



Cuidados y servicios sociosanitarios para las personas en situación de dependencia, como parte integral del Sistema de Salud

Care and social sanitary services for people under care as a comprehensive part of the Health System

{ **MIGUEL UPRIMNY YEPES** }*

* Director Cámara de Salud de ASOCAJAS. Correo electrónico: miguelu@asocajas.org.co / DOI: <https://doi.org/10.18601/25390406.n1.06>
Recibido: 1 de junio de 2016
Aprobado: 16 de septiembre de 2016

RESUMEN

Colombia vive un proceso de transición demográfica moderada. Las personas hoy se enferman de padecimientos crónicos, presentan pluripatología, sufren de polimedicación, soledad y desarraigo. La prevalencia de personas en situación de discapacidad permanente es significativamente alta con pérdida de su autonomía de manera aguda o crónica significativos, que requieren de cuidados, apoyos y ayudas técnicas que se surten de manera formal o informal para recobrarla o minimizar la dependencia. Las personas adultas mayores con dependencia, las que padecen enfermedad crónica o un episodio agudo incapacitante, las que padecen de algún grado de discapacidad, las que se encuentran en fase terminal y sus cuidadores son entre otros, los sujetos de estos cuidados. Centros Día, transporte especial, cuidadoras, cuidados domiciliarios, teleasistencia, son algunos que deben articularse con *salud* como parte de la integralidad. Las personas que son objeto de la atención socio-sanitaria son en las que confluye una necesidad de servicios sociales y de salud.

PALABRAS CLAVE

Cuidados socio-sanitarios, dependencia, política sanitaria, protección social, servicios sociales

ABSTRACT

Colombia is going through a moderated demographic transition process. People suffer chronic illnesses, presenting plural-pathologies, suffering from multiple medication, isolation and rootlessness these days. The prevalence of people with permanent disabilities is meaningfully high, the acute loss of self-autonomy, requiring care, support and technical aid provided formally or informally to recover or to minimize that dependency. Dependent old age people suffering from chronic illnesses or from an acute episode of disability, the ones suffering from a degree of disability, the ones in terminal state and their care providers are also subjected to this care, amongst others. Day Centers, special transport, caring people, domicile care, TV assistance and others are some aspects to be coordinated with Health as part of that comprehensiveness; socio-sanitary attention is the congruence of a need for social services and health.

KEYWORDS

Socio-sanitary health, dependency, sanitary policy, social protection, social services

INTRODUCCIÓN

El sistema de seguridad social en salud atraviesa por muchas incertidumbres, entre otras razones por la expedición y sanción de la Ley Estatutaria en Salud y el alcance que le da a esta la Corte Constitucional, a través de la Sentencia C-313 de 2014. En la opinión de expertos, al declarar inexecutable el parágrafo que delimita las tecnologías o servicios de salud a aquellos directamente relacionados con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico, mediante el artículo 8 de esta sentencia, la Corte Constitucional incorpora de manera indirecta los “servicios sociales asociados”¹ o la “coordinación sociosanitaria”, como se denomina en otros países, como el caso de España.

Aparte de las interpretaciones, cada vez es más claro que la prestación de los “servicios y cuidados sociosanitarios” se deben proporcionar como parte de la integralidad del sistema de salud. Existen evidencias que demuestran que los “servicios y cuidados sociosanitarios” son un factor estratégico para la sostenibilidad del sistema, ya que maximizan el uso, permiten ahorrar y mejorar de manera ostensible la calidad y la percepción del mismo, así como reducir recaídas, reingresos y, sin duda, garantizar la continuidad de los servicios².

Estos servicios son el complemento en la atención y los cuidados resultante de los cambios demográficos y epidemiológicos, la alta prevalencia de enfermedades crónicas y las dificultades en el abordaje de ciertas enfermedades en personas con limitaciones en la autonomía personal.

Estas afirmaciones significan que deben proveerse y garantizar la financiación correspondiente.

En ese sentido, se actualiza la afirmación de que:

1 En la Sentencia C 313, cuando se analiza la constitucionalidad del artículo 8 de integralidad, se afirma que: “En primer lugar, el Tribunal Constitucional encontró executable la inclusión del principio de integralidad en la Ley estatutaria,... al igual que en los casos anteriores, leída desde la Constitución y por ende a favor del derecho, debe incluir los otros elementos faltantes para la prestación del servicio”. Esto significa que debe leerse ampliando su contenido e incorporando los servicios de la Observación general núm. 14 del Comité del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales... El tercer asunto que convocó a esta Corporación, en el artículo 8, fue el contenido del parágrafo, pues en este se establece un elemento restrictivo que, de preservarse en el ordenamiento jurídico, amenaza la garantía efectiva del derecho. Se trata, de los conceptos de “vinculación directa” y “vinculación indirecta” con el tratamiento, lo cual condiciona la inclusión o exclusión de la prestación del servicio. La Corte Constitucional estimó que, “estas limitaciones y, además indefiniciones en el acceso al derecho, hacían imperativo excluir tal parágrafo del ordenamiento, declarándose en consecuencia su inexecutable” y de este modo, confirmando, para algunos, la inclusión de los servicios sociales asociados al Sistema de Salud.

2 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, “Sanifax. Coordinación y Atención Sociosanitaria” (Informe, versión definitiva entregada a la Ministra del informe de atención sociosanitaria, Consejo Asesor, Madrid, España, marzo de 2013.)

Las situaciones de dependencia por su dimensión actual, crecimiento futuro e implicaciones sociales y económicas están pasando a ser un componente básico de la agenda política... La dependencia y su posible protección es objeto de debate tanto científico como político ya que las instituciones y los actores sociales interpretan de manera legítima su diferente perspectiva del problema así como de sus soluciones, bien como una necesidad (en el caso de las familias y sus cuidadores), como una oportunidad de actividad (sector privado mercantil o sin fin de lucro), como un costo (sobre todo para las mujeres cuidadoras), como un reto para las políticas sociales (profesionales y responsables institucionales), como un problema de financiación (sobre todo para el Sector Público) o como un problema de gestión (tanto para los servicios de Salud como para los servicios sociales)³.

