



Bogotá, junio 2026

RADIOGRAFÍA DEL ABANDONO Y LA INSTITUCIONALIZACIÓN PROLONGADA DE PERSONAS ADULTAS MAYORES Y CON DISCAPACIDAD

**Informe de cumplimiento a la orden decimoquinta de la Sentencia SU-
367 de 2025**

**Defensoría del Pueblo
Procuraduría General de la
Nación**

Defensoría del Pueblo - Procuraduría General de la Nación, junio de 2026

Obra de distribución gratuita.

El presente texto se puede reproducir, fotocopiar o replicar, total o parcialmente, citando la fuente.

Radiografía de la institucionalización de personas adultas mayores y con discapacidad psicosocial. Páginas: 55

Este documento debe citarse así: *Defensoría del Pueblo, Procuraduría General de la Nación (2026). Radiografía del abandono y la institucionalización prolongada de personas adultas mayores y con discapacidad.*

Colombia. Bogotá, D. C., 2026

IRIS MARÍN ORTIZ
Defensora del Pueblo

DIRECTIVOS DEFENSORÍA DEL PUEBLO

PAULA CRISTINA APONTE URDANETA
Vicedefensora del Pueblo

LINDA MARÍA CABRERA CIFUENTES
Directora Nacional de Atención y Trámite de Quejas

ANA MARÍA SÁNCHEZ GUEVARA
Defensora Delegada para la Infancia y la Vejez

SERGIO ANDRÉS CORONADO DELGADO
Defensor Delegado para Derechos Económicos, Sociales y Culturales

LUZ MARÍA SÁNCHEZ
Defensora Delegada para Asuntos Constitucionales y Legales

GREGORIO ELJACH PACHECO
Procurador General de la Nación

DIRECTIVOS PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

MARÍA FERNANDA RANGEL ESPARZA
Procuradora Delegada para la Defensa de los Derechos de la Infancia, la Adolescencia, la Familia y la Mujer

NESTOR IVÁN OSUNA PATIÑO
Procurador Delegado para la Defensa de los Derechos Humanos

Equipos que participaron en la elaboración del diagnóstico

Equipo de la Defensoría del Pueblo

Sabrina Pachón Torres
Sofía Elisa Sierra Arteaga
Cecilia Eugenia Rosanía Arteaga
Carmen Ximena Marciales Montenegro
Defensoría Delegada para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Lina Tatiana Sánchez
Carolina Mora Betancourt
Defensoría Delegada para la Infancia y la Vejez.

Indira Vanessa Socha Barbón
Briceyda Retavisca Peralta
Jesús David Medina Carreño
Defensoría Delegada para los Asuntos Constitucionales y Legales

Mónica Johana Giraldo Castañeda
Delegada para el Derecho a la Salud y la seguridad social

Equipos de las Defensorías Regionales

Laura Ximena Marquez Ramírez
Centro de Analítica de Datos en Derechos Humanos

Carlos Andrés Sarmiento Hernández
Gisella Vanessa Arias González
Vicedefensoría

Equipo de la Procuraduría General

Natalia Paola Suarez Rojas
Laura Andrea Casallas Cruz
Procuraduría Delegada de Familia, infancia Adolescencia y Mujer

German Eduardo Riaño Merchán
Karin Amalia Rodríguez Páez
Procuraduría Delegada con funciones mixtas 7: Para Asuntos Civiles, del Trabajo y la Seguridad Social

Natalia Lucia Caparroso Insignares
Procuraduría Delegada con funciones mixtas 10: Para la Moralidad y Transparencia Pública

Silvana Moncada Rojas
Procuraduría Delegada preventiva y de control de gestión 3: Para la Gestión y la Gobernanza Territorial

Angela María Sánchez Leiva
Hernando Antonio Benavides Correa
Procuraduría Delegada con funciones mixtas 1: Para la Defensa de los Derechos Humanos

Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	0
1. INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL TEXTO.....	5
2. CONCEPTOS Y METODOLOGÍA	6
2.1. Conceptualización	6
2.2. Metodología	8
3. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO, JURISPRUDENCIAL Y DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ABANDONO SOCIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y PERSONAS ADULTAS MAYORES.....	11
3.1. Elementos legales y jurisprudenciales.....	11
3.2. Instrumentos de política pública.....	14
4. RADIOGRAFÍA DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y CON DISCAPACIDAD	19
4.1. Estimado de la problemática a partir de fuentes de información disponibles	19
4.1.1. Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD)....	20
4.1.2. Datos de abandono y negligencia de personas mayores del Instituto Nacional de Salud - INS 24	
4.1.3. Registro de peticiones presentadas ante la Defensoría del Pueblo	29
4.2. Diagnóstico territorial de las barreras estructurales y dimensiones de la problemática: información reportada por entidades municipales.....	35
4.2.1. Cobertura institucional	36
4.2.2. Magnitud de la población institucionalizada.....	36
4.2.3. Alternativas de atención	38
4.2.4. Articulación interinstitucional	39
5. BARRERAS PARA LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN SITUACIÓN DE ABANDONO SOCIAL.....	39
5.1. Barreras presupuestales.....	39
5.2. Barreras de política pública, normativas y de oferta institucional	41
5.3. Barreras institucionales y de articulación.....	45
5.4. Barreras de respuesta y operativas.....	47
5.5. Barreras en sistemas de información	49
6. CONCLUSIONES.....	52
7. RECOMENDACIONES	53
7.1. Recomendaciones normativas y de política pública.....	53
7.2. Recomendaciones administrativas.....	55
7.3. Recomendaciones presupuestales	57
7.4. Recomendaciones de seguimiento y evaluación	58
7.5. Fortalecimiento de iniciativas de cuidado comunitario	59



RESUMEN EJECUTIVO

Colombia enfrenta una crisis estructural y silenciosa. Cientos de personas mayores y personas con discapacidad permanecen institucionalizadas de manera indefinida en hospitales, centros psiquiátricos y establecimientos de larga estancia, no por exigencia de su condición, sino por la ausencia de alternativas que hagan posible su egreso y el desarrollo de una vida digna en comunidad, situación sobre la cual llamó la atención la Corte Constitucional en la Sentencia SU-367 de 2025.

El presente informe fue elaborado por la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo en cumplimiento de la orden decimoquinta de la referida sentencia, mediante la cual se ordenó al Ministerio Público realizar un diagnóstico sobre la situación de abandono social e institucionalización prolongada de personas mayores y personas con discapacidad psicosocial en Colombia, y presentar sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones ante el Ministerio de Igualdad y Equidad y el Departamento Nacional de Planeación (DNP).

En el marco del presente informe el abandono se entiende como una forma de violencia que ocurre cuando una persona en situación de vulnerabilidad no puede procurarse por sí misma condiciones mínimas de subsistencia y quienes deberían apoyarla (familia, comunidad o Estado) no lo hacen, por indiferencia, falta de recursos, ausencia de servicios o ruptura de vínculos. Esta situación pone en riesgo su vida o su integridad física, psíquica o moral.

Una de las consecuencias del abandono es la institucionalización prolongada, entendida como la permanencia extendida en instituciones de cuidado o establecimientos hospitalarios sin garantías para desarrollar el proyecto de vida, mantener vínculos significativos, ni acceder a rutas efectivas de egreso.

Con el propósito de cumplir lo ordenado por la Corte, el Ministerio Público construyó este informe, que no pretende agotar el diagnóstico de la situación. La ausencia de un sistema nacional unificado de información sobre



abandono e institucionalización prolongada es, en sí misma, una de las fallas estructurales que aquí se busca visibilizar. Lo que se presenta es un primer umbral, construido con la información disponible a partir de una metodología mixta que incluyó distintas fuentes de información.

Entre dichas fuentes se destacan: diálogos con los Ministerios de Salud y Protección Social y de Igualdad y Equidad; análisis de datos institucionales como el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) y del sistema de vigilancia epidemiológica del Instituto Nacional de Salud (INS); así como el análisis de información proveniente de las Defensorías Regionales; de las peticiones recibidas por la Defensoría del Pueblo; y de la aplicación de una encuesta realizada por la Procuraduría General a las alcaldías de los 1.103 municipios del país, con respuesta del 50 %.

Los hallazgos del diagnóstico revelan una problemática de magnitud significativa y alcance nacional.

El Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad identifica, entre junio del 2020 y febrero del 2026, 17.362 personas localizadas de manera permanente en una institución y 12.184 que no cuentan con ninguna red de apoyo, lo que las expone directamente al riesgo de abandono. Entre 2022 y 2025, el Instituto Nacional de Salud reportó 10.942 notificaciones de negligencia y abandono contra personas mayores (un incremento acumulado del 87 %), con una tendencia especialmente preocupante en el ámbito hospitalario, donde los casos de abandono han crecido de manera sostenida. La Defensoría del Pueblo, por su parte, recibió, entre enero del 2024 y enero del 2026, 352 casos de personas en posible situación de abandono o institucionalización prolongada, con un aumento del 36,6 % entre 2024 y 2025.

El diagnóstico territorial confirma la escala del problema. Las alcaldías respondientes reportan al menos 12.450 personas adultas con discapacidad psicosocial y 7.891 personas mayores en situación de abandono institucionalizadas, de las cuales 4.941 llevan más de un año en esa condición. El 55% de los municipios reportó personas institucionalizadas sin



ninguna red de apoyo identificada. Un dato relevante del diagnóstico territorial es que el 75% de los municipios reconoce la insuficiencia de su propia oferta para el cuidado.

El Ministerio Público identificó cinco dimensiones de barreras estructurales que explican por qué lo que debería ser una medida excepcional se ha convertido en la respuesta habitual:

- Presupuestales, por la insuficiencia de recursos propios de los municipios y la ausencia de fuentes de financiación nacionales específicas para avanzar en la desinstitutionalización progresiva y la atención y el cuidado de la población.
- De política pública y oferta institucional, dado que las políticas de cuidado, vejez y discapacidad presentan avances importantes pero insuficientes, con serios desafíos de articulación intersectorial y territorialización, agravados por el cierre administrativo del Ministerio de Igualdad y Equidad.
- Institucionales y de articulación, expresadas en la fragmentación entre los sistemas de salud y social, la falta de claridad en las competencias y la desarticulación entre niveles territoriales, que produce un vacío donde ninguna entidad asume la responsabilidad de los casos, lo cual lleva a que el acceso al cuidado dependa frecuentemente de una acción de tutela y no de una ruta ordinaria de atención.
- De respuesta y operativas, reflejadas en la debilidad de los protocolos interinstitucionales y la ausencia de mecanismos de revisión periódica de los casos de personas institucionalizadas.
- Y de sistemas de información, dado que el país carece de un sistema integrado, interoperable y confiable que permita conocer la magnitud real de la problemática y orientar las intervenciones.

El Ministerio Público concluye que el abandono social y la institucionalización prolongada constituyen problemáticas estructurales que revelan una deuda histórica del Estado con poblaciones en situación de alta



vulnerabilidad, y que la institucionalización se ha convertido en la respuesta por defecto ante la ausencia de alternativas comunitarias, familiares y estatales. Superar esta situación requiere una intervención coordinada, sostenida e integral del Estado en sus distintos niveles, que se traduzca en transformaciones reales en la vida de las personas.

El informe formula recomendaciones, asimismo, en cinco dimensiones:

- Normativas y de política pública, orientadas al cumplimiento de los estándares internacionales en materia de garantía de derechos de estas poblacionales, la aprobación de la ley del Sistema Nacional de Cuidado y el fortalecimiento e implementación de las acciones contempladas en las políticas de cuidado, vejez y discapacidad; así como la articulación de las instancias de política pública.
- Administrativas, dirigidas al desarrollo de rutas de atención claras, vinculantes y articuladas entre salud, protección social, justicia y entidades territoriales, así como a la creación de servicios de cuidado diversificados que favorezcan la autonomía y vida en comunidad, evitando la institucionalización como respuesta predominante.
- Presupuestales, que incluyen esquemas de cofinanciamiento Nación-territorio y asignaciones específicas en el Sistema General de Participaciones.
- De seguimiento y evaluación, centradas en la consolidación de un sistema nacional de reporte interoperable con variables específicas sobre abandono e institucionalización.
- Y de fortalecimiento de iniciativas de cuidado comunitario partiendo del reconocimiento del valor estratégico de la labor de las organizaciones, liderazgos sociales y prácticas comunitarias para el sostenimiento de la vida en sus diferentes dimensiones (individual, social, comunitaria y con la naturaleza).

Así las cosas, el Ministerio Público insta a las entidades competentes a actuar con la urgencia que demanda la magnitud del problema y con la



#BuenFuturoHoy



coherencia que exigen los compromisos constitucionales e internacionales del Estado colombiano.



1. INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL TEXTO

Colombia enfrenta una crisis silenciosa y estructural: cientos de personas mayores y personas con discapacidad permanecen institucionalizadas de manera indefinida en hospitales, centros psiquiátricos y establecimientos de larga estancia. No se trata de una exigencia derivada de su condición: ha sido el resultado de la falta de alternativas para hacer posible su egreso y su vida en condiciones dignas.

Esta situación, que la Corte Constitucional denominó institucionalización prolongada, tampoco es un asunto de casos individuales. Por el contrario, es el síntoma de fallas estructurales acumuladas en el sistema de protección social colombiano, cuya responsabilidad recae principalmente en el Estado.

