Documento técnico con productos para el desarrollo de capacidades (componente 1)

Plan de formación concertado con la SDS (Subcomponente 1a).

Materiales pedagógicos y didácticos de los módulos del fortalecimiento de capacidades presencial en Prescripción Social (Subcomponente 1a)

Entidad ejecutora: Universidad El Bosque

Entidad contratante: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Subsecretaria de Salud Pública

Dirección de Salud Colectiva

OBJETO:

"Aunar esfuerzos técnicos, científicos y administrativos para la realización de acciones dirigidas al desarrollo de capacidades para el talento humano del sector salud, la divulgación de nuevo conocimiento y la generación de recomendaciones de política pública en el marco de la estrategia de prescripción social y del modelo de atención en salud MAS Bienestar."

Marzo 2026

Contenido

Presentación 3

1. Plan de formación concertado con la SDS 4

Tema 1. Identificación de necesidades y activos sociales 4

Tema 2. Prescripción social efectiva 5

Tema 4. Articulación y coordinación local 5

2. Materiales pedagógicos y didácticos de los módulos del fortalecimiento de capacidades presencial en Prescripción Social 8

Módulo 0. Introductorio 9

Tema 1. Identificación de necesidades y activos sociales 9

Identificación del tema 9

3. Objetivos de aprendizaje del tema 10

4. Núcleo conceptual mínimo propuesto 10

5. Actividades de aprendizaje [2 horas] 10

6. Requerimientos o apoyos necesarios para el desarrollo del tema 11

Bibliografía 11

Recurso didáctico: Presentación tema 1 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

1. Identificación del tema 13

3. Objetivos de aprendizaje del tema 13

4. Núcleo conceptual mínimo propuesto 13

5. Actividades de aprendizaje [2 horas] 14

6. Requerimientos o apoyos necesarios para el desarrollo del tema 14

Bibliografía 15

Tema 3. Redes personales, familiares y territoriales 16

1. Identificación del tema 16

3. Objetivos de aprendizaje del tema 16

4. Núcleo conceptual mínimo propuesto 16

5. Actividades de aprendizaje [2 horas] 18

6. Requerimientos o apoyos necesarios para el desarrollo del tema 18

Bibliografía 18

Tema 4. Articulación y coordinación local 20

1. Identificación del tema 20

2. Objetivo del tema 20

3. Objetivo de aprendizaje del tema 20

4. Núcleo conceptual y metodológico mínimo propuesto 20

1. Intersectorialidad como respuesta a determinantes sociales y a necesidades sociales y subjetivas 21

2. Dispositivos de coordinación local e intersectorial: con quiénes, dónde y mediante qué mecanismos se articula la respuesta 21

3. Matching inicial entre necesidades y activos institucionales y comunitarios 21

4. Facilitación como operación práctica de la articulación sociosanitaria 21

5. Intensidades de apoyo y criterios prácticos para decidir cuándo activar facilitación 21

5. Actividades de aprendizaje 22

6. Requerimientos o apoyos necesarios para el desarrollo del tema 24

Bibliografía 31

Anexo 1. Cronograma de sesiones presenciales 33

Presentación

En el marco del convenio suscrito entre la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y la Universidad El Bosque, se desarrolla el componente 1 de fortalecimiento de capacidades en Prescripción Social en Salud, orientado a cualificar las competencias de los equipos territoriales, asistenciales y técnicos que se vienen vinculando a la estrategia de prescripción social en el marco del Modelo de Salud MAS Bienestar en la ciudad de Bogotá

Dentro de este componente, el Subcomponente 1a corresponde al desarrollo e implementación de un proceso presencial intensivo orientado al fortalecimiento de capacidades técnicas, relacionales y territoriales del talento humano con funciones de gestión territorial de la salud, que participa en diferentes niveles de la operación del circuito de Prescripción Social que se viene consolidando en el Distrito

Este proceso de desarrollo de capacidades se concibe como un dispositivo aplicado y situado, cuyo propósito es fortalecer la capacidad de los equipos territoriales para identificar necesidades sociales, formular prescripciones sociales pertinentes, activar y articular redes sociales y comunitarias, y contribuir a la coordinación a nivel local, evitando que la Prescripción Social se reduzca a un trámite administrativo o a una derivación desarticulada.

En relación con lo anterior, el fortalecimiento de capacidades se estructuró en torno a una propuesta temática y modular preestablecida, organizada en cuatro temas y sus respectivos módulos, en concordancia con los resultados de una primera fase de sistematización y evaluación de una experiencia situada de Prescripción Social adelantada en la localidad de Kennedy durante el año 2025.

A partir de esta propuesta inicial, la Secretaría Distrital de Salud, en concertación con la Universidad El Bosque, definió un plan de formación que se ajustara, en la medida de lo posible, a las dinámicas de trabajo de los participantes, a los propósitos de la estrategia y a las necesidades particulares de los territorios. A su vez la concertación de este plan derivó en el diseño de los contenidos, la propuesta pedagógica y didáctica del proceso de desarrollo de capacidades.

En este orden de ideas, este documento presenta el resultado del desarrollo de dos productos de dicho componente. Por un lado, el Plan de Formación Concertado con La Secretaría Distrital De Salud (SDS), en una versión operativa inicial, construido a partir de procesos de concertación técnica con la Secretaría Distrital de Salud. En segundo lugar y, en estrecha relación con el plan, se presentan los materiales pedagógicos y didácticos diseñados para el desarrollo de los contenidos definidos de manera concertada.

1. Plan de formación concertado con la SDS

A partir de la propuesta temática predefinida, el diseño pedagógico original se estructuró en una lógica modular organizada en cuatro temas, cada uno compuesto por módulos conceptuales, metodológicos y prácticos, tal como se describe a continuación.

Tema 1. Identificación de necesidades y activos sociales

Propósito del tema

Fortalecer capacidades para identificar de manera integral necesidades sociales individuales, familiares y territoriales, así como reconocer y valorar activos sociales, comunitarios e institucionales de bienestar relevantes para la Prescripción Social.

Módulos

- **Módulo 1.1. Identificación de necesidades sociales en personas y familias**
  Enfoque en lectura integral del malestar y el bienestar, desde una perspectiva centrada en la persona, dignidad, derechos y no estigmatización.

- **Módulo 1.2. Identificación de necesidades territoriales y activos de bienestar**
  Lectura del territorio como espacio vivido y relacional; reconocimiento, caracterización y valoración de activos sociales, comunitarios e institucionales de bienestar.
- **Módulo 1.3. Integración práctica: necesidades y activos en el territorio**
  Ejercicio aplicado que integra necesidades individuales y territoriales con la identificación de activos, a partir de situaciones reales del trabajo cotidiano.

Tema 2. Prescripción social efectiva

Propósito del tema

Desarrollar capacidades para formular prescripciones sociales pertinentes, viables y éticamente responsables, fortaleciendo el acceso efectivo de las personas a activos sociales, comunitarios e institucionales de bienestar

Módulos

- **Módulo 2.1. Formulación de prescripciones sociales centradas en la persona**
  Personalización de la prescripción según condiciones de vida, motivaciones, barreras y posibilidades reales de acceso.
- **Módulo 2.2. Tecnologías relacionales para la Prescripción Social**
  Desarrollo de habilidades relacionales clave: escucha activa, comunicación empática, abordaje no estigmatizante, manejo ético de la información.
- **Módulo 2.3. Integración práctica: formulación y acompañamiento de prescripciones.**
  Aplicación de criterios operativos mediante análisis de casos y simulaciones, orientadas a la práctica cotidiana.

Tema 3. Redes personales, familiares y territoriales

Propósito del tema

Fortalecer capacidades para reconocer, activar y articular redes personales, familiares y comunitarias como recursos fundamentales para el bienestar y la sostenibilidad de la Prescripción Social.

Módulos

- **Módulo 3.1. Redes personales y familiares como soporte del bienestar**
  Identificación y valoración de redes cercanas de apoyo y cuidado, e integración de estas redes en las prescripciones sociales.
- **Módulo 3.2. Redes territoriales y comunitarias**
  Reconocimiento de actores sociales e institucionales, redes formales e informales, y dinámicas comunitarias relevantes.
- **Módulo 3.3. Integración práctica: activación y articulación de redes.** Ejercicios aplicados de mapeo relacional y diseño de estrategias de articulación territorial.

Tema 4. Articulación y coordinación local

Propósito del tema

Desarrollar capacidades para facilitar la articulación entre el sector salud, otros sectores y la oferta comunitaria, fortaleciendo la Prescripción Social como circuito sociosanitario.

