

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE 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**

**DOCUMENTO DE RECOMENDACIONES PARA LA ESTRUCTURACIÓN DE LA
ESTRATEGIA INTERSECTORIAL PARA LAS PRIORIDADES DEFINIDAS POR LA
COMISIÓN INTERSECTORIAL DISTRITAL DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA
SALUD Y EL BIENESTAR**

**EQUIPO DE TRABAJO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
NORTE E.S.E.**

**CAROLINA CÁRDENAS GUTIERREZ – POLITÓLOGA ESPECIALIZADA
JOHANNA CASTILLO PACHÓN – EPIDEMIÓLOGA
ANA MILENA BARATO ACHURY – SOCIÓLOGA
KATHERINE ZAMORA ALFONSO – GEÓGRAFA**

**SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA
(SGYEPSP)**

**LUZ MERY VARGAS GÓMEZ
IRLENA SALCEDO PRETELT
SANTIAGO VALENCIA RICO
LELY DEL PILAR ESPITIA PATIÑO**

**BOGOTÁ D.C
MAYO 2026**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	5
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos.....	5
1. Capítulo I: Prioridades de la CIDDSSyB	5
1.1. Descripción de las prioridades.....	5
1.1.1. Envejecimiento y Vejez – Soledad no Deseada	5
1.1.2. Consumo de Sustancias Psicoactivas en Niños, Niñas y Adolescentes	7
1.2. Elementos conceptuales de las prioridades.....	8
1.3. Metodología	11
1.3.1. Técnicas	11
1.3.2. Instrumentos	14
1.4. Resultados	15
1.4.1. Técnico – científico.....	15
1.4.2. Identificación de experiencias.....	18
1.5. Conclusiones del Capítulo.....	48
1.5.1. Conclusiones Envejecimiento – Soledad no Deseada	48
1.5.2. Conclusiones Prevención Consumo SPA – NNA.....	49
1.6. Recomendaciones.....	50
1.6.1. Recomendaciones Envejecimiento – Soledad no Deseada	50
1.6.2. Recomendaciones Prevención Consumo SPA – NNA.....	51
2. Capítulo II: Evaluación de Prescripción Social.....	52
2.1. Contextualización de la Prescripción Social.....	52
2.2. La Prescripción Social en el Modelo de Atención en Salud de Bogotá	54
2.3. Metodología	55
2.3.1. Técnicas	56
2.3.2. Instrumentos	57
2.4. Resultados	58

2.4.1. Técnico – Científico	58
2.4.2. Experiencias	60
2.5. Conclusiones del capítulo	73
2.6. Recomendaciones del capítulo	74

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Criterios técnicos operativos para la construcción de estrategias intersectoriales.	16
Tabla 2. Valoración de criterios técnicos operativos las estrategias intersectoriales en Vejez y Soledad no deseada.	27
Tabla 3. Problemática del ENPA	39
Tabla 4. Modelo de Salud ENPA	40
Tabla 5. Valoración de criterios técnicos operativos las estrategias intersectoriales en Consumo SPA en NNA	45
Tabla 6. Elementos y Criterios valorados por tipo de evaluación - Donabedian	59
Tabla 7. Tabla de análisis de experiencias de evaluación de Prescripción Social	70

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Flujo de búsqueda y selección de información experiencias soledad no deseada - envejecimiento y vejez	13
Figura 2. Flujo de búsqueda y selección de información experiencias de prevención de consumo de SPA.	14
Figura 3. Línea de Tiempo del Programa YOMI VIDA	37
Figura 4. Línea de Tiempo del ENPA	40
Figura 5. Sistematización del proceso de búsqueda y selección documental de experiencias de Prescripción Social con evaluación	57

INTRODUCCIÓN

La Comisión Intersectorial Distrital de Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar (CIDDSSyB), desempeña un papel fundamental en la integración de políticas, programas y acciones orientadas a la prevención, atención y mitigación de problemáticas identificadas en el distrito.

Incluir ...la comisión priorizó de manera concertada con los sectores que la integran varias prioridades como son: El envejecimiento poblacional, la soledad no deseada en las personas mayores y el consumo de sustancias psicoactivas en Niños, Niñas y Adolescentes. constituyen problemáticas prioritarias en el ámbito de la Salud Pública y el bienestar social, debido a su incidencia en la calidad de vida, el desarrollo integral y la cohesión social. Estas situaciones están relacionadas con los determinantes sociales de la salud, por lo que requieren respuestas integrales, coordinadas y sostenibles desde una perspectiva intersectorial.

***** a partir de estas se definió la necesidad de estructurar estrategias intersectoriales para su abordaje.

La formulación de estas estrategias intersectoriales demanda un enfoque técnico, político, entendimiento común de problemas ... complementar..,

De otra parte, para la implementación del Modelo Más Bienestar y desde la comisión intersectorial la estrategia de prescripción social es relevante para las estrategias intersectoriales

En este sentido, el presente documento está organizado en dos capítulos: primero, frente a la estructuración y descripción de la estrategia intersectorial para las problemáticas priorizadas relacionadas con “Envejecimiento y vejez – Soledad no deseada” y “Prevención del consumo de Sustancias Psicoactivas en Niños, Niñas y Adolescentes”. En este se presenta un análisis a partir de criterios técnicos previamente identificados en la literatura técnico científica y en diferentes experiencias nacionales e internacionales identificadas. . A partir de este punto, se exponen las experiencias estableciendo una relación de análisis con los criterios definidos para generar una serie de conclusiones y recomendaciones a ser tenidas en cuenta por la comisión.

En un segundo capítulo, se presentará como propuesta metodológica, el avance hacia la evaluación de estrategias de Prescripción Social. Teniendo en cuenta insumos conceptuales y la descripción de experiencias tanto nacionales como internacionales. Adicionalmente, en este capítulo se avanzará hacia la construcción de criterios técnicos y operativos que permitan diferenciar los activos sociales e institucionales convenientes que den respuesta a las problemáticas priorizadas, posibilitando la construcción de una estrategia intersectorial en salud.

OBJETIVOS

Objetivo General

Aportar a la estructuración de la estrategia intersectorial para el abordaje de las problemáticas priorizadas Envejecimiento y vejez – Soledad no deseada y Consumo de Sustancias Psicoactivas en Niños, Niñas y Adolescentes en el marco de la Comisión Intersectorial Distrital de Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar.

Objetivos Específicos

- Describir elementos conceptuales mediante una revisión narrativa de literatura, para el abordaje intersectorial de las prioridades de la CIDDSSyB y la evaluación de la estrategia de Prescripción Social del Modelo +Bienestar.
- Proponer criterios técnicos y operativos para la estructuración de estrategias intersectoriales que contribuyan al abordaje de las prioridades de la CIDDSSyB y la evaluación de la estrategia de prescripción social del Modelo +Bienestar, a partir del análisis de información de las experiencias identificadas
- Formular recomendaciones que contribuyan a la estructuración de las estrategias intersectoriales de la CIDDSSyB y la evaluación de la estrategia de prescripción social del Modelo +Bienestar.

1. Capítulo I: Prioridades de la CIDDSSyB

1.1. Descripción de las prioridades

1.1.1. Envejecimiento y Vejez – Soledad no Deseada

La CIDDSSyB presenta el diagnóstico y la respuesta institucional del distrito frente al envejecimiento y la soledad no deseada en sus documentos de entendimiento común como un fenómeno simultáneo e interdependiente que afecta a las personas en su transcurrir vital y que se expresa con mayor intensidad en la vejez. Enmarcado en un contexto demográfico

de transición acelerada y la confluencia de situaciones específicas como la pérdida de redes familiares y comunitarias, el incremento de barreras que reducen la movilidad de las personas en la medida que envejecen, las condiciones de pobreza, la percepción de inseguridad en el entorno y la exclusión por edadismo, que le confieren a esta problemática una dimensión crítica en Salud Pública.

La comisión parte de un hecho inédito en la historia de la planeación distrital que obliga a repensar la provisión y organización de los servicios y la respuesta institucional a largo plazo, y es el anticipo del envejecimiento acelerado de la población: se calcula que el distrito alcance su máximo poblacional en el año 2027, a partir del cual se dará un prolongado decrecimiento que se mantendrá durante los próximos 10 años. Esta contracción demográfica no es accidental, sino el resultado de tres fuerzas convergentes: envejecimiento acelerado, caída sostenida de la fecundidad y la mortalidad, y dinámicas migratorias intermunicipales. Las cifras son contundentes; para 2026, el 16,4% de la población superará los 60 años (cerca de 1,3 millones de personas); para 2035, esa proporción ascenderá al 20,3% (1,5 millones aproximadamente) (1). Este dato no refleja solamente un hecho cuantitativo, sino una redefinición futura de las relaciones intergeneracionales, la composición de los hogares y las trayectorias vitales de toda la ciudadanía.

Respecto a la respuesta institucional a esta prioridad, en articulación con las líneas estratégicas de cuidado, inclusión social, salud mental, participación comunitaria, envejecimiento activo y protección de poblaciones en situación de vulnerabilidad, el documento de entendimiento común reconoce los logros alcanzados hasta ahora, pero **también señala limitaciones estructurales:** los Centros Día "Casas de la Sabiduría", el Sistema Distrital de Cuidado (27 Manzanas del Cuidado), el Sistema Socio Sanitario (mediante convenio entre la Secretaría de Salud y la de Integración Social), los apoyos económicos, las redes de cuidado comunitario y el Servicio de Atención Socio-sanitaria Transitoria, este último dirigido a mayores de 60 años en situación de abandono post-hospitalario, con un horizonte máximo de 12 meses, son algunas de las respuestas existentes de gran impacto. Sin embargo, se identifican unas insuficiencias tales como la concentración histórica de la oferta en las situaciones más extremas (dependencia, exclusión severa, habitabilidad en calle), dejando desatendida a una franja amplia de personas mayores que, sin estar en condiciones críticas, enfrentan riesgos crecientes de aislamiento. Además de la coexistencia de múltiples Políticas Públicas tres de las cuales vencieron en 2025 fragmentadas, duplicadas y de escasa intersectorialidad.

Finalmente, la comisión no se limita a generar un diagnóstico de la problemática y su respuesta actual, sino que también esboza una reorientación conceptual que exige pasar de políticas centradas en la atención de la vejez a políticas que comprendan el envejecimiento como proceso transversal al curso de vida, con respuestas territorializadas, intersectoriales e interseccionales, capaces de anticipar los efectos de la transición demográfica y construir condiciones sostenibles de bienestar, pertenencia y ejercicio pleno de derechos. En síntesis, el documento emitido por la comisión constituye un diagnóstico técnico-político sólido y bien fundamentado que intenta elevar el fenómeno conjunto del envejecimiento y soledad no deseada al rango de problema estructural de la sociedad. A su vez, que evite caer en la

atención individualizada o medicalizada y avance hacia una respuesta institucional intersectorial.

1.1.2. Consumo de Sustancias Psicoactivas en Niños, Niñas y Adolescentes

La CIDDSSyB presenta el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en Bogotá como un fenómeno social complejo que afecta principalmente a adolescentes y jóvenes, aunque también involucra a niñas y niños en procesos de iniciación temprana, señalando que el consumo no debe entenderse únicamente como una conducta individual, sino como el resultado de múltiples factores sociales, familiares, territoriales e institucionales que influyen a lo largo del curso de vida. Este enfoque se basa en los datos del III Estudio de Consumo de SPA en Bogotá del 2022, donde se presentan datos relevantes, a saber:

- El consumo de tabaco muestra tendencia a la baja; el de alcohol se estabiliza; el de sustancias ilícitas crece progresivamente.
- Las mayores tasas de abuso se concentran en hombres, jóvenes entre 12 y 24 años y estratos 1 y 2, aunque entre 2016 y 2022 el fenómeno se amplió hacia mujeres y estratos 4, 5 y 6.
- La prevalencia de consumo de marihuana en el último año alcanza el 15,83% en el grupo de 18 a 24 años y el 9% en adolescentes de 12 a 17. La de cocaína llega al 4,50% en jóvenes de 18 a 24 años (cerca de 42.000 personas).
- Entre 2009 y 2016 el consumo de marihuana se duplicó en la ciudad, tendencia que continúa.
- Aumento en el uso de cigarrillos electrónicos y vapeadores, promovidos erróneamente como alternativas de reducción de daño: 4.285 menores de entre 12 y 17 años los usan actualmente (2).

Conceptualmente, la comisión abandona de forma explícita el enfoque individualista y moralizante que caracterizó históricamente la política de SPA, cuya respuesta era fragmentada y con un limitado impacto desde la prevención del consumo y las adicciones precisamente por centrarse en la conducta del individuo sin abordar los determinantes de la oferta y la demanda. En su lugar, incorpora dos apuestas estratégicas para la nueva Política Pública, a saber: la prevención ambiental, entendida como la transformación de los entornos físicos, sociales y normativos que condicionan el acceso, la disponibilidad y la normalización del consumo, por un lado, y por otro, la articulación intersectorial sustantiva sobre la base de un entendimiento común del problema que permita identificar sinergias, tensiones y prioridades compartidas entre agendas públicas diversas. En este marco, resalta la importancia de la integración de Políticas Públicas como la de familia (eje preventivo basado

en el involucramiento parental), la de entornos protectores y seguros (control del acceso al SPA) y la de habitabilidad en calle (reducción de riesgos y daños en población consumidora).

Finalmente, la comisión presenta la oferta institucional distrital existente para enfrentar el consumo de SPA, donde varias entidades desarrollan estrategias de prevención, atención y reducción de riesgos, entre ellas la Secretaría de Salud, Secretaría de Educación, Secretaría de Integración Social, Secretaría de Seguridad, Secretaría de Cultura, IDIPRON, ICBF, Policía Metropolitana y SENA. Entre las iniciativas destacadas se encuentran “SPAcios de bienestar”, “Escuelas con emociones”, “Con-Sintiendo-Nos”, “Entornos de confianza” y programas deportivos, culturales y comunitarios orientados a fortalecer factores protectores y prevenir el consumo en Niñas, Niños y Adolescentes.

En síntesis, la comisión presenta un avance conceptual notable en la forma en que Bogotá comprende el consumo de SPA en niñez y adolescencia, basada en el diagnóstico epidemiológico, un enfoque analítico del problema y una orientación política. Bajo el entendimiento común del consumo de SPA como un fenómeno socialmente producido que requiere intervención sobre sus determinantes estructurales y cuyo principal reto es alcanzar una articulación intersectorial capaz de superar la fragmentación histórica de las respuestas sectoriales y producir transformaciones sostenibles en los territorios más vulnerables de la ciudad.

1.2. Elementos conceptuales de las prioridades

La CIDDSSyB aborda de manera orientadora algunos conceptos que permiten el entendimiento común de las problemáticas priorizadas actualmente y ofrece un marco orientador para el desarrollo e implementación de estrategias y programas para afrontarlos. Las **Estrategias Intersectoriales** se definen desde la perspectiva institucional como un enfoque que busca generar sinergias entre sectores, evitando acciones aisladas, para abordar las causas profundas de problemáticas que superan la capacidad de una sola institución, articulando actores como ministerios, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), gobiernos locales, empresas privadas y sociedad civil; para coordinar objetivos compartidos ; intercambiando recursos como presupuestos, conocimientos técnicos, información y autoridad política; y adoptando un enfoque territorial implementado en comunidades para responder a necesidades locales específicas (3).

Desde la perspectiva académica, una estrategia intersectorial se debe enfocar en trabajar y articular diferentes sectores involucrando a distintos actores en la toma de decisiones, con el objetivo de mejorar o resolver problemas complejos, por lo que se hace necesario crear espacios para generar ideas, competencias, equipos de liderazgo, recursos, enfoques estratégicos y planes de acción (4). La intersectorialidad implica que diversos sectores gubernamentales no solo entreguen servicios propios a un público común, sino que de

manera articulada atiendan necesidades sociales o prevengan problemas con causas complejas, diversas y relacionadas; se trata de acciones que permiten controlar integral y participativamente los factores determinantes de la salud, involucrando a gobiernos, autoridades, profesionales de salud y agencias internacionales en la producción y reproducción social sanitaria (5).

En este contexto, la **Vejez** es entendida institucionalmente como una construcción social y biográfica que representa el último ciclo del curso vital. Bajo los lineamientos de la OMS, esta etapa configura transformaciones físicas, cognitivas y emocionales relacionadas con la disminución gradual de capacidades funcionales, cuya severidad depende de las acciones tomadas durante el proceso previo de envejecimiento; así, la vejez se manifiesta de forma heterogénea según la identidad de género y las trayectorias de vida de cada persona (6).

Desde el ámbito académico, esta etapa se precisa como la fase final del desarrollo, cuya delimitación más allá de la muerte resulta imprecisa y dependiente del contexto del adulto mayor. Es así como, la vejez es el subconjunto de fenómenos donde los síntomas del envejecimiento se hacen más evidentes, situando a la vejez como la culminación de un proceso que es, por definición, global y permanente (7).

En consonancia con lo anterior, desde la perspectiva institucional, el **Envejecimiento** se define como un proceso continuo, multifacético e irreversible de transformaciones biopsicosociales que ocurren a lo largo del curso vital. Según la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez, este fenómeno no es lineal ni uniforme, pues está condicionado tanto por factores epigenéticos y decisiones individuales como por el entorno socioeconómico y político, lo que permite predecir el bienestar o la enfermedad según la capacidad de adaptación del individuo a nuevos roles y cambios biológicos (6).

En consonancia con lo anterior, la academia refuerza esta visión al identificar que el envejecimiento inicia tempranamente, situando los primeros cambios de orden biológico, psicológico y social entre los 25 y 30 años de edad. Estos cambios son inherentes al ser humano y se perpetúan activamente hasta el final de la vida, siendo el resultado de contextos multidimensionales como estilos de vida y entornos sociales, que influyen de manera directa en la forma particular en que cada individuo envejece (8).

En cuanto a la **Soledad no deseada**, la institucionalidad la identifica como un determinante social crítico que, aunque afecta a diversos grupos etarios, impacta con mayor severidad en la vejez debido a la pérdida de redes familiares, barreras de movilidad y el edadismo. La CIDDSSYB advierte que este fenómeno genera un círculo de aislamiento y deterioro emocional que incrementa el riesgo de depresión y dependencia, vinculándose directamente con situaciones de abandono y exclusión social (1).

Complementando esta visión, la academia profundiza en la raíz del fenómeno definiendo la soledad no deseada como una discrepancia cognitiva entre las relaciones sociales que se tienen y las que se desean. Se trata de una percepción subjetiva distinta al aislamiento social; es una experiencia negativa de angustia y aflicción que puede presentarse incluso si la persona está rodeada de otros, subrayando que el sufrimiento emana de la insatisfacción con la calidad o cantidad de los vínculos presentes (9).

Por otra parte, las **Sustancias Psicoactivas** se definen desde la perspectiva institucional como compuestos químicos de origen natural o sintético que, introducidos en el organismo por cualquier vía de administración (oral, nasal, intramuscular, intravenosa, inhalada, ingerida, inyectada, entre otras), actúan directamente sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), inhibiendo el dolor, modificando el estado anímico, alterando la conciencia, los procesos de pensamiento o los canales perceptivos, y generando patrones desadaptativos de consumo que provocan deterioro o malestar clínicamente significativo, con exposición a riesgos físicos o situaciones de peligro (10).

Algunos organismos nacionales e internacionales, coinciden en que estas sustancias son susceptibles de crear dependencia psicológica, física o ambas, alterando funciones reguladoras de pensamientos, emociones y comportamiento, con riesgos agudos como intoxicación, accidentes, agresiones o conductas sexuales inseguras, y riesgos crónicos como trastornos por dependencia caracterizados por necesidad intensa de la sustancia y pérdida de control. Pese a consecuencias adversas en salud, relaciones interpersonales, ámbito familiar, académico, laboral o legal; estas se regulan según su uso el cual se define como recreativo (alcohol, tabaco), farmacológico (tranquilizantes, opiáceos) o ilícito (cocaína) (11) (12).

Desde la perspectiva académica, las sustancias psicoactivas conocidas también como drogas, son compuestos naturales o sintéticos que actúan sobre el SNC, generando alteraciones en pensamientos, emociones y comportamiento, y fomentando dependencia y adicción con consumo continuado, lo que provoca desajustes en actividades diarias, ámbito familiar, educativo, ocupacional, productividad y ocio (13).

El consumo de SPA en NNA es un problema crítico de interés en salud pública, toda vez que la edad de inicio es cada vez más temprana (en promedio 13 y 14 años), lo que interrumpe drásticamente el desarrollo neurológico y aumenta el riesgo de adicciones y trastornos mentales asociados. Esta situación es el resultado multicausal de factores tanto individuales como sociales, a saber: el desarrollo cerebral incipiente en edades tempranas, la aparición de trastornos mentales significativos, la presión del entorno social en la búsqueda de pares y grupos semejantes y una estructura y funcionalidad familiar débil.

Todo ello trae consigo un impacto profundo en el desarrollo de los menores, principalmente en la capacidad cognitiva (deterioro de la memoria, la concentración y del aprendizaje), la

salud física (daños en el sistema nervioso, inmune y cardiovascular) y la salud mental (trastornos y problemas mentales a largo plazo). Desde un enfoque preventivo y de acompañamiento, se vienen desarrollando al rededor del mundo, estrategias para evitar o retrasar la edad de inicio mediante el diálogo abierto que incluya programas de educación, información y comunicación no estigmatizante, fomento de lazos familiares sólidos que incluyan roles y reglas claras y, por último, el desarrollo de habilidades para la vida que potencien la autoestima, el asertividad y la inteligencia emocional (14).

1.3. Metodología

La metodología desarrollada para el presente capítulo corresponde a una revisión documental de alcance descriptivo con enfoque cualitativo, orientada a identificar, seleccionar y analizar experiencias nacionales e internacionales relacionadas con estrategias intersectoriales dirigidas a dos problemáticas específicas: la prevención del consumo de SPA en NNA, y el abordaje de la soledad no deseada en procesos de envejecimiento y vejez. Este ejercicio corresponde a una revisión narrativa de la literatura que incorporó criterios estructurados de búsqueda, selección y análisis documental que permitieron realizar un proceso organizado y trazable de identificación de experiencias relevantes.

El propósito de esta revisión es reconocer elementos conceptuales, metodológicos y operativos presentes en distintas experiencias, con el fin de identificar componentes comunes y diferenciales relacionados con la planificación, implementación, gobernanza, monitoreo y evaluación de estrategias intersectoriales en salud pública. De igual forma, se buscó reconocer aportes útiles para la construcción de criterios orientadores aplicables al contexto distrital.

1.3.1. Técnicas

La técnica utilizada correspondió a una revisión documental basada en fuentes secundarias, desarrollada mediante una estrategia de búsqueda y análisis de artículos científicos, documentos técnicos, reportes institucionales y experiencias publicadas en repositorios académicos y literatura gris (entendida como documentos técnicos, tesis y documentos académicos de repositorios académicos no indexados).

La búsqueda se realizó en las bases de datos Google Scholar, Scielo, PubMed, MedLine y literatura gris. Para ello se construyeron estrategias de búsqueda específicas según las problemáticas priorizadas, incorporando términos en español e inglés combinados mediante operadores booleanos como “AND” y “OR”.

Para la línea de estrategias intersectoriales orientadas a SPA se utilizaron términos como, “estrategia”, “intersectorial”, “prevención”, “consumo”, “sustancias psicoactivas”, “niños y adolescentes”, “community”, “prevention”, “intervención basada en la evidencia” y “SPA”.

Para la búsqueda relacionada con soledad no deseada en envejecimiento y vejez se utilizaron términos como, “estrategia”, “intersectorial”, “prevención”, “soledad no deseada”, “envejecimiento”, “vejez”, “prescripción social”, “social prescribing” y “active ageing”.