La Sentencia SU-367 de 2025 de la Corte Constitucional abordó esta problemática de manera frontal. A partir de situaciones concretas, la Corte constató que la vulneración de derechos no era atribuible a una falla puntual de una entidad, sino a la ausencia de respuestas institucionales, comunitarias y sociales coordinadas, así como a la falta de alternativas de servicios sociales de cuidado, aspectos que, el Ministerio Público, abordará en el presente documento.

Este informe no pretende agotar el diagnóstico. La ausencia de un sistema nacional unificado de información sobre abandono e institucionalización prolongada es, en sí misma, una de las fallas estructurales que este documento busca visibilizar. Lo que aquí se presenta es un primer umbral, construido con la información disponible, que acerca a la magnitud del problema y señala los puntos críticos, como referencia para el seguimiento de una situación sobre la cual es deber estatal actuar.

En lo siguiente el texto está dividido en seis capítulos. El capítulo 2 describe la conceptualización y la metodología utilizada para la elaboración del presente diagnóstico. El capítulo 3 analiza el marco legal, jurisprudencial y de políticas pública aplicables al abandono social e institucionalización prolongada de las personas con discapacidad y las personas adultas mayores. El capítulo 4 presenta un panorama general de la situación a partir de la revisión de datos cualitativos y cuantitativos. El capítulo 5 identifica las



barreras para la atención. En el capítulo 6 se presentan las conclusiones y en el 7 las recomendaciones formuladas por el Ministerio Público.

2. CONCEPTOS Y METODOLOGÍA

2.1. Conceptualización

Para comprender la magnitud del problema, es necesario partir de algunas definiciones. Según la Ley 1251 de 2008, **persona mayor** es aquella que tiene 60 años o más y, según la Organización Mundial de la Salud, la vejez es una construcción social y biográfica del último momento del curso vital.

Por su parte, la Convención sobre los Derechos de las **Personas con Discapacidad** establece que una persona con discapacidad es aquella que presenta deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con barreras del entorno, limitan su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones. Desde este enfoque, la discapacidad no es un atributo individual, sino una construcción social derivada de esa interacción.

El **abandono** puede entenderse como una forma de violencia que ocurre cuando una persona en situación de vulnerabilidad no puede procurarse por sí misma condiciones mínimas de subsistencia y quienes deberían apoyarla (familia, comunidad o Estado) no lo hacen, por indiferencia, falta de recursos, ausencia de servicios o ruptura de vínculos. Esta situación pone en riesgo su vida o su integridad física, psíquica o moral.

Una de las consecuencias del abandono es la **institucionalización prolongada**, entendida como la permanencia extendida en instituciones de cuidado o establecimientos hospitalarios sin garantías para desarrollar el proyecto de vida, mantener vínculos significativos, ni acceder a rutas efectivas de egreso. Cuando deja de ser transitoria y se convierte en la única respuesta ante la falta de alternativas comunitarias, familiares o estatales, profundiza el desarraigo, la pérdida de autonomía y la violencia por abandono.



La Corte Constitucional ha señalado que el abandono se entrelaza con prácticas de institucionalización forzada o prolongada que vulneran la autonomía, la capacidad jurídica y el derecho a vivir en comunidad, y que se reproducen cuando el Estado no garantiza apoyos personalizados ni alternativas reales a la institucionalización.

Hablar de abandono implica hablar de su opuesto: **el cuidado**, entendido como un derecho autónomo y una necesidad humana fundamental. Según la Opinión Consultiva 31 de 2025 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, comprende la posibilidad de recibir, brindar y procurarse condiciones que garanticen el bienestar integral y el desarrollo del proyecto de vida. Se sustenta en la corresponsabilidad entre Estado, familia y sociedad, y se expresa en tres dimensiones: ser cuidado, cuidar y autocuidarse.

En términos sustantivos, el cuidado comprende las acciones necesarias para preservar el bienestar humano, incluida la asistencia a quienes requieren apoyo de manera temporal o permanente. Todas las personas, en distintos momentos del curso de vida, necesitan recibir o brindar cuidados, lo que refleja una interdependencia inherente a la dignidad humana.

Por ello, el cuidado es indispensable no solo para la supervivencia y el ejercicio efectivo de los derechos humanos, sino también para el funcionamiento social, comunitario, cultural y económico.

Tanto la Corte Constitucional como la Corte Interamericana de Derechos Humanos han señalado que el derecho al cuidado no puede entenderse de manera aislada ni exclusivamente como una responsabilidad familiar, por lo que la dimensión comunitaria del cuidado cobra especial relevancia. En la Sentencia T-226 de 2025, la Corte Constitucional definió los **cuidados comunitarios** como el conjunto de actividades y trabajos que, mediante diversas formas de organización colectiva, responden de manera situada a las necesidades de las poblaciones y territorios y contribuyen a la sostenibilidad de la vida.

Estos cuidados son realizados por personas, principalmente mujeres, colectivos u organizaciones, en general sin remuneración económica o con



pago simbólico, motivadas por la solidaridad, cuya labor contribuye a garantizar la autonomía, la dignidad y la vida en comunidad de quienes requieren apoyos.

Según la Política Nacional de Cuidado (CONPES 4143), las organizaciones de cuidado comunitario se caracterizan por desarrollar actividades de cuidado por fuera del hogar, tener distintos niveles de articulación con el Estado y el sector privado, y adoptar formas organizativas diversas. Dicha política destaca el valor de los saberes, conocimientos ancestrales y prácticas culturales de las comunidades étnicas y campesinas en el país para el sostenimiento y reproducción colectiva de la vida, como un pilar para la garantía del derecho al cuidado y la corresponsabilidad social.

2.2. Metodología

Con base en estas definiciones, la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo elaboraron este diagnóstico mediante una metodología mixta, cuantitativa y cualitativa. Para ello realizaron diálogos con entidades públicas, solicitudes de información a alcaldías municipales, análisis de fuentes institucionales, revisión normativa y jurisprudencial y estudio de documentos de política pública. A continuación, se presentan las principales fuentes utilizadas y ejercicios realizados.

- a) Diálogos virtuales entre la Defensoría del Pueblo y los Ministerios de Salud y Protección Social y de la Igualdad y la Equidad, realizados el 10 de febrero de 2025, a partir de tres bloques temáticos: (i) sistemas de información, (ii) servicios sociales y cuidado y (iii) políticas públicas de vejez, discapacidad y cuidado.
- b) Recolección y análisis de información por parte de las Defensorías Regionales entre febrero y marzo del 2026, mediante un instrumento en Forms y Excel con siete apartados: (i) infraestructura institucional; (ii) políticas territoriales de cuidado; (iii) casos de abandono en instituciones; (iv) actuación de la Defensoría del Pueblo; (v) garantías previas, familia y consentimiento; (vi) revisión de la institucionalización y alternativas; y (vii) valoración final.



- c) Análisis de la información aportada por el Instituto Nacional de Salud mediante los radicados No. INS-2-2025-01004 e INS-2-2026-00479, relacionados con las variables de negligencia y abandono de personas mayores reportadas en SIVIGILA.
- d) Análisis de la información del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante radicado 2026160000482411.
- e) Análisis de documentos de política pública y sus planes de acción, en particular: el CONPES 4143 de 2025 (Política Nacional de Cuidado); el Decreto 681 de 2022 (Política Pública de Envejecimiento y Vejez 2022-2031) y la Resolución 1608 de 2025, que adoptó su plan de acción; y el CONPES 4198 de 2026 (Política Pública Nacional de Discapacidad).
- f) Análisis de la normativa, tratados internacionales y jurisprudencia relacionada con las poblaciones objeto del presente informe en temas como protección, cuidado, abandono social e institucionalización prolongada.
- g) Recolección y análisis de información reportada por las alcaldías municipales mediante el instrumento técnico digital FOMRS (Formulario de Recolección y Seguimiento), diseñado por la Procuraduría General de la Nación y aplicado a los 1.103 municipios del país entre febrero y abril de 2026. Se recibieron respuestas de 551 municipios, equivalentes al 50 % del total nacional, provenientes de 32 departamentos. El instrumento indagó por la situación existente al momento de la respuesta y se estructuró en seis apartados que buscaron identificar los siguientes aspectos:
 - **Identificación institucional y cobertura de servicios:** indagó por la existencia, número y naturaleza jurídica de hospitales psiquiátricos,



centros de larga estancia, hogares geriátricos e instituciones similares.

- **Magnitud de la población institucionalizada:** solicitó estimaciones sobre personas con discapacidad psicosocial institucionalizadas, personas mayores en situación de abandono institucionalizadas, permanencias superiores a un año y ausencia de redes de apoyo.
- **Seguimiento y supervisión de la institucionalización:** consultó sobre monitoreo periódico, existencia de rutas o protocolos de revisión y principales problemáticas identificadas en las instituciones.
- **Oferta de servicios comunitarios y alternativas a la institucionalización:** indagó por programas de apoyo comunitario, alternativas de vivienda, redes de cuidado, apoyos domiciliarios, presupuesto disponible y programas de inclusión social.
- **Articulación interinstitucional:** exploró la existencia de instancias de coordinación entre sectores, mesas técnicas o comités intersectoriales y dificultades de competencia entre entidades.
- **Barreras estructurales y propuestas de mejora:** pidió a las alcaldías municipales identificar las principales barreras normativas, presupuestales e institucionales, así como las medidas y apoyos requeridos para avanzar hacia modelos de cuidado comunitario.



3. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO, JURISPRUDENCIAL Y DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ABANDONO SOCIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y PERSONAS ADULTAS MAYORES

Este apartado presenta el análisis del marco normativo, jurisprudencial y de políticas públicas frente a la protección, prevención y atención del abandono social de las personas con discapacidad y las personas mayores en Colombia. A partir de esta revisión se examina cómo el ordenamiento jurídico reconoce el derecho al cuidado, la vida en comunidad y la prohibición de prácticas de institucionalización prolongada o segregación.

3.1. Elementos legales y jurisprudenciales

El derecho al cuidado ha transitado de una práctica privada y feminizada a un derecho humano autónomo reconocido en tres dimensiones: el derecho a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado. Aunque no está consagrado expresamente en la Constitución Política, se vincula con los pilares del Estado Social de Derecho y con los artículos 1, 13, 43, 44 y 46 superiores. A nivel internacional, la Corte Interamericana de Derechos Humanos lo reconoció como derecho autónomo derivado de la Convención Americana mediante la Opinión Consultiva OC-31/25.

En el ámbito interno, la Corte Constitucional ha consolidado una línea jurisprudencial robusta al respecto. Las sentencias T-447 y T-583 de 2023 reconocieron el derecho al cuidado en sus tres dimensiones. La Sentencia C-400 de 2024 lo definió como un derecho universal, no atado a ningún grupo poblacional, y estableció al menos siete estándares de protección, enfatizando la obligación del Estado de diseñar políticas y sistemas de cuidado que redistribuyan sus cargas de manera equitativa entre hombres, mujeres, familia, sociedad y Estado.

En relación con el abandono y la institucionalización prolongada, en la Sentencia T-570 de 2023, la Corte estableció que negar acceso a servicios de protección por antecedentes psiquiátricos constituye discriminación y que los internamientos permanentes sin necesidad clínica demostrada



profundizan la segregación y por su parte, la Sentencia T-498 de 2024 definió el abandono social como la privación de apoyo material y emocional en contextos de vulnerabilidad, precisó la distribución de responsabilidades entre familia, sociedad y Estado, y desarrolló un enfoque de desinstitucionalización destacando que, prolongar la hospitalización por razones sociales, compromete la vida digna y la autonomía.

Posteriormente, en la Sentencia T-226 de 2025 la Corte subrayó el deber cualificado del Estado de evitar que la ausencia de redes familiares derive en institucionalización prolongada y reiteró que la falta de cupo no justifica la inacción estatal. Finalmente, la SU-367 de 2025 fijó la prohibición de la institucionalización prolongada, admisible solo bajo criterios de estricta necesidad, temporalidad, proporcionalidad y respeto a la voluntad de la persona, e instó a la articulación de políticas públicas y al fortalecimiento del cuidado comunitario.

En materia legislativa con relación a los derechos de las personas con discapacidad se cuenta con la Ley 1346 de 2009, que aprobó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), cuyo artículo 19, sumado a las directrices del Comité de dicha convención,¹ constituyen el estándar internacional que obliga a los Estados a garantizar el derecho a vivir en comunidad y a prevenir la institucionalización, dada la asociación comprobada de esta práctica con violencia, negligencia y malos tratos. En esta misma línea la Ley Estatutaria 1618 de 2013, ordenó garantizar servicios de asistencia domiciliaria, residencial y comunitaria para evitar el aislamiento.

En lo que respecta a personas mayores, la Ley 1850 de 2017 tipificó el abandono como delito sancionado con penas de 4 a 8 años de prisión y ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social implementar una ruta de atención. Sin embargo, a la fecha esa ruta no ha sido elaborada: solo existe una cartilla de buen trato. Por su parte, la Ley 2055 de 2020, que ratificó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores, obliga al Estado a prevenir y erradicar el abandono, el

¹ CRPD/C/5, 2022.



aislamiento y los tratos degradantes. Por último, la Ley 2126 de 2021 otorgó a las Comisarías de Familia competencia para conocer casos de violencia contra personas mayores.