Módulos

- **Módulo 4.1. Rol de facilitación y traducción sociosanitaria**
  Comprensión y delimitación del rol de facilitación comunitaria: funciones, límites, mediaciones y criterios de escalamiento.
- **Módulo 4.2. Dispositivos de coordinación local e intersectorial**
  Uso de mesas, rutas, acuerdos y mecanismos de seguimiento para organizar la coordinación territorial.
- **Módulo 4.3. Integración práctica: coordinación y seguimiento de la Prescripción Social**
  Análisis de casos reales de articulación local, identificación de tensiones y diseño de esquemas básicos de coordinación.

Proceso de concertación del plan

Inicialmente la propuesta de implementación, por parte de la Universidad, consistía en el desarrollo de cada módulo durante 2 horas, en sesiones de 8 horas, lo que implicaba el desarrollo de 4 módulos por sesión. Teniendo en cuenta que los módulos temáticos y metodológicos eran 8 en total, esto requería de dos días para que cada participante pudiera abordar todo el contenido temático.

No obstante, en el marco de la concertación con la SDS, la implementación se reorganizó en una lógica temática integrada, en la cual los contenidos modulares se sintetizaron en los cuatro temas predefinidos, cada uno de ellos con duración de 2 horas. Esto con el fin de que, en una sesión de 8 horas, fuera posible abordar los 4 temas, buscando que todos los participantes pudieran cumplir con todo el contenido temático en una sesión, garantizando la cobertura definida, sin demeritar la calidad del proceso.

Como complemento a esta nueva configuración, se definieron otras estrategias consistentes en

- Repensar el diseño e implementación del componente virtual (componente 2), dándole un mayor énfasis a este en la aplicación de los conceptos y metodologías adelantadas en el componente presencial. Esto a su vez, implicó reconfigurar el ítem práctico de cada tema de la propuesta inicial, buscando vincularlos, a través del desarrollo de casos en la propuesta de la modalidad virtual (ver propuesta metodológica del componente 2). Esta decisión implica que, los participantes, además de desarrollar el componente presencial tendrían que adelantar el curso virtual para profundizar en la implementación.
- Se definió que el componente de implementación iba a girar en torno a tres problemáticas priorizadas en el trabajo Intersectorial del que participa la Secretaría de Salud: consumo de sustancias psicoactivas en niños, niñas y adolescentes; consumo de sustancias psicoactivas en ciudadanos en situación de calle y soledad no deseada en personas mayores. Este enfoque permite aprendizaje situado y articulación teoría–práctica.

- Teniendo en cuenta que la mayor parte de los participantes tiene un acercamiento muy preliminar a los conceptos de la estrategia de Prescripción Social, se concertó diseñar e implementar un módulo 0 introductorio, en modalidad virtual que diera el contexto al curso, a los principales conceptos de la estrategia y a la actualidad del diseño e implementación de la estrategia en el Distrito.
- Se estableció que, aunque el desarrollo de los temas en cada sesión no debería ser estrictamente secuencial, era necesario garantizar que cada sesión iniciara por el módulo 1 o 2, ya que en estos se podría dar un acercamiento inicial a conceptos y propósitos de la estrategia de Prescripción social.
- El programa de cada tema (syllabus), sin perjuicio de la autonomía de cada docente que abordará los temas propuestos, tendrá una estructura establecida por: una actividad de entrada en la que se reconocen experiencias previas frente a cada tema; un desarrollo conceptual básico; la descripción de herramientas metodológicas; y un taller final dedicado a reconocer y fortalecer el aprendizaje conceptual y metodológico.

Por otra parte, se ratificó el compromiso inicial de adelantar 40 sesiones presenciales con duración de 8 horas cada una, con un cupo máximo de 50 participantes por sesión, A partir de la programación de la universidad, se estableció un cronograma con sesiones regulares los días *martes y viernes*, iniciando el martes 24 de marzo y finalizando el viernes 17 de julio del 2026 (ver anexo 1). Además, se definió la distribución de temas en cada día, según el siguiente cuadro

Cuadro 1. distribución de temas, docentes y horarios

Martes			**Viernes**		
Tema	**Horario**	**Profesor**	**Tema**	**Horario**	**Profesor**
Tema 1	8:00 a.m - 9:50 a.m.	Julio Mazorco	Tema 2	8:00 a.m - 9:50 a.m.	John Pedraza
Tema 2	10:10 a.m - 12 p.m.	Laura Franco	Tema 4	10:10 a.m - 12 p.m.	Alejandro Perdomo
Tema 3	1:00 p.m. - 2:50 p.m.	Ana Rodríguez	Tema 3	1:00 p.m. - 2:50 p.m.	Liliana Tapias
Tema 4	3:10 p.m. - 5:00 p.m.	Luis Fernando Restrepo	Tema 1	3:10 p.m. - 5:00 p.m.	Laura Carreño

En cuanto a temas operativos, se reafirmó que la convocatoria a los participantes se haría desde la SDS, mediante un proceso de inscripción previa, a través de un formato digital, administrado por la Universidad, con propósito de registro de asistencia y académico.

Es preciso mencionar, que el plan no se configura como un diseño cerrado, sino como un instrumento operativo dinámico que orienta la implementación inicial del proceso y permite su ajuste progresivo en función de las condiciones reales de ejecución.

Producto de estos acuerdos, se presenta a continuación los programas académicos de cada tema y sus respectivos materiales pedagógicos y didácticos.

2. Materiales pedagógicos y didácticos de los módulos del fortalecimiento de capacidades presencial en Prescripción Social

A continuación, se describe el contenido temático de cada uno de los temas, teniendo en cuenta aspectos ya descritos como:

- El proceso formativo se organiza en cuatro temas: identificación de necesidades y activos, prescripción social efectiva, redes, y articulación intersectorial.
- Cada tema integra componentes conceptuales, metodológicos y prácticos derivados de una estructura modular previa.
- Cada tema se desarrolla en apertura situada, núcleo conceptual aplicado, traducción metodológica y taller de cierre.

Teniendo en cuenta estos elementos generales, presentamos la propuesta temática, pedagógica y didáctica de cada uno de los temas, compuesta por el programa y las respectivas presentaciones que dan cuenta del desarrollo de este en las sesiones presenciales. Cada programa incluye: la identificación del tema; los objetivos de aprendizaje; la descripción temática y las actividades de aprendizaje. Esta propuesta es iterativa y se espera ir ajustando en la medida que trascurran las sesiones presenciales y la recopilación de experiencias de los participantes

Módulo 0. Introductorio

Este módulo se desarrollará previo al inicio del componente presencial de Desarrollo de Capacidades para la Prescripción Social. El contenido incluirá tres elementos:

1. Introducción al proceso de Desarrollo de Capacidades para la Prescripción Social: Aquí se exponen los propósitos del curso, su estructura y dinámica de implementación. Responsable: Universidad El Bosque. Recurso: video

2. Conceptos generales de la estrategia de Prescripción Social: se exponen los conceptos teóricos y metodológicos de la Prescripción Social y algunas experiencias e implementación a nivel mundial. Responsable: Universidad El Bosque. Recurso: presentación (RISE).

3. La Prescripción Social en Bogotá: se exponen los avances del diseño de la estrategia de Prescripción Social para la ciudad y la proyección de su implementación en el corto, mediano y largo plazo. Responsable: Secretaría Distrital de salud. Recurso: video.

Recurso didáctico: https://360.articulate.com/review/content/81106ee8-98d8-4ad9-8ea8-1891d4098f7d/review

Tema 1. Identificación de necesidades y activos sociales

Identificación del tema

Tema general:
Prescripción Social como estrategia de salud pública, con énfasis en activos para la salud, sentido de coherencia y articulación sociosanitaria, especialmente sobre activos de bienestar, equidad y cambio de paradigma.

Docentes:
Laura Marcela Carreño Barreneche
Julio Eduardo Mazorco

Modalidad y duración:
Sesión presencial integrada de **1:45 horas**.

2. Objetivo del tema

Objetivo del tema:
Fortalecer las capacidades de los equipos territoriales para identificar necesidades sociales individuales, familiares y territoriales desde una mirada integral del bienestar, y reconocer, caracterizar y valorar los activos sociales y comunitarios relevantes para la Prescripción Social.

3. Objetivos de aprendizaje del tema

- Leer el territorio como espacio vivido y relacional, entendiendo sus dinámicas sociales, institucionales y comunitarias.
- Identificar, caracterizar y valorar activos de bienestar comunitarios, distinguiendo entre activos formales, informales e institucionales.