Colombia se encuentra en una situación en la que debe responder por el manejo de un grupo muy importante de población en situación de dependencia temporal o definitiva, no solo por su tamaño sino por la presencia de grupos de especial protección:

- El 10% de la población Colombiana, equivalente a 4,8 millones, es mayor de 60 años.
- Colombia está en transición demográfica plena. En las proyecciones del período 2000-2025 se destaca Colombia por presentar uno de los mayores incrementos de la región⁴.
- El censo de 2005 estableció para el país una prevalencia de discapacidad permanente del 6,4%, equivalente a tres millones personas.
- Los datos "...muestran que el país se encuentra en una transición epidemiológica casi consolidada, con incremento de la carga de enfermedad relacionada con enfermedad crónica y lesiones y reducción comparativa relacionada con las enfermedades perinatales e infecciosas"⁵. Estas enfermedades crónicas que producen algún grado de dependencia aguda o crónica es significativo y requieren de cuidados, apoyos, ayudas técnicas formales o informales.
- En Colombia tenemos un grupo muy significativo de personas cuidadoras, cuya situación no es clara y es un deber ético de la sociedad el reconoci-

3 Gregorio Rodríguez Cabrero y Julia Monserrat Codorniu, *Modelos de atención sociosanitaria: una aproximación a los costes de la dependencia* (Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO), 2002)

4 Cfr. Jaspers Fajjer, Dirk, dir., "El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe" (Documento de trabajo, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Organización de las Naciones Unidas (ONU), diciembre de 2009).

5 Fernando Ruíz Gómez y Miguel Uprimny Yepes, "Sistema de salud y aseguramiento social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio" (Documento de trabajo, Asocajas, FUIJ-Cendex, Ecoe Ediciones, Bogotá, 2012), 230.

miento real de su labor, mucho más allá que el reconocimiento simbólico en las leyes colombianas⁶.

En muchos países del mundo, en particular los de la Unión Europea, ya no se discute la necesidad de los “servicios y cuidados socio sanitarios”, pues se consideran parte esencial de los bienes sociales que se proveen a los ciudadanos. Por el contrario, se han formado las personas en todos los niveles, se han creado y evaluado los modelos correspondientes. España realizó un análisis exhaustivo de cada una de sus provincias, que plasmó en el libro Blanco de la coordinación socio sanitaria en 2011⁷. Países como Alemania, Luxemburgo, Bélgica, Francia, lo tienen a través de un seguro. Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Reino Unido y Suecia, a través de la financiación con el dinero recaudado de impuestos, por parte del Estado. Grecia, Italia y Portugal responden solo puntualmente el reto. Por otra parte, en América Latina, México, Uruguay, Argentina y Brasil han adelantado la gestión. Las inversiones en estos servicios se sitúan entre el 1 y el 2% del PIB en los modelos más maduros, con una financiación con una carga importante de gasto de bolsillo⁸.

El objetivo de este documento es describir la necesidad de incluir los servicios socio sanitarios, como parte de la integralidad que el Estado debe proveer. Este escrito precisa algunas definiciones y conceptos que permiten describir y analizar los cuidados que requieren las personas con algún grado de dependencia asociadas al sistema de salud, que deben proveerse de manera sistemática, ordenada y coordinada.

SITUACIÓN EN COLOMBIA

La Corte Constitucional y la Defensoría del Pueblo han advertido algunos servicios sociales que se deben proveer para mantener la integralidad en la prestación de los servicios de salud. Estas instituciones han hecho referencia en particular al transporte, hospedaje y los viáticos de los pacientes y sus acompañantes⁹. Sin embargo, la provisión de modelos estructurados de programas, cuidados, apoyos y

6 Cfr. Ley 1413 de 2010, sobre la inclusión de la economía del trabajo y la contribución de la mujer en el desarrollo económico; y la Ley 1438 de 2011, sobre la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

7 IMSERSO y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, “Libro blanco de la coordinación socio sanitaria en España” (Documento de trabajo, Madrid, España, 15 de diciembre de 2011), <https://goo.gl/FJ6dH5>

8 Leticia Plugiese. *Comentarios de seguridad social: programas y servicios para el cuidado de las personas adultas mayores dependientes. Primera parte: Revisión conceptual para la caracterización de los sistemas de protección*. Segundo semestre de 2011, núm. 30 (Montevideo, Uruguay: Banco de Previsión Social, 2011).

9 Cfr. Alexandra Orjuela Guerrero et al., *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2014* (Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2015).

ayudas técnicas sociales de manera coordinada con el sistema de salud no ha sido discutida y solo se ha dado respuesta a peticiones puntuales a través de tutela.

El Ministerio de Salud y Protección Social cuenta en su estructura con una oficina de promoción social en salud que debería soportar estos servicios. De acuerdo con los lineamientos de este ministerio:

La Promoción Social busca la construcción de un sistema de acciones públicas dirigidas a fomentar la movilidad social de personas y colectivos en condiciones de precario reconocimiento de derechos, extrema pobreza y exclusión social. Se orienta hacia la igualdad de los derechos en salud y la democratización, la ampliación de oportunidades, realizaciones y capacidades y el reconocimiento de diversidades sociales y culturales mediante estrategias, políticas, planes, programas y proyectos públicos dirigidos a personas, familias y comunidades insertas en procesos de exclusión social¹⁰.

En esta definición no se precisa la responsabilidad de los servicios sociales y aunque en su desarrollo se incorporan los temas de discapacidad, envejecimiento, vejez, familia, víctimas y Red Unidos¹¹, no se detallan estos servicios de manera integrada al sistema de salud.

La política de discapacidad que se plasma en la Ley Estatutaria 1618 de 2013, en el Conpes 166 de diciembre de 2013 y en el Sistema Nacional de Discapacidad (SND), en la estrategia del desarrollo de capacidad, alude tangencialmente a los “cuidados sociosanitarios” como aquellos orientados al acceso a los servicios sociales básicos.

Por otra parte, la “política de envejecimiento y vejez” se encuentra en actualización y no ha concretado estos servicios de manera coordinada con el sistema de salud. Sin embargo, el Ministerio de Salud y Protección Social ha regulado los Centros de Promoción y Protección Social para la Persona Mayor, establecimientos que prestan servicios de protección y cuidado integral a las personas mayores, ofreciéndole opciones de desarrollo a esta población y propiciando espacios favorables para la socialización, recreación, capacitación, productividad y desarrollo de proyectos de vida digna, bajo cualquiera de las modalidades de Centros Residenciales para la Persona Mayor, Centros Día para la Persona Mayor, Centros de Atención Domiciliaria para la Persona Mayor y Centros de Teleasistencia Domiciliaria¹². Sin duda, la necesidad se refleja en el

10 “Promoción Social”, Minsalud. Consultado en septiembre de 2016. <https://goo.gl/rqnqra>

11 Los grupos de trabajo definidos son: grupo de víctimas del conflicto, asuntos étnicos, gestión de discapacidad y gestión integral en promoción social.

