

**SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE Y CENTRO ORIENTE E.S.E.**

**PROCESO INTEGRAL E INTEGRADO: GESTIÓN TERRITORIAL DE LA ATENCIÓN
PRIMARIA SOCIAL PARA LOS PROCESOS DE GSP- PSPIC**

SUBPROCESO: ANÁLISIS DE LA GESTIÓN TERRITORIAL DE LA SALUD PÚBLICA

**ACCIÓN DE GESTIÓN PARA EL BIENESTAR: ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS Y
ACCIONES PARA LA SALUD PÚBLICA EN EL MARCO DE LA GESTIÓN
TERRITORIAL**

MARCO DE ACCIÓN QUE ORIENTE EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE
ACCIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DE REDES DE CUIDADO Y
PROPONGA INSUMOS QUE APORTEN A LA CONSOLIDACIÓN DE
PROCESOS DE GENERACIÓN DEL CONOCIMIENTO FRENTE AL CUIDADO
PARA EL ENVEJECIMIENTO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL MARCO DEL
CENTRO DE INNOVACIÓN Y PENSAMIENTO DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ
EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JUAN DE DIOS

EQUIPO DE TRABAJO DE LAS SUBREDES INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD:

CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Luis Guillermo Cely
Brillith Paola Zipa
Esteban Jerez Díaz
María Alexandra Ramírez**

Politólogos
Epidemiólogas
Antropólogo/socióloga
Geógrafos

SUR OCCIDENTE E.S.E.

**Juliana Dimaté Romero
Katherine Sosa Portela
Johana Carolina Ortiz
Javier Camilo Aguillón**

**SUBDIRECCION DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA
LUZ MERY VARGAS, IRLANA SALCEDO, SANTIAGO VALENCIA**

BOGOTÁ D.C, MAYO 2026

LISTA DE SIGLAS

COLMYEG: Comités Operativos Locales de Mujer y Equidad de Género
COPACO: Comités de Participación Comunitaria en Salud
CDEIS: Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud
CHSJD: Complejo Hospitalario San Juan de Dios
CONPES: Consejo Nacional de Política Económica y Social
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
EMB: Encuesta Multipropósito de Bogotá
IDECA: Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital
IDPAC: Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal
IPM: Índice de Pobreza Multidimensional
JAC: Junta de Acción Comunal
JAL: Junta Administradora Local
LGBTIQ+: Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersexuales, Queer y otros colectivos
SDIS: Secretaría Distrital de Integración Social
SDP: Secretaría Distrital de Planeación
SDS: Secretaría Distrital de Salud
UPZ: Unidad de Planeamiento Zonal
VCA: Víctimas del Conflicto Armado

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	6
1. OBJETIVOS	8
General	8
Específicos	8
2. METODOLOGÍA.....	9
2.1 Metodología de Alistamiento	9
2.2 Metodología de Implementación	10
2.2.1 Identificación de actores de interés en la zona de influencia del CHSJD para las actividades participativas	10
2.2.2 Planificación y convocatoria	11
2.2.3 Desarrollo de los procesos de construcción participativa	11
2.2.3.1 Técnicas de recolección de información	12
2.2.4 Sistematización y análisis de la información	14
3. RESULTADOS	15
3.1 Elementos conceptuales	15
3.2 Reconocimiento Territorial	26
3.2.1 Contexto poblacional y demográfico	26
3.2.1.1 Población y Estructura demográfica	26
3.2.1.2 Población diferencial	29
3.2.2 Contexto político administrativo de la zona de influencia	32
3.2.3 Condiciones socio económicas	34
3.2.3.1 Estratificación	34
3.2.3.2 Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)	36
3.2.3.2.1 Condiciones de vivienda	36
3.2.3.2.2 Condiciones laborales.....	37
3.2.3.2.3 Condiciones educativas	38

3.2.4	Actores identificados.....	40
3.2.4.1	Actores en el marco del convenio interadministrativo	40
3.2.4.2	Actores institucionales del sector salud del orden distrital y el Centro de Pensamiento.....	40
3.2.4.3	Actores vinculados a la defensa y resignificación del CHSJD	41
3.2.4.4	Actores sociales, comunitarios e institucionales vinculados al cuidado	42
	Bibliografía	50
	ANEXOS	55

Lista de mapas

Mapa 1.	División política-administrativa de la zona de influencia del CHSJD, 2026	33
Mapa 2.	Estratificación de la zona de influencia del CHSJD, 2026.....	35
Mapa 3.	Activos sociales e institucionales identificados en la zona de influencia del CHSJD, 2026.....	47

Lista de tablas

Tabla 1.	Dimensión y categoría de análisis para el entendimiento del proceso de envejecimiento, cuidados y redes y sus relaciones.	11
Tabla 2.	Preguntas a la luz de las dimensiones y categorías de análisis para la recolección y análisis de la información.....	12
Tabla 3.	Indicadores demográficos de interés por UPZ de la Zona de Influencia del CHSJD, quinquenios 2021-2026-2031	29
Tabla 4.	Número de personas según población diferencial por UPZ de la Zona de Influencia del CHSJD, 2021	31
Tabla 5.	Distribución de población según etapa de vida y población diferencial de la Zona de Influencia del CHSJD, 2021	31
Tabla 6.	Actores vinculados a la defensa y resignificación del CHSJD.....	41
Tabla 7.	Caracterización de actores comunitarios e institucionales relacionados con el cuidado y el envejecimiento en la zona de influencia del CHSJD por localidad, año 2026	43

Lista de gráficas

Gráfica 1. Elementos clave de la metodología de implementación.....	15
Gráfica 2. Pirámides poblacionales por UPZ de la Zona de Influencia del CHSJD, quinquenios 2021-2026-2031	27
Gráfica 3. Distribución porcentual de personas según población diferencial por UPZ de la Zona de Influencia del CHSJD, 2021	30

INTRODUCCIÓN

El Distrito Capital se encuentra transitando uno de los fenómenos demográficos más importantes de la actualidad global, el envejecimiento poblacional. Este se refiere al aumento de la proporción de personas mayores de 59 años respecto a la población total, indicador que se prevé mantendrá un crecimiento sostenido por las próximas décadas debido a la reducción progresiva de nacimientos, no solo en Bogotá, también en Colombia. Esta situación implica un desafío para el sistema sanitario actual y los cuidados de larga duración de la población con enfermedades crónicas o discapacidades, por tanto, la estructuración de las políticas públicas debe orientarse a abordar las necesidades poblacionales bajo este nuevo contexto (1).

Para ello es necesario reconocer que, el envejecimiento es un proceso biológico que inicia desde el momento de la concepción embrionaria y se mantiene a lo largo de la vida como resultado de la acumulación de daños moleculares y celulares que conllevan a cambios en las capacidades físicas y mentales, los cuales no se relacionan exclusivamente con la edad de la persona, sino también con factores genéticos, el entorno físico y el social (2).

En ese sentido, desde mediados del siglo XX, se han postulado diferentes modelos teóricos de envejecimiento alrededor de los conceptos: exitoso, activo, positivo y saludable, los cuales han sido ampliamente debatidos y replanteados por diferentes autores, incluso la OMS. En estos, se reconoce que el envejecimiento no es solo biológico, sino un proceso multidimensional que integra tres dimensiones: física, psicológica y social, en el que se considera la salud como un elemento determinante asociado a la funcionalidad, sobre la que el individuo tiene un rol activo para incidir sobre aspectos modificables que favorecen o desfavorecen el proceso de envejecimiento, sin desconocer la influencia del contexto social, económico y ambiental, en el que la capacidad de adaptación y la participación social son aspectos clave, este último en tanto, participar en comunidad y mantenerse activo socialmente configura el sostenimiento de redes sociales. Todo lo anterior, confluye en la centralidad de la calidad de vida y el bienestar humano (3).

Es así como, el transitar de la vida requiere de formas y procesos de cuidado, de individuos, familias, comunidades e instituciones. Esta diversidad de actores-cuidadores requiere y es susceptible de ser optimizada bajo una óptica sistémica de redes. El valor de las redes de cuidado a lo largo del curso de vida radica en que las personas puedan contar con soporte familiar, comunitario e institucional que aporte y refuerce unas condiciones para el cuidado y otras condiciones necesarias para vivir una vida con bienestar.

Las redes de cuidado agudizan su importancia en medio del fenómeno del envejecimiento poblacional, pues permiten redistribuir la responsabilidad del cuidado que históricamente ha reposado en las familias e institucionalidad, al extenderla a la comunidad como ámbito con importantes potencialidades para su afrontamiento.

En fin, saber envejecer como sociedad implica saber y poder cuidar a lo largo de la vida, no sólo en la vejez, en lo que las redes a lo largo de la vida son esenciales, pues no solo permiten el cuidado, sino que crean tejido social y constituyen, por su propia naturaleza, un valioso mecanismo preventivo y de mitigación frente a retos como el abandono y la soledad no deseada en personas mayores.

Por lo anterior, la presente propuesta busca desde la comprensión del envejecimiento poblacional contribuir mediante la construcción participativa/colaborativa de un marco de

acción para el fortalecimiento de redes de cuidado para el bienestar, que aporte a la consolidación de procesos de generación del conocimiento en el Centro de pensamiento e innovación para el envejecimiento y la vejez del Complejo Hospitalario San Juan de Dios (CHSJD). Como parte de los primeros pasos de este proceso, la acción propuesta se delimita territorialmente por la zona de influencia del CHSDJ con el propósito de identificar retos, posibilidades y necesidades para su sostenibilidad y generalización a toda la ciudad.

Por lo tanto, el presente documento se estructura en los siguientes apartados:

- Marco teórico conceptual: define los conceptos sobre los cuáles se fundamenta la propuesta para el fortalecimiento de redes de cuidado para el envejecimiento en la zona de influencia del CHSJD.
- Reconocimiento territorial: identifica las características demográficas, ambientales, geográficas, socioeconómicas, comunitarias (actores y activos sociales e institucionales) y de la zona de influencia del CHSJD.
- Desarrollo de procesos de construcción participativa/colaborativa que aporten a la construcción de la propuesta: contiene la planificación metodológica y operativa para el desarrollo de los procesos de construcción
- Propuesta de marco de acción: establece los elementos técnicos que orientan el diseño de acciones e implementación de acciones para el fortalecimiento de redes de cuidado para el envejecimiento.

1. OBJETIVOS

General

Estructurar los elementos teóricos y prácticos que orienten el diseño e implementación de acciones para el fortalecimiento de redes de cuidado para el envejecimiento en la zona de influencia del Complejo Hospitalario San Juan de Dios, con el fin de proponer aportes para la consolidación de procesos de generación del conocimiento frente al cuidado para el envejecimiento en la ciudad de Bogotá.

Específicos

- Identificar los elementos conceptuales, técnicos, metodológicos y territoriales que oriente la construcción participativa de un marco de acción para el fortalecimiento de redes de cuidado para el envejecimiento.
- Desarrollar actividades participativas/colaborativas con actores sociales de interés en la zona de influencia del CHSJD con el fin de recopilar según su voz y perspectiva, elementos, necesidades y oportunidades para el desarrollo adecuado de acciones de fortalecimiento de redes de cuidado.
- Proponer un marco de acción que oriente el diseño e implementación de acciones para el fortalecimiento de redes de cuidado y proponga insumos que aporten a la consolidación de procesos de generación del conocimiento frente al cuidado para el envejecimiento en la ciudad de Bogotá.

2. METODOLOGÍA

Metodología de Alistamiento

2.1 Revisión de fuentes de información orientada a la identificación de elementos conceptuales, técnicos, metodológicos y territoriales

Con el propósito de construir un marco de acción que oriente el diseño e implementación de acciones para el fortalecimiento de redes de cuidado y generar insumos para la consolidación de procesos de producción de conocimiento en torno al cuidado para el envejecimiento en la ciudad de Bogotá, se desarrolló una revisión documental y de fuentes secundarias de carácter sistemático y analítico. Inicialmente, la revisión se orientó desde un enfoque conceptual y normativo lo que permitió integrar referentes teóricos sobre envejecimiento, vejez y cuidado, así como lineamientos de política pública de orden nacional y distrital para reconocer marcos de acción existentes en torno al proceso de cuidado. Así mismo, desde la academia se consultaron autores que han profundizado en el tema de redes de cuidado y fenómenos asociados a la soledad no deseada, con lo que se construyó un marco conceptual robusto del cual emergieron las categorías de análisis del presente estudio; como producto adicional del documento, se construyó la matriz de conceptos, la cual recoge los autores en sus diferentes posturas en torno a los temas indagados.

En seguida, se realizó una búsqueda de información específica en la zona de influencia del CHSJD para elaborar el apartado de caracterización territorial, a partir de los documentos locales de Análisis de Situación en Salud del año 2024, bases de datos oficiales como las disponibles por el DANE 2018 y la SDP 2021 sobre proyecciones poblacionales y salidas de información de la encuesta Multipropósito, lo que permitió además incorporar indicadores sociodemográficos relevantes para comprender las dinámicas de envejecimiento y las necesidades del cuidado en el territorio. No obstante, resulta importante indicar que la caracterización territorial se delimitó de acuerdo con la información contenida en la resolución 995 del 2006 la cual describe la zona de afectación e influencia del CHSJD y, a partir de esto se realizaron las cartografías dispuestas en el apartado en mención.

Por otro lado, se realizó un proceso de identificación de actores, instancias y activos asociados al cuidado y envejecimiento en el marco del CHSJD y su zona de influencia, para ello, se consultaron documentos suministrados por la Dirección de Participación de la SDS entre los meses de marzo y abril de 2026, documentos locales de Análisis de Situación en Salud del año 2024 y, matrices de activos institucionales y sociales de la Subred Centro Oriente E.S.E. abril 2026; las cuales fueron depuradas, estandarizadas, geocodificadas y georreferenciadas para determinar los registros que hacían parte de la zona de influencia de acuerdo a la delimitación territorial establecida.

En paralelo, se desarrolló un conversatorio para la identificación de actores institucionales y comunitarios asociados al cuidado y envejecimiento en la zona de influencia. En este espacio participaron líderes de Políticas Públicas, Delegaciones de las Políticas Públicas

de infancia, adolescencia, juventud, adultez, envejecimiento y vejez, discapacidad, familias, mujer y género, facilitadores de prescripción social de la Subred Centro Oriente E.S.E. asignados a las localidades de Antonio Nariño, Los Mártires, Santa Fe y San Cristóbal (ver Anexo A. Ficha técnica: Conversatorio para la identificación de actores e instancias).

Lo anterior, permitió no solo la identificación de actores en el territorio, también su nivel de incidencia respecto a su interés frente al cuidado y el envejecimiento. Los niveles que se implementaron se entienden desde la capacidad de incidencia, la cual es comprendida como todas aquellas actividades dirigidas a influir en cambios políticos y sociales, transformando intereses individuales en causas comunes, mediante estrategias de articulación y dialogo, que involucran otros actores, sectores, instituciones, etc.; respecto a una temática o problemática específica, que para el presente ejercicio se centra en el cuidado y el envejecimiento. Como se desarrolla a continuación:

- Nivel 1: Alta incidencia sobre el cuidado y el envejecimiento: Se refiere al reconocimiento del interés y participación continua que tiene determinado actor para intervenir o incidir en un tema
- Nivel 2: Mediana incidencia sobre el cuidado y el envejecimiento: Se refiere al reconocimiento del interés y participación moderada que tiene determinado actor para intervenir o incidir en un tema
- Nivel 3: Baja incidencia no hay influencia sobre el cuidado y el envejecimiento: Se refiere al reconocimiento del interés y participación limitada que tiene determinado actor para intervenir o incidir en un tema.

Metodología de Implementación

2.1 Identificación de actores de interés en la zona de influencia del CHSJD para las actividades participativas

Se contemplan actividades orientadas a la exploración de conocimientos acerca las dimensiones y categorías de análisis: conceptos relacionados al envejecimiento y cuidado, y la identificación de elementos facilitadores del envejecimiento, el cuidado y las redes, y las redes de cuidado para el envejecimiento.

Para ello, una vez sistematizados los resultados del conversatorio, se realizaron mesas de trabajo complementarias con los delegados de política de la Subred Centro Oriente y gestores territoriales de participación social de la SDS con el fin de concretar los actores institucionales y comunitarios clave para el desarrollo de los encuentros participativos, considerando la convocatoria de personas de la comunidad en general que representen diferentes momentos de curso de vida, personas cuidadoras (familiares y comunitarias), líderes y lideresas sociales, actores comunitarios organizados y equipos institucionales con presencia en el territorio, incluyendo sectores como salud, integración social y otros actores

intersectoriales relevantes. Esta diversidad de participantes facilitará una lectura integral del envejecimiento, el cuidado y las redes de cuidado para el envejecimiento, reconociendo su carácter relacional y multiactor.

Se precisa que, si bien, un criterio inicial que se consideró para la definición de actores fue que se situaran dentro de la zona de influencia, este no fue determinante para la convocatoria final, ya que con los participantes de los ejercicios de identificación de actores no se lograron identificar suficientes actores que contaran con dicho criterio. A su vez, se consideró que las relaciones de las personas e instituciones con el área de influencia no se determinan por residir o ubicarse permanentemente en un punto geográfico.

2.2 Planificación y convocatoria

Paralelamente, se desarrolló una planeación logística detallada que garantizara las condiciones adecuadas para la implementación de las actividades, en concordancia con las características de la población participante y las condiciones de uso de la infraestructura del edificio de mantenimiento del CHSJD. Esto incluyó la definición de espacios, mobiliario, materiales, equipos y refrigerios, así como la programación de fechas y horarios que favorezcan la asistencia y permanencia de los participantes, particularmente de aquellas personas que cumplen roles de cuidado o presentan limitaciones de movilidad.