La siguiente tabla recoge los principales instrumentos legales en relación con las personas mayores y con discapacidad:

Tabla 1. Principales normas legales aplicables frente a personas adultas mayores y con discapacidad

Norma	Contenido relevante
Ley 361 de 1997	Garantiza la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad mediante normas de accesibilidad, integración social y eliminación de discriminación.
Ley 1145 de 2007	Crea el Sistema Nacional de Discapacidad para articular políticas públicas y coordinar acciones interinstitucionales.
Ley 1171 de 2007	Establece beneficios para personas mayores.
Ley 1251 de 2008	Dicta normas de protección, promoción y defensa de los derechos de las personas mayores.
Ley 1276 de 2009	Modifica los criterios de atención integral del adulto mayor en los centros Vida/Día
Ley 1315 de 2009	Establece condiciones mínimas para dignificar la estadía de los adultos mayores en centros de protección, centros de Día/Vida e instituciones de atención.
Ley 1346 de 2009	Por medio de la cual se aprueba la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
Ley 1618 de 2013	Ley Estatutaria que consolida el marco legal para el ejercicio pleno de derechos de las personas con discapacidad.
Ley 1850 de 2017	Establece medidas de protección al adulto mayor, penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y modifica las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009.
Ley 1996 de 2019	Elimina la figura de la interdicción judicial y establece la presunción de capacidad legal plena para todas las personas con discapacidad, instaurando un sistema de apoyos para la toma de decisiones. Esta norma obliga a respetar la voluntad y preferencias de la persona en toda decisión que la afecte, incluyendo las relativas a su lugar de residencia y modalidad de atención.

Norma	Contenido relevante
Ley 2040 de 2020	Adopta medidas para impulsar el trabajo de las personas mayores.
Ley 2055 de 2020	Por medio de la cual se aprueba la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores, que obliga al Estado a garantizar los 27 de derechos contemplados.
Ley 2126 de 2021	Regula el funcionamiento de las Comisarías de Familia.

Fuente: Elaborada a partir del análisis normativo realizado por la Procuraduría General de la Nación

A pesar de marco normativo, persisten brechas estructurales de implementación. La información sobre derechos y rutas de protección no llega efectivamente a la población, especialmente en zonas rurales. Los procedimientos judiciales y administrativos son complejos, formales y disuasorios.

3.2. Instrumentos de política pública

El CONPES 4143 de 2025, que establece la Política Nacional de Cuidado, tiene por objeto transformar la organización social del cuidado en Colombia, garantizar los derechos de las personas cuidadoras y de quienes requieren cuidado, y reconocer las formas colectivas y comunitarias de cuidado. Este instrumento prevé 133 acciones con un horizonte de diez años, entre las cuales se destacan algunas que podrían dar respuesta a las situaciones de abandono social y la institucionalización prolongada:

Tabla 2. Acciones CONPES 4143 de 2025

ACCIÓN	ENTIDAD RESPONSABLE
1.11 Diseñar e implementar una estrategia para reconocer y posicionar las organizaciones y prácticas de cuidado en las dinámicas del sector, así como en los diferentes espacios e instancias de participación social en salud.	Ministerio de Salud y Protección Social
4.15 Diseñar e implementar un programa nacional de servicios de apoyo para la autonomía, la vida independiente y la vida en comunidad de las personas con discapacidad que incluya servicios auxiliares de comunicación, servicios de asistencia tecnológica,	Ministerio de Igualdad y Equidad



ACCIÓN	ENTIDAD RESPONSABLE
apoyos de asistente personal o animal, transferencias monetarias, apoyos comunitarios y ayudas técnicas, entre otros servicios.	
4.18 Diseñar e implementar acciones estratégicas para el fortalecimiento de los centros de atención destinados a personas mayores en las entidades territoriales.	Ministerio de Igualdad y Equidad
4.19 Brindar acompañamiento psicosocial a personas mayores, sus familias y redes de apoyo para impulsar la protección y cuidado de las personas mayores, la transformación de imaginarios sociales, la prevención de violencias, maltrato y acercamiento intergeneracional.	Ministerio de Igualdad y Equidad
4.20 Realizar jornadas de formación y capacitación a jóvenes, otros familiares cuidadores y sus redes de apoyo para promover la protección y cuidado de las personas mayores.	Ministerio de Igualdad y Equidad
4.21 Diseñar e implementar una estrategia de comunicación integral para promover el cuidado de las personas mayores.	Ministerio de Igualdad y Equidad
4.22 Implementar una estrategia de articulación entre los Centros de Atención al Migrante y los Sistemas de Cuidado Local, que facilite el acceso de la población migrante (niños, niñas y adolescentes, personas mayores, personas con discapacidad, entre otros que requieran cuidado) a servicios de cuidado.	Ministerio de Igualdad y Equidad
4.23 Diseñar y adecuar espacios de cuidado para personas que requieren cuidado, asistencia o apoyo (niños, niñas y adolescentes, personas con discapacidad, personas mayores) a cargo de mujeres cuidadoras en actividades sexuales pagas en los Centros para la Atención Integral.	Ministerio de Igualdad y Equidad
4.24 Atender con transferencias monetarias a hogares con alta carga de cuidado, monoparentales en pobreza extrema y unidades de intervención indígena con niños y /o niñas en primera infancia; y hogares en pobreza extrema y unidades de intervención indígena con personas con discapacidad certificada que requieren permanentemente de altos niveles de cuidado o apoyo, priorizando hogares con jefatura femenina.	Departamento Administrativo para la Prosperidad Social
4.27 Implementar una estrategia de asistencia técnica para fortalecer a entidades territoriales en la formulación e implementación de sistemas, planes, programas y proyectos locales de cuidado que tengan acciones para la garantía del derecho al cuidado y los derechos de las personas cuidadoras.	Ministerio de Igualdad y Equidad
4.28 Diseño y formalización de una estrategia para la gestión articulada del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) y el Sistema Nacional de Cuidado.	ICBF
4.38 Implementar redes integrales e integradas territoriales de salud con procesos para articular la respuesta en salud a los servicios e infraestructura de cuidado presentes en el nivel territorial.	Ministerio de Salud y Protección Social



Fuente: Elaborado por la Defensoría del Pueblo a partir de la información del Plan del CONPES 4143 de 2025.

Dado que su aprobación es reciente, no es posible evaluar aún su implementación. Sin embargo, es posible advertir que la territorialización de sus estrategias puede enfrentar desafíos significativos de articulación entre la nación y los entes territoriales, así como con otras políticas públicas como las de discapacidad y vejez, en especial en territorios con brechas estructurales de capacidad institucional.

En armonía con lo dispuesto en el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, se aprobó la Ley 2281 de 2023, que creó el Sistema Nacional de cuidado. No obstante, dicha norma fue declarada inconstitucional, motivo por el cual en la actualidad cursa en el Congreso de la República el proyecto de Ley 536/26, para su creación. Teniendo en cuenta la importancia del sistema para generar la arquitectura institucional que vele por la garantía del derecho al cuidado, es necesaria su pronta aprobación.

En materia de discapacidad, la Ley 1145 de 2007 creó el Sistema Nacional de Discapacidad con una arquitectura de cuatro niveles: ente rector, Consejo Nacional, comités departamentales y comités municipales. Sin embargo, persiste una desarticulación entre estos niveles que perpetúa la brecha entre nación y territorio. Por su parte, el CONPES 4198 aprobado el 9 de junio de 2026, que establece la Política Nacional de Discapacidad 2026-2035, incluye un diagnóstico sobre la persistencia de prácticas de institucionalización y segregación, así como una estrategia para fortalecer la capacidad institucional y la oferta de bienes y servicios de las entidades públicas y de terceros obligados por ley, para garantizar su adecuación y relevancia en relación con las necesidades y potencialidades específicas de las personas con discapacidad.

Dicha estrategia cuenta con 8 líneas de acción, de las se presentan algunas que podrían dar respuesta a las problemáticas de abandono e institucionalización prolongada:



Tabla 3. Acciones Política Nacional de Discapacidad 2026-2035

Línea de acción	Acciones
Línea de acción 1. Estrategia para erradicar las prácticas de institucionalización y segregación para las personas con discapacidad	El Ministerio de Igualdad y Equidad diseñará e implementará una estrategia intersectorial de eliminación progresiva de la institucionalización a través de la creación y definición de lineamientos que promuevan el ejercicio de los derechos, la autonomía, la toma de decisiones, la vida independiente y los mecanismos de provisión de apoyos para contribuir a la vida en comunidad con enfoque interseccional
	El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar diseñará, implementará y realizará seguimiento a una estrategia de desinstitucionalización de las personas mayores de 18 años con discapacidad que se encuentran en acogimiento del Instituto, orientada al tránsito hacia la vida en comunidad, los servicios de apoyo en comunidad y la preparación hacia una vida autónoma e independiente.
	El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar diseñará e implementará un mecanismo de movilización de rutas de atención para la población con discapacidad, en el marco de la territorialización de políticas que lidera el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF), para la prevención y desescalamiento de la institucionalización.
Línea de acción 4. Estrategia para eliminar barreras en la prestación de los servicios de salud, habilitación y rehabilitación integral	El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, implementará el piloto y evaluará lineamientos para la incorporación y fortalecimiento de la atención en salud mental en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS), con enfoque en personas con discapacidad mental o psicosocial, incluyendo el desarrollo de modelos de atención de mediana complejidad en hospitales generales articulados con los servicios comunitarios, la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) y las redes integrales de servicios de salud.
	El Ministerio de Salud y Protección Social actualizará la caja de herramientas de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) para mejorar el acceso a los servicios de salud y la atención integral y continua de las personas con discapacidad, favoreciendo su independencia, autonomía y vida en comunidad
	El Ministerio de Salud y Protección Social formulará y socializará un lineamiento del uso de la modalidad de telemedicina para la prestación de servicios de salud en rehabilitación con enfoque diferencial.

Fuente: Elaborado por la Defensoría del Pueblo a partir de la información del CONPES 4198 de 2026.

Estas acciones se concentran principalmente en el sector salud y en el ICBF sin abordar de manera integral los factores sociales, económicos y comunitarios que sostienen el fenómeno, y sin articularse con los sectores de justicia, interior, vejez y cuidado.

Por su parte, llama la atención que la primera acción relacionada en el cuadro anterior es muy amplia y está a cargo del Ministerio de la Igualdad y Equidad, el cual se encuentra en proceso de cierre administrativo. Por lo cual es necesario revisar en cabeza de quien quedará la ejecución de dicha acción y el alcance de esta.

Finalmente, la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, adoptada mediante el Decreto 681 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, incorpora un enfoque de derechos y reconoce el abandono como una forma de violencia. Su Eje 3 propone acciones para prevenir el maltrato y el abandono, fortalecer rutas de atención y mejorar los sistemas de información. No obstante, de las seis acciones de ese eje, solo dos abordan directamente el abandono:

Tabla 4. Acciones Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031

Acción	Entidad responsable
Avanzar en la prevención de violencia intrafamiliar, maltrato y abandono de personas mayores.	Ministerio de Justicia y del Derecho — Ministerio de Igualdad y Equidad
Diseñar e implementar una estrategia de comunicación integral para promover la no discriminación y la no violencia por razones de edad.	Ministerio de Igualdad y Equidad

Fuente: Elaborado por la Defensoría del Pueblo a partir de la información del Plan de acción según Resolución 1608 de 2025

Ninguna de las acciones de esta política contempla la desinstitucionalización prolongada de personas mayores. A ello se añade que solo hasta diciembre de 2025, es decir, con un retraso de casi tres años, el Ministerio de Igualdad y Equidad oficializó el Plan Nacional de Acción Intersectorial para las



personas mayores mediante la Resolución 1608 de 2025, situación que afectó la implementación y seguimiento de la política pública.

El Decreto 163 de 2021 creó el Consejo Nacional de Personas Mayores, como el órgano consultivo de carácter permanente del ente rector de la Política Pública, en su labor de coordinación del desarrollo y ejecución de esta. Si bien se ha venido avanzando en la consolidación de dicho espacio, se requiere una actualización normativa que permita una mayor participación de los representantes de la sociedad civil incluyendo a los grupos étnicos y poblaciones campesinas. De igual forma no se ha logrado la creación y funcionamiento de los grupos de enlace sectoriales, establecidos en dicho decreto, los cuales tienen como función principal poder abordar de manera intersectorial problemáticas estructurales de la vejez en el país.

4. RADIOGRAFÍA DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y CON DISCAPACIDAD

En este apartado el Ministerio Público analiza la institucionalización prolongada a partir de, por un lado, fuentes institucionales y sectoriales y, por otro lado, la información reportada por las alcaldías municipales.

4.1. Estimado de la problemática a partir de fuentes de información disponibles

En Colombia no existe un sistema de información en el que se registren específicamente los casos de abandono social e institucionalización prolongada de personas mayores o con discapacidad. Por tal motivo, para la construcción de un estimado de la situación, se analizaron diferentes fuentes: (i) el Registro de Caracterización y Localización de Personas con Discapacidad (RLCPD) del Ministerio de Salud y Protección Social, (ii) los datos de abandono y negligencia de personas mayores del Instituto Nacional de Salud - INS, y (iii) el registro de peticiones presentadas ante la Defensoría del Pueblo, consolidadas en el Sistema de información VisionWeb.