Los criterios de inclusión contemplaron: experiencias nacionales o internacionales relacionadas con estrategias intersectoriales, documentos con descripción suficiente sobre objetivos, población, actores, implementación y resultados, publicaciones entre 2010 y 2026, textos disponibles en español o inglés y disponibilidad de texto completo.

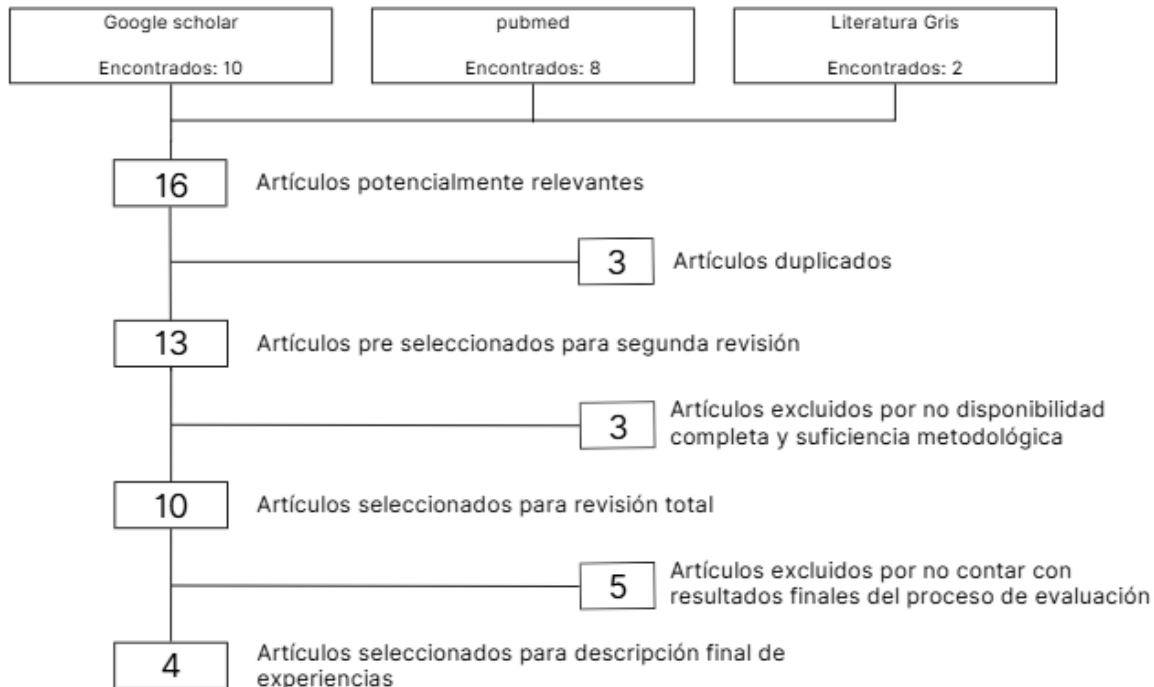
Como criterios de exclusión se definieron: documentos duplicados, experiencias sin descripción metodológica suficiente, protocolos sin resultados o sin información de implementación, materiales de divulgación sin soporte técnico, documentos que no respondieran directamente a las problemáticas priorizadas.

La estrategia de búsqueda y selección documental se desarrolló en varias fases consecutivas, las cuales permitieron depurar progresivamente la información identificada en las bases de datos consultadas. Dado que el presente ejercicio contempló dos búsquedas documentales independientes los procesos de selección y depuración documental se presentan de manera diferenciada.

Para la búsqueda relacionada con soledad no deseada, envejecimiento y vejez, se encontraron 20 registros documentales, correspondientes a 10 documentos recuperados en Google Scholar, 8 en PubMed y 2 provenientes de literatura gris. Posteriormente, se realizó una primera fase de depuración mediante la revisión de títulos y resúmenes, obteniéndose 16 documentos preseleccionados. En una segunda fase se aplicó un filtro relacionado con la disponibilidad de acceso abierto y texto completo, consolidándose un total de 13 documentos elegibles. Finalmente, tras la lectura completa de los textos y la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión establecidos metodológicamente, se seleccionaron 4 experiencias para el análisis detallado.

La sistematización detallada del proceso de búsqueda, depuración, elegibilidad y selección documental se presenta en la *figura 1*.

Figura 1. Flujo de búsqueda y selección de información experiencias envejecimiento y vejez - soledad no deseada -



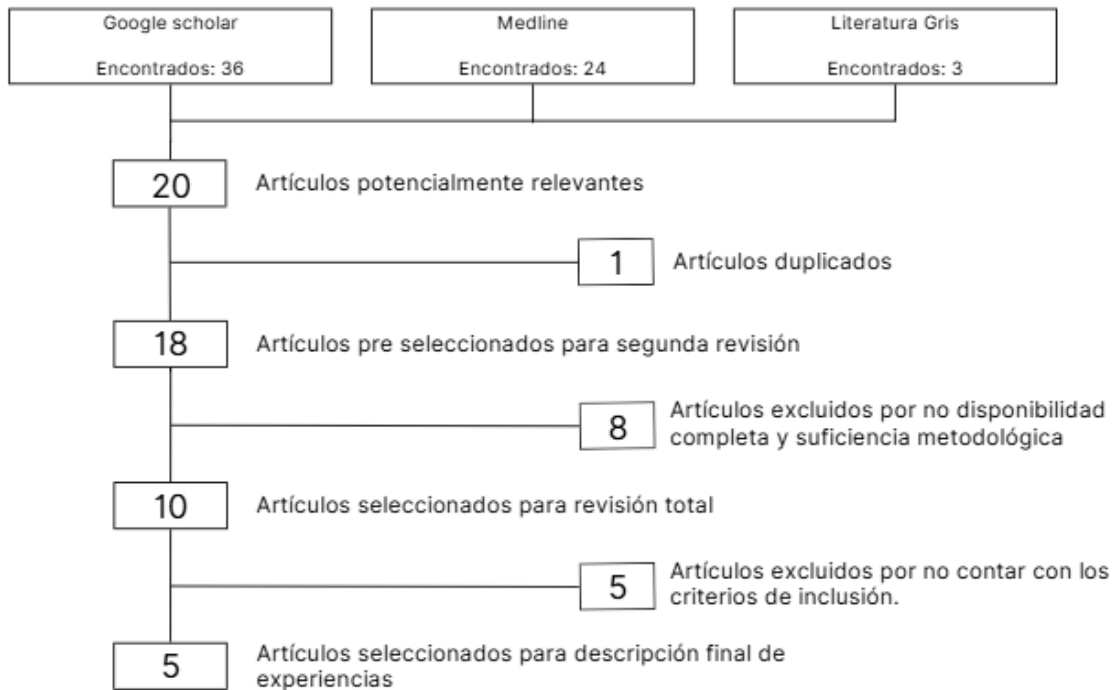
Fuente: Elaboración propia; equipo de Análisis de las Políticas y Acciones para la Salud Pública en el marco de la Gestión Territorial de las Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá - mayo 2026.

Por su parte, para la búsqueda relacionada con estrategias intersectoriales para la prevención del consumo de SPA en NNA, se identificaron inicialmente 63 registros documentales, correspondientes a 36 documentos recuperados en Google Scholar, 24 en PubMed y 3 provenientes de literatura gris. Posteriormente, se realizó una primera fase de depuración mediante la revisión de títulos y resúmenes, obteniéndose 20 documentos preseleccionados. En una segunda fase se aplicó un filtro relacionado con la disponibilidad de acceso abierto y texto completo, consolidándose un total de 18 documentos elegibles.

Finalmente, tras la lectura completa de los textos y la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión establecidos metodológicamente, se seleccionaron 5 experiencias para el análisis detallado, las cuales correspondían a estrategias intersectoriales dirigidas a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en diferentes contextos y poblaciones.

La sistematización detallada del proceso de búsqueda, depuración, elegibilidad y selección documental se presenta en la *figura 2*.

Figura 2. Flujo de búsqueda y selección de información experiencias de prevención de consumo de SPA en NNA.



Fuente: Elaboración propia; equipo de Análisis de las Políticas y Acciones para la Salud Pública en el marco de la Gestión Territorial de las Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá - mayo 2026.

1.3.2. Instrumentos

Los documentos seleccionados fueron organizados en una matriz de sistematización bibliográfica construida por el equipo de análisis, la cual permitió consolidar variables comunes para todas las experiencias revisadas, incluyendo país de origen, temporalidad, problema abordado, objetivos, población, actores involucrados, logros, mecanismos de evaluación y aportes potenciales para la construcción de estrategias territoriales.

La matriz no solo funcionó como herramienta de organización documental, sino también como instrumento analítico, permitiendo identificar tendencias, similitudes, diferencias y vacíos entre las experiencias revisadas.

Como resultado del proceso de búsqueda y depuración documental, se seleccionaron finalmente nueve experiencias para el análisis en profundidad: cinco relacionadas con prevención de consumo de SPA y cuatro asociadas al abordaje de la soledad no deseada en la vejez. Se anexa la versión completa para su revisión (ver *Anexo 1*).

1.4. Resultados

1.4.1. Técnico – científico

A partir de la descripción de cada una de las experiencias de estrategias intersectoriales relacionadas con las prioridades definidas por la CIDDSSyB, se identificaron algunos criterios técnicos y operativos para los momentos de diseño, implementación, seguimiento y evaluación. Dichos criterios se sustentan en la revisión de documentos técnicos y científicos que permiten darles un sustento teórico conceptual a los criterios para el diseño e implementación de estrategias intersectoriales, lo que permite relacionar estos criterios con cada una de las experiencias, para así establecer las que se ajustan a la necesidad de la construcción del diseño de las estrategias de intersectorialidad.

Así pues, se realizó la revisión de los siguientes documentos: “Diseño de la estrategia intersectorial e interinstitucional para la prevención de la Tuberculosis (TB)”, “Orientaciones para la intersectorialidad”, “Cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional en salud pública en el modelo de mercado del sistema de salud colombiano, 2012-2016” y “Procedimiento para la coordinación intersectorial para la gestión de la Salud Pública”. Estos documentos permiten orientar técnicamente la consolidación de los criterios para la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de la construcción de la estrategia de intersectorialidad referente a las prioridades de la CIDDSSyB.

Los documentos revisados son pertinentes técnica y metodológicamente para la construcción de estrategias de intersectorialidad, teniendo en cuenta que abordan diferentes niveles de gestión, coordinación y planificación en Salud Pública. En primer lugar, el documento “Diseño de la estrategia intersectorial e interinstitucional para la prevención de la TB” adquiere especial relevancia debido a su carácter municipal y aplicado, y a que propone mecanismos concretos de articulación entre actores institucionales, comunitarios y sectoriales para responder a una problemática prioritaria de salud pública en el territorio como lo es la Tuberculosis. Este documento aporta elementos clave relacionados con la gobernanza, la definición de responsabilidades, la coordinación operativa y la planificación de acciones conjuntas, constituyéndose en un referente práctico para la formulación de estrategias intersectoriales contextualizadas a nivel territorial.

De igual forma, el documento “Procedimiento para la coordinación intersectorial para la gestión de la salud pública” resulta pertinente por su enfoque operativo y normativo, desarrollado desde un territorio departamental, estableciendo lineamientos técnicos para la articulación institucional, la toma de decisiones y la gestión coordinada entre los diversos actores y sectores. Fortaleciendo así los procesos de implementación de las estrategias de carácter intersectorial.

Por su parte, los documentos “Orientaciones para la intersectorialidad” y “Cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional en Salud Pública en el modelo de mercado del sistema de salud colombiano, 2012-2016” aportan fundamentos conceptuales y analíticos que fortalecen la comprensión de la intersectorialidad como un proceso estratégico, con un enfoque territorial de escala nacional. El documento Orientaciones para la intersectorialidad, brinda un marco técnico y metodológico por parte del Ministerio de Salud para la planificación, gestión y sostenibilidad de procesos articulados entre actores y sectores, permitiendo identificar principios, condiciones y mecanismos necesarios para consolidar acciones integrales en salud, resaltando además su desarrollo conceptual sobre los diferentes niveles de intersectorialidad y los factores que se desenvuelven en el entramado de construir una estrategia.

A su vez, el documento sobre Cooperación y articulación intersectorial aporta una mirada académica sobre las dinámicas institucionales y los desafíos de coordinación en el contexto del sistema de salud colombiano, lo cual permite sustentar científicamente la necesidad de fortalecer estrategias intersectoriales desde diferentes niveles de gestión, además de tomar en cuenta criterios que permitan desarrollar apuestas conjuntas en perspectiva intersectorial. En conjunto, estos documentos ofrecen una base técnico-científica complementaria que contribuye a orientar la definición de los criterios para la formulación, implementación y evaluación de estrategias de intersectorialidad en los temas priorizados por la CIDDSSyB.

Por lo tanto, estos criterios permiten establecer algunas condiciones, lineamientos de coordinación y parámetros de actuación que facilitan la articulación entre sectores y actores, la toma de decisiones, la asignación de responsabilidades, la gestión de recursos y la valoración de resultados e impactos de las estrategias desarrolladas. Cabe resaltar, que el “criterio” según la RAE es una norma o un juicio para tomar decisiones, por lo que en el ámbito de la Gestión Pública y particularmente en la Salud Pública los criterios se aplican para tomar decisiones y alcanzar los objetivos deseados en el marco de la planeación estratégica (Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas, p.19).

La siguiente matriz presenta los principales criterios técnicos y operativos identificados en los documentos relacionados con la construcción de estrategias intersectoriales. Esta matriz busca sistematizar los elementos conceptuales y procedimentales que orientan el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de estrategias intersectoriales, los cuales fueron extraídos con el propósito de identificar convergencias y elementos orientadores para la formulación de estrategias intersectoriales para responder a las prioridades de la CIDDSSyB.

Tabla 1. Criterios técnicos operativos para la construcción de estrategias intersectoriales

Criterio	Descripción del criterio	Referencia
Gobernanza intersectorial? y estructura organizativa	La estrategia debe contar con mecanismos de gobernanza y coordinación que permitan la articulación entre sectores y actores para la toma de decisiones conjuntas y el logro de objetivos comunes, en perspectiva de promover la Atención Primaria Social.	"Adoptar una mejor gobernanza en pro de la salud y el desarrollo" y "fortalecer la gobernanza y la colaboración". (Orientaciones para la intersectorialidad).
Participación social	La participación ciudadana y comunitaria debe incorporarse en la planeación, gestión, evaluación y control social de las acciones en salud. Siendo pilar del ejercicio propio de la construcción de la estrategia.	"La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria (...) aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría". (Procedimiento para la coordinación intersectorial).
Concertación y toma de decisiones conjunta	Las estrategias intersectoriales requieren concertación permanente entre sectores y actores para definir acciones, responsabilidades y metas comunes, promoviendo la toma de decisiones de manera integral y holística	"La articulación y cooperación conllevan la toma de decisiones conjunta y la concertación". (Cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional en salud pública).
Voluntad Política	El compromiso político de directivos y autoridades territoriales facilita la coordinación intersectorial y la sostenibilidad de las acciones.	"La voluntad política del alcalde" y la continuidad de directivos comprometidos facilitan la articulación. (Cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional en salud pública).
Planeación conjunta	La construcción de la estrategia debe incluir planificación y definición compartida de responsabilidades entre sectores y actores.	"Existe una planificación y definición de responsabilidades conjunta entre sectores". (Orientaciones para la intersectorialidad).
Seguimiento y evaluación conjunta	Las estrategias intersectoriales deben incorporar procesos compartidos de seguimiento, evaluación y monitoreo, pues esto garantiza la eficacia del impacto de la estrategia.	"La acción intersectorial se define (...) por la formulación, seguimiento, evaluación y financiamiento conjuntos". (Orientaciones para la intersectorialidad).
Financiamiento compartido	La estrategia debe contemplar mecanismos de financiación conjunta y cofinanciación entre sectores, pues esto garantiza la posibilidad de compromiso de los diferentes sectores	"Existe una fuente de financiamiento (...) compartido entre los diversos sectores para las acciones comunes". (Orientaciones para la intersectorialidad).

Monitoreo e indicadores	Las estrategias deben definir metas, indicadores y mecanismos de seguimiento y evaluación con el propósito de que haya trazabilidad y posibilidad de ajustar su implementación	"Objetivos, metas, indicadores de seguimiento y evaluación". (Orientaciones para la intersectorialidad).
Sostenibilidad	Las estrategias deben garantizar continuidad y sostenibilidad mediante alianzas, liderazgo y cooperación permanente, desde la perspectiva fiscal y de talento humano.	"Campañas de divulgación (...) para lograr la sostenibilidad de la Mesa". Diseño de la estrategia intersectorial e interinstitucional para la prevención de la TB.

Fuente: Elaboración propia; equipo de Análisis de las Políticas y Acciones para la Salud Pública en el marco de la Gestión Territorial de las Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá - mayo 2026.

1.4.2. Identificación de experiencias

Con el fin de aportar al cumplimiento de los objetivos del presente documento, se realizó una sistematización de experiencias nacionales e internacionales relacionadas con las dos problemáticas priorizadas por la CIDDSSyB: la soledad no deseada en el envejecimiento y la vejez, y la prevención del consumo de SPA en NNA. La aplicación de los criterios de inclusión y exclusión descritos en la metodología, permitieron seleccionar aquellas experiencias que contaran con información suficiente sobre sus objetivos, actores involucrados, metodología de implementación, mecanismos de articulación intersectorial, resultados y procesos de evaluación.

Con el propósito de facilitar el análisis comparativo de las experiencias identificadas, la información fue sistematizada en una matriz que consolidó aspectos relacionados con el contexto de implementación, duración de la estrategia, problemática abordada, objetivos, población objetivo, actores participantes, logros alcanzados y metodología de desarrollo (ver *Anexo 1*).

A continuación, se presentan las experiencias relacionadas con la soledad no deseada en el envejecimiento y la vejez, correspondientes a la Estrategia de Atención Comunitaria en Atención Primaria (15), la *Estrategia para la prevención y el abordaje de la soledad no deseada* de España (16), la *Prescripción Social Basada en la Naturaleza: Proyecto RECETAS* de Ecuador (17) y la estrategia *Una sociedad conectada* de Reino Unido (18). Posteriormente, se describen las experiencias orientadas a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en NNA, incluyendo, el *Programa Familias Fuertes: Amor y Límites* en América Latina (19), el *Marco técnico de acción para la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito universitario* de Colombia (20) YOMI-VIDA en Colombia (21), la *Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA) Juntos*

por la Paz de México (22) y Presupuestos conjuntos para la intersectorialidad en Australia (23).

La descripción de cada experiencia se desarrolla bajo una estructura común de análisis, con el propósito de identificar elementos comunes, prácticas relevantes y mecanismos de articulación intersectorial que puedan aportar a la formulación de recomendaciones y a la adaptación o fortalecimiento de estrategias potencialmente aplicables al contexto de Bogotá y sus particularidades territoriales.

1.4.2.1. Envejecimiento – Soledad no Deseada

1.4.2.1.1. Descripción de Experiencias

Experiencia 1. Estrategia Atención Comunitaria en Atención Primaria

La Estrategia de Atención Comunitaria, es una iniciativa del Departamento de Sanidad de Aragón, orientada a promover la salud y la participación comunitaria, implementando el servicio comunitario como la apuesta fundamental de esta experiencia desde una perspectiva intersectorial. Por medio de la atención comunitaria se potencia la participación y la capacidad de personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas de salud y estilos de vida, poniéndolos en el centro de la atención, pues son los procesos organizativos quienes permiten finalmente que esta estrategia tenga fuerza, pues la relación Estado – individuos y/o colectivos – activos comunitarios son la triada para alcanzar el bienestar (15).

La Estrategia tiene su fundamento en la reducción de la medicalización como principal apuesta para el mejoramiento del bienestar de la población que es impactada por la Atención Primaria. Esta estrategia surge en España, específicamente en Aragón, con desarrollos que se evidencian en documentos desde 2016 con la conformación de un grupo técnico, el cuál sometió estos avances a retroalimentaciones con aportes entre agosto y noviembre de 2017. De igual manera se realizaron reuniones, grupos de trabajo y formaciones orientadas en el tema durante los años 2017 y 2018, publicando una Estrategia Temporal en el 2018, y ejecutando la experiencia definitiva en el 2019 (15).

El principal problema que aborda la estrategia es la necesidad de responder de manera integral a situaciones de salud y bienestar relacionadas con enfermedades crónicas, aislamiento social, malestar emocional, envejecimiento no saludable y otras problemáticas sociales que no requieren respuestas exclusivamente clínicas. Desde esta perspectiva, la estrategia reconoce que factores como la socialización, el fortalecimiento de habilidades emocionales, las redes de apoyo comunitario y la participación social pueden constituirse en elementos protectores para la salud física y mental de las personas (15).

El objetivo de la estrategia es fortalecer la atención comunitaria en salud mediante la articulación entre los equipos de atención primaria y los activos comunitarios existentes en el territorio, promoviendo mecanismos de recomendación que permitan mejorar el bienestar y la autonomía de las personas usuarias del sistema sanitario. De manera específica, la estrategia busca identificar recursos comunitarios disponibles, facilitar su acceso desde la atención primaria, fortalecer la participación comunitaria, reducir procesos de medicalización y generar mecanismos de coordinación intersectorial entre el sistema sanitario y los actores comunitarios (15).

Su población objetivo incluye personas atendidas en servicios de atención primaria que presentan necesidades asociadas a bienestar físico, emocional y social, especialmente personas con enfermedades crónicas, aislamiento social, malestar emocional y adultos mayores que podrían beneficiarse de recursos comunitarios relacionados con actividad física, envejecimiento saludable, socialización y fortalecimiento de habilidades personales y comunitarias.

En cuanto a los actores involucrados, la estrategia evidencia una importante articulación intersectorial y comunitaria. Participan profesionales de medicina, pediatría, enfermería, trabajo social, fisioterapia, y odontología, así como equipos de atención primaria, recursos comunitarios, salud pública y actores comunitarios presentes en el territorio. La estrategia promueve además la construcción de grupos de trabajo interdisciplinarios e intersectoriales para organizar y desarrollar los procesos de recomendación de activos comunitarios (15).

Los roles de los actores involucrados se organizan de manera colaborativa, teniendo en cuenta que los profesionales de atención primaria realizan procesos de valoración, entrevista motivacional y recomendación de activos comunitarios de forma conjunta con los pacientes, mientras que los recursos comunitarios y actores territoriales facilitan el acceso y desarrollo de actividades orientadas al fortalecimiento del bienestar. Asimismo, los equipos de Atención Primaria organizan mecanismos internos de coordinación y seguimiento para garantizar la continuidad del proceso de recomendación y acompañamiento comunitario.

Uno de los principales logros identificados en la estrategia es la consolidación de mecanismos de articulación entre atención primaria y activos sociales, facilitando alternativas de intervención no medicalizadas centradas en la promoción de la salud y el fortalecimiento comunitario. La estrategia permite además visibilizar activos comunitarios existentes, fortalecer procesos de participación social y generar herramientas de seguimiento y evaluación sobre la utilización y percepción de los recursos comunitarios por parte de la población usuaria.

Metodológicamente, la estrategia se estructura mediante varias etapas secuenciales orientadas a garantizar la adecuada organización, implementación y evaluación de la recomendación de activos comunitarios. La primera etapa corresponde a la preparación y contextualización, donde se conforman grupos de trabajo interdisciplinarios e

intersectoriales, se realiza análisis del contexto territorial y se definen objetivos, población y problemáticas priorizadas. Esta fase incluye además la generación de acuerdos entre equipos de atención primaria y recursos comunitarios antes de iniciar procesos formales de recomendación de activos (15).

Posteriormente, la estrategia contempla una fase de identificación y caracterización de actividades comunitarias utilizables, donde se elaboran listados de actividades existentes en la comunidad, se construyen criterios consensuados de selección y se desarrollan fichas y mapas de activos comunitarios. Los activos seleccionados son posteriormente visibilizados en un buscador de activos para facilitar su utilización desde atención primaria.

