toda vez que*

somos nosotros quienes vamos a hacerle el seguimiento a la ejecución”. Aun así, se reconoce que “todavía se siguen presentando algunas brechas en cómo se plantea desde lo técnico y cómo se debe hacer el seguimiento desde la supervisión”.

3.3 Supervisión, control y gestión documental del servicio

Para revisar que lo definido en el marco normativo, los estándares de calidad y el anexo técnico se cumpla efectivamente en las comunidades de cuidado, se ponen en marcha distintos dispositivos de inspección y verificación. No se trata de un único actor ni de una sola lógica de control: unidades propias y tercerizadas reciben visitas de entes de control externos, del equipo de inspección y vigilancia de la Subsecretaría Técnica y de los equipos internos de la Subdirección para la Vejez. Cada uno cumple un papel específico, pero la articulación entre ellos no siempre es clara.

Entes de control externos

En primer lugar, las comunidades de cuidado pueden ser visitadas por los entes de control del sector salud, tanto en Bogotá como en los municipios donde se ubican varias unidades tercerizadas. Estas visitas se centran en el cumplimiento de estándares sanitarios y pueden derivar en medidas sanitarias o conceptos desfavorables. En el caso de las unidades por fuera del Distrito Capital, los equipos señalan que, en la práctica, deben responder simultáneamente a las exigencias de Bogotá y a las de otros municipios o entidades territoriales: *“en la parte distrital, pues ellos solamente se enmarcan en la parte de Bogotá, pero nosotros particularmente recibimos Secretaría de Salud del municipio y adicionalmente de la Gobernación de Cundinamarca”.*

Esta doble exigencia se ve atravesada por diferencias de contexto y capacidad: *“lo que nosotros planteamos es que es una normatividad que debería cogerse para los centros que están en Bogotá, porque muchos de los centros están fuera y no tienen las facilidades de poder hacer este tipo de cumplimiento de la normatividad. Un asociado que está en Sasaima no tiene las mismas condiciones de un asociado que está en Bogotá”.* De allí la propuesta de generar espacios de concertación en los cuales se pongan sobre la mesa, al mismo tiempo, los requerimientos de Bogotá y los de los otros municipios, de modo que se pueda *“unificar y hacer algo que nos pueda dar mayor cobertura para dar respuesta a esos centros de control”.*

Equipo de inspección y vigilancia de la Subsecretaría Técnica

Un segundo actor clave es el equipo de inspección y vigilancia de la Subsecretaría Técnica, que realiza verificación técnica de las condiciones de operación y del cumplimiento de estándares de calidad para toda la entidad: *“nosotros constantemente estamos haciendo visitas tanto del servicio de primera infancia como de adulto mayor”* y que *“hacemos a todos los hogares geriátricos y gerontológicos de Bogotá, privados o públicos”*. En el caso de Comunidad de Cuidado, visitan unidades de operación propia y tercerizadas ubicadas dentro del Distrito Capital para revisar estándares en nutrición, salud, planta física, seguridad y ambientes adecuados.

Su mandato se orienta más a la verificación de condiciones que a la auditoría formal: *“nosotros dejamos solo observaciones de incumplimiento porque no hacemos auditorías como tal, sino una verificación de condiciones de operación”*. El equipo prepara las visitas con un plan previo que recupera el historial de hallazgos y define los puntos críticos a revisar. Durante la visita se diligencia un acta a mano, *“compuesta por unos datos generales de la institución y las observaciones de incumplimientos por cada componente”*, que se firma conjuntamente con la unidad. Después, *“el equipo diligencia el instrumento único de verificación, que en este momento es un documento en Excel (...) donde colocan estándar por estándar si cumple, no cumple o no aplica (...) y esto se envía a nivel central donde se hace el posterior análisis de los datos”*.

No obstante, la capacidad de cobertura es limitada frente al universo de instituciones a cargo: *“por temas de cantidad de unidades operativas que visitamos, tanto públicas como privadas, son más de 1500 jardines y como 500 unidades privadas también de persona mayor”*. Por ello, *“intentamos ir una vez al año, pero terminamos yendo mucho más en caso de quejas o requerimientos ciudadanos”*. En la práctica, *“estas visitas, sobre todo en temas de comunidades de cuidado, no las hacemos constantemente, porque casi todo se enfoca en hogares privados”*, lo que obliga a organizar jornadas específicas para cubrir la mayoría de comunidades de cuidado. El propio equipo reconoce que *“como este año no hemos hecho casi visitas en las unidades propias y tercerizadas, no tenemos un dato muy significativo para decir ‘en este momento estamos fallando en esto’”*.

Además, no todos los hallazgos dependen de la gestión directa de las unidades operativas. En temas como mantenimiento de planta física o servicios externalizados, los tiempos de respuesta están mediados por otros procesos contractuales: *“si el lavado de tanques está sujeto a una contratación, por más de que hagan las comunicaciones reportando la*

necesidad, si no hay contrato con el proveedor, no está en la mano de ellos subsanar ese hallazgo; lo mismo con la planta física”. Aunque las unidades reportan de forma juiciosa, los equipos reconocen que “no es tan fácil que se puedan subsanar en el menor tiempo posible”, incluso si se intenta mantener al menos una visita anual que sirva de referencia para los planes de mejora.

A esto se suma la situación de “limbo” institucional ya descrita en el capítulo normativo: *“ahora mismo lo que está sucediendo es que hay una ley de salud que dice que ellos son los encargados de hacer la verificación de estándares de calidad. Sin embargo, no se ha derogado la resolución conjunta, que es la que nos rige para hacer las visitas (...) todos están en el limbo, pues no se sabe si queda allá, queda acá”*. Esta indefinición refuerza las tensiones entre la lógica sanitaria y el modelo social de Comunidad de Cuidado.

Equipos internos: equipo técnico central y equipo de apoyo a la supervisión contractual

Además de los entes externos y del equipo de inspección y vigilancia, el cumplimiento del marco normativo y operativo se revisa también a través de equipos internos de la Subdirección para la Vejez. Su rol y alcance varían según se trate de comunidades de cuidado de operación propia o tercerizada.

En las comunidades de cuidado propias no existe un equipo de supervisión contractual diferenciado, por lo que las funciones de acompañamiento y seguimiento recaen en el equipo técnico central. Como explican, *“en las comunidades propias no existe como tal un equipo de supervisión diferenciada, sino que esas tareas recaen en el mismo equipo técnico. Además de brindar asistencia técnica y acompañamiento, realizamos acciones de seguimiento y supervisión para verificar el cumplimiento de todo lo que establece el lineamiento en la operación”*. Sin embargo, la frecuencia de estas visitas es variable y suele asociarse a situaciones específicas: *“no vamos mensualmente, no tenemos una frecuencia establecida. Usualmente, por el volumen de cosas que hacemos, vamos cuando ocurre alguna cosa o se identificó que está fallando en algún tema específico”*. Desde este rol, el equipo percibe que no siempre es reconocido como un apoyo frente a los entes de control: *“a veces uno se encuentra con que llegó la visita de un ente de control y, cuando uno va a ver, respondieron cosas que nada que ver. Les decimos: ‘a la próxima pregúntenos porque nosotros también somos un apoyo para ustedes”*.

En las comunidades tercerizadas actúan de forma permanente los dos equipos internos: el técnico y el de supervisión de condiciones. El primero *“es el que da la línea, somos los que*

les enseñamos cómo es que tienen que operar”; su énfasis está en traducir el lineamiento y el anexo técnico en pautas concretas para la gestión cotidiana. El segundo, el equipo de supervisión, “va a supervisar, como su nombre lo dice, el cumplimiento de los contratos” y verifica que se cumpla lo establecido en los anexos técnicos: “el equipo lo que hace es supervisión a que se cumpla todo lo que establecen los anexos técnicos de los convenios en esas unidades operativas”.

Aquí aparece una asimetría importante de funciones: mientras Supervisión tiene facultades para dejar requerimientos formales e incluso generar sanciones contractuales, el equipo técnico no cuenta con herramientas punitivas. Como señalan: *“a pesar de que vamos y verificamos que estén haciendo las actividades, no tenemos ningún papel sancionatorio. Socializamos lo que encontramos, hacemos seguimiento, pero no tenemos competencia para poner, entre comillas, alguna sanción”.* Esto puede ubicar a las unidades en medio de mensajes distintos: por un lado, el acompañamiento técnico que sugiere ajustes; por otro, la supervisión contractual que puede derivar en consecuencias directas si no se cumplen los compromisos del anexo técnico.

Soportes documentales para la supervisión contractual de unidades tercerizadas

Desde el nivel central, el equipo de apoyo a la Supervisión juega un papel clave en la gestión documental asociada a los convenios de Comunidad de Cuidado. Para hacer seguimiento al cumplimiento de las obligaciones y de las minutas contractuales, este equipo trabaja con un conjunto de formatos específicos por componente. Como lo explican, *“para el caso de Comunidad de Cuidado tenemos 10 formatos que son los que sí o sí todos los meses verificamos para poder hacer seguimiento al cumplimiento de las obligaciones y el objeto contractual”.* Estos instrumentos se articulan con procesos, procedimientos e instructivos existentes en la entidad. Por ejemplo, en el componente de ambientes adecuados y seguros se usan formatos de planes de mantenimiento preventivo y correctivo, construidos con base en el instructivo de plantas físicas y la ficha técnica de seguimiento; en talento humano, el formato 214 reúne *“todas las novedades, tanto de contratación como de tipo de contrato, descuentos o novedades que pueda presentar cada uno de los perfiles del talento humano”.* Cada formato, subrayan, *“está ligado a un proceso o a un procedimiento”.*

La mayoría de estos documentos surgió como respuesta a una auditoría de la Contraloría en 2020. A partir de las acciones de mejora, el equipo actualizó el protocolo de presentación de informes y creó o ajustó formatos *“para poder dar respuesta a las acciones u oportunidades de mejora que nos dejó esa auditoría del 2020”.* Se trata, por tanto, de

instrumentos diseñados específicamente para robustecer el proceso de supervisión y su capacidad de mostrar trazabilidad ante los órganos de control.

En términos de control documental, los formatos que manejan son en su mayoría oficiales: *“son formatos ya controlados, están en el mapa de procesos. Y tanto nosotros como los operadores deben darle manejo al formato establecido como tal”*. Solo conservan algunos no controlados para uso interno, como el “capítulo financiero”, que funciona como insumo de trabajo pero no se carga en SECOP ni se usa como evidencia formal. En las visitas de campo, el equipo diligencia principalmente dos documentos: una ayuda de memoria, en la que se registran *“la visita, los hallazgos o no conformidades o el recorrido de lo que se identifique”*, y el formato 220, *“instrumento de verificación por componente”*, que opera como lista de chequeo estándar. Estos formatos se conservan como soporte de la supervisión y solo se socializan si un ente de control los solicita. En contraste, *“los otros 10 sí son todos diligenciados por el asociado y hacen parte integral del informe de supervisión (...) y es el cual se carga al SECOP”* como consolidado de la ejecución mensual.

Aunque el equipo considera que, con los recursos actuales, está en capacidad de hacer una verificación documental adecuada, reconoce que el énfasis deseable debería estar en las visitas a las unidades más que en la revisión de soportes: *“con los 17 que tenemos está el equipo, digamos, con oportunidad de hacer una verificación documental óptima, no tanto en campo porque sí nos gustaría hacer más visitas y menos revisión, pero los tiempos no dan. El equipo de supervisión siempre he dicho que debería estar más en verificación en las unidades operativas y no tanto en revisión de soportes”*. Esta tensión entre control en territorio y carga de revisión alimenta la sensación de burocratización del proceso.

Si bien reconocen que los asociados cumplen con los tiempos de entrega —*“el cuarto día hábil de cada mes debe enviarlos de manera digital por correo electrónico a la subdirectora y al equipo de supervisión”*—, señalan que *“no ha habido un solo mes donde un informe pase sin tener observaciones”*, lo que obliga a realizar ajustes constantes. Las unidades operativas reportan una sensación de duplicación de información, en particular entre el informe mensual y la matriz de enfoques: *“siento que es como la misma información que piden para la matriz de enfoques (...) estamos hablando de repetición de información”*. Además, describen cambios frecuentes en las indicaciones sobre cómo usar ciertos formatos, lo que puede obligar a rehacer evidencias ya recolectadas: *“eso significa que si yo recogí las evidencias de una forma equivocada, pues tengo que devolverme en el tiempo para poder organizar la evidencia y poder cumplir”*.

Gestión documental

La gestión documental constituye un eje determinante en el funcionamiento de las comunidades de cuidado. Lejos de limitarse a “llenar formatos”, implica sostener un entramado de registros, anexos técnicos, actas de visita, planes de mejora, reportes a entes de control y reportes internos que permiten demostrar el cumplimiento del marco normativo, de los estándares de calidad y de las obligaciones contractuales. En la práctica, buena parte del trabajo administrativo de los equipos se orienta a responder a este universo de requerimientos de verificación, provenientes tanto de los organismos externos como de los equipos de inspección, supervisión y asistencia técnica.

Volumen y repetición

En todas las unidades —propias y tercerizadas—, así como en los equipos de trabajo— aparece un consenso fuerte: la carga administrativa asociada a la gestión documental es muy alta y consume una proporción considerable del tiempo disponible, especialmente en enfermería, trabajo social y ocupación humana. En palabras de un equipo, *“sí hay una alta carga administrativa. Eso sí lo hay. Es demandante, es demandante”*. Otra persona enumera la magnitud de formatos y registros que deben diligenciarse: *“tenemos las ayudas de memoria, de reuniones, abordajes, registros de actividades, ingresos, egresos, informes, bueno, toda la cantidad de actividades administrativas”*.

La intensidad de esta carga varía según el tamaño de la unidad y el número de residentes atendidos, pero en todos los casos se percibe como elevada: *“viendo las grandes diferencias que existen de volumen de población entre la otra unidad operativa que tiene más de tres veces lo que tiene esta, pues ya se imaginarán, si acá es alto, pues cómo será allá”*. Los equipos reconocen que el trabajo administrativo es necesario para garantizar trazabilidad y responder ante los entes de control: *“es cierto, hay que dar respuesta, también hay que tener en cuenta que es un trabajo que requiere bastante tiempo también”—, pero insisten en que el volumen actual es desbordado: “es un proceso fundamental (...) para poder garantizar esa trazabilidad (...), pero sí es demasiado”*.

Desde el nivel central, el equipo técnico es consciente de este desgaste y afirma que ha intentado racionalizar el número de formatos: *“es un trabajo que hacemos como de manera permanente, estar como evaluando a ver cuáles nos sirven para diferentes cosas para no tener tantos formatos porque sabemos que a veces es desgastante y, en la dinámica misma de la operación del servicio, no termina siendo como tan práctico”*. Sin embargo, subrayan que estos instrumentos cumplen una función crítica de soporte: *“pero son necesarios”*.

porque tenemos que demostrar unas acciones y tenemos que soportar esto. Es como por ese lado. ”.

En este sentido, señalan que la creación de nuevos formatos no es una práctica rutinaria, sino una respuesta a demandas específicas, a menudo asociadas a los entes de control: *“es muy común que cuando nosotros creamos un nuevo formato, que realmente intentamos no hacerlo, pero digamos creamos un nuevo formato es porque hay una situación específica que lo demanda de esta forma. No sé, que, por ejemplo, que algún ente de control nos pida insumos sobre tal cosa y pues digamos como que no lo tengamos porque pues no es información que siempre al final termina realmente siendo relevante, ¿no?”.* El equipo central ha buscado *“aprovechar de pronto que uno nos sirva para varias cosas”,* pero reconoce que *“sí tenemos que dar respuesta muy puntual a ciertas actividades y hay veces que, por ejemplo, los entes de control nos dicen: ‘listo, ¿cómo me demuestra esto?’ Y eso nos implica muchas veces construir o diseñar un nuevo formato que responda específico a lo que nos está pidiendo el ente de control. Entonces, ahí se nos va sumando uno más”.*

Esta lógica se tensiona con la política de “cero papel” y con el deseo de simplificar, pero está atravesada por la obligación de rendir cuentas sobre el uso de recursos públicos:

“nosotros también quisiéramos como que no hubiese tanto formato y más apuntando a la política de cero papel que tiene la entidad, pero pues no es tan fácil porque pues todos responden a algo. Ahora, somos una Secretaría donde manejamos dineros del Distrito y eso hace que también estemos obligados a soportar absolutamente todas las acciones. ¿Y cómo lo podemos soportar? Pues con estos formatos que es donde podemos soportar como las actividades y como estamos operando el servicio”.

Finalmente, los equipos recuerdan que no todos los formatos tienen el mismo peso: algunos están directamente normados y resultan ineludibles: *“obviamente sí hay formatos que son pues muchísimo más importantes que otros, en cuanto a que por ejemplo la administración de medicamentos, eso está normado, ¿no? Las notas de enfermería, que no se llaman notas de enfermería sino registros en salud, (...) eso está normado, lo requerimos, etcétera”.*

Una fuente importante de la sensación de carga documental es la duplicación de información en múltiples formatos y sistemas. Los equipos describen rutinas donde una misma novedad o dato debe registrarse varias veces: matrices mensuales, matrices de enfoques, informes, registros diarios, archivos en Drive, SIRBE y fichas anexas: *“existe*

demasiadas cosas por diligenciar, demasiados formatos, pero al mismo tiempo hay matrices que diligenciar. Entonces (...) hay que enviar la misma información casi que una, dos o en algunos casos tres veces y esto termina sobrecargando al equipo”.

Desde trabajo social se ilustra el problema con formatos que se solapan en su propósito: *“sí me parecería importante como unificarnos: o hago el uno o hago el otro, porque el seguimiento que yo puedo lo dejo registrado en la ayuda de memoria, pero también este de seguimiento individual... Diría que sería solamente a nivel de trabajo social en el que tendría como alguna sugerencia de que unifiquémoslo, o sea, si no es tan necesario no lo utilicemos”.* Algo similar ocurre con los reportes de novedades: *“si ya hay un drive con unas novedades específicas registradas, ¿para qué volverlas a hacer en un formato para que a uno al otro día le devuelvan el mismo formato? (...) Es como doble trabajo”.*

Además de la repetición, los participantes señalan que la información está dispersa y poco integrada: *“ellos hacen un seguimiento trimestral al plan de cuidado, pero también ese seguimiento lo tienen que registrar en los PAINES (...) ahí es donde se repite la información y es un poco tedioso. Pero la información tampoco se centraliza, o sea, no existe como una sábana de información donde no esté segregada, sino que esté conjunta”.* Esta fragmentación tiene consecuencias prácticas cuando se requiere recuperar datos: *“en el momento de indagar, de averiguar, en el momento en que vengan a investigar, tenemos que buscar de varias bases de datos para poder dar una información”.* De ahí la demanda recurrente de unificar soportes: *“me gustaría que la información fuera centralizada, que no estuviera de a poquitos en diferentes formatos, sino que fuera en un solo formato en donde pudiéramos encontrar toda la información y que las diferentes áreas no tuviéramos que repetir esa información”.*

El componente de salud es señalado como el más sobrecargado administrativamente: *“es lo mismo que hay que hacer en ciertos momentos de manera repetitiva y por lo menos específicamente ahorita con esto de la salud estamos colapsados, porque cada nada mandan una matriz diferente: que pongan aquí qué queja pusieron, que pongan aquí el número de la tutela, que repitan acá el nombre, que pongan la queja acá, que no, esta matriz ya no es, ya la cambiamos por esta”.* Esto se traduce en un tiempo considerable frente al computador o los formatos, que se percibe como sustraído de la atención directa: *“las auxiliares de enfermería casi que todo el tiempo uno las ve y están que escriben y uno dice: ¿y el trabajo directo con las personas mayores en dónde está? (...) demoran muchísimo tiempo haciendo sus notas de enfermería y realmente a veces uno siente que sí dedican más tiempo a las notas que a la atención directa a la persona mayor”.*

A ello se suman gestiones asociadas a tutelas, PQR y trámites con EPS que también quedan, en buena medida, bajo la responsabilidad de los equipos de las comunidades: *“debemos hacer tutelas, (...) disponer muchos auxiliares de enfermería a que vayan y hagan las filas, (...) esperando la respuesta de la tutela, esperando la PQR, desde el trabajo social también apoyando en todas esas situaciones”*. De este modo, la gestión documental no solo implica llenar matrices internas, sino sostener un entramado de exigencias externas que recae sobre un mismo grupo de profesionales.

Los equipos subrayan que la gestión documental termina desplazando tiempos y energías que deberían estar orientados al cuidado directo. Una primera expresión de esto es la ausencia de recurso humano dedicado exclusivamente a archivo y registros: *“normalmente tenemos 195, rondamos sobre los 190 siempre. No hemos tenido en ningún momento menos de esos 190 y en este momento contamos solo con una persona de archivo para todas las personas mayores que se encuentran en esa comunidad. Claramente hay como un apoyo adicional, pero pues, digamos que principalmente persona de archivo tenemos solo una”*. Desde esta perspectiva, contar con personal específico para documentación no sería un lujo, sino una condición para aliviar la sobrecarga: *“un personal en la gestión documental posibilitaría disminuir ese ese hallazgo que como entidad tenemos y como como comunidades de cuidado tenemos frente a la gestión de los formatos, porque la emisión de formatos en estas unidades que son 24 centros es una cosa descomunal”*.

Ante la falta de este apoyo, las coordinaciones recurren a estrategias internas para “hacerle espacio” a la tarea administrativa, usualmente a costa de otros tiempos: *“aquí adopté una metodología y es que tiene dos días al mes administrativos, entonces tengo todo un cronograma para que la unidad no se me quede sola, para que esté en todas las áreas, etcétera, para que puedan trabajar en su casa y adelantar PAINES, estudios de caso, ayudas de memoria, formatos. ¿Por qué? Porque aquí definitivamente no lo pueden hacer”*.

Cuando se intenta cuantificar la proporción entre tareas administrativas y tiempo con las personas mayores, se señala: *“si hablamos de un 100% hablaríamos de un 70% administrativo y un 30% con las personas mayores”*. Los participantes mencionan una paradoja cotidiana: se les exige priorizar la presencia con los residentes, pero el flujo de requerimientos va en sentido contrario:

“nos exigen pues la mayor parte de tiempo estar con las personas mayores, porque pues así debería ser, ¿sí? Pero a veces estar con las personas mayores es muy poco el tiempo porque el trabajo administrativo nos consume mucho (...). A veces estamos

en actividad y enseguida de pronto nos dicen: ‘ven, es que hay que enviar tal cosa, hay que diligenciar ya para allá’ (...) Siento que a veces no se le da el valor, el tiempo que se merecen las personas mayores porque se reemplaza mucho al trabajo administrativo”.