12 Cfr. Minsalud, Circular núm. 000028, del 27 de agosto de 2013, sobre capacitación del recurso humano en las instituciones que atienden a personas mayores. <https://goo.gl/VbjCyU>.

número de tutelas interpuestas. Para el 2013 las tutelas relacionadas con la autorización de transporte, alojamiento y viáticos para el paciente y su acompañante se vieron aumentadas de manera significativa¹³.

Adicionalmente, en muchos foros, discusiones y en diferentes ámbitos no se diferencian los conceptos de servicios sociales básicos, la atención socio sanitaria y los determinantes de la salud, lo que dificulta el abordaje de una política pública coherente que aborde los servicios a prestar para garantizar la integralidad y la gestión de la dependencia y su protección. En relación con lo anterior, es preciso afirmar que solo hay una regulación muy puntual y no hay una política real de servicios sociales asociados a la salud en Colombia.

De manera desordenada, el Congreso de la República está aprobando una serie de beneficios a cargo del sistema, tales como el Proyecto de Ley 83 de 2014, el cual ordena proveer los gastos de transporte, alojamiento y manutención de pacientes y acompañantes.

Otra controversia es en torno a la provisión de los cuidados sociales complementarios. Al respecto, se discute si estos deben incorporarse como parte de las prestaciones del sistema de salud, o si esta responsabilidad debe ser del individuo mismo o de su familia o de otros sectores. Por un lado, el Gobierno y otras organizaciones han considerado que los servicios sociales deben ser financiados por parte de los ciudadanos o, en su defecto, cuando la persona no tenga capacidad de pago, con recursos diferentes a los de la seguridad social en salud, en el marco de las políticas sociales del Estado¹⁴; por el otro, algunos consideran que como parte del principio de integralidad se deben incorporar de manera efectiva al sistema de salud.

La Corte, como se explicó, interpreta que el planteamiento de vínculo directo puede limitar el derecho y fraccionar el servicio en desmedro de la integralidad¹⁵. Para la Institución, el derecho fundamental a la salud tiene como punto de partida la inclusión de todos los servicios y tecnologías y que las limitaciones al derecho deben estar plenamente determinadas.

En general, en el mundo se ha hecho la diferenciación entre tecnologías de salud o servicios de salud, propiamente dichos, y los servicios de atención socio sanitaria para personas con algún nivel de dependencia temporal o definitiva.

13 Cfr. Alexandra Orjuela Guerrero et al., *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013* (Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2014)

14 Sentencia C 313 de 2014, 5.2.8.1, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo

15 *Ibíd.*, 5.2.8.3

¿POR QUÉ LOS CUIDADOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS?

Los cuidados se requieren porque la dependencia ha aumentado sustancialmente por los cambios demográficos y epidemiológicos que se mencionaron en la introducción y porque el país, como otros, tiene un cambio en la estructura familiar que introduce un vacío en el cuidado, lo que implica:

- Una mayor demanda de cuidados y la necesidad de coordinarse con los servicios sociales de apoyo.
- La necesidad de prestar una mayor atención a los aspectos preventivos y de promoción de la salud.
- El desarrollo de políticas intersectoriales de acción sobre los problemas de salud de la población.
- Una mayor demanda de actividades de rehabilitación y reinserción social¹⁶.

Este capítulo busca, en primer lugar, precisar algunos conceptos que permitan de manera ordenada entender el alcance de los cuidados y la coordinación sociosanitaria. Por otra parte, en el marco del modelo de protección social de Colombia, se verá la necesidad de disponer de un modelo de cuidados sociales, los cuidados a recibir y quienes son los beneficiarios.

MARCO CONCEPTUAL

En este apartado se pretende precisar el marco de referencia del Sistema de Protección Social, precisar los conceptos de situación de dependencia, discapacidad, cuidados, determinantes sociales, servicios sociales básicos y, finalmente, definir lo que significa la atención sociosanitaria.

MODELO DE PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIANO

Para garantizar la igualdad de oportunidades y brindar unas condiciones mínimas de servicios sociales, mediante la Ley 789 de 2002, se definió el Sistema de Protección Social (SPS) como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Desde entonces, el sistema incluyó las intervenciones públicas y privadas para asistir a las personas, los hogares y las comunidades a mejorar su manejo del riesgo y proporcionar apoyo a quienes se encuentran en situación de pobreza para que logren superarla¹⁷. Hoy se configuran dos enfoques

16 Cfr. IMSERSO y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, “Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España”.

17 Departamento Nacional de Planeación (DNP), “Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

conceptuales —la protección social desde el enfoque de derechos y la protección social leída desde la Administración del Riesgo Social— que guían los planes, programas y proyectos que buscan resolver el dilema que lleva a que los objetivos económicos se prioricen sobre los sociales, y que las políticas sociales se centren en cómo resolver los problemas de focalización de recursos en los más pobres¹⁸.

El modelo de protección social está en tensión entre el enfoque de derecho liderado por la Corte y el modelo de administración de riesgo diseñado.

ESTRUCTURA ACTUAL DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL¹⁹

Con la escisión del Ministerio de Protección Social y Salud, la estructura del “modelo de protección social” quedó en cierto modo a la deriva. Sin embargo, los sistemas y subsistemas persisten, aunque las competencias y responsabilidades hayan cambiado y se enumeran a continuación:

- Sistema de Seguridad Social Integral (sssi).
 - Sistema General de Seguridad Social en Pensiones.
 - Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgss).
 - Sistema General de Seguridad Social en Riesgos Laborales²⁰.
 - Promoción social en Salud²¹.
 - Familia, Discapacidad, Envejecimiento y vejez y Población víctima del conflicto.
 - Coordinación con Red unidos para la erradicación de pobreza extrema.
- Sistema de Subsidio Familiar.
 - Sistema de Promoción Social .
 - Sector o Sistema de la Inclusión Social incorporado a través de:
 - El Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, entidad del Gobierno nacional que encabeza el sector de inclusión social y reconciliación. Esta entidad tiene como objetivo, dentro del marco de sus competencias y de la ley, formular, adoptar, dirigir, coordinar y ejecutar las políticas, los planes generales, programas y proyectos diseñados

.....
 Versión preliminar para discusión del consejo nacional de planeación” (Documento oficial, 2015), 207, <https://goo.gl/EHDRlb>

18 Diana Paola Salcedo, “Protección social en Colombia ¿Dónde se rompe la cadena de efectos virtuosos de las políticas sociales?” (Policy Paper 14, Friedrich Ebert Stiftung en Colombia–FESCOL, abril de 2013) <https://goo.gl/JNoK4g>