La fase de formalización de la conexión entre actividades comunitarias y centros de salud busca organizar los mecanismos operativos de articulación entre atención primaria y recursos comunitarios, estableciendo interlocutores, rutas de coordinación y procesos de derivación comunitaria. Posteriormente, en la fase de recomendación de activos, los profesionales de salud realizan procesos de acogida, valoración y recomendación individualizada mediante entrevistas motivacionales y selección conjunta de recursos comunitarios con los pacientes.

Finalmente, la estrategia incorpora una fase de seguimiento y evaluación orientada al monitoreo del grado de asistencia a las actividades comunitarias, satisfacción de los usuarios y percepción de mejoría por parte de los profesionales de salud. Este proceso incluye el uso de escalas tipo Likert, registros clínicos, comentarios de seguimiento y análisis de resultados que permitan identificar procesos de mejora y fortalecer la continuidad del trabajo intersectorial y comunitario (15).

Experiencia 2. Prescripción social basada en la naturaleza (PSBN) - Proyecto RECETAS

La experiencia de Prescripción Social Basada en la Naturaleza (PSBN), desarrollada en Cuenca (Ecuador) entre octubre de 2021 y mayo de 2023 en el marco del proyecto internacional RECETAS (Reimagining Environments for Connection and Engagement: Testing Actions for Social Prescribing in Natural Spaces), constituye una estrategia orientada a abordar la soledad en personas mayores mediante actividades comunitarias vinculadas con entornos naturales. El proyecto se desarrolló en un contexto en el que la soledad es reconocida como un fenómeno con efectos sobre la salud física y mental, asociado al aislamiento social, la reducción de redes de apoyo y la disminución de la participación comunitaria (17).

La iniciativa se fundamentó en los enfoques de prescripción social y soluciones basadas en la naturaleza, partiendo de la premisa de que el fortalecimiento de los vínculos sociales y la interacción con espacios naturales pueden contribuir al bienestar emocional, la inclusión social y la calidad de vida de las personas mayores. En el contexto latinoamericano, la

experiencia representó un ejercicio innovador, dado el limitado desarrollo de estrategias de este tipo para el abordaje de la soledad no deseada (17).

El objetivo de la estrategia fue co-crear un menú de actividades de prescripción social basada en la naturaleza que contribuyera a aliviar la soledad en personas mayores y, simultáneamente, desarrollar una metodología participativa susceptible de ser replicada en otros contextos. Más allá de implementar actividades específicas, la propuesta buscó generar conocimiento aplicable a futuras intervenciones de salud pública orientadas al envejecimiento y al fortalecimiento de la participación social (17).

Uno de los principales atributos de la experiencia fue su enfoque de co-creación. Las personas mayores participaron activamente en la identificación de necesidades, la definición de prioridades y el diseño de las actividades, dejando de ser receptoras pasivas de servicios para convertirse en agentes centrales del proceso. Este enfoque permitió incorporar conocimientos derivados de la experiencia cotidiana y adaptar las acciones a las características socioculturales del territorio (17).

La estrategia se sustentó en una estructura de trabajo intersectorial que articuló actores académicos, sanitarios, institucionales y comunitarios. La Universidad de Cuenca lideró el componente científico y metodológico, mientras que profesionales del sector salud, incluidos médicos, psicólogos y trabajadores sociales, aportaron en la identificación y acompañamiento de personas en situación de soledad. También participaron instituciones públicas como la administración del municipio de Cuenca, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y centros de atención a personas mayores, junto con organizaciones sociales y comunitarias que facilitaron la conexión con el territorio y las redes locales (17).

La planeación e implementación se desarrolló mediante un proceso participativo que involucró a 583 personas en 13 talleres colaborativos. Estos espacios permitieron identificar necesidades, reconocer recursos comunitarios y construir consensos sobre las actividades más pertinentes para fortalecer la socialización y el vínculo con la naturaleza. La metodología favoreció la articulación entre sectores y la construcción colectiva de soluciones frente a la soledad (17).

Como resultado, diseñaron un menú de 57 actividades organizadas en siete categorías, concebidas para promover la participación social, fortalecer las redes comunitarias y generar oportunidades de interacción significativa en entornos naturales (17). Además del desarrollo de este portafolio de actividades, uno de los principales logros fue la consolidación de una metodología participativa transferible a otros contextos interesados en implementar estrategias de prescripción social basada en la naturaleza.

La experiencia reportó mejoras en el bienestar emocional, la socialización y la percepción de salud de las personas participantes, así como un fortalecimiento de las redes de apoyo

comunitario. Asimismo, la experiencia identificó beneficios percibidos relacionados con la ampliación de oportunidades de interacción social y el fortalecimiento de los vínculos comunitarios.

La documentación disponible no evidencia la existencia de un sistema formal de monitoreo basado en indicadores de impacto o de seguimiento longitudinal, por lo que los resultados reportados se concentran principalmente en logros de proceso, participación y percepción de bienestar (17).

Experiencia 3. Estrategia para la prevención y el abordaje de la soledad no deseada en España

La Estrategia para la Prevención y el Abordaje de la Soledad No Deseada en Cantabria (España, 2024–2028) constituye una política pública regional orientada a la construcción de comunidades inclusivas que promuevan la conexión social, el cuidado mutuo y la generación de relaciones significativas. Su propósito central es fortalecer entornos sociales que favorezcan vínculos interpersonales sanos y duraderos, reconociendo la soledad no deseada como un fenómeno complejo que requiere respuestas integrales desde el sistema de servicios sociales, el sector comunitario y las organizaciones de la sociedad civil (16).

La estrategia se fundamenta en un diagnóstico territorial que identifica la soledad no deseada como un problema asociado a factores estructurales como el envejecimiento poblacional, la dispersión territorial, la ruralidad, la dependencia funcional y la fragmentación de redes sociales. Desde este enfoque, la soledad se aborda como un fenómeno sistémico que requiere una respuesta transversal, preventiva y articulada entre sectores (16).

En términos de planeación, la estrategia se estructura en ejes estratégicos que organizan su intervención: la prevención y sensibilización social, la detección y acompañamiento de situaciones de soledad, la coordinación del trabajo en red entre actores institucionales y comunitarios, y la generación de conocimiento para orientar la toma de decisiones. Esta arquitectura permite pasar de intervenciones aisladas a un modelo de política pública estructurada con una hoja de ruta definida para el periodo 2024–2028 (16).

Uno de los elementos centrales de la estrategia es su modelo de gobernanza, caracterizado por una coordinación multinivel entre instituciones públicas, entidades del tercer sector y organizaciones comunitarias. La Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad del Gobierno de Cantabria asume el liderazgo institucional, articulando su acción con organizaciones como Cruz Roja, el Teléfono de la Esperanza, asociaciones de desarrollo rural, la Red Cántabra de Desarrollo Rural, UNATE y la Fundación Patronato Europeo de Mayores, entre otras (24). Este esquema consolida una gobernanza institucionalizada en red, con roles definidos y responsabilidades compartidas en la implementación territorial.

La estrategia se apoya en dispositivos existentes del sistema de servicios sociales que cumplen funciones clave de detección, atención y acompañamiento. Entre ellos se encuentran el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAAD) y la Teleasistencia, los cuales permiten identificar situaciones de riesgo mediante el contacto continuo con la población atendida (24). Asimismo, los centros sociales para personas mayores actúan como nodos comunitarios de participación, ofreciendo actividades culturales, recreativas y servicios de apoyo que fortalecen la integración social.

En su implementación, la estrategia articula programas e iniciativas orientadas a la construcción de redes sociales de apoyo y a la reducción del aislamiento. Destacan iniciativas como el programa “Viernes”, la red “Enrédate” impulsada por Cruz Roja, el voluntariado “Jóvenes Manía”, el proyecto “Puente Viesgo Amigable”, el servicio multicanal “Te Acompaña” y la creación de espacios comunitarios co-diseñados con personas mayores (24). Entre estos, sobresale un centro comunitario desarrollado con participación de personas mayores, actualmente utilizado de forma regular y concebido como un espacio de cogestión orientado a la convivencia y la participación social.

La estrategia incorpora además un sistema de seguimiento basado en indicadores de implementación y monitoreo de acciones, orientado a evaluar el avance de los objetivos definidos en la hoja de ruta. Este sistema permite observar el desarrollo de los programas, el alcance territorial de las intervenciones y la cobertura de los servicios. Sin embargo, la evaluación de impacto a largo plazo sobre la reducción de la soledad no deseada se presenta como un ámbito en desarrollo dentro de la estrategia.

Finalmente, la iniciativa incorpora una dimensión de generación de conocimiento orientada a fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia, mediante la sistematización de experiencias y el análisis de la implementación. Aunque no se detallan mecanismos específicos de sostenibilidad financiera o institucional, la estrategia apuesta por la consolidación de redes intersectoriales, el fortalecimiento de capacidades locales y la integración de actores existentes del sistema de servicios sociales como base para su sostenibilidad en el tiempo.

En conjunto, la experiencia de Cantabria constituye un referente de política pública intersectorial estructurada, que combina planificación estratégica, gobernanza institucionalizada y despliegue territorial de servicios para el abordaje de la soledad no deseada. Su principal aporte radica en la articulación de un modelo de intervención por ejes estratégicos que integra prevención, detección, coordinación intersectorial y producción de conocimiento en un mismo marco de acción pública.

Experiencia 4. Una sociedad conectada

La estrategia Una sociedad conectada del Reino Unido, implementada desde 2018, constituye una política pública nacional orientada a abordar la soledad como un problema social, de salud pública y de cohesión comunitaria. Su enfoque parte del reconocimiento de la soledad como un fenómeno complejo que requiere una respuesta sistémica, basada en la articulación intersectorial, la producción de evidencia y la transformación de la acción gubernamental para incorporar de manera transversal la dimensión relacional en la formulación de políticas públicas (18).

La estrategia se estructura en tres objetivos centrales: construir una base sólida de evidencia sobre la soledad, promover un cambio duradero en la forma en que opera el gobierno para que la soledad y las relaciones sociales se integren de manera sistemática en la formulación de políticas, y catalizar un diálogo nacional sobre la soledad a partir del trabajo previo de la Comisión Jo Cox y otras iniciativas de la sociedad civil (18). Estos objetivos reflejan un enfoque de política pública orientado no solo a la intervención directa, sino también a la transformación institucional y cultural del Estado.

Uno de los elementos más relevantes de la estrategia es su modelo de gobernanza intersectorial, caracterizado por la colaboración entre el gobierno central y el Grupo de Acción contra la Soledad, una alianza conformada por más de 40 organizaciones. Esta red incluye organizaciones benéficas, empresas, líderes del sector público, centros de investigación, autoridades locales, organizaciones sanitarias, actores del sector empresarial, grupos religiosos y ciudadanía. A nivel gubernamental, la estrategia involucra de manera transversal múltiples departamentos, entre ellos el Departamento de Transporte, el Departamento de Educación, el Departamento de Trabajo y Pensiones, el Departamento de Negocios, Energía e Industria y el Departamento de Medio Ambiente, Alimentación y Asuntos Rurales (18). Esta configuración evidencia un modelo de intersectorialidad de alto nivel, donde la acción sobre la soledad se integra en múltiples sectores del Estado.

En términos de implementación, la estrategia combina acciones nacionales con intervenciones territoriales y comunitarias. Entre los desarrollos más relevantes se encuentra la adaptación de políticas de transporte para mejorar la conectividad social y facilitar el acceso de las personas a sus comunidades, reconociendo la movilidad como un determinante clave de la inclusión social (18). Asimismo, se destacan procesos de sensibilización dirigidos a diferentes grupos etarios, especialmente niños y jóvenes, con el fin de promover la comprensión de la soledad y fortalecer el apoyo en salud mental, incluyendo la formación de profesionales para la atención de necesidades psicosociales en entornos educativos.

La estrategia se apoya además en una tradición consolidada de participación ciudadana y voluntariado en el Reino Unido, donde una proporción significativa de la población participa regularmente en actividades comunitarias. En este marco, el gobierno ha impulsado la formación de miles de organizadores comunitarios, quienes han trabajado en la identificación

de problemáticas locales, el fortalecimiento de capacidades comunitarias y el desarrollo de proyectos de base en distintos territorios (18). Estas iniciativas reflejan un enfoque de movilización social orientado a fortalecer el capital social y la acción comunitaria como respuesta a la soledad.

A nivel local, la estrategia se materializa en campañas como “In Good Company” en Norfolk, orientada a promover el mensaje de que ninguna persona debería experimentar la soledad de manera involuntaria. Esta campaña busca movilizar la acción comunitaria, visibilizar el trabajo local existente y fortalecer estándares de calidad en las intervenciones mediante mecanismos de reconocimiento y articulación de iniciativas territoriales (18).

La estrategia Una sociedad conectada se fundamenta en tres pilares interrelacionados: la producción de evidencia, la transversalización de la soledad en la acción gubernamental y la movilización del diálogo público nacional. Este enfoque permite consolidar una respuesta integral que combina políticas públicas intersectoriales, acciones comunitarias y transformación institucional del Estado.

En relación con los mecanismos de seguimiento, financiamiento y sostenibilidad, la estrategia evidencia un modelo de implementación descentralizado, en el cual la responsabilidad de ejecución y monitoreo se distribuye entre distintos departamentos gubernamentales y niveles territoriales, sin la existencia de un presupuesto unificado ni un sistema centralizado de evaluación. El seguimiento se realiza principalmente a través de la rendición de cuentas sectorial y del reporte de avances en iniciativas específicas, mientras que los indicadores disponibles se concentran en aspectos de cobertura, participación y desarrollo de programas, más que en mediciones de impacto directo sobre la reducción de la soledad. En este marco, la sostenibilidad de la estrategia no depende de un financiamiento único, sino de su institucionalización como enfoque transversal de política pública (*mainstreaming*), mediante el cual la soledad se integra de forma sistemática en múltiples sectores del Estado, incluyendo transporte, educación, trabajo y medio ambiente (18).

Desde la perspectiva de la intersectorialidad, la experiencia del Reino Unido constituye un modelo avanzado de gobernanza multinivel, en el que la soledad es abordada como un problema estructural que requiere coordinación entre múltiples departamentos gubernamentales, sectores sociales y actores comunitarios. Su principal aporte radica en la institucionalización de la soledad como un eje transversal de política pública, así como en la articulación entre evidencia científica, acción gubernamental y participación ciudadana para la transformación de las condiciones sociales que la generan (18).

1.4.2.1.2. Análisis de criterios técnicos y operativos

Con el fin de identificar los elementos comunes y diferenciales presentes en las experiencias intersectoriales priorizadas para la soledad no deseada vejez y envejecimiento, se construyó una matriz de análisis basada en criterios considerados fundamentales para el diseño, implementación y sostenibilidad de este tipo de estrategias. Para cada experiencia se valoró el cumplimiento de los criterios mediante una escala cualitativa de tres categorías: Cumple (C), cuando el criterio se encontraba explícitamente desarrollado; Parcialmente cumple (P), cuando se evidenciaban algunos elementos asociados; y No cumple (N), cuando no se identificaron evidencias suficientes para determinar su cumplimiento. A continuación, se presentan los hallazgos de cada experiencia, destacando sus principales fortalezas y oportunidades de mejora en relación con los criterios analizados.

Tabla 2. Valoración de criterios técnicos operativos las estrategias intersectoriales en Vejez y Soledad no deseada.

C: Cumple - P: Parcialmente - N: No cumple E: Experiencia de estrategia intersectorial. E1: Estrategia Atención Comunitaria en Atención Primaria E2: Prescripción social basada en la naturaleza (PSBN) – Proyecto RECETAS E3: Estrategia para la prevención y el abordaje de la soledad no deseada en España. E4: Una sociedad conectada				
Criterio	E1	E2	E3	E4
Gobernanza i	C	C	C	C
Participación social	C	C	C	C
Concertación y toma de decisiones conjunta	C	C	C	P
Voluntad Política	N	P	C	C
Planeación conjunta	C	C	C	C
Seguimiento y evaluación conjunta	C	P	P	P
Financiamiento compartido	N	P	P	C
Monitoreo e indicadores	C	P	P	P
Sostenibilidad	C	P	P	C

Fuente: Elaboración propia; equipo de Análisis de las Políticas y Acciones para la Salud Pública en el marco de la Gestión Territorial de las Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá- mayo 2026.

La Estrategia Atención comunitaria en Atención Primaria cumple en la mayoría de los criterios para la construcción de una estrategia intersectorial, dentro de los hallazgos se observa el cumplimiento de criterios estructurales como la gobernanza intersectorial, la participación social, la concertación, toma de decisiones conjunta, la planeación compartida, el

seguimiento y evaluación conjunta y el monitoreo. Estos resultados reflejan una estrategia que ha logrado desarrollar la gobernanza en perspectiva de fortalecimiento de articulación entre actores y sectores, favoreciendo una respuesta integral frente a la problemática de la soledad no deseada. En cuanto a los criterios de voluntad política y financiamiento compartido no cumple con la descripción planteada en la tabla, por lo que esta estrategia podría ser potenciada por los diferentes gobiernos desde una perspectiva política y con la intención clara de otros sectores para compartir el recurso fiscal para fortalecer la apuesta intersectorial.

La experiencia de Prescripción Social Basada en la Naturaleza desarrollada en Ecuador se caracteriza por un modelo de intersectorialidad fuertemente centrado en la participación social y la co-creación como eje estructurante de la intervención. La estrategia evidencia una gobernanza colaborativa en la que actores académicos, del sector salud, instituciones públicas, organizaciones comunitarias y personas mayores participan activamente en la construcción de las acciones, especialmente a través de procesos deliberativos como talleres y espacios de diseño colectivo. Este enfoque se traduce en una toma de decisiones conjunta de carácter participativo, aunque en el marco de un proyecto de investigación sin institucionalización estatal plena. En términos de planeación, la estrategia destaca por su carácter metodológicamente estructurado desde lo participativo, pero con limitaciones en su formalización como política pública. El seguimiento y la evaluación se centran en indicadores de proceso y percepción de bienestar, sin un sistema robusto de medición de impacto. Asimismo, el financiamiento responde a un esquema de proyecto de investigación internacional, sin mecanismos de cofinanciación intersectorial, lo que condiciona su sostenibilidad a la replicabilidad metodológica y al fortalecimiento de redes comunitarias más que a su institucionalización estructural.

La estrategia de Cantabria representa un modelo de intersectorialidad de carácter institucionalizado a nivel regional, en el que la gobernanza se estructura a partir de una arquitectura pública formal liderada por la Consejería de Inclusión Social, con participación articulada de actores del tercer sector, organizaciones comunitarias y dispositivos del sistema de servicios sociales. A diferencia de modelos más experimentales, esta experiencia se sustenta en una planeación estructurada por ejes estratégicos y una hoja de ruta definida para el periodo 2024–2028, lo que le otorga un carácter programático y operativo. La participación social se integra tanto en la provisión de servicios como en la cogestión de espacios comunitarios, mientras que la concertación intersectorial se expresa en la coordinación entre múltiples actores con responsabilidades diferenciadas. La estrategia incorpora mecanismos de seguimiento mediante indicadores de implementación, aunque con un desarrollo aún limitado en la evaluación de impacto. En términos de financiamiento, se observa una lógica de uso compartido de recursos existentes del sistema de servicios sociales y organizaciones participantes, sin un esquema formalizado de cofinanciación intersectorial. Su sostenibilidad se apoya principalmente en la consolidación de redes

institucionales y comunitarias, así como en la integración de dispositivos ya existentes, lo que refuerza su carácter de política pública territorial.

La estrategia del Reino Unido constituye un modelo avanzado de intersectorialidad basado en la transversalización del problema de la soledad en la estructura del Estado, a través de un enfoque de mainstreaming que integra la dimensión relacional en múltiples sectores de política pública. Su gobernanza se caracteriza por una articulación multinivel entre el gobierno central, múltiples departamentos ministeriales y una amplia red de más de cuarenta organizaciones del sector social, comunitario, académico y privado, lo que configura un modelo de acción pública altamente distribuido. La toma de decisiones se estructura de manera intersectorial, aunque con liderazgo central del gobierno nacional, lo que sitúa la concertación en un nivel más coordinado que deliberativo. La estrategia se fundamenta en tres pilares: producción de evidencia, transformación de la acción gubernamental y movilización del diálogo público, lo que refleja una planeación orientada al cambio sistémico del Estado más que a la ejecución de programas aislados. El seguimiento se realiza de manera descentralizada a través de distintos departamentos, con indicadores principalmente de cobertura y ejecución, sin un sistema centralizado de evaluación de impacto. El financiamiento se integra en presupuestos sectoriales existentes, lo que refuerza su lógica de sostenibilidad institucional basada en la incorporación estructural del tema en todas las políticas públicas, más que en la creación de un programa específico. En este sentido, su principal fortaleza radica en la capacidad de institucionalizar la soledad como un eje transversal de la acción estatal.

1.4.2.2. Prevención consumo SPA – NNA

1.4.2.2.1. Descripción de Experiencias

Experiencia 1. Programa Familias Fuertes: Amor y Límites

Este programa corresponde a una estrategia de prevención primaria orientada al fortalecimiento de factores protectores familiares y comunitarios para prevenir conductas de riesgo en adolescentes, particularmente el consumo de SPA, la violencia y otras prácticas que afectan la salud y el bienestar juvenil. La experiencia ha sido implementada en distintos países de América Latina, entre ellos Colombia, Perú, El Salvador, Chile y Honduras, bajo el acompañamiento técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (19).

Corresponde a una adaptación latinoamericana del programa estadounidense Strengthening Families Program (SFP 10-14), desarrollado originalmente por la Universidad Estatal de Iowa como parte de investigaciones financiadas por el National Institute on Drug Abuse. Posteriormente, la OPS adaptó el modelo al contexto sociocultural latinoamericano,

incorporando modificaciones en lenguaje, materiales pedagógicos y representación de las dinámicas familiares propias de la región (19).

El problema principal que aborda la estrategia es el incremento temprano de conductas de riesgo en adolescentes, especialmente el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas. El programa parte del reconocimiento de la familia como un determinante fundamental en la salud y el desarrollo de niños, niñas y adolescentes, planteando que las dificultades en la comunicación familiar, los estilos de crianza inconsistentes y el debilitamiento de los vínculos afectivos pueden favorecer la aparición de conductas de riesgo (19).

En este sentido, el objetivo general de la estrategia es “mejorar la salud y el desarrollo de los adolescentes y prevenir las conductas de riesgo a través del fomento de la comunicación entre padres e hijos”. De manera específica, busca fortalecer habilidades parentales, mejorar la comunicación intrafamiliar, consolidar vínculos afectivos y promover entornos protectores que favorezcan el desarrollo saludable de adolescentes (19).

La población objetivo está conformada por padres, madres, cuidadores y adolescentes entre 10 y 14 años. El programa reconoce explícitamente la diversidad de estructuras familiares presentes en América Latina, incluyendo familias nucleares, extensas, monoparentales y otras configuraciones familiares. Asimismo, prioriza familias que mantienen cierto nivel de funcionalidad y que pueden beneficiarse de intervenciones preventivas antes de la consolidación de conductas de riesgo más complejas (19).

En cuanto a los actores involucrados, la estrategia evidencia una fuerte articulación intersectorial, participan ministerios de salud, otras entidades gubernamentales, instituciones educativas, ONG, comunidad y organismos internacionales como la OPS/OMS. Dependiendo del país, la implementación puede ser liderada por ministerios de salud, entidades rectoras en prevención del consumo de drogas, municipios, iglesias u ONG como Save the Children (19).