4. Núcleo conceptual mínimo propuesto

I. Introducción conceptual: El cambio de mirada (marco del módulo)
Subtemas teóricos:

- De un enfoque centrado en déficit → a un enfoque basado en activos.
- Importancia de la salud fuera del hospital y de la mirada territorial.
- La inequidad como lente analítica del territorio.

Traducción metodológica

- Actividad de partida: análisis de una situación real del territorio.
- Preguntas disparadoras sobre dificultades de lectura territorial.

II. Identificación de necesidades sociales, individuales y familiares
1. Núcleo conceptual

- Lectura integral del malestar y bienestar.
- No estigmatización, dignidad y enfoque centrado en la persona.
- Hiperfrecuentación: elementos visibles e invisibles del malestar.
- Salutogénesis y Sentido de Coherencia (SOC).
- Determinantes sociales que influyen en necesidades.

III. Identificación de necesidades territoriales y activos en salud
1. Núcleo conceptual

- Territorio como espacio vivido y relacional.
- Tipologías de activos (según evidencia internacional):
    - Personales (habilidades, motivaciones).
    - Sociales y Comunitarios (grupos, organizaciones).
    - Institucionales (servicios, programas).

5. Actividades de aprendizaje [2 horas]

Describa cómo se desarrollará cada componente conceptual

- Apertura situada: Preguntas abiertas frente a la experiencia general en prescripción social y particular frente a identificación de necesidades

individuales, familiares y territoriales en el desarrollo de las actividades cotidianas en el territorio

- Núcleo conceptual aplicado: exposición teórica en diálogo con la experiencia de trabajo de los participantes en relación con los conceptos propuestos
- Traducción metodológica de los conceptos:
    - Análisis de caso territorial real.
    - Identificación de necesidades visibles/ocultas.

- Taller de cierre:
    - Mapa territorial inicial del barrio/localidad.
    - Cruce entre necesidades y DSS.

6. Requerimientos o apoyos necesarios para el desarrollo del tema

- Hojas tamaño carta
- Marcadores

Bibliografía

Farina, M., et al. (2024). Link Workers in social prescribing for young people work: A case study from Sheffield Futures. International Journal of Integrated Care.
Farina, M., et al. (2025). A service ecosystems perspective to explore social prescribing value co-creation. BMC Health Services Research.
Feather, J., et al. (2024). Locating the evidence for children and young people social prescribing: Where to start? A scoping review protocol. PLoS ONE.
Islam, M. (2025). Does social prescribing address social determinants of health? Frontiers in Public Health.
Mantell, A., et al. (2023). Accelerated aging in people experiencing homelessness: A rapid review. Frontiers in Public Health.
Mitchell, D., et al. (2025). The use of social prescribing and community-based wellbeing activities: A mapping review. BMC Public Health.
Moon, J., & Ryu, S. (2024). Salutogenesis intervention improves cardio-cerebrovascular health in at-risk office workers: A quasi-experimental study. Public Health Nursing.
Morse, A., et al. (2022). Global developments in social prescribing. BMJ Global Health.
Muhl, C., et al. (2025). Social prescribing for children and youth: A scoping review. Health & Social Care in the Community.
Napierala, M., et al. (2025). Social prescribing to improve health and well-being: Study protocol of a multi-center randomized controlled trial. PLoS ONE.
Ostojic, K., et al. (2023). Codesigning a social prescribing pathway to address the social determinant of health concerns of children with cerebral palsy. BMJ Open.
Percival, J., et al. (2022). Systematic review of social prescribing and older adults: Where to from here? Family Medicine and Community Health.
Ribeiro, P., et al. (2025). Facilitator factors to develop a healthy ageing social prescribing local system in Portugal. Journal of Infrastructure, Policy and Development.
Sandhu, S., et al. (2022). Intervention components of link worker social prescribing programmes: A scoping review. Health & Social Care in the Community.
Wahab, F., et al. (2025). Unified Needs Assessments to enable systemic healthcare services integration. International Journal of Integrated Care.

Wood, E., et al. (2021). Social prescribing for people with complex needs: A realist evaluation. BMC Family Practice.
Yan, T., et al. (2022). Effectiveness of social needs screening and interventions in clinical settings on utilization, cost, and clinical outcomes: A systematic review. Health Equity.
Yusuf, A., et al. (2024). Enhancing community-oriented care: Implementation of social prescribing within a family health team. Healthcare Management Forum.

1. Identificación del tema

Tema: **Prescripción social efectiva**
Nombre de l@s profesor@s:
Laura Franco Cian
John Alexander Pedraza Palacios

Modalidad y duración:
Sesión presencial integrada de **1:45 horas**.

2. Objetivo del tema

Desarrollar capacidades para formular prescripciones sociales pertinentes, viables y éticamente responsables, fortaleciendo el acceso efectivo de las personas a recursos.

3. Objetivos de aprendizaje del tema

¿Qué debería poder hacer distinto un participante en el desarrollo de la estrategia de Prescripción Social, después de abordar este tema?
Al finalizar el módulo, los participantes estarán en capacidad de analizar las condiciones y necesidades de las personas atendidas en el territorio y formular prescripciones sociales pertinentes, viables y éticamente responsables, ajustadas a su contexto y a los recursos disponibles en la red comunitaria. Aplicarán estrategias básicas de escucha activa y comunicación empática en momentos críticos: contacto con la persona, coordinación con activos sociales, acompañamiento. Identificarán expresiones de estigma y violencia institucional (sexismo, capacitismo, racismo, clasismo, adultocentrismo, LGBTIQ+fobia) y propondrán maneras de transformarlas en prácticas respetuosas. Definirán criterios mínimos de manejo ético de la información en el marco de la Prescripción Social.

4. Núcleo conceptual mínimo propuesto

Describa los temas y subtemas a desarrollar, tanto en lo teórico como en lo metodológico
1. Fundamentos conceptuales de la prescripción social centrada en la persona:

1.1. Principios del enfoque centrado en la persona:
1.1.1. Reconocimiento de la autonomía.
1.1.2. Participación activa de la persona.
1.1.3. Contextualización social de las necesidades.

1.2. Elementos que deben considerarse en la formulación de prescripciones sociales:
1.2.1. Condiciones de vida.
1.2.2. Motivaciones personales.
1.2.3. Barreras de acceso (económicas, territoriales, familiares, culturales).
1.2.4. Recursos disponibles en el entorno.

2. Ruta de formulación de prescripción social.

2.1. Comprender la situación de la persona.
2.2. Identificar motivaciones y recursos personales.

2.3. Identificar barreras de acceso.
2.4. Formular la prescripción social.

3. Conceptualización de las “tecnologías relacionales”
3.1. Escucha activa.
3.2. Comunicación empática.
3.3. Abordaje no estigmatizante.
3.3. Manejo ético de la información.

4. Análisis de Casos.

5. Actividades de aprendizaje [2 horas]

Describa cómo se desarrollará cada componente conceptual

- Apertura situada:
  Análisis de conocimiento previo y expectativas. Apertura y encuadre relacional; reconocimiento y experiencias previas frente al tema. Crear un clima de confianza y cuidado mutuo y enfatizar que el propósito de la clase es entender la prescripción social centrada en la persona y las tecnologías relacionales como prácticas de poder y cuidado.

- Núcleo conceptual aplicado (descripción de la didáctica que utilizará para el desarrollo de los conceptos):

  Didáctica expositiva a cargo del facilitador.

- Traducción metodológica de los conceptos (descripción de la didáctica que utilizará para el desarrollo de las herramientas metodológicas relacionadas con el tema):

- Taller de cierre (descripción de la dinámica de cierre)

  Análisis de Caso: Práctica orientada al trabajo territorial: bitácora personal. Leer la práctica cotidiana con lentes críticos: identificar violencias institucionales y rediseñar intervenciones. Preguntas guía a trabajar en grupos con base en caso presentado por la docente o compartido por participantes respetando confidencialidad. Cada grupo comparte su propuesta de prescripción social.
  El facilitador resalta los criterios clave: Pertinencia, viabilidad, enfoque centrado en la persona.

6. Requerimientos o apoyos necesarios para el desarrollo del tema

Bibliografía

Bickerdike, L., Booth, A., Wilson, P. M., Farley, K., & Wright, K. (2017). Social prescribing: Less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open, 7*(4), e013384. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384

Polley, M., Bertotti, M., Kimberlee, R., Pilkington, K., & Refsum, C. (2017). *A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications*. University of Westminster.