Este desbalance no solo se traduce en menos tiempo disponible, sino en una preocupación ética sobre qué se está poniendo primero: el documento o la persona:

“hay una preocupación que yo tengo y es que estamos poniendo primero el documento a veces antes que la persona, ¿no? Entonces nos llenamos de documentos, nos llenamos de documentos. Son documentos fundamentales, esenciales, pero digamos la nota de enfermería hay que hacer las notas por cada turno, debe tener tres tiempos, debe no sé qué, y yo a veces veo en las narrativas de los auxiliares como ‘es que la nota, es que la nota, lo importante es la nota’. En estos días he venido molestando porque yo subo a veces y les digo: ‘levanten la cabeza, miren a las personas. Atiendan a las personas, levanten la cabeza de la nota”.

La tensión entre documentación y atención se vuelve especialmente visible en interacciones con entes de control. En un caso relatado, la Personería realizó una revisión documental a propósito del rechazo de la alimentación por parte de una nueva residente. El equipo describe que había optado por el diálogo y la concertación: *“una persona que recién había llegado a la unidad, no había tomado el alimento un día. Entonces pues que se reunieron con ella para trabajar, o sea, lo que hacemos en el marco de entender la atención a seres humanos”.* Sin embargo, *“personería nos puso un hallazgo y le levantaron... diciéndole que aquí no llenábamos el formato de seguimiento de la alimentación”.* Para quien relata, esto evidencia un choque de lógicas: *“las personas no se reducen a formatos y a procesos y procedimientos. Las personas son personas, ¿sí? Y en el entender y dialogar con ellos nosotros sabemos cuáles son sus intereses (...) En lugar de yo atender una persona que acaba de llegar y recibirla de otra manera, la pongo a firmar compromisos y la pongo a firmar documentos. Para mí eso es agresivo (...). Operamos bajo la lógica de la evidencia, bajo la lógica del soporte, y se nos olvida que lo que hay aquí son personas, son seres humanos”.*

Cargue y resguardo de la información

Más allá del volumen de formatos, los equipos enfrentan dificultades concretas para el cargue, resguardo y circulación de la información. En la práctica, la infraestructura

tecnológica disponible resulta insuficiente y obliga a recurrir a soluciones parciales que tensionan tanto la seguridad de los datos como el tiempo de los equipos: *“nos encontramos en un escenario en el que es bastante complicado el manejo de la información y el envío de la información (...). No contamos con las cuentas suficientes para el cargue de la información. Es decir, no todas las personas cuentan con una cuenta de la entidad, lo que hace que muchos de estos procesos se carguen en plataformas públicas como Drive, que pueden ser fácilmente (...) un riesgo de manejo de la información”.*

En el plano físico, los procedimientos son más claros y están regulados desde los anexos técnicos: *“toda la información que sale de la atención a cada una de las personas mayores (...) reposa en un expediente que es la historia social. (...) Dentro de los anexos técnicos hay un componente que es el de gestión administrativa, que es el que nos dice cómo tenemos que almacenar, organizar y custodiar toda esta información. Entonces, se les exige que tengan un espacio establecido con unas características establecidas, con un orden establecido para tener toda esta información (...) que va a reposar y va a estar custodiada ahí en las unidades operativas (...) y luego lo recoge la entidad”.* Sin embargo, aún en este plano surgen tensiones cuando la misma información debe trasladarse al formato digital, lo que supone escanear, reenviar y, en ocasiones, volver a registrar datos en otros sistemas.

En el manejo digital, los equipos describen una fragmentación importante. La información se carga en múltiples enlaces, carpetas y matrices, lo que incrementa el trabajo repetitivo y dificulta la trazabilidad: *“desde cada área que maneja la Secretaría envían nuevos formatos, nuevos links, nuevas cosas (...) nos ponen a repetir la misma situación, pero en diferentes link, en diferentes Drive. Y el trabajo es... se dedica uno a veces mucho más a cosas administrativas que a estar trabajando en las actividades de las personas mayores, porque estamos todo el tiempo en la dinámica de ‘hay que pasar esto, hay que entregar esto, llegó otra matriz, llegó otro link, llegó otro Drive’”.* Además, buena parte de esta información incluye datos sensibles de las personas mayores y se gestiona en plataformas compartidas sin garantías claras de seguridad: *“hay información que sí se maneja de manera digital y que son, por ejemplo, informes (...) con información sensible de las personas mayores (...). Las manejamos en un Drive y todo, pero realmente no es tan tan seguro, o por lo menos yo desconozco que haya una seguridad como en estas matrices porque finalmente son archivos en Drive”.*

Frente a este escenario, los equipos plantean la necesidad de contar con una herramienta institucional que funcione como repositorio oficial, unificando el cargue y consulta de la información: *“por la magnitud de la información que se está procesando y reportando sobre*

todo mensualmente (...) se genera una necesidad y esa necesidad es que la Secretaría tenga dispuesto un mecanismo tecnológico para poder reportar de forma oficial esa información (...). Existen ya entidades que manejan una plataforma en donde se presentan esos informes sin necesidad de estar recurriendo a mecanismos de almacenamiento de información en correos electrónicos, porque finalmente también hablamos de la confidencialidad, de la seguridad de la información, de la disponibilidad en todo momento”. Esta propuesta se vincula a la idea de avanzar hacia un software que permita sistematizar y automatizar el registro, simplificando tiempos y mejorando la retroalimentación: “una plataforma donde se pueda sistematizar un poco más y mecanizar, automatizar, simplificaría mucho tiempo y adicionalmente la forma en la que se hace la retroalimentación y no sea (...) a través de un correo electrónico y un Drive”.

La falta de herramientas digitales integradas se suma a otro rasgo estructural: la mayoría de los registros siguen haciéndose a mano, especialmente en el componente de salud. Un equipo describe que *“frente a la automatización (...) está el tema del registro diario de actividades de cuidado en salud, que son las notas de enfermería. Aquí todo es a mano. El reporte de las notas, la entrega de medicamentos, la toma de signos vitales, todo se registra a mano”*. Esto no solo incrementa la carga de trabajo, sino que dificulta la recuperación posterior de la información: *“cuando tenemos procesos de investigación por alguna queja y demás, cuando vamos a las notas, a veces no se entiende la letra, entonces se queda corta la información que se alcanza a sacar”*. El problema se extiende a la supervisión: *“el ejercicio también para los profesionales es súper desgastante porque tienen que estar revisando las notas manuales y si se equivocó alguien, que pase toda la nota y busque a los auxiliares que la pasen y que la firmen. (...) No deja de ser contradictorio que, teniendo de todas maneras una cierta infraestructura tecnológica, tengan que llenar a mano”*.

El equipo de apoyo a la supervisión coincide en este diagnóstico y lo extiende al propio proceso de revisión de informes. Actualmente, la supervisión se realiza de forma manual, revisando archivos enviados por correo y cargados en OneDrive: *“la revisión la hacemos de manera muy manual, muy arcaica, a través del correo que nos envían los asociados y hacemos la verificación a través del OneDrive donde reposa la información que ellos nos entregan. La revisión la hacemos de manera manual, cada uno desde su computador, desde Word o desde Excel, y se carga muy manual también”*. Por ello, recomiendan contar con un aplicativo específico, similar al que se usa para los IOPS: *“que los asociados puedan cargar la información en una plataforma y que podamos hacer la revisión desde la misma plataforma, que esa misma plataforma nos arroje el informe y poder hacer el seguimiento*

y la trazabilidad y guardar el respaldo de la información. Como lo estamos haciendo ahora es muy manual”.

Capacitación y uso de formatos

A pesar de la sobrecarga administrativa, los equipos señalan que sí existen procesos de capacitación y acompañamiento para el manejo de formatos. Desde la línea técnica explican que *“realizamos asistencias técnicas (...) frente al diligenciamiento porque a veces encontramos que no los diligencian de la forma adecuada, o ponen atención no con la calidad que se requiere”* y que, en esos espacios, se trabaja tanto con los formatos oficializados del sistema de gestión como con aquellos que están en proceso de aprobación: *“siempre es desde el sistema de gestión los que estén oficializados y (...) línea técnica de los no controlados mientras se surte todo ese proceso de oficialización”*. Desde las unidades, esta oferta se reconoce: *“se ha tenido el acompañamiento (...) por parte de línea técnica y por parte del equipo de supervisión”* y se considera que, en general, el diligenciamiento de lo exigido es claro.

Existe además una regla compartida: los centros deben usar prioritariamente los formatos controlados del Sistema de Gestión de la entidad. Como lo explica el equipo central: *“siempre se le socializa a los centros (...) que se debe dar cumplimiento a los formatos y documentos que están en el sistema de gestión de la entidad (...). Dentro de las obligaciones se coloca: tienen que dar cumplimiento a lo que esté oficializado en el sistema de gestión, en la versión actualizada”*. Solo de manera puntual se introducen formatos no controlados, siempre desde el equipo técnico y con carácter transitorio, mientras culmina su oficialización: *“creamos un nuevo formato (...) porque hay una situación específica que lo demanda (...). Mientras se realiza la oficialización del documento, nosotros le llamamos documentos no controlados, pero son formatos que les compartimos directamente desde la línea técnica”*. Ejemplos de ello son formatos como el de estudio de caso para solicitudes de traslado, que se diligencian bajo instrucciones directas del equipo técnico.

Sin embargo, desde las unidades operativas aparecen tensiones importantes en torno a la coherencia y estabilidad de esas orientaciones. Varios equipos describen que, en la práctica, pueden recibir indicaciones diferentes sobre un mismo documento, dependiendo de quién capacite o de cambios no siempre explícitos en los lineamientos: *“depende la persona a la que tú le preguntes, te da una información a veces diferente. Entonces, claro, nos hacen una capacitación (...) pero la siguiente capacitación que es dentro de un mes, no sabemos si es que hay un cambio interno de lineamientos o si es que la persona no tiene la información*

que tiene la otra". Esto se traduce en ajustes reiterados sobre formatos ya diligenciados: *"uno dice: 'pero si me habían dado tal alineamiento, ¿pues ahora cambiarlo?' En nuestro caso, unas notas de enfermería es desmontarlas, unos registros es cambiarlos, es modificar algo que ya se ha hecho de acuerdo a una indicación"*.

Las consecuencias de estos cambios no son sólo simbólicas: implican rehacer archivos y reorganizar historias, con un costo significativo en tiempo y esfuerzo. Un equipo relata que, ante modificaciones de lineamientos de archivo, *"tiene que volver a rehacer todo el archivo de esa persona porque resulta que el lineamiento cambió y el archivo que venía manejándose desde hace un montón de tiempo, pues tiene que volverlo a organizar todo, que ya nos ha pasado"*. A esto se suma la existencia de formatos que han quedado desactualizados —como la encuesta de satisfacción que aún pregunta por COVID— y que los equipos identifican como prioritarios de revisión: *"ya no estamos en época de pandemia, entonces empezando por ahí tocaría revisar el formato y las preguntas que tiene"*.

Frente a estas situaciones, las unidades insisten en la necesidad de contar con orientaciones más claras y estandarizadas, o incluso con instructivos que incorporen decisiones técnicas que hoy se resuelven caso a caso. Por ejemplo, en el manejo de medicamentos administrados en otros servicios: *"ese tipo de cosas siento que deberían ir en los instructivos o en algún documento"*; o en criterios comunes de archivo y uso de informativos de salud: *"es importante que se maneje un documento que nos diga 'esto es lo que se va a manejar y en todas las comunidades se va a manejar esta información estandarizada'"*. En paralelo, se señala que la retroalimentación sobre documentos clave puede tardar demasiado, como en el caso de los PAI: *"se puede demorar mucho, por lo menos el PAI se demoró tres, cuatro meses para poder tener la retroalimentación"*.

3.4 Capacidades instaladas para operar

3.4.1 Infraestructura y seguridad

Los problemas relacionados con la infraestructura son un componente relevante del servicio Comunidad de Cuidado, no solo por su impacto directo en las condiciones de vida de las personas mayores, sino por su capacidad para limitar el modelo y los objetivos que orientan el servicio. Uno de los temas que surgió de manera recurrente en las entrevistas es la falta de coherencia entre el modelo de Comunidad de Cuidado y los estándares exigidos. El estándar de infraestructura que debe cumplir el servicio tiene un enfoque hospitalario-geriátrico, con características propias de un modelo asistencialista centrado en la enfermedad, y no de un entorno comunitario.

“El estándar entiende la comunidad de cuidado como el geriátrico que estábamos combatiendo cuando empezamos en 2010 a desestigmatizar los procesos en la vejez, ¿sí? Entonces, mientras con la política vamos en otra vía diciendo: ‘Miren, esta es una oportunidad de vida, aquí se conforma una comunidad, una sociedad nueva, podemos hacer redes que trascienden esos temas de abandono, usted aquí conoce otra gente...’, el estándar te dice: ‘Debe haber aislamientos, deben estar separados, deben estar hombres y mujeres por acá, debe tener una baranda en la cama. El viejo está reducido, ¿sí? Entonces, ¿en qué lugar ponemos a las personas mayores? El estándar pone a las personas mayores también desde el lugar del estigma y de una estereotipación de la vejez relacionada estrictamente con la enfermedad.”

Este enfoque además de homogeneizar cuerpos y necesidades desconoce la diversidad de la vejez y las dinámicas relacionales propias del modelo: *“Resulta que nosotros, en términos de política, nos estamos proyectando y nos estamos pensando la vejez de una manera diferente, las vejezes, porque entendemos que son diferentes, ¿sí?, porque entendemos la diversidad. Pero mientras el estándar quiera homogeneizar los cuerpos, quiera homogeneizar la atención, vamos a distar y vamos a seguir encontrando unos hallazgos gigantes entre unos y otros, ¿sí?”*

En este contexto, para los equipos de trabajo muchos de los hallazgos no se deben a fallas de operación, sino a que el estándar fue concebido para un tipo de institución distinto al servicio:

“Los estándares de calidad que están actualmente publicados o implementados son estándares que ya tienen un tiempo largo y son estándares que se pensaron de una manera muy hospitalaria. Entonces, ¿qué sucede con estas instituciones? Hay muchos estándares de planta física que no cumplen y que nunca van a cumplir porque son muy exigentes. Por ejemplo, ancho de corredores, que todas las puertas deben abrir hacia afuera, ancho de puertas, temas de rampas, sobre todo los porcentajes de inclinación de las rampas. Es un listado grande: en el 99% de las instituciones que visitamos todo queda en incumplimiento porque fue un problema desde la planeación.”

Adicional a lo anterior, los equipos de las unidades propias destacan la incoherencia entre los predios asignados —que están avalados por la Alcaldía y por Plantas Físicas—, el estándar que se les pide cumplir y la realidad de la población atendida. De esta manera, el diseño se percibe como resultado de lógicas arquitectónicas estandarizadas, sin conexión con los requerimientos de cuidado cotidiano ni con los principios comunitarios del servicio:

“Nosotros no hemos logrado articulaciones reales, ¿sí? No hemos logrado incluso articularnos internamente, ¿sí? Entonces me dicen: ‘Este diseño responde a un diseño que ganó, que fue un tema distrital, entonces el Distrito lo escoge, el diseño gana, Plantas Físicas lo avala’, y la pregunta es: ‘¿Y es coherente con el modelo del servicio? No. ¿Es coherente con los estándares? No’.”

Desde las unidades propias también se enfatiza que no siempre cuentan con los requerimientos básicos para el cuidado de personas mayores que hacen parte del servicio. Por ejemplo, aquellas que tienen problemas de movilidad:

“Yo consideraría que, si hablamos de atención de personas con discapacidad, también deberíamos pensar en que la unidad operativa cuente al menos con un diseño universal para la atención de personas mayores con discapacidad, porque acá, pues, no contamos con rampas. Digamos que hacen falta bastantes ajustes para la atención de las personas mayores, porque nosotros tampoco hemos dicho que no o que no estemos de acuerdo, pero sí, por lo menos, que se cuente con unas condiciones básicas y necesarias para las personas con discapacidad. Es importante tenerlo en cuenta.”

Esta desconexión genera hallazgos recurrentes durante las verificaciones, aun cuando los equipos operativos cumplen con sus responsabilidades: *“Esta unidad operativa es una maravilla, qué cosa tan linda, es divina, ¿no? Pero no cumplimos los estándares. Tengo un concepto desfavorable, imagínese: tenemos un concepto desfavorable en IBC en una unidad operativa que es nueva. Yo creo que eso ya nos dice todo.”*

Finalmente, se resalta una reducción drástica en la disponibilidad de predios para el servicio. Supervisión destaca que en Bogotá prácticamente no existen casas que cumplan los estándares, lo cual limita la apertura de nuevas unidades, dificulta la rotación en casos de riesgo y condiciona la continuidad del servicio: *“¿Por qué tenemos solo tres unidades en Bogotá? Porque no hay en Bogotá infraestructura para prestar el servicio. No hay oferentes que se presenten con una casa que cumpla con las condiciones que nosotros pedimos para Comunidad de Cuidado. Entonces ya solo tenemos tres, antes teníamos seis. Ahorita solo tenemos tres; las demás casi todas están afuera porque tienen unos espacios donde pueden adecuarse a los requisitos que nosotros pedimos.”*

Las entrevistas muestran una diferenciación clara entre unidades propias y tercerizadas en las condiciones físicas y los riesgos asociados. En las unidades propias, el deterioro estructural acumulado por años sin mantenimiento integral es el principal hallazgo.

Humedades persistentes, fallas de drenaje, inundaciones, filtraciones, luminarias en mal estado, fallas eléctricas y presencia de vectores afectan directamente la dignidad del cuidado y generan quejas constantes de las personas mayores: *“O sea, cuando llueve, acá sigue lloviendo tres días después porque las goteras son una cosa impresionante, ¿sí? Entonces, la afectación ha venido desarrollando un problema no solamente para la prestación del servicio, sino también para la posibilidad de que las personas se encuentren en lo que la misma política llama vivir en dignidad, ¿sí? Y muchas personas han presentado quejas precisamente porque no se encuentran en las mejores condiciones. No se da una respuesta efectiva que posibilite que las personas se sientan tranquilas dentro de la comunidad de cuidado.”*

Los riesgos de seguridad también se concentran en estas unidades: alarmas que se disparan constantemente y pierden credibilidad, dificultades críticas de evacuación —incluyendo personas mayores ubicadas en pisos altos sin condiciones reales de salida segura— y respuestas lentas ante emergencias: *“Desafortunadamente o afortunadamente, yo he tenido la posibilidad de estar en medio de una emergencia... en el terremoto que hubo hace más o menos dos años y medio, ¿sí? Estábamos acá y precisamente la respuesta fue un poco lenta, justamente porque, como los sistemas se andan disparando, como no se les hace el mantenimiento adecuado, como cuando se realizan las solicitudes no se atienden en la medida en que deben ser atendidas, pues se encuentra una dificultad muy fuerte en lo que tiene que ver con la garantía de ese estándar que manejamos nosotros. Nosotros tenemos un estándar que se llama ‘ambientes adecuados y seguros’ y ha sido difícil darle una respuesta precisamente por esas circunstancias que rodean esta situación.”*

Los equipos resaltan, además, que el mantenimiento de las unidades operativas no es suficientemente pertinente ni oportuno: *“Entonces, partiendo de ahí, está otra situación, y es que en el desarrollo de los procesos de atención no se ha destinado el suficiente presupuesto para el mantenimiento de las unidades operativas.”* Las obras de adecuación, cuando finalmente se realizan —después de largos tiempos de espera—, deben ejecutarse con las personas residentes dentro del predio, lo que limita la calidad de las intervenciones, aumenta los riesgos y hace imposible abordar problemas estructurales profundos: *“Tenemos una unidad operativa muy antigua que tiene unas características de niveles freáticos que no han sido atendidos, por ende, está bastante afectada por la humedad. Se le han realizado unas adecuaciones que no han sido del todo pertinentes, en el entendido de que las personas continúan acá mientras se realizan las adecuaciones propias. Entonces la*

gente no tiene un lugar donde se pueda trasladar para realizar adecuaciones del nivel que se requiere.”

En las unidades tercerizadas, en contraste, la infraestructura tiende a ser más estable y los problemas se concentran en el mantenimiento operativo cotidiano: reparaciones menores, ajustes por deterioro asociado al uso y daños causados por personas con deterioro cognitivo. Aunque presentan desgaste diario, no reportan deterioro estructural severo ni riesgos de seguridad comparables a los de las unidades propias.

Como se ha mencionado, la información muestra que la gestión de la infraestructura depende de procesos institucionales complejos, marcados por prioridades diversas, límites normativos y una coordinación institucional poco eficaz. En las unidades propias, los equipos describen una baja prioridad para el componente de infraestructura: al existir solo dos comunidades de cuidado de operación directa, los tiempos de respuesta de mantenimiento son largos, muchas solicitudes se atienden solo de forma parcial y cada adecuación requiere escalar la misma petición por varias vías. Esta configuración hace que trámites relativamente simples se conviertan en cadenas de gestión extensas, donde intervienen diferentes dependencias y niveles jerárquicos, sin que haya claridad sobre quién debe destrabar los cuellos de botella. Ello genera desgaste institucional y sobrecarga técnica, pues las coordinaciones deben asumir simultáneamente la gestión con Plantas Físicas, el cumplimiento del estándar, la supervisión del personal y las demandas operativas del día a día: *“Nosotros, como responsables de las unidades operativas, debemos brindar una respuesta que básicamente se desarrolla en el marco de escalar y poder gestionar algo que debería gestionarse automáticamente, pero que se dificulta en el entendido de que, como solamente son dos unidades operativas, pues no se les da la prelación que podría llegar a tener, por ejemplo, por poner un ejemplo, Centros Día, ¿sí? Suponiendo que todos los Centros Día fueran propios, estaríamos hablando de 27 Centros Día, mientras que aquí estamos hablando de solamente dos unidades operativas. Entonces esas situaciones, a las que no se les viene prestando atención, van aumentando mucho más la necesidad de atención dentro de esas unidades en lo que tiene que ver con infraestructura y van afectando también un poco, como dando respuesta a la pregunta anterior.”*

Un ejemplo concreto ilustra cómo esta coordinación fragmentada se traduce en demoras que rebasan los tiempos técnicamente recomendables: *“Hasta hace unos dos o tres años, solicitar una fumigación era relativamente sencillo: se diligenciaba el formato de solicitud, se enviaba a la Subdirección y ellos lo gestionaban casi de forma automática. Ahora tenemos que enviar un correo a nivel central, para que desde allí lo remitan a la Subdirección y esta*

finalmente proceda. Esos pasos adicionales en la cadena de comunicación generan demoras que pueden traducirse en 15 o 20 días, un mes o incluso tres meses, para un trámite que debería resolverse con oportunidad en el marco de una fumigación semestral.”