Los roles de los actores involucrados están definidos mediante una estructura escalonada de recursos humanos que incluye entrenadores, capacitadores y facilitadores. Los entrenadores certificados por la OPS son responsables de formar y supervisar capacitadores; los capacitadores entrenan facilitadores y realizan acompañamiento técnico; y los facilitadores implementan directamente las sesiones con las familias. En la práctica, los facilitadores suelen ser psicólogos, trabajadores sociales o educadores con experiencia en trabajo comunitario y familiar (19).

Respecto a los logros, la evidencia reportada muestra resultados positivos tanto a nivel individual como familiar y comunitario. Diversos estudios demostraron reducción en el consumo de alcohol, tabaco y otras SPA, disminución de conductas violentas y reducción de

prácticas sexuales de riesgo en adolescentes. Igualmente, se reportaron mejoras en la comunicación familiar, fortalecimiento de estilos de crianza, desarrollo de habilidades sociales y fortalecimiento de factores protectores. Vale la pena aclarar que, en gran medida, los resultados dependen de una correcta implementación del programa, por lo que la OPS se asegura de que antes de compartir los materiales o comenzar con la formación de recursos humanos, se requiere un plan de gestión y aplicación por parte del gobierno o agencia que esté interesado en implementar el programa (19).

Uno de los aspectos más relevantes de la estrategia es que sus efectos se mantienen e incluso aumentan en el tiempo. Estudios longitudinales realizados en Iowa demostraron disminución sostenida en el uso de metanfetaminas y otras sustancias hasta seis años después de la intervención. Asimismo, análisis de costo-beneficio identificaron que cada dólar invertido en el programa puede generar retornos superiores a siete dólares en reducción de costos futuros asociados a consumo de sustancias y delincuencia (19).

Metodológicamente, el programa se estructura como una intervención preventiva breve y altamente protocolizada. La estrategia se desarrolla mediante varias fases secuenciales e interdependientes orientadas a garantizar la adecuada implementación y sostenibilidad de la intervención.

La fase de planificación contempla la identificación del problema a intervenir, la definición de objetivos, la articulación institucional, la asignación de recursos humanos y financieros, así como la definición de la población objetivo y los mecanismos de coordinación intersectorial. Esta fase busca asegurar que la estrategia responda a las necesidades del territorio y cuente con condiciones operativas para su ejecución (19).

Posteriormente, la fase de preparación incluye la organización logística y técnica requerida para el desarrollo del programa, especialmente la identificación y capacitación de recursos humanos, la definición de espacios físicos, cronogramas y materiales necesarios para las sesiones. En esta etapa se consolidan además las alianzas institucionales y comunitarias necesarias para apoyar el desarrollo de la intervención.

La fase de reclutamiento de familias consiste en la convocatoria y selección de familias con adolescentes entre 10 y 14 años que cumplan criterios específicos de participación, priorizando familias con posibilidades de fortalecer factores protectores antes de la consolidación de conductas de riesgo más complejas. El programa busca conformar grupos de entre 10 y 15 familias y promueve la permanencia durante todo el proceso de intervención (19).

La capacitación de facilitadores corresponde a un componente central para garantizar la fidelidad metodológica del programa. Esta fase incluye procesos estandarizados de formación, certificación y acompañamiento técnico dirigidos a entrenadores, capacitadores y

facilitadores, quienes adquieren competencias para desarrollar las sesiones, manejar dinámicas grupales y realizar seguimiento a las familias participantes.

La fase de implementación comprende el desarrollo de siete sesiones semanales de aproximadamente dos horas de duración. Las sesiones se organizan temáticamente en torno a componentes como establecimiento de límites, comunicación familiar, afrontamiento del estrés, manejo de presión de grupo y prevención de conductas de riesgo. El programa incorpora metodologías participativas y experienciales, incluyendo dramatizaciones, juegos de roles, trabajo colaborativo, videos educativos y ejercicios familiares (19).

Por su parte, el seguimiento busca mantener el acompañamiento a las familias y verificar la continuidad de los aprendizajes desarrollados durante la intervención. Este proceso incluye monitoreo de participación, fortalecimiento de redes de apoyo y acompañamiento técnico a los facilitadores.

Finalmente, la fase de evaluación contempla la aplicación de instrumentos antes y después de la intervención para medir cambios en comunicación familiar, habilidades parentales y conductas de riesgo. Adicionalmente, el programa incorpora evaluaciones de seguimiento a mediano y largo plazo, así como mecanismos de control de fidelidad metodológica orientados a verificar que la intervención conserve los componentes esenciales del modelo original basado en evidencia (19).

Experiencia 2. Marco técnico de acción para la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito universitario

Corresponde a una estrategia desarrollada en Colombia por el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), con apoyo técnico del Observatorio Javeriano de Juventud y la Asociación Colombiana de Universidades (ASCUN). La estrategia se enmarca en el Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021 y se articula con la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Asimismo, se plantea como complementaria a la estrategia de Zonas de Orientación Universitaria (ZOU) impulsada por el Ministerio de Salud y Protección Social desde enfoques de trabajo comunitario, redes de apoyo, inclusión social y reducción de riesgos y daños (20).

El problema central que aborda la experiencia es la alta vulnerabilidad de la población universitaria frente al consumo de SPA, especialmente en jóvenes, reconociendo altas prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, LSD y otras sustancias en estudiantes universitarios colombianos, así como factores asociados relacionados con

presión social, problemáticas familiares, dificultades psicoafectivas, normalización del consumo y facilidad de acceso a las sustancias.

Frente a ello, la estrategia propone una comprensión amplia y multicausal del fenómeno, alejándose de enfoques exclusivamente punitivos y orientándose hacia un paradigma preventivo, interdisciplinario y centrado en las personas, incorporando acciones de promoción de la salud, fortalecimiento de habilidades para la vida, inclusión social, enfoque de derechos y reducción del estigma. En este sentido, el marco técnico no se limita a estrategias de prevención universal, sino que integra acciones de prevención selectiva e indicada, así como estrategias de mitigación, reducción de riesgos y reducción de daños dirigidas tanto a población general como a grupos con mayor vulnerabilidad o consumo activo de SPA (20). El objetivo general del marco técnico es:

“Reducir la vulnerabilidad relacionada con los riesgos para el consumo problemático de SPA, legales e ilegales, en los estudiantes y los miembros de la comunidad universitaria en general, mediante el fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional y comunitaria centrada en la promoción de la salud, la auto regulación y la inclusión social”.

A partir de este objetivo, la estrategia busca fortalecer la capacidad institucional de las universidades para desarrollar acciones de prevención universal, selectiva e indicada, así como procesos de mitigación y reducción de riesgos y daños (20).

La población objetivo corresponde a toda la comunidad universitaria: estudiantes, docentes, directivos, personal administrativo y familias. Sin embargo, el documento hace énfasis en jóvenes universitarios con mayor vulnerabilidad o exposición a factores de riesgo, así como en grupos con consumo activo o problemático de SPA.

En relación con los actores involucrados, la estrategia evidencia un importante componente intersectorial e interinstitucional. Participan entidades gubernamentales como el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Salud; organismos internacionales como UNODC; universidades públicas y privadas; ASCUN; equipos técnicos de investigación; profesionales de bienestar universitario; docentes; colectivos estudiantiles; organizaciones sociales y redes territoriales (20).

El documento también plantea la necesidad de construir coaliciones promotoras, entendidas como asociaciones formales de actores de diversa procedencia que desarrollan líneas de acción conjunta para la prevención y mitigación del consumo de SPA en los territorios y universidades. Estas coaliciones incluyen universidades, sectores educativos, organizaciones juveniles, sector salud, entidades territoriales y redes comunitarias, con el propósito de fortalecer la gobernanza y sostenibilidad de las acciones (20).

En cuanto a los logros de la estrategia, el principal aporte corresponde a la construcción de un marco técnico integral y estructurado para orientar programas universitarios de prevención y mitigación del consumo de SPA. El documento incorpora herramientas metodológicas específicas para diagnóstico, identificación de actores, conformación de coaliciones promotoras, implementación de programas y evaluación de resultados. Asimismo, consolida un enfoque de prevención basado en evidencia, participación comunitaria, fortalecimiento institucional y articulación intersectorial.

Otro aspecto relevante es la incorporación explícita de enfoques de reducción de riesgos y daños, inclusión social y mitigación, reconociendo que no todas las estrategias deben orientarse exclusivamente a la abstinencia, sino también a la disminución de daños asociados al consumo. Igualmente, la estrategia fortalece la capacidad institucional de las universidades para desarrollar procesos sostenidos de seguimiento, monitoreo y evaluación (20).

No obstante, el documento no reporta resultados cuantitativos consolidados relacionados con disminución del consumo o reducción de daños en población universitaria, dado que su principal énfasis se centra en la construcción de capacidades institucionales, lineamientos técnicos y herramientas metodológicas para la implementación y sostenibilidad de estrategias preventivas e intersectoriales en el ámbito universitario.

Metodológicamente, la estrategia plantea que cada universidad debe diseñar un plan de acción propio, ajustado a sus dinámicas institucionales, recursos, población y contexto territorial, inicia con una fase de diagnóstico y caracterización del contexto, orientada a identificar condiciones de vulnerabilidad, patrones de consumo, factores de riesgo y recursos institucionales disponibles. Para ello, el marco técnico propone herramientas de línea de base y análisis de contexto que permitan comprender las dinámicas específicas del consumo de SPA dentro de cada universidad (20).

Posteriormente, se desarrolla la fase de planeación y organización institucional, en la cual se conforman equipos interdisciplinarios responsables de liderar el programa desde áreas como bienestar universitario, desarrollo humano o promoción de la salud. Esta fase incluye además la definición de políticas institucionales, mecanismos de coordinación, recursos necesarios y articulación con actores territoriales e intersectoriales (20).

Luego se incorpora una fase de movilización social y participación comunitaria, mediante la conformación de coaliciones promotoras y redes interuniversitarias orientadas a fortalecer la acción colectiva frente al consumo de SPA. En esta etapa se promueve el empoderamiento juvenil, la participación de estudiantes y el fortalecimiento de alianzas entre universidades, comunidades, sector salud, familias y organizaciones territoriales.

La fase de implementación programática contempla el desarrollo de las acciones, entre las que se proponen campañas de comunicación, formación en habilidades para la vida, procesos de sensibilización, acompañamiento psicosocial, actividades culturales y deportivas, estrategias de autocuidado, tamizajes, identificación temprana de casos y rutas de atención para situaciones de consumo problemático (20).

En cuanto a la temporalidad, el documento establece que los programas deben implementarse a largo plazo y recomienda una duración mínima de tres años para lograr efectos sostenidos. Durante este periodo deben desarrollarse fases de diagnóstico inicial, identificación de actores, planeación, implementación, seguimiento periódico y evaluación final del programa.

Finalmente, la estrategia incorpora el componente de seguimiento y evaluación continua, entendido como un proceso permanente de monitoreo, retroalimentación y ajuste de las acciones implementadas. El documento señala que la evaluación permite corregir, fortalecer o reformular las intervenciones según los resultados obtenidos y enfatiza la necesidad de integrar investigación, teoría y práctica dentro de los procesos preventivos. Asimismo, el modelo incorpora mecanismos participativos de monitoreo y evaluación que incluyen consulta a expertos, seguimiento institucional y valoración de resultados en las comunidades universitarias (20).

Experiencia 3. Programa De Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas para la Infancia YOMI VIDA

La estrategia YOMI VIDA es una propuesta integral de prevención orientada al fortalecimiento de factores protectores en niños, niñas, adolescentes y sus entornos familiares, escolares y comunitarios y la promoción de estilos de vida saludables, el desarrollo de habilidades para la vida y el fortalecimiento de los procesos de autocuidado que contribuyen a prevenir el consumo de SPA y otras situaciones de riesgo psicosocial. El nombre de la estrategia permite generar juegos pedagógicos desde la reflexión de cada participante con su propio ser y con las relaciones que establece: "yo" y "mis gustos, mis intereses, mi crecimiento, mis sueños, mis metas, mis relaciones, mi entorno, mi vida" (21).

Esta estrategia reconoce que el desarrollo saludable de la infancia, la adolescencia y la juventud depende no solo de las decisiones individuales, sino también de las condiciones individuales, emocionales, familiares, educativas y comunitarias que rodean a la persona. Por ello, YOMI VIDA impulsa acciones pedagógicas, participativas y preventivas que favorecen la construcción de proyectos de vida, el fortalecimiento de vínculos afectivos y la generación de entornos protectores a través del trabajo articulado con instituciones educativas, familias, profesionales de la salud y actores comunitarios; todo ello con la mirada puesta en la creación de una cultura de prevención basada en el respeto, la inclusión, la

participación y el bienestar integral, contribuyendo así al desarrollo social y emocional de las comunidades (21).

Es de mencionar que el programa fue desarrollado por la Corporación Surgir, organización colombiana con sede en Medellín que ha liderado más de 200 proyectos de prevención y mitigación del consumo de drogas en los 32 departamentos de Colombia. En 2010, YOMI VIDA obtuvo el primer lugar del Premio Germán Saldarriaga del Valle otorgado por la Corporación de Fomento Cívico y Cultural, en la categoría de programas de salud pública con objetivo de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

El programa YOMI VIDA nace como respuesta a una problemática compleja, multicausal y profundamente enraizada en el contexto socioeconómico colombiano: el consumo temprano de SPA en la infancia y la adolescencia.

El programa YOMI VIDA apuesta por una prevención integral temprana del consumo de SPA en la población infantil y joven, para lo cual intenta fomentar estilos de vida saludables como mecanismos protectores ante el consumo temprano. Su propósito central es impulsar el bienestar en la infancia para que los niños y niñas desarrollen habilidades y herramientas que les permitan tomar decisiones saludables. En este sentido, la adquisición de estilos saludables de vivir, se presenta como un elemento protector dentro del programa frente al inicio temprano del consumo de SPA. El objetivo del programa intenta de manera anticipada y formativa construir desde edades tempranas bases individuales (identidad, autocuidado, habilidades, etc.) y colectivas (relaciones familiares, sociales, escolares y comunitarias) para que las personas sean menos propensas al consumo y las adicciones (21).

La metodología que aborda el programa se sustenta en un conjunto de teorías científicas que explican el consumo de sustancias: la teoría de escalada, que muestra la relación entre el inicio de drogas legales y su paso a las ilegales; el modelo de habilidades generales, basado en la idea de que la falta de una habilidad aumenta el riesgo de consumo; y por último, la teoría de habilidades para la vida de la OMS, basada en conceptos como en el aprendizaje, la influencia, la inteligencia, la resiliencia, el constructivismo, entre otros.

El programa está diseñado en dos módulos, uno para primera infancia, con enfoque de desarrollo integral y promoción de estilos de vida, y otro para población escolar, con enfoque formativo y pedagógico. De esta forma, el programa tiene 4 componentes que se articulan de manera integrada: la formación a docentes, la formación a padres y madres, el trabajo pedagógico con niños y niñas, la entrega de material pedagógico para instalar capacidad y garantizar continuidad en las instituciones educativas.

A manera de síntesis, la metodología combina la estrategia lúdico-pedagógica con un sólido sustento teórico internacional para alcanzar conocimiento y aprendizaje significativos en los niños (21).

El programa YOMI VIDA comenzó a desarrollarse en Colombia entre los años 2003 y 2004, bajo el liderazgo de la Corporación Surgir como una estrategia de prevención temprana del consumo de SPA en niños y niñas. A continuación, se presenta la línea de tiempo de su implementación:

3

El programa YOMI VIDA no hace referencia a ningún modelo de atención en salud implementado en otros países; hace alusión principalmente a un modelo de salud pública preventiva y comunitaria, con enfoque de promoción de la salud y prevención del riesgo en infancia y adolescencia con una base conceptual que se relaciona con varios enfoques de salud, entre los cuales están la promoción de la salud, inspirado en los principios de la OMS, la prevención comunitaria, los factores de riesgo y protección y el modelo biopsicosocial que comprende factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales (21).

En el programa YOMI VIDA participaron diversos actores institucionales y comunitarios que trabajaron de manera articulada para fortalecer la prevención del consumo de SPA y la promoción de entornos saludables para la infancia. Entre los actores institucionales están la corporación Surgir como actor líder y diseñador del programa (encargada de coordinación técnica, la formación, el acompañamiento pedagógico y la implementación comunitaria), las instituciones educativas (docentes, directivos, orientadores y comunidad académica en general), gobiernos locales y entidades públicas (alcaldías, secretarías de salud y secretarías de educación), Ministerio de Protección Social y organismos de cooperación y financiación. Por su parte, entre los actores comunitarios, participaron líderes comunitarios, niños, niñas y adolescentes como protagonistas del proceso y receptores de las actividades pedagógicas, igualmente redes de apoyo comunitario (organizaciones sociales, redes barriales, etc.) y profesionales del sector salud (psicólogos, trabajadores sociales y profesionales comunitarios) (21).

La población a la cual estuvo dirigido el programa YOMI VIDA hizo parte de diferentes escenarios como escuelas, familias, comunidades y territorios urbanos y rurales; a continuación, se especifican los actores centrales del programa:

Niños y niñas entre los 3 y 12 años, considerados población prioritaria para la prevención temprana del consumo de SPA; adolescentes y jóvenes en contextos escolares y comunitarios; familias y cuidadores, como actores fundamentales en la formación de entornos protectores; docentes y agentes educativos, encargados de fortalecer procesos preventivos dentro de las instituciones educativas; líderes comunitarios y mediadores sociales, que apoyaban las acciones de promoción y prevención en los territorios (21).

El programa YOMI VIDA logró consolidarse como una estrategia de prevención temprana reconocida por su impacto en el fortalecimiento de factores protectores en niños, niñas, adolescentes y comunidades vulnerables. Entre sus principales logros se destacan:

Fortalecimiento de habilidades para la vida en niños, niñas y adolescentes, promoviendo el autocuidado, la autoestima, la toma de decisiones y la resolución pacífica de conflictos; prevención del consumo temprano de sustancias psicoactivas mediante acciones pedagógicas, lúdicas y comunitarias orientadas a la promoción de estilos de vida saludables; Formación de docentes y mediadores sociales, quienes adquirieron herramientas para identificar factores de riesgo y desarrollar procesos preventivos dentro de las instituciones educativas; Vinculación activa de las familias y cuidadores en procesos de sensibilización y acompañamiento, fortaleciendo los vínculos afectivos y los entornos protectores; Articulación interinstitucional entre escuelas, entidades de salud, gobiernos locales, organizaciones sociales y comunidades, permitiendo ampliar el alcance territorial del programa; Implementación en distintos municipios y departamentos de Colombia, especialmente en territorios con condiciones de vulnerabilidad social y presencia de factores de riesgo asociados al consumo y la violencia; Fortalecimiento de redes comunitarias de apoyo y rutas de atención psicosocial para la identificación y acompañamiento de niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo; Promoción de entornos escolares y comunitarios más saludables, favoreciendo la convivencia, la inclusión y la participación social; Desarrollo de metodologías participativas y pedagógicas adaptadas a contextos urbanos y rurales, facilitando la apropiación del programa por parte de las comunidades; Consolidación de un enfoque preventivo y comunitario en salud mental y prevención de adicciones, centrado en la promoción del bienestar integral de la infancia y la juventud (21).

Experiencia 4. Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones en México -ENPA-

La Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA), bajo el lema "Juntos por la Paz" presentó en el año 2019 como una respuesta institucional del gobierno federal mexicano, articulada por diferentes dependencias bajo una corresponsabilidad municipal y estatal, junto con la participación activa de la sociedad civil, para la suma de acciones incidentes ante la creciente problemática del consumo de SPA, especialmente entre niños, niñas y adolescentes en México.

Esta estrategia, deshecha los enfoques tradicionales sancionatorios de la llamada "lucha contra las drogas", para adoptar una perspectiva no sancionatoria en materia de prevención del consumo de SPA que marca un punto de inflexión hacia el reconocimiento del consumo de drogas como un problema de interés en salud pública más que de seguridad (22). Este enfoque integral se centra en cuatro ejes estratégicos, a saber: educación, bienestar, cultura

y comunicación, incorporando a su vez, perspectivas de género, derechos humanos, abordaje intercultural, interseccional e intergeneracional.

La estrategia se implementa en el territorio para llevar los servicios del Estado directamente a las comunidades más vulnerables, promoviendo la reconstrucción del tejido social como condición indispensable para la construcción de la paz (22). Se trata de una respuesta a un conjunto de problemáticas estructurales, epidemiológicas y sociales que el gobierno de México señala como urgentes al inicio del sexenio 2018–2024. Estas problemáticas se pueden agrupar en seis grandes dimensiones.

3

El propósito planteado por la estrategia es bastante claro en tanto pretende coadyuvar en el impacto acertado de las políticas de prevención de las adicciones, particularmente entre poblaciones vulnerables, a través del reconocimiento de las prácticas y expresiones culturales de las comunidades, como factores de protección y elementos de renovación del tejido social. La estrategia ENPA "Juntos por la Paz" tiene como objetivo fundamental incidir de manera medible en la disminución y efectos del consumo de drogas entre niñas, niños y adolescentes, reconociendo que la mayor parte del uso de sustancias comienza durante la adolescencia, momento en el cual los aspectos del desarrollo biológico interactúan de forma sinérgica con los contextos sociales (22).

La estrategia no plantea una meta única y aislada, sino un conjunto de propósitos integrales y comunes que abarca desde la transformación del pensamiento institucional acerca del problema, hasta la intervención directa y participativa con las comunidades. Desde una mirada poblacional, la estrategia intenta dar a los jóvenes un mundo de oportunidades, opciones de trabajo, de deporte y de fortalecimiento de la autoestima, para que sean felices sin necesidad de recurrir a las drogas. Desde la mirada de la salud pública, busca incidir en determinantes biológicos, psicológicos y sociales que llevan a una persona al consumo de SPA; desde una visión comunitaria, busca el bienestar de las comunidades más vulnerables, otorgando oportunidades para el desarrollo de todas las personas por igual y la restitución del tejido social. En resumen, el objetivo final de la ENPA va mucho más allá de evitar que los niños, niñas y adolescentes del país consuman **drogas**, al apuntar su misión hacia la transformación de las condiciones sociales, emocionales, culturales, territoriales e institucionales que hacen que el consumo de sustancias sea una opción de vida para ellos (22).

El diseño metodológico de la estrategia no responde a un procedimiento lineal, sino a una arquitectura metodológica en diferentes niveles que integra enfoques científicos, comunitarios, normativos y de comunicación social, articulados bajo el principio rector de territorializar las intervenciones, adaptando las diferentes acciones al contexto específico de la comunidad donde se implementan. En su desarrollo metodológico destacan componentes

como la prevención, la territorialización, la articulación intersectorial, la educación en salud, la intervención clínica, las tecnologías de información, la comunicación social y el seguimiento y evaluación de la estrategia en toda su implementación.

Así, la metodología de la ENPA se percibe flexible, territorializada, basada en evidencia científica y construida desde la comunidad, rompiendo con los modelos verticales y medicalizados tradicionales para apostar por una intervención integral y simultánea de la salud individual, el entorno familiar, el tejido comunitario y las condiciones estructurales que producen las adicciones (22).