19 Basado en la Ley 789 de 2002; Ley 790 de 2012; y Decreto 205 de 2003 y sus desarrollos posteriores.

20 Rubén Darío Restrepo Avendaño, “Los servicios sociales en el sistema de la protección social de Colombia”, *Revista CES DERECHO* 5, núm.1 (enero-junio, 2014): 22. <https://goo.gl/7xeq45>

21 Cfr. “Promoción Social”, Minsalud, consultado en septiembre de 2016

para lograr la superación de la pobreza, la inclusión social, la reconciliación, la recuperación de territorios, la atención a grupos vulnerables, como la población discapacitada; y la reintegración social y económica, atención y reparación a las víctimas de violencia a las que se refiere el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011. Estas políticas y programas se desarrollarán directamente o a través de las entidades adscritas o vinculadas al Departamento, a saber: Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema (ANSPE), Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas, Unidad Administrativa Especial para la Consolidación Territorial, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), y Centro de Memoria Histórica en coordinación con las demás entidades u organismos competentes²².

- La Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema (ANSPE), que lidera el trabajo articulado de la Red Unidos: el conjunto de 32 entidades gubernamentales que focalizan sus programas y políticas hacia las familias y comunidades más pobres, para garantizar el acceso preferencial a los servicios sociales que ofrece el Estado²³.
- El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)-Sistema Nacional de bienestar familiar (SNBF), que “es el conjunto de agentes, instancias de coordinación y articulación y de relaciones existentes entre éstos, para dar cumplimiento a la protección integral de los niños, niñas y adolescentes, y al fortalecimiento familiar en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal...”²⁴.
- La Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas²⁵.
- La Unidad Administrativa Especial para la Consolidación Territorial²⁶.
- El Centro Nacional de Memoria Histórica²⁷.

22 “Objeto de la entidad”, Departamento Administrativo para la Prosperidad Social (DPS), <https://goo.gl/1S9OHt>

23 “Red Unidos para la superación de la pobreza extrema”, Departamento Nacional de Planeación (DNP), consultado en septiembre de 2016, <https://goo.gl/qEmWjX>

24 “Portal ICBF: Programas y Estrategias de Bienestar: Sistema Nacional de Bienestar Familiar”, ICBF, consultado en septiembre de 2016, <https://goo.gl/LZWbL3>

25 “Reseña de la unidad”, Unidad para las Víctimas, consultado en septiembre de 2016, <https://goo.gl/u1T4pU>

26 “Unidad Administrativa Especial para la Consolidación Territorial (UACT)”, Prosperidad Social, consultado en septiembre de 2016, <https://goo.gl/wrkNPj>

27 “¿Qué es el Centro Nacional de Memoria Histórica?”, Centro Nacional de Memoria Histórica, consultado en septiembre de 2016, <https://goo.gl/GbQW6A>

– Sistema de Formación del Talento Humano.

Centrado en la educación como herramienta principal para la generación de competencias y capacidades. Se incorporan sistemas y programas.

- Sistema de Formación para el Trabajo
- Sistema Nacional de Educación

– Manejo de riesgos en crisis.

“Brinda un apoyo oportuno frente a los eventos que afectan las condiciones de vida de las personas, protegiendo los logros alcanzados a través del manejo social del riesgo”. (Colombia, Departamento Nacional de Planeación [DNP], 2015, pp. 213-214)

- Sistema de Atención a Víctimas
- Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres

– Acumulación de activos.

- Programas de vivienda
- Microcréditos

“En resumen... lo que para Europa es ‘seguridad social ampliada’, para los países iberoamericanos es la protección social basada en la sociedad del bienestar y enmarcada en el modelo de gestión manejo social del riesgo”²⁸. De lo anterior es posible concluir que el plan no desarrolla un sistema de servicios sociales más allá de los básicos y mucho menos los cuidados sociosanitarios; este tan solo aborda algunos aspectos relacionados con la discapacidad y el adulto mayor.

PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y SU AUTONOMÍA

En este contexto es pertinente precisar que los cuidados sociales complementarios²⁹ están orientados a personas en situación de dependencia, temporal o definitiva, y dirigidos a coadyuvar en la búsqueda de la autonomía. Es menester precisar el alcance de la dependencia: cuándo una persona se encuentra en esta situación y cuándo requiere de apoyo.

... el Consejo de Europa define la dependencia como ‘la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana’, o, de manera más precisa, como ‘un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen

28 Restrepo Avendaño, (enero-junio, 2014): 26

29 Parece que a pesar de la pobreza en su alcance de la Ley 100 es la única denominación para Colombia, pero por lo que se analiza adelante utilizo la palabra cuidado y no servicio.

necesidad de asistencia o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal³⁰.

LA SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

La Organización Mundial de la Salud [(oms)] promulgó en el 2001 la CIF, en la que define la discapacidad como un término genérico que incluye: deficiencia o alteración en las funciones o estructuras corporales, limitación o dificultades en la capacidad de realizar actividades y restricción en la participación de actividades que son vitales para el desarrollo de la persona³¹. Así, la discapacidad representa las alteraciones en el funcionamiento del ser humano considerando que éste es producto de la interacción del individuo con el entorno en el que vive y se desarrolla... Coherente con lo establecido por la oms, la Convención sobre los Derechos de las PCD³², reconoce que ‘La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás’³³.

Igualmente, se debe precisar el significado de la autonomía como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”³⁴. Lo que el Estado debe proveer ante una situación de dependencia son las herramientas para que la persona pueda ejercer su autonomía de la mejor manera posible.

EL CONCEPTO DE CUIDADO

... el ‘cuidado’ —más allá de si se remunera o no, más allá de si se realiza en los hogares o fuera de él— remite con más claridad a una relación interpersonal: los

30 IMSERSO y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco* (Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO, 2005), 21.

31 Cfr. “Centro de Prensa, Discapacidad y Salud, Nota descriptiva n.º 352”, Organización Mundial de la Salud, consultado en septiembre de 2016, <https://goo.gl/A93hEH>; y oms, *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2001), <https://goo.gl/fzMX15>.

32 ONU, “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”, (documento oficial, 2006), <https://goo.gl/tYfS8G>.

33 DNP, “Política pública nacional de discapacidad e inclusión social” (Documento Conpes Social 166, Bogotá, 2004), <https://goo.gl/G2wXIF>.