4.1.1. Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD)

El RLCPD es una herramienta dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, regulada mediante Resolución 1197 de 2024², con el fin de recoger información sobre la caracterización y localización geográfica de las personas con discapacidad en Colombia, en el marco del procedimiento de certificación de discapacidad, el cual se realiza de manera voluntaria, respetando la libre elección, expresión y autorreconocimiento de las personas con discapacidad.

En virtud de lo anterior, dado el carácter de voluntariedad para la realización del registro, esta base no cuenta con información exhaustiva sobre el universo de personas con discapacidad en Colombia; sin embargo, ha sido desarrollado para ser la fuente oficial de información respecto de esta población. De igual manera, aunque no contiene variables específicas sobre abandono social, arroja datos sobre las personas con discapacidad que se hallan institucionalizadas y de los apoyos recibidos por parte de instituciones, comunidades u otras redes sociales no familiares, a partir de las cuales se pueden hacer deducciones sobre dicha problemática.

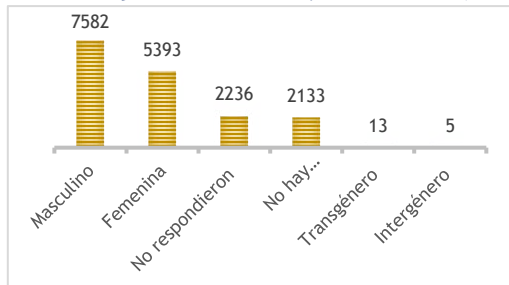
En ese sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social suministró la información correspondiente a la caracterización de personas con discapacidad durante el periodo comprendido entre junio de 2020 y febrero de 2026. Allí se registró un total de **642 243** personas, de las cuales **17 362** se encuentran localizadas de manera permanente en una institución³. De este último grupo, la caracterización por identidad de género y por orientación sexual fue la siguiente:

² El RLCPD ha sido desarrollado a través de varias normas: Circular, Ley 1618 de 2013, Resolución 583 de 2018, Resolución 246 de 2019, Resolución 113 de 2020, Resolución 1239 de 2022 y Resolución 1197 de 2024.

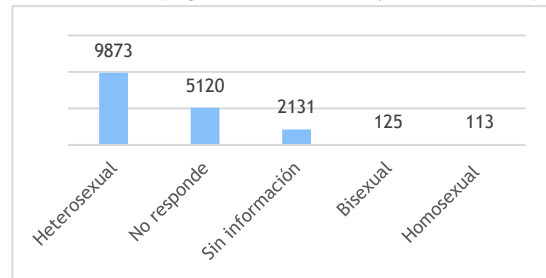
³ La variable considera como permanente, la estancia 7 días a la semana, 24 horas al día, por un tiempo mayor a dos meses.



Gráfica 1. Caracterización por identidad de género de personas con discapacidad localizadas de manera permanente en una institución (1 junio 2020 - 28 febrero 2026)



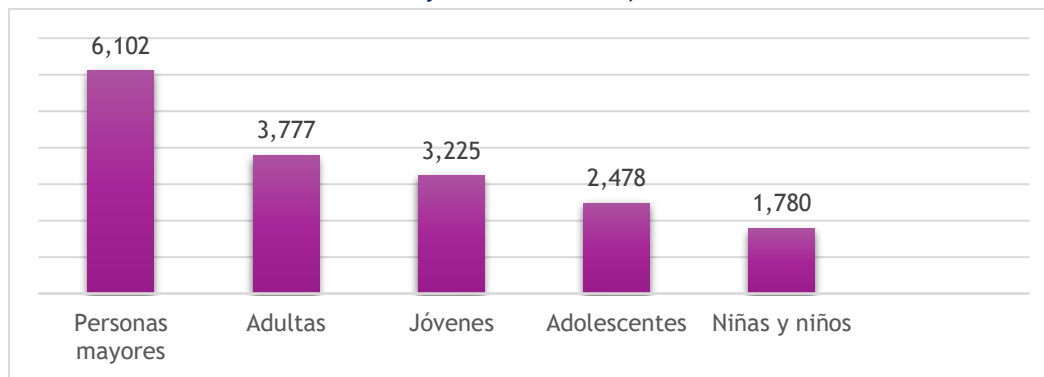
Gráfica 2. Caracterización por orientación sexual de personas con discapacidad localizadas de manera permanente en una institución (1 junio 2020 - 28 febrero 2026)



Fuente: Elaborado por la Defensoría del Pueblo con base a la información del RCLPD aportada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En cuanto al curso de vida, se encuentra que, del total de personas con discapacidad localizadas de manera permanente en una institución, **6 102** son personas de 60 años o más, **3 777** son adultas, **3 225** son jóvenes, **2 478** son adolescentes y **1 780** son niñas y niños.

Gráfica 3. caracterización por curso de vida de personas con discapacidad localizadas de manera permanente en una institución (1 junio 2020 - 28 febrero 2026)



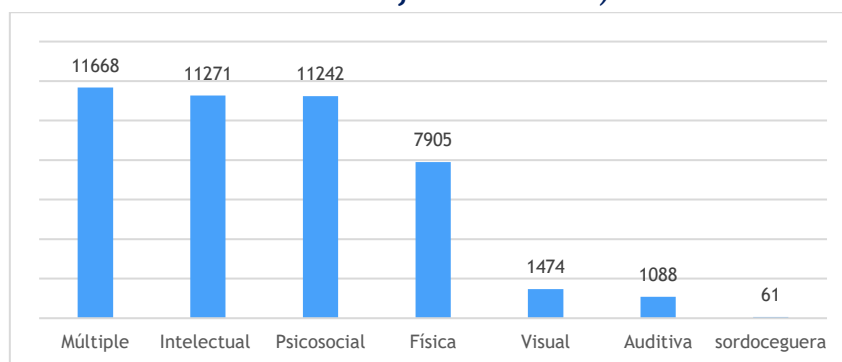
Fuente: Elaborado por la Defensoría del Pueblo con base a la información del RCLPD aportada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Respecto de su pertenencia étnica, **491** personas se identificaron como afrocolombianas, **1** palenquera, **71** raizales, **471** indígenas, **1** gitana y **16327** no se identificaron con ningún grupo.



Al observar el tipo de discapacidad, se identifica que, del total de personas localizadas de manera permanente en una institución, **61** tienen sordoceguera, **1 088** discapacidad auditiva, **1 474** visual, **7905** física, **11242** psicosocial, **11 271** intelectual y **11 668** múltiple. Lo anterior evidencia que las personas con discapacidad intelectual, psicosocial y múltiple son quienes se encuentran institucionalizadas en mayor proporción.

Gráfica 4. Caracterización de personas con discapacidad localizadas de manera permanente en una institución por tipo de discapacidad (1 junio 2020 - 28 febrero 2026)



Fuente: Elaborado por la Defensoría del Pueblo con base a la información del RCLPD aportada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

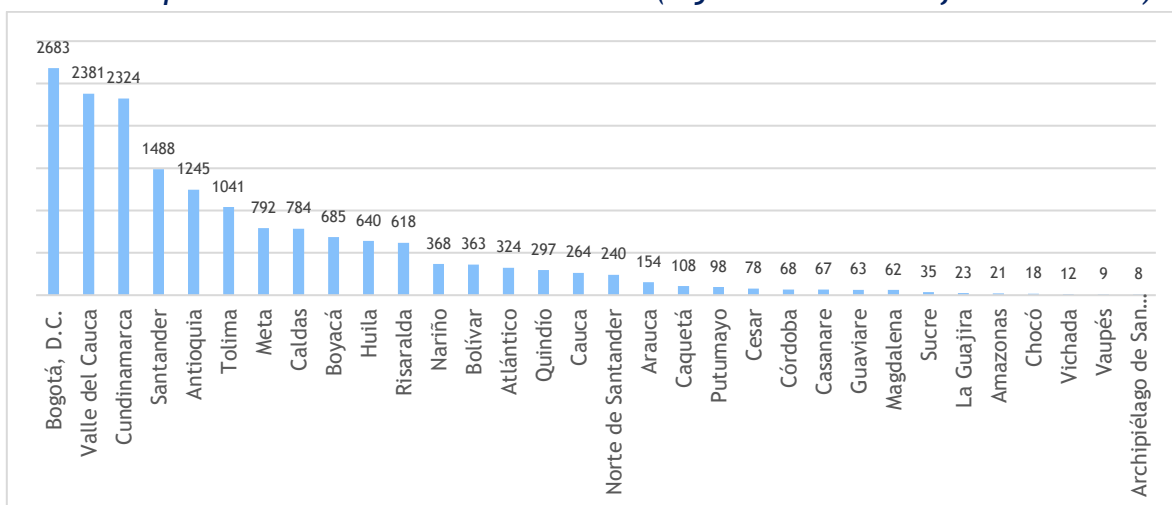
Por otro lado, la información del RCLPD muestra que las personas adultas con discapacidad son el grupo etario con mayor presencia en hospitales, centros psiquiátricos (junto con la juventud) y otras instituciones (junto con jóvenes y personas mayores). Por su parte, las personas bisexuales, homosexuales, afrocolombianas e indígenas aparecen en mayor proporción en centros de protección infantil con medidas de restablecimiento de derechos.

Respecto al tipo de discapacidad, se identifica que el mayor número de personas con discapacidad física, visual, auditiva y sordoceguera se encuentran en hogares geriátricos, mientras que las personas con discapacidad intelectual, psicosocial y múltiple se hallan en mayor número en centros de protección infantil, con medidas de restablecimiento de derechos seguido de hogares geriátricos.



La distribución territorial de personas con discapacidad que viven en instituciones muestra una concentración marcada en algunos departamentos: Bogotá (2683), Valle del Cauca (2381) y Cundinamarca (2324). En contraste, departamentos con menor infraestructura o con mayores barreras territoriales, como el Archipiélago de San Andrés y Providencia (8), Vaupés (9), Vichada (12) y Chocó (18), reportan cifras bajas. En conjunto, los datos sugieren un patrón de concentración institucional en centros urbanos, mientras que en territorios periféricos hay un menor registro.

Gráfica 5. Caracterización por de personas con discapacidad localizadas de manera permanente en una institución (1 junio 2020 - 28 febrero 2026)



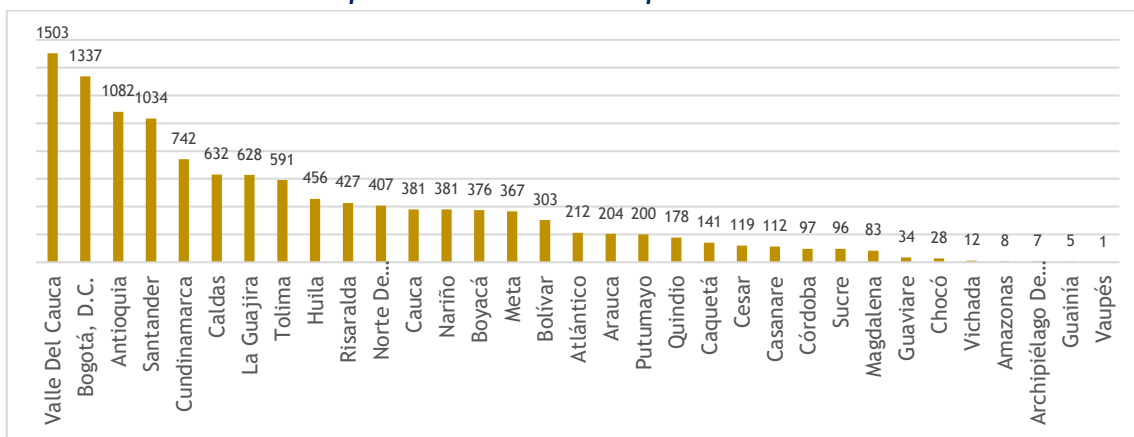
Fuente: Elaborado por la Defensoría del Pueblo con base a la información del RCLPD aportada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Al revisar la información relacionada con las redes de apoyo, se encuentra que del total de las **642 243** personas caracterizadas: **599 694** (93.37 %) reciben apoyo de familiares, **13.969** (2.17 %) de instituciones, **10 241** (1.6 %) de vecinos y amigos, **2 910** (0.45%) de comunidades o grupos religiosos, **2 530** (0.4 %) de redes comunitarias o sociales, **715** (0.11 %) no registraron y **12 184** (1.9 %) no cuentan con ninguna red. Este último dato da cuenta de un alto número de personas que podrían estar en riesgo de abandono social si no se brindan herramientas necesarias para satisfacer sus necesidades, favorecer su autonomía y vida en comunidad.



La distribución departamental de personas con discapacidad que no cuentan con red de apoyo muestra un número mayor en Valle del Cauca (1 503), Bogotá (1 337), Antioquia (1 082) y Santander (1 034), mientras que departamentos como Amazonas (8), Archipiélago de San Andrés y Providencia (7), Guainía (5) y Vaupés (1) presentan números más bajos. En conjunto, los datos reflejan que la ausencia de redes de apoyo se reporta en todo el territorio nacional y afecta a personas con discapacidad en contextos urbanos y rurales.