Desde el año 2019, y a lo largo de 4 años, la ENPA ha fungido como una plataforma de articulación de esfuerzos para lograr resultados significativos en la vida de los individuos, de las familias, de la comunidad, en relación con la prevención del consumo de SPA. Sin embargo, la estrategia no se implementó de manera uniforme durante todo el período, sino que evolucionó año con año, sumando instituciones, componentes y alcances. A continuación, se presenta su desarrollo cronológico:

F4

Si bien, la estrategia ENPA se basa fundamentalmente en el Modelo de Prevención de Islandia (Planet Youth), una estrategia de prevención comunitaria para reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes y cuyo enfoque se basa en fortalecer el entorno social, familiar y escolar de los jóvenes, en lugar de centrarse únicamente en castigos o campañas informativas, la ENPA construye una arquitectura propia de varios componentes y enfoques que son complementarios entre sí y que juntas conforman lo que el gobierno mexicano denomina Modelo Mexicano de Salud Mental y Adicciones (MexSaMe), el cual se resume a continuación:

Tabla 4. Modelo de Salud ENPA

Componente	Enfoque Central
<i>Biopsicosocial</i>	El consumo es resultado de factores biológicos, psicológicos y sociales
<i>Comunitario</i>	La atención se brinda en la comunidad, no en hospitales aislados
<i>Atención Primaria</i>	Primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema
<i>Reducción de Daños</i>	Minimizar riesgos en personas que ya consumen, sin criminalizar
<i>Derechos Humanos</i>	Las personas con adicciones son sujetos de derechos, no criminales
<i>Intersectorial</i>	Salud, educación, cultura, gobernación y sociedad civil, todos articulados
<i>Territorial</i>	Las soluciones se adaptan a cada comunidad y contexto local

Fuente: Elaboración propia; equipo de Análisis de las Políticas y Acciones para la Salud Pública en el marco de la Gestión Territorial de las Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá - mayo 2026.

La ENPA se presenta como una estrategia amplia e interinstitucional en la política pública de carácter social en México, por la forma como el gobierno la presentó en el año 2019. Expresamente fue presentada como un compromiso colectivo de toda la sociedad, los tres órdenes de gobierno (federal, estatal y municipal) los sectores sociales y el sector privado, para cambiar el paradigma tradicional en materia de prevención del consumo de SPA. La Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) actúa como coordinador técnico y rector de la ENPA, siendo el actor que convoca, articula y comunica. El Sector Salud, ejerce la rectoría general, diseño de política pública, capacitación de personal y expansión de servicios de atención en salud; participa con múltiples funciones a través de diferentes organismos. Por su parte, el sector educativo, a través de la Secretaría de Educación Pública, impulsa el trabajo en centros educativos y espacios comunitarios, teniendo como prioridad a los menores de edad, con programas como "Estrategia en el Aula: Si te drogas, te dañas", diseñada para prevenir y erradicar el uso de SPA en planteles de educación secundaria y bachillerato (22).

En el sector de Bienestar y Desarrollo Social, participan instituciones como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, la Secretaría de Bienestar y el Instituto Mexicano de la Juventud. De otra parte, el sector cultural, mediante la participación de la Secretaría de Cultura y la Comisión Nacional de Cultura Física y Deportiva, asumen las acciones de semilleros creativos y desarrollo de prácticas deportivas. de igual forma, el sector Gobierno y Seguridad desarrollan acciones para la reconstrucción del tejido social, la capacitación, educación y comunicación sobre las consecuencias del consumo de SPA, a través de la Secretaría de Gobierno y la Fiscalía General de la República (22).

Igualmente aparecen otros sectores partícipes del ENPA, tanto federales como estatales y municipales como la Secretaría del Trabajo, la Secretaría de Turismo, Desarrollo Agrario, Instituto Nacional de las Mujeres, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, el Consejo Nacional para la Prevención de la Discriminación y la Mesa Espejo de Coordinación Estatal. Es importante mencionar que la UNODC ha acompañado la estrategia desde su lanzamiento, operación y seguimiento. Finalmente, la estrategia ENPA, no existiría sin la comunidad como principal protagonista, ya que, con ella, se lograron construir redes y grupos comunitarios como clubes de lectura, semilleros creativos, grupos por la paz, centros de musicoterapia y otras expresiones culturales (22).

La estrategia ENPA, a partir de la premisa de que la prevención de adicciones no se limita a un grupo poblacional específico, si no que abarca todo el entorno de personas donde se desarrolla los niños, niñas y adolescentes, distingue diferentes capas poblacionales destinatarias, a saber: en el centro de la estrategia y como primera capa ubica a los niños, niñas y adolescentes en prevención temprana, seguido de jóvenes en contextos de vulnerabilidad y con consumo prevalente de sustancias. En una segunda capa aborda madres y padres de familia, docentes y profesionales en salud, como entornos protectores,

de detección y atención, respectivamente. Finalmente, en una tercera capa de beneficiarios, se encuentra la población especial conformada por personas consumidoras, comunidad LGBTQ, personas racializadas e indígenas, mujeres jóvenes, personas migrantes y comunidades marginadas (22).

Los logros tanto cualitativos como cuantitativos, de la estrategia ENPA se pueden agrupar en seis grandes dimensiones:

Cobertura y alcance poblacional: 2.698.892 acciones comunitarias y preventivas y 39.714.330 personas abordadas en todo el país; Transformación normativa e institucional: reforma de la ley general de salud, creación de la CONASAMA; Capacitación del personal de salud: formación de 136.131 profesionales de 32 entidades federativas en intervención mhGAP para trastornos mentales y consumo de SPA. Capacitación en detección de problemas de salud mental y adicciones a más de 140.000 profesionales. 5.517 docentes y promotores comunitarios capacitados en temas de salud mental, autocuidado y prevención de adicciones; Atención clínica: se proporcionaron un total de 2.097.645 consultas médicas a 675.086 personas; Reconstrucción del tejido social: conformación de grupos comunitarios como semilleros creativos, centros de reconstrucción del tejido social, agentes transformadores de paz y clubes por la paz (22).

Generación de conocimiento: se logró el reporte de los resultados de la estrategia mediante la encuesta nacional de salud mental y adicciones del año 2023 para evaluar el impacto de las diferentes acciones. Todos estos logros significan una transformación en la forma en que el Estado mexicano aborda las adicciones: pasa de criminalizar a proteger, de aislar a integrar, de reaccionar a prevenir, y de actuar de manera vertical a construir política pública desde y con las comunidades (22).

Experiencia 5. Presupuestos conjuntos para la intersectorialidad

Esta experiencia, desarrollada principalmente en Australia a finales de los años ochenta e inicios de los noventa, corresponde a una estrategia de gobernanza y financiación orientada al fortalecimiento de la acción intersectorial en salud pública mediante mecanismos de financiación delegada y presupuestos compartidos. La experiencia se describe a partir del caso de VicHealth (Victorian Health Promotion Foundation), organización creada en el estado de Victoria en 1987 para administrar recursos destinados inicialmente al control del tabaquismo y posteriormente a múltiples acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades (23).

A diferencia de otras experiencias centradas en intervenciones dirigidas a grupos específicos o conductas particulares, esta estrategia se enfoca en transformar los mecanismos de financiación y coordinación institucional para facilitar respuestas integrales frente a

problemas complejos de salud pública. Su premisa central es que la acción intersectorial requiere estructuras financieras y de gobernanza que permitan compartir responsabilidades, recursos y capacidad de decisión entre múltiples sectores (23).

La experiencia surge en un contexto marcado por la necesidad de reducir la influencia de la industria tabacalera en escenarios deportivos y culturales. Inicialmente, VicHealth destinó recursos para sustituir los patrocinios financiados por empresas de tabaco, contribuyendo al fortalecimiento de políticas de control del tabaquismo y a la construcción de entornos más saludables. Posteriormente, el modelo amplió su alcance hacia otras problemáticas relacionadas con los determinantes sociales de la salud, incluyendo la promoción de la actividad física, la alimentación saludable, la inclusión social y económica, la prevención de la violencia, la protección solar y la prevención del abuso de alcohol (23).

El objetivo principal de la estrategia consiste en promover mecanismos de financiación flexibles que faciliten la innovación y la acción coordinada entre sectores, reduciendo costos administrativos y generando economías de escala mediante la utilización compartida de recursos humanos, técnicos y financieros. Desde esta perspectiva, la financiación se entiende no solo como una fuente de recursos, sino como una herramienta para construir alianzas, fortalecer la corresponsabilidad institucional y favorecer intervenciones integrales sobre los determinantes sociales de la salud.

La población beneficiaria corresponde a la población general, dado que las acciones financiadas se implementan en diversos entornos comunitarios, educativos, deportivos, culturales y laborales. No obstante, la estrategia prioriza poblaciones expuestas a factores de riesgo asociados al consumo de tabaco y alcohol, así como grupos afectados por inequidades sociales y condiciones que limitan el acceso a oportunidades para una vida saludable (23).

En relación con los actores participantes, la experiencia evidencia una amplia articulación entre organizaciones deportivas, artísticas, comunitarias, gobiernos locales, sectores educativos, organizaciones sanitarias, entidades de planificación y transporte, universidades y organizaciones de salud pública. Esta diversidad de actores permite abordar los problemas de salud desde múltiples dimensiones y favorece la construcción de objetivos compartidos entre sectores tradicionalmente separados (23).

El componente central del modelo es la cofinanciación, un mecanismo mediante el cual diferentes organizaciones aportan recursos para el desarrollo de iniciativas comunes. Esta estrategia permitió ampliar significativamente los recursos disponibles para promoción de la salud, fortalecer la sostenibilidad de las intervenciones y generar compromisos institucionales de largo plazo entre gobiernos, organizaciones comunitarias y otros sectores participantes.

En cuanto a los logros, la experiencia consolidó un modelo sostenible de financiación para proyectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades, favoreciendo el desarrollo de investigaciones, programas comunitarios, redes de colaboración y procesos de fortalecimiento institucional. Particularmente en relación con la prevención del consumo de sustancias, la experiencia contribuyó al fortalecimiento de las políticas de control del tabaco mediante la eliminación progresiva de patrocinios tabacaleros y al desarrollo de programas dirigidos a la prevención del abuso de alcohol desde enfoques comunitarios y de promoción de la salud. Aunque la estrategia no fue diseñada específicamente para abordar el consumo de SPA, su experiencia demuestra cómo los mecanismos de cofinanciación intersectorial pueden crear condiciones favorables para implementar acciones preventivas sobre diversos factores de riesgo asociados al consumo de sustancias (23).

Asimismo, la experiencia reporta avances en la construcción de redes y alianzas estratégicas entre sectores, el fortalecimiento de capacidades institucionales y el desarrollo de procesos de planificación conjunta entre gobiernos locales y organizaciones comunitarias. Un ejemplo destacado corresponde al programa MetroACTIVE, mediante el cual se financiaron iniciativas orientadas a promover la actividad física mediante procesos de planificación urbana, articulación comunitaria y trabajo intersectorial, generando cambios en entornos y políticas locales que favorecieron estilos de vida saludables.

Otro de los aportes identificados por el documento es la capacidad de la financiación delegada para impulsar iniciativas innovadoras que difícilmente habrían sido desarrolladas exclusivamente desde estructuras gubernamentales tradicionales, facilitando acciones relacionadas con salud mental, bienestar comunitario, prevención de la violencia y promoción de la equidad. No obstante, el texto también señala desafíos asociados a la sostenibilidad financiera, la dependencia de decisiones gubernamentales y los riesgos de fragmentación institucional cuando no existen mecanismos adecuados de coordinación y seguimiento (23).

Metodológicamente, la estrategia se estructura a partir de mecanismos de financiación delegada orientados a facilitar la coordinación intersectorial y la acción conjunta sobre problemas complejos de Salud Pública.

El proceso inicia con la identificación de problemáticas prioritarias y actores estratégicos, definiendo áreas de intervención y sectores con capacidad para participar en la financiación y ejecución de acciones conjuntas. Posteriormente, se desarrollan procesos de concertación y gobernanza intersectorial mediante la conformación de estructuras de dirección, representación de actores y mecanismos compartidos de toma de decisiones (23).

Una vez establecidos los acuerdos institucionales, se implementan mecanismos de cofinanciación y asignación de recursos, mediante los cuales diferentes organizaciones aportan recursos financieros, técnicos y humanos para el desarrollo de proyectos conjuntos.

Este componente constituye el eje central de la estrategia, pues permite generar corresponsabilidad institucional y ampliar el alcance de las intervenciones.

La fase de implementación contempla el desarrollo de proyectos comunitarios, investigaciones, procesos de formación, fortalecimiento de redes y programas de promoción de la salud. Dentro de estos se incluyen iniciativas relacionadas con el control del tabaquismo, la prevención del abuso de alcohol, la promoción de la actividad física, la alimentación saludable y la creación de entornos protectores para la salud.

Finalmente, la estrategia incorpora mecanismos de seguimiento y evaluación orientados a monitorear la ejecución de los proyectos financiados, generar evidencia para la toma de decisiones y fortalecer las capacidades técnicas de los actores participantes mediante procesos de investigación, intercambio de experiencias y aprendizaje colaborativo (23).

El documento concluye que la financiación delegada puede constituirse en una herramienta efectiva para fortalecer la acción intersectorial siempre que cuente con mecanismos sostenibles de financiación, estructuras de gobernanza legítimas y participación de los actores involucrados. No obstante, también identifica algunas limitaciones relacionadas con la dependencia de decisiones gubernamentales para la asignación y continuidad de recursos, la vulnerabilidad frente a cambios en las prioridades políticas, las fluctuaciones presupuestales y los riesgos de fragmentación institucional cuando no existen mecanismos sólidos de coordinación, seguimiento y rendición de cuentas entre los sectores participantes (23).

1.4.2.2.2. Análisis de criterios técnicos y operativos

Con el fin de identificar los elementos comunes y diferenciales presentes en las experiencias intersectoriales priorizadas para la prevención del consumo de SPA en NNA, se construyó una matriz de análisis basada en criterios considerados fundamentales para el diseño, implementación y sostenibilidad de este tipo de estrategias. Para cada experiencia se valoró el cumplimiento de los criterios mediante una escala cualitativa de tres categorías: Cumple (C), cuando el criterio se encontraba explícitamente desarrollado; Parcialmente cumple (P), cuando se evidenciaban algunos elementos asociados; y No cumple (N), cuando no se identificaron evidencias suficientes para respaldar su cumplimiento. A continuación, se presentan los hallazgos de cada experiencia, destacando sus principales fortalezas y oportunidades de mejora en relación con los criterios analizados.

Tabla 5. Valoración de criterios técnicos operativos las estrategias intersectoriales en Consumo SPA en NNA.

C: Cumple - P: Parcialmente - N: No cumple.
E: Experiencia de estrategia intersectorial.
E1: Familias Fuertes- Amor y límites
E2: Marco técnico de acción para la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito universitario
E3: YO MIVIDA
E4: Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones en México –ENPA
E5: Presupuestos conjuntos para la intersectorialidad

Criterio	E1	E2	E3	E4	E5
Gobernanza intersectorial y estructura organizativa	P	C	P	C	C
Participación social	C	C	C	C	C
Concertación y toma de decisiones conjunta	P	C	P	C	C
Voluntad Política	P	C	P	C	C
Planeación conjunta	P	C	P	C	C
Seguimiento y evaluación conjunta	C	P	C	C	P
Financiamiento compartido	N	N	N	P	C
Monitoreo e indicadores	C	C	C	C	P
Sostenibilidad	C	C	C	C	C

Fuente: Elaboración propia; equipo de Análisis de las Políticas y Acciones para la Salud Pública en el marco de la Gestión Territorial de las Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá - mayo 2026.

El programa Familias Fuertes: Amor y Límites, presenta un alto nivel de cumplimiento en criterios relacionados con participación social, seguimiento y evaluación, monitoreo mediante indicadores y sostenibilidad de las acciones. La estrategia se caracteriza por contar con una metodología estructurada, ampliamente evaluada y respaldada por evidencia científica, que fortalece factores protectores familiares asociados a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. Sin embargo, aunque incorpora la participación de sectores como salud, educación y organismos internacionales, los componentes de gobernanza intersectorial, concertación para la toma de decisiones y planeación conjunta no constituyen el eje central de su diseño metodológico, por lo que estos criterios se cumplen parcialmente. De igual manera, no se identifican mecanismos explícitos de financiamiento compartido entre sectores. En consecuencia, la principal contribución de esta experiencia se encuentra en el fortalecimiento de factores protectores familiares y comunitarios, más que en el desarrollo de estructuras formales de gobernanza intersectorial.

El Marco técnico de acción para la prevención y mitigación del consumo de SPA en el ámbito universitario cumple con criterios relacionados con gobernanza intersectorial, participación

social, concertación, planeación conjunta, monitoreo, indicadores y sostenibilidad. La estrategia promueve la articulación entre universidades, entidades gubernamentales, organismos internacionales y actores comunitarios mediante coaliciones y redes de trabajo colaborativo. Si bien no reporta resultados de una implementación evaluada, constituye un aporte relevante para la formulación de estrategias intersectoriales al desarrollar de manera detallada los componentes de seguimiento, monitoreo y evaluación que deberían incorporarse en su implementación. Asimismo, no se identifican mecanismos explícitos de financiamiento compartido entre sectores. Su principal fortaleza radica en la construcción de capacidades institucionales y en la incorporación de enfoques de prevención universal, selectiva, indicada y reducción de riesgos y daños desde una perspectiva de salud pública y derechos.

El programa YOMI VIDA, es un programa ejemplar, basado en evidencia científica con un sólido sustento conceptual basado en teorías internacionalmente validadas y de alto impacto comunitario, que ha trascendido el ámbito de la prevención de adicciones para convertirse en una referencia de buenas prácticas en salud pública dirigida a la población infantil en Colombia. Esta estrategia cumple con la mayoría de los criterios definidos para la construcción de estrategias intersectoriales, destacándose en gobernanza, participación social, concertación, planeación conjunta, seguimiento, evaluación, monitoreo y sostenibilidad. La experiencia evidencia una importante articulación entre actores institucionales y comunitarios, favoreciendo la implementación de acciones coordinadas para la prevención del consumo de SPA. Como oportunidad de fortalecimiento, no se identifican mecanismos explícitos de financiamiento compartido entre sectores.

La Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA), presenta un alto nivel de cumplimiento de los criterios definidos para la construcción de estrategias intersectoriales. Se evidencian mecanismos de gobernanza intersectorial, participación social, concertación y toma de decisiones conjunta, voluntad política, planeación compartida, seguimiento y evaluación, monitoreo mediante indicadores y sostenibilidad. La estrategia se encuentra respaldada por una estructura de coordinación multinivel que involucra actores gubernamentales, educativos, comunitarios y de salud, favoreciendo una respuesta integral frente al consumo de sustancias psicoactivas desde enfoques preventivos, comunitarios y de fortalecimiento de factores protectores. Aunque incorpora la concurrencia de recursos provenientes de distintos niveles de gobierno, los mecanismos de financiamiento compartido no se describen con el mismo nivel de formalización observado en la experiencia de presupuestos conjuntos, por lo que este criterio se cumple parcialmente. En términos generales, la ENPA constituye una de las experiencias más completas identificadas en la revisión, al integrar componentes de gobernanza, participación, prevención comunitaria, monitoreo y sostenibilidad dentro de una política pública de alcance nacional.

La experiencia Presupuestos conjuntos para la intersectorialidad cumple con criterios relacionados con gobernanza intersectorial, participación social, concertación, planeación

conjunta, financiamiento compartido y sostenibilidad. Su principal aporte radica en la creación de mecanismos de cofinanciación que favorecen la corresponsabilidad entre sectores y fortalecen la acción intersectorial. Aunque incorpora procesos de seguimiento y evaluación, estos no se presentan de manera explícitamente conjunta ni se evidencian sistemas robustos de indicadores compartidos. En este sentido, constituye un referente importante para el fortalecimiento de la gobernanza y sostenibilidad financiera de las estrategias intersectoriales.

1.5. Conclusiones del Capítulo

1.5.1. Conclusiones Envejecimiento – Soledad no Deseada

- El análisis de las cuatro experiencias permite identificar distintos grados y configuraciones de intersectorialidad en el abordaje de la **soledad no deseada y el envejecimiento**, evidenciando modelos que varían desde la co-creación comunitaria hasta la institucionalización plena. Las cuatro experiencias evidencian que la **intersectorialidad en salud pública no constituye un modelo único**, sino un continuo de desarrollo institucional que va desde enfoques experimentales basados en la co-creación, hasta estrategias de transformación estructural del Estado, pasando por modelos territoriales intermedios de articulación operativa y gobernanza en red.
- El análisis evidenció que los criterios con mayor nivel de cumplimiento entre las experiencias corresponden a la gobernanza intersectorial y estructura organizativa, concertación y toma de decisiones conjuntas, participación social y planeación conjunta; a su vez los criterios de voluntad política y financiamiento compartido presentaron el mayor reto de cumplimiento en las experiencias expuestas, mientras que los criterios de sostenibilidad, monitoreo e indicadores, seguimiento y evaluación conjunta se destacaron por cumplirse de manera parcial.
- La experiencia de Prescripción Social Basada en la Naturaleza en Ecuador se caracteriza por un enfoque principalmente participativo y experimental, donde la intersectorialidad se expresa en la co-creación entre actores académicos, del sector salud y comunidades, con una fuerte centralidad de la participación social, pero con limitaciones en la formalización de mecanismos de financiamiento, seguimiento estructurado y sostenibilidad institucional.
- La estrategia de Cantabria, por su parte, representa un modelo intermedio de intersectorialidad institucionalizada a nivel regional, con una arquitectura de política pública definida por ejes estratégicos, gobernanza formalizada y articulación

operativa entre actores públicos y sociales, aunque con desarrollos parciales en la evaluación de impacto y en esquemas explícitos de cofinanciación.

- En el caso del Reino Unido, la estrategia Una sociedad conectada evidencia un modelo avanzado de intersectorialidad, en el que la soledad se integra como un principio estructurante de la acción gubernamental en múltiples sectores del Estado, destacándose su fortaleza en la institucionalización y la sostenibilidad estructural, aunque con un sistema de indicadores y evaluación de impacto aun predominantemente sectorial y no centralizado.
- La estrategia de atención comunitaria en Atención Primaria se ubica como un modelo altamente consolidado en términos operativos de gobernanza intersectorial, participación social, concertación y seguimiento, aunque con debilidades identificadas en la voluntad política sostenida y en la formalización de mecanismos de financiamiento compartido, lo que sugiere oportunidades de fortalecimiento en su dimensión estructural.

1.5.2. Conclusiones Prevención Consumo SPA – NNA

- El análisis de las cinco de las cinco experiencias coincide en reconocer que el consumo de SPA es un fenómeno complejo y multicausal que requiere respuestas articuladas entre distintos sectores y actores sociales.
- El análisis evidenció que los criterios con mayor nivel de cumplimiento entre las experiencias corresponden a la gobernanza intersectorial, la participación social, la planeación conjunta, el monitoreo y la sostenibilidad. Estos elementos aparecen como condiciones fundamentales para el diseño e implementación de estrategias integrales orientadas a la prevención del consumo de SPA en NNA.
- Asimismo, se identificó que las experiencias más robustas incorporan acciones dirigidas al fortalecimiento de habilidades para la vida, la construcción de proyectos de vida, el fortalecimiento de vínculos familiares y comunitarios, y la generación de entornos protectores, trascendiendo los enfoques centrados exclusivamente en la información o el cambio de comportamientos individuales.
- En relación con la evaluación, se observaron diferencias importantes entre las experiencias. Mientras algunas cuentan con evidencia de efectividad y seguimiento de largo plazo, otras aportan principalmente modelos de gestión, gobernanza o lineamientos técnicos para la implementación. Este hallazgo resalta la importancia de incorporar desde el diseño mecanismos de monitoreo y evaluación que permitan valorar tanto los procesos como los resultados de las estrategias.

- Finalmente, se identificó que el financiamiento compartido es uno de los criterios menos desarrollados entre las experiencias analizadas, a pesar de su potencial para fortalecer la corresponsabilidad institucional y la sostenibilidad de las acciones. En este sentido, experiencias como Presupuestos Conjuntos para la Intersectorialidad constituyen referentes relevantes para futuras estrategias intersectoriales.