Un componente central de esta actividad consistió en la formulación de un protocolo riguroso de convocatoria, orientado a asegurar la participación efectiva y oportuna de los actores comunitarios e institucionales. Dicho protocolo contempló la articulación con la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), así como el uso de canales comunitarios e institucionales para la identificación y contacto de participantes. Asimismo, se incluyeron estrategias de confirmación previa, recordatorios y acompañamiento territorial que permitieron reducir la inasistencia y fortalecer el vínculo con los actores convocados.

2.3 Desarrollo de los procesos de construcción participativa

Esta actividad permitirá la interacción directa con los actores sociales, comunitarios e institucionales del territorio de influencia del CHSJD. Esta fase se orienta a generar espacios efectivos de diálogo y reflexión que permitan identificar, desde la experiencia vivida de los participantes, los conocimientos y elementos facilitadores asociados a las redes de cuidado en el marco del envejecimiento con base en las dimensiones y categorías que estructuran el análisis (ver Tabla 1).

Tabla 1. Dimensión y categoría de análisis para el entendimiento del proceso de envejecimiento, cuidados y redes y sus relaciones.

Dimensión	Categoría
Envejecimiento	Conocimientos
	Elementos facilitadores
Cuidado y redes	Conocimientos

	Elementos facilitadores para el cuidado y las redes
Relación envejecimiento y cuidado	Elementos facilitadores de redes de cuidado para el envejecimiento

Fuente: Construcción propia equipo Análisis de las políticas y acciones para la salud pública en el marco de la gestión territorial, Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente E.S.E., abril 2026

2..3.1 Técnicas de recolección de información

Se propone una metodología cualitativa con enfoque participativo, orientada a comprender las percepciones, conocimientos, experiencias y dinámicas territoriales en torno al envejecimiento, el cuidado y la configuración de redes de cuidado, a través de la técnica “**conversatorio**”, entendido como un espacio de diálogo horizontal que facilita la construcción colectiva de conocimiento a partir de la interacción entre actores diversos en el marco de las dimensiones y categorías propuestas.

La metodología propuesta se enmarca en un enfoque cualitativo tipo exploratorio–descriptivo, que busca interpretar los significados que las personas atribuyen al envejecimiento y al cuidado, así como identificar condiciones, recursos, actores y relaciones que configuran las redes de cuidado en el territorio. Por lo anterior, este enfoque participativo, reconoce a los participantes como actores clave en la producción de conocimiento, no solo como fuentes de información.

El conversatorio se desarrollará como un espacio grupal guiado, de carácter flexible, que promueva la reflexión, el intercambio de experiencias y la construcción conjunta de respuestas frente a las dimensiones y categorías de análisis definidas (ver Tabla 2), pretendiendo a través de esta técnica la participación equitativa de los asistentes, la circulación de la palabra, la emergencia de consensos y disensos y la construcción colectiva de propuestas.

El conversatorio se implementará en el marco de las siguientes fases:

- Apertura y contextualización: Presentación del propósito del espacio, las reglas de participación (respeto, escucha activa, confidencialidad) y una actividad inicial de sensibilización para introducir las temáticas de envejecimiento y cuidado.
- Desarrollo temático: se realizará a través de un dialogo orientado mediante preguntas guía estructuradas según las dimensiones y categorías de análisis.

Tabla 2. Preguntas a la luz de las dimensiones y categorías de análisis para la recolección y análisis de la información.

Dimensión	Categoría	Preguntas
Envejecimiento	Conocimientos	¿Qué entiende por envejecimiento?
		¿Cómo envejecen las personas? (desde lo físico, social, psicológico)

Cuidado y redes	Elementos facilitadores: *condiciones, recursos o factores (internos o externos) que promueven o impulsan para alcanzar un objetivo	¿Todos envejecemos igual? ¿Porqué? (sociales, económicas, territoriales y culturales) (enfoque diferencial)
		¿Qué sería para usted un envejecimiento ideal? Expectativa frente al envejecimiento, no sólo a la vejez. Cómo se ve en la vejez. Indagar sobre envejecimiento y vejez.
		¿Qué necesita una persona para envejecer activamente?
		¿Qué necesita una persona para envejecer saludablemente?
		¿Cómo cree usted que debería responder la sociedad para que las personas puedan envejecer bien?
	Conocimientos	¿Qué cree usted que debería hacer el estado para que las personas puedan envejecer bien en Bogotá?
		¿Qué es cuidar? (autocuidado, sociocuidado, ...)
		¿A quiénes cuidan? (Curso vida) (Situación de dependencia o vulnerabilidad) ¿o todos?
		¿Quiénes cuidan? (Individuo, familia, comunidad, Estado) (inequidades-mujer)
		¿Qué cuidados necesitan las personas que cuidan?
Relación envejecimiento y cuidado	Elementos facilitadores para el cuidado y las redes:	¿Quiénes cuidan en el territorio? (Individuo, familia, comunidad, Estado) (inequidades-mujer)
		¿Cómo se relacionan entre sí quienes cuidan? nivel intensidad de la red)
		¿Qué otros actores deben vincularse al cuidado en el territorio?
		¿Qué recursos (servicios, personas) existen en el territorio para que se pueda cuidar?
		¿Qué condiciones requiere el territorio para que se pueda cuidar? (individual, familiar, comunitario, institucional)
	Elementos facilitadores de redes de cuidado para el envejecimiento	¿Cómo se podrían fortalecer las relaciones entre los actores de cuidado?
		¿Qué procesos o acciones cree usted que se requieren para organizar actores para el cuidado para el envejecimiento en el territorio?
		¿Qué recursos se requieren?
		¿Qué actores se requieren?
		¿Cuáles cree que serían los principales retos/dificultades para que los actores se organicen para el cuidado para el envejecimiento en su territorio?

Fuente: Propuesta construida por el equipo distrital de la Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública, abril 2026

Las preguntas se utilizarán de manera flexible, lo cual permitirá profundizar en aspectos emergentes relevantes para el territorio (ver Anexo B. Propuesta metodológica de los conversatorios territoriales).

2..4 Sistematización y análisis de la información

La sistematización y análisis de la información producida en los procesos participativos tiene como propósito organizar, interpretar e integrar los insumos obtenidos durante la implementación de las actividades, con el fin de orientar la construcción del marco de acción para el fortalecimiento de las redes de cuidado en el territorio de influencia del CHSJD.

Este proceso se basará en la consolidación de los registros generados —relatorías, materiales producidos por los participantes y, cuando aplique, registros audiovisuales—, los cuales serán organizados mediante matrices analíticas que permitan identificar de manera estructurada las necesidades, oportunidades, actores clave y dinámicas territoriales del cuidado. Más allá de una organización descriptiva, el análisis buscará reconocer patrones, tensiones y vacíos en la configuración de las redes, así como los factores que inciden en su fortalecimiento o debilitamiento.

De manera complementaria, la información será interpretada a la luz de un enfoque territorial, intersectorial y de determinantes sociales de la salud, lo que permitirá comprender las redes de cuidado no solo como arreglos funcionales, sino como expresiones de condiciones sociales, económicas e institucionales más amplias. En este sentido, se prestará especial atención a situaciones de vulnerabilidad, como el aislamiento, la sobrecarga del cuidado y las dinámicas asociadas al abandono de personas mayores.

Finalmente, los resultados de este proceso serán sintetizados en insumos técnicos que orienten la formulación del marco de acción, garantizando que este se sustente en evidencia situada, construida con los actores del territorio y coherente con sus realidades y capacidades.

A través de la articulación entre planificación técnica, implementación participativa y análisis sistemático de la información, esta acción trasciende la lógica de consulta para consolidarse como un ejercicio de producción de conocimiento situado, en el que los actores sociales no solo aportan información, sino que participan activamente en la interpretación de sus propias realidades y en la definición de alternativas de acción. De esta manera, se busca que el marco de acción resultante no solo responda a lineamientos institucionales, sino que se fundamente en las experiencias, capacidades y condiciones concretas del territorio, que permita avanzar hacia el fortalecimiento efectivo de las redes de cuidado en el contexto del envejecimiento.

Gráfica 1. Elementos clave de la metodología de implementación



Fuente: Elaboración propia equipo Análisis de las políticas y acciones para la salud pública en el marco de la gestión territorial, Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente E.S.E., abril 2026

RESULTADOS

3.1. Elementos conceptuales

El presente apartado tiene como propósito presentar los elementos conceptuales, técnicos, metodológicos y territoriales que orientan la construcción participativa de un marco de acción para el fortalecimiento de redes de cuidado para el envejecimiento.

Curso de vida

Desde el ámbito normativo y técnico, se comprende como un enfoque que reconoce el conjunto de trayectorias, roles y transiciones que configuran el desarrollo humano a lo largo del tiempo, resultado de la interacción entre factores biológicos, sociales, culturales e históricos, así como de las experiencias individuales, familiares y comunitarias (4). En esta

misma línea, se plantea que la incorporación de este enfoque permite orientar acciones diferenciadas en cada momento del ciclo vital, con el propósito de alcanzar el máximo nivel de desarrollo, calidad de vida, autonomía, independencia y participación de las personas (5).

Asimismo, desde el sector salud el enfoque se entiende como una perspectiva que aborda los momentos del curso de vida, reconociendo que los resultados dependen de la acumulación de experiencias y de la interacción de múltiples factores a lo largo del tiempo, influenciados por contextos familiares, sociales, económicos, ambientales y culturales. Desde el punto de vista epidemiológico, este enfoque permite analizar los efectos a largo plazo de la exposición a riesgos físicos y sociales desde etapas tempranas como la gestación, hasta la vida adulta (6). La academia, lo consolida como un modelo multidisciplinario que permite comprender el desarrollo humano de manera dinámica, integrando las trayectorias individuales con los contextos estructurales, históricos y socioeconómicos en los que se desarrollan. En este sentido, se define como la secuencia de eventos, roles y transiciones que experimenta una persona a lo largo del tiempo, en donde el contexto, el momento histórico y las relaciones sociales adquieren un papel central en la configuración de dichas trayectorias (7).

En resumen, el curso de vida se entiende como un enfoque analítico y multidimensional que reconoce las trayectorias, transiciones y experiencias de las personas a lo largo del tiempo, configuradas por la interacción entre factores biológicos, sociales, culturales e históricos, así como por las condiciones estructurales y territoriales que influyen en el desarrollo humano, la salud, el bienestar y las necesidades de cuidado.

Este enfoque ha cobrado especial relevancia en los estudios sobre envejecimiento, en tanto permite establecer relaciones causales entre procesos acumulativos a lo largo del tiempo, identificando momentos críticos que inciden de manera significativa en las condiciones de salud y bienestar en la vejez (8). En este marco, el curso de vida se distancia de enfoques tradicionales como el ciclo biológico, al incorporar dimensiones sociales, psicológicas e históricas que explican la diversidad de trayectorias y experiencias humanas (9).

Envejecimiento

Desde lo normativo y técnico, se comprende como un proceso progresivo, continuo y multidimensional que inicia desde la gestación y se desarrolla a lo largo del curso vital. De esta manera, se destaca que no se limita a un estado específico y autocontenido, sino que es el resultado de un proceso que involucra transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, que, aunque heterogéneas se ven condicionadas por factores individuales, sociales y territoriales (5) (10) (11).

En este marco, el envejecimiento no solo implica cambios asociados al deterioro, sino también procesos de transformación y adaptación de las capacidades funcionales de las

personas en interacción con su entorno, lo cual permite comprenderlo como un proceso dinámico a lo largo del curso de vida (8)

Sin embargo, esta visión exclusivamente biomédica, pone de presente la necesidad de una mirada más integral sobre este concepto en relación con las condiciones de vida, acceso a servicios y las dinámicas sociales del contexto. Por lo cual, desde la literatura académica y/o estudios investigativos más recientes, el envejecimiento se entiende como un fenómeno complejo y dinámico, dado que es fuertemente influido por determinantes sociales, económicos y culturales (12), que permiten darle a su vez un carácter diferenciado, pues no todas las personas según estos envejecen de la misma manera. Desde una perspectiva mucho más crítica, se plantea que este concepto no debe asociarse única y exclusivamente con el deterioro o dependencia, lo cual permite plantear enfoques como los de envejecimiento activo, saludable y/o digno.

En contraste, estas fuentes permiten identificar puntos claves en los cuales todos convergen en que el concepto de *envejecimiento* es un proceso continuo a lo largo de la vida, con un carácter multidimensional y fuertemente influenciado por factores contextuales y estructurales. Y por otro lado, se visibilizan algunas diferencias sobre las cuales algunas fuentes atienden a un enfoque biomédico o de riesgo (11) (13), mientras que las otras amplían el concepto a la revisión de enfoque de derechos, perspectivas sociales y territoriales, y finalmente al reconocimiento de la diversidad del concepto (12); no obstante, todas las fuentes tienen vacíos, pues hay una limitada integración o por lo menos no se evidencia de manera explícita, su relación con las redes de cuidado, el rol de cuidadores y las dinámicas comunitarias.

Por lo cual y a manera de síntesis, se concluye que el **envejecimiento se entiende**, para efectos del presente análisis, como un **proceso continuo, dinámico y multidimensional que se desarrolla a lo largo del curso de vida de acuerdo con características transformadoras tales como las biológicas, psicológicas y sociales condicionadas por factores individuales, estructurales y territoriales que recaen finalmente en las formas de vivir, cuidar y ser cuidado**

Envejecimiento saludable: Definido desde lo normativo e institucional como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (14). Esta capacidad resulta de la interacción entre las capacidades físicas y mentales de la persona, los entornos en los que vive y la relación entre ambos, lo que implica la necesidad de generar condiciones sociales, institucionales y territoriales que favorezcan la autonomía, la independencia y la calidad de vida (8) (5). Así mismo, se reconoce como un proceso continuo que requiere la optimización de oportunidades en salud a lo largo del curso de vida, mediante acciones de promoción, prevención y generación de entornos protectores (8).

De esta manera, el envejecimiento saludable se entiende como un **proceso continuo, dinámico y multidimensional que se desarrolla a lo largo del curso de vida, orientado al mantenimiento de la capacidad funcional, la autonomía y el bienestar, resultado de**

la interacción entre las capacidades individuales, las condiciones de vida y los entornos sociales y territoriales, en articulación con redes de apoyo y cuidado.

Envejecimiento activo: Proceso continuo a lo largo del curso de vida orientado a optimizar las oportunidades de bienestar físico, mental y social, así como la participación de las personas en ámbitos sociales, económicos, culturales y comunitarios (15) (10). Este enfoque reconoce que envejecer no implica dejar de contribuir, sino mantener la autonomía, la independencia y la vinculación social, incluso en contextos de dependencia, a partir de entornos que garanticen protección, seguridad y oportunidades de participación (5). En síntesis, se comprende como un **enfoque que promueve la participación, la autonomía y la calidad de vida de las personas a lo largo del curso de vida, mediante la generación de condiciones que les permitan seguir siendo parte activa de la sociedad.**

Por último y no menos importante, emerge el **enfoque intergeneracional** principalmente como un principio orientador de la acción pública en materia de envejecimiento y cohesión social, así como de cuidado, el cual busca promover la interacción reconocimiento y solidaridad entre las distintas generaciones. En este sentido, la política nacional del cuidado incorpora este componente transversal al diseño de estrategias orientadas al bienestar de las personas mayores y sus redes de apoyo. Ejemplo de ello, se plantea entre 2025-2034 por el Ministerio de Igualdad y Equidad adelantar acciones de *“acompañamiento psicosocial dirigidas a personas mayores, sus familias y redes, con el propósito de fortalecer la protección, el cuidado, la transformación de imaginarios sociales y el acercamiento intergeneracional”* (16), así como de encuentros recreativos intergeneracionales junto con el Ministerio del Deporte.

A partir de ello, este concepto puede entenderse como un enfoque que reconoce que las relaciones entre generaciones no son neutrales y que por tanto pueden estar sujetas a dinámicas sociales, roles asignados e imaginarios culturales sobre la edad, por lo cual, busca superar la fragmentación, la soledad y las percepciones que esta provoca por medio de la promoción de relaciones recíprocas, solidarias y de aprendizaje mutuo donde se fortalecen los vínculos entre las personas mayores, las personas cuidadoras y otras generaciones.

En síntesis, el *enfoque* se entiende como una **perspectiva que promueve la interacción, el reconocimiento y la corresponsabilidad entre distintas generaciones, orientada a fortalecer vínculos sociales, transformar imaginarios sobre la vejez y el cuidado, y consolidar redes de apoyo que favorezcan el bienestar y la sostenibilidad del cuidado** en los territorios. En este sentido, la incorporación del enfoque intergeneracional permite comprender el cuidado y el envejecimiento no como procesos aislados, sino como dinámicas relacionales que se construyen en el territorio, a través de la interacción entre generaciones, configurando así las bases para el fortalecimiento de redes de cuidado sostenibles.

Finalmente, en conjunto, el marco conceptual desarrollado proporciona **una base integral para orientar la** construcción participativa de un marco de acción que permite comprender el envejecimiento, la vejez y el cuidado como procesos interrelacionados, atravesados por determinantes sociales, dinámicas territoriales y relaciones de interdependencia, evidenciando la importancia de identificar estrategias pertinentes para el fortalecimiento de redes de cuidado en el contexto territorial del estudio, así como de retos que persisten en imaginarios sociales.

Vejez

Definida de manera consistente como el último momento del curso de vida, el cual se da a través de una construcción social y biográfica atravesada por las experiencias, identidades de género y trayectorias de vida (5), marcada por la incidencia de DSS, enfatizando que este momento vital implica transformaciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales asociadas a la disminución progresiva de capacidades funcionales (17) (11). A su vez, el Sistema Nacional de Cuidado y el Anexo Técnico del sistema Sociosanitario señalan que, una persona mayor es aquella de 60 años o más, aunque admite excepciones desde los 55 años en condiciones de desgaste (16) (10).