Gráfica 6. Personas con discapacidad que no cuentan con redes de apoyo por distribución departamental

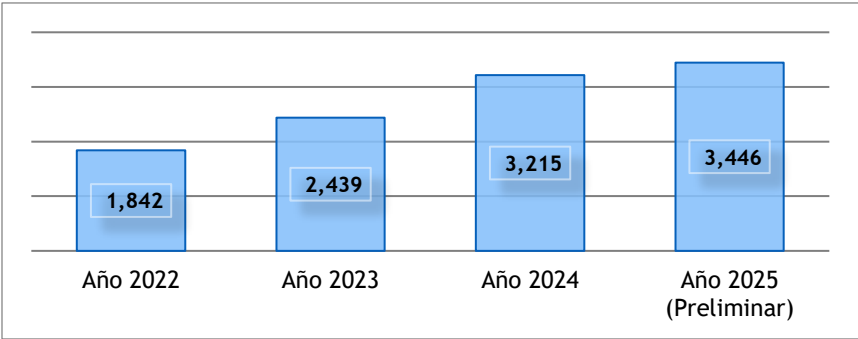


Fuente: Elaborado por la Defensoría del Pueblo con base a la información del RCLPD aportada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

4.1.2. Datos de abandono y negligencia de personas mayores del Instituto Nacional de Salud - INS

Según información aportada por el INS, entre 2022 y 2025 se reportaron **10942** notificaciones de casos en el sistema de salud por posible negligencia y abandono contra personas mayores en el país. Como se observa en la siguiente gráfica, los casos han aumentado año a año:

Gráfica 7. Número de notificaciones por año (2022-2025)

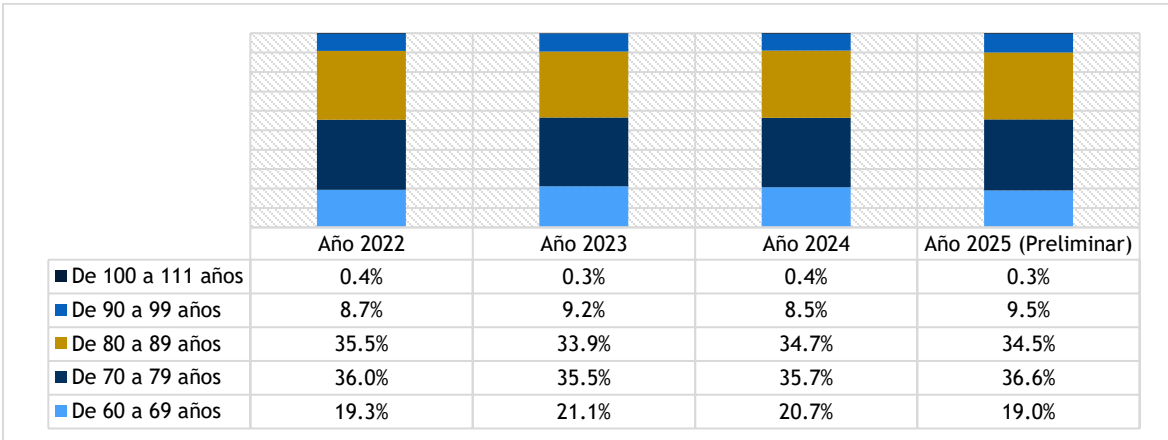


Fuente: Elaborado por la Defensoría del Pueblo con base a la información aportada por el Instituto Nacional de Salud mediante radicado No. INS-2-2025-01004 y INS-2-2026-00479

Estas cifras muestran un aumento acumulado del 87 % en cuatro años. Entre 2022 y 2024 se observa un crecimiento sostenido del 32 % anual, mientras que entre 2024 y 2025 el incremento registrado es del 7 %.

Frente a la información por rangos de edad, el grupo de edad decenal con mayor número de notificaciones relacionadas entre el 2022 y 2025 es de 70 a 79 años, como se evidencia a continuación:

Gráfica 8. Porcentaje de notificaciones por año y rangos de edad

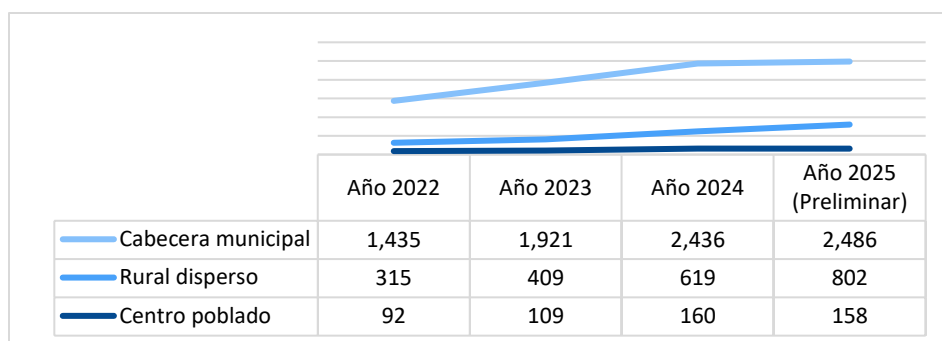


Fuente: Elaborado por la Defensoría del Pueblo con base a la información aportada por el Instituto Nacional de Salud mediante radicado No. INS-2-2025-01004 y INS-2-2026-00479



Según la información por área de ocurrencia del hecho, entre el año 2022 y 2025 el 76 % de las notificaciones se dieron en cabecera municipal, el 19 % en zona rural dispersa y el 5 % en centros poblados. Es importante mencionar como se observará en la siguiente gráfica que mientras la proporción de notificaciones en las cabeceras municipales ha disminuido, en el rural disperso ha aumentado.

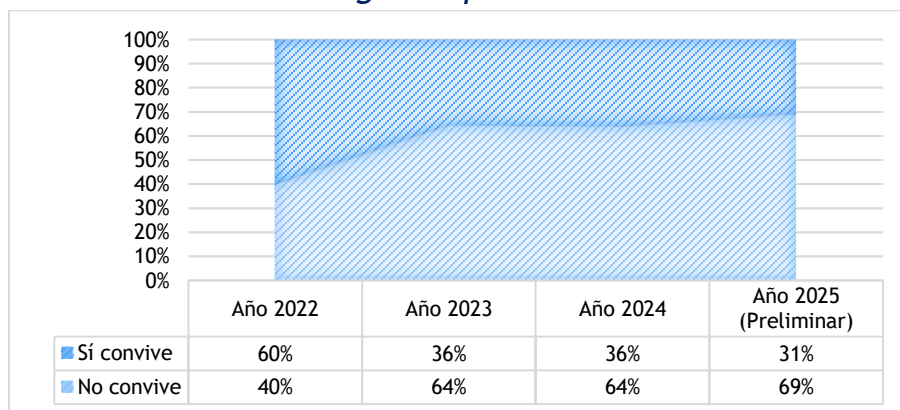
Gráfica 9. Porcentaje de notificaciones por área de ocurrencia y año



Fuente: Elaborado por la Defensoría del Pueblo con base a la información aportada por el Instituto Nacional de Salud mediante radicado No. INS-2-2025-01004 y INS-2-2026-00479

Según la convivencia con el presunto agresor, entre el año 2022 y 2025 se reporta que el 61 % no convive con el presunto agresor, el 38 % sí convive y en el 1 % no hay información.

Gráfica 10. Porcentaje de notificaciones por convivencia con el presunto agresor por año



Fuente: Elaborado por la Defensoría del Pueblo con base a la información aportada por el Instituto Nacional de Salud mediante radicado No. INS-2-2025-01004 y INS-2-2026-00479.

Por otro lado, al observar los datos por departamentos, se evidencia que el número de casos de abandono y negligencia hacia personas mayores no se distribuyen de manera uniforme en el país. Bogotá D.C. presenta el mayor número de reportes por abandono y negligencia hacia personas mayores, con 3 169 casos entre 2022 y 2025. Le siguen Cundinamarca (1 186 casos), Huila (1 103) y Santander (1 059).

En Cundinamarca, los reportes pasan de 133 casos en 2022 a 451 en 2025, lo que representa un aumento del 239 %. Nariño también muestra una variación significativa, pasando de 63 a 152 casos, con un incremento del 141 %. En contraste, departamentos como La Guajira, Chocó y Vichada presentan cifras más bajas y relativamente estables, con variaciones menores entre años.

Tabla 5. Número de notificaciones por departamento y año

Departamento	2022	2023	2024	2025 (Preliminar)	Total
Bogotá D.C	645	767	1.011	746	3.169
Cundinamarca	133	244	358	451	1.186
Santander	150	228	287	394	1.059
Huila	187	305	266	345	1.103
Boyacá	53	99	97	181	430
Valle del Cauca	99	117	132	171	519
Nariño	63	86	103	152	404
Tolima	75	82	128	144	429
Norte Santander	69	72	113	108	362
Antioquia	44	45	118	97	304
Risaralda	50	75	78	65	268
Quindío	22	30	45	64	161
Bolívar	32	53	45	62	192
Casanare	23	20	56	56	155
Caquetá	13	10	39	54	116
Atlántico	19	41	47	53	160
Cauca	7	14	29	47	97
Caldas	35	33	38	44	150



Departamento	2022	2023	2024	2025 (Preliminar)	Total
Meta	41	22	51	37	151
Córdoba	18	24	37	31	110
Putumayo	10	12	15	30	67
Cesar	22	16	57	27	122
Guaviare	5	4	6	25	40
Amazonas	12	8	12	19	51
Magdalena	8	2	11	14	35
Arauca	1	13	16	9	39
Sucre	3	2	7	9	21
Exterior	-	2	2	4	8
Vichada	-	3	5	3	11
Vaupés	-	-	1	3	4
La Guajira	-	1	1	1	3
Guainía	3	7	3	-	13
Choco	-	2	-	-	2
San Andrés	-	-	1	-	1
Total general	1 842	2 439	3 215	3 446	10 942

Fuente: Elaborado por la Defensoría del Pueblo con base a la información aportada por el Instituto Nacional de Salud mediante radicado No. INS-2-2025-01004 y INS-2-2026-00479

Por otro lado, los datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)⁴ relacionados con el número de casos de negligencia y abandono, muestran, según el lugar donde se reporta el caso, un aumento sostenido del abandono en instituciones de salud, pasando de **104** casos en 2022 a **237** en 2025. Este crecimiento es especialmente preocupante porque revela que hospitales y clínicas se están convirtiendo en escenarios recurrentes de abandono; a su vez, revela fallas en las rutas de egreso, en la articulación intersectorial y en los apoyos familiares y comunitarios.

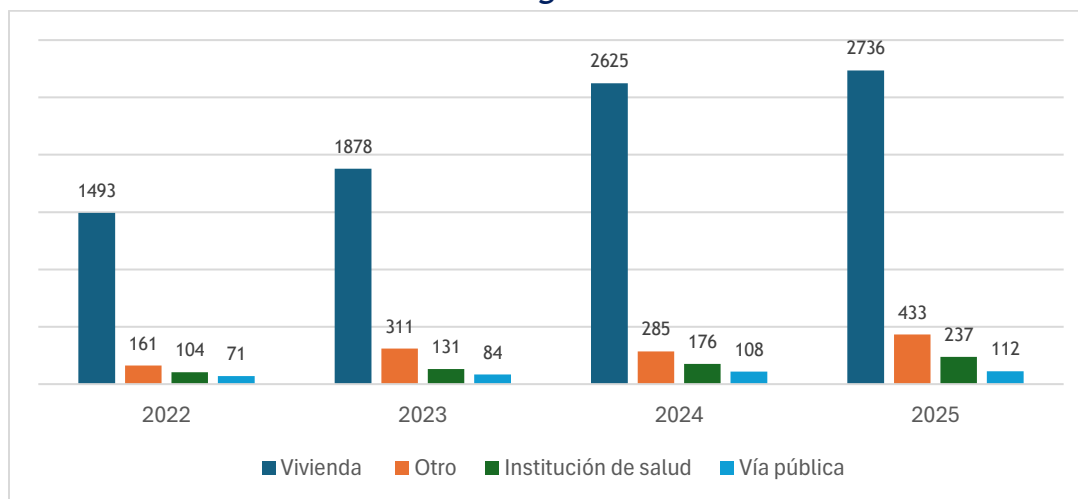
Aunque el abandono en instituciones de salud requiere atención prioritaria, no pueden dejarse a un lado los otros escenarios donde acontece este fenómeno: la vivienda sigue siendo el principal lugar donde ocurre esta

⁴ Consultado en el Power Bi del INS sobre “violencias de género e intrafamiliar y ataques con agentes químicos”:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYzdkZjdkNDAtMDI5Zi00NGU2LTg1ZjktYTQxYmFhMjUwMzEyliwidCI6ImE2MmQ2YzdiLTlmNTktNDQ2OS05MzU5LTM1MzcxNDc1OTRiYiIsImMiOiR9>



situación, y la vía pública y otros entornos también registran casos significativos.

Gráfica 11. Número de casos de negligencia y abandono, según el lugar donde sucede la agresión 2022 - 2025



Fuente: elaborado por la Defensoría del Pueblo con base en la información reportada en SIVIGILA (Power BI - Violencias de género, intrafamiliar y ataques con agentes químicos), tomando como referencia los cuatro lugares de ocurrencia con mayor número de casos.