1.6. Recomendaciones

1.6.1. Recomendaciones Envejecimiento – Soledad no Deseada

Teniendo en cuenta las líneas de acción de la comisión para la prioridad se realizan las siguientes recomendaciones:

- La atención de la soledad no deseada requiere trascender las intervenciones exclusivamente medicalizadas para consolidarse como una estrategia de carácter intersectorial, a nivel distrital asociada a determinantes sociales como la participación comunitaria, las redes de apoyo, las condiciones del entorno, la inclusión social y el acceso a oportunidades de interacción significativa.
- La estrategia intersectorial debe plantear con claridad la estructura de gobernanza intersectorial donde la forma en cómo se toman las decisiones, incluyendo aquellas que vienen de escenarios desde la participación social, sean efectivas, legítimas y tengan concordancia con el proceso de planeación conjunta entre sectores y comunidad.
- Fortalecer las capacidades y conocimientos de la voluntad política y financiamiento compartido, para comprender de mejor manera estos criterios a la luz de la aplicabilidad en la estrategia que aborde la prioridad.
- Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, se recomienda fortalecer las capacidades comunitarias y las redes de apoyo como elementos protectores frente al aislamiento social. La participación de las personas mayores en el diseño, implementación y evaluación de las estrategias emerge como un factor común asociado al éxito de las intervenciones, evidenciando que el envejecimiento saludable requiere reconocer a las personas mayores como actores sociales con capacidad de incidencia y no únicamente como receptoras de servicios o cuidados.
- En la acción intersectorial, la estrategia debe lograr conectar los niveles de gestión departamental y nacional, relacionando las apuestas de política pública que

entienden la prioridad como un fenómeno atado a causas estructurales. Este vínculo puede generar conocimiento valioso a futuro que incida en las causas estructurales que lo determinan y apalancarse en diferentes asignaciones presupuestales para su sostenibilidad.

- Fortalecer entornos inclusivos, redes comunitarias de cuidado, mecanismos de participación social y sistemas de seguimiento que permitan reducir las inequidades asociadas al envejecimiento.
- Mantener un enfoque diferencial desarrollando modelos que integren acciones de salud, protección social, cultura, recreación, educación, desarrollo comunitario y planeación territorial. En concordancia con las prioridades de la CIDDSSyB, se identifica como prioridad la oferta de servicios sociales que promueven el cuidado, la inclusión y la participación social; fortaleciendo las redes de apoyo formales y comunitarias, para prevenir el aislamiento social, favorecer la autonomía y responder de manera oportuna a las necesidades sociales de las personas mayores.

1.6.2. Recomendaciones Prevención Consumo SPA – NNA

Teniendo en cuenta las líneas de acción de la comisión para la prioridad se realizan las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda priorizar acciones orientadas al fortalecimiento de factores protectores desde edades tempranas, especialmente aquellas relacionadas con el involucramiento parental, las habilidades para la vida, la salud mental, la resiliencia, la construcción de proyectos de vida y el fortalecimiento de vínculos familiares y comunitarios. Las experiencias revisadas muestran que la familia constituye uno de los principales escenarios de prevención frente al inicio temprano del consumo de SPA en NNA.
- Se recomienda consolidar mecanismos formales de gobernanza intersectorial que permitan la participación corresponsable de los sectores de salud, educación, integración social, cultura, deporte, justicia, seguridad, protección social y organizaciones comunitarias. Para ello, es necesario definir estructuras de coordinación, responsabilidades compartidas y espacios permanentes de concertación que favorezcan la sostenibilidad y coherencia de las acciones. Asimismo, se recomienda explorar mecanismos de cofinanciación y financiamiento compartido entre sectores, fortaleciendo la corresponsabilidad institucional y la capacidad de respuesta frente al fenómeno.

- Frente al fortalecimiento de capacidades y respuestas diferenciales se recomienda que la estrategia articule acciones de prevención universal, selectiva e indicada, complementadas con enfoques de reducción de riesgos y daños cuando corresponda. Las experiencias analizadas evidencian la importancia de desarrollar respuestas diferenciales según los niveles de riesgo, las características poblacionales y las dinámicas territoriales, promoviendo la participación de niños, niñas, adolescentes, familias y comunidades en la construcción de soluciones.
- Finalmente se recomienda incorporar desde la formulación de la estrategia un sistema de monitoreo y evaluación que incluya indicadores de proceso, resultado e impacto, permitiendo valorar la implementación de las acciones y su contribución al fortalecimiento de factores protectores y entornos saludables. De igual manera, se recomienda garantizar la sostenibilidad de las intervenciones mediante alianzas permanentes, fortalecimiento institucional y mecanismos de seguimiento que permitan ajustar las estrategias de acuerdo con las dinámicas territoriales y las necesidades emergentes.

2. Capítulo II: Evaluación de Prescripción Social

2.1. Contextualización de la Prescripción Social

La **Prescripción Social**, se comprende como una estrategia que dispone el sistema sanitario para abordar los problemas de salud de origen social. Consiste en promover, desde el seno del sistema sanitario, el acceso a los recursos comunitarios con el fin de reforzar la red social o el apoyo de las personas con problemas sociales o emocionales, con el objetivo de mejorar su salud y bienestar, y formalizar un vínculo entre las personas y la comunidad (25).

Es así, que adopta una visión salutogénica, centrándose en factores protectores que potencian el empoderamiento, abordan desigualdades y determinantes sociales, promoviendo cohesión y capital social con costos reducidos al usar recursos comunitarios existentes (26). Conecta pacientes con activos comunitarios no clínicos como actividad física, artes, voluntariado y autoayuda para satisfacer necesidades psicosociales y trascender la medicalización, especialmente ante soledad, aislamiento o exclusión social donde la medicina tradicional es limitada (27) (17).

Bajo este marco intersectorial, los **Activos para la salud** se definen como cualquier factor o recurso que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener, la salud y el bienestar, ayudando a reducir las desigualdades en salud (28). En este contexto, los activos en salud, como el acceso a entornos saludables, la educación sanitaria, las redes de apoyo social y la participación

comunitaria, son componentes claves para reducir desigualdades y fomentar el autocuidado (29).

Por su parte, los **Activos sociales** son recursos y actividades identificados por parte de la población como saludables, que tiene la capacidad de mejorar las circunstancias de individuos o grupos y de potenciar sus habilidades individuales y colectivas. Las actividades pueden ser promovidas desde asociaciones comunitarias, organizaciones no gubernamentales con presencia local, instituciones locales (bibliotecas o centros deportivos) o incluso por los propios equipos de Atención Primaria (por ejemplo, grupos de apoyo a pacientes o paseos cardiosaludables organizados desde un centro de salud) (30). Estos activos suelen incluir redes de confianza, normas compartidas de reciprocidad, índices de participación cívica y sistemas locales de conocimiento. Su valor suele aumentar con el uso y el intercambio, lo que representa la riqueza relacional de una comunidad (31).

De otro lado, los **Activos Institucionales** son el conjunto de recursos, capacidades, programas, servicios y estructuras organizativas que poseen las instituciones (públicas, privadas o comunitarias) y que contribuyen a mejorar la salud y el bienestar de la población. Este concepto se enmarca en el enfoque de la promoción de la salud impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), especialmente en la perspectiva de los activos para la salud, que busca identificar no solo necesidades o problemas, sino también las fortalezas disponibles en un territorio. Pueden abarcar diferentes elementos, relacionados con los servicios de salud (hospitales, centros de atención primaria, programas de prevención); talento humano (profesionales de salud, trabajadores sociales, promotores comunitarios); programas y políticas (estrategias de salud pública, planes territoriales, rutas de atención); infraestructura y equipamiento (instalaciones físicas, tecnología médica); redes intersectoriales (articulación con educación, bienestar social, cultura, etc.); capacidad de gestión y gobernanza (liderazgo institucional, toma de decisiones, coordinación) (32).

De esta manera, el **Mapeo de Activos para la salud** es un proceso participativo que identifica, describe y organiza los recursos de una comunidad (como parques, grupos de apoyo, asociaciones, centros deportivos o habilidades individuales). Su objetivo es potenciar estos factores protectores para mejorar el bienestar colectivo, en lugar de enfocarse únicamente en las enfermedades o carencias (33). Se basa en una metodología visual y analítica que permite identificar, clasificar y documentar todos los recursos, fortalezas y elementos de valor (físicos, humanos o institucionales) que existen en un área o comunidad específica, teniendo en cuenta algunos pasos como: definición del objetivo y el alcance (tipo de activos que se buscan y para qué); identificación de recursos tangibles e intangibles; clasificación y evaluación categorizando los activos y analizando su nivel de importancia y criterio; y por último la visualización que hace referencia a representar los recursos gráficamente en planos, mapas digitales o diagramas de red (34).

Por otra parte, el **Facilitador** y/o **Link Worker** (trabajador de enlace), es un profesional que conecta a las personas con recursos comunitarios y servicios sociales para mejorar su salud y bienestar. Actúan como un puente entre la atención médica tradicional (como un médico generalista) y el apoyo no médico, como vivienda, asesoramiento financiero o actividades sociales (35). Asimismo, esta persona acompaña, conecta y orienta al participante en su vinculación con activos sociales e institucionales, ayudando a comprender sus necesidades, superar barreras de acceso y fomentar su participación (36).

La evidencia literaria muestra que evaluar la Prescripción Social supone analizar los cambios en dimensiones como salud mental y física, calidad de vida, bienestar, estrés, soledad y aislamiento social (37), así como comprender los mecanismos que explican dichos cambios, dado que las teorías influyen en qué resultados se evalúan, qué mecanismos se esperan y qué métodos se utilizan (38).

En el campo de la Prescripción Social, el proceso de evaluación implica determinar el valor real y los efectos de conectar a las personas con recursos comunitarios para mejorar su salud y bienestar.

La evidencia literaria muestra que evaluar la Prescripción Social supone analizar los cambios en dimensiones como salud mental y física, calidad de vida, bienestar, estrés, soledad y aislamiento social (37), así como comprender los mecanismos que explican dichos cambios, dado que las teorías influyen en qué resultados se evalúan, qué mecanismos se esperan y qué métodos se utilizan (38).

En el contexto operativo, la estrategia distrital concibe la evaluación como un proceso continuo orientado a realizar el seguimiento a las acciones desarrolladas y valorar los cambios evidenciados con su implementación (36), integrando tanto el monitoreo del proceso como la valoración de los resultados en la vida de las personas. En conjunto, estos documentos muestran que la evaluación de la Prescripción Social no solo mide efectos en salud, sino , buscan comprender cómo funciona la intervención, verificar la calidad del acompañamiento y asegurar que la conexión con activos sociales e institucionales genere transformaciones significativas en el bienestar.

2.2. La Prescripción Social en el Modelo de Atención en Salud de Bogotá

En el marco del Modelo MÁS Bienestar de Bogotá D.C., la Prescripción Social se concibe como una estrategia para la promoción de la salud y el bienestar que conecta a las personas y sus familias con actividades, recursos y servicios sociales y de bienestar disponibles en los territorios; es así como, la Prescripción Social responde a las necesidades prácticas, sociales y emocionales de la comunidad. Su propósito es favorecer un abordaje integral de la salud y el bienestar que trascienda la atención clínica tradicional e integre dimensiones culturales y sociales para el cuidado de la salud y la vida (36).

Su implementación expresa un enfoque de Atención Primaria Social orientado a fortalecer la capacidad de respuesta territorial mediante procesos de articulación intersectorial, participación social y coordinación entre actores institucionales y comunitarios, en coherencia con la conformación de las Redes MAS Bienestar (39).

A partir de este marco, la Prescripción Social se configura como una actividad de cogestión de los equipos de Atención Primaria Social, que articula la oferta institucional del sector salud y de otros sectores con los activos sociales y comunitarios presentes en el territorio, con el propósito de responder de manera integral, oportuna y pertinente a necesidades de salud y bienestar que desbordan la capacidad resolutoria de la atención clínica convencional.

Su implementación expresa un enfoque de Atención Primaria Social orientado a fortalecer la capacidad de respuesta territorial mediante procesos de articulación intersectorial, participación social y coordinación entre actores institucionales y comunitarios, en coherencia con la conformación de las Redes MAS Bienestar (39).

De acuerdo con la ficha operativa de la estrategia en la Secretaría Distrital de Salud, su desarrollo se estructura a partir de dos circuitos complementarios: el circuito social, cuya entrada se produce desde la identificación, validación y movilización de activos sociales y comunitarios; y el circuito institucional, que se activa desde los equipos MAS Bienestar en tu hogar y los equipos GSP-PSPIC. Esta configuración permite que la Prescripción Social opere como un proceso organizado de conexión, acompañamiento, canalización y seguimiento, orientado al acceso efectivo a recursos, servicios y oportunidades de bienestar acordes con las características y necesidades de cada persona, familia o colectivo (36).

En términos operativos, la estrategia se desarrolla mediante cinco componentes articulados entre sí: i) mapeo de activos sociales e institucionales, entendido como el proceso de identificación, caracterización, validación y actualización de la oferta territorial; ii) facilitación de la Prescripción Social, que comprende el acompañamiento técnico y relacional de los circuitos social e institucional; iii) canalizaciones para la Prescripción Social y activación de rutas, mediadas por el procedimiento de derivación a través del Sistema de Información de Referencia y Contrarreferencia (SIRC); iv) fortalecimiento de capacidades, dirigido a consolidar los saberes y competencias de los actores vinculados a la estrategia; y v) monitoreo y evaluación, orientado al seguimiento de la implementación, la trazabilidad de las canalizaciones y la producción de información para la mejora continua (36).

2.3. Metodología

La metodología propuesta para el presente capítulo corresponde a una revisión documental de alcance, de naturaleza exploratoria, con enfoque descriptivo, orientada a identificar y seleccionar experiencias de evaluación de estrategias de Prescripción Social. Este ejercicio tuvo como propósito reconocer de las experiencias de evaluación de prescripción social,

enfoques metodológicos, criterios , mecanismos de seguimiento y resultados reportados en distintas experiencias , para aportar a la construcción de procesos evaluativos aplicables al contexto distrital.

2.3.1. Técnicas

La técnica metodológica utilizada correspondió a una revisión documental basada en fuentes secundarias, orientada a identificar experiencias de Prescripción Social con procesos de evaluación reportados. La búsqueda se desarrolló en bases de datos académicas, repositorios institucionales de acceso abierto y literatura gris, incluyendo Google (Scholar - Books), Scielo, Dialnet, PubMed Central, priorizando artículos científicos, reportes técnicos y estudios de experiencias relacionados con Prescripción Social y evaluación de intervenciones comunitarias.

La estrategia de búsqueda contempló términos en español e inglés combinados según la base consultada y el tipo de documento, utilizando operadores booleanos como “AND” y “OR”. Entre los términos empleados se incluyeron: “prescripción social”, “social prescribing”, “evaluación”, “impacto”, “efectividad”, “link worker”, “asset-based approach”, “community intervention”, “health promotion” y “community-based prevention”, “guías metodológicas”, “proyectos de prescripción social”. La revisión priorizó documentos publicados entre 2015 y 2025, con disponibilidad de texto completo. Las experiencias revisadas incluyeron contextos como Reino Unido, España, Islandia, Corea del Sur, Chile y otros países europeos y latinoamericanos, en tanto ofrecían información relacionada con implementación y evaluación de estrategias de Prescripción Social.

Los criterios de inclusión contemplaron: experiencias vinculadas a Prescripción Social, evaluadas ; textos disponibles en español o inglés; y acceso completo al contenido. Como criterios de exclusión se definieron: protocolos de investigación sin resultados; documentos duplicados; experiencias sin descripción metodológica suficiente; materiales divulgativos sin respaldo técnico o evaluativo; y documentos fuera del periodo de búsqueda establecido.

El proceso de búsqueda documental se desarrolló en diferentes etapas secuenciales orientadas a garantizar la trazabilidad y rigurosidad en la selección de experiencias internacionales de evaluación en Prescripción Social. Inicialmente, se realizó una búsqueda amplia en las bases de datos y repositorios seleccionados, utilizando diferentes combinaciones de palabras clave en español e inglés articuladas mediante operadores booleanos como “AND” y “OR”, con el propósito de ampliar el alcance de identificación documental.

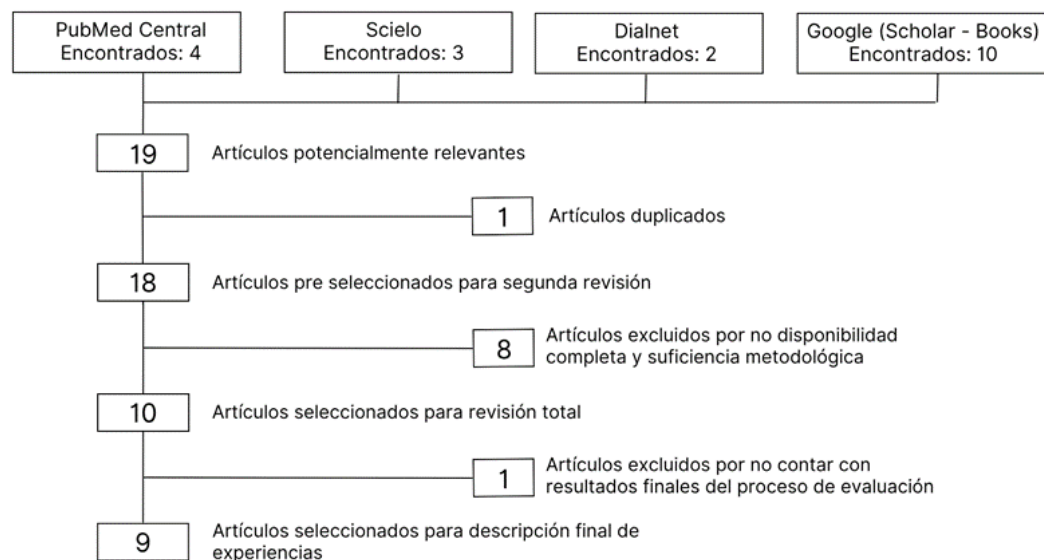
Como resultado de esta búsqueda inicial se obtuvo un total de 19 registros documentales. Posteriormente, se realizó una revisión preliminar de títulos y resúmenes, excluyendo documentos duplicados. Esta fase permitió consolidar un total de 18 documentos

preseleccionados. En una segunda etapa, se aplicó un filtro relacionado con la disponibilidad de acceso completo y libre al contenido, así como con la suficiencia metodológica de la información reportada, obteniendo un total de 10 documentos elegibles.

Finalmente, se efectuó lectura completa de los textos y se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión definidos para la revisión, seleccionando un total de 9 experiencias/documentos para el análisis final. Durante esta etapa se excluyó un documento sin resultados consolidados, el cual corresponde a la experiencia “Prescripción social en cinco países europeos: protocolo de un análisis cualitativo transnacional”, debido a la ausencia de hallazgos evaluativos finales.

La sistematización del proceso de búsqueda y selección documental se presenta en la *Figura 5*, donde se describen las etapas de identificación, depuración, elegibilidad y selección final de experiencias incluidas en el análisis.

Figura 5. Sistematización del proceso de búsqueda y selección documental de experiencias de Prescripción Social con evaluación



Fuente: Elaboración propia; equipo de Análisis de las Políticas y Acciones para la Salud Pública en el marco de la Gestión Territorial de las Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá - mayo 2026.

2.3.2. Instrumentos

A partir de los documentos seleccionados, estos fueron organizados en una matriz de sistematización de experiencias que permitió comparar enfoques metodológicos, criterios de evaluación, actores involucrados, población objetivo, resultados y mecanismos de seguimiento de cada una de las experiencias. Esta matriz facilitó la identificación de

elementos comunes relacionados con la evaluación de estrategias de Prescripción Social, así como vacíos metodológicos presentes en la literatura revisada.
(ver anexo).

2.4. Resultados

Para enriquecer esta base teórica y aportar de manera práctica a la estructuración del proceso a nivel distrital, se incorpora la descripción de nueve experiencias internacionales desarrolladas entre 2015 y 2025 en diversos contextos de Europa, Latinoamérica y Asia. Estas iniciativas descritas se agrupan en cuatro focos temáticos estratégicos: la prevención del consumo de sustancias en jóvenes, el abordaje de la soledad en adultos mayores, el cuidado compartido y la experiencia subjetiva del usuario en el flujo clínico.

2.4.1. Técnico – Científico

Reconociendo la complejidad que implica conectar el sistema sanitario con los activos comunitarios, se presentan criterios científicos para la evaluación de los programas de Prescripción Social en el ámbito de la atención primaria, a partir del modelo clásico de calidad asistencial de Donabedian, el cual organiza los criterios en estructura, proceso y resultados (40).

En la *estructura*, se evalúan aspectos de gobernanza y equidad en el acceso a los activos de salud (garantizando la inclusión sin barreras de género, edad, etnia o nivel socioeconómico), la proximidad geográfica, la gratuidad o bajo costo de las actividades y la disponibilidad de repositorios institucionales validados que estén formalmente integrados en la historia clínica electrónica de atención primaria. Por su parte, la dimensión de *proceso* se centra en el itinerario clínico y comunitario del paciente, analizando desde la correcta identificación de los motivos de consulta idóneos (como la soledad no deseada, el sedentarismo o los trastornos del estado de ánimo) y la obtención del consentimiento informado, hasta el seguimiento de la adherencia del paciente y el nivel de colaboración intersectorial efectivo entre el personal sanitario y los agentes de la comunidad (40).

Finalmente, la *evaluación* culmina con la medición de los resultados, priorizando tanto los indicadores centrados en la persona como el impacto global en el sistema de salud. Esto implica cuantificar mediante herramientas validadas las mejoras en la calidad de vida, la autonomía personal y las habilidades emocionales de los individuos, trascendiendo el simple recuento estadístico de las derivaciones realizadas. Asimismo, se mide la sostenibilidad del sistema a través de la reducción del uso de servicios de salud de bajo valor, reflejado en una

disminución de citas médicas innecesarias, visitas a urgencias evitables o derivaciones duplicadas a la atención secundaria. Para consolidar estos datos y permitir una toma de decisiones informada, los marcos de consenso recomiendan el diseño de tarjetas de puntuación (scorecards) interactivas que faciliten monitorear el progreso regional y consolidar el despliegue de las actividades comunitarias con los indicadores de salud pública de la población (40).

A continuación, se presenta una tabla donde se sintetizan las **dimensiones/tipos de evaluación**, métodos, técnicas y los elementos que son valorados según la literatura científica relacionada:

Tabla 6. Elementos y Criterios valorados por tipo de evaluación - Donabedian

Dimensiones / Tipos de Evaluación	Métodos Aplicados	Técnicas Utilizadas	Elementos / Criterios que se Valoran
Evaluación Estructural (Centrada en garantizar la accesibilidad, equidad, continuidad y seguridad de los activos de salud)	• Enfoque metodológico mixto • Modelo de Calidad Asistencial de Donabedian	• Revisión narrativa de la literatura • Discusiones de Grupo Nominal con actores clave • Cuestionario y Encuesta Delphi (2 rondas de expertos)	• Equidad y Accesibilidad: Acceso a Activos de Salud para grupos vulnerables, por género, edad, nivel cultural y equidad territorial (rural vs. urbano). • Continuidad: Disponibilidad de los activos en salud de manera sostenida en el tiempo. • Validación Institucional: Reconocimiento y registro oficial por autoridades de salud pública. • Profesionales involucrados: Implicación y rol de enfermeras, trabajadores sociales, médicos de familia y profesionales de salud mental.