Desde una perspectiva académica, la *vejez* es comprendida de manera más estructural y relacional, en la cual, por ejemplo, la vejez no debe entenderse como una etapa aislada, sino como el resultado de desigualdades acumuladas a lo largo del curso de vida que requieren intervenciones anticipadas. Se puede evidenciar que las fuentes institucionales tienden a construir una definición de la vejez orientada a la acción pública, combinando criterios cronológicos, enfoques de derechos y reconocimiento de vulnerabilidades. En contraste, los enfoques académicos definen la vejez como un proceso profundamente atravesado por desigualdades estructurales, relaciones sociales y experiencias subjetivas. La principal tensión radica en que lo institucional prioriza la gestión de la dependencia y la provisión de servicios, mientras que lo académico insiste en comprender y transformar las condiciones estructurales que producen dichas situaciones, particularmente en fenómenos como la soledad y la exclusión social. No obstante, ambas convergen en reconocer que la vejez es heterogénea y dependiente de las trayectorias de vida.

En este sentido, estudios sobre la soledad no deseada en personas mayores profundiza en las dimensiones subjetivas del envejecimiento, señalando que la vejez suele estar acompañada de pérdidas que pueden derivar en soledad, entendida como un estado psicológico asociado a la disminución de redes de apoyo, la reducción de la participación social y la sensación de fracaso vital. Asimismo, se identifican tres crisis fundamentales del envejecimiento: la de identidad, vinculada a la pérdida de autoestima; la de pertenencia, relacionada con la desvinculación de roles y grupos sociales; y la de autonomía, asociada al deterioro funcional (18). A esto se suma que la soledad no deseada evidencia cómo esta problemática se intensifica en la vejez debido a factores estructurales como la pérdida de redes familiares, las barreras de movilidad, la pobreza, la dependencia económica, la sobrecarga o ausencia de redes de cuidado y el edadismo (13).

Teniendo en cuenta estas perspectivas, en síntesis, **la vejez se comprende como una etapa del curso de vida socialmente construida, que emerge de la interacción entre procesos biológicos, trayectorias biográficas y determinantes sociales de la salud, y que se expresa de manera diferenciada según las condiciones materiales, relacionales y territoriales. Esta etapa no se reduce a la pérdida de capacidades, sino que incluye la persistencia de roles sociales, como el cuidado, y debe ser entendida en clave de derechos, bienestar y participación.**

Edadismo

En este marco, es importante señalar que las comprensiones tradicionales del envejecimiento y la vejez han sido atravesadas históricamente por estereotipos, prejuicios y representaciones sociales negativas, que se asocian a etapas exclusivamente de dependencia, deterioro y pérdida de autonomía. Lo cual, ha contribuido a hablar de fenómenos como el *edadismo*, entendido como la presencia de estereotipos, prejuicios y prácticas discriminatorias hacia las personas en función de su edad (19). Esto no solo afecta a las personas mayores, si no que incide de forma directa en la comprensión del envejecimiento, condicionando las prácticas de cuidado, las relaciones sociales y por ende las respuestas institucionales, en consecuencia, es vital reconocer que estos procesos son diversos y dinámicos.

Cuidado

Dicho lo anterior, se da lugar al concepto de *cuidado*, el cual hace referencia a todas las relaciones humanas necesarias para el bienestar de las personas y el entorno; es decir es una función social que, por medio de un conjunto de acciones, provee bienestar durante el ciclo vital humano, donde todas y todos son interdependientes, requiriendo diferentes niveles de apoyo en momentos particulares de la vida; puede considerarse como una labor remunerada o no, y realizarse tanto dentro o fuera de los hogares.

A nivel legislativo, según el CONPES 4143 del Sistema Nacional del cuidado (16), este concepto es entendido como un derecho fundamental que se desarrolla en tres aspectos: (i) derecho al cuidado de quien lo requiere; (ii) derechos y deberes de quienes cuidan; y (iii) derecho y deber de autocuidado (Sentencia T-583/23, 2023). Así mismo, es el conjunto de actividades y prácticas que garantizan, protegen y sostienen la vida en interdependencia, humana y no humana, en todas sus expresiones, desde las perspectivas simbiótica, intercultural, solidaria y cooperativa. De esta manera, el cuidado no sólo implica una corresponsabilidad individual y social, también requiere del respaldo de la oferta institucional para suplir las necesidades que el bienestar necesita (20).

Es por esto que, desde el modelo actual en salud, el concepto se define como un componente de servicios que implica entonces la gestión integral del riesgo en salud, por medio de una atención continua a lo largo del curso de vida que orienta la identificación de riesgos, promueve la toma de decisiones informadas y finalmente busca como resultado mejorar los resultados en salud (21), especialmente en contextos de envejecimiento (22).

Por su parte, el Servicio de atención sociosanitaria, relaciona acciones, prácticas y actividades orientadas a garantizar el bienestar, la vida y la dignidad de las personas, especialmente aquellas en situación de dependencia o vulnerabilidad (22). En este sentido, desde la perspectiva institucional, se destaca que el cuidado implica actividades de atención, apoyo físico, así como de acompañamiento emocional, en distintos espacios -familiar, comunitario, institucional- (10), lo cual ha permitido que el mismo se reconozca como un asunto de política pública fuertemente vinculado a sistemas de cuidado y corresponsabilidad entre las instituciones, comunidad y familia.

Desde la literatura académica, el concepto de cuidado adquiere una dimensión más amplia, al ser entendido no solo como un conjunto de acciones, sino como una práctica social, relacional y estructural. En ese sentido, se cuenta con investigaciones que plantean que el cuidado constituye un elemento fundamental para la sostenibilidad de la vida y la reproducción social, en tanto involucra relaciones de interdependencia entre las personas y se encuentra profundamente condicionado por factores sociales, económicos y culturales. Además de reconocerlo históricamente como un trabajo invisibilizado que ha sido asumido de manera desproporcionada por ciertos grupos poblacionales, particularmente las mujeres, lo que evidencia su vínculo con desigualdades estructurales. Desde esta perspectiva, el cuidado no es neutro, sino que está atravesado por relaciones de poder, distribución desigual de responsabilidades y limitaciones en el acceso a recursos (23).

En congruencia, es necesario hablar del *autocuidado*, el cual hace referencia a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son “destrezas” aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo, que generan, según el caso, prácticas favorables o riesgo para la salud (24).

De esta manera, las fuentes revisadas orientan el concepto de **cuidado** al bienestar, la dignidad y la autonomía, reconociendo la relación entre distintos actores y sectores que involucran a las personas cuidadoras como a las personas que requieren cuidado. Lo que permite entender finalmente, que el cuidado es un **proceso integral, relacional -actores individuales, familias, comunidad e instituciones- y multidimensional que articula acciones, servicios y prácticas que buscan garantizar el bienestar, la dignidad y la autonomía de las personas a lo largo del curso de vida, desarrollado mediante la interacción entre individuos, familias, comunidades e instituciones, y condicionado por factores sociales, económicos y bajo un contexto territorial específico.**

Por lo anterior, cuidar es una interacción humana de carácter interpersonal, intencional, único, que se sucede en un contexto sociocultural, tiene un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana. Es decir; es un proceso intersubjetivo y simétrico, en el cual ambos, quien es cuidado y su cuidador, establecen una relación de doble vía (24). De esta manera, la *persona cuidadora* corresponde al grupo que se dedica principalmente al menos

6 horas diarias al trabajo de cuidado directo o indirecto, remunerado o no remunerado, que de acuerdo con la Secretaría de la Mujer la mayoría son mujeres (20).

Desde una perspectiva institucional reconociendo a su vez que estas personas son actores clave en los procesos sociosanitarios que requieren acompañamiento, asesoría y fortalecimiento de capacidades, particularmente en el cuidado de personas mayores con el fin de promover su autonomía y bienestar (10). Sin embargo, es clave señalar que las personas mayores no son únicas receptoras del cuidado, pues muchas veces también asumen un rol activo como cuidadoras, concluyendo entonces que existe una bidireccionalidad del cuidado (13).

Las *personas cuidadoras*, finalmente, se conciben como **personas que realizan actividades de cuidado directo e indirecto, remunerado o no, en ámbitos familiares, comunitarios e institucionales, orientadas a garantizar el bienestar, la dignidad y la autonomía de otras personas y cuyo ejercicio está condicionado por factores sociales, económicos y territoriales que implican relaciones de corresponsabilidad en el sostenimiento de este.**

Este panorama del cuidador muestra el grado de compromiso que adquieren con las personas que tienen a su cuidado, lo cual permite entender por qué la salud de estas personas puede verse afectada por el alto nivel de requerimientos a los que deben responder al asumir este rol. Lo problemático de lo anterior es que es un apoyo informal brindado por personas que “no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea, y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios”; implica, en la mayoría de los casos, que los cuidadores no disponen de las herramientas necesarias para lidiar con los niveles de estrés y agotamiento emocional que ocasiona su labor diaria, que puede hasta extenderse por año (25). De este modo, se hace inherente implicar a las personas cuidadoras, quienes también requieren de atención en su salud para brindar condiciones de bienestar y contribuir de manera indirecta en aquellas personas que están bajo su cuidado.

Ahora, sobre el *cuidado de personas cuidadoras*, se señala desde las fuentes institucionales que esto se reconoce como un conjunto de acciones que tienen como propósito garantizar el bienestar integral de quienes ejercen labores de cuidado, ejemplo de ello, es lo dispuesto en el CONPES 4143 (16) al mencionar las actividades de respiro, las cuales son una respuesta institucional dirigida a esta población y la cual busca, “*brindar condiciones de bienestar y contribuir al cuidado de la salud física, mental, emocional y espiritual de las personas cuidadoras. Incluye actividades relacionadas con la salud, el arte, la cultura, la recreación y el deporte, la orientación o asesoría psicosocial y jurídica, el uso del tiempo propio, entre otras*”. En complementariedad se reconoce la necesidad de desarrollar procesos de apoyo, asesoría y acompañamiento a los cuidadores con el fin de hacer sostenible el sistema de cuidado (10).

El **cuidado de personas cuidadoras** entonces se entiende como el **conjunto de acciones, estrategias y apoyos institucionales, comunitarios y familiares orientados**

a garantizar el bienestar integral de las mismas, a través del fortalecimiento de sus capacidades, reducción de sobrecargas del cuidado, generación de condiciones que favorezcan su autocuidado y por su puesto aumenten su participación en redes de apoyo.

Sobre la mención de la participación de cuidadores en redes de apoyo, se da lugar al concepto de *redes de personas cuidadoras*. Aunque las fuentes analizadas no desarrollan explícitamente el concepto, si aportan elementos clave que permiten comprender que hay un proceso de reconocimiento del cuidado, elementos corresponsables, relacionales y multisectoriales como lo plantea el CONPES 4143 (16) , sobre el cual la corresponsabilidad social del cuidado converge dada la participación y organización de distintos actores - Estado, comunidad, familias, sector privado, etc.- en dirección a la provisión del cuidado. Los esquemas comunitarios de cuidado compartido, que sugieren rutas de acompañamiento integral y la necesidad de estructurar formas organizadas de interacción entre personas cuidadoras más allá de la privacidad de su hogar (12).

Estas *redes* terminan por interpretarse como **sistemas de apoyo entre individuos, familias, comunidades e instituciones en pro del cuidado, orientadas a compartir responsabilidades, fortalecer capacidades, garantizar condiciones sostenibles en relación con bienestar de quienes cuidan como de quienes reciben el cuidado.**

Redes de cuidado

En complementariedad, se presenta el concepto de las **redes de cuidado**, las cuales se identifican desde diferentes expresiones que amplían la definición como las redes de apoyo, colectivas y comunitarias. Así, estas redes se comprenden como un componente central en la garantía del bienestar de las personas, en los diferentes momentos de curso de vida, en contextos de vulnerabilidad o como apoyos sociales.

En ese sentido, las redes de cuidado se definen como el conjunto de apoyos mediante los cuales una persona mantiene su identidad social y accede a soporte emocional, ayuda material, servicios e información a través de sus relaciones sociales. En este marco, las redes de cuidado son entendidas como una práctica simbólico-cultural que articula relaciones interpersonales y permite sostener o mejorar el bienestar material, físico y emocional de las personas, evitando procesos de deterioro asociados a crisis o conflictos (10).

Desde esta perspectiva, el cuidado no se reduce a la provisión de servicios, sino que se relaciona al individuo con su entorno social, así, en el marco del Sistema Nacional de Cuidado pone a disposición dispositivos institucionales concretos, como las modalidades de Comunidad de Cuidado, el Cuidado Transitorio Día/Noche y los hospedajes sociales, especialmente dirigidos a personas mayores en situación de calle o riesgo. Allí, las redes de cuidado adquieren un carácter programático, al ser concebidas como parte de un sistema articulado de servicios que amplía la cobertura y capacidad de atención en el territorio (16). Estos servicios deben incluir la identificación, recuperación y ampliación de

redes de apoyo, especialmente en personas mayores que han atravesado situaciones de abandono o exclusión. En este sentido, las redes no solo cumplen una función asistencial, sino que se vinculan con la reconstrucción de vínculos sociales, la recuperación de la autonomía y la posibilidad de reconfigurar proyectos de vida (22).

La comprensión de las redes de cuidado al incorporar un enfoque territorial y de datos, resalta la necesidad de reconocer tanto redes formales como informales y de integrarlas en sistemas de información interoperables que permitan caracterizar condiciones como la estructura del hogar, los niveles de soledad o el tipo de red disponible. El deterioro de las redes de cuidado no remunerado y su impacto diferenciado en las mujeres, quienes asumen históricamente mayores cargas de cuidado, repercute en su salud física y mental. Asimismo, reconoce que las transformaciones en las estructuras familiares, como el aumento de hogares unipersonales o la movilidad social, demandan nuevas formas de organización del cuidado, con mayor énfasis en lo colectivo, lo comunitario y en la adaptación territorial de las respuestas (12).

En una perspectiva académica, las redes de cuidado deben comprenderse en su dimensión relacional y subjetiva. La soledad está estrechamente vinculada a la calidad y cantidad de las relaciones sociales, lo que subraya la importancia de las redes de apoyo y de la participación social en la integración de las personas mayores. Este enfoque resalta que las redes de cuidado no solo cumplen funciones prácticas, sino que son determinantes en la experiencia de bienestar, pertenencia y sentido en la vejez, lo cual es fundamental al proporcionar conexión emocional y contribuir al bienestar económico y físico (18).

Se puede evidenciar que institucionalmente, las redes de cuidado tienden a comprenderse como sistemas organizados, servicios y dispositivos de intervención, con énfasis en la cobertura, la articulación intersectorial y la atención a la dependencia. En cambio, los enfoques académicos enfatizan la dimensión relacional de las redes, destacando su papel en la integración social, la prevención de la soledad y la construcción de bienestar subjetivo. Sin embargo, ambas perspectivas convergen en reconocer que las redes de cuidado son fundamentales para la sostenibilidad de la vida en todos los momentos de vida, especialmente en la vejez y que su fortalecimiento es clave para enfrentar situaciones de vulnerabilidad.

A partir de esta articulación, las **redes de cuidado son entramados dinámicos de relaciones formales e informales que relacionan actores familiares, comunitarios, sociales e institucionales para sostener la vida, el bienestar y la autonomía de las personas a lo largo del curso de vida. Estas redes no sólo proveen servicios o apoyos materiales, sino que también configuran espacios de pertenencia, reconocimiento y participación social, siendo determinantes en la prevención de la soledad, la mitigación de la vulnerabilidad y la construcción de trayectorias de envejecimiento dignas.**

Elementos técnicos, metodológicos y territoriales que fortalecen las redes de cuidado para el envejecimiento

Para que las redes de cuidado operen de manera efectiva en el envejecimiento (y en otros escenarios de curso de vida o multiespecie) es fundamental identificar los elementos que las dinamizan, blindan y potencian frente a la precarización institucional circundante. La literatura académica contemporánea evidencia que el fortalecimiento de estos entramados no depende de un único factor, sino de una articulación precisa entre la flexibilidad relacional, vínculos en el territorio, recursos y apoyo, y respaldo institucional (sistemas de cuidado, instituciones que trabajen con grupos de curso de vida y el estado en general).

En algunas investigaciones, las redes comunitarias e intergeneracionales se fortalecen cuando logran diversificar sus flujos de apoyo y adaptan sus roles temporalmente. Esto permite que, a medida que cambian las necesidades **de la persona mayor**, los lazos transiten orgánicamente del soporte emocional al apoyo de tipo instrumental, el cual abarca desde el acompañamiento a citas médicas hasta la gestión de trámites diarios (26). Por otro lado, en entornos de vulnerabilidad, las redes se consolidan cuando el cuidado se experimenta como un sistema de transacciones mutuas donde **las personas mayores** participan activamente. La confianza construida en el territorio (el barrio, la vereda) permite colectivizar el bienestar mediante el intercambio de favores cotidianos (como el cuidado de nietos a cambio de alojamiento o alimentos compartidos), convirtiendo la cercanía vecinal en el capital social que sostiene la supervivencia (27). La agencia y la participación de las **personas mayores** fortalecen las redes locales cuando estas autogestionan espacios de sociabilidad y alianzas vecinales, lo que robustece el tejido y la construcción de una identidad colectiva que defienda su autonomía (28).

Teniendo en cuenta lo anterior, una red de cuidado necesita varios elementos para fortalecerse y funcionar de manera efectiva. En primer lugar, requiere de *nodos sólidos y participativos*, es decir, personas, organizaciones y actores sociales comprometidos con el bienestar colectivo. Asimismo, es fundamental *construir vínculos de comunicación permanentes*, basados en la confianza, la cooperación y el intercambio de información y favores.