En relación con esto, las coordinaciones expresan una preocupación permanente por la forma como se atienden las necesidades de infraestructura, teniendo en cuenta que se trata de servicios residenciales de larga estancia: *“En cuanto a lo que tiene que ver con las comunidades de cuidado, hay una dificultad que se reconoce, que es evidente, pero que es atendida de una manera poco diligente o con menos de la celeridad que debería tener, en el entendido de que existen personas que residen en estas unidades, ¿sí? Y cualquier cosa que le pase a esas personas, pues es una situación y es una responsabilidad del Estado, es una responsabilidad de Integración Social y, por supuesto, es una responsabilidad —valga la redundancia— de los que somos responsables de las unidades operativas.”*

En las unidades tercerizadas, el manejo es más sistemático: reciben visita de aval inicial, cuentan con compromisos contractuales definidos, planes de mantenimiento preventivo y correctivo y reportes regulares a supervisión. Esto se traduce en una cadena de cumplimiento más clara y tiempos de respuesta más razonables, aunque igualmente están sujetos a observaciones constantes: *“Un punto álgido es el mantenimiento de la planta física, específicamente en las unidades operativas de operación propia. En los tercerizados, pues, ellos tienen un contrato que cumplir, entonces están permanentemente siendo visitados por la supervisión y ellos tienen que cumplir con las observaciones y subsanar lo que les deja supervisión. Entonces, en ellos no se ve tanto la afectación en la planta física, en el cumplimiento tanto del anexo como de los estándares de calidad. Se evidencia más en las de operación propia.”*

No obstante, el equipo de Verificación de condiciones destaca un elemento clave: la SDIS solo está facultada para dejar observaciones, mientras que los entes de control municipales pueden imponer medidas o clausurar. Esto genera tensiones entre las responsabilidades institucionales y las competencias normativas externas: *“No más hace poco, de hecho, en las visitas que les comentábamos, nos pedían, de acuerdo ahorita último al tema de la entrada en vigencia del acuerdo municipal —donde entregan el tema del permiso de funcionamiento para los centros de protección o de larga estancia—, la consecución de timbres por cada cama, temas de elementos para garantizar la privacidad de las personas mayores por habitación. Son temas que en el anexo técnico no se marcan, solamente hay un tema de estándar de capacidad instalada y ciertos aspectos del servicio, pero ahí hay normatividades que van un poco más al tema de garantizar ese tema de la privacidad de los*

usuarios. Y es ahí cuando, en el tema de plantas físicas, empezamos a sufrir un poco, porque son temas que no se habían considerado en los procesos contractuales, que tampoco estaban en los prepliegos y, adicionalmente, que hay que cumplir porque el ente de control lo solicita.”

Aunque se han realizado ajustes contractuales y mejoras en anexos técnicos —corrigiendo especificaciones inexactas o requisitos imposibles de cumplir—, estos avances no resuelven la brecha estructural entre estándar y realidad ni los problemas históricos de infraestructura en las unidades más antiguas: *“En tema de accesibilidad a todos los espacios es un tema que hemos sufrido mucho, y es que la mayoría de nuestras unidades operativas son viejas y han venido prestando el servicio desde hace muchos años, y cumplir con la normatividad actual ha sido un trabajo constante con ellos y con la supervisión para darle el cumplimiento. Eso tiene que ver con rampas, con ascensores, con sillas oruga. Pero hemos hecho un trabajo bastante amplio para que se le dé el cumplimiento. Pero es más por las condiciones de los centros, que son recurrentes y se presentan recurrentemente. Entonces, a medida que la normatividad va cambiando, se han tenido que ir ajustando muchas veces. Eso sería como el punto.”*

3.4.2 Dotación

La dotación es uno de los elementos centrales para garantizar el cuidado cotidiano de las personas mayores. No se trata únicamente de disponer de insumos materiales, sino de asegurar condiciones que resguarden su dignidad: habitaciones aseadas, ropa adecuada, lencería en buen estado y elementos que puedan lavarse y renovarse de forma regular, sin convertir el servicio en algo ostentoso o irreal: *“Esos mínimos, aunque tengan su complejidad, implican unas condiciones dignas, hablamos de unas condiciones dignas normales, sin que sea tampoco como que tengamos todos los días aquí una oferta de menú complejísima. No se le da un vestuario todos los días ni cada fin de semana, tampoco todas las veces en el año, un par de veces. Lo que quiero decir es que con lo que hoy tenemos evidentemente garantizamos unas condiciones mínimas, dignas, adecuadas y que ofrecen una atención en la que yo creo que las personas mayores, y lo dicen y lo verbalizan, están contentas, alegres.”*

Ahora bien, en las entrevistas se identifican una serie de tensiones que atraviesan el diseño, la cantidad y la pertinencia de la dotación. Un primer punto de fricción aparece en la brecha entre lo que exigen los estándares y la realidad de la operación diaria. Diversos elementos incluidos en los lineamientos se perciben como poco viables e, incluso, riesgosos en la

práctica: *“Lo de las mesitas de noche va como en contravía, ¿sí? El estándar exige que cada cama debe tener su mesita de noche por residente. Hay algunos residentes que, por su condición neurológica, es un riesgo alto en salud que tengan una mesita de noche. Y en cuanto a salubridad tampoco es tan bueno, porque ellos tienden a guardar alimentos que generan la presencia de plagas dentro de las habitaciones. Son cositas así que ya en la operatividad del día a día no son tan viables.”*

Esta tensión entre norma y realidad se agrava porque la dotación no reconoce adecuadamente las diferencias entre modalidades (moderada, severa) ni entre unidades grandes y pequeñas. En el anexo técnico se definen con criterios estandarizados (tantas personas = tantos insumos) que no reflejan la carga real de trabajo ni la intensidad del uso de los recursos, especialmente en población severa:

“Sobre todo en la parte de los insumos de aseo institucional. No es lo mismo, vuelvo y reitero, lavar la ropa de una modalidad moderada que de una modalidad severa. En una modalidad moderada lavan una muda de ropa diaria; en una modalidad severa lavamos dos o tres mudas de ropa diarias. Eso hace que el gasto del insumo sea más alto y, por ende, la cantidad de insumos que están por anexo técnico se haga insuficiente. Aparte de esto, el anexo técnico desde la tabla de insumos de aseo institucional no tiene en cuenta todas las áreas de la comunidad de cuidado. Por ejemplo, el jabón multiuso solamente contempla jabón para lavadoras y no jabón para lavar pisos, corredores y demás. Tampoco tiene en cuenta que el hipoclorito sea suficiente para poder hacer las desinfecciones como lo indica el plan de saneamiento.”

“Es importante tener en cuenta la modalidad para la que se va a realizar el anexo técnico, y también el tamaño de la comunidad. En el caso de nosotros, modalidad severa, el 100 % de nuestra población utiliza pañal, se tienen que hacer diferentes cambios al día. Las deposiciones nos crean la necesidad de hacer muchísimo más trabajos de limpieza y desinfección semanal, de las mismas prendas y de la institución. Los insumos que están en la tabla no alcanzan ni para un 50 % de lo que realmente se necesita en nuestra comunidad.”

En las unidades de mayor tamaño, esta lógica estandarizada se traduce en una sensación de escasez permanente: *“Los insumos para la higiene institucional, para el aseo, limpieza y desinfección, resultan a veces muy escasos, muy insuficientes, sobre todo en instituciones grandes. Esas tablas no están aterrizadas en el espacio físico funcional que en la realidad se atiende, sino en un estándar: por tantas personas mayores, tantos insumos. Se desconoce*

que las plantas físicas ofertadas y aprobadas son muy grandes. Como todo va a requerir mantenimiento, las cantidades empiezan a quedar escasas, lo mismo con otros productos para la higiene de las prendas.”

Más allá de los retos comunes en la dotación, la forma en que esta se gestiona y se materializa difiere de manera importante entre las unidades tercerizadas y las propias, pues cada tipo de operación enfrenta limitaciones particulares. En las unidades tercerizadas, la dotación depende de las compras que realiza el operador, pero estas compras están estrictamente reguladas por el anexo técnico del convenio. El margen de decisión es muy reducido: el operador debe adquirir lo que aparece allí, en las cantidades y especificaciones definidas. Por eso, el problema dominante que describen estos actores es la falta de pertinencia.

Desde su perspectiva, el anexo técnico se construye “desde escritorio”, sin dialogar suficientemente con el perfil de las personas mayores ni con la modalidad real de la unidad: *“A veces piden insumos que uno dice: son muy costosos y realmente le servirían muchísimo más a una población moderada, y nosotros podríamos dar uso de ese rubro para elementos que realmente sí sirvan para nuestra población.”*

Los ejemplos se repiten en distintas dimensiones. Por un lado, hay elementos que, lejos de apoyar la autonomía, introducen obstáculos adicionales en la vida diaria, como ocurre con algunos tipos de canecas:

“En un convenio nos pedían unas canecas con tapa hueco y en este convenio ya nos pasaron a canecas con pedal en los sanitarios y tapa que se levanta. Yo tengo unas personas mayores que no pueden usar esas canecas. Ellos no tienen cómo apalancar la tapa para dejar su residuo en la caneca y eso nos generó dificultad en la logística diaria, pero también en que requieren mucha más asistencia en sus cosas de la vida diaria, donde queremos que ellos tengan autonomía. La caneca toca pisarla, se tiene que abrir la tapa para botar el residuo. Entonces, en ese sentido, muchas veces no están aterrizadas las cosas a las dinámicas del servicio. La dotación no tiene por qué convertirse en una barrera para poder atender a nuestra población y mucho menos en algo que, además de que ellos ya están impedidos en muchas cosas, les quite más autonomía en su vida diaria. Debería ser una dotación que realmente respete la autonomía de nuestras personas mayores, que además la apalanche y que ellos no requieran tanta asistencia en todo.”

Por otro lado, se compran elementos que no corresponden con la caracterización de la población, como correas de cuero para personas con alta dependencia física:

“Nos solicitan a nosotros, modalidad severa, donde nuestras personas mayores son psiquiátricas, la mayoría de ellas no tienen movilidad, un cinturón en cuero para hombre y para mujer. Cuando la caracterización nos arroja que todas nuestras personas, o la gran mayoría, requieren sudaderas o vestidos para que sea mucho más fácil para ellos. Y nosotros le preguntamos al equipo: ‘Bueno, ¿y qué hacemos con estas correas?’, porque realmente, o sea, darles un uso sería por mucho el 5 % de todas las correas, ¿y con el resto qué hacemos? No tienen en cuenta las necesidades de nuestra población, que requiere más baberos o elementos para realizar algunas inmobilizaciones y evitar caídas, cosas que realmente sí van acorde a la necesidad de nosotros.”

La misma lógica se observa con algunos equipos de ejercicio entregados a población severa:

“Nosotros tenemos la modalidad severa y la modalidad moderada y, para severos, pedimos una serie de equipos de acondicionamiento físico que no pueden usar las personas mayores. Una persona mayor ya con condición severa no usa una elíptica, no usa una caminadora, no le da uso a esos elementos que sí puede hacerlo un moderado. Entonces hay que dar una mirada totalmente distinta a la funcionalidad para solicitar los insumos o dotaciones del convenio.”

En otros casos, los participantes no cuestionan que cierta dotación sea incorrecta o poco pertinente, sino que la consideran secundaria frente a necesidades más urgentes. Esto se traduce en la percepción de un uso poco eficaz de los recursos:

“Hay cosas que quieren ofrecer que en realidad no son tan oportunas, por ejemplo, eso de las batas de baño. Asignan recursos para ciertas cosas específicas y, si uno se pone a pensar ‘si yo fuera la persona mayor, si yo soy el que está allá’, muchas de esas condiciones que les quieren garantizar, ellos no las requieren porque no estuvieron acostumbrados en su proceso de vida a ciertas cosas. Entonces, esos recursos, cómo optimizarlos en las cosas que sí se requieren y se necesitan, como implementar más personal, que se necesita, garantizar el derecho a la salud y a una vejez digna en realidad. Centrándonos en la población que manejamos y en la situación que vive el país, porque sí hay cosas que se ofrecen, pero que en realidad las personas mayores a eso no les dan uso.”

Aun cuando los operadores identifican estos desajustes, subrayan que su capacidad de incidencia es limitada, porque su obligación contractual es cumplir el anexo técnico tal y como está: *“No hay como un eco sobre las sugerencias que nosotros tenemos al respecto y, al estar establecidas en el anexo técnico, como comunidad le tenemos que dar cumplimiento. Eso nos ha sucedido con la dotación, donde aparecen cosas que realmente nosotros decimos: ‘No es necesario’.”*

Además de la rigidez en el contenido del anexo, los operadores tercerizados señalan que la propia lógica contractual profundiza estas dificultades. Cada convenio tiene una vigencia específica y, al renovarse con el mismo operador, suelen cambiar ciertos ítems de dotación sin una justificación técnica clara. Esto hace que elementos adquiridos en el convenio anterior pierdan vigencia de un año a otro, generando compras repetidas, gastos innecesarios y acumulación de dotación que no mejora efectivamente las condiciones del servicio: *“En un convenio nos pidieron, por ejemplo, unos pedales para que las personas mayores hicieran ejercicio. Eran 25 pedales, y no fueron nada económicos. Al otro convenio: no, que ahora bicicletas estáticas horizontales con otras características. Y allá están arrumados los pedales, porque ahora toca usar las bicicletas estáticas. En ese sentido también hay un gasto de convenio a convenio muy grande, porque nos hicieron cambiar muchas cosas cuando lo anterior estaba funcionando, y no hay flexibilidad para proponer algo mejor o más funcional para las dinámicas del servicio.”*

Por su parte, en las unidades propias, la lógica es distinta. Aquí la dotación depende de las compras internas que realiza la SDIS. Los equipos formulan solicitudes, pero lo que finalmente llega suele hacerlo tarde, en cantidades insuficientes o con especificaciones que no siempre se ajustan a lo requerido. Desde la mirada de estos actores, el problema dominante es la insuficiencia y la falta de renovación: *“Esas cosas que plantea un servicio no se ven materializadas en elementos tangibles para nosotros, ¿sí? Entonces operamos diferente a un tercerizado. El tercerizado se contrata con todo el paquete.”*

En el caso de las unidades operativas propias, la Subdirección de Vejez cuenta con un instrumento específico para el seguimiento de la dotación: el Formulario Único de Registro de Inventario (FURI), que se actualiza mensualmente y registra los bienes muebles y enseres disponibles en cada casa. Para esta evaluación, el equipo técnico central puso a disposición un FURI correspondiente a un mes de 2025 como ejemplo, lo que permite ilustrar varias de las tensiones señaladas por los equipos. En ambas unidades se consignan cientos de ítems distribuidos en categorías como menaje, aseo, mobiliario, lencería, vestuario y ayudas técnicas; sin embargo, más de la mitad de estos no tiene diligenciado su estado (funcional o

no funcional), lo que limita el uso del instrumento para orientar decisiones de reposición. Al mismo tiempo, se observan diferencias marcadas en la categoría de lencería: mientras una unidad reporta existencias muy limitadas de juegos de cama y toallas y ausencia de protectores y almohadas, la otra consigna varios cientos de unidades en estado funcional. Esta combinación de registros incompletos y desigualdades entre casas muestra que, aun contando con un mecanismo mensual de inventario, la dotación no se gestiona de forma homogénea ni se vincula de manera sistemática a una política de reposición acorde con la intensidad de uso del servicio.

Esta insuficiencia impacta no sólo los mínimos de cuidado, sino la posibilidad de desplegar plenamente los componentes misionales del modelo, en particular la ocupación humana y las actividades que buscan ir más allá de lo asistencial: *“Nosotros hacemos lo que nos pide el modelo: identifiquen las habilidades de las personas mayores. Aquí me salieron 15 que saben tocar tiple y quieren retomar el tiple. No tengo un solo tiple y no hay contratos para comprar tiples”*.

“Decimos que hoy transitamos de unas políticas aspiracionales a unas políticas con resultados, con evidencias y con productos. Por eso tenemos unos componentes dentro del servicio: cuidado integral, ocupación humana y familia, participación y redes. Entonces, ¿cómo potenciamos nosotros los temas de ocupación humana? ¿Cómo trabajamos con ellos en términos del trabajo, cuando la proyección institucional dista de esto, dista de tener herramientas? A ellos les gusta la vuelta a la agricultura: ¿dónde tenemos los contratos, los convenios, las dotaciones en carretillas, palas, semillas, etcétera? Queremos potenciar la pintura en ellos y resulta que nuestros contratos, más de papelería, no contemplan bastidores, no contemplan óleos, no contemplan compra de instrumentos musicales”

A lo anterior se suma un desajuste importante entre los tiempos institucionales de compra y la dinámica del talento humano dentro de las unidades propias. Las demoras prolongadas en la llegada de la dotación hacen que, en muchos casos, los insumos solicitados para fortalecer un proceso específico lleguen cuando ese proceso ya ha cambiado o cuando el profesional que lo impulsaba ha sido reubicado. En la práctica, esto produce una pérdida de oportunidad: los recursos llegan desfasados frente a la realidad de la comunidad de cuidado y terminan subutilizados o guardados, sin responder a las necesidades para las cuales fueron originalmente pedidos.

“Te voy a poner un ejemplo que ha sucedido mucho con el rol del artista. El artista es un rol muy importante porque desarrolla muchísimas capacidades de expresión de las personas, muchísimos procesos de satisfacción, de que puedan desarrollar otras acciones que no necesariamente sean pensarse en comer, dormir y trabajar. Si en este momento cuento con un profesional que tiene un enfoque en acciones teatrales y desarrolla un grupo de teatro, establece un proceso y realiza un acompañamiento, para el siguiente año esas personas ya se han trasladado y ese profesional también se ha reubicado, y es cuando me llegan los insumos que pedí el año anterior. Me van a llegar unos insumos cuando ya no tengo un profesional en teatro, sino en música o en pintura. Estos procesos son tan demorados que casi se demoran poco más de un año. Entonces no se está dando respuesta a la realidad de lo que requiere la comunidad de cuidado”.

La insuficiencia también alcanza insumos básicos de aseo y vestuario: *“Insumos de aseo, incluso cuchillas de afeitar, no hemos tenido. Tenemos consumos como talcos, como desodorantes, que no están o lo que llega no alcanza. Y de ropa también.”* Ese déficit no se queda en lo cotidiano: llega a bloquear articulaciones externas que ya han sido coordinadas con otros servicios. Actividades que podrían enriquecer la vida de las personas mayores terminan frenadas porque no se cuenta con la dotación mínima requerida y porque la gestión institucional para conseguirla puede resultar ineficaz: *“Logramos hacer una articulación con el CDC de la Victoria para cursos de natación con personas mayores y tuvimos dificultades porque aquí no teníamos insumos de pantalonetas de lycra, que son las que se requieren para este tipo de actividades. Entonces, hasta en eso, en ropa, tenemos que estar mirando estas dificultades o barreras para poder acceder a ciertas articulaciones.”*

Finalmente, los equipos de unidades propias enfatizan que la planificación de la dotación no puede limitarse a la “primera compra”, sino que debe incorporar de manera sistemática la reposición periódica de elementos que, por la naturaleza del servicio, se deterioran con rapidez. En contextos de alta dependencia, colchones, protectores antilfluidos, almohadas, ropa básica y utensilios de uso diario tienen una vida útil mucho más corta de la que suele contemplarse en los presupuestos institucionales.

“Algo que nos pide Secretaría de Salud, y que uno se lo piensa, es protectores de colchones y almohadas. En las dotaciones, en las compras, no se proyectan compras de protectores de colchones y de almohadas antilfluidos. Entonces, básicamente, estamos mirando a ver de qué redes, de qué lado sacamos para cumplir con una situación de estas. Yo pienso que debe haber unas proyecciones y unas planeaciones

que contemplen que se deben renovar esas dotaciones, que debe haber cambios. Y eso es un tema al interior de la entidad, al interior, que disponga presupuestalmente.”

La falta de reposición oportuna obliga a las unidades a rotar elementos entre casas, improvisar soluciones o recurrir a redes externas para cumplir con exigencias sanitarias mínimas. Desde la perspectiva de los equipos, sin una política clara de renovación y sin recursos asignados para ello, la dotación pierde su capacidad de garantizar condiciones dignas y seguras, y el desgaste natural de los elementos se convierte en una fuente sostenida de precariedad operativa.

“Nosotros a veces nos rotamos cosas entre las unidades propias. Lo que tiene que haber acá es planeación presupuestal. Debe haber, por ejemplo, 60 colchones, pero además algunos cambios. ¿Cuánta vida útil tiene un colchón? Entendiendo que las personas tienen unas cualidades fisiológicas diferentes, ¿cuánto le doy de vida útil a un colchón y cuánto proyecto ese presupuesto? Las camas duran un poco más. Esos elementos son fundamentales para la vida y para el mantenimiento también de la unidad”

3.4.3 Recursos humanos

Estructura y suficiencia del talento humano

El funcionamiento de las comunidades de cuidado exige una estructura de talento humano amplia y diversificada, en la que coexisten responsabilidades administrativas, trámites, apoyo asistencial y atención interdisciplinaria: *“las comunidades de cuidado tienen aproximadamente tres equipos macro: el equipo administrativo, el equipo de apoyo en trámites de salud o enfermería, y el equipo de atención interdisciplinaria, que son los que están en este modelo de atención 24/7”*.

Dentro de esta configuración, los equipos asumen niveles particularmente notables de responsabilidad, tanto técnica como disciplinaria, asociados al cuidado cotidiano de personas con alta fragilidad: *“nosotros nos cargamos más por la responsabilidad; potenciamos la autonomía y la independencia, pero la responsabilidad sobre esos cuerpos, sobre esas personas, la tenemos nosotros. Si hacemos una mala administración del medicamento, el problema es disciplinario para nosotros. Si una persona sale a la calle y sufre un accidente, la responsabilidad es nuestra”*.

La operación permanente del servicio 24/7 agrava esta presión. Se trata de unidades con alta rotación de tareas, múltiples frentes simultáneos y exigencias constantes de vigilancia, acompañamiento y respuesta inmediata. Como se describe: *“la prestación del servicio es un escenario muy complicado en una unidad 24/7; eso va desarrollando características en el talento humano y unas capacidades que no se desarrollan en cualquier unidad operativa. El nivel de desgaste del personal en una unidad como esta es muy diferente al de una casa de la sabiduría, un centro día o un plan asistencial, porque los espacios de atención son bastante amplios y eso genera desgaste”*.

El carácter continuo de la operación limita la posibilidad de pausas, redistribuciones y procesos de recuperación del personal, lo que incrementa la fatiga física y emocional. A estas tensiones se suma la dificultad de cumplir simultáneamente las normas laborales vigentes y los requerimientos propios de un servicio que no se detiene. En particular, el ajuste a los turnos y límites de horas establecidos por la Ley 2466 resulta complejo frente a la obligación de garantizar acompañamiento constante:

“hemos presentado situaciones complicadas frente a la ley. El inconveniente ha sido en enfermería: la ley fija parámetros de horas y turnos, pero nuestros salarios son integrales y manejan horas extra. Ha sido tedioso cumplir la ley y lo que exige el gobierno para el acompañamiento. Hemos tenido que jugar muchísimo con los horarios para poder cumplir con ambas cosas sin caer en una falta”.