Polley, M., Seers, H., Fixsen, A., & Robins, J. (2020). *The social prescribing toolkit*. University of Westminster.

Tema 3. Redes personales, familiares y territoriales

1. Identificación del tema

Tema: Redes y vínculos. Estrategias para reconocer y activar los vínculos de bienestar en la Prescripción Social
Nombre de las profesoras:
Liliana Tapias y Ana Constanza Rodríguez.

Modalidad y duración:
Sesión presencial integrada de **1:45 horas**.

2. Objetivo del tema

Fortalecer capacidades para reconocer, activar y articular redes personales, familiares y comunitarias como activos sociales y recursos fundamentales para el bienestar y la sostenibilidad de la Prescripción Social.

3. Objetivos de aprendizaje del tema

1.1 Identificar las redes personales, familiares y territoriales de los participantes, reconociendo los vínculos significativos y las formas de apoyo presentes en su entorno cercano.
1.2 Valorar el potencial de los activos sociales como redes y fuentes de bienestar, apoyo emocional, comunitario y práctico dentro de los procesos de cuidado.
1.3 Movilizar e integrar las diferentes redes (personales, familiares, territoriales y comunitarias) en las trayectorias de prescripción social, promoviendo su participación como recursos activos para el bienestar de las personas.
1.4 Reconocer las herramientas y técnicas más adecuadas para la identificación y activación de redes y activos sociales de bienestar de acuerdo con el contexto de las personas y familias participantes en el proceso de Prescripción Social.

4. Núcleo conceptual mínimo propuesto

El núcleo conceptual del Tema 3 se centra en la comprensión de las redes sociales de los participantes en la Prescripción Social (PS) como activos fundamentales para el bienestar. Desde esta perspectiva, las redes personales, familiares, comunitarias y territoriales se reconocen como fuentes de apoyo emocional, social y práctico, que inciden directamente en la calidad de vida y en la sostenibilidad de los procesos de cuidado.

Este enfoque se sustenta en la perspectiva salutogénica, que entiende la salud como la capacidad de las personas para afrontar las situaciones de la vida a partir de los recursos disponibles en su entorno. En este sentido, las redes sociales se constituyen en un recurso clave para la generación de bienestar, al fortalecer el sentido de coherencia, la confianza y el apoyo social.

Asimismo, se incorpora el Modelo ECO2, el cual permite comprender el bienestar como resultado de la interacción entre el individuo, su entorno y sus redes sociales, reconociendo que las condiciones de vida y los vínculos relacionales son determinantes en los procesos de salud. Complementariamente, la Teoría de la Identidad Social TIS aporta a la comprensión del bienestar desde el sentido de pertenencia, destacando que la identificación con grupos sociales y comunitarios fortalece la autoestima, el apoyo mutuo y la integración social.

En este marco, el módulo abordará las redes sociales en relación con el capital social, la estructura de las redes (nodos, vínculos, centralidad y agujeros estructurales) y la metodología del mapeo relacional**,** como herramienta para la identificación y activación de activos sociales de bienestar en el territorio.

1. El Modelo ECO2 y la Teoría de la identidad social

1.1 Salutogénesis y redes sociales
1.2 El Modelo ECO2: la relación entre las redes sociales y el bienestar
1.3 TIS: identificación, pertenencia y bienestar

2. Tipos de redes en el entorno cercano y territorial

2.1 Redes personales-familiares
2.2 Redes territoriales y comunitarias
2.3 Redes formales e informales. (Instituciones públicas, Programas oficiales, Organizaciones legalmente constituidas / Redes de vecinos, Redes familiares, Liderazgos, Apoyo comunitario cotidiano).

3. La estructura de las redes: Nodos, vínculos y densidad

3.1 Nodos: Actores (personas, ONGs, centros de salud).
3.2 Nodos Centrales vs. Periféricos: En la dimensión comunitaria y territorial hay "conectores" naturales (el profesor de la escuela de fútbol, la líder de la escuela de hip hop, el líder del club de adultos mayores) que tienen amplio poder de convocatoria y resultan importantes para tejer lazos de confianza.
3.3 Lazos/Vínculos: La relación entre los nodos. Permite distinguir entre lazos fuertes (colaboración constante) y lazos débiles (conocimiento mutuo, pero sin acción conjunta).
3.4 Agujeros estructurales: Espacios donde no hay conexión con las redes o son de difícil identificación (para el caso de redes territoriales). La intervención para el bienestar debe identificar estos huecos y crear puentes.

4. Redes sociales y capital social

4.1 Bonding. Compartir la identidad (familia, amigos cercanos vecinos)
4.2 Bridging. Dialogar en la diversidad (amigos lejanos, colegas y compañeros)
4.3 Linking. Tejer en la diferencia (relaciones verticales, posición diferente en la estructura social, capacidad de influencia o poder desigual).

5. Herramientas metodológicas en torno a la identificación y activación de redes sociales de bienestar

5.1 Entrevista. Otras preguntas para participantes de la PS

5.2 Mapeo Relacional
5.3 Sociograma

5. Actividades de aprendizaje [2 horas]

- Apertura situada (10 min.): Explorando nuestro ecosistema relacional.
  Se plantearán tres preguntas activadoras

  - En nuestra experiencia cotidiana y desde lo que hemos aprendido de la PS, ¿por qué sería importante reconocer las redes de las personas y familias participantes?
  - ¿Cómo se podrían identificar redes personales y comunitarias activas de los participantes?
  - ¿Qué activos sociales y redes de bienestar conozco en el territorio?

- Núcleo conceptual aplicado: Exposición magistral teórica sobre los conceptos nucleares.
- Traducción metodológica de los conceptos: Círculos de colaboración. Discusión grupal de un concepto teórico para resolver una problemática práctica en torno a la soledad involuntaria en adultos mayores, el consumo de SPA en NNA y consumo de SPA en habitantes de calle. ¿Qué tipo de relaciones se pueden esta establecer? Para dar respuesta use los conceptos de bonding, Bridging y linking.
- Taller de cierre. En grupos, los participantes analizaran 10 casos distintos sobre participantes del proceso de Prescripción Social. Cada grupo elaborará 4 preguntas nuevas para enriquecer o complementar la Escala de apoyo social de Oslo (OSSS-3), elegirá la herramienta más adecuada para implementar en el caso y analizará el tipo de red y de relaciones a partir del contenido conceptual.

6. Requerimientos o apoyos necesarios para el desarrollo del tema

Proyector, pliegos de papel, marcadores, cinta, fichas de casos

Bibliografía

Gómez Barrera, L. A. (2017). Complejidad, redes y salud pública. Una revisión. Revista Salud Bosque, 6(2), 59–76. https://doi.org/10.18270/rsb.v6i2.2020

González-Heras, A. (2023). Los tipos de capital social bonding, bridging y linking: una revisión de los indicadores cuantitativos utilizados para su operacionalización. EMPIRIA, 58, 75-97. https://doi.org/10.5944/empiria.58.2023.37381

Zárate Rueda, R., Fonnegra Castro, B., & Mantilla Pinilla, E. (2013). Aproximaciones al quehacer de la Red Juvenil Territorio Sur: reconstrucción de una cultura ambiental desde

un enfoque participativo. PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e Intervención Social, 18, 273-293. https://www.redalyc.org/pdf/5742/574261386011.pdf

Bertotti, M., Frostick, C., Hutt, P., Sohanpal, R., & Carnes, D. (2018). A realist evaluation of social prescribing: an exploration into the context and mechanisms underpinning a pathway linking primary care with the voluntary sector.

Husk, K., Blockley, K., Lovell, R., Bethel, A., Bloomfield, D., Warber, S., Pearson, M., Lang, I., Byng, R., & Garside, R. (2016). What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A protocol for a realist review. *Systematic Reviews*.

Kretzman, J., & McKnight, J. (1993). *Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilizing a community's assets*.

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*.

Mittelmark, M. (2022). *The Handbook of Salutogenesis*. Springer.

Scott, J. (2017). *Social Network Analysis*. SAGE Publications.

Wasserman, S., & Faust, K. (1994). *Social Network Analysis: Methods and Applications*. Cambridge University Press.

Whitelaw, S., Thirlwall, C., Morrison, A., Osborne, J., Tattum, L., & Walker, S. (2017). Developing and implementing a social prescribing initiative in primary care

Tema 4. Articulación y coordinación local

1. Identificación del tema

Tema: Facilitación, articulación sociosanitaria y coordinación local

Nombre de l@s profesor@s:
Alejandro Perdomo Rubio
Luis Fernando Restrepo Pérez

Modalidad y duración:
Sesión presencial integrada de **1:45 horas**.