También necesita un *sistema de vínculos articulado*, donde exista coordinación entre los diferentes actores para evitar esfuerzos aislados y promover acciones conjuntas. Otro aspecto clave es el *intercambio recíproco de recursos y apoyos*, ya sean materiales, emocionales, financieros o de conocimiento, ya que esto fortalece la capacidad de respuesta de la red frente a las necesidades sociales.

Además, las redes de cuidado requieren **apoyo social constante**, entendido como el acompañamiento y respaldo que reciben los integrantes gracias a las relaciones construidas dentro de la red. Finalmente, la **Gerencia Social** cumple un papel esencial al liderar la articulación entre actores, promover alianzas estratégicas y garantizar la sostenibilidad de las acciones colectivas, permitiendo que la red se consolide y genere un mayor impacto social.

En este sentido, la red social constituye el marco que posibilita el acceso al apoyo social, promoviendo procesos de inclusión, cooperación y corresponsabilidad. Así, la Gerencia

Social no solo coordina recursos y actores, sino que también impulsa estrategias de participación y fortalecimiento comunitario que contribuyen al desarrollo social y al mejoramiento de la calidad de vida (29).

3.2. Reconocimiento Territorial

Teniendo en cuenta la Resolución 0995 de 2016 del Ministerio de Cultura, mediante la cual se aprueba el Plan Especial de Manejo y Protección (PEMP) del Hospital San Juan de Dios y del Instituto Materno Infantil, ubicados en Bogotá D.C., y considerando que en su Título II se establece la delimitación de dos zonas: la zona afectada y la zona de influencia. En dicho documento, se reconoce como zona afectada la totalidad de los inmuebles que conforman el Hospital, así como sus áreas libres, por considerarse inherentes a los valores históricos y estéticos del Bien de Interés Cultural (BIC) de carácter nacional y al adecuado funcionamiento de sus edificaciones, predios e instalaciones (polígono urbano de 16,3 hectáreas y 24 edificaciones).

Por su parte, la zona de influencia está constituida por el territorio comprendido por los predios identificados en dicha resolución, ubicados en los barrios San Bernardo, La Hortúa, Sevilla, Policarpa, Modelo Sur, Las Cruces, Eduardo Santos y San Antonio; en esta zona se focalizará el presente análisis. Por lo anterior, las localidades y UPZ que conforman la zona de influencia se ubican de la siguiente manera:

- Antonio Nariño: Ciudad Jardín y Restrepo
- Santa Fe: Las Cruces
- Los Mártires: Santa Isabel
- San Cristóbal: Sosiego

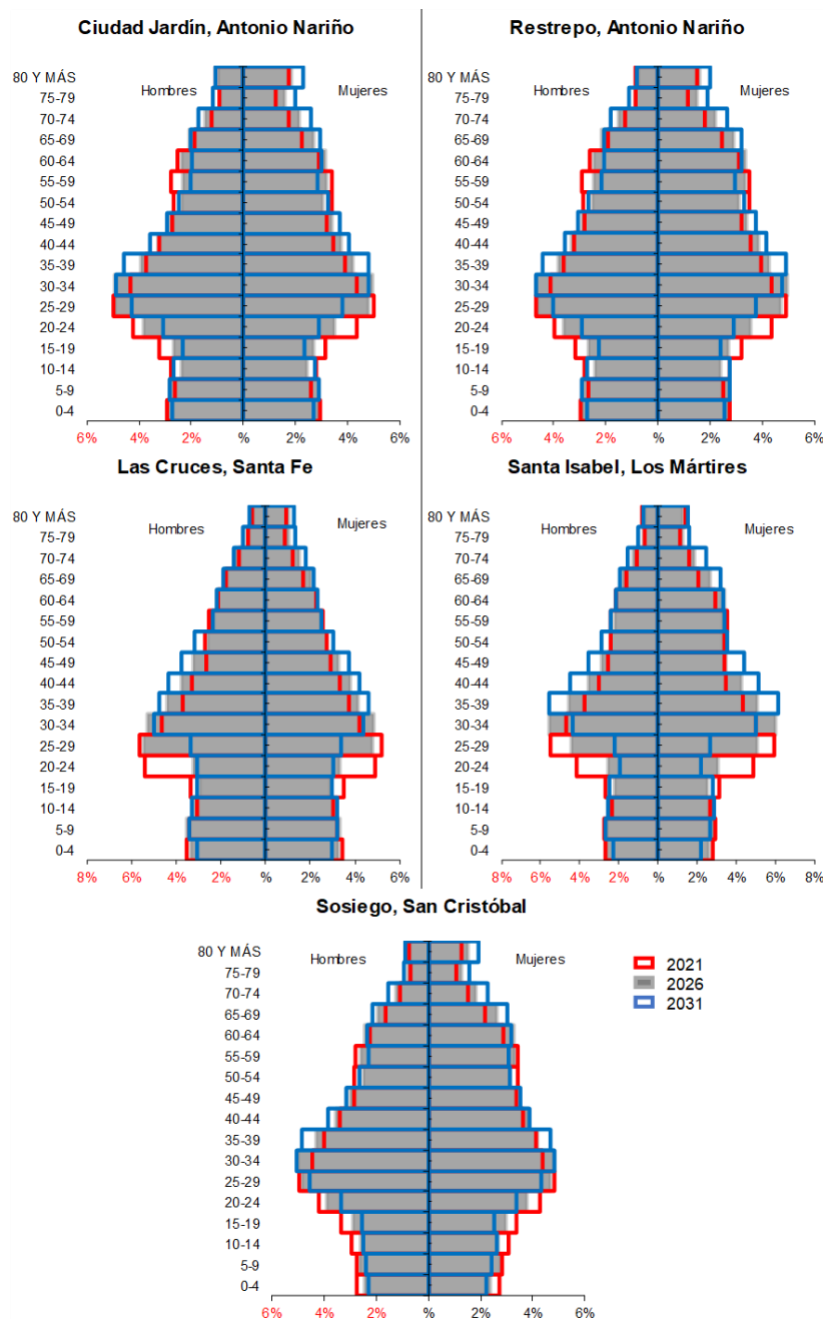
2.1 Contexto poblacional y demográfico

2.1.1 Población y Estructura demográfica

Según las proyecciones poblacionales post-covid de la SDP (30), en las UPZ relacionadas con la zona de influencia para el 2026 se estima una población total de 191.319 habitantes y su distribución por UPZ es del 27,9% (n=53.099) en Restrepo, 24,8% (n=45.875) en Santa Isabel, 22,9% (n=44.344) en Sosiego, 13,7% (n=26.303) en Ciudad Jardín y 10,6% (n=21.698) en Las Cruces.

Entre estas UPZ, el 53,2% (n=101.720) son mujeres y 46,8% (n=89.599) son hombres. Si bien, el sexo predominante en las UPZ son las mujeres, de manera particular en Las Cruces se identifica que la distribución entre los dos sexos es cercana al 50/50.

Gráfica 2. Pirámides poblacionales por UPZ de la Zona de Influencia del CHSJD, quinquenios 2021-2026-2031



Fuente: Elaboración propia equipo Análisis de las políticas y acciones para la salud pública en el marco de la gestión territorial, Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente E.S.E., a partir de Proyecciones y retroproyecciones de población 2005 a 2035 (UPZ) con base censo 2018 - Post COVID-19, Secretaría de Planeación Distrital

Con base en los datos disponibles, se identifica que el 16,4% (n=31.435) son menores de 15 años, 65,7% (n=125.681) se encuentra entre las edades de 15 y 59 años, y 17,9% (n=34.207) son mayores de 59 años. Aunque en Las Cruces esta distribución es

notablemente diferente respecto a las demás UPZ, dado que el 19,7% son menores de 5 años y 14,6% son mayores de 59 años.

En las pirámides poblacionales de cada UPZ (ver Gráfica 2), se identifica entre el 2021 y 2031 una reducción progresiva de las bases, la cual se sostiene y se acentúa hacia el centro de las pirámides hasta los 29 años en ambos sexos, en contraste, hay un aumento progresivo de la población en adultez y vejez. Estas pirámides representan una estructura propia de poblaciones envejecidas, en tanto, las bases estrechas señalan una baja natalidad y en descenso, mientras que, la población disminuye lentamente hacia la cima con una mayor proporción de población mayor.

Los indicadores demográficos de la Tabla 3 **Error! Reference source not found.**, estiman que existe una tendencia descendente del índice de Friz y la relación hombre:mujer en las UPZ de la zona de influencia del CHSJD. El índice de Friz representa la relación entre la población menor de 20 años con respecto a la población entre los 30 y los 49 años, en estas UPZ se identifica una tendencia progresiva hacia poblaciones envejecidas, con una mayor disminución del índice en Santa Isabel y Sosiego, siendo estas UPZ las que mantienen el indicador más bajo entre el período comparado. Es importante denotar que para el 2026 Santa Isabel ya se encuentra por debajo del límite en el que se empieza a considerar una población envejecida (<60).

En cuanto a la relación hombre:mujer, se pasa de un promedio de 91 hombres por cada 100 mujeres en el 2021 a 88 hombres por cada 100 mujeres en el 2031. De manera particular, la tendencia de disminución de este indicador es mayor en las UPZ de Antonio Nariño.

El índice de vejez promedio de las UPZ en estudio, señala que por cada 100 habitantes se pasa de 16 a 20 personas mayores de 64 años entre el 2021 y 2031; el índice de envejecimiento promedio pasa de 93 a 121 personas mayores de 64 años por cada 100 menores de 15 años y; el índice de dependencia mayores promedio pasa de 15 a 21 personas mayores de 64 años que dependen de 100 personas entre los 15 a 64 años. Si bien, en todas las UPZ se identifica que estos tres indicadores mantienen una tendencia ascendente, destaca el crecimiento notablemente mayor en las UPZ Santa Isabel y Sosiego; a su vez, el índice de dependencia mayor en Ciudad Jardín muestra un crecimiento mucho mayor respecto a Las Cruces.

Tabla 3. Indicadores demográficos de interés por UPZ de la Zona de Influencia del CHSJD, quinquenios 2021-2026-2031

Localidad	UPZ	Año			Variación porcentual	Tendencia
		2021	2026	2031		
Relación hombres:mujer						
Antonio Nariño	Ciudad Jardín	91	88	86	-5,6%	
Antonio Nariño	Restrepo	90	87	85	-5,4%	
Santa Fe	Las Cruces	102	101	100	-1,7%	
Los Mártires	Santa Isabel	83	82	81	-2,0%	
San Cristóbal	Sosiego	91	90	90	-1,4%	
Índice de vejez						
Antonio Nariño	Ciudad Jardín	17	19	21	18,8%	
Antonio Nariño	Restrepo	18	19	21	18,6%	
Santa Fe	Las Cruces	13	15	16	19,8%	
Los Mártires	Santa Isabel	16	17	20	26,2%	
San Cristóbal	Sosiego	15	18	20	30,2%	
Índice de envejecimiento						
Antonio Nariño	Ciudad Jardín	105	117	125	19,3%	
Antonio Nariño	Restrepo	107	120	127	19,0%	
Santa Fe	Las Cruces	68	74	84	23,1%	
Los Mártires	Santa Isabel	96	106	128	34,0%	
San Cristóbal	Sosiego	89	115	138	54,4%	
Índice de dependencia mayores						
Antonio Nariño	Ciudad Jardín	17	19	23	37,9%	
Antonio Nariño	Restrepo	17	19	23	38,4%	
Santa Fe	Las Cruces	13	14	17	31,7%	
Los Mártires	Santa Isabel	14	16	20	41,2%	
San Cristóbal	Sosiego	14	17	20	44,5%	
Índice de Friz						
Antonio Nariño	Ciudad Jardín	80	69	64	-20,2%	
Antonio Nariño	Restrepo	79	69	63	-20,2%	
Santa Fe	Las Cruces	93	78	72	-22,5%	
Los Mártires	Santa Isabel	73	59	53	-27,0%	
San Cristóbal	Sosiego	79	67	58	-26,8%	

Fuente: Elaboración propia equipo Análisis de las políticas y acciones para la salud pública en el marco de la gestión territorial, Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente E.S.E., a partir de Proyecciones y retroproyecciones de población 2005 a 2035 (UPZ) con base censo 2018 - Post COVID-19, Secretaría de Planeación Distrital

2..1.2 Población diferencial

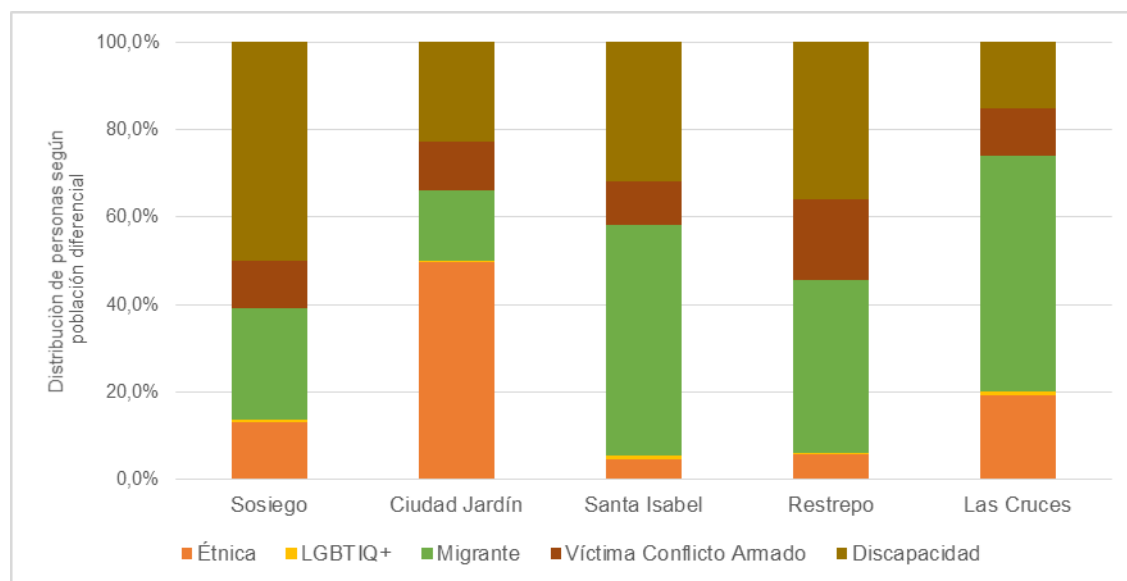
De acuerdo con la EM2021 realizada por el DANE y SDP (31), se encontraron 98.659 personas residentes en las localidades de Santa Fe, San Cristóbal, Los Mártires y Antonio Nariño, que se auto reconocieron como parte de poblaciones diferenciales incluyendo población étnica (n=11.878), personas pertenecientes a organizaciones LGBTIQ+ (n=659), personas nacidas en otro país (migrantes) (n=37.556), VCA (n=11.522) y personas con

algún tipo de discapacidad¹ (n=37.044). Por su parte, en el Observatorio de Salud de Bogotá -SaluData- (32) , se registran 69.176 personas certificadas con discapacidad en el distrito (fecha de corte: 31 de diciembre 2024), de los cuales el 10% (n=7.596) residen en las localidades de influencia del CHSJD.

Ahora bien, el 30,3% (n=29.930) de la población diferencial consultada en la EM2021, habitan en las UPZ de influencia del CHSJD. Entre estas, la UPZ Restrepo, concentra la mayor proporción de esta población con el 34,4% (n=10.294) seguida por la UPZ Santa Isabel con el 27,9% (n=8.351) y la UPZ Ciudad Jardín con el 20,2% (n=6.35).

Según el tipo de población diferencial, se observa que el 41% (n=12.267) de las personas encuestadas que residen en las UPZ de influencia del complejo hospitalario manifestaron haber nacido en otro país (población migrante), concentrándose el 35,8% (n=4.399) de esta población en la UPZ Santa Isabel. Por su parte, el 28,5% (n=8.522) de las personas reportó tener algún tipo de discapacidad, de los cuales el 43,4% (n=3.699) residen en la UPZ Restrepo; Así mismo, el 16,7% (n=4.998) de la población se auto reconoció como perteneciente a un grupo étnico, de estos, el 60,1% (n=3.004) residen en la UPZ Ciudad Jardín (ver Gráfica 3).

Gráfica 3. Distribución porcentual de personas según población diferencial por UPZ de la Zona de Influencia del CHSJD, 2021



Fuente: Elaboración propia equipo Análisis de las políticas y acciones para la salud pública en el marco de la gestión territorial, Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente E.S.E., a partir de

¹ Se precisa que, en la EMB las personas con discapacidad se definen como aquellas que responden "No puede hacerlo" o "Sí, con mucha dificultad" para algunas de las actividades de la pregunta: "¿Dada su condición física y mental, en su vida diaria ... tiene dificultades para realizar las siguientes actividades:". Es decir, no necesariamente son personas certificadas con discapacidad.

Tabla 4. Número de personas según población diferencial por UPZ de la Zona de Influencia del CHSJD, 2021

Población diferencial	Sosiego	Ciudad Jardín	Santa Isabel	Restrepo	Las Cruces
Étnica	642	3.004	390	599	1.005
LGBTIQ+	37	19	68	28	54
Migrante	1.248	960	4.399	4.081	2.827
Víctima Conflicto Armado	536	670	842	1.887	575
Discapacidad	2.473	1.382	2.652	3.699	789

Fuente: Elaboración propia equipo Análisis de las políticas y acciones para la salud pública en el marco de la gestión territorial, Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente E.S.E., a partir de Encuesta Multipropósito 2021, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) - Secretaría Distrital de Planeación (SDP).