Evaluación de Proceso (Centrada en la implementación operativa y las intervenciones)	• Enfoque metodológico mixto • Modelo de Calidad Asistencial de Donabedian	• Análisis temático cualitativo mediante codificación iterativa (con software MURAL) • Consenso Delphi para medir relevancia y factibilidad operativa	• Motivo de derivación: Agrupación de activos con necesidades sociales y de salud mental específicas (p. ej., soledad no deseada, estrés, ansiedad, baja autoestima). • Consentimiento e Información: Comunicación clara al paciente sobre los beneficios del esquema y formalización del consentimiento. • Colaboración intersectorial: Nivel de coordinación e integración entre los equipos de atención primaria y los proveedores de la comunidad. • Adherencia y satisfacción: Seguimiento del cumplimiento de las actividades de los pacientes y satisfacción del usuario o de su red de apoyo.
Evaluación de Resultados (Centrada en el impacto final en el paciente y el sistema de salud)	• Enfoque metodológico mixto • Modelo de Calidad Asistencial de Donabedian	• Evaluación de criterios de éxito ponderados por consenso de expertos mediante medias estadísticas	• Resultados en el paciente: Incremento en la alfabetización en salud, motivación personal, autonomía diaria y mejoras en el bienestar emocional y la calidad de vida general • Resultados en el sistema sanitario: Disminución en la frecuencia de visitas innecesarias a consultas de atención primaria o urgencias. • Resultados comunitarios: Crecimiento y sostenibilidad de alianzas para potenciar la salud social colectiva.

Fuente: Elaboración propia; equipo de Análisis de las Políticas y Acciones para la Salud Pública en el marco de la Gestión Territorial de las Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá - mayo 2026.

2.4.2. Experiencias

En este apartado se realiza una descripción de experiencias i con el propósito de identificar criterios y técnicas de evaluación que permitan aportar a la estructuración de un proceso de evaluación en el Distrito. . Se identificaron nueve (9) experiencias que presentan desde modelos de prevención primaria a largo plazo hasta pilotos de digitalización y cuidado compasivo las cuales incluyen seguimientos, diseños cuasiexperimentales y protocolos de investigación cualitativa desarrollados entre 2015 y 2025.

Las estrategias de prescripción se distribuyen en cuatro focos temáticos:

- Prevención del consumo de sustancias en jóvenes: Centrado en el modelo Planet Youth, con experiencias en Islandia, Chile y España (Tarragona). (tres experiencias?)
- Abordaje de la soledad y salud mental en adultos mayores: Con programas en Corea del Sur (enfoque digital), España en Cataluña y Aragón, y Reino Unido orientados a reducir la medicalización y fortalecer la autonomía. (tres experiencias?)
- Cuidado compartido y bienestar físico: Incluyendo el modelo de Comunidades Compasivas para el fin de vida y el programa "Conecta Actius" en Valencia para combatir el sedentarismo. (2 experiencias)
- Pasos para beneficiarse de la Prescripción Social: Estudio cualitativo mediante entrevistas aplicado en Reino Unido con una muestra intencionada, de personas de diferentes rangos de edad que tuvieran acceso a actividades de Prescripción Social.

las experiencias de evaluación de prescripción social se desarrollan en el contexto europeo (España, Islandia y Reino Unido), complementado con experiencias en Latinoamérica (Chile) y en Asia (Corea del Sur).

Se encontraron experiencias desde programas piloto, orientados a la reducción de la carga asistencial hasta estrategias modelo de seguimiento que permiten ajustes en tiempo real mediante ciclos iterativos de datos. De esta aproximación, se derivan aprendizajes sobre la importancia de la coordinación intersectorial entre equipos de salud, gobiernos locales y organizaciones civiles para garantizar la sostenibilidad de los activos comunitarios.

2.4.2.1. Descripción de Experiencias

A continuación, se exponen los componentes técnicos y metodológicos de las experiencias:

La experiencia “**Planet Youth**”, derivada del modelo islandés de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, se diseñó para abordar el problema del consumo precoz y elevado de alcohol, tabaco y otras drogas entre adolescentes, que en Islandia posicionaba a sus jóvenes en los primeros lugares europeos en 1998, con un 25% de fumadores diarios y más del 40% reportando embriaguez en el último mes. Este programa de Prescripción Social comunitaria tiene como objetivo principal reducir la iniciación en el consumo mediante la creación de entornos protectores que refuercen factores de protección y mitiguen riesgos en los ámbitos familiares, entre pares, tiempo libre extraescolar y escolar, conceptualizando a la sociedad como “paciente” en un enfoque de prevención primaria a largo plazo (41).

Está dirigida a jóvenes de 12 a 18 años, con un foco especial en los grupos de 15 y 16 años y sus comunidades escolares locales, integrando actores multisectoriales como investigadores, formuladores de políticas, profesionales de Salud Pública, educadores, líderes comunitarios y coaliciones locales, con soporte técnico del equipo Planet Youth para formación, análisis de datos y monitoreo continuo (41).

El método de evaluación es mixto y cíclico, estructurado en cuatro dimensiones interconectadas (estructura – proceso – impacto - resultados) a través de un ciclo iterativo de 10 pasos que garantiza adaptación continua y triangulación de datos. Su núcleo es la encuesta estandarizada anual o bienal aplicada a cohortes completas de adolescentes de 12 a 18 años, que mide 50 indicadores de factores de riesgo o protección en cuatro espacios (familia, pares, tiempo libre y escuela) y comportamientos de consumo, con análisis automatizado y entrega de resultados locales en 6 a 8 semanas para respuesta rápida. Se complementa con evaluaciones trimestrales del proceso en donde se evalúa la fidelidad al modelo, barreras, facilitadores y herramientas de capacidad comunitaria a través de la implementación de pre y postest. Se realiza una reflexión estructurada post - ciclo que contiene: la estructura para la evaluación de la cohesión de coaliciones multisectoriales; el proceso con la evaluación de la implementación de los 10 pasos: desarrollo de capacidades, recolección de datos, divulgación, planificación, armonización de políticas, inmersión juvenil y reflexión; impacto con una evaluación de cambios en factores riesgo y protección; y resultados con la revisión de tendencias en consumo. Este diseño permite un monitoreo longitudinal, ajuste en tiempo real y generación de informes comunitarios, con un enfoque de "sociedad como unidad de análisis" (41).

Los resultados y logros evidencian su efectividad, en Islandia se logró una reducción del consumo durante más de 20 años, pasando de ser líderes a últimos puestos en rankings europeos, incremento significativo de factores protectores del 20 al 40% en conexión familiar y escolar, fortalecimiento de redes intersectoriales y desarrollo de capacidades locales para decisiones basadas en evidencia, con replicación en varias comunidades globales (41).

A partir de los avances del modelo islandés, diversas naciones han emprendido procesos de adaptación de esta estrategia al contexto local. Un ejemplo es la estrategia de **“Adaptación e implementación del modelo de prevención de consumo de sustancias Planet Youth en Chile”** aborda el consumo temprano de alcohol y otras sustancias en adolescentes y la necesidad de contar con estrategias preventivas basadas en evidencia que puedan transferirse y ajustarse a realidades socioculturales distintas a la islandesa. Su propósito es adaptar el modelo Planet Youth al contexto chileno, evaluar su factibilidad operativa y generar información local que oriente intervenciones comunitarias de prevención, focalizadas en estudiantes de décimo grado, sus familias, comunidades escolares y actores municipales (42).

Para ello, el estudio desarrolló una metodología sustentada en la traducción y adaptación cultural de la encuesta original islandesa, su implementación en seis comunas de la Región Metropolitana y la aplicación del instrumento a 7.354 estudiantes, lo que permitió caracterizar factores de riesgo y protección asociados al consumo de sustancias. Este proceso se complementó con la retroalimentación sistemática de resultados a establecimientos educativos y gobiernos locales, fortaleciendo la toma de decisiones preventivas y la pertinencia territorial de las acciones (42).

Las técnicas empleadas incluyeron el uso de la encuesta estandarizada de Planet Youth (77 preguntas) validada para el contexto chileno, el análisis de factores de riesgo y protección, mecanismos participativos de devolución de resultados a comunidades escolares y autoridades; así mismo, una articulación intersectorial que integró municipalidades, equipos de salud, centros educativos, la Universidad de Chile y el Icelandic Centre for Social Research and Analysis. Entre los principales logros destacan la validación cultural del instrumento, la identificación de patrones de riesgo específicos del territorio, la **consolidación de alianzas intersectoriales** y la demostración de la viabilidad del modelo en Chile incluso en condiciones de pandemia (42).

Siguiendo esta línea, la experiencia **“Impacto preliminar de la adopción del Modelo de Prevención Islandés en la ciudad de Tarragona, 2015-2019: Un estudio transversal repetido”**, afirma que existe una gran necesidad de estrategias de intervención de prevención primaria eficaces para reducir y retrasar el inicio del consumo de sustancias en la adolescencia. El Modelo de Prevención Islandés (MPI) ha demostrado éxito en Islandia durante los últimos veinte años; sin embargo, la evidencia sobre su transferibilidad aún es limitada. Utilizando datos recopilados en Tarragona (España), durante los esfuerzos regionales para la adopción del MPI en Cataluña, este estudio evaluó la transferibilidad y la estabilidad de los supuestos centrales de riesgo y factores protectores del MPI a lo largo del tiempo y examinó las tendencias del tabaquismo, el uso de cigarrillos electrónicos, el consumo de alcohol, la intoxicación y el consumo de cannabis durante el mismo período (43).

Este estudio incluyó respuestas de jóvenes de 15 a 16 años de edad, provenientes de dos muestras representativas de la región de Tarragona, tomadas entre 2015 y 2019 para un total de 2.867, contando con participación comunitaria, familiar y del entorno escolar. Las preguntas de la encuesta evaluaron la frecuencia de consumo de tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, intoxicación y cannabis a lo largo de la vida, así como los supuestos del modelo principal, además de recopilar datos demográficos. Se utilizaron modelos de regresión logística de efectos principales con y sin interacción temporal para evaluar los supuestos y su estabilidad a lo largo del tiempo (43).

El método de evaluación fue a partir de un diseño transversal repetido (pseudo-longitudinal), que consiste en tomar varias “fotografías” de una población a lo largo del tiempo, permitiendo analizar tendencias generales sin realizar un seguimiento individual, encuestando a dos cohortes diferentes de estudiantes, explicando variables independientes, variables de control, preguntas orientadoras y opción de respuesta, muestra del análisis estadístico y manejo de datos faltantes (43).

Adicionalmente, el estudio confirma que supuestos centrales como: la prevención primaria y temprana, evidencia y datos locales, enfoque comunitario y ambiental, colaboración activa y

compromiso a largo plazo del Modelo Integrado de Prevención (MIP) son similares en Tarragona que en Islandia y otros contextos previamente analizados. Asimismo, indican que la prevalencia del tabaquismo, la intoxicación y el consumo de cannabis a lo largo de la vida disminuyó de forma desproporcionada?? en Tarragona entre 2015 y 2019, durante la primera fase de la adopción regional del modelo. Por lo tanto, aplicar los supuestos del modelo representa una estrategia viable de prevención primaria para las comunidades que buscan reducir el tabaquismo, el consumo de alcohol, la intoxicación y el consumo de cannabis entre los adolescentes (43).

Otros países han implementado estrategias de Prescripción Social . Un ejemplo de ello es la implementación del programa de **“Prescripción Social Digital en las zonas rurales de Corea del Sur”**, que constituye una respuesta frente al creciente impacto de la soledad, el aislamiento social y la depresión en adultos mayores de 65 años. Este fenómeno, que afecta la salud mental y física de la población, se aumenta en los entornos rurales por la escasez de recursos y personal médico de los servicios de Atención Primaria, lo que genera una sobrecarga en el sistema nacional de salud. Ante este panorama, el objetivo central de esta experiencia es el desarrollo y la validación de una plataforma digital que permita no solo la prescripción de actividades sociales, como el programa de Music Story Telling, sino también la integración efectiva de los actores claves del sistema. La estrategia está dirigida específicamente a personas mayores con diagnóstico de depresión, condiciones de vida en soledad y deterioro cognitivo leve, **quienes son identificadas y vinculadas al programa a través de una red de profesionales de la salud, trabajadores de enlace y centros de atención comunitaria** (44).

El pilar fundamental de esta experiencia reside en su diseño metodológico, estructurado bajo un estudio de cohortes prospectivo con una duración de tres años. La evaluación se fundamenta en una estrategia comparativa dividida en cuatro grupos, lo que permite observar la transición entre la Prescripción Social tradicional y el modelo digitalizado. Para medir la eficacia, se emplean instrumentos validados internacionalmente y adaptados al contexto coreano: la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), la Escala de Ansiedad Geriátrica (GSA), Escala de Soledad de la Universidad de California de Los Ángeles (UCLA), el Mini-Mental State Examination Coreano (MMSE-K) para función cognitiva y la escala eHEALS para medir la alfabetización digital. El análisis estadístico partió de la aplicación de pruebas *t* pareadas para comparaciones pre y postest y regresiones de “diferencia en diferencias” (difference-in-differences), controlando variables externas mediante el modelo de Anderson. Complementariamente, se integra un análisis de costo - beneficio que convierte los resultados en valores monetarios, categorizando beneficios directos e indirectos, y empleando indicadores de valor presente neto y ratios de costo - beneficio para determinar la viabilidad financiera de la intervención (44).

A través de este modelo, los resultados proyectados y los logros alcanzados hasta el momento **demuestran que la digitalización permite un seguimiento trazable de los pacientes,**

integrando la Prescripción Social en historias clínicas electrónicas que facilitan una gestión sostenible de la salud. Adicional a la mejora clínica en los indicadores de bienestar, uno de los logros principales de esta experiencia radica en la generación de evidencia científica necesaria para la toma de decisiones políticas, demostrando que la transición hacia lo digital no solo es una respuesta tecnológica, sino un mecanismo para mitigar la brecha de atención en salud mental de las poblaciones rurales (44).

Por otro lado, la experiencia de “**Comunidades Compasivas Programa -Todos Contigo-**”, surge como respuesta al problema de la soledad y el aislamiento social que enfrentan las personas con enfermedades avanzadas o en situación de fin de vida. El modelo biomédico tradicional suele centrarse en el control de síntomas físicos, omitiendo que gran parte del sufrimiento radica en la desconexión social y la falta de redes de apoyo, lo que satura los servicios de salud con necesidades que son en esencia, humanas y comunitarias (45).

El objetivo fundamental de esta experiencia es transformar la atención sanitaria en un modelo de cuidado compartido, donde se movilice y capacite a la comunidad para acompañar y cuidar a quienes más lo necesitan. De esta manera, se busca crear un ecosistema de soporte que complemente la atención profesional. La población a la que va dirigida incluye a pacientes con enfermedades crónicas en estadios avanzados, personas en situación de dependencia o fase terminal, y en especial a sus cuidadores habituales, quienes suelen padecer un nivel de sobrecarga emocional por la falta de relevo y apoyo externo (45).

La implementación de esta estrategia intersectorial involucra a actores como: equipos de salud (Atención Primaria y Paliativos), servicios sociales municipales, organizaciones de voluntarios, comercios locales, centros religiosos y redes vecinales. El método de evaluación propuesto es un modelo de evaluación multidimensional que trasciende la métrica clínica tradicional para centrarse en el fortalecimiento del tejido social. Este método se fundamenta en la identificación y activación de “activos comunitarios” y el mapeo de círculos de soporte (familia, amigos y comunidad), utilizando indicadores de proceso para monitorear el crecimiento y la capacidad de la red, como el número de organizaciones vinculadas y voluntarios capacitados en compasión e indicadores de resultado que evalúan el efecto real en el bienestar. A través de herramientas científicas y escalas validadas, se mide el incremento en el tamaño de la red de apoyo, la mejora en la percepción de soporte social y la calidad de vida del paciente, permitiendo cuantificar cómo la sinergia entre el sistema formal e informal logra mitigar el aislamiento y garantizar un acompañamiento integral en el entorno cotidiano (45).

Los resultados y logros de esta estrategia han demostrado ser sobresalientes. Se ha documentado una reducción significativa en el acceso a los servicios de urgencias y una disminución en la institucionalización de pacientes, permitiendo que las personas permanezcan en su hogar con dignidad. Además, se logra un empoderamiento de la comunidad, que recupera su capacidad de cuidar, y un alivio en el estrés del cuidador. El

desarrollo de esta experiencia, se centra en la activación de un tejido humano que fortalece la salud y la capacidad de recuperación colectiva frente a la enfermedad y el duelo (45).

En sintonía con este enfoque de cuidado compartido, otros sistemas han priorizado la integración de la Prescripción Social en el flujo clínico habitual. Ejemplo de ello es el **“Programa Piloto de Prescripción Social implementado en Cataluña”**, el cual se estructuró como una intervención estratégica orientada a abordar el aislamiento social y mejorar la salud mental positiva y la calidad de vida de los pacientes, operando inicialmente en los municipios de Pineda de Mar y Montcada i Reixac. El problema que aborda esta iniciativa es la limitación de la Atención Primaria centrada exclusivamente en la medicalización, la cual resulta insuficiente para gestionar las necesidades psicosociales de pacientes con síntomas leves o moderados de ansiedad y depresión, hiperfrecuentadores del sistema o personas en situación de riesgo de aislamiento social. Como objetivo principal, la experiencia buscó adaptar un modelo de Prescripción Social al contexto local, convirtiéndose en una herramienta de referencia para la derivación a recursos comunitarios y fomentando la concienciación tanto en profesionales como en pacientes sobre la importancia de la actividad social como factor protector frente a la depresión y la ansiedad (46).

Para el desarrollo de la estrategia, la articulación de actores fue clave, involucrando una colaboración multisectorial entre el Centro de Atención Primaria (CAP), el ayuntamiento, las entidades municipales y cívicas y la Agencia de Salud Pública de Cataluña. La metodología para la evaluación del programa fue de naturaleza cualitativa, centrada en la factibilidad y viabilidad de la implementación a través de entrevistas semiestructuradas realizadas a ocho profesionales incluyendo trabajadores sociales, médicos, enfermeras y técnicos de Salud Pública que participaron activamente en la derivación de pacientes. Este proceso evaluativo empleó un análisis inductivo y temático del material transcrito de las entrevistas, permitiendo capturar las percepciones sobre el funcionamiento del programa, identificando las barreras estructurales y logísticas, y explorando los efectos percibidos en la práctica asistencial (46).

Los resultados de esta evaluación revelaron una experiencia valorada positivamente por los profesionales, aunque limitada por retos como el bajo nivel de derivaciones y la escasa participación inicial de entidades comunitarias, lo cual se atribuyó en parte **a la carga de trabajo y a la complejidad del algoritmo de derivación**. No obstante, se identificaron puntos importantes, como el reconocimiento de la naturaleza terapéutica del proceso en sí mismo y la validación de la Prescripción Social como un mecanismo para replantear la medicalización en la Atención Primaria. A raíz de estos hallazgos, se introdujeron modificaciones estructurales en implementaciones posteriores, incluyendo el diseño de materiales para facilitar la gestión de datos, la adición de elementos motivacionales y la ampliación del rango de profesionales habilitados para realizar la prescripción, sentando así las bases para una optimización continua del modelo (46).

El estudio cualitativo “**Steps to benefit from social prescription: a qualitative interview study**” aborda el problema de comprender cómo las personas realmente se benefician de la Prescripción Social, es decir, de actividades comunitarias derivadas desde la Atención Primaria para mejorar bienestar y conexión social. Su objetivo fue identificar los pasos, condiciones y mecanismos que permiten a los usuarios experimentar cambios positivos en bienestar emocional, sentido de propósito y participación social. La experiencia estuvo dirigida a adultos que asistían a actividades prescritas socialmente en distintos entornos comunitarios del Reino Unido, seleccionados mediante muestreo intencional para asegurar diversidad de trayectorias, motivaciones y necesidades (47).

En la estrategia participaron investigadores cualitativos responsables del diseño y análisis del estudio, profesionales de Atención Primaria que realizaban las derivaciones y organizaciones comunitarias encargadas de ofrecer las actividades. El método de evaluación consistió en un estudio cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas, aplicadas a usuarios de actividades prescritas socialmente. Estas entrevistas fueron analizadas mediante análisis temático, lo que permitió codificar los relatos, identificar patrones comunes y construir una secuencia analítica que describe cómo las personas avanzan desde el ingreso a la actividad hasta la percepción de beneficios. El diseño metodológico se apoyó en técnicas como el muestreo intencional para la selección de participantes, entrevistas semiestructuradas para la recolección de información y análisis temático para la interpretación de los datos (47).

Entre los principales resultados y logros se identificaron cinco pasos claves que explican cómo los usuarios se benefician de la Prescripción Social: recibir apoyo profesional para abordar problemas sociales inmediatos, participar e interactuar con otros en actividades comunitarias, aprender nuevas formas de relacionarse y desarrollar habilidades, reconocer activos personales que transforman la autopercepción y, finalmente, proyectarse hacia metas futuras con una visión positiva del presente. Estos hallazgos muestran que se generan beneficios cuando existe acompañamiento adecuado, pertinencia de la actividad y un proceso progresivo de fortalecimiento personal. Asimismo, el estudio aporta criterios útiles para evaluar la continuidad de los usuarios en la Prescripción Social mediante seguimiento de casos y entrevistas que permiten comprender barreras, facilitadores y cambios percibidos a lo largo del proceso (47).

De otra parte, la experiencia de “**Diagnóstico de la recomendación de activos en Aragón desde la perspectiva de profesionales de la sanidad: estudio cualitativo**”, teniendo como reto de la Atención Primaria, reducir la medicalización de situaciones de la vida cotidiana, fomentando la autonomía y luchando por la sostenibilidad del sistema. Actúa centrándose en la búsqueda de soluciones positivas, que ayuden a afrontar el proceso salud-enfermedad, relacionando temas establecidos en siete categorías: impacto en el trabajo diario, uso de recursos disponibles, extensión del programa, beneficios y efectos negativos de la Recomendación de Activos, barreras en la implementación y sugerencias de mejora.

Se planteó como condición esencial conocer la red comunitaria antes de desarrollar el programa para poder hacerlo de manera efectiva. Para ello, se valoraron positivamente las herramientas proporcionadas por la Estrategia de Atención Comunitaria, aunque precisan de algunas mejoras para facilitar su uso y disminuir el impacto en carga de trabajo. Se demostró la necesidad de mejora en la coordinación con trabajo social, así como la unificación de protocolos que ya utilizan estos profesionales (48).

Asimismo, la estrategia ?? busca realizar un diagnóstico de la Recomendación de Activos en Aragón (España) desde una narrativa profesional, identificando beneficios y barreras en su implementación en los equipos de Atención Primaria (48).

Para el método de evaluación, se llevó a cabo un estudio cualitativo descriptivo a través de entrevistas semiestructuradas a profesionales del Equipo de Atención Primaria de la región implicados con la Recomendación de Activos. Se analizó la opinión de profesionales de Atención Primaria (profesionales, sectores sanitarios y lugar de trabajo rural o urbano); que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: pertenecer a un Equipo de Atención Primaria con Agenda Comunitaria avanzada creada desde 2017 hasta 2020, y que hubiera hecho Recomendación de Activos formal a través **del protocolo vinculado a la historia de salud digital**; las entrevistas se llevaron a cabo durante el año 2021 (48).

Por otra parte, se puede concluir que la Recomendación de Activos genera beneficios para los centros de salud, los profesionales, las personas usuarias y la comunidad, al mejorar el bienestar físico, mental y social, fomentando el trabajo intersectorial. Sin embargo, puede tener efectos negativos si no se realiza una adecuada valoración previa, lo que podría afectar la confianza en el modelo (48).

Como aspecto a mejorar, se destaca la necesidad de fortalecer la articulación entre medicina, enfermería y trabajo social para evitar que las personas pierdan acceso a otros recursos relevantes, considerando fundamental el conocimiento previo del territorio y la integración del equipo de Atención Primaria en la comunidad para implementarse adecuadamente (48).

Centrándose en el abordaje específico de factores de riesgo metabólicos, la experiencia denominada **"Conecta Actius per a la Salut"**, describe un programa piloto de Prescripción Social de actividad física desarrollado en la Comunitat Valenciana, España; surge para dar respuesta al problema de la inactividad física, la cual se identifica como el cuarto factor de riesgo de mortalidad a nivel mundial. En el contexto específico de la Comunitat Valenciana, los datos muestran que aproximadamente tres de cada diez personas no realizaban actividad física en su tiempo libre, lo que afecta directamente en la prevalencia de enfermedades crónicas, baja autoestima y una percepción deteriorada de la salud general (49).