De manera transversal, los equipos reportan déficits persistentes de talento humano, tanto en número como en distribución interna. Esto se reconoce de manera explícita: *“frente a la situación de talento humano existe un déficit que no se ha logrado cumplir”*. El problema no es homogéneo: se manifiesta con más fuerza en unidades con mayor carga y en modalidades de mayor complejidad: *“las cargas dependen de la modalidad; es diferente manejar 50 personas en moderado que 50 en severo. Y lo mismo cuando son 100: es el mismo equipo de trabajo para 50 que para 100 personas. La carga laboral se nota y es insuficiente para atender a 100 personas”*.

Incluso al interior de las unidades propias se señalan diferencias en la distribución del personal de enfermería, que se viven como inequitativas y con impacto en la carga cotidiana. Desde una de ellas se plantea: *“nosotros tenemos 195 personas y somos seis jefes de enfermería; en la otra unidad tienen 91 personas y son tres jefes. Se siente ese desbalance y esa diferencia entre perfiles; debería ser proporcional a la cantidad de personas mayores”*. Si bien la relación personas/jefes no es numéricamente muy distante entre ambas unidades,

el equipo enfatiza que, en el contexto de las responsabilidades clínicas, administrativas y de coordinación que asumen, estas variaciones se traducen en diferencias sensibles en la capacidad de respuesta y en la presión sobre el equipo.

La rotación del talento humano es un problema transversal: *“nos encontramos entonces también con una rotación constante, no solamente de las personas, sino también del personal.”*, pero con mayor expresión en unidades con alta dependencia severa y con cargas intensivas: *“me renuncian muy seguido”*. La rotación no solo afecta la estabilidad del equipo, sino que también impacta la calidad del cuidado, la continuidad de los procesos y la consolidación de vínculos con las personas mayores.

Frente a los vacíos recurrentes en la contratación y la alta rotación, algunas unidades han implementado estrategias para evitar el descubierto del servicio. Esto incluye bancos de hojas de vida preaprobadas por la entidad: *“Hemos implementado estrategias de contratar tiempos adicionales y tener hojas de vida en reserva, avaladas, para poder cubrir inmediatamente. Sobre todo auxiliares de enfermería, por la alta rotación y la demanda de funciones. La estrategia es tener un banco de hojas de vida para formalizarlo rápido”*.

Perfiles y roles del talento humano

En las comunidades de cuidado, la composición del talento humano enfrenta tensiones profundas entre los estándares exigidos, las funciones reales del servicio y la disponibilidad efectiva de personal. El caso más crítico es el del equipo asistencial, particularmente del grupo de auxiliares de enfermería, cuya rotación, carga de trabajo y presión operativa se perciben como estructurales. Desde una de las unidades se señala que, aunque formalmente se cumple —e incluso se supera— el estándar de personal, esto no se traduce en suficiencia para la operación cotidiana: *“las condiciones son adecuadas; cumplimos con los estándares y hasta los superamos, pero la mayoría de las quejas es que los perfiles asistenciales son pocos. Con perfiles asistenciales me refiero sobre todo a auxiliares de enfermería, por toda la carga en el cuidado que tienen”*.

La distribución de otros perfiles profesionales presenta menos dificultades, pero el componente de enfermería sigue siendo insuficiente para las necesidades reales del modelo: *“en la cantidad de profesionales no hemos tenido inconvenientes, pero sí en enfermería. Sería muy bueno contemplar mayor cobertura porque la mayor cantidad de actividades se desarrolla en salud, autocuidado y seguimiento. La modalidad severa*

requiere muchísima atención y a veces el talento humano es corto para las necesidades de la comunidad”.

Una de las razones de esta insuficiencia es que el personal de enfermería no solo atiende la operación interna, sino que debe responder al conjunto del componente de salud, incluyendo hospitalizaciones, trámites, acompañamientos externos y urgencias. Esto genera brechas importantes entre la planeación nominal del talento humano y la realidad cotidiana:

“En modalidad severa las personas son más propensas a estar hospitalizadas. Hay momentos en que tenemos varias personas hospitalizadas, otras en citas médicas, otras con incapacidades, y la rotación del personal es constante. La fórmula con la que se planifica el talento humano no contempla estos tiempos y movimientos. Un enfermero puede estar asignado para 10 personas, pero con las rotaciones termina cuidando 20. Eso genera estrés, ausencias y más desgaste”.

A esto se suma que, en la práctica, buena parte de los auxiliares no está disponible para la atención directa dentro de la unidad, pues deben realizar trámites externos: *“a veces sí está la cantidad de auxiliares de acuerdo al número de residentes, pero algunos no están disponibles porque salen a reclamar medicamentos, solicitar citas u otras vueltas operativas. No están presentes en la atención de la persona mayor”.* Esta situación genera un efecto en cadena: menor presencia asistencial, aumento de carga para quienes permanecen y dificultad para sostener la calidad del cuidado cotidiano.

Como se había mencionado anteriormente, la presión también se extiende a áreas de apoyo, especialmente en servicios generales y alimentación, cuya dotación no es proporcional al número de personas ni al volumen real de tareas: *“en servicios generales y alimentos pasa lo mismo: para 50 personas mayores es el mismo personal que para 100. Tienen una carga laboral muy grande y hay déficit de talento humano en estas áreas”.* Esto muestra que el problema no se limita al componente asistencial, sino que atraviesa la operación completa: alimentación, aseo, lavandería, mantenimiento y logística interna.

En este escenario, los responsables del servicio identifican una dificultad estructural para cumplir con todos los procesos técnicos que exige el modelo: *“la situación con el talento humano hace muy difícil establecer todas las acciones que están en nuestras manos sin tener un equipo que nos permita dar una respuesta efectiva en línea técnica”.* La insuficiencia de personal limita la posibilidad de desarrollar intervenciones individualizadas, realizar

seguimiento constante y sostener el enfoque de acompañamiento integral previsto en el diseño institucional.

Las entrevistas señalan inconsistencias entre los perfiles y tiempos de dedicación exigidos para ciertos cargos y las condiciones reales de operación. En el caso del médico, esta tensión se hace especialmente evidente. Por un lado, la resolución sanitaria vigente exige que *haya “tiempo diario de disponibilidad de ese médico”* en las comunidades. Por otro lado, los estándares de calidad y los anexos técnicos vinculan el tiempo del médico con el número de personas atendidas: cuando la unidad supera las 50 personas se plantea la necesidad de un médico medio tiempo, y cuando supera las 75 personas, se establece que debería ser tiempo completo.

A pesar de estas exigencias formales, en la práctica el médico se contrata para funciones muy puntuales, principalmente: *“para hacer unas valoraciones específicas para determinar si requiere camas con baranda o no (...) Entonces, es para una cosa muy específica que vamos a tenerlos para valorar a las personas mayores, pero la resolución como tal nos pide tiempo diario de disponibilidad de ese médico”*. Además, los participantes resaltan una *incoherencia interna de la propia resolución*: *“una de las cosas como locas que tiene esta resolución es que en centros de mayor complejidad piden un médico menos tiempo. Pero para los que son de menor complejidad piden un médico más tiempo (...). Nosotros modalidad moderada no brindamos servicios de salud especializados ni tenemos habilitaciones en salud, pero nos piden un médico 8 horas de disponibilidad diaria (...). Entonces, a otros servicios que tienen temas más complejos de salud, les pide 4 horas no más”*.

En la práctica, lo que se está contratando es un rol puntual y restringido: *“contratemos el médico, pero para valoraciones específicas, como determinar si requieren camas con baranda. La resolución pide tiempo diario de disponibilidad, pero lo que tendremos es para algo muy específico”*. En general, los equipos cuestionan la lógica interna del estándar: *“una de las cosas locas de la resolución es que en centros de mayor complejidad piden menos tiempo del médico; para los de menor complejidad piden más. Nosotros, modalidad moderada, pedimos que nos califiquen como gerontológico porque no brindamos servicios especializados, pero nos piden un médico 8 horas diarias. A otros servicios geriátricos les piden solo 4”*.

Por otro lado, la falta de claridad en las funciones de ciertos perfiles también contribuye a la sobrecarga y a la fragmentación de tareas. Uno de los casos más reportados es el de gerontología: *“a veces el rol del gerontólogo no se tiene claro desde el anexo técnico. Termina siendo el ‘todero’ de la comunidad: hace de todo un poquito y nada al mismo tiempo. Hay una carga administrativa fuerte”*.

Situaciones similares aparecen con psicología, donde existe una diferencia entre lo que exige el estándar y lo que piden los anexos técnicos: *“los estándares dicen que debe haber un psicólogo, pero en los anexos técnicos es a necesidad de la unidad operativa”*.

También se menciona la ausencia de perfiles clave para el enfoque del servicio, como terapia ocupacional: *“es fundamental tener terapia ocupacional porque el proyecto es inclusión social y productiva de las personas mayores, y no lo tenemos. Se ha suplido con experiencia, pero no debería ser así”*. Otro caso es el perfil ambiental, donde la unidad cuenta con una persona formada, pero contratada bajo un nivel técnico que limita sus funciones: *“tenemos una ingeniera, pero como está contratada, no podemos exigirle cosas como profesional, aunque tiene las capacidades”*. Finalmente, emergen perfiles necesarios para el soporte operativo, como la administración de cajas menores, que actualmente no tiene un responsable exclusivo: *“es necesario actualizar el talento humano con una persona delegada para cajas menores; sin esa persona responsable, tendremos dificultades.”*

En las unidades propias señalan que, aunque se cumple con contar con los profesionales exigidos, no siempre se verifican énfasis o competencias específicas para el trabajo con personas mayores. Esto afecta la pertinencia de ciertos perfiles y su capacidad para desarrollar actividades acordes al modelo comunitario. Un ejemplo frecuente es el de artes: *“aunque dentro de los profesionales hay unas características, no hay énfasis específicos en los perfiles. En artes se pide que sea profesional en artes, pero no se revisa si tiene capacidades específicas para trabajar con personas mayores. Eso genera un desnivel: se pueden potenciar muchas cosas, pero nos quedamos flojos en otras”*.

En las unidades tercerizadas, por el contrario, la exigencia de cumplimiento del anexo técnico es más rígida y se controla directamente desde la supervisión. Así lo describe el equipo: *“nosotros hacemos la verificación y damos aval a cada uno de los perfiles incluidos en el talento humano. El asociado puede contratar a quien quiera, pero debe presentarnos los perfiles y cumplir con experiencia y formación según el anexo técnico. Si pedimos que un*

auxiliar de enfermería tenga seis meses de experiencia y formación específica, eso no es negociable: sí o sí lo tiene que cumplir”.

Sobrecarga y bienestar

De manera transversal, quienes trabajan en las comunidades de cuidado describen una sensación de hiperresponsabilidad y sobrecarga que desborda la jornada laboral y se cuela en la vida cotidiana. El trabajo no se termina al salir de la unidad operativa: *“no nos podemos estar desligando todo el tiempo. Entonces, te vas un fin de semana, pero sigues conectado al trabajo. Sigues pensando en lo que hace falta o la misma carga administrativa lleva a que uno se lleve el trabajo para la casa porque no se pudo completar en el tiempo que se estuvo en la comunidad de cuidado. Hemos podido ver que existe un poco de burnout: se crean estrategias, se tiene la estrategia del cuidado al cuidador, pero la carga y el cuidado que requieren las personas mayores —muy frágiles y cada vez más frágiles— nos lleva a tener una carga no solamente laboral, sino emocional, porque así no se quiera se generan vínculos con estas personas”.* La experiencia del cuidado institucional se vive, así, como un trabajo intenso en lo físico, lo técnico y lo afectivo.

El modelo de atención reconoce esta tensión e incluye formalmente un componente de “respiro al cuidador” dirigido al talento humano, lo que muestra que la sobrecarga no es un problema invisible para la entidad: *“nosotros tenemos dentro del componente de atención social una línea de atención que es respiro a cuidadores, que es la única línea que no está dirigida a las personas mayores, sino al talento humano de las comunidades de cuidado. Son espacios creados para que las personas tengan un espacio de respiro y de descargue de las cargas que implica el cuidado directo de personas mayores”.* En el plano normativo, por tanto, existe la intención de cuidar a quienes cuidan.

Sin embargo, en la práctica, este respiro se percibe como una herramienta limitada, con restricciones técnicas y escaso desarrollo metodológico: *“en el marco del modelo de atención tenemos algo que se llama el respiro del cuidador, pero es un programa que carece de varios lineamientos y que además tiene restricciones. Decimos: ‘hagamos un programa de respiro del cuidador, apliquemos la escala de burnout para identificar quién es el cuidador quemado y miremos cómo se puede apoyar’. Pero luego dicen: ‘no pueden aplicar esa escala, no pueden usar tal cosa’. Entonces tenemos un programa de respiro al cuidador que se vuelve algo que está en el papel, pero con el que tenemos dificultad para avanzar. Los programas de respiro de los cuidadores deberían ser algo con una línea más institucional, que no se quede en los pocos recursos que se pueden trabajar”.* La distancia entre lo que el

modelo propone y lo que realmente se implementa deja a los equipos con herramientas parciales y poco sistemáticas para tramitar su desgaste.

El impacto emocional de este contexto se expresa con fuerza en los relatos: *“si trabajamos la sobrecarga, eso va a redundar de manera positiva en la atención de las personas. Esto tiene una carga emocional fuerte: las historias de vida de quienes habitan acá son fuertes. Yo he tenido que tomarme momentos de respiro para irme a llorar al baño. Tengo esas herramientas para poder analizar todo esto y no hacerlo parte de mi vida, para que no me afecte completamente”*. La necesidad de espacios de contención y acompañamiento psicosocial no se plantea solo como un “beneficio” para el personal, sino como una condición para sostener una atención humanizada.

Al mismo tiempo, los equipos reconocen que los procesos de bienestar no están plenamente instalados como una realidad institucional para todo el talento humano. Se insiste en que sería necesario articular apoyos desde otras instancias de la entidad y trabajar explícitamente el riesgo psicosocial: *“hay que articular también desde otras instancias cómo vamos a dar la atención. El tema de bienestar aquí no es una realidad, pero sí puede ser real el trabajo de la sobrecarga y el acompañamiento en lo que tiene que ver con el riesgo psicosocial al que están expuestos nuestros cuidadores”*. Es decir, existe consciencia del problema, pero la respuesta institucional es todavía fragmentaria.

En este escenario, algunas unidades han logrado activar apoyos puntuales gracias a la gestión individual de las coordinaciones: *“aquí lo que hemos logrado, pero que tiene que ver mucho con la propia gestión desde la coordinación, es traer y poner a circular procesos desde el equipo de seguridad y salud en el trabajo”*. Estas iniciativas muestran que hay rutas posibles, pero dependen en buena medida del liderazgo territorial y no de una política consolidada y homogénea para todo el servicio.

Incluso cuando se ponen en marcha talleres y espacios de formación o cuidado para el equipo, las condiciones operativas dificultan la participación plena de todos los perfiles: *“en la unidad se han venido desarrollando diferentes espacios relacionados con trabajo en equipo, atención humanizada; también hemos tenido algunos espacios en ese tema. Secretaría de la Mujer, perdón, Secretaría de Justicia, Casa de la Justicia, han acompañado procesos muy bonitos y significativos para el talento humano. Desafortunadamente, a veces por temas administrativos no he podido estar en todos los talleres, pero en los que he podido estar han sido muy valiosos y nos han brindado herramientas como equipo para fortalecernos y mejorar el tema psicosocial del propio equipo. A veces nos enfocamos en la*

atención hacia la persona mayor, pero descuidamos nuestro propio bienestar y nuestra salud mental". El resultado es una paradoja: se reconocen la importancia del cuidado al cuidador y se activan esfuerzos concretos, pero la sobrecarga estructural y las exigencias operativas impiden que estos procesos lleguen de manera suficiente y sostenida a todos los miembros de los equipos.

La sobrecarga de los equipos también se manifiesta en la documentación y las tareas administrativas que se convierten en una dificultad que resta tiempo y energía a la atención directa. Los equipos deben asumir simultáneamente el trabajo técnico con las personas mayores y toda la carga administrativa asociada: *"acá generalmente tenemos como 195 personas mayores y, desde el área de ocupación humana, desde que se abrió esta unidad operativa solo estamos una terapeuta ocupacional y una fisioterapeuta. Si bien contamos con otros perfiles que nos apoyan para el desarrollo de actividades, a nivel administrativo estamos solas y cada una tiene que asumir 195 seguimientos de las personas mayores, valoraciones, ayudas de memoria, registros, vincular a las personas a diferentes actividades".* La tensión permanente entre responder a las exigencias de registro y sostener espacios de acompañamiento cotidiano limita la capacidad de estos perfiles para desarrollar plenamente su rol: *"Muchas veces, por estar en la atención, uno deja de lado temas administrativos; y si uno se enfoca en lo administrativo, entonces no está en la atención con las personas mayores. Eso ha sido un tema bastante preocupante y que genera sobrecarga en nosotros".*

Esta sobrecarga administrativa también atraviesa de manera muy marcada al equipo de enfermería y a las auxiliares, que reportan dedicar una proporción considerable de su jornada a diligenciar notas y formatos. Desde la experiencia en una unidad, se señala que *"en todas las áreas, trabajo social, psicología y demás, pasa algo similar; pero en enfermería demoran muchísimo tiempo haciendo sus notas de enfermería y a veces uno siente que dedican más tiempo a las notas que a la atención directa a la persona mayor. Es importante tenerlo en cuenta".* En el pasado, las auxiliares podían participar de forma más activa en las actividades con las personas mayores, pero esto se ha ido restringiendo por la presión documental: *"en alguna época había la oportunidad de que las auxiliares se vincularan a las acciones con las personas mayores. Ya en esta época no se puede contar con esa vinculación que fortalecía las actividades porque las 'planas' que tienen que hacer son terribles; uno en serio se gasta en eso, entonces su atención obviamente queda minimizada".*

En el caso específico de las auxiliares de enfermería, la carga administrativa se suma a la responsabilidad de acompañar trámites externos y a la necesidad de mantener la cobertura

mínima dentro de la unidad: *“son nueve auxiliares por turno: cinco o seis en la cotidianidad y cuatro en la noche. No obstante, en el día, con los trámites médicos o de salud, por protocolo ellos acompañan y se quedan uno o dos en la unidad. Sería bueno revisarnos con el tema de las notas y mirar también que ellos logren integrarse a las actividades”*. El resultado es un círculo difícil de romper: se incrementan los requerimientos de registro para garantizar trazabilidad y control, pero esto reduce el tiempo disponible para el acompañamiento directo.

Formación

Aunque el modelo de Comunidad de Cuidado exige un alto dominio técnico y ético para trabajar con personas mayores en alta vulnerabilidad y dependencia, la formación disponible para los equipos no alcanza el nivel de especialización ni la continuidad que el servicio requiere. Desde las comunidades se identifica, por ejemplo, que persisten confusiones básicas sobre envejecimiento, discapacidad y dependencia: *“algunas situaciones que he podido identificar en los equipos profesionales tienen que ver con la mala interpretación de que la disminución por envejecimiento —que es un proceso natural— contribuye a la discapacidad, cosa que no en todos los casos es exactamente de esa manera”*. Esta lectura pone sobre la mesa la necesidad de procesos sistemáticos de formación y no solo de transmisiones puntuales de información.

Ante este vacío, muchas acciones de capacitación surgen más por iniciativas territoriales de coordinación que por una ruta institucional clara: *“nos damos a la tarea en unos ejercicios propios que salen desde la coordinación, pero como subdirección encargada de este tema deberíamos tener procesos de formación: un diplomado en liderazgo, cualificar los temas de atención, una atención realmente humanizada”*.

En la práctica, buena parte de la capacitación institucional se orienta al manejo de formatos y sistemas, más que a fortalecer criterios técnicos, clínicos o relacionales: *“reciben orientaciones o acompañamiento para saber cómo manejar los formatos y los sistemas en los que registran la información, para que sean claros los reportes. Frente a esas orientaciones a veces hay dificultades, pero ha sido más bien claro el diligenciamiento de los formatos y lo que se debe realizar, con acompañamiento de línea técnica y del equipo de supervisión”*. De este modo, la formación se concentra en asegurar el registro administrativo, mientras que temas de fondo —como el trabajo con personas mayores con demencia, trastornos psiquiátricos o alta complejidad social— quedan rezagados.

Los propios actores plantean la necesidad de cualificación específica en problemáticas de la población atendida: *“en el convenio actual tenemos personas mayores que han ingresado no solo por su condición física, sino por su condición cognitiva o psiquiátrica. Es importante cualificarnos en el manejo de personas mayores con diagnóstico psiquiátrico, con demencia, en relación con su parte cognitiva. Esto debería tomarse en cuenta en las capacitaciones, tanto para nosotros como profesionales como para el equipo de enfermería”*. Desde enfermería se insiste en lo mismo, destacando el impacto del tratamiento farmacológico en la práctica diaria: *“consideramos que, con la parte psiquiátrica, no es lo mismo manejar como enfermera a una persona cognitivamente cuando la puede manejar sin medicamento que cuando la debe manejar con medicamento. La última capacitación fue sobre manejo de formatos. Ese día le dijimos a la gerontóloga que nos socializaba el tema que es muy importante el manejo de parte de nosotros hacia las personas”*.

Adicionalmente, los actores tienen inconformidades frente al diseño y la logística de las jornadas de capacitación. En las unidades ubicadas fuera de Bogotá, los desplazamientos prolongados restan tiempo efectivo al trabajo directo y no siempre se percibe que el contenido justifique el esfuerzo: *“a veces es dispendioso para los que estamos fuera de Bogotá cumplir las reuniones. Uno llega y dice: ‘Dios mío, ¿a qué vine? Perdí un día de trabajo’. Esto me lo hubieran podido decir en una reunión virtual. El desplazamiento es dispendioso y a veces uno no siente que era necesario hacer presencia”*. Incluso cuando el contenido es pertinente, la forma en que se organiza la jornada termina erosionando su impacto: *“las capacitaciones han sido buenas, pero sí es importante que se den mayores espacios y que no sean capacitaciones muy por encima. Hay cosas específicas que deberíamos conocer. A veces se dan en reuniones de talento humano desde las 8 de la mañana y te dan la capacitación a las 11. A esa hora ya no prestas atención; quienes vienen de turno noche ya prácticamente están que se duermen y solo quieren irse a descansar”*.