2. Objetivo del tema

Desarrollar capacidades para facilitar la articulación entre el sector salud, otros sectores y la oferta comunitaria, fortaleciendo la Prescripción Social como circuito entre el sector salud, otros sectores y lo comunitario, y de cuidado integral, de modo que los equipos puedan reconocer cuándo una necesidad social o subjetiva requiere articulación intersectorial, cómo orientar el matching con activos institucionales y comunitarios, y cuándo dicha trayectoria requiere facilitación para sostener el acceso efectivo.

3. Objetivo de aprendizaje del tema

Al finalizar la sesión, las y los participantes estarán en capacidad de:

- comprender que la articulación intersectorial en Prescripción Social responde a necesidades sociales, relacionales y subjetivas que inciden en salud y bienestar, y que por tanto exige una lectura del problema más allá de la derivación sectorial simple;
- reconocer, sin profundizar de nuevo en la identificación de necesidades, que esta constituye el punto de partida para decidir qué tipo de respuesta sociosanitaria e intersectorial requiere una situación concreta;
- identificar actores, sectores, mesas, rutas y dispositivos locales relevantes para la respuesta a necesidades priorizadas en el territorio;
- realizar un ejercicio inicial de matching entre necesidades ya identificadas y activos institucionales, sociales o comunitarios potencialmente pertinentes;
- distinguir cuándo una prescripción puede resolverse con orientación o canalización básica, y cuándo requiere facilitación institucional o facilitación ampliada en dupla para sostener el acceso y resolver barreras;
- comprender la relación práctica entre prescriptor, dispositivos de articulación intersectorial y facilitadores, sin asumir todavía una ruta cerrada o plenamente protocolizada.

4. Núcleo conceptual y metodológico mínimo propuesto

1. Intersectorialidad como respuesta a determinantes sociales y a necesidades sociales y subjetivas

La sesión parte de una idea básica: la intersectorialidad en Prescripción Social no es un fin en sí mismo ni una exigencia puramente administrativa, sino una respuesta necesaria a problemas cuya génesis y cuya salida desbordan al sector salud. Esto incluye determinantes sociales de la salud, condiciones de vida, barreras materiales de acceso, así como formas de malestar, padecimiento y bienestar emocional que requieren respuestas sociales, comunitarias e institucionales combinadas. En este punto no se profundiza en la identificación de necesidades —porque ello corresponde al tema 1—, pero sí se la retoma como punto de partida indispensable para pensar la articulación y el matching.

2. Dispositivos de coordinación local e intersectorial: con quiénes, dónde y mediante qué mecanismos se articula la respuesta

Una vez reconocida la necesidad, el siguiente problema no es solo "a dónde remitir", sino cómo identificar la arquitectura local de respuesta: sectores involucrados, mesas, rutas, espacios de coordinación, dispositivos territoriales y reglas mínimas de interlocución. Aquí se presentan de manera aplicada los conceptos de sectorialidad, intersectorialidad, gobernanza intersectorial, colaboración y acción intersectorial, aterrizados al contexto distrital, MAS Bienestar y a la coordinación local de la PrS. El objetivo no es una exposición extensa de teoría, sino dar lenguaje y criterios para mapear con quiénes se articula la respuesta y bajo qué dispositivos.

3. Matching inicial entre necesidades y activos institucionales y comunitarios

La sesión debe mostrar que la intersectorialidad adquiere sentido práctico cuando permite pasar de una necesidad previamente identificada a un emparejamiento razonado con activos pertinentes y accesibles. No se trata todavía de enseñar una metodología fina de matching, pero sí de introducir la idea de que no toda necesidad se responde con el mismo tipo de activo, ni todo activo disponible es automáticamente pertinente. La propuesta original ya reconoce que el éxito de la PrS depende de traducir necesidades en emparejamientos creíbles con recursos significativos y confiables; sin esa base, la derivación se degrada a signposting sin efectividad.

4. Facilitación como operación práctica de la articulación sociosanitaria

La facilitación se presenta aquí no como rol abstracto ni como tema separado, sino como la capacidad del circuito para volver operativa la articulación intersectorial cuando la orientación simple no basta. En coherencia con la revisión de literatura, el facilitador no es un mero agente de remisión ni un gestor solo administrativo, sino una interfaz relacional y operativa entre personas, sistema de salud, activos comunitarios y arquitectura territorial de respuesta. Por eso, el valor de la facilitación está en sostener trayectorias reales de acceso, resolver barreras, traducir expectativas y activar apoyos cuando la sola derivación no alcanza.

5. Intensidades de apoyo y criterios prácticos para decidir cuándo activar facilitación

La sesión introduce una matriz pedagógica inicial de intensidades de apoyo, no como protocolo normativo cerrado, sino como ayuda para la toma de decisiones:

- **Intensidad 1. Orientación / signposting:** cuando la necesidad está clara, el activo es pertinente y accesible, y no se anticipan barreras relevantes.
- **Intensidad 2. Canalización dirigida con seguimiento básico:** cuando la trayectoria es relativamente simple, pero conviene verificar primer acceso o resolver ajustes menores.
- **Intensidad 3. Facilitación institucional intensiva:** cuando aparecen barreras no resueltas con orientación básica y se requiere seguimiento, reencauzamiento o coordinación más estrecha.
- **Intensidad 4. Facilitación ampliada en dupla:** cuando las barreras son múltiples, persistentes o de fuerte componente relacional, cultural o territorial, y el acceso efectivo requiere acompañamiento situado y complementariedad entre facilitador institucional y comunitario.

La literatura científica muestra precisamente que los modelos ligeros o centrados solo en volumen de derivaciones fallan con más frecuencia en contextos de mayor complejidad, y que el valor del facilitador reside en introducir una mediación sociosanitaria que la consulta breve o la sola existencia de rutas no pueden sustituir.

5. Actividades de aprendizaje

Apertura situada – 15 minutos

La sesión abre recuperando experiencias previas de los participantes en las que, sin llamarlo todavía Prescripción Social, ya orientaban, remitían, conectaban personas con servicios, programas, grupos, actividades o apoyos comunitarios e institucionales.

La docente propone una conversación breve en plenaria a partir de tres preguntas:

- En su práctica cotidiana, ¿en qué situaciones han hecho orientaciones o remisiones hacia recursos no estrictamente clínicos o hacia otros sectores?
- De esas experiencias, ¿cuáles sí lograron concretarse y cuáles quedaron solo en la indicación o en la derivación?
- Mirando hacia atrás, ¿en cuáles de esas situaciones habrían deseado contar con una figura o función que ayudara a sostener el acceso, resolver barreras o hacer mejor el puente con otros actores?

A continuación, se organiza un intercambio rápido por parejas o tríos para que las y los participantes recuerden una experiencia concreta y la ubiquen, de manera muy inicial, en una de estas dos categorías:

- Situaciones en las que bastó orientar o canalizar
- Situaciones en las que la orientación no fue suficiente y habría sido útil contar con una función más clara de acompañamiento, articulación o facilitación.

La plenaria de retorno no busca todavía clasificar técnicamente los casos, sino dejar instaladas tres ideas de entrada:

1. Muchas prácticas previas de los equipos ya contenían elementos de Prescripción Social, aunque no se nombraran así.
2. Una parte importante de esas experiencias operaba como signposting o canalización básica.
3. Cuando aparecían barreras de acceso, sostenimiento, confianza, comprensión o articulación con otros sectores, emergía de manera implícita la necesidad de una función de facilitación.

Núcleo conceptual aplicado – 35 minutos

Se realiza una exposición dialogada, en estrecha relación con el caso de apertura y con la experiencia territorial de los participantes.

Bloque 1. Intersectorialidad aplicada – 15 minutos
Se presentan de forma sintética:

- Intersectorialidad y gobernanza intersectorial en clave práctica
- Contexto distrital de coordinación local en MAS Bienestar
- Mesas, rutas, espacios y dispositivos que organizan la respuesta territorial.

Bloque 2. Puente conceptual – 5 minutos
Se explicita la transición:

Identificar sectores, mesas y rutas no garantiza por sí mismo que la persona logre acceder. La facilitación aparece cuando esa arquitectura intersectorial necesita traducirse en una trayectoria concreta, viable y sostenida.

Bloque 3. Facilitación aplicada – 15 minutos
Se desarrolla la matriz de intensidades de apoyo y la relación entre:

- Prescriptor
- Matching inicial con activos
- Facilitador institucional
- Facilitación ampliada en dupla.