Según el *momento de curso de vida*, se evidencia que el 48,7% (n=14.726) de las personas se ubica en el grupo de adultos (29 a 59 años). Dentro de este grupo predomina la población migrante que concentra el 35,8% (n=5.281) seguida de las víctimas del conflicto armado con 22,4% (n=3.300) y la población con discapacidad con el 21,4% (n=3.156). Por su parte, el 27,2% (n=8.230) corresponde al grupo de jóvenes (14 a 28 años), en el cual se evidencia una alta concentración de población migrante con el 56,4% (n=4.643) seguida del 19,2% (n=1.588) en población con discapacidad.

Así mismo, como se observa en la Tabla 5, el 12,9% (n=3.894) de los encuestados se encontraban en el grupo de niños y preadolescentes (0 a 13 años) donde la distribución se concentra principalmente en población migrante con el 82,5% (n=3.214) y en menor proporción en población étnica con el 17,4% (n=679). Finalmente, el 11,3% (n=3.409) de la población encuestada se encontraba en el grupo de adultos mayores (60 años o más), predominando la población con discapacidad con el 48,2% (n=1.644), seguido de la población étnica con el 21,1% (n=720) y víctimas del conflicto armado con el 20,1% (n=668).

Tabla 5. Distribución de población según etapa de vida y población diferencial de la Zona de Influencia del CHSJD, 2021

Etapa de vida	Étnico		LGBTIQ+		Migrante		Víctima Conflicto		Discapacidad	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Niños o preadolescentes (0 a 13 años)	679	12,0%	0	0,0%	3.214	23,8%	0	0,0%	0	0,0%
2. Jóvenes (14 a 28 años)	1.310	23,2%	148	71,8%	4.643	34,4%	542	12,0%	1.588	24,9%
3. Adulto (29 a 59 años)	2.932	52,0%	58	28,2%	5.281	39,1%	3.300	73,2%	3.156	49,4%
4. Adultos mayor (60 años o más)	720	12,8%	0	0,0%	377	2,8%	668	14,8%	1.644	25,7%

Fuente: Elaboración propia equipo Análisis de las políticas y acciones para la salud pública en el marco de la gestión territorial, Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente E.S.E., a partir de

Ahora bien, para la caracterización territorial también resulta fundamental incorporar información sobre la población habitante de calle en la zona de influencia del complejo hospitalario. En este sentido, de acuerdo con el documento de caracterización sociodemográfica de proyectos especiales, censo realizado en el año 2017 por el DANE y la SDIS (33), se registraron 9.538 personas censadas por medio de entrevista directa u observación, de los cuales el 37,7% (n=3.600) residían en las localidades de Santa Fe, San Cristóbal, Los Mártires y Antonio Nariño; Dentro de este grupo, la localidad de Los Mártires concentró la mayor proporción de habitantes de calle con el 48,6% (n=1.750) seguido de la localidad de Santa Fe con el 36% (n=1.313) y Antonio Nariño con el 9,3% (n=333).

En relación con la distribución por grupo de edad, se evidencia que el 80% (n=2.906) de la población se concentra en las edades de 28 a 39 años con el 40,3% (n=1.450), en mayores de 39 años con el 40,4% (n=1.456), seguido del grupo de edad de 17 a 27 años con el 18,9% (n=681) y finalmente el 0,4% (n=13) se encontraban entre las edades de 12 a 16 años: De este último grupo, la mayor proporción residía en los Mártires con una representación del 53,8% (n=7) y el 30% (n=4) en Santa Fe.

2..2 Contexto político administrativo de la zona de influencia

El CHSJD se localiza en el centro-orienté de Bogotá y comprende un polígono urbano conformado por aproximadamente 69 manzanas, con una extensión cercana a 56,18 hectáreas, denominada el área afectada. A su vez, se reconoce su área de influencia, la cual configura un territorio con dinámicas funcionales, de accesibilidad y prestación de servicios asociadas al complejo hospitalario se configura un territorio estratégico por su localización central y su articulación con ejes urbanos estructurantes de la ciudad (ver Mapa 1).

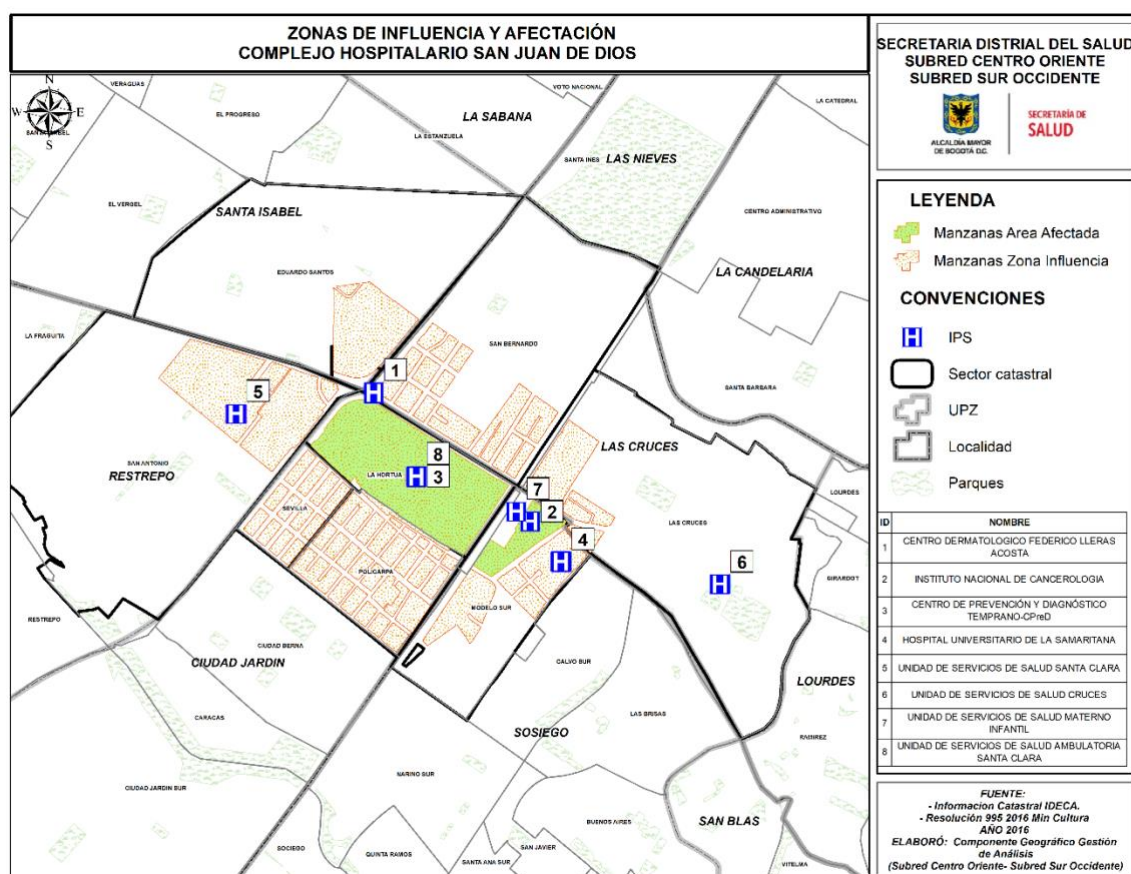
La delimitación del área afectada se establece a partir de la identificación del predio original del Hospital San Juan de Dios, considerando criterios asociados a la propiedad, la preservación de la integridad del conjunto arquitectónico, urbanístico y paisajístico, así como su valor simbólico e histórico dentro del sistema de salud. En este sentido, el polígono incluye el globo de terreno del Hospital San Juan de Dios, el Instituto Materno Infantil, el Instituto Nacional de Cancerología, el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, así como los predios del Ancianato y del Jardín Infantil. De manera complementaria, se incorpora el tramo de la Carrera 10 comprendido entre los dos globos principales de terreno, el cual formaba parte del conjunto original antes de su fragmentación por la construcción de esta vía.

Es así como, en la Resolución 0995 de 2016 (34) se establecen los límites del área afectada y de influencia. El área afectada se encuentra delimitada por el Norte con la Avenida Calle 1 (Avenida Hortúa); por el Oriente con la Carrera 9, incluyendo el fragmento de la carrera 10 entre la avenida de la Hortúa y la calle 1A sur; por el Sur de acuerdo con el paramento

irregular que define la calle 2 sur y la calle 1C sur y los límites de los predios ocupados en la esquina sur occidental; por el Occidente con la Carrera 14 (Avenida Caracas).

En lo que respecta a la zona de influencia, esta se delimita mediante un trazado poligonal que articula ejes viales principales como la Carrera 10, la Carrera 14 y las Calles 1, 2, 3 y 5 SUR, así como las Carreras 8, 9, 10 y 18A. En esta zona hay una concentración de instituciones prestadoras de servicios de salud, entre las que se encuentran, el Hospital San Juan de Dios, el Instituto Materno Infantil, El Hospital Santa Clara, el Hospital Universitario La Samaritana, el Hospital de la Misericordia, el Instituto Nacional de Cancerología y el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, lo que evidencia la consolidación de este sector como un nodo estratégico en la red hospitalaria de mediana y alta complejidad a nivel Distrital.

Mapa 1. División política-administrativa de la zona de influencia del CHSJD, 2026



Fuente: Elaboración propia equipo Análisis de las políticas y acciones para la salud pública en el marco de la gestión territorial, Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente E.S.E., a partir de con base en la Resolución 0995 de 2015.

En términos de uso del suelo y de acuerdo con el Plan de Ordenamiento Territorial (POT) de Bogotá (35), la zona de influencia es de uso predominantemente residencial, con 65% de manzanas de tipo habitacional, 13% de uso comercial en corredores urbanos, 4%

destinado a actividades de almacenamiento y depósitos, y 3% correspondiente a oficinas y consultorios. Esta configuración refleja un territorio con uso mixto, en el cual convergen funciones residenciales, comerciales y de servicios, lo que podría favorecer la accesibilidad y soporte funcional del CHSJD dentro de la estructura urbana.

La localización del CHSJD en un nodo estratégico de la red vial urbana favorece su accesibilidad, al estar delimitado por ejes principales como la Carrera 10, la Avenida Caracas, la Avenida Primero de Mayo y la Avenida Hortúa, los cuales cuentan con cobertura del sistema de transporte público, incluyendo Transmilenio y rutas del SITP. Esta conectividad facilita el acceso de la población usuaria y articula el complejo con otros servicios de salud del nivel distrital, consolidándolo como un punto relevante dentro de la red de atención en salud.

2.3 Condiciones socio económicas

El análisis socioeconómico es fundamental para comprender el contexto en el que se desarrollan las condiciones de vida y salud de la población, aspectos como: el índice de pobreza multidimensional, estratificación, tasas de desempleo y ocupación, nivel educativo, y condiciones de vivienda, se convierten en determinantes que influyen directamente en el bienestar y la calidad de vida de las comunidades. La interpretación de estos datos resulta clave para identificar inequidades, establecer prioridades y orientar las intervenciones de salud hacia una mayor equidad y efectividad en la respuesta a las necesidades locales.

Es importante precisar que, si bien, en la caracterización se hará énfasis a la zona de influencia, en algunos apartados se hará referencia al contexto de las localidades, debido a la disponibilidad de la información, como también, en el marco de reconocer que las características de esta área responden a dinámicas territoriales, demográficas y poblacionales, que superan los límites político-administrativos descritos. A continuación, se aportan datos específicos de acuerdo con cada una de las localidades y zona de influencia de interés.

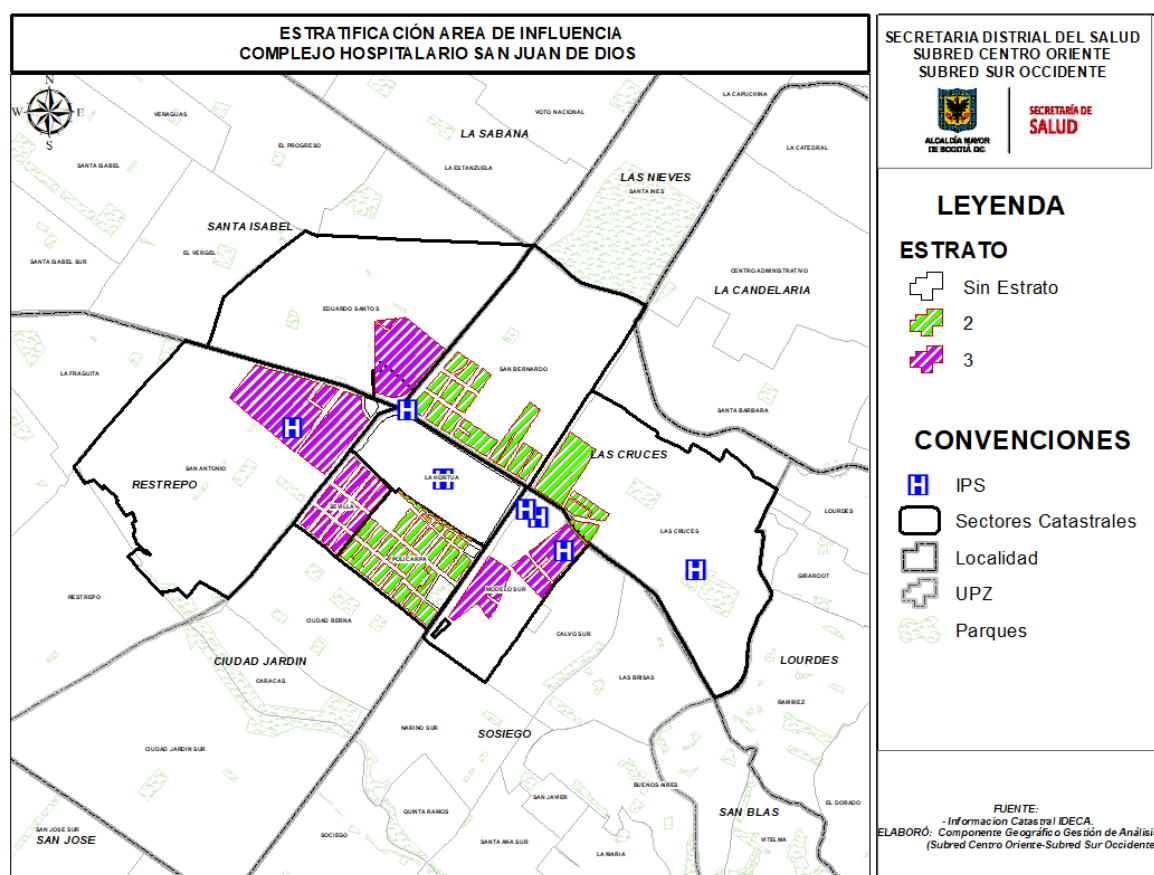
2.3.1 Estratificación

La estratificación socioeconómica, definida por el DANE como un sistema de clasificación de viviendas en seis niveles según sus características físicas y del entorno, permite identificar diferencias territoriales relevantes en las condiciones estructurales de vida de la población. En la zona de influencia del CHSJD predominan principalmente los estratos 2 y 3, lo que evidencia una concentración de sectores medios y medios-bajos con condiciones materiales heterogéneas. Antonio Nariño presenta una marcada predominancia del estrato 3, especialmente en la mayor parte de su territorio, mientras que Los Mártires también se concentra mayoritariamente en este estrato, aunque con una composición más diversa en sectores como La Sabana, donde coexisten predios sin estrato y de distintos niveles socioeconómicos, reflejando una mayor heterogeneidad territorial.

Por su parte, San Cristóbal muestra un predominio general del estrato 2, aunque la UPZ Sosiego presenta una composición mayoritariamente de estrato 3, lo que la diferencia

parcialmente del resto de la localidad. Santa Fe, en contraste, evidencia una de las mayores desigualdades internas, combinando sectores de estratos altos en el norte con una fuerte concentración de estrato 2 y presencia de estrato 1 en el sur, particularmente en la UPZ Las Cruces. En conjunto, estos patrones muestran que la zona de influencia del CHSJD se configura sobre territorios con importantes contrastes socioeconómicos, donde predominan sectores con vulnerabilidades estructurales medias y bajas, aspecto clave para comprender las desigualdades territoriales que inciden en las condiciones de vida, acceso a recursos y posibilidades de cuidado de la población.

Mapa 2. Estratificación de la zona de influencia del CHSJD, 2026



Fuente: Elaboración propia equipo Análisis de las políticas y acciones para la salud pública en el marco de la gestión territorial, Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente E.S.E., a partir de datos IDECA

La estratificación socioeconómica se relaciona con el cuidado en tanto expresa diferencias en infraestructura, localización y acceso desigual a recursos territoriales que condicionan las posibilidades de cuidado cotidiano. Los territorios con predominio de estratos bajos o medios-bajos suelen concentrar mayores barreras para el acceso a servicios, redes institucionales y condiciones materiales adecuadas, lo que incrementa la dependencia de redes familiares o comunitarias frecuentemente sobrecargadas. Para las personas mayores, esto puede traducirse en mayores dificultades para sostener cuidados

prolongados, acceder a servicios de salud, contar con entornos seguros o disponer de apoyos formales suficientes. Así, la estratificación no define automáticamente la calidad del cuidado, pero sí configura el marco estructural sobre el cual este se organiza.

Ahora bien, al focalizar la zona de influencia, en el Mapa 2 se identifican manzanas con estratificación 2 y 3, lo cual da cuenta de una zona principalmente residencial en la que convergen las cuatro localidades descritas. A su vez, se identifica una importante presencia de centros hospitalarios.

2.3.2 Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)

La pobreza Multidimensional es definida como una ampliación del concepto de Pobreza, teniendo en cuenta no solo las privaciones materiales, sino las privaciones en capacidades, empoderamiento y oportunidades. El IPM entonces es una metodología de cálculo de la pobreza multidimensional que tiene en cuenta no sólo los ingresos, sino otras variables que se miden a partir de 5 dimensiones: 1) condiciones educativas del hogar, 2) condiciones de la niñez y juventud, 3) salud, 4) trabajo y 5) acceso a servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda. A continuación, se detallarán las condiciones de vivienda, laborales y educativas que, en parte, se relacionan con el IPM (36), teniendo en cuenta los datos arrojados en la EMB del año 2021.