Con base en las cifras presentadas, el abandono y la negligencia contra las personas mayores se consolidan como una problemática creciente y de alto impacto para el país, evidenciada por el aumento sostenido de las notificaciones entre 2022 y 2025. Esta tendencia afecta con mayor intensidad a personas de 70 años y más, a poblaciones en condiciones socioeconómicas más vulnerables y se presenta principalmente en el ámbito de la vivienda y en cabeceras municipales.

4.1.3. Registro de peticiones presentadas ante la Defensoría del Pueblo

Para la consolidación de un estimado de la situación bajo estudio, se consultaron los registros de peticiones en el sistema VisionWeb recibidas por la entidad durante los años 2024, 2025 y enero de 2026. Cada caso fue



clasificado inicialmente según el lugar de ocurrencia de los hechos, identificando si la persona se encontraba (i) institucionalizada en un hospital, (ii) hospital psiquiátrico, (iii) centro de larga estancia, o (iv) si permanecía por fuera de un entorno institucional.

A partir de esta revisión se estableció una tipología de abandono que distingue entre: (i) ausencia total de red familiar o comunitaria; (ii) familias presentes, pero sin condiciones para brindar cuidado; (iii) negligencia familiar pese a contar con capacidades mínimas, y (iv) casos en los que la información disponible no permite precisar el tipo de abandono.

De manera complementaria, se examinaron las barreras y fallas institucionales descritas en los hechos, identificando situaciones relacionadas con: (i) la falta de programas o servicios, (ii) solicitudes de acceso a la oferta existente, (iii) dificultades para acceder a los servicios disponibles, (iv) necesidad de articulación interinstitucional, (v) omisiones o demoras injustificadas por parte de entidades competentes y (vi) casos que requerían activar mecanismos para que la familia asumiera su rol de cuidadora.

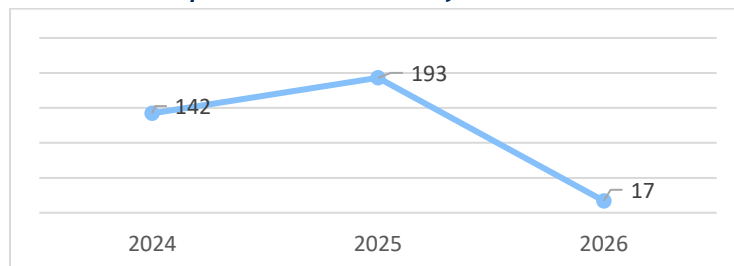
En total, la Defensoría del Pueblo identificó **352** casos de personas mayores o personas con discapacidad en posible situación de abandono social o institucionalización prolongada. Los casos se conocieron a partir de reportes de las propias personas, de instituciones o de miembros de la comunidad. De estos, 27 casos correspondían a personas con discapacidad, 318 a personas mayores y 7 a otras categorías⁵.

En la siguiente gráfica se presenta la distribución de las solicitudes allegadas a la Defensoría por año.

⁵ Si bien los registros institucionales reportan por separado el número de personas con discapacidad y el número de personas mayores, es posible que algunas personas pertenezcan simultáneamente a ambos grupos. Esta interseccionalidad no siempre es visible en las bases de datos, por lo que las cifras deben interpretarse como aproximaciones independientes.



Gráfica 12. Casos reportados a la Defensoría del Pueblo por año



Fuente: Defensoría del Pueblo. Dirección Nacional de Atención y Trámite de Quejas, Sistema Misional de Información Vision Web ATQ, de enero 2024 a febrero 5 de 2026.

Al comparar los registros de 2024 y 2025 se observa un incremento del **36,6 %** en los casos recibidos por la entidad, lo que indica que cada vez más situaciones de abandono o riesgo están siendo identificadas, reportadas o requieren intervención institucional.

En relación con el género, se encontró que el **60 %** de los casos (**211**) correspondían a hombres, mientras que el **24 % (84)** involucraban a mujeres. En el **16 %** de los casos (**57**) no fue posible identificar el sexo de la persona a partir del relato de los hechos. Esta distribución muestra una mayor presencia de hombres en las situaciones reportadas. Esta tendencia también se observa en otras fuentes institucionales: los hombres aparecen con mayor frecuencia en situaciones de abandono o institucionalización prolongada.

Lo anterior invita a considerar factores como la soledad no deseada, la ruptura de vínculos y la debilidad de redes de apoyo, asociados a modelos tradicionales de masculinidad que limitaron la construcción de relaciones de cuidado a lo largo de la vida. Al mismo tiempo, es fundamental subrayar que las mujeres también enfrentan abandono, muchas veces en contextos marcados por pobreza, dependencia económica y sobrecarga histórica de cuidado, lo que configura trayectorias de vulneración distintas, pero igualmente graves.



Gráfica 13. Casos reportados a la Defensoría del Pueblo por género



Fuente: Defensoría del Pueblo. Dirección Nacional de Atención y Trámite de Quejas, Sistema Misional de Información Vision Web ATQ, de enero 2024 a febrero 5 de 2026.

El análisis territorial de los reportes del sistema VisionWeb que llegaron a la Defensoría del Pueblo muestra una distribución amplia del fenómeno en el país, con concentraciones diferenciadas según la región. Así, Córdoba y Huila, con 35 reportes cada uno, encabezan el listado, seguidos por Bogotá, Boyacá y Cundinamarca (26 cada uno) y Tolima (24). Este mayor número de solicitudes puede estar asociado a dinámicas territoriales como la limitada disponibilidad de servicios sociales, la presencia de hospitales de referencia o la mayor cercanía de la ciudadanía a las sedes y rutas de atención de la Defensoría.

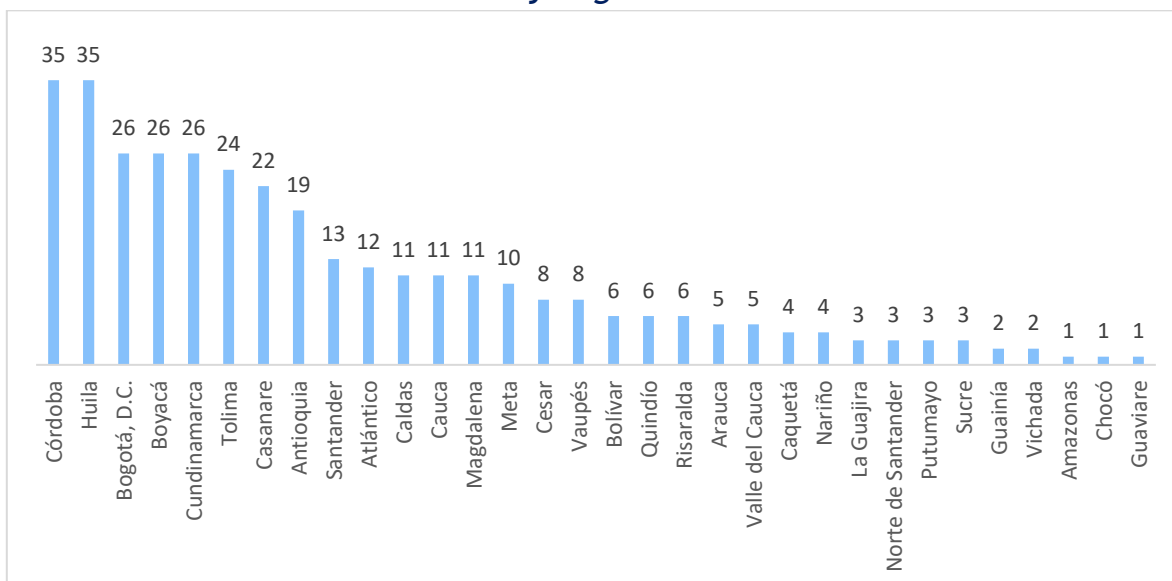
Departamentos como Casanare (22), Antioquia (19), Santander (13), Atlántico (12), Caldas (11), Cauca (11) y Magdalena (11) también registran un número significativo de reportes, lo que evidencia que las alertas por abandono o institucionalización prolongada se presentan tanto en territorios urbanos como rurales, y en regiones con capacidades institucionales diversas. En contraste, departamentos como Amazonas, Chocó y Guaviare, con un solo reporte cada uno, podrían reflejar barreras de acceso, limitaciones geográficas o menor visibilización del problema, más que una menor ocurrencia real de estas situaciones.

En conjunto, esta distribución territorial muestra que el fenómeno del abandono y la ausencia de redes de apoyo se hace visible en todo el país,



pero su reporte depende de factores como la capacidad de la ciudadanía para acudir a la Defensoría, la presencia institucional en el territorio, la articulación con hospitales y centros de larga estancia, y la existencia de actores comunitarios que alerten sobre estas situaciones.

Gráfica 14. Casos reportados a la Defensoría del Pueblo por departamento y Bogotá

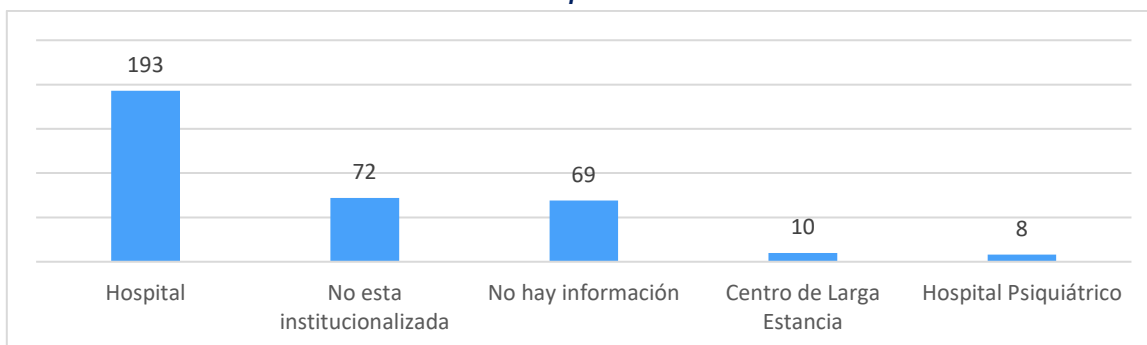


Fuente: Defensoría del Pueblo. Dirección Nacional de Atención y Trámite de Quejas, Sistema Misional de Información Vision Web ATQ, de enero 2024 a febrero 5 de 2026.

El análisis sobre el lugar de ocurrencia muestra que la mayoría de los casos llegaron a la Defensoría cuando la persona ya se encontraba en un entorno institucional. El **55 %** de los casos (**193**) correspondían a personas hospitalizadas en servicios generales de salud, lo que indica que este sigue siendo uno de los principales escenarios donde se identifica el abandono o la ausencia de redes de apoyo. La siguiente gráfica muestra la distribución de la institucionalización según el tipo de entorno:



Gráfica 15. Casos reportados a la Defensoría del Pueblo por lugar del reporte



Fuente: Defensoría del Pueblo. Dirección Nacional de Atención y Trámite de Quejas, Sistema Misional de Información Vision Web ATQ, de enero 2024 a febrero 5 de 2026.

La Defensoría del Pueblo observa que la mayoría de los casos identificados (**206 casos, que representa el 59 %**), se concentran en situaciones donde hay indicios de abandono, aunque su naturaleza específica es indeterminada. Esta indeterminación obedece a que los relatos contenidos en las peticiones, si bien sugieren una falta de cuidado o apoyo, carecen de los elementos fácticos necesarios para diferenciar si se trata de un abandono social, familiar por precariedad económica, negligencia deliberada o ausencia total de redes de apoyo familiares o comunitarias.

Entre los casos que sí pudieron clasificarse, **73** correspondieron a abandono familiar por negligencia, es decir, se detecta la existencia de familia con capacidad mínima para brindar apoyo, pero que no asume el deber de cuidado. Otros **54** casos fueron identificados como abandono social por ausencia total de red familiar o comunitaria, y **19** como abandono familiar por falta de condiciones materiales, económicas o emocionales para proveer cuidado.

Por otro lado, el análisis de las acciones institucionales requeridas para la atención de los 352 casos muestra que, la principal necesidad es la **articulación interinstitucional**, con **241** casos. Esto indica que la mayoría de las situaciones requerían la intervención coordinada de varias entidades para activar rutas, definir competencias o evitar remisiones circulares. La alta proporción evidencia también que el abandono y la institucionalización



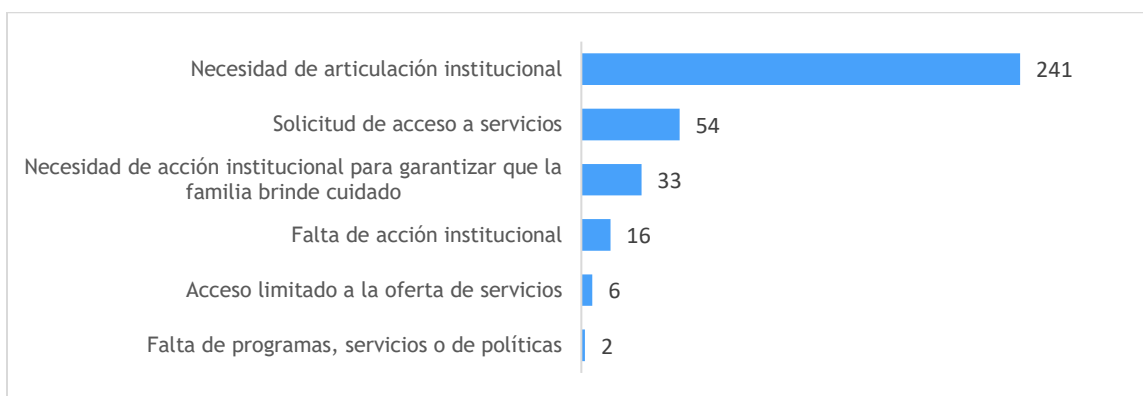
#BuenFuturoHoy



prolongada suelen estar atravesados por fallas en la coordinación del sistema de protección y en la respuesta conjunta de los sectores responsables.