34 España. Ley 39 del 14 de diciembre de 2006, sobre la promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. <https://goo.gl/k4OJsy>

cuidados se brindan y se reciben. Con esto, la economía del cuidado cambia el foco del viejo énfasis en los costos de quienes proveen cuidados (las mujeres) al nuevo énfasis en las contribuciones al bienestar de quienes los reciben... Como la recepción de cuidados se identifica fundamentalmente con grupos de dependientes (niños y niñas pequeños, adultos mayores, personas enfermas, y discapacitadas), la economía del cuidado se solapa con los debates sobre la protección social, también organizada sobre la idea de los “riesgos” a los que están sometidos algunos grupos poblacionales³⁵.

En ese sentido, la definición “denota la acción social dirigida a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas que carecen o han perdido la autonomía personal, y que necesitan ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria”³⁶.

DETERMINANTES DE LA SALUD

Para entender el concepto de determinantes de la salud, la mejor definición sigue siendo la hecha por Lalonde en 1975, en la que se definen estos conceptos como aquellos factores o variables que determinan el nivel de salud de una comunidad a nivel global. Estos son:

- *Factores biológicos.* Endógenos y no modificables. Por ejemplo: sexo, edad o herencia. El infarto agudo de miocardio es más frecuente en varón, la convulsión febril es más propia de los niños, epilepsia y asma se hereda de padres a hijos. Incluye aspectos de salud física y mental, la herencia genética y el proceso de maduración y envejecimiento. Estos inciden en un 25% en la salud de las personas.
- *Ambiente.* Todo aquello que rodea al individuo y no solo a factores físicos (suelo, aire, agua) sino también factores psicosociales o culturales. Incluye los fenómenos relacionados con la salud externos al cuerpo humano y sobre los que se tiene poco o ningún control. Este incide en un 15% en la salud de las personas.
- *Estilo de vida.* Formado por un conjunto de comportamientos que se repiten, crean estilo o hábito. Incluye las decisiones de los individuos sobre lo que afecta su salud. Incide en un 45% en la salud de una comunidad.
- *Organización de servicios de salud.* Incluye la cantidad y calidad de la organización de los recursos humanos y materiales en los servicios de salud. Es

35 Valeria Esquivel, *La economía del cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. Serie Atando cabos, deshaciendo nudos, (El Salvador: PNUD, 2011), 10.

36 Sandra Huenchuan, “Cuidados en la Vejez” (presentación, CEPAL, 5 de Junio de 2014), <https://goo.gl/obDTjj>.

decir, el sistema de salud solo influye en un 15% en la salud de las personas³⁷.

Por otra parte, la Ley Estatutaria define a los ‘determinantes de la salud’ así: “Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud”³⁸.

El alcance del concepto está orientado a entender que la salud de las personas es el resultado de la interacción de múltiples factores llamados *determinantes de la salud*. Entre esos se encuentra el sistema de salud que incide en menos del 20% en el estado de salud de una persona. Otros determinantes son los *servicios sociales básicos* y los *cuidados sociosanitarios* que trata este artículo y que han sido vinculados al sistema de salud en algunos países.

SERVICIOS SOCIALES BÁSICOS

Aunque en la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social³⁹ se definieron los servicios sociales básicos, en la reunión de Oslo se realizó una mayor especificación de los mismos, entendiéndose como servicios sociales básicos: la educación básica y la atención primaria de la salud, incluidos la salud reproductiva y los programas de población, los programas de nutrición, el agua potable y el saneamiento, así como la capacidad institucional de prestar esos servicios⁴⁰.

Esta mirada es el enfoque macro de la situación, desarrollada en nuestra legislación, planteada en las bases del Plan de Desarrollo 2014-2018 y que no es el objeto de esta reflexión pero que si es inevitable diferenciarlo claramente.

37 Cfr. Marc Lalonde, “El concepto de campo de la salud: una perspectiva canadiense”, en *Promoción de la Salud: Una Antología*, Publicación Científica núm. 557 (Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1996), 3-5.

38 Ley estatutaria n.º 1751 del 16 de febrero de 2015, sobre el derecho fundamental a la salud.

39 Cfr. ONU, “Informe de la cumbre mundial sobre desarrollo social” (Informe, versión preliminar, Copenhague, Dinamarca, 6-12 de marzo de 1995), <https://goo.gl/ZJhoza>

40 Enrique Ganuza, Arturo León, y Pablo Sauma, “Gasto público en servicios sociales básicos en América Latina y El Caribe: análisis desde la perspectiva de la iniciativa 20/20” (Documento, CEPAL, Santiago, Chile, 1999), <https://goo.gl/Dz7cjZ>

¿QUÉ ES LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA?

A continuación, se aportan las definiciones ya elaboradas que más se adecúan al contexto colombiano y las que están orientadas a la integralidad y a la coordinación entre los servicios sociales y los de salud.

Según Rodríguez Cabrero y Monserrat Codorniu, la atención socio sanitaria es “aquel conjunto integrado de servicios [o] prestaciones sociales y sanitarias, públicas y privadas, que se destinan a la rehabilitación y cuidados de personas que se encuentran en diferentes situaciones de dependencia que les impiden realizar actividades personales [o] instrumentales de la vida diaria”⁴¹.

La figura 1 muestra los cuidados socio sanitarios “como un conjunto de acciones coordinadas, dirigidas a ofrecer una respuesta integral a las personas que requieren algún tipo de acción donde confluyen los dispositivos sociales y sanitarios”⁴².



Fuente: Elaboración Propia. Modificado de Antonio Balbontín López-Cerón⁴³

Es la respuesta social e institucional a las diferentes situaciones de dependencia que incluye:

- La necesidad social que debe ser satisfecha de manera integral o coordinada por los servicios de salud y los servicios sociales con el objetivo final de mejorar la calidad de vida de las personas con problemas graves de dependencia.

41 Gregorio Rodríguez Cabrero y Julia Monserrat Codorniu, *Modelos de atención socio sanitaria, una aproximación a los costes de la dependencia* (Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios sociales, 2002), 13

42 Fernando Vicente Fuentes, “La atención socio sanitaria” (Ponencia, Cartagena, España, 12-14 de noviembre de 2013)

43 Antonio Balbontín López Cerón, “Autonomía Personal y situación de dependencia: Conceptos básicos” (Ponencia, curso AECID, Montevideo, Uruguay, 13 al 17 de junio de 2011)

- El diagnóstico de los modelos de cuidados, sus características, relaciones de complementariedad y posibilidades de integración.
- La necesidad de protección social de la dependencia que implica nuevas formas de gestión de los recursos actuales y la exigencia de nuevos recursos.