Los equipos insisten en que el servicio demanda un conjunto creciente de temas que deberían abordarse en clave transversal, con rutas definidas por perfil y por tipo de unidad operativa.: *“habría que pensarnos capacitaciones transversales que atañen a la dinámica del servicio: habitante de calle, personas con discapacidad, familias multiespecies que tienen que ver con mascotas, riesgo social, y así sucesivamente”*.

Finalmente, las comunidades identifican un obstáculo estructural para consolidar procesos de formación: la alta rotación del talento humano. La inversión pedagógica se pierde cuando el personal capacitado se va en busca de mejores condiciones laborales: *“es importante poder capitalizar a esas personas. Entendemos que no podemos tener a todo el*

mundo en planta, pero ese capital que se forma debería mantenerse con nosotros. Este año nos hemos dado a la tarea de trabajar otra vez con la política; yo lo recibí con unos ejercicios pedagógicos y sigo en lo mismo. Hay personas que me dicen: ‘Caro, pero si la política se va a reformular, ¿para qué?’. Yo digo: vamos a educarnos en esto que es tangible hoy. Pero mañana o la semana pasada se van un montón de personas porque encontraron un lugar con mejores condiciones y perdimos todo el esfuerzo. Otra vez estamos recapitalizando”.

Remuneración económica

La remuneración económica constituye un componente crítico de la estabilidad del talento humano. Los equipos —especialmente en las unidades propias— coinciden en que los salarios no son proporcionales a la carga de trabajo, la responsabilidad del cuidado 24/7 ni a la complejidad del acompañamiento que exige el modelo. Un equipo lo sintetiza de manera clara: *“este es un trabajo muy pesado y el recurso humano debería tener mejores remuneraciones económicas. Es importante conservar el capital humano que se construye en el trabajo, pero mantenerlo es difícil con estas condiciones”*. La referencia al “capital humano” no es retórica: expresa la preocupación por la pérdida de experiencia acumulada, rotación y desgaste que afecta directamente la calidad del servicio.

Esta insuficiencia salarial se acentúa en áreas de apoyo como servicios generales y alimentos, cuya carga física es considerable y cuya remuneración es la más baja de todo el equipo: *“el área de servicios generales y alimentos es la que tiene menor sueldo y una carga física bastante fuerte”*. Estas brechas no solo afectan el bienestar del personal, sino que incrementan la rotación y dificultan la consolidación de equipos estables en roles esenciales para la vida cotidiana de las personas mayores.

A esto se suma un problema estructural: los salarios no se encuentran ajustados a la responsabilidad real ni a la diferencia entre modalidades de servicio. Como expresan desde una de las unidades: *“un auxiliar de enfermería de nosotros recibe exactamente lo mismo que uno de centro día y la carga de cuidado es otra. Un jefe de enfermería recibe lo mismo que un profesional y la responsabilidad es otra”*.

Dificultades diferenciadas según modalidad de operación

Las comunidades de cuidado enfrentan tensiones específicas en función de su modalidad de operación. Aunque comparten problemas estructurales —como la insuficiencia de personal, la presión asociada al cuidado 24/7 y la sobrecarga en los equipos asistenciales— las formas en que estos problemas se expresan difieren entre unidades tercerizadas y

propias, afectando la estabilidad del recurso humano, la continuidad del cuidado y la calidad operativa del servicio.

En las unidades tercerizadas, la estructura contractual suele ser más estable; sin embargo, cuando el número de personas atendidas aumenta —por decisiones de expansión del servicio— la operación se desborda rápidamente. El incremento de personas mayores atendidas sin un ajuste proporcional del talento humano genera impactos inmediatos en mortalidad, quejas, rotación y sobrecarga: *“cuando duplicamos la población, empezamos a tener más fallecimientos mensualmente, más sobrecarga en el talento humano, muchísima más rotación: se cargan y renuncian muy seguido, sobre todo en servicios generales. Aunque aumentan un poco el personal en esa área, no es suficiente; en las demás áreas no aumentan nada.”*. La masificación no solo incrementa la carga asistencial y afecta la permanencia del personal y la calidad de los procesos técnicos. La estructura puede ser estable, pero la operación colapsa cuando la capacidad instalada no se ajusta a los incrementos de demanda.

En las unidades tercerizadas, el tipo de contrato depende directamente del operador, lo que genera diferencias importantes en ingresos, estabilidad y control operativo. La supervisión no puede intervenir en las decisiones de contratación del tercero, lo que explica las variaciones entre contratos por prestación de servicios y contratos laborales: *“unos contratan por prestación de servicios, otros por nómina, y esto tiene una diferencia sustancial. Los que están por nómina reciben ingresos menores por las apropiaciones legales; los que están por prestación de servicios reciben honorarios full, pero no tienen control total de horarios. No podemos verificar horas de entrada y salida porque induciríamos un contrato realidad”*.

El sistema de supervisión ha permitido identificar y corregir prácticas inadecuadas de algunos operadores frente al pago del talento humano. Según el equipo de supervisión: *“el talento humano tenía muchos vacíos. No les pagaban lo que debían pagarles. Algunos operadores creaban cuotas, descuentos, porcentajes, y pagaban por debajo de lo que se debía”*. La supervisión también detectó denuncias y anónimos que evidenciaban cobros indebidos o condicionamientos para la continuidad contractual: *“nos llegaban anónimos diciendo que les pedían plata o les descontaban para darles continuidad. Fuimos cerrando e incluyendo cláusulas y obligaciones para que se garantice el pago total del rubro de talento humano”*.

Estos hallazgos motivaron la implementación de cláusulas específicas en las minutas contractuales: *“incluimos en la minuta una cláusula que obliga a pagar la totalidad de la estructura de costos. Cerramos la posibilidad de descuentos que no venían al lugar”*. Estas medidas mejoran la transparencia y la protección laboral dentro de las unidades, pero no resuelven las tensiones estructurales de fondo.

Por otra parte, en las unidades propias hay una mayor flexibilidad en el manejo de cupos, lo que permite recibir personas por emergencia social o derivaciones urgentes. Aunque esta flexibilidad es necesaria, también puede desbordar al equipo y forzar reajustes permanentes en la operación: *“en este momento tenemos 193 personas, mañana llegan dos más. Somos tres trabajadores sociales y tres psicólogos. Para hacer dos abordajes, el tema de convivencia es muy álgido”*..

Las unidades operativas propias presentan, además, una inestabilidad recurrente en la contratación, especialmente en los primeros meses del año se presentan vacíos que dejan a las unidades con un personal mínimo: *“si se pide con tanta anticipación la documentación, ¿por qué llegamos a enero-febrero sin personas que cubran la necesidad de atención? Seis auxiliares de enfermería. Habitualmente tenemos 64 auxiliares para cubrir los cuatro turnos, y cuando hay problemas en la contratación podemos llegar a seis únicamente”*.

El impacto de este déficit es profundo. Una unidad operativa, durante un periodo crítico, 195 personas mayores quedaron bajo el cuidado de seis auxiliares y dos jefes de enfermería: *“estos compañeros estuvieron doblándose turnos para cubrir la unidad, para no dejar a las personas mayores solas. Fue muy desgastante y nos tocó cubrir actividades de otros perfiles sin tener el conocimiento para ello, generando un riesgo para las personas mayores”*. Esta situación evidencia una fragilidad estructural en los procesos contractuales que afecta directamente la continuidad del cuidado y la seguridad de las personas mayores.

Adicionalmente, las unidades operativas propias reportan dificultades para planear el trabajo institucional cuando los perfiles no están completos. Esto afecta la programación de actividades, la distribución de responsabilidades y la ejecución del plan de atención institucional (PAI): *“cuando organizas un plan de trabajo, un cronograma o un PAI con perfiles que no están, que no han llegado o que posiblemente van a llegar, se complejizan las dinámicas cotidianas”*. Cuando el PAI se ejecuta sin el equipo completo, otros profesionales deben asumir tareas que no corresponden a su rol: *“el PAI es la directriz de las actividades, pero si no están los perfiles, otros terminan siendo artista, trabajador social y nutricionista a la vez”*.

Las unidades operativas propias también enfrentan procesos de contratación particularmente lentos, lo que genera vacíos que afectan la operación y obligan a otros profesionales a asumir tareas fuera de su rol: *“el proceso de contratación de talento humano dentro de la entidad es muy demorado. No se puede suplir rápidamente. La capacidad de respuesta de los centros de operación directa es mucho más dilatada frente a talento humano, dotación, adecuaciones”*.

Estos retrasos producen periodos críticos en los que las unidades funcionan con dotaciones mínimas —incluso insuficientes para garantizar el cuidado seguro— como ocurrió en una unidad donde: *“en febrero o marzo solo quedamos dos o tres profesionales al frente de todo. Terminamos siendo subcontratistas sociales, psicólogos, gerontólogos. Duramos sin nutricionista hasta abril-mayo”*. En este tipo de situaciones, los perfiles técnicos dejan de operar según su formación y pasan a suplir tareas urgentes que no les corresponden, lo que aumenta el riesgo para las personas mayores: *“yo no soy nutricionista para estar haciendo cosas de nutrición... el apoyo sirve un mes, pero cuando ya se alarga hay que alertar porque los afectados son las personas mayores”*.

Cargas de otros equipos: validación, línea técnica y supervisión

Además de los equipos que operan directamente en las comunidades de cuidado, otros equipos de trabajo —validación de condiciones, equipo técnico y apoyo a la supervisión— también enfrentan cargas altas, falta de perfiles clave y tensiones derivadas de la modalidad de contratación. Estas condiciones inciden en la capacidad de acompañar al servicio y en la calidad del soporte que reciben las unidades operativas.

En el equipo de validación de condiciones, la organización del trabajo se basa en “binas” que cubren distintas zonas de la ciudad: *“denominamos binas a dos personas que asumimos las visitas por zonas. Somos tres binas: unas cubren la zona centro-oriente, otras la zona sur y otras la zona norte y parte del suroccidente”*. La ampliación del equipo de trabajo ha permitido aliviar la carga, pero el crecimiento ha sido gradual y resultado de insistir de manera sostenida: *“inicialmente no éramos sino cuatro personas, dos binas para atender toda la ciudad. Esto era una cosa de locos. Pidiendo y pidiendo se logró obtener otra bina más. Eso redujo un poco la carga, pero yo considero que se necesitaría otra bina para que el trabajo fuera más ágil”*.

En términos de perfiles, el equipo insiste en que la validación requiere un enfoque psicosocial robusto, pero no tiene incidencia directa en las decisiones de contratación: *“sí*

considero que deben ser equipos psicosociales, que nuestro perfil sea psicosocial con apoyo de auxiliares. Pero nosotros no tenemos incidencia en los perfiles que llegan: se retiró una trabajadora social y el reemplazo fue otra psicóloga. Ahora solo tenemos a una trabajadora social en el equipo”.

Por su parte, en el equipo técnico central se reconoce que, en términos estrictos, el personal actual es suficiente para acompañar el servicio Comunidad de Cuidado, pero la carga se multiplica porque deben responder simultáneamente a otros servicios: *“somos suficientes para comunidad de cuidado, pero si agregan más servicios se puede ver afectada la cantidad y la calidad de las actividades, porque es más trabajo adicional. Yo, por ejemplo, estoy en tres servicios y me voy quedando en ciertas actividades porque atiendo los otros dos”.*

A esto se suma una responsabilidad adicional: la Subdirección para la Vejez debe brindar asistencia técnica en estándares de calidad a los hogares del distrito, no solo a Comunidad de Cuidado. *“con la resolución conjunta 0182 de 2023 se establece que la Subdirección para la Vejez es la encargada de la asistencia técnica en estándares de calidad a los hogares del distrito. No solo es el servicio Comunidad de Cuidado, también damos línea técnica a todo el distrito frente a estándares de calidad”.* Esta ampliación de funciones tensiona aún más los tiempos del equipo, que debe distribuir su capacidad entre acompañar la operación cotidiana y sostener procesos normativos y de calidad a escala distrital.

En este contexto, las y los profesionales identifican la necesidad de contar con un equipo técnico más robusto y especializado. *“nos hacen falta perfiles para un equipo técnico mucho más robusto. Uno entra siendo psicóloga y sale con conocimiento de ambiental, nutrición, etcétera”.* Se mencionan en particular terapia ocupacional y fisioterapia como vacíos críticos: *“en algún momento tuvimos fisioterapia y terapia ocupacional, pero esos perfiles fueron reemplazados por otros dependiendo de quién esté en cabeza de la subdirección. Nosotros creemos que hay competencias y que no podemos dar línea técnica en algo que desconocemos”.*

Esta rotación de perfiles y la ausencia de lineamientos estables sobre la composición del equipo limitan la profundidad del acompañamiento técnico: *“en esta área la actividad física y lo que hace este profesional es muy importante dentro de la comunidad de cuidado, pero adolecemos de ese perfil”.* A pesar de estos déficits, se reconocen avances importantes como la incorporación de un gerontólogo y un médico geriatra: *“en algún momento no había gerontólogo; ahora contamos con uno. No teníamos geriatra y ahora contamos con un médico geriatra para orientar técnicamente temas del servicio”.* Desde esta perspectiva,

la falta de terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas sigue siendo un vacío clave: *“desde mi perspectiva, adolecemos de esos dos perfiles, que podrían aportar a las características técnicas de la atención desde su experticia”*.

Las condiciones laborales del equipo técnico refuerzan la tensión entre responsabilidad y estabilidad. Salvo una persona de planta, el resto del equipo tiene contrato por prestación de servicios: *“aquí la única persona que tiene contrato laboral es la coordinadora. Todos los demás somos contratados por prestación de servicios. Condiciones laborales no tenemos, básicamente”*. Esto implica menor protección laboral y dificulta la consolidación de un equipo estable a largo plazo, a pesar de que se reconoce que *“el equipo que tenemos da respuesta con calidad a todos los frentes de acción”*.

Por último, el equipo de apoyo a la supervisión asume la verificación contractual, especialmente en las unidades tercerizadas. La supervisora directa de los contratos de talento humano de los centros de operación directa es la Subdirectora para la vejez, mientras que el equipo de apoyo se concentra en los convenios tercerizados: *“hay un equipo de apoyo a la supervisión para los tercerizados que hace seguimiento constante de los cumplimientos contractuales y de los convenios”*. En el momento de las entrevistas, el equipo consideraba que la distribución de unidades era manejable, pero advertía que el equilibrio es frágil y depende de la forma de adjudicación: *“para comunidad de cuidado tenemos 17 unidades operativas. El equipo técnico está dividido en dos grupos: uno con ocho unidades y otro con nueve, y cada financiero tiene tres unidades. Así tenemos oportunidad de hacer una verificación documental óptima; no tanto en campo, porque sí nos gustaría hacer más visitas y menos revisión, pero los tiempos no dan”*.

Esto significa que la supervisión se concentra en la revisión de soportes, con menor presencia en las unidades, lo que limita su capacidad preventiva y de acompañamiento cercano a los equipos de atención.

A pesar de estas tensiones —sobrecarga, falta de perfiles, contratos precarios y alta demanda de acompañamiento técnico—, los equipos resaltan su compromiso con el servicio y con la transformación del modelo. Una participante lo resume así: *“nosotros nos ponemos la camiseta frente a lo que se requiera en el servicio para poder atender todos esos retos que siempre se nos vienen y que tienen que ver con la transformación del servicio, que es una oportunidad bonita para hacerlo”*.

3.4.4 Transporte

Dado que gran parte de las unidades operativas del servicio Comunidad de Cuidado están ubicadas fuera de Bogotá, el transporte emerge como un componente decisivo para hacer viable el modelo. Su papel no se limita al traslado ya que, estructura la posibilidad real de garantizar derechos fundamentales como la salud, la recreación y la vida comunitaria: *“siempre el tema de transporte se mueve en función de la programación de las citas médicas, tratamientos de las personas mayores, actividades lúdico-recreativas que se programan en diferentes lugares. Son muchas actividades que demandan transporte”*. Por eso, cuando este recurso es insuficiente, inadecuado o mal gestionado, no sólo se afecta la operación cotidiana, sino que se redefine el alcance efectivo del servicio.

El primer punto crítico que surge en todas las entrevistas—tanto en unidades propias como tercerizadas—es la presión que ejerce el componente de salud sobre la capacidad de transporte: *“para que ellos puedan salir al médico, necesitamos un buen transporte. Pasamos de tener 190 o 180 citas médicas mensuales a tener 954 este mes, porque se vienen haciendo procesos de salud. Cuando una persona mayor va a una cita médica, sale con por lo menos cinco revisiones más, y eso hace que se duplique”*. Esta demanda no solo implica traslados a la consulta, sino también múltiples trámites asociados: *“no solo llevar a la persona mayor a la cita, sino hacer el trámite del agendamiento y del proceso para autorizarlo”*.

Todas las unidades coinciden en que la oferta actual es insuficiente para responder a esta carga.: *“sacamos casi de 20 a 30 personas a citas médicas (...) y solo tenemos una camioneta para atender todo”*. Además, la disponibilidad es irregular, lo que limita la posibilidad de planear: *“a veces tres rutas de siete pasajeros, a veces una de once, otra de quince; el transporte es insuficiente para una población de 195 personas mayores”*.

La situación se agrava cuando los eventos ocurren fuera del horario habitual. Los equipos describen dificultades recurrentes en traslados nocturnos, especialmente urgencias: *“hay trámites muy tarde o urgencias a las 10, 11 o 12 de la noche y se dificulta el transporte. A veces se piden vales de taxi y sabemos que también están limitados”*. La consecuencia es una priorización extrema: *“terminamos priorizando solo para la salud, solo para la salud”*, lo que desplaza actividades recreativas, educativas o comunitarias que son esenciales para mantener autonomía, vínculos y dignidad en la vida cotidiana.

Este desplazamiento es evidente en experiencias relatadas por las unidades: *“diseñamos un programa muy bonito que se llama Reconociendo mi ciudad (...) pero ese mismo día salieron 92 citas médicas. No contamos con transporte para temas ocupacionales. De los 55 cupos para Maloka, nos tocó una camioneta que iba, recogía, llevaba, recogía nuevamente; el último viaje llegó casi a las 7 de la noche. Ellos esperan porque no quieren quedarse encerrados; la unidad no es el lugar del encierro”*. La recreación, por tanto, termina subordinada al circuito médico, afectando el sentido de comunidad que fundamenta el servicio.

Un efecto similar ocurre con las articulaciones educativas. Una participante explicó que *“a veces se requieren 12 o 15 personas y el vehículo debe hacer dos viajes; por ejemplo, tenemos 12 personas mayores en educación formal, y por transporte toca llevar un grupo, volver, subir, y casi a la hora bajar al otro. Estas dinámicas dificultan las articulaciones”*. Así, el transporte no solo limita actividades, sino que introduce inequidades entre participantes: algunos acceden, otros quedan por fuera por razones puramente logísticas.

En las unidades ubicadas fuera de Bogotá—la mayoría—las tensiones se multiplican. Deben cubrir citas en la capital y en los municipios donde está ubicada la unidad: *“nuestros ingresos son de Bogotá y el tema de portabilidad es complejo. Debemos dar cobertura a las citas de Bogotá y a las de XXX. Se crea la necesidad de un vehículo adicional para poder cumplir”*. La simultaneidad de especialidades vuelve el panorama aún más exigente: *“es muy crítico (...) necesitamos cumplir alterna y sincrónicamente en diferentes puntos: Bogotá, hospital, consultorio, clínica”*.

En las unidades tercerizadas, las dificultades adoptan matices propios. El anexo técnico exige únicamente un vehículo por unidad: *“nos piden un solo vehículo, pero para una población con comorbilidades se requiere aumentar la flota para garantizar el cumplimiento”*. Además, las especificaciones del anexo no son adecuadas para la diversidad de necesidades: *“está muy cerrado a una sola Vans. Por recomendación mía, debería ser más abierto, no cerrarlo tanto a un vehículo, sino tener respaldo con otro”*.

La inadecuación técnica de los vehículos afecta directamente la dignidad y seguridad de las personas mayores: *“tenemos que mover personas con sillas de ruedas o ayudas ortésicas y a veces es complejo poderlas subir porque las camionetas son muy altas y no tienen espacio para las sillas”*. Aunque el operador está obligado a garantizar traslados, esto implica asumir costos adicionales no previstos: *“nos ha tocado tener un parque automotor adicional (...) a veces entre tres vehículos cubriendo Bogotá, Fusagasugá y los trámites de citas y*

autorizaciones”. Cuando no logran compensar, recurren a estrategias insuficientes como vales: “nos sucede casi diariamente que tenemos inconvenientes; toca generar vales y jugar un poco Tetris con el transporte y las condiciones que tenemos”.

Las unidades propias también enfrentan limitaciones, aunque con lógicas distintas. El transporte disponible no es exclusivo del servicio: *“el contrato de transporte es para la entidad, no para Comunidad de Cuidado; eso implica diferencias en la cantidad, en el tiempo asignado, y limita actividades”.* En muchos casos, los vehículos asignados no cumplen requisitos adecuados: *“camionetas muy pequeñas, capacidad insuficiente, personas que deben subirse casi arrodilladas; sillas muy unidas; rodillas apretadas; no cumplen estándares para personas mayores”.*

Solo algunas excepciones funcionan bien: *“las camionetas de 15 pasajeros son las mejores porque tienen plataforma, sillas cómodas y bodega para las sillas de ruedas”.* Pero la variabilidad es alta y depende de la programación institucional: *“si son las mismas camionetas que envían para visitas, las personas mayores se suben en cuatro patas; no tienen plataformas ni apoyo”.*

Un riesgo adicional se vincula a la falta de lineamientos técnicos: *“la Personería nos preguntó por qué nuestro transporte no cumple con condiciones para baja movilidad. No está normado por ningún lado; la entidad contrata transporte general para operación directa, no específico para persona mayor, y eso genera riesgos para la operación”.*

Las dificultades con el transporte no solo afectan a las unidades operativas y a las personas mayores, sino también a los equipos de trabajo responsables de la supervisión, la validación, la asignación de cupos y el acompañamiento técnico. Estas limitaciones generan retrasos, cargas adicionales y, en algunos casos, riesgos para la calidad técnica del proceso. En primer lugar, el equipo de apoyo a la supervisión enfrenta barreras importantes debido a que la mayoría de unidades se encuentran fuera de Bogotá y ya no cuentan con el esquema de transporte que existía años atrás: *“como que no es tan óptimo, es más bien una barrera, y tiene que ver con que todos o la mayoría de nuestros operadores están fuera de Bogotá. Antes —estoy hablando de unos 4 años— el equipo tenía transporte para las visitas: tenía dos vehículos. Pero ahora, en los últimos dos años, solo tenemos disponibilidad de 10 servicios durante el mes. Diez servicios para todo el equipo. Y el equipo, como les decía inicialmente, está conformado por 18 profesionales, 12 técnicos, seis financieros y un transversal que es el documental, es decir, 19 personas”.*

La falta de transporte obliga al equipo a asumir los desplazamientos con recursos propios: *“la idea siempre ha sido garantizar la totalidad de las visitas a todas las unidades y esto lo hacemos nosotros haciendo las visitas por medios propios, llegando a los centros o a las comunidades de cuidado cuando no tenemos el transporte, con nuestros recursos y nuestros medios”*. Esto compromete tiempos, disponibilidad y condiciones de seguridad, especialmente en trayectos largos.