Aquí se enfatiza que el matching no es un ejercicio puramente "de inventario", sino un juicio práctico sobre pertinencia, accesibilidad y viabilidad real del vínculo entre necesidad y activo.

Traducción metodológica – 55 minutos

Se trabaja con una **matriz única integrada**, que combine análisis intersectorial y facilitación. En 5 o 6 subgrupos, se distribuyen casos problémicos priorizados y cada grupo diligencia una matriz con las siguientes columnas:

1. Necesidad social/subjetiva ya identificada;
2. Sectores y actores involucrados;
3. Mesas, rutas o dispositivos disponibles;

4. Activos institucionales y comunitarios potencialmente pertinentes;
5. Matching preliminar necesidad–activo;
6. Barreras de acceso o de participación previsibles;
7. Intensidad de apoyo requerida;
8. Qué hace el prescriptor;
9. Qué podría hacer el facilitador institucional;
10. Cuándo se requeriría facilitación ampliada en dupla.

La lógica del ejercicio no es producir un mapa exhaustivo, sino un insumo inicial de lectura situada que permita a los equipos pensar conjuntamente articulación y acceso efectivo.

Cierre – 15 minutos

Cada subgrupo presenta muy brevemente un hallazgo. La plenaria final organiza tres aprendizajes comunes:

- La intersectorialidad permite reconocer y activar la red de respuesta frente a necesidades que desbordan al sector salud
- El matching entre necesidades y activos requiere no solo conocer oferta, sino valorar pertinencia, accesibilidad y capacidad de sostener el vínculo
- La facilitación se activa cuando la articulación intersectorial, por sí sola, no garantiza trayectorias reales de acceso.

Con ello, la sesión deja instaladas dos capacidades complementarias: leer la arquitectura de coordinación local y reconocer cuándo esa arquitectura necesita facilitación para operar de manera efectiva. Esta lectura es coherente con la evidencia que define la facilitación como función de interfaz y con el documento marco, que plantea una arquitectura ampliada y no una sustitución del rol institucional.

6. Requerimientos o apoyos necesarios para el desarrollo del tema

- Proyector
- Pliegos de papel
- Marcadores

Propuestas de caso o situación a resolver:

1. Caso: soledad no deseada en persona mayor

Caso

Olga tiene 74 años y vive sola en un apartamento pequeño en Teusaquillo. Hace dos años murió su hermana, con quien hablaba a diario. Tiene un hijo en Chía que la visita “cuando puede”, pero la relación es distante y más funcional que afectiva. Sale poco desde que tuvo una caída leve en la calle; desde entonces siente inseguridad para caminar sola y prefiere no bajar al parque. Refiere tristeza, sensación de vacío y dificultad para dormir, pero dice que “eso no es una enfermedad, sino que uno va sobrando”.

En el centro de salud ha consultado varias veces por cansancio, dolores generalizados y “nervios”. No tiene deterioro cognitivo severo ni cuadro psiquiátrico agudo, pero sí aislamiento progresivo, miedo a salir, pérdida de sentido de rutina y casi nula participación

social. Una vecina le lleva el mercado algunas veces, pero no son cercanas. Olga fue maestra, le gusta leer en voz alta y le agradan los grupos pequeños; rechaza los lugares que percibe "para viejitos abandonados".

Cuando el equipo le menciona participar en una actividad comunitaria, Olga responde que "eso no es para ella", que no conoce a nadie y que le da pena llegar sola. Sin embargo, cuando recuerda que antes coordinaba lecturas en la parroquia, se le ilumina la cara y dice que extraña conversar con otras personas "que no la traten como enferma".

Pistas para la matriz

Necesidad social/subjetiva ya identificada
Soledad no deseada, duelo no elaborado del todo, aislamiento social, pérdida de rol significativo, temor al espacio público y disminución de participación. Hay malestar subjetivo y afectación del bienestar emocional más que una demanda clínica aguda.

Sectores y actores involucrados
Salud, Integración Social, alcaldía local, organizaciones comunitarias de personas mayores, biblioteca pública, parroquia o grupo barrial, red vecinal, familia, cuidadores informales.

Mesas o instancias plausibles en Bogotá

Para este caso son plausibles el **CLOPS** local cuando la agenda incluya personas mayores o cuidado, el **Consejo Local de Sabios y Sabias**, y dispositivos de la política de envejecimiento y vejez. Como activos/servicios distritales, Bogotá cuenta con **Centro Día Casa de la Sabiduría**, **Redes de Cuidado Comunitario**, la estrategia **Bogotá te Acompaña en la Vejez** y, cuando hay ausencia de redes o vulnerabilidad mayor, **Comunidad de Cuidado**.

Activos institucionales y comunitarios potencialmente pertinentes
Centro Día Casa de la Sabiduría, red barrial de cuidado, biblioteca, grupo de lectura, parroquia, actividad cultural de proximidad, vecina significativa, colectivo de personas mayores, estrategia de acompañamiento sociojurídico si se identificara negligencia o violencia.

Matching preliminar necesidad–activo
La pista central es que **no basta con "mandarla a un grupo de personas mayores"**. El matching más fino sería con un activo que combine **baja barrera de entrada**, pequeño tamaño, sentido biográfico y posibilidad de reconocimiento de capacidades. Un grupo de lectura, conversación o memoria puede ser más pertinente que una actividad masiva genérica.

Claves de red que se espera que emerjan
Aquí debería aparecer sobre todo **bridging**: Olga necesita tender puentes hacia nuevos vínculos significativos fuera de su circuito empobrecido actual. Pero también hay una veta de **bonding** débil que podría reactivarse con la vecina o el hijo, no como solución única, sino como soporte de entrada. El grupo debería notar que, si se intenta solo bridging sin un mínimo de sostén cercano, es probable que no asista la primera vez.

Sentido de coherencia

Aquí el prescriptor y la dupla deberían ayudar a que Olga comprenda que lo que vive no es solo "tristeza por la edad", sino una combinación de duelo, aislamiento, pérdida de rol y temor a reingresar a espacios sociales; es decir, darle una lectura inteligible y no patologizante de su situación. Para fortalecer la manejabilidad, no basta sugerirle "asista a un grupo": habría que reducir la complejidad del primer paso, ofrecer un activo de baja barrera, preparar el ingreso, acompañar el primer contacto y activar apoyos cercanos mínimos. Y para fortalecer la significatividad, el matching debería reconectarla con algo valioso para su biografía —por ejemplo, leer, conversar, enseñar, aportar—, de modo que no viva el activo como asistencia pasiva sino como recuperación de sentido, pertenencia y capacidad de contribuir. Aquí la dupla es especialmente útil porque el facilitador institucional puede ordenar la trayectoria y el comunitario puede volverla habitable y relacionalmente segura.

Barreras de acceso o participación previsibles
Miedo a salir sola, vergüenza, autoestigma asociado a la vejez, duelo, baja confianza, dificultades de movilidad percibida, rechazo a activos que siente estigmatizantes, red íntima débil.

Intensidad de apoyo requerida
Debería llevar al grupo hacia **facilitación ampliada en dupla**: la barrera principal no es administrativa sino relacional, simbólica y territorial.

Qué haría el prescriptor
Reconocer que no basta con recomendar "actividad social"; formular una prescripción centrada en la persona, explorar intereses significativos y activar apoyo adicional en lugar de cerrar el caso con signposting.

Qué podría hacer el facilitador institucional
Identificar opciones concretas de activos, coordinar con referentes locales, revisar disponibilidad real y acordar una primera trayectoria viable, con seguimiento inicial.

Cuándo se requeriría la dupla

Prácticamente desde el inicio, porque el acceso depende de confianza, acompañamiento al primer contacto y validación de pertinencia real del activo. El facilitador comunitario sería clave para disminuir ansiedad de ingreso, acompañar la entrada y convertir el activo en un espacio habitable, no solo disponible.

2. Caso: persona habitante de calle con consumo problemático y vínculo frágil con la oferta

Caso

Jhon tiene 38 años y lleva varios años en habitabilidad en calle en el centro de Bogotá. Alterna noches en pagadiarios, cambuches y algunos días en la calle abierta. Tiene consumo problemático de bazuco y alcohol, con periodos breves de disminución. Conoce buena parte de la oferta institucional "de oídas" y en algunas ocasiones ha ingresado a servicios,

pero no permanece: dice que le cuesta seguir reglas, no confía en los funcionarios y siente que en los dispositivos lo "miran como si ya estuviera perdido".