Con lo anterior es preciso que esta respuesta social e institucional se concrete en programas de intervención, en lo posible integrado a la gestión de riesgo en Salud. Igualmente, se debe distinguir la atención socio sanitaria *per se*, de la respuesta puntual a necesidades de un ciudadano frente a una situación de salud que requiere apoyo de los servicios sociales o de algunos complementos que no son propiamente considerados como servicios o tecnologías médicas y no son parte de un sistema coordinado o integrado.

En resumen, es la atención integral como respuesta global a necesidades concretas que permita la continuidad en los cuidados y la coordinación sociosanitaria⁴⁴.

¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES Y LOS CUIDADOS POR RECIBIR?

Los cuidados que reciben deben responder a las necesidades sociales de los ciudadanos para superar en lo posible el grado de dependencia o lograr el máximo de autonomía posible. En ese sentido, se requiere de cuidados que se reflejan en apoyos, ayudas técnicas formales o informales. Los apoyos son definidos como:

...todos aquellos recursos (técnicas, instrumentos, ayudas, estrategias, etc.) que se puedan accionar para que las personas en situación de dependencia o discapacidad puedan, en la medida de sus posibilidades, incrementar funcionalmente su autonomía... Los apoyos necesarios para realizar ciertas actividades podrán ser humanos y materiales (ayudas técnicas):

- *Apoyos personales*. Muchas personas con discapacidad precisan de la ayuda directa de otras personas, tanto para el aprendizaje o entrenamiento como para la realización de determinadas actividades. A continuación veremos cómo se aplican.
- *Ayudas técnicas*. Existen otras actividades que las personas con discapacidad pueden realizar de manera independiente o semiindependiente con la ayuda

44 Gregorio Rodríguez Cabrero y Julia Monserrat Codorníu, *Modelos de atención sociosanitaria, una aproximación a los costes de la dependencia* (Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios sociales, 2002), 13

de unos artílugos específicos o adaptados a la propia discapacidad. Existe un amplio catálogo de este tipo de ayudas que estudiaremos a continuación⁴⁵.

Los servicios en general han sido mejor definidos para las personas adultas mayores en situación de dependencia y para las personas en situación de discapacidad. Entre otros, los servicios a desarrollar se pueden detallar en el cuadro 1.

CUADRO 1.
TIPOS DE SERVICIOS PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE ESTOS GRUPOS

<ul style="list-style-type: none"> – Cuidadores – Servicio de cuidadores formales – Apoyo a cuidadores informales – Servicios de respiro: que ofrecen a los familiares y amigos (cuidadores) un descanso. – Valoración especializada social, médica y de enfermería. – Cuidados continuos durante el ingreso bajo supervisión especializada en el hospital o en la residencia. – Servicios de rehabilitación. – Apoyos Técnicos. – Servicios de Día: cuidados sociales y personales, rehabilitación y ocio. 	<ul style="list-style-type: none"> – Atención Domiciliaria sanitaria y social. – Terapia ocupacional – Transporte: para desplazarse a los centros de día y a otro tipo de recursos. – Servicios especializados para grupos de personas con necesidades específicas tales como personas con discapacidades físicas, con limitaciones visuales y auditivas, para personas con dificultades de aprendizaje, para personas que no pueden permanecer en su domicilio, mantener el mayor nivel posible de independencia, – Otros servicios especializados: VIH, alcohol, drogas, etc. – Cuidados paliativos. – Adaptaciones locativas.
--	---

Fuente: Recopilación propia

BENEFICIARIOS DE LOS CUIDADOS SOCIALES ASOCIADOS

En general “las personas pueden ser objeto de atención socio sanitaria cuando tienen, simultáneamente, necesidad de servicios sociales y de servicios de salud”⁴⁶. Pueden acceder a estos cuidados:

- Personas adultas mayores con dependencia, ya sea con pluripatología, enfermedad crónica, reagudización de proceso, con déficit funcional definitivo o temporal.
- Personas adultas que, tras un episodio clínico agudo, presentan disminución de las capacidades funcionales y precisan tratamiento de rehabilitación con el fin de recuperar, en la medida de lo posible, estas funciones y poder reintegrarse en su domicilio.

45 Jimena Menéndez Pidal, “La intervención sociosanitaria” (Unidad didáctica 3.), 58, <https://goo.gl/wnVsUG>

46 Cfr. IMSERSO y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, “Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España”.

- Personas con problemas crónicos que requieren de cuidados para compensarse.
- Trastornos cognitivos que requieren de cuidados para lograr la recuperación o evitar su progresión.
- Personas en fase terminal que requieren de cuidados paliativos.
- Las personas cuidadoras con estrategias de respiro y cuidados a situaciones críticas por su función.

MODELOS DE CUIDADOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS

Los modelos para prestar e integrar los servicios sociosanitarios y de prestación de salud son muy variados. Las opciones van desde los modelos muy desarrollados y exitosos, como el modelo Kaiser, que se basa:

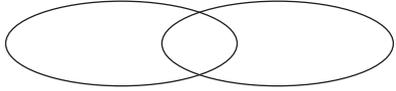
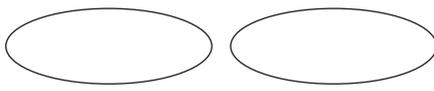
...en el énfasis en la atención al enfermo crónico (estratificado en función del riesgo, combinando prevención, apoyo a la autogestión, gestión de la enfermedad y manejo de casos de alta complejidad), y la integración de la atención que permite a los pacientes moverse fácilmente entre hospitales y la comunidad...⁴⁷, hasta otros modelos con niveles menos desarrollado de integración como el programa PACE, [de los EE.UU.]; SIPA, CHOISE y PRISMA, de Canadá; y, el proyecto LEV, de Suecia⁴⁸.

Frente al nivel de integralidad o integración como elemento fundamental del modelo se pueden resumir como lo muestra el cuadro 2.

47 *Ibíd.*, 37

48 *Ibíd.* 40-49

CUADRO 2.
TIPOS DE INTEGRACIÓN SOCIO SANITARIA

Tipo de integración	Explicación
	Estructura integrada: los servicios sanitarios y de atención social han formado una sola entidad.
	Coordinación: compromiso de trabajo conjunto, coordinación en áreas estratégicas. Estructuras y sistemas definidos para tratar al paciente de manera sincronizada.
	Cooperación: desarrollo de protocolos puntuales, pero siguen siendo independientes.
	Cada organización es autónoma: la coordinación es informal o no existe.