A continuación, se presenta el análisis sobre la distribución de las acciones institucionales requeridas en las peticiones allegadas a la Defensoría del Pueblo:

Gráfica 16. Casos reportados a la Defensoría del Pueblo por acciones institucionales



Fuente: Defensoría del Pueblo. Dirección Nacional de Atención y Trámite de Quejas, Sistema Misional de Información Vision Web ATQ, de enero 2024 a febrero 5 de 2026.

Estos resultados muestran que las situaciones de abandono o riesgo no solo están relacionadas con la ausencia de redes familiares o comunitarias, sino también con fallas en la articulación, disponibilidad y activación oportuna de la respuesta institucional, lo que refuerza la necesidad de fortalecer las rutas de atención, los mecanismos de coordinación y la capacidad estatal para garantizar el derecho al cuidado y la protección integral.

4.2. Diagnóstico territorial de las barreras estructurales y dimensiones de la problemática: información reportada por entidades municipales

En ejercicio de sus funciones preventivas, la Procuraduría General de la Nación dirigió requerimientos de información a las alcaldías de los 1 103



municipios del país, solicitando datos sobre la situación actual de personas mayores y personas con discapacidad psicosocial en situación de institucionalización o abandono al momento de la respuesta, sin requerir información discriminada por vigencias o períodos específicos. Se recibieron respuestas de 551 municipios, equivalentes al 50% del total nacional, provenientes de 32 departamentos.

Los municipios abarcan desde grandes centros urbanos hasta municipios de sexta categoría con capacidad institucional limitada, lo que otorga al diagnóstico una representatividad territorial amplia. Los departamentos con mayor número de respuestas fueron Boyacá (91 municipios), Antioquia (63), Cundinamarca (54) y Santander (44), que en conjunto concentran el 46 % de las respuestas recibidas. La concentración de respuestas en estos departamentos contrasta con la escasa participación de departamentos como Amazonas, Vaupés, Vichada y Guainía, que son precisamente los de mayor dispersión geográfica, menor capacidad institucional y mayor presencia de población en condición de vulnerabilidad extrema.

4.2.1. Cobertura institucional

El 51 % de los municipios respondientes (281 de 551) reporta contar con al menos una institución para la atención de personas mayores o personas mayores de edad con discapacidad psicosocial, incluyendo hogares geriátricos, centros de larga estancia, hospitales psiquiátricos u otras modalidades. Este porcentaje evidencia que la presencia de instituciones de larga estancia en varias zonas del territorio nacional, más allá de las grandes ciudades.

Sin embargo, solo el 47 % de los municipios cuenta con una ruta o protocolo formal de revisión de la necesidad de permanencia en las instituciones, y apenas el 7 % ha identificado casos de institucionalización prolongada sin evaluación actualizada, cifra que, como se señalará más adelante, probablemente refleja un subregistro significativo.

4.2.2. Magnitud de la población institucionalizada

Tabla 6. Grupos poblacionales y número de personas reportadas⁶

Fuente: Procuraduría General de la Nación. Diagnóstico territorial, municipios a nivel nacional (2026).

Adicionalmente, el 55 % de los municipios respondientes (303 de 551) reporta la existencia de personas institucionalizadas sin ningún tipo de red familiar o apoyo externo identificado. Esta cifra configura una situación de desamparo integral que demanda respuesta estatal directa e inmediata.

⁷ Las 4.941 personas que llevan más de un año internadas corresponden a un subconjunto de la población reportada en las filas 1 y 2 – no son personas adicionales. La pregunta 12 del instrumento pregunta explícitamente “de las personas institucionalizadas, ¿cuántas llevan más de un año?”, capturando la situación al momento de la respuesta (febrero-abril 2026), e incluyendo tanto personas con discapacidad psicosocial como adultos mayores en situación de abandono, sin discriminar por edad o condición.



4.2.3. Alternativas de atención

Los indicadores⁸ sobre programas o servicios para la atención de estas poblaciones muestran que, aunque algunos municipios cuentan con oferta para personas con discapacidad psicosocial; menos de la mitad de los municipios que respondieron, tiene programas de inclusión laboral o educativa; solo un tercio asigna presupuesto y apenas una cuarta parte ofrece alternativas de vivienda asistida, hogares sustitutos o redes de cuidado domiciliario.

Tabla 7. Indicadores de oferta comunitaria por municipio

Indicador	N° municipios que respondieron Si	% Sí
Existen en el municipio programas o servicios de apoyo comunitario para personas con discapacidad psicosocial	362	66 %
Existen programas de inclusión laboral, educativa o social dirigidos a esta población	269	49 %
El municipio cuenta con presupuesto asignado para programas de cuidado comunitario	197	36 %
Existen alternativas de vivienda asistida, hogares sustitutos o redes de cuidado domiciliario	137	25 %
El municipio reconoce insuficiencia de oferta de servicios comunitarios en su territorio	412	75 %

Fuente: Procuraduría General de la Nación. Diagnóstico territorial, municipios a nivel nacional (2026).

⁸ Los indicadores provienen del instrumento de recolección FOMRS aplicado por la PGN a 551 municipios entre febrero y abril de 2026. Las preguntas indagaron por la situación actual de cada municipio al momento de diligenciar el formulario, sin solicitar datos por rangos de años. La columna del instrumento denominada “N° municipios” corresponde al número de municipios que respondieron afirmativamente (Si) a cada pregunta, sobre un total de 551 respondientes – no es el total de municipios consultados sino los que confirmaron la existencia de cada condición. El instrumento consultó por ambas poblaciones: personas mayores y personas con discapacidad psicosocial, según se especifica en cada indicador.



Llama la atención que el 75 % de los municipios reconoce la insuficiencia de su oferta. Esta autocrítica generalizada, expresada directamente por los funcionarios responsables de la implementación, constituye una evidencia de la brecha existente entre las obligaciones normativas y la capacidad territorial real.

4.2.4. Articulación interinstitucional

La articulación formal entre entidades es la dimensión con mayor fortaleza relativa en el diagnóstico: el 90 % de los municipios reporta contar con una instancia de articulación intersectorial y el 87 % realiza mesas técnicas. No obstante, el 40% reporta dificultades de competencia entre entidades, lo que sugiere que la articulación a través de instancias no se traduce necesariamente en una respuesta coordinada y efectiva en los casos concretos.

5. BARRERAS PARA LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN SITUACIÓN DE ABANDONO SOCIAL

Las fuentes analizadas permiten identificar un conjunto de barreras estructurales que dificultan la consolidación de alternativas de atención y la superación de prácticas de institucionalización prolongada, las cuales se expresan de manera transversal en cinco dimensiones que se entrelazan y se refuerzan mutuamente: barreras presupuestales; barreras normativas y de política pública referidas al modelo de atención; barreras institucionales y de articulación; barreras de respuesta y operativas; y, por último, barreras en los sistemas de información.

5.1. Barreras presupuestales

Son las que más se mencionan por parte de los municipios. Su denominador común es la insuficiencia de recursos propios para atender las necesidades de una población creciente y con requerimientos de alta complejidad. De las 551 alcaldías que respondieron el instrumento de recolección FOMRS de la Procuraduría General de la Nación, 408 aportaron información sustantiva



sobre barreras presupuestales, lo que representa el 74% de los respondientes. De las respuestas recibidas se identifican los siguientes patrones recurrentes:

Primero, insuficiencia estructural de recursos: la gran mayoría de municipios de categorías 5 y 6 señaló no contar con recursos suficientes para financiar programas de atención y cuidado, lo que configura una paradoja: las entidades con mayor necesidad son las que tienen menor capacidad de respuesta. Esta limitación obedece a la configuración del sistema de transferencias intergubernamentales.

Segundo, ausencia de transferencias nacionales específicas: no existen fuentes de financiación nacionales dirigidas específicamente a la desinstitucionalización, atención y cuidado en el nivel municipal. El Sistema General de Participaciones (SGP)-Propósito General no establece asignaciones específicas para esta población.

Tercero, competencia con otras prioridades presupuestales: los recursos disponibles son disputados por múltiples necesidades sectoriales, y la atención y el cuidado no tienen el mismo peso político que infraestructura, salud o educación en los procesos de priorización presupuestal.

Cuarto, necesidad de vigencias futuras que garanticen continuidad: los esquemas de financiación actuales son temporales y no permiten la sostenibilidad de los programas de atención y cuidado que requieren intervenciones de mediano y largo plazo.

"Por ser municipio de sexta categoría no contamos con recursos propios suficientes para atender las necesidades que demanda la población en el municipio". Alcaldía municipal de San José del Fragua, Caquetá.

"El municipio no cuenta con el presupuesto suficiente para atender este tipo de población. Bajo presupuesto para atender todas las necesidades que la población de adulto mayor requiere". Alcaldía municipal de Valencia, Córdoba

A estas limitaciones se suman las restricciones presupuestales identificadas en el nivel nacional. De acuerdo con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Igualdad y Equidad, estas restricciones



siguen siendo un obstáculo central para avanzar en la construcción de sistemas de información, fortalecer las capacidades territoriales y ampliar la oferta de servicios de cuidado. El Ministerio de Salud y Protección Social, por ejemplo, mencionó inconsistencias en los reportes y en el uso de los recursos provenientes de la estampilla Pro-Adulto Mayor, así como dificultades para garantizar su destinación adecuada y oportuna. Estas limitaciones afectan directamente la posibilidad de financiar servicios de centros de larga estancia y Centros Vida/Día para personas mayores.

La disponibilidad de recursos humanos y financieros condiciona además la capacidad de los territorios para desarrollar servicios nuevos o fortalecer los existentes. Los Ministerios señalaron que la creación de programas y servicios, el fortalecimiento de iniciativas comunitarias de cuidado, la ampliación de cupos en centros de larga estancia o la implementación de estrategias de cuidado domiciliario dependen de decisiones presupuestales anuales, lo que genera incertidumbre y discontinuidad.

5.2. Barreras de política pública, normativas y de oferta institucional

Las tres políticas públicas estudiadas presentan avances importantes, pero insuficientes. La Política de Cuidado tiene potencial para prevenir el abandono y la institucionalización prolongada, pero enfrenta el reto de su territorialización efectiva. La Política de Discapacidad tiene deficiencias en cuanto al abordaje integral de estas problemáticas, la articulación intersectorial y adicionalmente, tiene el reto de concretar la estrategia para la eliminación progresiva de la desinstitucionalización, cuya formulación se estableció de manera general a cargo del Ministerio de Igualdad y Equidad. Y la Política de Envejecimiento y Vejez requiere fortalecer explícitamente el eje sobre vida libre de violencias e incorporar acciones alternativas a la institucionalización prolongada.

Las tres, además, necesitan articularse entre sí desde una perspectiva interseccional para ofrecer respuestas coherentes e integrales frente al abandono social y la institucionalización prolongada, reto que cobra especial



relevancia en el contexto actual, tras el inminente cierre administrativo del Ministerio de Igualdad y Equidad, consecuencia de la declaración de inconstitucionalidad de la ley que lo creó⁹. Esta entidad, valga decir, tenía el liderazgo de dichas políticas y de la articulación de las respuestas institucionales para la garantía de los derechos de estas poblacionales.

Con relación al Sistema Nacional de Discapacidad y el Consejo Nacional de Persona Mayor, se identifica la necesidad de lograr la participación amplia e incidente de la población civil; de fortalecer la articulación entre la nación y los territorios, así como entre las mismas instancias. Además, resulta de gran relevancia lograr de nuevo la aprobación de la ley que crea el Sistema Nacional de Cuidado y que definirá los lineamientos, la arquitectura, gobernanza, la asistencia territorial y los recursos requeridos para su funcionamiento. Igualmente, será necesaria su eventual articulación con los escenarios de vejez y discapacidad, tanto a nivel nacional como territorial.

El llamado prioritario a la aprobación de esta ley, permitirá que los municipios cuenten con un marco de referencia claro para diseñar sus respuestas en materia de cuidado y el fortalecimiento de iniciativas de cuidado comunitario.

De otro lado, los marcos normativos vigentes como el sistema de aseguramiento en salud, la Ley 715 de 2001 y sus modificaciones que rigen la distribución de competencias del Sistema General de Participaciones, y la Ley 1315 de 2009 sobre condiciones de los centros de larga estancia, limitan en la práctica el acceso a servicios de cuidado no institucional: el primero por no contemplar la financiación de apoyos para la vida independiente fuera de diagnósticos clínicos activos; el segundo por no incluir asignaciones específicas para servicios de atención y cuidado en el nivel municipal; y el tercero por regular las instituciones sin establecer rutas de egreso ni alternativas de transición, consolidando la institucionalización como respuesta por defecto.

⁹ Corter Constitucional, Sentencia C-161 de 2024.