Hace poco consultó por una infección respiratoria y una herida en el pie. Aceptó atención médica, pero al salir no recogió medicamentos y no volvió al control. Dice que quisiera "parar un poco" y conseguir un trabajo de cargue, porque antes trabajaba en plaza de mercado, pero no ve eso posible mientras siga durmiendo en calle. Tiene una hermana en Bosa con quien no habla hace tres años; no sabe si lo recibiría. En el parche donde permanece hay dos compañeros con quienes se protege, pero también son parte del circuito de consumo.

Cuando un profesional le sugiere ir a un servicio, Jhon responde que ya ha pasado por varios y que "uno entra, come, se baña, pero vuelve a lo mismo". No rechaza totalmente la ayuda, pero dice que no quiere volver a sentirse "metido en un lugar donde no conoce a nadie y nadie lo conoce a uno".

Pistas para la matriz

Necesidad social/subjetiva ya identificada
Habitabilidad en calle, consumo problemático, deterioro de salud física, baja confianza institucional, trayectorias previas fallidas de vinculación, necesidad de protección, autocuidado y reconstrucción gradual de proyecto de vida.

Sectores y actores involucrados
Salud, Integración Social, alcaldía local, Secretaría de Seguridad/gestores de convivencia según territorio, organizaciones comunitarias o de reducción de daños, pares de calle, red familiar potencial, equipos territoriales, referentes laborales o sociolaborales.

Mesas o instancias plausibles en Bogotá

Aquí son plausibles el **Comité Operativo Distrital para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle**, las **mesas técnicas** asociadas a la política y, según territorio, dinámicas locales de coordinación en habitabilidad en calle. Como dispositivos de atención, Bogotá reporta **13 unidades operativas** para población habitante de calle o en riesgo de estarlo, además de acompañamiento territorial de la **Tropa Social**; entre los servicios se incluyen modalidades de autocuidado y un **Servicio de Atención Sociosanitaria** para personas con morbilidades agudas, crónicas o que requieran cuidados pre y posthospitalarios.

Activos institucionales y comunitarios potencialmente pertinentes
Tropa Social, unidad de autocuidado, servicio de atención sociosanitaria, hogar de paso o modalidad equivalente, dispositivo comunitario de reducción de riesgos y daños, organización de base con trabajo de calle, referente de plaza o actividad sociolaboral gradual, posible recontacto familiar.

Matching preliminar necesidad–activo
La pista importante es que **no conviene saltar de inmediato a un recurso "ideal" de largo plazo** si la persona no confía ni tolera vínculos institucionales prolongados. El matching más plausible puede ser secuencial: primero un activo de baja exigencia y alto umbral de acogida; luego, si hay enganche, otro más estructurante.

Claves de red que se espera que emerjan
Aquí deberían aparecer con fuerza **bridging** y **linking**. Jhon tiene un **bonding** fuerte pero ambivalente con su parche: le da protección, pero también refuerza consumo y permanencia en calle. La tarea no es romperlo sin más, sino crear puentes hacia otros vínculos y hacia instituciones que hoy le resultan ajenas o deslegitimadas. El grupo debería notar que el facilitador comunitario puede ser decisivo para construir ese puente sin que la entrada se viva como captura institucional.

Sentido de coherencia

En este caso, fortalecer el SOC implica primero ayudar a que Jhon comprenda su situación sin reducirla a "falta de voluntad" o a "adicción" a secas: hay consumo, sí, pero también trayectorias de exclusión, desconfianza institucional, vínculos ambivalentes de protección y experiencias previas de ingreso fallido. La manejabilidad no se fortalece con una remisión genérica a un servicio de alta exigencia, sino con una trayectoria gradual, de bajo umbral, con metas cortas, apoyos activos y una puerta de entrada que no expulse de nuevo. Y la significatividad se fortalece cuando el proceso no se formula solo como "dejar el consumo", sino también como recuperación de dignidad, de agencia y de una identidad posible por fuera de la calle, por ejemplo, alrededor del trabajo, el autocuidado o un vínculo confiable. En este caso, la dupla permite combinar trazabilidad y coordinación formal con mediación territorial, construcción de confianza y acompañamiento situado, que son justamente las condiciones que la literatura identifica como decisivas para que la facilitación deje de ser derivación nominal.

Barreras de acceso o participación previsibles
Desconfianza institucional, baja adherencia previa, consumo activo, reglas rígidas de algunos servicios, trayectorias discontinuas, estigma, falta de documentos o de cuidado básico, vínculos protectores, pero también capturantes en calle.

Intensidad de apoyo requerida
Este caso debería llevar casi de manera natural a **facilitación ampliada en dupla**.

Qué haría el prescriptor
No cerrar con una remisión genérica. Reconocer complejidad, priorizar objetivos viables de corto plazo y activar apoyo especializado para sostener el acceso.

Qué podría hacer el facilitador institucional

Ordenar la trayectoria, identificar la puerta de entrada menos expulsiva, coordinar con servicios de salud y oferta social, y hacer seguimiento a barreras administrativas y de continuidad.

Cuándo se requeriría la dupla
Desde muy temprano. El facilitador comunitario sería clave para el enganche, la construcción de confianza, la lectura del parche y del territorio, y la mediación entre la lógica del servicio y la trayectoria real de la persona. Sin esa dimensión, el caso corre alto riesgo de devolverse al signposting o a ingresos breves sin continuidad.

3. Caso: consumo de SPA en menor de edad con conflicto escolar y red familiar frágil

Caso

Santiago tiene 15 años y cursa octavo. En los últimos meses bajó notablemente su asistencia al colegio, ha tenido episodios de irritabilidad y dos reportes por permanecer en los alrededores del plantel con otros adolescentes mayores que él. La orientadora escolar sospecha consumo frecuente de marihuana y alcohol, y la madre encontró un vapeador y papeles para enrollar en la maleta.

Santiago vive con su madre y dos hermanos menores. La madre trabaja todo el día y llega tarde; refiere que casi no logra hablar con él sin que termine en pelea. El padre no vive con la familia y aparece de forma intermitente. El muchacho dice que en la casa "nadie entiende nada" y que con el grupo de amigos sí se siente visto. No hay evidencia de dependencia severa ni de delito asociado, pero sí consumo inicial que se está volviendo organizador de pertenencia, desenganche escolar, conflictos familiares y mayor exposición territorial.

Cuando le ofrecen "ir donde un psicólogo" responde que no está loco. En cambio, se interesa cuando habla de música urbana, edición de video y baloncesto. La madre quiere ayuda, pero pide que no lo "marquen" ni que lo saquen del colegio. La orientadora reconoce que ya lo ha remitido antes a apoyos, pero el proceso no despega: él no asiste o va una vez y no vuelve.

Pistas para la matriz

Necesidad social/subjetiva ya identificada
Consumo inicial/problemático incipiente de SPA, necesidad de pertenencia, conflicto familiar, desenganche escolar, posible malestar emocional no elaborado, exposición a pares de riesgo y fragilidad de soportes protectores.

Sectores y actores involucrados
Salud, Educación, Integración Social, familia, colegio, referentes comunitarios juveniles, organizaciones deportivas/culturales, eventualmente ICBF según valoración de vulneración de derechos, y actores de prevención territorial.

Mesas o instancias plausibles en Bogotá
Para este caso son plausibles el **CLOPS de Infancia y Adolescencia**, que existe como espacio local de política social para ese grupo poblacional; además, en algunas localidades Bogotá ha avanzado en **Mesas Intersectoriales de Prevención del Consumo de SPA** con participación de alcaldía local, Integración Social, Educación, ICBF, Policía y otros actores; y la SDS reportó para 2025 una **estrategia intersectorial** de prevención del consumo y reducción de riesgos y daños, con acciones en entorno cuidador comunitario y educativo, incluyendo **20 Zonas de Orientación Escolar** para niñas, niños y adolescentes.

Activos institucionales y comunitarios potencialmente pertinentes
Zona de Orientación Escolar o dispositivo equivalente del entorno educativo, orientadora escolar, actividad deportiva o cultural de alta adherencia, proceso juvenil de música o

audiovisuales, espacio comunitario de bajo umbral, apoyo familiar, oferta de prevención selectiva y trabajo con cuidadores.

Matching preliminar necesidad–activo
La pista es que **no conviene emparejar la necesidad únicamente con un dispositivo terapéutico tradicional** si para el adolescente eso significa estigma y rechazo. Un matching más fino podría combinar un activo de alta motivación e identidad juvenil con un soporte de orientación y trabajo familiar. El grupo debería ver que el activo no solo debe ser "correcto" en abstracto, sino significativo y sostenible para él.