Fuente: Modificado de Antonio Balbontín López Cerón⁴⁹

¿CÓMO AFRONTAN EN OTROS PAÍSES?

En Argentina, la propuesta es que “Los servicios sociales deben abarcar los servicios de ayuda a domicilio, centros de día, estancias temporales, programas de adaptación a la vivienda, sistemas alternativos de alojamiento y servicios [socio-sanitarios]. Asimismo, comprenden la protección de los derechos económicos, del derecho a la seguridad social y del derecho a la salud de las mujeres que prestan los cuidados familiares o informales”⁵⁰.

En España:

Los servicios del Catálogo que se detallan en el artículo 15 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, tienen carácter prioritario y se prestarán a través

49 López Cerón, “Autonomía Personal y situación de dependencia” (13 al 17 de junio de 2011)

50 Mónica Roqué, “Cuidados y Servicios Sociales” (Presentación, Segundo Foro Internacional sobre los DD.HH. de las Personas Mayores, 3 al 6 de junio de 2014)

de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados...⁵¹.

Los servicios sociales son los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal, el servicio de teleasistencia, el servicio de ayuda a domicilio, entre lo que se incluye: atención de las necesidades del hogar y los cuidados personales, los servicios de centro de día y noche, que pueden ser: centro de día para mayores, centro de día para menores de 65 años, centro de día de atención especializada, centro de noche; los servicios de atención residencial, que comprenden: las residencias de personas mayores en situación de dependencia y el centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad⁵².

A continuación, en el cuadro 3, se relacionan los elementos de evaluación del modelo de cada país en la evaluación hecha en el libro blanco de la coordinación sociosanitaria de 2011.

CUADRO 3.
RETOS DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

RETO	OBSERVACIÓN
Competencias de los servicios de salud y de los servicios sociales	Definir las competencias y responsabilidades del sector salud y del sector social ¹ y las diferencias regionales y municipales.
Mecanismos de coordinación	Avaluar el nivel y tipo de integración.
Figura del gestor de casos	Es una buena práctica a la que hay que definirle el alcance.
Enfoque del modelo centrado en la persona	Pone en tensión el enfoque de derecho y de gestión de riesgo. El desarrollo de la función de agencia puede conciliar.
Protocolos de organización para la gestión de los profesionales	Que se pueden ajustar con reuniones de equipo para una planificación de caso.
Trabajo de equipo multidisciplinario	Es una buena práctica muy generalizada que requiere de ajustes regionales y locales.

.....
51 “Catálogos de servicios”, Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia (SAAD), <https://goo.gl/LzaJKA>

52 Cfr. Ibíd.

RETO	OBSERVACIÓN
Soporte al cuidador familiar	El reconocimiento debe ir mucho más allá y concretarse en beneficios tangibles y en estrategias de respiro.
Mecanismos de Financiación	Para Colombia la mezcla de recursos públicos nacionales y locales y recursos privados.

* No está bien definido en Colombia

Fuente: Seleccionado, modificado y organizado por el autor de libro blanco de la coordinación socio sanitaria de 2011

En Colombia, la situación de los servicios socio sanitarios tienen estas dificultades:

- La oferta de los servicios sociales es desconocida, estos están desarticulados y no son acordes a las necesidades existentes.
- Tan solo se prestan algunos de los servicios descritos.
- Existe una política de envejecimiento y vejez que, sin embargo, no incluye explícitamente la atención socio sanitaria coordinada con el sistema de salud.
- El sistema nacional de discapacidad es inoperante y está desarticulado con el sistema de salud.
- No hay una verdadera política de atención a la dependencia.
- Falta de articulación de los servicios sociales y la prestación de servicios de salud.
- No hay fuentes precisas de financiación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación, sin tratar de allanar todo el tema y a modo de conclusión, se hacen algunas recomendaciones para el país, con la finalidad de abordar los servicios socio sanitarios como política pública. En ese sentido se requiere:

- Realizar un estudio profundo que permita la estructuración de los servicios sociales en Colombia e incorporarlos como pisos de protección tal como lo recomienda la ort.
- Estudiar la oferta y la demanda real de los servicios sociales y socio sanitarios.
- Es necesario reestructurar los ‘servicios sociales complementarios’ definidos en la Ley 100 y en la Ley 715 que implica cambiar la ley.
- La propuesta debe estar orientada en términos de progresividad a resolver de manera sistemática su alcance, progresividad y sus fuentes de financiación, fomentar la formación de talento humano: técnicos, profesionales y

cuidadoras informales, determinar cuáles serán los servicios, las ayudas, apoyos, etc. Es decir, el contenido de la política.

- Reenfocar la atención orientada a resolver los problemas de las personas con dependencia hacia la autonomía.

ELEMENTOS CLAVE DE POLÍTICA⁵³

En el marco anterior y buscando siempre el bienestar del ciudadano, se recopilan los siguientes *tips* que pueden ser elementos centrales de una política pública de servicios sociosanitarios:

- Garantizar una atención sociosanitaria adecuada orientada a la universalidad de acceso a estos cuidados, evitando el paternalismo y la perpetuación de la pobreza o a la dependencia financiera de los usuarios.
- Hacer uso racional de recursos que permita la sostenibilidad financiera del sistema y derive en un costo menor para los individuos. La sugerencia es que sea en gran medida gasto de bolsillo.
- Adaptar la atención, a las necesidades y preferencias cambiantes de los usuarios, y desarrollar estándares de calidad que reflejen las buenas prácticas acometidas en el contexto internacional.
- La coordinación en los cuidados como elemento esencial para asegurar la integralidad asistencial y proporcionar, por tanto, un mayor nivel de calidad y eficiencia en el uso de los recursos.
- Establecer criterios homogéneos, mecanismos de acreditación y métodos de evaluación para prestar una atención de elevada calidad. Estos deben ser lo suficientemente flexibles para ajustarse a las situaciones extremadamente cambiantes en las tecnologías.
- Contar en el sector con profesionales que dispongan de la formación adecuada.
- Abordar el déficit del personal (profesionales) en el cuidado formal de atención a la dependencia.
- Idear nuevas vías de apoyo a la familia o cuidadores informales.
- Integrar de manera progresiva a los cuidadores informales al mercado de trabajo y al régimen de la seguridad social y mejorar progresivamente sus condiciones laborales.
- Promover actividades y hábitos de vida saludables intensos, promoviendo el uso de nuevas tecnologías y evaluar los resultados.
- La propuesta es el desarrollo de esta política pública de protección de la autonomía, que permita desarrollar los servicios de cuidados sociosanita-