2.3.2.1 Condiciones de vivienda

En la zona de influencia del CHSJD predominan, en términos generales, las viviendas unifamiliares, aunque se observan transformaciones y diferencias territoriales importantes en su composición. Antonio Nariño mantiene una mayoría de vivienda unifamiliar, seguida por una presencia significativa de vivienda multifamiliar, mientras que en Los Mártires se evidencia una transición relevante hacia la multifamiliaridad, siendo la única localidad de Bogotá donde este tipo de vivienda superó recientemente a la unifamiliar. Estas transformaciones reflejan cambios en la densificación y en las dinámicas habitacionales del territorio, particularmente en sectores con mayores presiones urbanas y socioeconómicas.

No obstante, uno de los elementos más críticos en las condiciones de vivienda de varias localidades analizadas es la alta presencia de paga-diaros, especialmente en Los Mártires, Santa Fe y sectores de Sosiego en San Cristóbal. Estas formas de habitación transitoria concentran condiciones de alta precariedad, asociadas a hacinamiento, pobreza, inseguridad, violencia, baja afiliación a servicios y entornos deteriorados o peligrosos, como expendios de drogas, lotes baldíos y deficiencias estructurales en las viviendas. En UPZ como Las Cruces, Las Nieves, Santa Isabel o Sosiego, estas condiciones configuran escenarios de mayor vulnerabilidad social y residencial, lo que impacta directamente la calidad de vida y revela profundas desigualdades en las condiciones materiales del habitar dentro del territorio.

Las condiciones de vivienda constituyen uno de los indicadores más directos en su relación con el cuidado, ya que el hogar es uno de los principales espacios donde este se produce. La presencia de paga-diaros, hacinamiento, deterioro estructural, inseguridad o entornos

peligrosos impacta de manera crítica la sostenibilidad del cuidado, especialmente para personas mayores con dependencia funcional, enfermedades crónicas o limitaciones de movilidad. Viviendas precarias no solo aumentan riesgos físicos y psicosociales, sino que dificultan la permanencia digna en el hogar, elevan la carga de las personas cuidadoras y pueden profundizar procesos de abandono, aislamiento o institucionalización forzada. En este sentido, las condiciones habitacionales son una dimensión central para comprender la viabilidad del envejecimiento digno en el territorio.

2.3.2.2 Condiciones laborales

Las condiciones laborales en la zona de influencia del CHSJD presentan contrastes territoriales significativos, con localidades como Antonio Nariño y Los Mártires mostrando indicadores relativamente más favorables frente al promedio distrital, aunque con persistencia de desigualdades internas. Antonio Nariño registró en 2021 una tasa de desempleo inferior a la de Bogotá y una de las tasas de ocupación más altas de la ciudad, con fuerte participación de hombres, personas mayores de 50 años y una inserción juvenil superior al promedio distrital; sin embargo, persisten tensiones territoriales como el desempleo en sectores de Restrepo. Los Mártires también presentó tasas de desempleo por debajo del promedio de Bogotá y altos niveles de ocupación general y juvenil, destacándose además por una participación laboral femenina relativamente alta frente a otras localidades, lo que refleja una importante dinámica económica, aunque no necesariamente exenta de precarización.

San Cristóbal y Santa Fe evidencian mayores condiciones de vulnerabilidad laboral. San Cristóbal registró una tasa de desempleo considerablemente superior al promedio distrital, con aumentos sostenidos del desempleo en UPZ como Sosiego pese a mejoras parciales en ocupación, lo que refleja persistencia de fragilidad estructural. Santa Fe, por su parte, presentó niveles de desempleo superiores al promedio de la ciudad y menores tasas de ocupación en sectores como Las Cruces, lo que sugiere mayores riesgos de informalidad y precarización socioeconómica. En conjunto, estos datos muestran que, aunque algunos territorios presentan mejores indicadores de participación laboral, persisten desigualdades importantes asociadas al desempleo, la informalidad y la estabilidad ocupacional, factores que inciden directamente en la capacidad de las familias y comunidades para sostener condiciones adecuadas de bienestar y cuidado.

Las condiciones laborales se relacionan con el cuidado porque determinan la disponibilidad de tiempo, recursos económicos y estabilidad necesarios para cuidar y ser cuidado. El desempleo, la informalidad y la precarización reducen la capacidad de las familias para sostener económicamente procesos de cuidado de larga duración, limitan la contratación de apoyos externos y generan sobrecarga, especialmente en hogares donde el cuidado recae en mujeres o en personas también vulnerables. En personas mayores, trayectorias laborales precarias pueden derivar en vejez con menor protección económica, menor acceso a pensiones y mayor dependencia de redes familiares debilitadas. De esta manera, el trabajo no solo produce ingresos, sino que condiciona la organización social del cuidado.

2.3.2.3 Condiciones educativas

En las localidades y UPZ de la zona de influencia del CHSJD se observa, en términos generales, una alta alfabetización, con porcentajes superiores al 97% en todos los territorios analizados; sin embargo, persisten diferencias importantes en la distribución de niveles educativos y en las oportunidades territoriales de acceso y permanencia educativa. Antonio Nariño presenta once sedes de colegios públicos y una cobertura destacada en la UPZ Restrepo, asociada a su mayor densidad poblacional, con predominio de educación secundaria y media, aunque Ciudad Jardín sobresale por mayores proporciones de población con formación universitaria, técnica y tecnológica. En Los Mártires, con ocho colegios distritales, también predomina la educación secundaria, aunque se evidencian contrastes entre La Sabana y Santa Isabel, esta última con mejores niveles de educación superior alcanzada pese a menor oferta local. Por su parte, San Cristóbal concentra la mayor infraestructura educativa, con 64 sedes, y en la UPZ Sosiego se mantienen altos niveles de alfabetización, con predominio de educación media y una presencia importante de formación universitaria y técnica.

En contraste, Santa Fe, aunque cuenta con una oferta significativa de colegios oficiales, refleja mayores condiciones de vulnerabilidad en UPZ como Las Cruces, donde predominan niveles educativos más bajos y menores oportunidades estructurales de movilidad social. En conjunto, estos datos muestran que, aunque existe una base amplia de acceso a educación básica en la zona, persisten desigualdades territoriales en el acceso a niveles educativos superiores, técnicos y tecnológicos, especialmente en sectores más vulnerabilizados. Estas brechas son relevantes para el análisis del cuidado y el envejecimiento, en tanto la educación amplía capacidades para el acceso a empleo, protección social, información y activación de redes de apoyo, por lo que territorios con menores oportunidades educativas pueden enfrentar mayores limitaciones para fortalecer redes de cuidado sostenibles y mejorar la calidad de vida a lo largo del curso de vida.

Las condiciones educativas se relacionan con el cuidado en múltiples niveles: amplían oportunidades laborales, fortalecen capacidades de gestión institucional, favorecen alfabetización en salud y permiten mayor acceso a información y recursos para la toma de decisiones. Menores niveles educativos pueden restringir el conocimiento sobre rutas de atención, derechos, estrategias de prevención o recursos disponibles para el cuidado de personas mayores. Asimismo, a nivel colectivo, territorios con mayores rezagos educativos pueden enfrentar mayores dificultades para fortalecer redes comunitarias e intersectoriales de cuidado. En este sentido, la educación actúa como un determinante que influye tanto en la autonomía como en la capacidad de activar apoyos.

Las condiciones educativas se relacionan con el cuidado en múltiples niveles: amplían oportunidades laborales, fortalecen capacidades de gestión institucional, favorecen alfabetización en salud y permiten mayor acceso a información y recursos para la toma de decisiones. Menores niveles educativos pueden restringir el conocimiento sobre rutas de atención, derechos, estrategias de prevención o recursos disponibles para el cuidado de personas mayores. Asimismo, a nivel colectivo, territorios con mayores rezagos educativos

pueden enfrentar mayores dificultades para fortalecer redes comunitarias e intersectoriales de cuidado. En este sentido, la educación actúa como un determinante que influye tanto en la autonomía como en la capacidad de activar apoyos.

Consideraciones finales sobre el contexto socioeconómico y el proceso de cuidado y envejecimiento

En conjunto, todos estos indicadores se articulan como determinantes sociales interdependientes del cuidado, en la medida en que configuran de manera estructural las capacidades materiales, relacionales, comunitarias e institucionales necesarias para sostener la vida cotidiana, especialmente en contextos de envejecimiento. Una lectura integrada permite comprender que el cuidado de las personas mayores no depende únicamente de decisiones familiares (37), de la voluntad individual o de la existencia de servicios sanitarios, sino de trayectorias acumulativas de desigualdad o protección social que se expresan en el territorio. La estratificación socioeconómica, las condiciones de vivienda, la estabilidad laboral y el acceso educativo configuran, en conjunto, las posibilidades reales de envejecer en condiciones de dignidad, autonomía y seguridad, o, por el contrario, de experimentar procesos de fragilidad marcados por dependencia, sobrecarga familiar, aislamiento o abandono (38).

Desde una perspectiva de curso de vida, estos indicadores muestran que el envejecimiento no constituye una etapa aislada, sino el resultado acumulado de condiciones sociales previas. Trayectorias atravesadas por precariedad laboral, bajos niveles educativos, vivienda inadecuada o inserción en territorios históricamente vulnerabilizados suelen traducirse en vejez con menores recursos económicos, menor acceso a protección social, mayor deterioro en salud y mayor dependencia de redes familiares o comunitarias muchas veces igualmente precarizadas (39). Esto significa que las desigualdades socioeconómicas no desaparecen con la edad ni en la práctica del cuidado, sino que frecuentemente se intensifican, reproduciendo vulnerabilidades en momentos de mayor necesidad de apoyo. Así, en territorios donde persisten condiciones de pobreza multidimensional, el envejecimiento puede estar acompañado de una mayor exposición a la soledad no deseada, dificultades de acceso a cuidados continuos, sobrecarga de cuidadores y debilitamiento de las redes de apoyo.

En este marco, el cuidado se convierte en una expresión concreta de justicia o injusticia social. Allí donde existen mejores condiciones educativas, laborales y habitacionales, suelen ampliarse las posibilidades de construir redes de cuidado más sólidas, diversificadas y sostenibles, tanto por una mayor disponibilidad de recursos como por mejores capacidades para activar servicios, derechos y apoyos intersectoriales. En contraste, cuando predominan la informalidad, la precariedad habitacional o la exclusión territorial, el cuidado tiende a concentrarse en redes familiares limitadas, frecuentemente feminizadas y sobrecargadas, lo que incrementa el riesgo de respuestas insuficientes frente a procesos de dependencia funcional, enfermedad crónica o deterioro asociado a la edad. De esta manera, las brechas socioeconómicas son también brechas en la capacidad de cuidar y ser cuidado (38).

Además, estos indicadores permiten evidenciar que el envejecimiento en territorios vulnerables no solo implica mayores necesidades de cuidado, sino también mayores obstáculos para garantizarlo. La presencia de paga-diarios, hacinamiento, inseguridad, desempleo o baja escolaridad no solo afecta la calidad de vida general, sino que limita profundamente la posibilidad de sostener cuidados prolongados, dignos y contextualizados. Esto resulta particularmente crítico para personas mayores en situación de dependencia, discapacidad o enfermedad, para quienes el territorio puede convertirse en un factor protector o, por el contrario, en un espacio de profundización de exclusiones. En este sentido, el cuidado debe comprenderse como una dimensión atravesada por determinantes estructurales, y no únicamente como una práctica doméstica o interpersonal.

Por ello, el análisis conjunto de estos factores permite reconocer que fortalecer redes de cuidado en contextos de envejecimiento requiere mucho más que ampliar servicios asistenciales, implica intervenir sobre las desigualdades estructurales que condicionan quién puede cuidar, cómo se cuida, con qué recursos se sostiene el cuidado y cuáles son las posibilidades de envejecer con dignidad (40). En otras palabras, pensar el envejecimiento y el cuidado desde estos indicadores supone reconocer que las políticas públicas deben actuar sobre los determinantes sociales que producen vulnerabilidad, promoviendo entornos más equitativos, redes más robustas y respuestas intersectoriales capaces de prevenir que la pobreza, la exclusión y la fragilidad territorial se traduzcan en abandono, sobrecarga o desprotección en **la vejez**.

2..4 Actores identificados

2..4.1 Actores en el marco del convenio interadministrativo

Un primer nivel de actores corresponde a las entidades vinculadas al proceso de reapertura y puesta en funcionamiento del CHSJD, en el marco del convenio interadministrativo No. FFDS-CD-0002-2026. Este convenio articula al Fondo Financiero Distrital de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social; el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes; el Ministerio de Educación Nacional; el Hospital Universitario San Juan de Dios, el Materno Infantil y la Gobernación de Cundinamarca, con el apoyo de la Universidad Nacional de Colombia.

Estas entidades cumplen un rol estratégico en la definición de lineamientos, la gestión de recursos y la articulación intersectorial necesaria para la recuperación del complejo hospitalario, configurándose como actores clave en el nivel de gobernanza del proceso. Su participación no solo se limita a la reactivación física y operativa del complejo, sino que también sienta las bases para la consolidación de apuestas como el Centro de Pensamiento e Innovación para el Envejecimiento y la Vejez.

2..4.2 Actores institucionales del sector salud del orden distrital y el Centro de Pensamiento

En un segundo nivel se encuentran los actores institucionales del sector salud que lideran y acompañan la estructuración del Centro de Pensamiento e Innovación para el

Envejecimiento y la Vejez. Entre estos se destacan dependencias de la Secretaría Distrital de Salud como el CDEIS, la Dirección de Participación, la Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública y la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

Estos actores cumplen un rol técnico y operativo en la formulación de la propuesta, la generación de conocimiento y la articulación territorial, constituyéndose en un puente entre el nivel distrital y las dinámicas locales. Su conocimiento del territorio y de los procesos de participación existentes resulta fundamental para orientar metodologías, identificar actores clave y promover la integración de enfoques como el curso de vida, el cuidado y la equidad.

2..4.3 Actores vinculados a la defensa y resignificación del CHSJD

Un tercer nivel está conformado por organizaciones sociales, colectivos, instancias de control social, actores académicos y ciudadanía que, de manera sostenida, han participado en la defensa, recuperación y resignificación del CHSJD como patrimonio histórico, cultural y social de la ciudad.

De acuerdo con la información suministrada por la Dirección de Participación de la Secretaría Distrital de Salud, en la que se identifican actores por parte de esta dependencia y actores por parte del Ministerio de las Culturas; estos actores han desempeñado un papel fundamental en la preservación de la memoria del complejo, el seguimiento a los procesos de restauración, la incidencia política y social para su reapertura, y la activación de procesos comunitarios en su área de influencia.

Su acción colectiva ha contribuido a posicionar el CHSJD no solo como un equipamiento en salud, sino como un símbolo de lo público, del derecho a la salud y del cuidado entendido en una dimensión amplia que integra lo material, lo social y lo simbólico. En este sentido, estos actores pueden ser reconocidos como actores del cuidado, en tanto han desarrollado prácticas orientadas a la protección, defensa y resignificación de un bien común, así como al fortalecimiento del tejido social en el territorio.

A continuación, se presenta una caracterización de estos actores, que permite identificar su naturaleza, agenda y nivel de relación con el cuidado, como insumo para su vinculación en procesos participativos orientados al fortalecimiento de redes.

Tabla 6. Actores vinculados a la defensa y resignificación del CHSJD

Actor	Función	Tipo de actor
Grupo de ex trabajadores del San Juan de Dios	Participan activamente en espacios del complejo; varios son accionantes del proceso judicial.	Comunitario / histórico
Comités de acompañamiento a las obras	Ejercen veeduría ciudadana sobre la recuperación de los edificios; participación entre 30 y 50 personas.	Control social / comunitario

Actor	Función	Tipo de actor
Líderes y habitantes de barrios (Policarpa, San Bernardo, entre otros)	Participan en espacios del complejo y conectan el proceso con problemáticas sociales del territorio.	Comunitario
Agencia Nacional Inmobiliaria Virgilio Barco	Actor institucional que lidera componentes del proyecto estratégico de reapertura; dinamiza espacios como el Costurero Urbano.	Institucional (nacional)
San Juan al Barrio	Colectivo de estudiantes y egresados que desarrolla acciones comunitarias (salud mental, APS, empoderamiento social).	Comunitario / académico
Prácticas académicas (Universidad Nacional y otras)	Desarrollo de acciones interprofesionales en salud mental y formación en servicios asociados al complejo.	Académico / institucional
Colectivos “Todos por el San Juan” y “San Juan de Todos”	Participan en convocatorias y acciones colectivas; algunos integrantes hacen parte de comités de seguimiento.	Comunitario
Besos por el San Juan	Iniciativa de visibilización liderada desde el ámbito político y social. Cercanía con el concejal José Cuesta.	Político / comunitario
Veeduría San Juan de Dios	Espacio de control social con acompañamiento institucional; seguimiento a obras y procesos de diálogo.	Control social
Veeduría “Con transparencia”	Veeduría formal sobre contratos de recuperación; seguimiento permanente a ejecución de obras.	Control social
Edilesa localidad Antonio Nariño	Participación en espacios, control político, gestión de PQRS y derechos de petición.	Institucional (local)
Extrabajadores (reivindicación laboral)	Exigen garantías de derechos laborales no resueltos tras el cierre del hospital.	Comunitario
Accionantes judiciales	Impulsan acciones legales para la recuperación del hospital.	Jurídico / ciudadano
Grupo de patrimonio “las de la capilla”	Defensa del patrimonio material e histórico del complejo.	Comunitario
Unidos por el San Juan	Colectivo estudiantil que posiciona el proceso mediante acciones culturales y de movilización.	Comunitario / académico
AEXMUN	(Pendiente de ampliación de información)	—
Academia – patrimonio y hospitales	Expertos que aportan al debate técnico sobre restauración y modelo hospitalario.	Académico
Academia – estudiantes	Participación en iniciativas relacionadas con el proceso, con niveles variables de incidencia.	Académico

Fuente: Elaboración propia equipo Análisis de las políticas y acciones para la salud pública en el marco de la gestión territorial, Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente E.S.E., abril 2026, a partir de la información suministrada por la Dirección de Participación de la SDS. Año 2026.