El equipo de validación de condiciones—clave para el proceso de focalización y priorización—enfrenta un panorama similar. Su labor exige alta movilidad en hospitales, clínicas y territorios, y por eso consideran que el transporte es determinante para su función: *“para nosotros es decisivo, pero es súper decisivo contar con transporte. ¿Tú te imaginas haciendo nosotros ciento y pico de visitas que en promedio se hacen entre 120 y 140 visitas...?”*. Sin embargo, en múltiples ocasiones deben desplazarse sin apoyo institucional: *“el equipo muchas veces ha tenido que salir a hacer visitas y no les han asignado transporte y se han ido a hacer la visita en transporte público”*.

Estas limitaciones no son solo logísticas; tienen implicaciones técnicas. Cuando el equipo no puede visitar las unidades operativas, se afecta directamente la calidad del juicio profesional sobre la pertinencia del cupo asignado: *“para nosotros también se hace necesario conocer las demás unidades operativas. Porque, por ejemplo, nosotros visitamos a la persona mayor porque salió un cupo en modalidad severa y, si no conocemos las unidades operativas, no podemos decir: ‘Sí, esta persona queda bien en ese hogar al que le salió el cupo’, o ‘mejor que vaya a otra unidad severa porque responde mejor a sus necesidades’.”*

Por último, el equipo técnico que realiza acompañamiento y acciones formativas también ve afectadas sus actividades. Dependen de la disponibilidad residual del transporte asignado a otros equipos, lo cual dificulta planear: *“Si como contratistas tenemos que cumplir con nuestras obligaciones, pues por nuestros medios. Pero a veces sí se nos dificulta el tema del transporte y las visitas a las unidades operativas porque no contamos con transporte. A veces nos toca ‘pegarnos’ al equipo de supervisión que va a hacer visitas, o mirar a ver por nuestros medios. Pero a veces no es tan fácil. Sería chévere poder contar con este insumo de manera más fija para poder desarrollar todas las actividades que tenemos”*. El transporte no es solo un insumo operativo: es una condición estructural de la capacidad institucional. Cuando falla, deja efectos en cascada: no hay supervisión suficiente, no hay priorización o asignación adecuada, no hay acompañamiento técnico y se afecta la calidad del servicio.

3.4.5 Tecnología e internet

La tecnología constituye un componente importante en el funcionamiento operativo del servicio. No se trata solo de “tener computadores”, sino de cómo la dotación disponible incide directamente en la calidad de la atención, la gestión cotidiana y la carga de trabajo de los equipos.

Dotación tecnológica para los equipos de trabajo

En las unidades propias se identifica un déficit estructural de equipos: computadores insuficientes, obsoletos o fuera de servicio, y una dotación que no guarda proporción con el tamaño del equipo ni con las exigencias del servicio: *“los equipos con los que contamos en este momento no son de última tecnología. Claramente tenemos un déficit de equipos frente al talento humano. Se necesitan equipos”*.

Además, varios equipos están dañados o pendientes de baja, lo que reduce aún más la disponibilidad real para el trabajo administrativo y técnico: *“realmente nos funcionan aproximadamente cuatro computadores de unos diecisiete que tenemos acá. Los otros están todos arrumados porque hay que darlos de baja, pero necesitamos que nos traigan más computadores; los otros no funcionan”*.

Ante esta insuficiencia, una parte importante del trabajo depende de los recursos personales de las y los profesionales: *“acá nosotros cada quien trae su propio equipo de cómputo porque no hay suficientes; son muy pocas las personas que tienen asignación de equipo de cómputo por parte de la entidad”*.

Por su parte, en las unidades tercerizadas, la situación es más favorable, pues la administración externa suele garantizar tanto la dotación básica como el mantenimiento y reposición de equipos para el trabajo cotidiano: *“todo se ha garantizado: las herramientas, el internet, la impresora y todo lo que estaban mencionando. Nosotros no tenemos ningún problema con el tema; todo nos lo garantiza la institución”*.

Desde la perspectiva de los operadores, esta dotación se articula con lo establecido en los documentos contractuales: *“todos los insumos que están garantizados por anexo son garantizados por anexo técnico: el computador y otros implementos”*. Incluso se reporta la provisión de elementos que no están explícitamente contemplados en el anexo, en reconocimiento de la carga operativa del servicio: *“en el anexo técnico, puntualmente, no se habla de un computador por profesional; sin embargo, como institución siempre*

garantizamos la entrega de un computador por profesional porque las actividades son demasiadas. El profesional tiene un equipo de cómputo para adelantar las actividades y para la accesibilidad de las personas mayores”.

La suficiencia o insuficiencia de esta dotación también depende del tamaño de la unidad y del número de personas mayores atendidas. En unidades más pequeñas, la relación entre anexo y realidad puede ser adecuada, mientras que en unidades más grandes se vuelve claramente insuficiente: *“acá solamente somos 100 personas mayores y, cuando el anexo técnico nos solicita 11 computadores por unidad operativa, sí da alcance para todos los profesionales. Pero en el caso de Francisco y Clara, donde se dobla el personal, no se tienen en cuenta esas cosas que son mínimas, pero muy importantes para el desarrollo de las actividades del equipo interdisciplinario”.*

En las tercerizadas también se cuenta con procesos más ágiles de revisión y reparación de equipos, lo que facilita la continuidad del trabajo: *“es de la institución; todo el tiempo nos garantizan los elementos y herramientas que necesitamos para que el trabajo se haga a tiempo. Si el computador empieza a molestar, lo mandan a revisión o a veces prefieren cambiarlo. Nos garantizan que las herramientas de trabajo sean las mejores para que el trabajo se vea reflejado en los logros y no se interrumpan las metas”.*

Finalmente, los equipos plantean la necesidad de contar con herramientas tecnológicas móviles para las gestiones fuera de la unidad, que hoy dependen en gran medida de los celulares personales: *“sí hacen falta tablets o celulares. Por ejemplo, desde trabajo social, cuando envían a hacer trámites por personas fallecidas, uno necesitaría otro celular directamente para eso: fotocopia, escáner, reuniones. Muchas veces el celular del trabajador social se convierte más en una herramienta de trabajo para la empresa”.*

Uso de tecnología en las actividades con personas mayores

En las comunidades de cuidado, la tecnología es un insumo clave para desarrollar actividades significativas con las personas mayores: proyección de películas, música, expresión corporal, cursos y procesos de educación digital, entre otros. Sin embargo, los equipos, de unidades propias, reportan que las condiciones actuales son muy limitadas: *“nosotros acá, lastimosamente, no estamos muy felices con el tema digital y de internet. En lo audiovisual, uso de películas, equipos de sonido para actividades de música o expresión corporal, carecemos de equipos de buena calidad”.*

En las unidades propias, la escasez tecnológica afecta tanto al equipo de trabajo como a las personas mayores. No hay suficientes equipos en buenas condiciones y esto restringe el desarrollo de actividades grupales de calidad:

“piensa tú en un grupo de 30 personas viendo una película en un televisor de 35 pulgadas, chiquitico, con problemas visuales. El cariño y el deseo de hacer las cosas nos llevan a que nosotros mismos traigamos nuestros elementos: yo traigo mi telón, el compañero trae su DVD, otro trae su computador de la casa; pero el internet falla y nos quedamos a medias. Hay una caja de películas todas rayadas que no suplen la necesidad, porque toca usar lo que hay ahí. Uno quisiera películas temáticas, a veces se ponen en la planeación, y queda uno mocho, frustrado”.

La falta de equipos adecuados (bafles, sonido portátil, televisores apropiados) limita también el uso de otros espacios de la unidad: *“si necesitamos hacer actividades alternas no contamos, por ejemplo, con un bafle movable. Tenemos un bafle con consola y eso ya limita al profesional para realizar actividades externas o en otro espacio que se requiera. Ahí es donde tenemos ese tipo de dificultades tecnológicas”.*

Ante estas carencias, los profesionales recurren de manera sistemática a sus equipos personales (computadores, telones, parlantes, DVDs) para mantener la oferta de actividades. Aun cuando se cuenta con algunos equipos institucionales, son insuficientes para responder a las necesidades de la población y a las metas del servicio: *“frente a las acciones de atención con las personas mayores, contamos con sonido y con televisores, pero uno de los requerimientos y solicitudes que, incluso en las encuestas, las personas nos han hecho constantemente es la posibilidad de contar con una sala de computación para que puedan tener acceso a ello. No contamos con eso y, por desgracia, lo que hemos optado por hacer —que no es lo ideal— es que las personas del equipo le prestan su computador a las personas mayores para que puedan realizar sus actividades, sobre todo en acciones de articulación con educación: para hacer tareas, verificar cosas en internet, ver videos o estudiar, porque a veces están en el SENA”.*

En este contexto, el desarrollo de procesos de alfabetización y cierre de brechas digitales depende directamente de los recursos personales del equipo o de apoyos externos. *“Afortunadamente, con las articulaciones con el CDC de xxx tenemos un curso de sistemas. Pero, ¿cuál es el problema? No tenemos computadores para las personas mayores, para que naveguen o practiquen. Una persona mayor puso un requerimiento y nos tocó prestar un*

computador de un funcionario para que pudiera ejercitarse. Entonces, el funcionario dice: '¿Qué hago? Me toca esperar'. Ahí aparecen las lógicas que manejamos".

La falta de tecnología obliga, además, a pedir prestados equipos a otros servicios de la entidad: *"acá no contamos con un sonido. El sonido que había estaba bastante deteriorado y no volvió a funcionar, entonces nos toca pedirle prestado a los vecinos de Centro Día cuando nos lo pueden prestar, o a veces las personas del equipo —el artista u otros compañeros— traen sus elementos propios para poder desarrollar las actividades. Esto ha venido trayendo dificultades en el desarrollo de las actividades con las personas mayores. Imagínate cuando tenemos eventos masivos, es muy difícil generar un evento de calidad con recursos tan limitados".*

A estas dificultades se suma la lentitud y rigidez de los procesos de reparación: *"en el proceso de reparación de los elementos es un poco complicado, porque nos encontramos con dificultades para saber si existe o no, en la localidad, un ingeniero que pueda venir a solucionar los problemas que se presentan".*

Todo esto entra en contradicción con los objetivos de la Política, que plantea el cierre de brechas digitales para las personas mayores: *"la política nos dice que las personas mayores aprendan la parte tecnológica, computacional, y cerremos esa brecha digital, pero no tenemos los insumos. Esas son las contradicciones propias de estos servicios. Ni los funcionarios tienen computadores todos, ni las personas mayores tienen acceso a un computador".*

En la práctica, la falta de tecnología limita también el ejercicio de otros derechos, como la participación y el acceso a la educación: *"el año pasado, con las votaciones para el Consejo de Sabios, fue toda una tragedia tener un computador que tuviera la capacidad, porque eran votaciones virtuales. Fue una dinámica compleja, casi que a los atrancazos". Algo similar ocurre con personas mayores que cursan estudios formales: "contamos con un curso de sistemas, pero no tenemos equipos para que las personas puedan hacer sus ejercicios prácticos dentro de la unidad operativa. Tenemos una persona mayor que está haciendo una carrera universitaria y le tocó gestionar un computador con otra persona externa.".*

En contraposición, las unidades tercerizadas parecen contar con más elementos tecnológicos destinados directamente a las personas mayores: *"tenemos equipos a disposición de las personas mayores, equipos audiovisuales que usamos constantemente como video beam, televisores, parlantes para la música. De hecho, varias personas mayores*

cuentan con su propio dispositivo, su propio celular; no tenemos alguien con computador, pero sí con celular inteligente”.

Estos recursos se utilizan, además, para impulsar actividades más innovadoras en articulación con universidades y otros aliados: *“también estamos pendientes de iniciar unas actividades con realidad aumentada porque una universidad, en articulación con nosotros, nos donó una cámara 3D para trabajar con las personas mayores y un computador para ejercicios de un proyecto de investigación que hicieron acá”.*

Finalmente, en estas unidades se intenta que las actividades tecnológicas no excluyan a quienes tienen mayores limitaciones de movilidad o acceso: *“hay muchas personas mayores que ya no cuentan con su movilidad al 100% y como equipo profesional nos generaba la duda de cómo llevar estas actividades a las personas sin que quedaran restringidas a un grupo de 10 o 15. Hemos utilizado aplicaciones y dos profesionales del equipo interdisciplinario usan tablets, que son mucho más fáciles de llevar hasta la persona mayor, y no que la persona tenga que desplazarse al lugar donde está el computador o el medio dispuesto para la actividad”.*

Conectividad y acceso a internet

En las unidades propias, la conectividad es una gran dificultad. Los equipos describen una situación de inestabilidad casi permanente: *“se necesita conectividad. Durante el cambio que hemos tenido de servicio de internet ha sido supremamente complicado, el internet se cae cada 15 minutos. Es más, en este momento estoy conectado al internet de mi celular y estoy desde mi tableta porque el computador no me da para eso: no tiene cámara y no tiene micrófono”.*

Estas fallas no solo dificultan el trabajo cotidiano, sino que afectan directamente los procesos de gestión documental y financiera: *“eso incluso nos ha afectado frente al cargue de la información en caja menor, en el aplicativo Seven. La conectividad también es bastante limitada”.* La combinación entre inestabilidad del servicio y exigencias de reporte genera retrasos y reprocesos, que se suman a la ya alta carga administrativa: *“además de la dificultad de conectividad, que es constante y nos afecta la posibilidad de entregar a tiempo estos procesos, existe una sobrecarga en lo que tiene que ver con el diligenciamiento de formatos”.*

La respuesta institucional frente a estos problemas ha sido, en ocasiones, poco efectiva:

“Con todo el respeto, salimos de Guatemala a Guatepeor. Hace como dos meses cambiamos de proveedor de internet precisamente porque teníamos fallas y llevamos semanas igual. Todos los días se envía correo informando que estamos sin internet. Cuando no es intermitente, estamos toda la semana sin internet. La semana pasada fue intermitente. Estás trabajando, necesitas descargar un documento y no puedes, necesitas trabajar en una matriz y el sistema se queda pensando. Esa es la dinámica del internet que tenemos en estos momentos”.

Por su parte, en las unidades tercerizadas, los problemas de internet se asocian menos a la gestión interna del servicio y más a las condiciones del entorno: zonas rurales, infraestructura municipal y calidad de la red disponible. En algunos casos, la conectividad funciona de manera adecuada aun estando fuera de Bogotá: *“en cuanto al tema de internet, en nuestra comunidad, a pesar de que está acá en Chinauta, no tenemos ningún problema con la cobertura. Contamos con internet 24/7”.*

En otros, la ubicación rural hace que la señal sea inestable, aunque la institución realiza acciones para mitigar el impacto: *“aunque la zona donde estamos ubicados es rural y la señal sí es bastante incómoda en ciertos momentos, desde la parte administrativa se han encargado de que tengamos toda la tecnología para que no nos falle la comunicación. Por todo lo que tenemos que cumplir —no solo el contacto telefónico y garantizar que las personas mayores se comuniquen con sus redes, sino también desde la parte administrativa— se debe garantizar la conexión todo el tiempo. A veces el problema depende del nivel municipal para que tengamos buena señal y, cuando se presenta el inconveniente, inmediatamente se llama al proveedor para que nos solucione. A veces es por situaciones municipales que tenemos el inconveniente”.*

En las unidades tercerizadas ubicadas en Bogotá, la conectividad se percibe como una condición más resuelta: *“aquí en Bogotá no sufrimos por la conectividad. Sé que este sí es un problema afuera, pero aquí en Bogotá tenemos conexión a internet 24/7”.*

En general, cuando se presentan fallas de internet tercerizadas —incluso fuera de la ciudad— existe mayor capacidad de respuesta y menor acumulación de reprocesos documentales. La consigna es resolver rápido para no afectar la operación: *“en el momento en que aquí no tengamos señal, por todo lo que tenemos que dar cumplimiento, se debe garantizar no solo el contacto telefónico y la comunicación de las personas mayores con sus redes, sino también la parte administrativa. Cuando se presenta el inconveniente, inmediatamente se llama al proveedor para que nos solucione”.*

Aunque las afectaciones existen en ambos tipos de unidades, en las propias la conectividad se describe como un problema crónico que interrumpe la operación y acentúa la sobrecarga; mientras que en las tercerizadas tiende a ser una dificultad más localizada, ligada al contexto territorial y con márgenes de respuesta algo más ágiles.

Brechas tecnológicas en el equipo de validación

Otro de los equipos de trabajo del servicio, aparte de las unidades operativas, que se ve afectado por las limitaciones tecnológicas es el equipo de validación de condiciones. Los equipos disponibles son mínimos y obsoletos, lo que obliga al personal a resolver con sus propios dispositivos y, en algunos casos, a imprimir o terminar trabajo fuera de la oficina: *“hay algunas otras dificultades técnicas que podemos sumar, ya en territorio, ya en la oficina, que hacen el trabajo menos fácil. Un poco la obsolescencia de los equipos de cómputo que tenemos en la oficina: son los rezagos. No los han cambiado. Pese a que viene el técnico y los mira y trata de actualizar, el mismo técnico nos dice: ‘qué pena, pero no se puede porque la memoria de este equipo no aguanta que le instalen un Windows 10 y usted está trabajando con un Windows 8’. Entonces uno lanza la alerta y toca ver qué logra hacer medianamente con la herramienta que tiene”*.

El problema no es solo de calidad, sino también de cantidad: no hay equipos suficientes para todo el personal, ni puntos de red para los perfiles que se han vinculado recientemente. *“No tenemos puntos para internet porque este año se vincularon más perfiles. No hay puntos para ellos. No tenemos equipos. Los pocos que hay están obsoletos, ya con tecnología muy quedada. De hecho, este año vinieron a revisar los equipos y vieron que ya ni el antivirus les funciona porque hay que darlos de baja”*.

El equipo también manifiesta problemas con la conectividad a internet que se ve afectada por condiciones externas, asociadas a la ubicación de la oficina y a la interferencia en la señal de internet: *“El punto donde está ubicada la oficina de nosotros justo al frente tiene en este momento varias entidades públicas, militares. El comando del Ejército está aquí al frente y, en ocasiones bastante frecuentes, eso interfiere en la señal de internet. Entonces, eso nos deja toda la oficina como que, bueno, está lento; toda esa parte está muy complicada”*.

A estas carencias se suma la inestabilidad de las plataformas institucionales que usan a diario. Las caídas de los sistemas generan pérdida de información, duplicidad de trabajo y retrasos: *“se pierde tiempo: por ejemplo, estamos en la oficina realizando algún tema en*

SIRBE y se cae la señal y no guardó; se cayó y se perdió todo el tiempo que se requirió para llenar la información”. Esto se repite en otros aplicativos clave: “la verificación o el tema de los cruces... estamos haciendo cruces y se cae, entonces no nos funcionan las páginas como el RAP, el VUR, el RUAF. No podemos hacer los cruces”.

Frente a estas fallas, el equipo termina extendiendo su jornada hacia la noche, desde sus casas, cuando las plataformas funcionan mejor: *“debemos llegar a la casa, donde sí funciona bien, y lo podemos hacer. En las noches sí funciona bien esas aplicaciones. Entonces uno llega a terminar de hacer el trabajo en la casa y a verificar plataformas como el BUR y el RUAF, que son las que más se caen”.*

Además de los sistemas informáticos, este equipo depende de manera intensa de la telefonía. Aunque cuentan con una línea asignada, en la práctica terminan usando sus teléfonos personales para resolver situaciones en territorio: *“nosotros utilizamos usualmente, a nivel del equipo, un teléfono asignado; pero ya cuando estamos en territorio, en muchas ocasiones —por no decir el 98% de las veces— nos toca llamar nuevamente a la persona mayor, al referente familiar o al acudiente para decir: ‘ya llegué a la casa, no hay nadie’, o para informar alguna situación. Y en muchas ocasiones nos toca hacerlo desde el teléfono personal”.*

Esto tiene efectos directos sobre los límites entre trabajo y vida personal: *“las personas mayores o los acudientes lo llaman a uno a las 10 de la noche, 11 de la noche, 3 de la mañana, sábado, domingo, festivo: ‘mire que usted ya me visitó, necesito el cupo’, y demás. Por lo tanto, nos ha tocado conseguir otro equipo personal con otra SIM card y decir que estamos llamando de un teléfono institucional, que solo funciona de lunes a viernes hasta las 4 de la tarde: ‘mándeme los documentos al número de WhatsApp que le estoy dando’, cosas por el estilo”.*

3.5 Gestión de operación: capacidades diferenciales en unidades propias y tercerizadas

Como se ha mencionado a lo largo del documento, las unidades de Comunidad de Cuidado difieren de manera importante en su tamaño, en la modalidad que operan (moderada o severa) y en su forma de operación (propia o tercerizada). Estas diferencias no son solo descriptivas: condicionan la manera como se organiza el trabajo cotidiano y evidencian la heterogeneidad interna del servicio. En la práctica, Comunidad de Cuidado no funciona como un dispositivo homogéneo, sino como un conjunto de unidades con configuraciones muy distintas entre sí.

Uno de los criterios que más marca esta diferencia es precisamente la forma de operación. Las unidades propias tienden a contar con mayor flexibilidad operativa y un vínculo más directo con las áreas técnicas de la SDIS, bajo una lógica de servicio público institucional. En contraste, las unidades tercerizadas se rigen por un marco contractual más rígido, un seguimiento estrecho al anexo técnico y dinámicas asociadas a la figura del operador. Estas diferencias no solo organizan el día a día, sino que configuran capacidades institucionales también distintas. En este apartado, dichas diferencias se sintetizan en una tabla comparativa y se desarrollan en clave de capacidad institucional.

Tabla 28. Comparación operativa entre unidades propias y tercerizadas por categoría de análisis

Categoría de análisis	Unidades propias	Unidades tercerizadas	Diferencias clave
Cupos y flexibilidad operativa	Cuentan con cupos de emergencia que pueden rotarse (p. ej. 5 cupos), lo que permite reaccionar ante cierres de otras instituciones, abandonos súbitos o emergencias sociales, sin aumentar formalmente los cupos financiados.	Número de personas estrictamente atado al contrato; no tienen margen para recibir más personas en casos de emergencia, porque el financiamiento y el anexo lo impiden.	Asimetría de flexibilidad: propias pueden absorber contingencias; tercerizadas operan con aforo “cerrado”.
Marco normativo y contractual	Se rigen por normas de salud y trabajan directamente con el lineamiento/manual operativo como documento rector, lo que resulta problemático porque estos estándares fueron concebidos para un entorno más cercano al	A las normas de salud se suma el Decreto 092 que genera riesgo de procesos desiertos o pocos oferentes idóneos. El anexo técnico “traduce” el lineamiento y se vuelve el marco principal y	Los efectos del Decreto 092 se concentran en tercerizadas; en ellas el anexo es el corazón del modelo de operación, mientras que en las propias el peso está en lineamientos internos.