53 Tomado de IMSERSO y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, “Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España”.

rios de manera integrada con el sistema de salud y vincular a los cuidadores informales al sistema de seguridad social en salud con el reconocimiento pleno de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Centro Nacional de Memoria Histórica. “¿Qué es el Centro Nacional de Memoria Histórica?” Consultado en septiembre de 2016. <https://goo.gl/GbQW6A>
- Departamento Administrativo para la Prosperidad Social (DPS). “Objeto de la entidad”. <https://goo.gl/1S9OHt>
- Departamento Nacional de Planeación (DNP) et al. “Política pública nacional de discapacidad e inclusión social”. Documento Conpes Social 166, Consejo Nacional de Política Económica y Social de la República de Colombia (Conpes), Bogotá, 9 de diciembre de 2013. <https://goo.gl/G2wXIF>
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). “Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Versión preliminar para discusión del consejo nacional de planeación”. Documento oficial, 2015. <https://goo.gl/EHDRlb>.
- . “Red Unidos para la superación de la pobreza extrema”. Consultado en septiembre de 2016. <https://goo.gl/qEmWjX>
- Esquivel, Valeria. *La economía del cuidado en américa latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. El Salvador: PNUD, 2011. http://192.64.74.193/~genera/es/documentos/Atando_Cabos.pdf
- Ganuzo, Enrique; León, Arturo y Sauma, Pablo. “Gasto público en servicios sociales básicos en América Latina y El Caribe: análisis desde la perspectiva de la iniciativa 20/20”. Documento, CEPAL, Santiago, Chile, 1999. <https://goo.gl/Dz7cjZ>
- Huenchuan, Sandra. “Cuidados en la Vejez”. Ponencia presentada para CEPAL el 5 de junio de 2014. <https://goo.gl/obDTjj>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). “Portal ICBF: Programas y Estrategias de Bienestar: Sistema Nacional de Bienestar Familiar”. Consultado en septiembre de 2016. <https://goo.gl/LZWbL3>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO, 2005. <https://goo.gl/JsiITR>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). “Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España”. Documento de trabajo, Madrid, España, 15 de diciembre de 2011. <https://goo.gl/FJ6dH5>
- Jaspers Faijer, Dirk, dir. “El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe”. Documento de trabajo, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Organización de las Naciones Unidas (ONU), diciembre de 2009. <https://goo.gl/eYshiY>

- Lalonde, Marc. “El concepto de campo de la salud: una perspectiva canadiense”. En *Promoción de la Salud: Una Antología*. Publicación Científica Núm. 557. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1996.
- López Cerón, Antonio Balbontín. “Autonomía Personal y situación de dependencia: Conceptos básicos”. Ponencia realizada en el curso AECID: servicios para la prevención y atención a la dependencia, Montevideo, Uruguay, durante los días 13 al 17 de junio de 2011.
- Menéndez Pidal, Jimena. “La intervención sociosanitaria”. Unidad didáctica 3. <https://goo.gl/wNvsUG>
- Ministerio de salud y Protección Social (Minsalud). “Promoción Social”. Consultado en septiembre de 2016. <https://goo.gl/rqnqra>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. “Sanifax. Coordinación y Atención Sociosanitaria”. Informe, versión definitiva entregada a la Ministra del informe de atención sociosanitaria, Consejo Asesor, Madrid, España, marzo de 2013. <https://goo.gl/qEJen6>
- Organización de Naciones Unidas (ONU). “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”. Documento oficial, 2006. <https://goo.gl/tYfS8G>
- Organización de Naciones Unidas (ONU). “Informe de la cumbre mundial sobre desarrollo social”. Informe, versión preliminar, Copenhague, Dinamarca, 6-12 de marzo de 1995. <https://goo.gl/ZJhoza>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). “Centro de Prensa, Discapacidad y Salud, Nota descriptiva N°352”. Consultado en septiembre de 2016. <https://goo.gl/A93hEh>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2001. <https://goo.gl/fzMX15>
- Orjuela Guerrero, Alexandra; González Lizarazo, Lyda Mariana; Pardo Ariza, Hilario y Angulo, Edwin Julián. *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2014. 363. <https://goo.gl/pDYnYp>
- Orjuela Guerrero, Alexandra; González Lizarazo, Lyda Mariana; Pardo Ariza, Hilario y Angulo, Edwin Julián. *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2014*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2015 <https://goo.gl/sRPIGH>
- Plugiese, Leticia. *Comentarios de seguridad social: programas y servicios para el cuidado de las personas adultas mayores dependientes. Primera parte: Revisión conceptual para la caracterización de los sistemas de protección*. Segundo semestre de 2011, núm. 30. Montevideo, Uruguay: Banco de Previsión Social, 2011. <https://goo.gl/agonMT>
- Prosperidad social. “Unidad Administrativa Especial para la Consolidación Territorial (UACT)”. Consultado en septiembre de 2016. <https://goo.gl/wrkNPj>
- Restrepo Avendaño, Rubén Darío. “Los servicios sociales en el sistema de la protección social de Colombia”. *Revista CES derecho* 5, núm.1 (enero-junio, 2014): 22. <https://goo.gl/7xeqd5>
- Rodríguez Cabrero, Gregorio y Monserrat Codorniú, Julia. *Modelos de atención sociosanitaria: una aproximación a los costes de la dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-imserso, 2002. <https://goo.gl/seZjX8>
- Roqué, Mónica. “Cuidados y Servicios Sociales”. Presentación realizada en el Segundo Foro Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores, durante los días 3 al 6 de junio de 2014 <https://goo.gl/YnR23h>

- Ruiz Gómez, Fernando y Uprimny Yepes, Miguel. “Sistema de salud y aseguramiento social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio”. Documento de trabajo, Asocajas, PUJ-Cendex, Ecoe Ediciones, Bogotá, 2012. 230.
- Salcedo, Diana Paola. “Protección social en Colombia ¿Dónde se rompe la cadena de efectos virtuosos de las políticas sociales?” Policy Paper 14, Friedrich Ebert Stiftung en Colombia (FESCOL), abril de 2013. <https://goo.gl/JNoK4g>
- Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia (SAAD). “Catálogos de servicios”. <https://goo.gl/LzaJKA>
- Unidad para las víctimas. “Reseña de la unidad”. Consultado en septiembre de 2016. <https://goo.gl/u1T4pU>
- Vicente Fuentes, Fernando. “La atención sociosanitaria”. Ponencia realizada en Cartagena, España durante los días 12 al 14 de noviembre de 2013. <https://goo.gl/A1WzJU>.