Es así que, el objetivo de la evaluación se centró en valorar la eficacia o efectividad??del proceso de prescripción y cuantificar la mejora en variables importantes como la autoestima

y la calidad de vida relacionada con la salud tras una intervención de tres meses. Para ello, la población a quien va dirigida son personas adultas (mayores de 18 años) que acudían a consultas de atención primaria y que eran identificadas como inactivas según las recomendaciones de la OMS. Se destaca que la muestra final estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (74,4%) con una edad media cercana a los 65 años, reflejando una necesidad específica en este grupo (49).

La estrategia de prescripción se centra en la articulación de diversos actores que participan de forma coordinada. El modelo va más allá del ámbito clínico al involucrar no solo a profesionales de la salud (medicina, enfermería y trabajo social), sino también a grupos intersectoriales compuestos por técnicos de ayuntamientos y representantes comunitarios. Esta red colaborativa permitió identificar activos de salud (recursos físicos y sociales de la comunidad) para que el personal sanitario pudiera recomendarlos a los pacientes de forma personalizada (49).

En cuanto al método para la evaluación, se empleó un diseño cuasiexperimental de tipo "antes y después" sin grupo control. La valoración se realizó mediante herramientas validadas científicamente: la escala de autoestima de Rosenberg, el cuestionario de calidad de vida EQ-5D y una escala analógica visual para la percepción de salud. Estas mediciones se tomaron al inicio del programa (T0) y al finalizar el seguimiento de tres meses (T1), permitiendo un análisis descriptivo y estadístico del progreso de los participantes (49).

Los resultados y logros obtenidos confirman la efectividad de la Prescripción Social. Se observó una mejora significativa en todas las dimensiones: la calidad de vida aumentó un 7%, la percepción de salud mejoró un 12,5% y la autoestima se incrementó en un 5,9%. Los logros fueron especialmente en las mujeres y en personas con niveles educativos altos. La experiencia demuestra que vincular la Atención Primaria con los recursos comunitarios no sólo combate el sedentarismo, sino que genera beneficios psicológicos y sociales en el corto plazo (49).

2.4.2.2. Análisis de criterios técnicos y operativos

A partir de los criterios establecidos en la ficha técnica de Prescripción Social y del modelo de evaluación descrito en la literatura revisada, este apartado identifica las experiencias encontradas en la revisión con el objetivo aportar en la construcción de propuesta para la evaluación de la estrategia de prescripción social liderada por la SDS. La revisión muestra que la Prescripción Social se fortalece cuando articula estructura intersectorial, seguimiento operativo y medición de resultados centrados en bienestar, redes de apoyo y cambios significativos en la vida cotidiana de las personas (40).

En términos metodológicos, las nueve experiencias revisadas se agrupan en cuatro focos: prevención del consumo de sustancias en jóvenes, abordaje de la soledad y la salud mental en adultos mayores, cuidado compartido y bienestar físico, y experiencia del profesional y usuarios en el tránsito por la prescripción social. Las experiencias de evaluación de prescripción identificadas comparten una preocupación común: cómo conectar de manera efectiva a las personas con activos sociales e institucionales y cómo demostrar que esa conexión produce cambios verificables en el bienestar, funcionalidad o protección frente al riesgo.

A continuación, se presenta una tabla con el análisis de las experiencias de acuerdo con la propuesta de modelo de evaluación de Donabedian a teniendo en cuenta las dimensiones de estructura, proceso y resultado, y a partir del objetivo y el método de evaluación.

Para cada experiencia y a partir de la información explícita en el documento revisado se identificó el alcance de la evaluación, frente a las dimensiones de estructura, proceso y resultado se cuando no fue posible identificar evidencia suficiente para alguno de los elementos, se registró la no existencia con el fin de mantener la trazabilidad y el rigor del análisis (ver *Tabla 7*).

Tabla 7. Tabla de análisis de experiencias de evaluación de Prescripción Social

Experiencia	Metodología	Técnicas	Análisis Referente técnico Dimensiones / Tipo de Evaluación		
			Estructura	Proceso	Resultado
Planet Youth	Triangulación y Ciclos Iterativos Evaluación de Redes e Impacto	Encuestas estandarizadas (anual/bienal) y ciclos de 10 pasos Pre y postest de capacidad comunitaria y evaluación de fidelidad al modelo	Continuidad - Validación institucional: Existe coalición local/multinivel, soporte institucional y coordinación entre actores para sostener la intervención.	Colaboración intersectorial - Adherencia y satisfacción: Coordinación entre salud, educación y comunidad, con seguimiento periódico del modelo y participación sostenida de los actores.	Resultados en el sistema sanitario - Resultados comunitarios: Reporte de cambios en consumo en adolescente y fortalecimiento de factores protectores, con efectos poblacionales sostenidos.
Adaptación de Planet Youth en Chile	Traducción y adaptación cultural de la encuesta original islandesa	Encuestas estandarizadas	Validación institucional: Apoyo en actores institucionales para adaptar y mantener el modelo en el territorio.	Colaboración intersectorial: La intervención se centra en adaptar el instrumento, articular actores y usar la información para intervención local.	Resultados en el paciente: Identificación de patrones de riesgo específicos del territorio

Modelo de Prevención Islandés en la ciudad de Tarragona	Transferibilidad del Modelo	Diseño transversal repetido (pseudo-longitudinal) Aplicación de encuestas (variables independientes, variables de control, pregunta orientadoras y opción de respuesta, muestra el Análisis estadístico y manejo de datos faltantes).	No se encuentran elementos para este tipo de evaluación	No se encuentran elementos para este tipo de evaluación	Resultados en el sistema sanitario - Resultados comunitarios: Cambios en tabaquismo, alcohol y consumo de cannabis en población escolar.
Prescripción Social Digital en las zonas rurales de Corea del Sur	Análisis de Costo/Beneficio Evaluación de Eficacia Clínica	Modelos econométricos (Valor Presente Neto, ratios costo-beneficio) Pruebas t pareadas, regresiones e instrumentos validados	Profesionales involucrados - Validación institucional: Participación de equipos clínicos, enlace comunitario y soporte digital institucional para operar la prescripción.	Consentimiento e información - Adherencia y satisfacción: Modelo con seguimiento prospectivo, consentimiento operativo del proceso y medición de continuidad en la participación.	Resultados en el paciente - Resultados en el sistema sanitario: Mejoras en depresión, ansiedad, soledad, cognición y bienestar, con potencial de reducir uso innecesario de servicios. Evaluación de costo - beneficio de la intervención
Comunidades Compasivas Programa - Todos Contigo-	Evaluación multidimensional	Indicadores de proceso para monitorear el crecimiento y la capacidad de la red	Equidad y accesibilidad - Continuidad: Red comunitaria y de cuidados que permite acceso cercano y sostenido para personas con alta vulnerabilidad.	Colaboración intersectorial - Adherencia y satisfacción: Integración de comunidad, voluntariado, atención primaria y cuidados paliativos en un acompañamiento sostenido.	Resultados en el paciente - Resultados comunitarios: Mejora en condiciones de cuidado, mayor calidad de vida y fortalecimiento de redes de apoyo.
Programa Piloto de Prescripción Social implementado en Cataluña	Evaluación de Factibilidad y Barreras	Entrevistas semiestructuradas y análisis temático inductivo	Profesionales involucrados - Validación institucional: Participación de profesionales de atención primaria y salud mental en el piloto, con reconocimiento del enfoque por parte de los equipos.	Colaboración intersectorial: Descripción de barreras de implementación y articulación entre servicios.	No se encuentran elementos para este tipo de evaluación
Steps to benefit from social prescription: a qualitative interview study	Análisis Temático	Entrevistas semiestructuradas presenciales	No se encuentran elementos para este tipo de evaluación	Adherencia y satisfacción: Evalúa el tránsito de la persona por actividades y sus beneficios percibidos.	Resultados en el paciente: Se describen beneficios subjetivos en apoyo, aprendizaje, autopercepción y metas personales.

Diagnóstico de la recomendación de activos en Aragón desde la perspectiva de profesionales de la sanidad	Estudio cualitativo descriptivo	Aplicación de entrevistas semiestructuradas	Profesionales involucrados - Validación institucional: Como resultado se relaciona que la experiencia depende del rol del personal de atención primaria y su conexión con la red comunitaria.	Motivo de derivación - Colaboración intersectorial: Se describe la derivación hacia activos comunitarios y la coordinación entre profesionales.	No se encuentran elementos para este tipo de evaluación
Conecta Actius per a la Salut	Diseño cuasiexperimental de tipo "antes y después" sin grupo control	Escala de autoestima de Rosenberg, el cuestionario de calidad de vida EQ-5D y una escala analógica visual para la percepción de salud	Equidad y accesibilidad - Profesionales involucrados: Organización desde atención primaria con acceso a recursos comunitarios para promover actividad física y salud.	Adherencia y satisfacción: Desarrollo de una intervención pre-post con participación y seguimiento de usuarios.	Resultados en el paciente - Resultados comunitarios: mejora la calidad de vida, la percepción de salud y la autoestima en los participantes.

Fuente: Elaboración propia; equipo de Análisis de las Políticas y Acciones para la Salud Pública en el marco de la Gestión Territorial de las Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá - mayo 2026.

A partir del análisis comparativo de las experiencias descritas, se identifica que la evaluación de la Prescripción Social requiere integrar criterios técnicos, operativos y de resultado que permitan **comprender tanto la implementación** de la estrategia como sus efectos en el bienestar de las personas y en la capacidad de respuesta del sistema de salud. En ese sentido, la revisión muestra que no basta con contabilizar derivaciones o canalizaciones, sino que es necesario valorar la calidad de los procesos desarrollados, la pertinencia de los activos movilizados y las transformaciones observadas en los territorios y en la experiencia de los usuarios.

En la dimensión estructural, los documentos analizados destacan la importancia de contar con soporte institucional, articulación intersectorial, repositorios de activos validados, sistemas de información disponibles y condiciones que garanticen equidad, accesibilidad y continuidad en la oferta. Estos elementos constituyen la base que permite que la estrategia se implemente de manera organizada y sostenible, y evidencian que la Prescripción Social depende de capacidades instaladas tanto en el sector salud como en la red comunitaria e institucional del territorio.

En la dimensión de proceso, los hallazgos subrayan la necesidad de analizar el itinerario completo de la intervención, desde la identificación del motivo de derivación hasta el seguimiento de la adherencia y la experiencia del usuario. La literatura revisada resalta como elementos clave la pertinencia de la canalización, la comunicación clara con la persona, la obtención del consentimiento informado y la coordinación efectiva entre equipos sanitarios y actores comunitarios. En consecuencia, el proceso evaluativo debe permitir verificar si la estrategia se está ejecutando conforme a sus propósitos y si efectivamente logra articular la oferta institucional con las necesidades sociales y emocionales de la población.

En cuanto a los resultados, la revisión evidencia que las experiencias internacionales priorizan tanto cambios en la persona como efectos sobre el sistema de salud y la comunidad. Entre los principales resultados valorados se encuentran mejoras en bienestar emocional, calidad de vida, autonomía, reducción de la soledad o el aislamiento, así como disminución de consultas innecesarias, optimización del uso de servicios y fortalecimiento de redes de apoyo comunitario. Esto confirma que la evaluación de la Prescripción Social debe trascender la medición de actividad y orientarse a identificar transformaciones en la vida de las personas y en la respuesta territorial.

En términos operativos, la revisión permite reconocer que los procesos de evaluación más robustos combinan métodos cualitativos, cuantitativos y mixtos, apoyados en técnicas como encuestas, análisis temático, consenso de expertos, grupos nominales e instrumentos validados. Esta diversidad metodológica responde a la complejidad de la estrategia y a la necesidad de capturar tanto indicadores objetivos, como experiencias subjetivas, relaciones de coordinación y condiciones de implementación.

En síntesis, la evaluación de la Prescripción Social debe organizarse a partir de la interacción entre estructura, proceso y resultados, con especial atención en la articulación intersectorial, la pertinencia territorial y la trazabilidad de la implementación. Este enfoque ofrece una base para construir un esquema evaluativo aplicable al contexto local, orientado no solo a medir el desarrollo de la estrategia, sino también a valorar su capacidad para generar bienestar, fortalecer redes comunitarias y mejorar la respuesta institucional frente a necesidades sociales complejas.

2.5. Conclusiones del capítulo

- Una evaluación integral de la Prescripción Social requiere un enfoque multidimensional que entrelace la estructura, el proceso y los resultados. Esto coincide con el diseño local del componente V (ficha técnica de PS), el cual acierta al no limitarse a un conteo estadístico de derivaciones, proponiendo en su lugar una combinación de evaluaciones tipo antes-después, análisis de redes y encuestas de percepción para capturar el impacto real en la Salud Pública.
- Tanto la evidencia internacional (como los modelos Planet Youth o Todos Contigo) como el diseño operativo local demuestran que el éxito de la Prescripción Social depende de una gobernanza entre el sistema sanitario, los gobiernos locales y las organizaciones civiles. La creación de espacios técnicos y comunitarios específicos (Mesa Local de Bienestar, Mesa de Canalización y Mesa Zonal) es

una fortaleza estructural para validar activos sociales, disminuir barreras territoriales y asegurar la participación de la comunidad.

- La implementación formal de la Prescripción Social mitiga la sobrecarga de la Atención Primaria al ofrecer alternativas no clínicas a la soledad no deseada, el sedentarismo o la ansiedad leve. Al conectar a los pacientes con activos comunitarios, la literatura encontrada demuestra una reducción en el uso de servicios de bajo valor (urgencias evitables, citas duplicadas o hiperfrecuentación), promoviendo la autonomía del usuario y la eficiencia financiera del sistema sanitario.
- Los programas piloto que logran consolidarse a largo plazo son aquellos que transitan de métricas a ciclos iterativos de datos en tiempo real. En ese sentido, la guía del Componente V de documentar de manera sistemática las experiencias retadoras y significativas funciona como una herramienta activa de gestión del conocimiento; esto permite recopilar buenas prácticas e insumos cualitativos que fortalecen los datos cuantitativos y facilitan ajustes rápidos ante las dificultades del territorio.
- La literatura científica y las experiencias previas (como Conecta Actius en Valencia) confirman que el beneficio de la Prescripción Social se consolida cuando se evalúan cambios en la autoestima, la calidad de vida y el fortalecimiento de los círculos de soporte del paciente, reconociendo el proceso clínico-comunitario como terapéutico en sí mismo. El Componente V (ficha de Prescripción Social) se relaciona, al situar la medición del bienestar emocional y el análisis de redes sociales en el núcleo de sus objetivos de evaluación centralizada.

2.6. Recomendaciones del capítulo

- Tomando como referencia los casos de éxito en Corea del Sur y Aragón, se recomienda asegurar que las canalizaciones y el repositorio de activos sociales validados se integren en la historia clínica del sistema de salud. Esto garantizará una trazabilidad del paciente entre los facilitadores y el personal médico, reduciendo los reprocesos en la captura de información y legitimando la Prescripción Social como una intervención terapéutica formal dentro del flujo asistencial tradicional.
- Considerando que experiencias como la de Cataluña y Aragón evidenciaron barreras operativas debido a la alta carga de trabajo de los profesionales y la complejidad de los algoritmos de derivación, se aconseja simplificar y unificar los formatos de

recolección de datos. El flujo de información desde el Facilitador local hasta el Líder local PIC y el Facilitador zonal debe apoyarse en herramientas ágiles para evitar que el exceso de documentación reste tiempo a la intervención comunitaria.

- Para operativizar las funciones de la Mesa de Canalización y la Mesa Zonal, se sugiere establecer un protocolo que defina cuándo una dificultad local de ejecución o acceso efectivo debe ser escalada a los niveles de gestión zonal y distrital. Esto evitará que los retrasos administrativos en el territorio interrumpan la adherencia de los pacientes al programa, permitiendo la toma de decisiones informadas y la aplicación de estrategias de mejora continua.
- Al momento en que los instrumentos definitivos (evaluación antes-después y encuestas de percepción), se recomienda incorporar escalas validadas internacionalmente, combinando la precisión cuantitativa de indicadores clínicos con la profundidad cualitativa de las trayectorias de los usuarios. Incluir mediciones específicas de bienestar, soledad y densidad de la red social con el acompañamiento técnico a las Subredes, amplía la evidencia científica necesaria para respaldar las Políticas Públicas distritales.

Referencias bibliográficas

1. Comisión Intersectorial Distrital de los Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar. Entendimiento común: Envejecimiento y vejez - soledad no deseada. 2026.
2. Comisión Intersectorial Distrital de los Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar. Entendimiento Común: Consumo de sustancias psicoactivas en NNA. 2026.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para la intersectorialidad. 2016.
4. Arboleda Jaramillo. Diseño de la estrategia intersectorial e interinstitucional para la prevención de la TB. 2020.
5. Nurial Cunill. Intersectorialidad. 2013.
6. Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. Decreto 397 de 2025. 2025.
7. Alvaro García y Salazar Maya. Análisis del concepto de envejecimiento. 2025.
8. Cardona y Agudelo. Pensemos en el adulto. 2006.
9. Lecuna, A.. Consecuencias de la soledad no deseada en la salud mental: Un análisis cuantitativo. 2026.
10. Secretaría Distrital de Salud. Caracterización del abuso de sustancias psicoactivas en población habitante de calle. 2024.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. ABC de la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas. 2016.

12. Organización Panamericana de la Salud. Drogas y sustancias psicoactivas. 2020.
13. UDEA. Consumo de sustancias psicoactivas. 2016.
14. Universidad de Buenos Aires Grigoravicius, Marcelo; Bradichansky Laura; Nigro Vanina. "Consumo de sustancias psicoactivas en niños y niñas escolarizados entre 8 y 12 años. Resultados provisionales de una población no clínica". 2012.
15. Departamento de Sanidad - Gobierno de Aragón. Atención comunitaria basada en activos: recomendación activos para la salud en la atención primaria. 2018. Estrategia de atención comunitaria en atención primaria.
16. Consejo de gobierno de Cantabria. La estrategia para la prevención y el abordaje de la soledad no deseada 2024-2028. 2024.
17. Pablo Paño. Hacia la prescripción social basada en la naturaleza para aliviar la soledad: una experiencia co-creativa desde Ecuador. 2025.
18. Department for Digital, Culture, Media and Sport. A connected society A strategy for tackling loneliness – laying the foundations for change - London. 2018.
19. Amor y Límites, Familias Fuertes. Guía para la gestión y la aplicación del programa. 2021.
20. Ministerio del Interior y de Justicia. Marco técnico acción reducción consumo SPA ámbito universitario. 2026. https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031052018_marco_tecnico_accion_reduccion_consumo_SPA_ambito_universitario.pdf.
21. María E, Ramírez H. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA LA INFANCIA ASSESSMENT OF A PREVENTION PROGRAM AGAINST PSYCHOACTIVE SUBSTANCE CONSUMPTION AMONG CHILDREN. 2015. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83938758007.pdf>.
22. Instituto Tecnológico de Campeche. Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA) "Juntos por la Paz". 2020..
23. Mc Queen David WMLVCMJDM. Gestión de acuerdos de financiación: Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas. 2012. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/docs/Gobernanza_intersectorial_paralasalud_entodas_laspoliticas.pdf.
24. Gobierno de Cantabria. Estrategia para la prevención y el abordaje de la soledad no deseada (2024–2028). 2024. <https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Estrategia%20para%20la%20prevencion%20y%20el%20abordaje%20de%20la%20soledad%20no%20deseada.pdf>.

25. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya. Guia de prescripció d'actius comunitaris: Programa Prescripció Social i Salut (PSS). Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya. 2021.
26. Camp de Tarragona. La prescripción social se potencia en la Atención Primaria. 2023.
27. Rolando Bonal. Prescripción social, una dimensión de la promoción de salud. 2013.
28. Ziglio My. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. 2007.
29. Meza S. Activos en salud. 2025.
30. Laura Rodriguez - Grupo Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. Prescripción Social y recomendación de activos en Atención Primaria. 2023.
31. Dirección de sostenimiento. Activo Social. 2020.
32. Narcis Pou. La toma de decisiones en salud comunitaria a través del mapeo de activos en salud. 2023.
33. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Bogotá, Colombia. Mapeo de activos en salud para pacientes con enfermedades crónicas complejas en Bogotá. 2022. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000300002.
34. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Bogotá, Colombia. Taller mapeo de activos: ¿Cómo crear un mapeo de activos? 2020.
35. Inglaterra SWdNp. Trabajadores de enlace de prescripción social. 2025. <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/workforce-and-training/social-prescribing-link-workers/>.
36. Secretaría Distrital de Salud. Ficha técnica de Prescripción Social. Acción de gestión para el bienestar: Estrategia de Prescripción Social. Bogotá D.C. 2025.
37. Pérez Santos V. La prescripción social en salud: revisión de revisiones Trabajo Fin de Máster. 2024. Universidad Miguel Hernández.
38. Evers S, Husk K, Napierala H, Wendt L, Gerhardus A. Theories used to develop or evaluate social prescribing in studies: a scoping review. 2024.
39. Secretaria Distrital de Salud. Documento Marco de GSP PSPIC. 2025.
40. Carrera-Noguero AM GMMPJVPGMMSJAPM. Consensus-based framework for assessing social prescribing schemes in primary healthcare. BMC Prim Care. 2025.
41. Planet Youth, ehf. Programa de asesoramiento de Planet Youth guía de información. 2021. <https://planetyouth.org/wp-content/uploads/2021/10/Ed-lock-Gui%CC%81a-de-informacio%CC%81n-del-programa-de-orientacio%CC%81n-Planet-Youth.-Espan%CC%83ol.-Edicio%CC%81n-electro%CC%81nica.-2021.pdf>.
42. Revista chilena de neuro-psiquiatría. Adaptación e implementación del modelo de prevención de consumo de sustancias Planet Youth en Chile. 2021.

- https://www.researchgate.net/publication/351117960_Adaptacion_e_implementacion_del_modelo_de_preencion_de_consumo_de_sustancias_Planet_Youth_en_Chile.
43. Caine CA Meyers, , Michael J Mann, Ingibjorg Eva Thorisdottir. Impacto preliminar de la adopción del Modelo de Prevención Islandés en la ciudad de Tarragona, 2015-2019: Un estudio transversal repetido. 2023. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10061134/>.
44. Hocheol Lee, Sang Baek Koh, Heui Sug Jo. Efectividad de la prescripción social rural en Korea del Sur. 2023. https://www-researchprotocols-org.translate.google/2023/1/e46371/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc&_x_tr_hist=true.
45. Silvia Librada Flores - Universidad de Sevilla. Comunidades compasivas al final de la vida - modelos de desarrollo y evaluación del impacto en la sociedad. 2021. Programa de doctorado en ciencias de la salud - Línea epidemiología, salud pública y gestión sanitaria.
46. Jordina Capella González, Fleur Braddick, Hannah Schwartz Fields, L. Retos de la Prescripción Social en la Atención Primaria en Salud en Catalunya. 2016. Subdirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Catalunya. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
47. Nur Hidayati Handayani , Marta Wanat y Stephanie Tierney - Revista Británica de Medicina General. Experiencias de prescripción social en el Reino Unido: una revisión sistemática cualitativa. 2025. <https://bjgp.org/content/75/752/e203>.
48. Revista clínica de medicina de familia. Diagnóstico de la recomendación de activos en Aragón desde la perspectiva de profesionales de la sanidad: estudio cualitativo. 2024. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2024000200003.
49. Andrea Martín-Doménech, Laura Ruiz-Fernández. Programa piloto de prescripción de actividad física en atención primaria (fase piloto de Conecta Actius per a la Salut). 2022. <https://www.scielosp.org/article/gs/2021.v35n4/313-319/>.
50. Secretaría Distrital de Salud. Comisión Intersectorial Distrital de los Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar. 2025.