2..4.4 Actores sociales, comunitarios e institucionales vinculados al cuidado

Se identificaron los siguientes actores comunitarios e institucionales, a partir del ejercicio de identificación de actores efectuado con los delegados de política pública, y facilitadores

de la estrategia de prescripción social de la Subred Centro Oriente y gestores territoriales de Participación Social de la SDS:

Tabla 7. Caracterización de actores comunitarios e institucionales relacionados con el cuidado y el envejecimiento en la zona de influencia del CHSJD por localidad, año 2026

Tipo de actor	Actor	Nivel de incidencia para el Cuidado y el Envejecimiento	Ubicación dentro del área de influencia	Ubicación dentro de alguno de los barrios asociados al área de influencia
ANTONIO NARIÑO				
Comunitario	Casa cultural Luis A Morales	Baja	SI	SI
Comunitario	Grupos de Persona Mayor - Grupo Salón Comunal San Jorge Central	Alta	NO	NO
Comunitario	Grupos de Persona Mayor - Grupo Salón Comunal Ciudad Berna	Alta	SI	SI
Comunitario	Grupos de Persona Mayor - Grupo Salón Comunal Ciudad Jardín	Alta	NO	NO
Comunitario	Huerta Comunitaria Masato Fucha	Media	NO	NO
Comunitario	Casa de la Cultura de Antonio Nariño	Alta	NO	NO
Comunitario	AsoJuntas, Tejedores	Alta	No especifica	No especifica
Comunitario	Líder comunidad afro	Alta	No especifica	No especifica
Comunitario	COLMYG	Alta	No especifica	No especifica
Comunitario	Profesional en psicología	Alta	No especifica	No especifica
Comunitario	Consejo Sabios y Sabias	Alta	NO	NO
Comunitario e Institucional	COPACOS	Alta	NO	NO
Institucional	Consejo Local de Juventud y Consejo Local de Discapacidad	Alta	NO	NO
Institucional	Hospital Santa Clara	Alta	SI	SI
Institucional	Alcaldía Local - Antonio Nariño	Media	NO	NO
Institucional	Manzana del Cuidado	Alta	NO	NO
Institucional	Unidad de servicios Antonio Nariño	Alta	NO	NO
Institucional	Secretaría de Cultura - IDRDR	Media-Baja	Territorial	Territorial
Institucional	SDIS Persona Mayor	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	DILE	Baja	Territorial	Territorial
Institucional	Subred CO - Facilitador Prescripción Social	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	Subred CO - Delegado de políticas públicas vejez y envejecimiento	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	Subred CO - Delegado de políticas públicas mujer y género	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	Subred CO - Delegado de políticas públicas habitante de calle	Alta	Territorial	Territorial
LOS MÁRTIRES				
Comunitario	JAC Santa Isabel	Alta	NO	SI

Tipo de actor	Actor	Nivel de incidencia para el Cuidado y el Envejecimiento	Ubicación dentro del área de influencia	Ubicación dentro de alguno de los barrios asociados al área de influencia
Comunitario	CPL	Alta	No especifica	No especifica
Comunitario	Líder social de colectivo de Discapacidad - Fundación San Martín	Baja	NO	No especifica
Comunitario	Colectivo Delirium Music	Alta	NO	NO
Comunitario	Líder Social y Organización chocolate y pan	Alta	No especifica	No especifica
Comunitario	Grupo de seguridad Eduardo Santos	Alta	No especifica	No especifica
Comunitario	Consejo Sabios y Sabias Los Mártires	Alta	NO	NO
Comunitario e Institucional	COPACOS	Alta	Local	Local
Institucional	SDIS - Centro Días - Mi refugio y Sembrando Sueños	Alta	NO	SI
Institucional	Hogar San Pedro Claver	Alta	NO	SI
Institucional	Secretaria de la Mujer (CIOM)	Alta	NO	NO
Institucional	HOMI - Los Mártires	Media	NO	SI
Institucional	Subred CO-Equipo Respuesta Inmediata	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	SDIS - Referente COLEV	Alta	NO	NO
Institucional	SDIS - UPI La Rioja	Alta	NO	SI
Institucional	Unidad de servicios Samper Mendoza	Alta	NO	NO
Institucional	DILE	Baja	NO	NO
Institucional	Manzana del Cuidado Los Mártires	Alta	NO	NO
Institucional	Alcaldía Local - Los Mártires	Media	NO	NO
Institucional	Secretaría de Cultura - IDR D	Media-Baja	Territorial	Territorial
Institucional	SDIS Persona Mayor	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	Subred CO - Facilitador Prescripción Social	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	Subred CO - Delegado de políticas públicas vejez y envejecimiento	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	Subred CO - Delegado de políticas públicas mujer y género	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	Subred CO - Delegado de políticas públicas habitante de calle	Alta	Territorial	Territorial
SAN CRISTÓBAL				
Comunitario	JAC Modelo Sur	Alta	No especifica	SI
Comunitario	JAC Calvo Sur	Alta	NO	NO
Comunitario	Consejo Sabios y Sabias San Cristóbal	Alta	NO	NO
Comunitario e Institucional	COPACOS	Alta	No especifica	No especifica
Institucional	Secretaria de seguridad, convivencia y Justicia	Media	Territorial	Territorial
Institucional	Secretaria de la Mujer	Media	Territorial	Territorial
Institucional	Alcaldía Local - San Cristóbal	Alta	Territorial	Territorial

Tipo de actor	Actor	Nivel de incidencia para el Cuidado y el Envejecimiento	Ubicación dentro del área de influencia	Ubicación dentro de alguno de los barrios asociados al área de influencia
Institucional	SDIS - Oficina asunto LGBTI	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	Unidad de Servicios de Salud Materno Infantil	Alta	SI	SI
Institucional	Secretaría de Cultura - IDRD	Media-Baja	Territorial	Territorial
Institucional	Manzana del Cuidado	Media	NO	NO
Institucional	SDIS Persona Mayor	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	DILE	Baja	NO	NO
Institucional	Secretaría Distrital de Integración Social - Subdirección Local SLIS	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	Subred CO - Facilitador Prescripción Social	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	Subred CO - Delegado de políticas públicas vejez y envejecimiento	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	Subred CO - Delegado de políticas públicas mujer y género	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	Subred CO - Delegado de políticas públicas habitante de calle	Alta	Territorial	Territorial
SANTA FE				
Comunitario	Casa de pensamiento SHINYAC	Alta	SI	SI
Comunitario	Fundación Domus	Baja	NO	SI
Comunitario	Grupo comunitario de actividad física de persona mayor	Media	NO	SI
Comunitario	Fundación Sonrisas Mayores	Media	SI	SI
Comunitario	JAC San Bernardo	Media	No especifica	SI
Comunitario	Fundación Matheus	Media	NO	SI
Comunitario	Mesa de Hip Hop de Las Cruces	Media	No especifica	No especifica
Comunitario	Colectivo 2511	Alta	NO	SI
Comunitario	SAM Sport	Media-Baja	NO	SI
Comunitario	Consejo de Sabios y Sabias Santa Fe	Alta	NO	NO
Comunitario e Institucional	COPACOS	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	FUGA- Fundación Gilberto de Avendaño (IDARTES)	Media	Territorial	Territorial
Institucional	Universidad UNIMINUTO	Media	SI	SI
Institucional	CDI Convivientia	Alta	NO	SI
Institucional	Manzana del Cuidado	Alta	NO	NO
Institucional	SDIS Persona Mayor	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	DILE	Baja	Territorial	Territorial
Institucional	Unidad de Salud Las Cruces	Alta	NO	SI
Institucional	Alcaldía Local - Santa Fe	Media	Territorial	Territorial
Institucional	Secretaría de Cultura - IDRD	Media-Baja	Territorial	Territorial

Tipo de actor	Actor	Nivel de incidencia para el Cuidado y el Envejecimiento	Ubicación dentro del área de influencia	Ubicación dentro de alguno de los barrios asociados al área de influencia
Institucional	Subred CO - Facilitador Prescripción Social	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	Subred CO - Delegado de políticas públicas vejez y envejecimiento	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	Subred CO - Delegado de políticas públicas mujer y género	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	Subred CO - Delegado de políticas públicas habitante de calle	Alta	Territorial	Territorial
TODAS LAS LOCALIDADES				
Institucional	Subred CO - Equipos Más Bienestar en Hogar (EMBH)	Alta	Territorial	Territorial
Institucional	Subred CO - Delegado de políticas públicas étnica	Alta	Territorial	Territorial

Fuente: Construcción propia equipo Análisis de las políticas y acciones para la salud pública en el marco de la gestión territorial, Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente E.S.E., con base en conversatorio y mesas de trabajo para la identificación de actores en el área de influencia del CHSJD, mayo 2026.

Estos actores incluyen organizaciones sociales, espacios o instancias mixtas o autónomas, colectivos poblacionales, instituciones locales, actores privados y actores comunitarios no formalizados, como también activos sociales e institucionales, que desarrollan prácticas de cuidado en diferentes escalas y contextos territoriales. Su accionar abarca desde el acompañamiento comunitario y el apoyo en redes de base, hasta la prestación de servicios, el liderazgo social y la gestión de iniciativas colectivas orientadas al bienestar de la población.

La identificación realizada permite reconocer la diversidad de formas en que el cuidado se configura en el territorio, así como la existencia de múltiples puntos de entrada para la articulación de redes, en función de intereses, capacidades y trayectorias organizativas diferenciadas. En este sentido, este insumo inicial orienta la vinculación de estos actores a los procesos participativos promovidos en el marco de la estrategia de fortalecimiento de redes de cuidado del CHSJD.

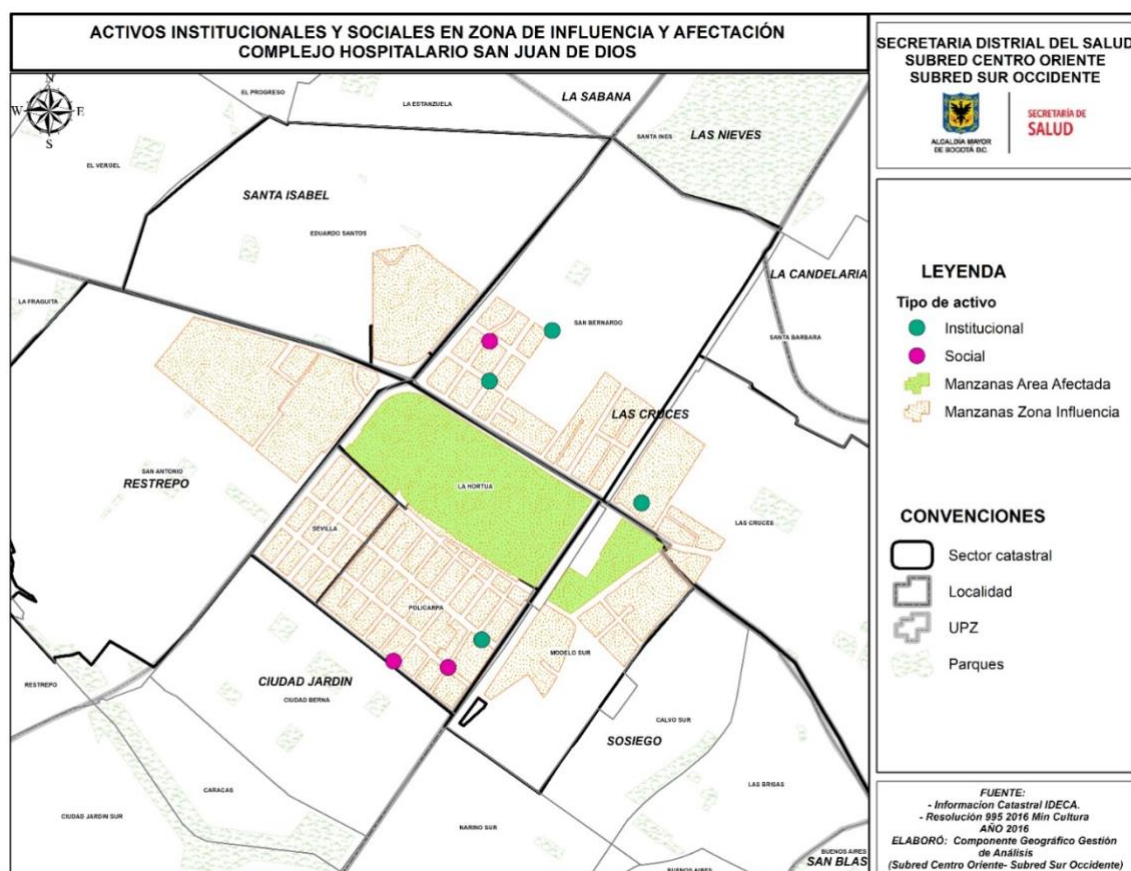
De manera complementaria, se hace necesario continuar profundizando en el conocimiento de estos actores, particularmente en su nivel de articulación, incidencia y capacidad de aporte a la estrategia de fortalecimiento de redes de cuidado.

3.2.4.5. Identificación de activos sociales e institucionales

En este marco, resulta pertinente considerar la identificación y articulación de activos institucionales existentes en el territorio del área de influencia o cercano a éste, como las estrategias asociadas a las manzanas del cuidado u otros dispositivos de cuidado comunitario, en tanto, pueden constituirse en nodos relevantes para la consolidación de redes en el área de influencia del CHSJD.

Respecto a los activos identificados en la zona de influencia, estos se ubican en dos UPZ: Ciudad Jardín (Antonio Nariño) y Las Cruces (Santa Fe), con tres y cuatro activos, respectivamente. De estos, tres son de tipo social, y el restante de carácter institucional (ver Mapa 3). La mayoría de estas tienen como forma de acceso la autogestión, lo que sugiere una alta participación comunitaria en su sostenimiento y desarrollo.

Mapa 3. Activos sociales e institucionales identificados en la zona de influencia del CHSJD, 2026



Fuente: Elaboración propia equipo Análisis de las políticas y acciones para la salud pública en el marco de la gestión territorial, Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente E.S.E., a partir de matrices de activos sociales e institucionales de la Subred Centro Oriente E.S.E., Abril 2026.

En cuanto a su funcionalidad, estos activos corresponden en su mayoría a huertas comunitarias, casas de la cultura, comedores comunitarios, juntas de acción comunal e instituciones educativas. Esta caracterización refleja la diversidad de servicios que pueden llegar a tener algún tipo de incidencia desde diversas dimensiones, tales como, ambientales, recreo deportivas, socioculturales, espirituales, de inclusión económica, salud y en el bienestar emocional y salud mental.

Según el tipo de población beneficiada por momento de curso de vida, se evidencia que tres de estos activos acogen todos los MCV, tres dirigen sus servicios a la primera infancia e infancia, y uno de los activos no incluye a población de primera infancia ni vejez. A su

vez, los grupos poblaciones beneficiados a través de dichos activos presentan un carácter inclusivo, acogiendo de manera general a diversos grupos, tales como, personas habitantes de calle, sectores LGBTIQ+, población étnica, personas con discapacidad, personas cuidadoras, población recicladora de oficio, entre otros.

Por otro lado, es clave resaltar que, a partir de los ejercicios de identificación de actores, también se reconocieron algunas instancias (tanto mixtas como autónomas) que adquieren relevancia para la estrategia de fortalecimiento de redes de cuidado ya sea por los temas que abordan o por su vinculación con el área de influencia.

3.2.4.6. Instancias de participación

En este sentido, las instancias no solo se reconocen como espacios formales o informales de participación, sino como actores estratégicos en sí mismos, en tanto configuran escenarios de encuentro, deliberación y coordinación entre actores institucionales, comunitarios y sociales. Su importancia para la estrategia de fortalecimiento de redes de cuidado radica en que facilitan la circulación de información, la construcción de acuerdos, la articulación de iniciativas y la activación de capacidades colectivas en el territorio. Así, estas instancias se constituyen en nodos clave para la consolidación de redes, al permitir conectar actores diversos, potenciar recursos existentes y promover respuestas integrales frente a las necesidades de cuidado en el área de influencia del CHSJD.

A continuación, se relacionan algunas de las instancias que, por su ubicación, trayectoria o capacidad de convocatoria, concentran dinámicas concretas de interacción entre actores vinculados al cuidado:

Tabla 8. Instancias estratégicas sobre los temas de cuidado en la zona de influencia del CHSJD, 2026

Instancia	Nivel de incidencia	Justificación del nivel de incidencia (Cuidado y Envejecimiento)
Consejo Sabios y Sabias	Alta	El actor más importante por parte de las delegaciones de políticas además mueve a la población de persona mayor en las localidades.
Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS)	Alta	No informa.
Agencia Nacional Inmobiliaria Virgilio Barco - Costurero Urbano	Alta	Hacen parte del proyecto estratégico de nación de reapertura del San Juan de Dios. Dinamizan el Costurero Urbano del San Juan de Dios. El costurero es un espacio de diálogo tipo laboratorio desde la metáfora de coser-remendar no solo el espacio físico sino también el tejido social y simbólico alrededor del san Juan de Dios y su representación en el imaginario para la ciudad y el país.
Comité Operativo Local de Mujer y Género (COLMYEG)	Alta	No informa.