	<p>modelo hospitalario/geriátrico que a un servicio social comunitario. En la práctica, esto se traduce en exigencias difíciles o imposibles de cumplir que no siempre son pertinentes para la vida cotidiana en una comunidad de cuidado y obligan a los equipos a acomodar el modelo para poder funcionar.</p>	<p>condicionante de viabilidad. Reclaman con más fuerza participar en el diseño de anexos.</p>	
<p>Seguimiento, supervisión y gestión documental</p>	<p>No tienen supervisión contractual diferenciada; el seguimiento recae en el equipo técnico, con visitas de frecuencia variable y sin poder sancionatorio. Alta carga documental general (formatos, registros, PQR, tutelas), pero sin informes mensuales de convenio ni SECOP.</p>	<p>Además del acompañamiento técnico, cuentan con supervisión contractual específica: revisión mensual de al menos 10 formatos, informes, observaciones y cargues a SECOP. Se vive con fuerza la duplicidad, cambios constantes y la idea de que “ningún informe pasa sin observaciones”.</p>	<p>Capa común de sobrecarga administrativa (70% gestión / 30% trabajo directo) y, sobre ella, una capa adicional de documentación y control contractual en tercerizadas.</p>
<p>Infraestructura y mantenimiento</p>	<p>Concentran el deterioro estructural más grave (humedades, goteras, fallas eléctricas,</p>	<p>Infraestructura en general más estable; los problemas se</p>	<p>En propias, la brecha es de tipo estructural y de gestión interna</p>

	<p>vectores, riesgo de evacuación). Dependen de Plantas Físicas y cadenas internas largas, con baja prioridad y tiempos extensos; las obras se hacen con residentes adentro.</p>	<p>concentran en mantenimiento cotidiano y desgaste. Cuentan con obligaciones contractuales explícitas, planes de mantenimiento y seguimiento por supervisión, con cadenas de cumplimiento más claras.</p>	<p>lenta; en tercerizadas, los déficits son más de mantenimiento y ajustes finos, con mecanismos de exigibilidad más claros.</p>
<p>Dotación física, compras y reposición</p>	<p>Dependen de compras centralizadas de la SDIS. Pueden solicitar según necesidad, pero lo que llega suele ser poco, tarde o incompleto. No hay política explícita de reposición: se rota dotación entre unidades y se extiende la vida útil.</p>	<p>Compran directamente atadas al anexo (ítems, cantidades, especificaciones). Problema dominante: pertinencia de lo definido. Aparecen ciclos de gasto innecesario y acumulación de elementos poco usados; la reposición se define convenio a convenio, no como política planificada.</p>	<p>En propias predomina la insuficiencia y demora; en tercerizadas, la rigidez y desalineación de la dotación contratada con las necesidades reales.</p>
<p>Talento humano</p>	<p>Sufren vacíos al inicio de año y lentitud en contratación interna: periodos con dotaciones</p>	<p>Estructura contractual más estable a lo largo del año, pero se</p>	<p>Propias presentan mayor vulnerabilidad a vacantes y tiempos</p>

	<p>mínimas y equipos incompletos. Retrasos obligan a que perfiles técnicos asuman tareas ajenas (nutrición, actividades, etc.), afectando la planificación (PAI y cronogramas construidos con “equipos en déficit”). Más acceso potencial a rutas internas de bienestar, pero su uso depende de la coordinación.</p>	<p>desborda cuando aumenta la población sin ajuste proporcional del personal. Los perfiles están fuertemente controlados por anexos y supervisión (pueden no ser avalados), pero condiciones laborales cotidianas dependen del operador. El bienestar del equipo se canaliza según políticas del operador y el componente de respiro.</p>	<p>administrativos; tercerizadas a “ensanchamiento” de la población sin refuerzo de planta. En tercerizadas hay mayor control formal del perfil; en propias, más flexibilidad pero también riesgo de desajuste.</p>
Transporte	<p>No tienen transporte propio del servicio; dependen de un contrato general compartido con otros programas. La programación y tipo de vehículo se definen centralmente. Muchos vehículos no son adecuados (camionetas pequeñas, sin apoyo); cuando hay buses con</p>	<p>El anexo exige un solo vehículo tipo van con características específicas, sin contemplar flota adicional ni diversidad de apoyos. Varios operadores deben sumar vehículos por su cuenta para cumplir con citas y</p>	<p>Problema compartido de insuficiencia y desajuste de transporte, pero con expresiones distintas: rigidez contractual y doble territorialidad en tercerizadas; dependencia de un contrato general y</p>

	<p>plataforma son la excepción. La competencia con otras demandas de la entidad reduce salidas recreativas y comunitarias y también limita visitas de equipos técnicos.</p>	<p>trámites, asumiendo costos no reconocidos. Las vans suelen ser altas y sin plataforma, dificultando el acceso. Están obligadas a priorizar salud; las salidas recreativas quedan restringidas. La dispersión territorial limita visitas de supervisión y validación.</p>	<p>baja prioridad del servicio en propias.</p>
<p>Tecnología e internet</p>	<p>Déficit estructural de computadores (pocos, obsoletos, dañados), falta de puntos de red, lentitud en reparación y soporte. Uso intensivo de equipos personales para tareas administrativas y actividades con personas mayores (TV pequeños, sonido insuficiente, sin sala de cómputo; alfabetización digital sostenida con recursos personales o de otros servicios). Conectividad crónicamente inestable; la gestión de mejoras es</p>	<p>Dotación tecnológica alineada al anexo y, en algunos casos, ampliada (un computador por profesional). Mayor disponibilidad de equipos audiovisuales y herramientas para actividades (video beam, parlantes, tablets, realidad aumentada). En general, internet estable en Bogotá y capacidad para gestionar al</p>	<p>La brecha tecnológica se concentra en la estructura pública (unidades propias y equipos centrales), mientras que operadores externos han construido capacidades tecnológicas más robustas.</p>

	<p>lenta y burocrática. Equipos de nivel central (equipo validación de condiciones) comparten este patrón.</p>	<p>proveedor donde hay fallas. El operador tiene incentivos directos para mantener equipos y conectividad; puede invertir en tecnología adicional si la operación lo exige.</p>	
--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia.

En cupos y flexibilidad operativa, las unidades propias concentran la posibilidad de reacción rápida ante contingencias, mientras que las tercerizadas aportan una cobertura más estable, pero con muy poco margen para absorber emergencias o incrementos inesperados de demanda.

En el marco normativo y contractual, las tercerizadas están más expuestas por dos vías. Por un lado, dependen de procesos competitivos para la contratación: si los procesos se declaran desiertos o participan pocos oferentes idóneos, la continuidad de los cupos queda en entredicho. Por otro lado, su operación se rige por anexos técnicos que traducen el modelo en obligaciones contractuales; cuando esos anexos no son realistas en términos de exigencias y costos, se vuelve frágil la viabilidad de los convenios. De ahí la necesidad de fortalecer tanto el diseño de los anexos como los espacios de co-diseño con los operadores. Además, tanto unidades propias como tercerizadas deben ajustarse a estándares del sector salud concebidos para modelos más cercanos a lo hospitalario o geriátrico, lo que introduce exigencias difíciles de cumplir y tensiona la implementación del modelo comunitario en toda la modalidad. Algo parecido ocurre con el seguimiento, la supervisión y la gestión documental: el esquema vigente refuerza el control, pero al precio de un uso intensivo del tiempo del equipo y de una presión constante por el cumplimiento documental, que compite con el trabajo directo de cuidado.

En infraestructura y mantenimiento, el mayor punto ciego se ubica en las unidades propias, donde los problemas estructurales y la lentitud de la gestión interna limitan la garantía de “ambientes adecuados y seguros”. Las tercerizadas, con obligaciones contractuales claras, tienden a tener cadenas de mantenimiento más ágiles. En dotación, compras y reposición

se observan dos tipos de ineficiencia: escasez y demora en las propias, frente a sobredotación o impertinencia de algunos ítems en las tercerizadas, lo que apunta a la necesidad de una planificación conjunta que equilibre suficiencia, pertinencia y reposición programada.

En materia de talento humano, la continuidad del modelo de cuidado depende de resolver la inestabilidad y los vacíos de personal en las unidades propias, y de corregir los desbalances entre carga de trabajo y cobertura en las tercerizadas. El transporte aparece como un cuello de botella para ambos tipos de unidad: limita el acceso a salud, la participación comunitaria y el acompañamiento técnico, bajo reglas y arreglos logísticos que no responden al perfil de la población atendida. Finalmente, en tecnología e internet, la brecha es clara: en las unidades propias la precariedad tecnológica restringe gestión y actividades, mientras que en las tercerizadas la dotación y la conectividad permiten innovar y responder con mayor oportunidad.

En este escenario, las unidades operativas propias son las llamadas a ser el referente del modelo de Comunidad de Cuidado, el lugar donde este debería mostrarse de forma ejemplar. Sin embargo, los recursos, los apoyos técnicos y las condiciones operativas disponibles no siempre guardan correspondencia con esa función, lo que limita la capacidad institucional efectivamente instalada en estas unidades: *“tenemos la atención directa de la institución y nos quedamos cortos con las herramientas que necesitamos para, primero, ser ejemplares; segundo, mostrar que desde acá se ejecuta y se hace el modelo; y tercero, decir que estamos calificados y apropiados en términos de política y de las acciones que pretendemos hacer con las personas mayores”*.

4. Conclusiones

A continuación, se presenta una síntesis de conclusiones por apartado. Cada bloque retoma los principales hallazgos del capítulo y formula una o dos juicios o conclusiones sobre la medida en que Comunidad de Cuidado cuenta —o no— con las condiciones necesarias para operar el modelo propuesto.

Tabla 29. Conclusiones principales por eje de análisis de la evaluación

Apartado	Conclusiones
Cobertura, cupos y sostenibilidad	La capacidad instalada de Comunidad de Cuidado es estructuralmente insuficiente para la magnitud de las situaciones de abandono y vulnerabilidad que el propio sistema identifica: el

	<p>número de cupos se mantiene casi estable (de 1.898 a 1.945 entre 2022 y 2025) mientras persiste una lista de espera cercana a 500 personas y una rotación baja, tensionada por la brecha entre la transitoriedad declarada y las permanencias de hecho. En la práctica, los cupos no funcionan como plazas móviles para más personas, sino como un recurso escaso que se congela en el tiempo.</p> <p>Cada cupo concentra cuidado residencial 24/7 y un paquete intensivo de apoyos, lo que hace que incrementos pequeños en cupos impliquen aumentos sustantivos del gasto recurrente. La arquitectura financiera —basada en vigencias futuras y rubros muy acotados— protege mínimos de calidad (alimentación, apoyos básicos), pero actúa como techo de cobertura: los criterios de ingreso y priorización operan como mecanismo de racionamiento institucional ante recursos limitados, y cualquier expansión significativa depende de decisiones macro de redistribución del gasto social que hoy no acompañan el cambio demográfico ni la demanda de cuidado de larga duración.</p>
<p>Capacidad normativa y operativa</p>	<p>El servicio se apoya en un andamiaje normativo robusto que obliga a operar en clave de derechos y autonomía, pero el problema central es que buena parte de la regulación y de los dispositivos de control sigue leyendo a Comunidad de Cuidado como si fuera un servicio de salud. Se le exigen estándares sanitarios y de habilitación diseñados para IPS o instituciones geriátricas tradicionales, sin reconocer su naturaleza social-comunitaria ni las características reales de la población y del modelo. Esta confusión de origen abre una “zona gris” que desborda la capacidad institucional: pone en riesgo la continuidad de unidades por obligaciones difíciles o imposibles de cumplir, orienta inversiones y adecuaciones hacia requerimientos sanitarios, más que hacia apoyos para la vida cotidiana, y agudiza tensiones no resueltas entre el deber de proteger y el respeto a las decisiones de las personas mayores. La intersectorialidad, aunque está enunciada, no logra corregir este desequilibrio: en la práctica, el sector social termina asumiendo demandas y problemas del campo sanitario sin un respaldo</p>

	<p>proporcional de recursos, corresponsabilidades ni arreglos claros de gestión compartida.</p> <p>Los lineamientos, protocolos y anexos técnicos se formulan buscando responder y armonizarse con la normativa vigente, pero en esa traducción tienden a reproducir la lógica y los problemas propios de los estándares de salud: privilegian el cumplimiento de requisitos sanitarios, registros y formatos por encima del desarrollo del componente social-comunitario y de los apoyos para la vida cotidiana. A esto se suma una brecha entre quienes diseñan estos instrumentos y quienes los implementan y supervisan: su formulación se concentra en el nivel central, con participación aún limitada de las unidades operativas y de los equipos de supervisión, lo que refuerza la percepción de que el marco operativo responde más a lógicas normativas y contractuales que a las condiciones reales de implementación. La decisión de proceder hacia la elaboración de un manual operativo único es un avance frente a la dispersión documental, pero todavía no se traduce en un marco más claro, coherente y usable como herramienta de gestión; en la práctica, muchos equipos siguen leyendo estos instrumentos principalmente como soportes para cumplir exigencias formales, más que como guía para organizar el trabajo y mejorar la calidad del cuidado.</p>
Supervisión, control y gestión documental	<p>La supervisión del servicio se apoya sobre todo en la revisión de documentos y soportes, mientras que la verificación en terreno es esporádica frente al número de instituciones y a la complejidad del modelo. Los equipos de inspección técnica y de supervisión contractual reconocen que, con la capacidad operativa disponible, pueden hacer un seguimiento documental detallado, pero no la frecuencia de visitas que considerarían necesaria. En la práctica, muchas decisiones sobre condiciones de operación se toman con base en informes, matrices y requerimientos escritos, más que en la observación directa y sistemática de la vida cotidiana en las comunidades de cuidado. Esto limita la capacidad institucional para identificar a tiempo brechas de calidad, comprender cómo se viven</p>

	<p>realmente las exigencias normativas y usar la supervisión como herramienta de mejora, más allá del cumplimiento formal de requisitos.</p> <p>La gestión documental se ha vuelto un fin en sí mismo: proliferan formatos, matrices e informes, muchos de origen reactivo, con información duplicada y cambios frecuentes de indicaciones. A esto se suma un diseño débil de sistemas de información y protección de datos: registros sensibles dispersos en múltiples drives y links, revisión manual y arcaica sin aplicativos específicos y una infraestructura tecnológica insuficiente para el volumen y delicadeza de la información. En conjunto, esto indica una capacidad institucional fuerte para producir y entregar soportes a órganos de control, pero limitada para custodiar adecuadamente la información, aprovecharla para la gestión del cuidado y reducir la sobrecarga que hoy desplaza tiempo del contacto directo con las personas mayores.</p>
<p>Capacidades instaladas</p>	<p>Infraestructura: Existe un desajuste estructural entre estándares de infraestructura pensados en clave hospitalaria–geriátrica y el modelo social–comunitario del servicio. En las unidades propias, este desajuste se expresa en predios avalados por el Distrito que no son plenamente coherentes ni con el modelo ni con los estándares que se espera cumplir: diseños poco accesibles, dificultades para evacuación, presencia recurrente de humedad, goteras, vectores o fallas eléctricas. A esto se suman tiempos lentos y trámites fragmentados para realizar mantenimientos y adecuaciones, de modo que problemas que afectan directamente la vida cotidiana de las personas mayores se prolongan en el tiempo. En Bogotá, además, la escasez de inmuebles realmente aptos para este tipo de servicio se ha convertido en una dificultad para abrir nuevos cupos, reubicar sedes en riesgo o incluso sostener la cobertura existente.</p> <p>Dotación: La dotación permite alcanzar condiciones mínimas dignas, pero se define desde tablas estandarizadas y anexos rígidos más que desde la caracterización de la población, la modalidad o la intensidad de uso. Esto genera desajustes entre lo que exigen los estándares y lo que es seguro, práctico y respetuoso de la</p>

autonomía, además de esquemas de asignación que no reconocen diferencias de tamaño y severidad entre unidades. La ausencia de una política clara de reposición y la rigidez contractual en tercerizados derivan en precariedad creciente en elementos básicos y en compras poco pertinentes que no necesariamente fortalecen el modelo de cuidado.

Recursos humanos: El modelo 24/7 de alta dependencia se sostiene con equipos que reportan déficit estructural en los componentes más críticos (auxiliares de enfermería, servicios generales, alimentación), perfiles parcialmente desalineados con el modelo, sobrecarga administrativa y estrategias débiles de bienestar y cuidado del cuidador. La alta rotación, la formación concentrada en formatos y sistemas más que en competencias técnicas y una remuneración poco acorde con la complejidad del cuidado erosionan la posibilidad de consolidar capacidades humanas especializadas y estables, tanto en las unidades operativas como en los equipos de apoyo, validación y supervisión.

Transporte: El transporte, fundamental para garantizar acceso efectivo a salud, recreación, educación, vida comunitaria y para el trabajo de validación, supervisión y acompañamiento técnico, es hoy un insumo claramente insuficiente e inestable. El crecimiento de la demanda sanitaria desborda la capacidad de vehículos disponibles, reordena las prioridades hacia citas médicas y deja sistemáticamente relegadas las salidas comunitarias y educativas. Las limitaciones de transporte generan inequidades entre personas mayores, dificultan la presencia en territorio de los equipos centrales y convierten la movilidad en un factor estructural que rebota negativamente en todas las dimensiones del servicio.

Tecnología: La tecnología es un insumo estructural del modelo, pero presenta brechas importantes, especialmente en unidades propias: computadores insuficientes, obsoletos o averiados, conectividad intermitente y plataformas que se caen, lo que obliga a depender de dispositivos y redes personales para cumplir tareas misionales y administrativas. Esto afecta la gestión documental, la focalización y validación de condiciones, y las oportunidades de

	<p>participación, educación y ciudadanía digital de las personas mayores, además de introducir riesgos en la seguridad y confidencialidad de la información. La desigualdad tecnológica entre comunidades de cuidado evidencia que la red no opera bajo estándares homogéneos de acceso y uso de tecnología.</p>
<p>Gestión de operación: propias y tercerizadas</p>	<p>La aplicación del servicio es dispar entre unidades propias y tercerizadas porque la disposición real de insumos, apoyos y márgenes de gestión es distinta en cada caso. En las unidades propias, la operación se desarrolla con déficits persistentes de infraestructura, dotación, tecnología y mantenimiento, junto con procesos internos más lentos para la compra y reposición de insumos. En las unidades tercerizadas, buena parte de las condiciones materiales y tecnológicas está más integrada a la estructura de costos del convenio, aunque condicionada por la rigidez de los anexos. Esta heterogeneidad se traduce en configuraciones de capacidad institucional diferenciadas para sostener el modelo en cada tipo de unidad.</p>

Fuente: Elaboración propia.

5. Recomendaciones

I. INSUMOS: NORMATIVOS

Síntesis. En este campo se concentran las recomendaciones centrales de la evaluación. Se identifica un conflicto misional por el traslape entre lo social y lo sanitario: el servicio Comunidad de Cuidado se regula principalmente con normas y estándares pensados para instituciones de salud u hogares geriátricos, lo que desdibuja su naturaleza social y comunitaria. A esto se suman desajustes entre los documentos que orientan la operación (estándares, anexos técnicos, lineamientos, manual operativo), criterios de talento humano definidos casi solo en función del número de usuarios —sin considerar la complejidad de los casos ni las diferencias entre modalidades moderada y severa— y tensiones entre los estándares distritales y exigencias de autoridades de otros territorios. Todo ello genera ambigüedad normativa, riesgos de sanción y dificultades para operar el servicio de acuerdo con su propósito social y de garantía de derechos.

- **Recomendación principal.** Crear un comité intersectorial vinculante entre la Secretaría Distrital de Integración Social y la Secretaría Distrital de Salud, con participación de los equipos técnicos responsables del servicio, encargado de:
 - **Revisar y redefinir el marco normativo y los estándares de calidad** de Comunidad de Cuidado, poniendo en primer plano su propósito social y comunitario y delimitando con claridad el alcance de las responsabilidades sanitarias.
 - **Unificar el sustrato documental del marco operativo**, asegurando coherencia entre estándares, anexos técnicos, lineamientos y manual operativo, mediante un ejercicio articulado entre niveles central y territorial que produzca versiones consolidadas y oficialmente adoptadas.
 - **Ajustar los estándares generales del servicio (talento humano, dotación, infraestructura y organización del cuidado)**, de manera que la definición de recursos exigidos responda al tipo de modalidad (dependencia moderada o severa) y al número de cupos por unidad operativa.
 - **Precisar los campos de inspección, vigilancia y control de cada sector**, mediante un manual de armonización que oriente la incorporación o gestión de exigencias externas —en particular de autoridades municipales o departamentales—, reduzca la ambigüedad normativa y prevenga sanciones a las unidades operativas, especialmente en materia de infraestructura física.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS – Secretaría Distrital de Salud
- **Dependencias:** Subdirección para la Vejez – Dirección de Provisión de Servicios de Salud – Equipos técnicos del servicio
- **Prioridad:** Alta

II. INFRAESTRUCTURA (PLANTA FÍSICA Y DOTACIÓN)

1. Fortalecimiento de la planta física de las unidades operativas propias

- **Síntesis:** Algunas sedes propias presentan barreras de seguridad y accesibilidad que afectan la calidad del cuidado.
- **Recomendación:** Realizar un diagnóstico técnico integral de infraestructura en las unidades operativas propias y priorizar las adecuaciones con mayor impacto en seguridad, accesibilidad y funcionalidad (rampas, circulaciones, baños, aspectos

estructurales). Definir, junto con Plantas Físicas, un plan de intervención con cronograma y metas por sede.

- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Subdirección para la Vejez – Subdirección de Plantas Físicas – Coordinaciones de unidades propias
- **Prioridad:** Media

2. Mantenimiento y reparaciones

- **Síntesis:** Los retrasos en mantenimiento de las unidades propias prolongan daños y generan dificultades en la atención.
- **Recomendación:** Implementar un canal único de radicación de solicitudes de mantenimiento (plataforma o ventanilla) con tiempos máximos de respuesta diferenciados según criticidad del daño, e informes mensuales de seguimiento por sede hasta el cierre de cada caso.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Subdirección de Plantas Físicas – Subdirección de Contratación
- **Prioridad:** Alta

3. Definición de insumos de dotación según modalidad (moderada / severa)

- **Síntesis:** La dotación actual no siempre reconoce las diferencias entre modalidades ni el tamaño de las unidades; en ocasiones se entregan insumos poco pertinentes y se omiten otros fundamentales.
- **Recomendación:** Definir y actualizar de manera diferenciada la dotación básica y complementaria para las modalidades moderada y severa, tanto en artículos de uso personal como colectivo, incorporando criterios explícitos sobre capacidades funcionales de las personas mayores y prioridades de uso (por ejemplo, elementos de aseo, vestuario, ayudas técnicas y materiales para actividades). Establecer un mecanismo formal para integrar la experiencia de las personas coordinadoras de unidad y del equipo técnico central en la revisión periódica de listados y cantidades mínimas exigidas.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Subdirección para la Vejez – Responsables de unidades operativas – Equipo técnico central
- **Prioridad:** Alta

4. Coordinación y gestión oportuna de dotación

- **Síntesis:** Los recursos materiales no siempre llegan a tiempo ni se articulan con la programación de actividades; los trámites de solicitud y aprobación son lentos.
- **Recomendación:** Establecer un calendario anual de solicitud y compra de dotación para unidades propias, consolidado por la Subdirección de Vejez y tramitado de forma conjunta ante la Dirección Corporativa. Articular este calendario con los planes trimestrales de actividades de cada sede, priorizando insumos que se usarán en el corto plazo y evitando compras que no se emplearán oportunamente.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Dirección Corporativa – Subdirección de Vejez – Responsables de unidades operativas
- **Prioridad:** Media

5. Reposición planeada y oportuna de dotación

- **Síntesis:** Las unidades propias tienen dificultades para reponer insumos esenciales cuya vida útil es limitada, y deben improvisar soluciones para cumplir los estándares.
- **Recomendación:** Definir, para cada tipo de insumo crítico (por ejemplo, colchones, ayudas técnicas, electrodomésticos), vida útil estimada, frecuencia de renovación y presupuesto anual de reposición, incorporándolos al plan de compras institucional y a los instrumentos de seguimiento financiero.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Dirección Corporativa – Subdirección de Vejez – Responsables de unidades operativas
- **Prioridad:** Alta

III. RECURSOS HUMANOS

1. Distribución funcional de auxiliares de enfermería

- **Síntesis:** La combinación de tareas asistenciales intensivas y gestiones externas (hospitalizaciones, diligencias en el sistema de salud, tutelas, acompañamientos) genera sobrecarga y deja momentos en los que las unidades carecen de auxiliares.
- **Recomendación:** Redefinir la distribución de funciones del personal de enfermería y auxiliares, diferenciando quienes se encargan principalmente de la atención directa en la unidad y quienes asumen las gestiones externas y documentales.

Garantizar que en todo momento haya auxiliares suficientes en la unidad para la atención cotidiana.

- **Entidad responsable sugerida:** SDIS – Secretaría Distrital de Salud
- **Dependencia:** Subdirección para la Vejez – Subdirección de Gestión y Desarrollo de Talento Humano
- **Prioridad:** Media

2. Definición de funciones para perfiles nuevos (como gerontología)

- **Síntesis:** La incorporación de perfiles como gerontólogos/as sin funciones claramente definidas ha generado desbordamiento de tareas y ambigüedad de rol.
- **Recomendación:** Establecer funciones y alcances específicos para los nuevos perfiles vinculados al servicio (por ejemplo, gerontología), asegurando que sus responsabilidades sean coherentes con su formación y con el modelo de atención, y evitando la asignación de funciones ajenas a su competencia.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Subdirección para la Vejez – Subdirección de Gestión y Desarrollo de Talento Humano – Equipo técnico central
- **Prioridad:** Baja

3. Planes de bienestar y respiro para el talento humano

- **Síntesis:** Aunque el lineamiento contempla el respiro al cuidador, su implementación depende de la agenda interna de cada unidad y no siempre permite la participación de todo el equipo.
- **Recomendación:** Diseñar e implementar una estrategia institucional de bienestar y respiro para el talento humano de Comunidad de Cuidado, con actividades programadas periódicamente, mecanismos para garantizar la participación de todo el equipo y previsiones operativas para no interrumpir la continuidad del servicio.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS – Secretaría Distrital de Salud
- **Dependencia:** Subdirección para la Vejez – Subdirección de Gestión y Desarrollo de Talento Humano
- **Prioridad:** Alta

4. Formación en vejez, envejecimiento y características de la población atendida

- **Síntesis:** La oferta de capacitación está centrada en gestión administrativa y es limitada en contenidos sobre vejez, envejecimiento y salud mental, entre otros temas claves.
- **Recomendación:** Implementar planes de formación continua en vejez y envejecimiento, enfoques de derechos, autonomía y capacidades, y en las características físicas, sociales y psicológicas de la población atendida, aprovechando alianzas con la Mesa Académica y otras instancias especializadas.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS – Secretaría Distrital de Salud
- **Dependencia:** Subdirección para la Vejez – Equipo de Política Pública – Subdirección de Gestión y Desarrollo de Talento Humano
- **Prioridad:** Alta

5. Ajuste de cronogramas de contratación

- **Síntesis:** Los inicios tardíos de contratación en unidades propias generan vacíos en la continuidad del servicio.
- **Recomendación:** Establecer un calendario de contratación ajustado al funcionamiento 24/7 del servicio, que garantice la vinculación continua del personal clave durante todo el año. Complementar con guías, instructivos y rutas claras para contratistas, a fin de reducir tiempos de subsanación de requisitos y evitar demoras en la vinculación.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Subdirección de Vejez – Talento Humano – Subdirección de Contratación
- **Prioridad:** Alta

6. Fortalecimiento de equipos del nivel central (Validación de condiciones y Equipo Técnico Central)

- **Validación de condiciones**
 - **Síntesis:** El tamaño actual del equipo no es suficiente para atender el volumen de solicitudes y las exigencias de trabajo territorial.
 - **Recomendación:** Ampliar el equipo de validación de condiciones al menos en una bina adicional con perfil psicosocial, para agilizar procesos de focalización y priorización.
- **Equipo Técnico Central**

- **Síntesis:** El Equipo Técnico Central acompaña a Comunidad de Cuidado y a otros servicios, lo que aumenta su carga y puede generar retrasos en el acompañamiento.
- **Recomendación:** Revisar y depurar funciones del Equipo Técnico Central; cuando se evidencien sobrecargas o retrasos sistemáticos.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Subdirección de Vejez – Talento Humano – Subdirección de Contratación
- **Prioridades:** Media (Validación de condiciones) / Baja (Revisión carga Equipo Técnico Central)

IV. SUPERVISIÓN

Optimización del modelo de supervisión

- **Síntesis:** El modelo actual concentra gran parte del tiempo de supervisión en la revisión documental, en detrimento de las visitas de campo y del análisis cualitativo del cumplimiento.
- **Recomendación:** Ajustar el modelo de supervisión para equilibrar la revisión de soportes documentales con una verificación más intensa en terreno. Fortalecer las visitas de campo, la interlocución con actores territoriales y el Equipo Técnico Central, y orientar los hallazgos hacia planes de mejoramiento con responsables y plazos definidos, cuyo cumplimiento sea objeto de seguimiento.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Subdirección para la Vejez – Dirección de Análisis y Diseño Estratégico DADE – Supervisión
- **Prioridad:** Media

V. GESTIÓN DOCUMENTAL E INFORMACIÓN

1. Sistema único de gestión documental

- **Síntesis:** La multiplicidad de formatos y la repetición de información generan carga administrativa y restan tiempo a la atención directa.
- **Recomendación:** Desarrollar un sistema único de gestión documental (aplicación o repositorio con interoperabilidad) que permita ingresar la información una sola vez

y la transfiera automáticamente a los diferentes formatos requeridos, evitando registros físicos repetitivos y mejorando la calidad de la información.

- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Subdirección para la Vejez – Dirección de Análisis y Diseño Estratégico DADE
- **Prioridad:** Media

2. Plataforma segura para la gestión de informes de unidades tercerizadas

- **Síntesis:** El uso de repositorios compartidos (drives) para el envío de informes de las unidades tercerizadas implica riesgos para la seguridad de la información y dificulta el control de versiones y períodos.
- **Recomendación:** Implementar una plataforma institucional segura para el cargue, seguimiento, retroalimentación y aprobación de informes y soportes de unidades tercerizadas, con registro de fechas, versiones y estados (recibido, en revisión, aprobado, devuelto).
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Dirección de Análisis y Diseño Estratégico - DADE – Subdirección de Vejez – Supervisión
- **Prioridad:** Alta

3. Construcción de indicadores de operación

- **Síntesis:** La información sobre la implementación se encuentra dispersa entre niveles y actores, lo que dificulta una lectura integral del servicio.
- **Recomendación:** Definir un conjunto de indicadores básicos de operación y resultados (trayectorias de usuarios, criterios de ingreso y egreso, tiempos de permanencia, características de las unidades, uso de transporte, etc.) alimentados por la plataforma de gestión documental. Estos indicadores deben servir para monitorear el desempeño del servicio y orientar decisiones de gestión y asignación de recursos.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Dirección de Análisis y Diseño Estratégico -DADE – Subdirección de Vejez – Supervisión
- **Prioridad:** Baja

4. Manual para actualizaciones de formatos y lineamientos

- **Síntesis:** Cambios repentinos o inesperados en formatos, plataformas y lineamientos generan reprocesos y descoordinación.
- **Recomendación:** Elaborar y difundir un manual para la gestión de actualizaciones de formatos y lineamientos, que establezca: frecuencia máxima de cambios, responsables, procedimiento de revisión, socialización previa y entrada en vigor. Cada actualización debe comunicarse oportunamente, detallando las modificaciones realizadas.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Dirección de Análisis y Diseño Estratégico DADE – Subdirección de Vejez – Direcciones técnicas y administrativas asociadas
- **Prioridad:** Alta

5. Apoyo en registro y organización de información

- **Síntesis:** Las tareas de registro, archivo y organización de información generan sobrecarga en los equipos de las unidades y reducen el tiempo para la atención directa.
- **Recomendación:** Incorporar en cada unidad operativa al menos una persona con funciones específicas de gestión documental, responsable de organizar registros, soportes y trámites administrativos, en articulación con el sistema de información institucional.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Subdirección de Vejez – Dirección Poblacional – Subdirección de Contratación
- **Prioridad:** Alta

VI. TRANSPORTE

1. Fortalecimiento del transporte en unidades tercerizadas

- **Síntesis:** El transporte disponible es insuficiente para cubrir la dispersión geográfica, la diversidad horaria y el volumen de citas médicas.
- **Recomendación:** Diseñar e implementar una herramienta de registro de uso del transporte (trayectos, frecuencias, horarios, usuarios) que permita estimar la necesidad real y definir número y tipo de vehículos requeridos. Incorporar los resultados en los anexos técnicos, con estándares explícitos de cantidad, tipo de vehículos y frecuencia.

- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Subdirección para la Vejez – Responsables de unidades operativas
- **Prioridad:** Alta

2. Fortalecimiento del transporte en unidades propias

- **Síntesis:** El transporte centralizado y compartido con otros servicios, sumado a vehículos poco adaptados, genera restricciones importantes para Comunidad de Cuidado.
- **Recomendación:** Proveer un sistema de transporte exclusivo o prioritario para Comunidad de Cuidado en unidades propias, con vehículos adaptados (rampas, espacio para sillas de ruedas, anclajes, cinturones) y programación de rutas y horarios acordes con las necesidades reales de las personas usuarias.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Subdirección para la Vejez – Dirección Corporativa – Responsables de unidades operativas
- **Prioridad:** Alta

3. Transporte para equipos del nivel central

- **Síntesis:** Los equipos centrales (visitas domiciliarias, supervisión, acompañamiento técnico) no cuentan con medios de transporte fijos, lo que dificulta su trabajo, especialmente fuera del Distrito.
- **Recomendación:** Ampliar la oferta de transporte institucional destinada a equipos del nivel central, definiendo cupos, rutas y procedimientos de asignación que prioricen desplazamientos a unidades operativas y visitas domiciliarias relacionadas con Comunidad de Cuidado.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Subdirección para la Vejez – Dirección Corporativa – Responsables de unidades operativas
- **Prioridad:** Media

VII. TECNOLOGÍA

1. Conectividad

- **Síntesis:** Existen limitaciones en el acceso a Internet en unidades propias.

- **Recomendación:** Garantizar que todas las unidades propias cuenten con servicio de Internet estable. Donde no sea posible instalarlo, dotar a la sede de un teléfono móvil institucional con plan de datos suficiente para el trabajo del equipo. Establecer revisiones trimestrales de conectividad y un protocolo de soporte técnico oportuno.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Dirección de Análisis y Diseño Estratégico DADE – Subdirección de Vejez
- **Prioridad:** Alta

2. Equipos audiovisuales

- **Síntesis:** Parte de los equipos audiovisuales en unidades propias son obsoletos o insuficientes.
- **Recomendación:** Elaborar un inventario actualizado de equipos audiovisuales y un plan de mantenimiento y renovación gradual, priorizando aquellos esenciales para actividades recurrentes (talleres, reuniones, actividades grupales).
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Subdirección de Vejez – Dirección Corporativa
- **Prioridad:** Media

3. Equipos de cómputo

- **Síntesis:** Existe déficit de computadores para actividades orientadas a reducir la brecha digital de las personas mayores.
- **Recomendación:** Ampliar la dotación de equipos de cómputo en unidades propias, con criterios que vinculen número de usuarios, tipo de actividades y metas de formación en uso de TIC.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Subdirección de Vejez – Dirección Corporativa
- **Prioridad:** Media

4. Condiciones tecnológicas para el equipo de Validación

- **Síntesis:** El equipo de Validación de condiciones utiliza recursos personales (teléfonos, conexión residencial) para cumplir con su carga documental y comunicarse con usuarios y familias.

- **Recomendación:** Garantizar al equipo de Validación acceso institucional a Internet y equipos de trabajo adecuados (computadores y, cuando corresponda, teléfonos corporativos), de manera que no dependan de recursos personales para el cumplimiento de sus funciones.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Subdirección de Vejez – Dirección Corporativa
- **Prioridad:** Alta

VIII. RECURSOS FINANCIEROS

Unificación de estructuras de costos según tipo de operación

- **Síntesis:** La información de costos por tipo de operación (propia y tercerizada) es disímil y no permite comparaciones ni análisis de costo-efectividad.
- **Recomendación:** Diseñar una estructura de costos unificada para Comunidad de Cuidado, que permita homologar y comparar el origen y destino de los recursos por tipo de operación y modalidad (moderada, severa). Utilizar esta estructura para construir indicadores financieros (costo por cupo y por día, participación de talento humano, dotación, transporte, tecnología, etc.) que apoyen la toma de decisiones y el análisis de sostenibilidad.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Subdirección de Vejez – Grupo Administrativo y Financiero – Equipo de Supervisión
- **Prioridad:** Media

IX. CAPACIDADES DIFERENCIALES ENTRE UNIDADES PROPIAS Y TERCERIZADAS

- **Síntesis:** Se observan brechas en capacidades operativas entre unidades propias y tercerizadas, asociadas principalmente a diferencias en instrumentos administrativos, recursos tecnológicos, dotación e infraestructura.
- **Recomendación:** Retomar los hallazgos del apartado de la evaluación sobre “Gestión de operación: capacidades diferenciales en unidades propias y tercerizadas” y elaborar un plan de cierre de brechas, que incluya:
 - Sistematización y socialización de buenas prácticas de ambos tipos de unidades.

- Identificación de brechas críticas (tecnología, dotación, infraestructura, acompañamiento técnico) y definición de metas de estandarización, con acciones y plazos concretos.
- Ajustes en instrumentos administrativos y de seguimiento que permitan a ambos tipos de operación implementar el servicio bajo condiciones más homogéneas.
- **Entidad responsable sugerida:** SDIS
- **Dependencia:** Subdirección de Vejez – Equipos responsables según tipo de brecha
- **Prioridad:** Media

Tabla 30. Resumen priorizado de recomendaciones para el fortalecimiento de capacidades institucionales del servicio Comunidad de Cuidado

Nº	Recomendación	Categoría	Prioridad
1	Recomendación principal: Crear un comité intersectorial vinculante para reajustar los estándares del servicio	General	Alta
2	Revisar y redefinir el marco normativo y los estándares de calidad	General	Alta
3	Unificar el sustrato documental del marco operativo	General	Alta
4	Ajustar los estándares generales del servicio (talento humano, dotación, infraestructura y organización del cuidado)	General	Alta
5	Precisar los campos de inspección, vigilancia y control de cada sector	General	Alta
6	Implementar un canal único de radicación de solicitudes de mantenimiento con tiempos máximos de respuesta diferenciados según criticidad del daño	Infraestructura	Alta
7	Definir y actualizar de manera diferenciada la dotación básica y complementaria para modalidades moderada y severa	Infraestructura	Alta
8	Definir plan de reposición oportuna de dotación para insumos críticos	Infraestructura	Alta

Nº	Recomendación	Categoría	Prioridad
9	Diseñar e implementar una estrategia institucional de bienestar y respiro para el talento humano	Recursos humanos	Alta
10	Implementar planes de formación en vejez, envejecimiento y características de la población atendida	Recursos humanos	Alta
11	Establecer calendario de contratación que garantice vinculación continua y suficiente de personal en unidades propias	Recursos humanos	Alta
12	Implementar plataforma segura para el cargue y trámite de informes y soportes de unidades tercerizadas	Gestión documental e Información	Alta
13	Elaborar y difundir un manual para la gestión de actualizaciones de formatos y lineamientos	Gestión documental e Información	Alta
14	Incorporar en cada unidad operativa al menos una persona con funciones específicas de gestión documental	Gestión documental e Información	Alta
15	Implementar una herramienta de registro de uso del transporte para estimar necesidad real en unidades tercerizadas	Transporte	Alta
16	Proveer un sistema de transporte exclusivo o prioritario para Comunidad de Cuidado en unidades propias, con características apropiadas para los usuarios	Transporte	Alta
17	Garantizar que todas las unidades propias cuenten con servicio de Internet estable.	Tecnología	Alta
18	Garantizar condiciones tecnológicas para el equipo de Validación	Tecnología	Alta
19	Fortalecer la planta física de las unidades operativas propias, según necesidades de la población usuaria del servicio	Infraestructura	Media
20	Establecer calendario de solicitud y compra de dotación para unidades propias, considerando planes trimestrales de actividades	Infraestructura	Media
21	Redefinir distribución de funciones del personal de enfermería y auxiliares (gestión documental, atención a usuarios y acompañamiento externo)	Recursos humanos	Media

Nº	Recomendación	Categoría	Prioridad
22	Ampliar el equipo de Validación de condiciones al menos en una bina adicional con perfil psicosocial	Recursos humanos	Media
23	Ajustar el modelo de supervisión para equilibrar la revisión de soportes documentales con la verificación en terreno	Supervisión	Media
24	Desarrollar un sistema único de gestión documental para interoperabilidad y automatización documental	Gestión documental e Información	Media
25	Ampliar la oferta de transporte institucional destinada a equipos del nivel central	Transporte	Media
26	Elaborar inventario actualizado de equipos audiovisuales y plan de mantenimiento y renovación para unidades propias	Tecnología	Media
27	Ampliar dotación de equipos de cómputo en unidades propias, para cerrar brecha digital	Tecnología	Media
28	Unificar estructuras de costos según tipo de operación y modalidad	Recursos financieros	Media
29	Elaborar plan para resolver brechas de capacidades entre unidades operativas propias y tercerizadas	Capacidades diferenciales entre unidades	Media
30	Establecer funciones y alcances específicos para los nuevos perfiles vinculados al servicio, como gerontología	Recursos humanos	Baja
31	Fortalecer al equipo técnico central cuando su carga se vea aumentada por la atención a otros servicios	Recursos humanos	Baja
32	Construir indicadores de operación que permitan monitorear el desempeño del servicio	Gestión documental e información	Baja

Fuente: Elaboración propia equipo de investigación

6. Referencias

- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2010). Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010-2025. Secretaría Distrital de Integración Social.
- Brinkerhoff, D. W., & Morgan, P. J. (2010). Capacity and capacity development: Coping with complexity. *Public Administration and Development*, 30(1), 2–10.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). *Understanding mixed methods research*. Sage Publications.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2018). *Guía para la elaboración de metadatos de registros administrativos*. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). https://www.sen.gov.co/sites/default/files/migracion-files/RegistrosAdministrativos/Gu%C3%ADa_Metadatos_RRAA_30072018.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2023). *Guía para la elaboración del documento metodológico de operaciones estadísticas*. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). <https://www.dane.gov.co/files/sen/lineamientos/Guia-elaboracion-documento-metodologico.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación. (2014). *Guía metodológica para el seguimiento y la evaluación a políticas públicas*. Departamento Nacional de Planeación.
- Hilderbrand, M., & Grindle, M. (1997). Building sustainable capacity in the public sector: What can be done? In M. S. Grindle (Ed.), *Getting good government: Capacity building in the public sectors of developing countries*. Harvard University Press.
- Jones, S. (2016). Alternative perspectives of safety in home delivered health care: A sequential exploratory mixed method study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(10), 2536–2546. <https://doi.org/10.1111/jan.13006>
- Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R., & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 26–46. <https://doi.org/10.1037/amp0000151>
- Oszlak, O. (2014). Políticas públicas y capacidades estatales. *Forjando*, 3(5), 14–21.
- Rampin, R., & Rampin, V. (2021). Taguette: Open-source qualitative data analysis. *Journal of Open Source Software*, 6(68), 3522. <https://doi.org/10.21105/joss.03522>
- Robinson, O. C. (2013). Sampling in interview-based qualitative research: A theoretical and practical guide. *Qualitative Research in Psychology*, 11(1), 25–41. <https://doi.org/10.1080/14780887.2013.801543>



SECRETARÍA DE
INTEGRACIÓN SOCIAL



- Rosas, A. (2019). Capacidad institucional: Revisión del concepto y ejes de análisis. *Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal*, 19(32), 81–107. <https://doi.org/10.14409/daapge.v19i32.8482>
- Secretaría Distrital de Planeación. (2018). *Guía para el seguimiento y evaluación de políticas públicas*. Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C. – Secretaría Distrital de Planeación.
- Secretaría Distrital de Planeación. (2024). *Guía de evaluación de políticas públicas distritales*. Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C. – Secretaría Distrital de Planeación. <https://www.sdp.gov.co/gestion-socioeconomica/evaluacion-politicas-publicas/guias>

AQUÍ
SI PASA
BOGOTÁ
MI CIUDAD
MI CASA

BOGOTÁ

SECRETARÍA DE
INTEGRACIÓN SOCIAL