Claves de red que se espera que emerjan
Aquí debería aparecer una combinación entre **bonding** y **bridging**. Santiago ya tiene bonding, pero es un bonding riesgoso con pares de consumo. La tarea no es dejarlo "sin grupo", sino construir **bonding alternativo y prosocial** —por ejemplo, en deporte, creación audiovisual o música— y, al mismo tiempo, **bridging** entre escuela, familia, salud y oferta comunitaria. En algunos grupos también podría emerger **linking**, si notan que la familia tiene poco capital para moverse sola entre sectores.

Sentido de coherencia en el caso de consumo de SPA en menor de edad

Con Santiago, el SOC se fortalece si el prescriptor y la dupla logran que él comprenda su experiencia más allá del rótulo de "consumidor" o "problema disciplinario": hay búsqueda de pertenencia, tensiones familiares, malestar subjetivo y necesidad de reconocimiento. La manejabilidad aumenta cuando la entrada al proceso no pasa exclusivamente por un dispositivo que él viva como estigmatizante, sino por un activo juvenil significativo, metas alcanzables, coordinación con escuela y familia, y acompañamiento para sostener el primer vínculo. La significatividad se juega en conectar la intervención con algo que para él sí tenga valor —música, video, deporte, grupo juvenil, reconocimiento entre pares—, de modo que el cambio no sea percibido como castigo sino como posibilidad de pertenecer de otra manera. En este caso, el facilitador institucional puede ordenar la articulación entre sectores y la dupla puede ayudar a producir un puente real entre escuela, familia, salud y activos juveniles, favoreciendo autoeficacia, esperanza y sentido de apoyo, que son mecanismos destacados por la revisión.

Barreras de acceso o participación previsibles
Estigma frente a salud mental, resistencia del adolescente, sobrecarga de la madre, baja capacidad familiar de seguimiento, discontinuidad escolar, pares de alto peso identitario, temor a sanción o etiquetamiento.

Intensidad de apoyo requerida
Debería orientar al grupo hacia **facilitación ampliada en dupla**, porque el problema no es solo abrir una ruta sino sostener una trayectoria entre escuela, familia, salud y activos juveniles significativos.

Qué haría el prescriptor
Formular una prescripción centrada en intereses y no solo en riesgo; evitar una derivación genérica; activar apoyo adicional desde el inicio.

Qué podría hacer el facilitador institucional
Coordinar con colegio y oferta sectorial, identificar puerta de entrada más viable, ordenar el circuito, verificar disponibilidad real de dispositivos y sostener seguimiento.

Cuándo se requeriría la dupla
Muy probablemente desde el inicio, porque el caso exige lectura territorial y juvenil, construcción de confianza con el adolescente y la familia, y acompañamiento para que el primer vínculo con el activo no fracase. El facilitador comunitario puede ayudar a que el activo sea vivido como oportunidad y no como castigo.

Bibliografía

Allbutt, H., Maciver, D., Leitch, A., Crandles, A., & Fitzpatrick, L. I. (2025). *Third sector perspectives on community link worker referrals in social prescribing: a realist analysis*. *Frontiers in Public Health, 13*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1645353

Antonovsky, A. (1996). *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. *Health Promotion International, 11*(1), 11-18. https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11

Bertotti, M., Frostick, C., Hutt, P., Sohanpal, R., & Carnes, D. (2018). *A realist evaluation of social prescribing: An exploration into the context and mechanisms underpinning a pathway linking primary care with the voluntary sector*. *Primary Health Care Research & Development, 19*(3), 232-245.

Mead, N., & Bower, P. (2000). *Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*. *Social Science & Medicine, 51*(7), 1087-1110. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8

Mittelmark, M. B. (2022). *Salutogenesis From Its Origins to the Present*. En M. B. Mittelmark et al. (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 3-4). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_1

Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). *Revitalising the evidence base for public health: an assets model*. *Promotion & Education, 14*(2_suppl), 17-22. https://doi.org/10.1177/10253823070140020701x

Tierney, S., Westlake, D., Wong, G., Turk, A., Markham, S., Gorenberg, J., Reeve, J., Mitchell, C., Husk, K., Redwood, S., Meacock, A., Pope, C., & Mahtani, K. R. (2024). *The consequences of micro-discretions and boundaries in the social prescribing link worker role in England: a realist evaluation*. *Health and Social Care Delivery Research*, 1-17. https://doi.org/10.3310/JSQY9840

Tierney, S., Westlake, D., Wong, G., Turk, A., Markham, S., Gorenberg, J., Reeve, J., Mitchell, C., Husk, K., Redwood, S., Pope, C., Baird, B., & Mahtani, K. R. (2025). *Experiences of integrating social prescribing link workers into primary care in England - bolting on, fitting*

in, or belonging: a realist evaluation. *British Journal of General Practice, 75*(752), e195-e202. https://doi.org/10.3399/BJGP.2024.0279

Asistencia y certificación de participación

La convocatoria a las sesiones presenciales será realizada por la SDS, quien entregará a la Universidad, previo al desarrollo de la sesión, los listados de los participantes preinscritos. El día de la sesión la Universidad se encargará de verificar la asistencia al desarrollo de todas las actividades del día que, como ya se describió, irán de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Esta verificación de asistencia tendrá, por un lado, fines de seguimiento a coberturas establecidas en el convenio y, por otro, tendrá un propósito académico que garantice la participación de las personas en todo el proceso, en su modalidad virtual.

En relación con lo anterior, la participación será certificada por la universidad, de manera digital, a aquellas personas que asistan y cumplan con la totalidad de las actividades propuestas en el desarrollo de los 4 temas en la sesión de 8 horas. Estos procesos de verificación se realizarán en coordinación entre la SDS y la Universidad.

Anexo 1. Cronograma de sesiones presenciales

El presente cronograma corresponde a la programación inicial de sesiones de fortalecimiento de capacidades en modalidad presencial, para el periodo comprendido entre marzo y julio de 2026.

Esta programación contempla un total de 31 sesiones definidas, distribuidas en jornadas de martes y viernes, en coherencia con la disponibilidad operativa del proceso formativo.

Adicionalmente, se contemplan 9 sesiones pendientes de programación para cumplir con las 40 sesiones presupuestadas, las cuales se mantienen como cupo flexible para ser definidas en concertación con la Secretaría Distrital de Salud, en función de necesidades territoriales, disponibilidad de equipos y ajustes derivados del proceso de implementación.

Sesión	Fecha	Día	Observaciones
1	24/03/2026	Martes	Sesión programada según cronograma base
2	27/03/2026	Viernes	Sesión programada según cronograma base
3	07/04/2026	Martes	Sesión programada según cronograma base

4	10/04/2026	Viernes	Sesión programada según cronograma base
5	14/04/2026	Martes	Sesión programada según cronograma base
6	17/04/2026	Viernes	Sesión programada según cronograma base
7	21/04/2026	Martes	Sesión programada según cronograma base
8	24/04/2026	Viernes	Sesión programada según cronograma base
9	28/04/2026	Martes	Sesión programada según cronograma base
10	05/05/2026	Martes	Sesión programada según cronograma base
11	08/05/2026	Viernes	Sesión programada según cronograma base
12	12/05/2026	Martes	Sesión programada según cronograma base
13	15/05/2026	Viernes	Sesión programada según cronograma base
14	19/05/2026	Martes	Sesión programada según cronograma base

15	22/05/2026	Viernes	Sesión programada según cronograma base
16	26/05/2026	Martes	Sesión programada según cronograma base
17	29/05/2026	Viernes	Sesión programada según cronograma base
18	02/06/2026	Martes	Sesión programada según cronograma base
19	05/06/2026	Viernes	Sesión programada según cronograma base
20	09/06/2026	Martes	Sesión programada según cronograma base
21	12/06/2026	Viernes	Sesión programada según cronograma base
22	16/06/2026	Martes	Sesión programada según cronograma base
23	19/06/2026	Viernes	Sesión programada según cronograma base
24	23/06/2026	Martes	Sesión programada según cronograma base
25	26/06/2026	Viernes	Sesión programada según cronograma base

26	30/06/2026	Martes	Sesión programada según cronograma base
27	03/07/2026	Viernes	Sesión programada según cronograma base
28	07/07/2026	Martes	Sesión programada según cronograma base
29	10/07/2026	Viernes	Sesión programada según cronograma base
30	14/07/2026	Martes	Sesión programada según cronograma base
31	17/07/2026	Viernes	Sesión programada según cronograma base