Fuente: Construcción propia equipo Análisis de las políticas y acciones para la salud pública en el marco de la gestión territorial, Subredes Integradas de Servicios de Salud Sur Occidente y Centro Oriente E.S.E., con base en diferentes insumos para la identificación de actores en el área de influencia del CHSJD, abril 2026.

Consideraciones finales

Los actores, entre ellos instancias y activos identificados, constituye un punto de partida para la comprensión del ecosistema de cuidado en el área de influencia del CHSJD. No obstante, esta lectura debe entenderse como un ejercicio en construcción, susceptible de ser ajustado y enriquecido a partir de los procesos participativos y del reconocimiento de las dinámicas territoriales actuales.

En este sentido, el fortalecimiento de redes de cuidado implica no solo articular actores existentes, sino también reconocer, visibilizar y potenciar las relaciones, capacidades y saberes que ya operan en el territorio, avanzando hacia una gestión del cuidado más integrada, colaborativa y sostenible.

Bibliografía

1. Naciones Unidas. Desafíos globales - Envejecimiento. [Online].; 2026 [cited 2026 Abril 25]. Available from: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20mundial%20envejece:%20la%20mayor%C3%ADa%20de,aumento%20se%20acelere%20en%20las%20d%C3%A9cad as%20venideras.>
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Online].; 2025 [cited 2026 Abril 23]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
3. Petretto D, Pili R, Gaviano L, Matos C, Zuddas C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2016 Julio-Agosto; 51(4): p. 187-248.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202. 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 681. 2022. Por medio del cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031.
6. Ministerio de Salud de Colombia. ABECÉ de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional. [Online].; 2023 [cited 2026 Abril 20]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/abc-seguridad-alimentaria-nutricional.pdf>.

7. Organización Panamericana de la Salud. Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública Washington D.C.; 2021.
8. Organización Panamericana de la Salud. La investigación poblacional sobre el envejecimiento con enfoque de curso de vida. [Online].; 2023 [cited 2026 Marzo. Available from: <https://iris.paho.org/items/f92ee918-5e7f-42b3-8459-2c4bf5295387>.
9. Arango Lopera VE. El curso de vida. In Robledo G, Miguel L, Kershenobich Stalnikowitz D. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial; 2015. p. 121-129.
10. Secretaría Distrital de Salud. Anexo Técnico Sistema Sociosanitario. Documento institucional. Bogotá D.C.; 2025.
11. Benavides M, Jerez E. Respuesta Intersectorial a la Violencia por Abandono de las Personas Mayores en la Zona Centro Oriente de Bogotá. Análisis para política pública. Bogotá: Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., Análisis Poblacional y Temático en el Marco de las Políticas Públicas; 2025.
12. Secretaría Distrital de Salud. Diagnóstico del Sector Salud - Bogotá Futuro. 2025. No publicado.
13. Comisión Intersectorial Distrital de los Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar. Entendimiento Común: envejecimiento y vejez - soledad no deseada. 2026. No publicado.
14. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento saludable y capacidad funcional. [Online].; 2020 [cited 2026 Abril 22. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>.
15. Paúl C, Ribeiro O, Teixeira L. Envejecimiento activo: un enfoque empírico del modelo de la OMS. Investigación actual sobre gerontogerítrica. 2022 Octubre; 2021.
16. Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES. Política Nacional de Cuidado. Documento CONPES 4143. [Online].; 2025 [cited 2026 Marzo. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/4143.pdf>.

17. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010 – 2025. [Online].; 2010 [cited 2026 Marzo. Available from:
https://www.integracionsocial.gov.co/images/docs/2022/politicas_publicas/28062023-politica_publica_para_el_envejecimiento_y_la_vejez.pdf.
18. Gómez T. El fenómeno de la soledad no deseada en las personas mayores. [Online].; 2024 [cited 2026 Marzo. Available from:
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/83567/TFG-%20Casado%20Gomez-%20Cuetara%2C%20Taide.pdf?sequence=1&isAllowed=n>.
19. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento: edadismo. [Online].; 2025 [cited 2026 Marzo. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>.
20. Secretaría Distrital de la Mujer. Oferta de cuidado a cuidadoras. Institucional. Bogotá: Secretaría Distrital de la Mujer, Sistema Distrital de Cuidado; 2021.
21. Secretaría Distrital de Salud. Modelo de Salud de Bogotá MÁS Bienestar. Documento Estratégico. Bogotá.; 2024.
22. Secretaría Distrital de Integración Social. Anexo Técnico Convenio Derivado. Documento institucional. Bogotá D.C.; 2025.
23. Moreno Salamanca EN. La economía invisible: división social y sexual del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado y uso del tiempo de las mujeres en Bogotá. [Online].; 2017 [cited 2026 Marzo. Available from:
<https://bffrepositorio.unal.edu.co/server/api/core/bitstreams/623b9ae0-cb72-41e7-a869-407259da13bb/content>.
24. Tobón Correa O. El autocuidado una habilidad para vivir. Hacia la promoción. Salud. 2003 Enero; 8.
25. Obando L, Galeano MC, Rivera M. Cuidadndo al cuidador: Programa Cuídate para Cuidar. In Obando Cabezas L, editor. Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo prioritario. Cali: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. p. 83-117.

26. Montes de Oca Zabala V. Redes comunitarias, género y envejecimiento. Notas de población. 2003 Diciembre; 30(77).
27. Enríquez R. Feminización y colectivización del cuidado a la vejez en México. Cuadernos de pesquisa. 2014; 44(152).
28. Da Silva A, Caro S, González H. Vejez y políticas públicas en Latinoamérica: una revisión de la literatura. Perfiles Latinoamericanos. 2024; 32(63).
29. Ramírez Antolinez A. Estrategias para el fortalecimiento de la red de cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad desde la gerencia social. [Online].; 2012 [cited 2026 Mayo 15. Available from:
<https://repository.uniminuto.edu/server/api/core/bitstreams/2096b1f4-6da2-4859-92ee-1317a079dd26/content>.
30. Proyecciones con base censo 2018 Post COVID-19. Proyecciones con base censo 2018 - Post COVID-19. [Online].; 2025 [cited 2026 Marzo. Available from:
<https://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/informacion-estadisticas/censo-2018-post-covid-19/proyecciones-de-poblacion>.
31. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Multipropósito Bogotá - Cundinamarca - EM. [Online].; 2021 [cited 2026 Marzo. Available from:
<https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/743>.
32. Observatorio Distrital de Salud SALUDTA. Personas Certificadas con Discapacidad en Bogotá D.C. [Online].; 2024 [cited 2026 Abril 17. Available from:
<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/personas-certificadas-con-discapacidad/>.
33. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo de Habitantes de Calle - CHC- 2017 - Bogotá, D.C. [Online].; 2017 [cited 2026 Marzo. Available from:
<https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/548>.
34. Ministerio de Cultura. Resolución 995. [Online].; 2016 [cited 2026 Marzo. Available from:
https://normograma.mincultura.gov.co/compilacion/docs/resolucion_mincultura_0995_2016.htm.

35. Secretaría de Planeación Distrital. POT. [Online].; 2021 [cited 2026 Marzo. Available from: <https://www.sdp.gov.co/micrositios/pot/que-es>.
36. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Pobreza Multidimensional en Colombia. [Online].; 2024 [cited 2026 Marzo. Available from: <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/PM/bol-PMultidimensional-2024.pdf>.
37. Santos WRD. O circuito familista na Política de Assistência Social. Textos & Contextos (Porto Alegre). 2017 Agosto-Diciembre; 16(2).
38. Instituto Nacional de Salud. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Informe Técnico. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud; 2015.
39. Instituto Nacional de Salud. Cuando la muerte es evitable. Informe Institucional. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud; 2023.
40. Instituto Nacional de Salud. Clase social y salud. Informe Técnico. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud; 2016.

ANEXOS

Anexo A. Ficha técnica: Conversatorio para la identificación de actores e instancias

Con el fin de identificar y reconocer los posibles actores que se convocarían para los ejercicios participativos propuestos en la metodología de implementación de las técnicas de recolección de información, y con ello, la producción de conocimiento colectivo sobre las dinámicas del cuidado en el marco del envejecimiento, se desarrolló un conversatorio con líderes de Políticas Públicas, Delegaciones de las Políticas Públicas de infancia, adolescencia, juventud, adultez, envejecimiento y vejez, discapacidad, familias, mujer y género, y, facilitadores de prescripción social, de las localidades de Antonio Nariño, Los Mártires, Santa Fe y San Cristóbal.

Para lo anterior, el espacio se desarrolló en cinco momentos, a saber:

- Momento 1. Identificación de actores: Consistió en identificar las instituciones, grupos organizados o personas que podrían ser relevantes en función del cuidado o redes del cuidado caracterizados de acuerdo con su naturaleza (sectoriales, intersectoriales y comunitarios o no gubernamentales) y a su nivel de incidencia (Nivel 1: Incidencia alta, Nivel 2: Incidencia media o Nivel 3: Incidencia baja) respecto a las redes del cuidado.

Preguntas clave: ¿Qué actores intersectoriales, sectoriales y comunitarios/no gubernamentales, identifica que estén relacionados con el cuidado en el marco de la vejez y el envejecimiento?

- Momento 2: Identificación de funciones y roles de cada actor. El propósito de este momento fue reconocer las principales funciones de los actores, y su perfilamiento como actor en relación el cuidado de la vejez y el envejecimiento.

Preguntas clave: ¿Cuál es la función y el rol de estos actores en el territorio? ¿En qué zonas del área de influencia del CHSJD tienen presencia estos actores?

- Momento 3: Exploración inicial de las relaciones. Este momento buscó identificar de manera exploratoria el tipo de relaciones que puede existir entre los diferentes actores identificados.

Pregunta clave: ¿Qué tipo de relaciones tienen estos actores entre sí (otros)?

- Momento 4: Reconocimiento de las redes. Consistió en identificar y reconocer la existencia o no de redes y el conjunto de acciones que independientemente de su relación aportan al bienestar.

Preguntas clave: ¿Existen redes de cuidado en el área de influencia? ¿Los actores identificados son suficientes para construir redes? ¿Reconocemos los activos sociales como parte de la red del cuidado?

- Momento 5: Reflexiones en torno al ejercicio. En este momento el equipo facilitador socializó las principales reflexiones en torno a un diagrama en el cual se destaquen las dificultades, oportunidades, fortalezas y aspectos a mejorar (DOFA) identificadas en el ejercicio.

Anexo B. Propuesta metodológica de los conversatorios territoriales

La metodología se desarrolla desde un enfoque cualitativo, participativo y exploratorio, orientado a reconocer las percepciones, experiencias y prácticas territoriales relacionadas con el envejecimiento, el cuidado y las redes de apoyo presentes en el área de influencia del Complejo Hospitalario San Juan de Dios (CHSJD).

El conversatorio se concibe como un espacio horizontal de diálogo e intercambio, en el que los y las participantes no son únicamente fuentes de información, sino actores con capacidad de interpretación y construcción colectiva sobre las dinámicas de cuidado presentes en el territorio.

Desde esta perspectiva, el espacio busca: promover la circulación de la palabra, recuperar experiencias territoriales, reconocer consensos y tensiones, e identificar capacidades, actores y condiciones necesarias para fortalecer redes de cuidado.

Objetivo del conversatorio: Recoger percepciones, experiencias y reflexiones de actores territoriales sobre las condiciones, capacidades, relaciones y recursos que facilitan o limitan el envejecimiento, el cuidado y la consolidación de redes de cuidado en el área de influencia del Complejo Hospitalario San Juan de Dios.

Duración sugerida: 1 hora 45 minutos a 2 horas.

Roles metodológicos

Rol	Función
Moderador/a principal	Orientar la conversación. Presentar preguntas detonadoras. Facilitar la participación equitativa. Profundizar temas emergentes. Mantener el hilo temático.
Relator/a	Registrar hallazgos clave. Identificar frases significativas. Organizar consensos, tensiones y propuestas. Registrar actores y relaciones mencionadas.
Apoyo logístico	Registro de asistencia. Apoyo audiovisual. Entrega de materiales. Manejo del tiempo. Refrigerios y ambientación.
Observador/a (opcional)	Identificar dinámicas grupales. Reconocer liderazgos.

	Observar niveles de interacción y articulación.
--	---

Estructura metodológica del conversatorio

Momento 1. Bienvenida y contextualización. Tiempo: 10-15 minutos

- Propósito: Generar confianza, contextualizar el proceso y explicar el sentido del espacio.
- Contenidos: presentación del equipo, presentación breve del proceso CHSJD, sentido del Centro de Pensamiento, objetivo del conversatorio, acuerdos de participación: respeto, escucha, participación libre, confidencialidad.

Momento 2. Actividad inicial / rompehielo. “¿Quién cuida y quién me cuida?” Tiempo: 15 minutos

- Se entrega a cada participante una tarjeta o papel.
- Escriba su nombre, edad y responda las siguientes preguntas:
- Pregunta 1. “Piense en una persona que haya cuidado de usted en algún momento de su vida.”
- Pregunta 2. “Ahora piense: ¿usted cuida a alguien hoy?”

Luego se hace una ronda breve de participación voluntaria.

Con esta actividad se rompe el hielo, aterriza el tema emocionalmente, conecta cuidado y trayectoria de vida, evita arrancar desde lo técnico y permite introducir la idea de red.

Para el cierre del rompehielo, el moderador recoge diciendo algo como:

“Cuando hablamos de cuidado, no hablamos solamente de servicios o instituciones. Hablamos también de relaciones, apoyos y vínculos que sostienen la vida en diferentes momentos.”

Momento 3. “Momento de apertura territorial”. Tiempo: 5-7 minutos.

En otros espacios desarrollados con actores del territorio han surgido ideas importantes sobre el envejecimiento y el cuidado. Por ejemplo, varias personas han señalado que cuidar sigue siendo una responsabilidad que recae principalmente en las familias y especialmente en las mujeres; también que muchas personas mayores enfrentan soledad, dificultades económicas o barreras para acceder a apoyos en el territorio. Así mismo, han aparecido experiencias comunitarias que muestran que el cuidado también puede construirse colectivamente.

Más que presentar conclusiones cerradas, queremos traer estas ideas para abrir la conversación y escuchar cómo las viven ustedes en este territorio.

Momento 4. Conversatorio guiado. Tiempo: 60-70 minutos

Ante la preocupación de que el conversatorio se pueda generar en un espacio extenso y desgastado por la cantidad de preguntas, se recomienda realizar preguntas detonadoras y preguntas de profundización.

Las preguntas detonadoras no reemplazan las categorías definidas en la estructura analítica, sino que funcionan como dispositivos conversacionales que permiten abrir narrativas, producir intercambio y permitir que emerjan espontáneamente las categorías analíticas.

A partir de las respuestas iniciales, el equipo moderador podrá introducir preguntas de profundización asociadas a dimensiones específicas del análisis, favoreciendo así una conversación más orgánica y participativa.

Bloque 1. Envejecimiento.

Pregunta detonadora: *¿Qué significa para ustedes envejecer en este territorio?*

Esta pregunta busca situar el envejecimiento en el contexto territorial, evitar definiciones abstractas, y reconocer diferencias sociales, económicas, culturales y comunitarias asociadas al proceso de envejecer.

Profundización: *¿Todos envejecemos igual? ¿Qué condiciones ayudan o dificultan envejecer bien? ¿Qué debería garantizar el territorio o el Estado?*

Bloque 2. Cuidado y redes

Pregunta detonadora: *Cuando una persona necesita apoyo o cuidado en este territorio, ¿quiénes aparecen?*

Esta pregunta desplaza la conversación desde una definición abstracta del cuidado hacia las prácticas reales y cotidianas de cuidado presentes en el territorio.

Profundización: *¿Quiénes cuidan más? ¿Qué actores existen? ¿Qué apoyos funcionan? ¿Qué hace falta?*

Bloque 3. Redes de cuidado para el envejecimiento

Pregunta detonadora: *¿Qué tendría que pasar para que en este territorio existiera una red de cuidado más fuerte para las personas a medida que envejecen?*

Esta pregunta orienta la conversación hacia la construcción colectiva de propuestas y condiciones habilitantes para el fortalecimiento de redes de cuidado.

Profundización: recursos necesarios, capacidades existentes, barreras de articulación, necesidades institucionales, mecanismos de coordinación, y posibilidades de acción conjunta.

Momento 5. Cierre. Tiempo: 10 minutos

Se podría cerrar cada conversatorio con una pregunta tipo: “¿Qué palabra debería representar el cuidado en este territorio?” Y pegar las palabras en una cartelera.

Cierre institucional - explicar cómo se usarán los insumos - próximos pasos - agradecimiento.

Recomendaciones metodológicas IMPORTANTES

- NO hacer ronda pregunta-respuesta, toda vez que eso mata la conversación.
- El moderador debe: recoger ideas, conectar intervenciones, contrastar experiencias, devolver preguntas al grupo.
- Priorizar conversación sobre cobertura total. No necesita hacer TODAS las preguntas, necesita profundidad, sentidos, relaciones y tensiones.
- Registrar actores mencionados como información emergente.

Productos esperados

Mapa de actores complementado, identificación de capacidades territoriales, tensiones y barreras, recomendaciones territoriales, insumos para estrategia de redes de cuidado.

Sistematización

Variables de sistematización propuestas: | Categoría | Hallazgos | Frases clave | Barreras | Facilitadores | Propuestas |

Actores emergentes en la matriz de MAC que tenemos

Elementos operativos mínimos

Guía metodológica, guion moderador, matriz de sistematización, relator, actividad rompehielo, insumo provocador inicial, registro de asistencia, consentimiento, grabación (si es posible).