Una herramienta para la implementación efectiva de las políticas públicas, son los modelos de atención y la oferta de servicios sociales y de cuidado, los cuales continúan concentrados en modalidades tradicionales. En el caso de las personas mayores, predominan los centros día, centros vida y centros de larga estancia, sin que exista un mapeo nacional que permita identificar de manera sistemática otras alternativas disponibles en los territorios. Según los ministerios consultados, en especial el Ministerio de Salud y Protección Social, la reglamentación de nuevos modelos de atención, como la domiciliaria, los servicios rurales o étnicos y los sociosanitarios, se encuentran en fase de diseño, pero aún no han sido implementados.

En materia de discapacidad, según las mismas entidades, no existe un inventario de servicios ni lineamientos nacionales que orienten la creación de alternativas a la institucionalización, y la información depende de lo que reportan las entidades territoriales, cuyas capacidades y criterios son heterogéneos.

Esta falta de una oferta diversificada y articulada hace que la institucionalización siga siendo, en la práctica, la respuesta predominante ante situaciones de abandono o ausencia de apoyos familiares y comunitarios. Los casos del sistema de información de la Defensoría del Pueblo analizados muestran que incluso cuando existe una necesidad urgente de protección, el acceso a servicios sociales es limitado, tardío o inexistente.

De la información remitida por las Defensorías Regionales, así como el análisis de peticiones allegadas a la Defensoría del Pueblo, se evidencian además los siguientes aspectos:

Primero, dificultades para ingresar a centros de larga estancia, casas de paso, programas de apoyo alimentario, subsidios o servicios de acompañamiento domiciliario. Particularmente, se niega o dilata el acceso, aun cuando la persona cumple con los criterios de vulnerabilidad o presenta dependencia total. En los casos en que no se cuenta con oferta, la respuesta se traduce en institucionalización o en "pimponeo" entre las autoridades locales y departamentales.



Segundo, fallas en la continuidad del cuidado, especialmente en casos relacionados con la salud mental y en situaciones de dependencia severa. Personas con Alzheimer, demencia, trastornos psiquiátricos o discapacidad física permanecen hospitalizadas más allá de lo clínicamente necesario por falta de alternativas. En muchos casos, no pueden ser dadas de alta sin acompañamiento, sin cuidador y sin un lugar seguro al cual regresar.

Tercero, ausencia de rutas claras y de una oferta suficiente de servicios sociales, lo que profundiza la vulnerabilidad y expone a las personas a riesgos graves. Esta situación se evidencia en los casos de personas mayores o con discapacidad sin ingresos, sin pensión, sin subsidios y sin redes de apoyo que garanticen alimentación, medicamentos o vivienda. En otros casos, aun existiendo pensión, esta es administrada por terceros sin control o se destina al pago de libranzas o deudas adquiridas por familiares, dejando a la persona sin recursos para su propio cuidado.

Cuarto, barreras para acceder a servicios de salud. Se resalta sobre todo la falta de cuidador domiciliario pese a estar ordenado; la falta de entrega de medicamentos; la ausencia de transporte para remisiones; la imposibilidad de costear elementos básicos como pañales, alimentación especial o ayudas técnicas, así como la falta de seguimiento y atención por parte de equipos interdisciplinarios, según corresponda, para garantizar condiciones de salud estables, adherencia a los tratamientos y bienestar integral.

Quinto, la oferta de atención es escasa o inexistente. Se reporta falta de servicios de cuidado domiciliario, ausencia de centros día, inexistencia de modelos de vivienda con apoyos y cupos limitados en centros de larga estancia. En varios territorios, la oferta está concentrada en zonas urbanas, dejando sin alternativas a las personas que viven en áreas rurales o dispersas. Esta insuficiencia obliga a que hospitales, clínicas y centros psiquiátricos se conviertan en lugares de permanencia prolongada, no por razones clínicas, sino por falta de opciones para garantizar la vida autónoma, independiente y en comunidad.

Por último, en algunos casos de abandono solo se logra la atención institucional mediante acciones de tutela. Los hospitales y clínicas reportan



la situación a las oficinas de acción social del ente territorial y a las comisarías de familia, pero, al no obtener soluciones ni apoyos por parte de la red familiar, la Defensoría del Pueblo debe acudir al juez constitucional. Solo tras la orden de tutela los municipios proceden a ubicar a la persona en un hogar de protección, evidenciando que el acceso al cuidado depende, en la práctica, de la intervención judicial y no de una ruta institucional ordinaria.

5.3. Barreras institucionales y de articulación

Las barreras institucionales se expresan en tres aspectos estrechamente relacionados: la fragmentación entre el sistema de salud y la asistencia social, la falta de competencias institucionales claras para la atención integral de la población en situación de abandono e institucionalización prolongada, y la desarticulación entre los niveles territoriales.

Con respecto a la **fragmentación estructural entre el sistema de salud y la asistencia social**, las respuestas institucionales muestran que cada sistema opera con lógicas, fuentes de financiación y marcos normativos diferenciados, lo que dificulta la continuidad de la atención cuando las necesidades de las personas trascienden lo estrictamente clínico.

A ello se suma que, de acuerdo con la información reportada por las alcaldías municipales a la Procuraduría General de la Nación, se presentan hospitalizaciones prolongadas por razones sociales, permanencias indefinidas en instituciones por falta de alternativas y decisiones guiadas por la disponibilidad de cupos y no por la necesidad real de la persona, consolidando el uso de la institucionalización como respuesta por defecto y no como última opción. Estas situaciones fueron señaladas igualmente por las Defensorías Regionales de Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bajo Cauca, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá y Casanare.

Respecto a la **falta de claridad en las funciones institucionales**, se evidencia una tendencia reiterada al desplazamiento de responsabilidades bajo el argumento de la falta de competencia. Las secretarías de salud señalan que no pueden asumir funciones de cuidado o albergue; las



entidades de bienestar social reconocen su rol en la atención a población vulnerable, pero advierten tener restricciones para atender personas con condiciones clínicas o de salud mental; y las entidades del sistema de salud, particularmente las EPS, sostienen que no pueden asumir cargas de carácter social o asistencial. En la práctica, la delimitación jurídica de competencias termina produciendo un vacío institucional en el que ninguna entidad asume la responsabilidad integral del caso.

Pese a que el diagnóstico territorial de la Procuraduría General de la Nación evidencio que el 90% de los municipios reporta contar con alguna instancia de articulación intersectorial, se evidencia la falta de rutas claras de actuación, competencias definidas y oferta de servicios disponible que den contenido real a esa coordinación a través de instancias. Aunque múltiples actores intervienen en distintos momentos (comisarías de familia, personerías, secretarías, autoridades de policía y entidades del sistema de salud) las intervenciones se desarrollan de manera aislada, reactiva y sin un esquema de seguimiento estructurado.

Algunas comisarías de familia presentan dificultades para activar medidas de protección, realizar seguimientos o garantizar acuerdos de corresponsabilidad familiar. De manera paralela, las EPS enfrentan fallas persistentes para responder a órdenes médicas, garantizar el servicio de cuidado, gestionar remisiones o asegurar egresos seguros, lo que prolonga innecesariamente la estancia hospitalaria de personas mayores y personas con discapacidad.

En algunos territorios se evidencia además que no se agotan los mecanismos razonables para localizar, vincular o fortalecer redes familiares. En algunos casos se presume la inexistencia o incapacidad familiar sin realizar un análisis individualizado. También se reporta ruptura de vínculos por falta de acompañamiento estatal y sobrecarga física, emocional y económica sobre personas cuidadoras no remuneradas.

La **desarticulación entre niveles territoriales** (Nación-departamento-municipio), se traduce en respuestas institucionales dispares y en la



imposibilidad de consolidar una acción estatal unificada, generando diferencias marcadas entre municipios según su ubicación geográfica y capacidad institucional.

Asimismo, en algunos departamentos las políticas existentes son fragmentadas; en otros no están vigentes; y en algunos, aunque existe una política, esta no cuenta con presupuesto asignado o depende de convenios temporales, lo que limita su implementación.

Las capacidades técnicas y operativas de los territorios también son heterogéneas. La disparidad se refleja en la calidad de la información reportada, en la capacidad de respuesta frente a situaciones de urgencia social y en la sostenibilidad de servicios de atención y cuidado. Algunos municipios cuentan con equipos especializados y estructuras consolidadas, mientras que otros dependen de personal reducido, con alta rotación o sin formación específica en cuidado, vejez o discapacidad.

5.4. Barreras de respuesta y operativas

Las barreras operativas se manifiestan en dos dimensiones complementarias: la debilidad en la coordinación y activación de rutas de protección, y la ausencia de sistemas de información interoperables y confiables.

Si bien algunas entidades reportan actuaciones como remisiones, solicitudes de intervención o convocatorias a reuniones, estas no configuran una estrategia conjunta ni sostenida en el tiempo. No se evidencian protocolos claros de actuación interinstitucional ni espacios que permitan abordar de manera integral los casos complejos.

Esta debilidad en la coordinación se refleja directamente en fallas en la activación de rutas de protección: las citaciones a familiares, la remisión de comunicaciones o las solicitudes de intervención a otras autoridades no se convierten en soluciones materiales para las personas afectadas. La intervención institucional se mantiene en un plano formal, sin lograr la consolidación de una respuesta integral que resuelva la situación de



abandono. Esto evidencia una brecha entre la actuación administrativa y la efectividad real de las medidas adoptadas.

Se reportan también decisiones de institucionalización que se toman sin evaluaciones sociales, psicosociales o familiares, y sin análisis del entorno comunitario. En la mayoría de los territorios no existen mecanismos de revisión periódica para verificar si la institucionalización sigue siendo necesaria, ni planes de egreso o de transición a la vida en comunidad. Esta ausencia de evaluaciones y seguimientos contribuye a que las personas permanezcan en instituciones por largos periodos, sin que se consideren alternativas más adecuadas.

La falta de datos actualizados sobre redes de apoyo, historial de intervenciones, medidas adoptadas y entidades responsables dificulta la toma de decisiones y genera repeticiones en los procesos de verificación. En algunos casos, las personas no recuerdan o no cuentan con información de familiares, carecen de documentos de identidad o provienen de otros municipios, lo que limita la identificación de redes de apoyo y la activación de rutas efectivas. A ello se suma la insuficiente adopción de ajustes razonables para garantizar que las personas con discapacidad puedan recibir y brindar información pertinente, otorgar su consentimiento, solicitar o designar apoyos y tomar decisiones.

A esto se suma el estigma social asociado a la discapacidad psicosocial: persiste el imaginario de que una persona con trastornos mentales o deterioro cognitivo grave es 'peligrosa' o 'incapaz', lo que lleva a que vecinos, familias y comunidades se retraigan por miedo o falta de herramientas, limitando las posibilidades de vida autónoma e independiente de la persona en su entorno.

Sin embargo, este fenómeno no debe leerse como una falla social: las familias y redes comunitarias carecen de información, formación y acompañamiento institucional que les permita transformar esos prejuicios y asumir su rol como parte de una red de apoyos. La respuesta es construir una corresponsabilidad real en la que el Estado forme, acompañe y financie



a las comunidades para que puedan ejercer ese rol de manera digna, sostenida y respetuosa de la autonomía de las personas con discapacidad.

5.5. Barreras en sistemas de información

Uno de los mayores obstáculos identificados es la ausencia de un sistema integrado de registro o de reporte de casos que permita analizar de manera consistente las situaciones de abandono o institucionalización prolongada, así como articular la información entre las entidades responsables. El país cuenta con múltiples fuentes de información, cada una con categorías, alcances y propósitos distintos. No obstante, no se ha construido un sistema que permita tener una visión unificada de las problemáticas, lo cual limita la capacidad de seguimiento institucional.

No se ha consolidado tampoco un registro claro sobre quiénes necesitan cuidado, qué tipo de apoyo requieren, dónde se encuentran y quién los cuida. Algunas entidades manifiestan problemas para identificar plenamente a los usuarios, acceder a bases de datos o verificar su inclusión en programas sociales. La falta de interoperabilidad entre sistemas de información limita la capacidad institucional para coordinar acciones, focalizar intervenciones y realizar seguimiento a los casos. Sin estos datos, los municipios no pueden planear, priorizar ni justificar recursos. Esta debilidad perpetúa la toma de decisiones basada en estimaciones y no en evidencia, y afecta de manera directa la implementación de las políticas públicas.

La dispersión de los sistemas de información, la heterogeneidad de los registros y la ausencia de variables clave constituyen una barrera crítica para planear, monitorear y evaluar las medidas de protección y atención, así como los servicios de cuidado. Sin un sistema único, interoperable y robusto, resulta difícil dimensionar la magnitud del abandono, identificar necesidades reales, orientar la oferta de servicios y garantizar rutas de atención efectivas para personas mayores y personas con discapacidad.

Esta situación se refleja, de manera concreta, en los varios instrumentos de información actualmente en uso. Primero, en el **Registro de Localización y**



Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), que es la principal fuente oficial de información sobre esta población y que cumple funciones esenciales para la formulación de políticas públicas, la planeación de programas y la priorización de la oferta institucional. Este instrumento incluye variables relevantes sobre identificación, lugar de residencia y redes de apoyo, lo que en teoría permitiría analizar situaciones de abandono social, especialmente en casos de institucionalización. Sin embargo, pese a su potencial, esta información no se incluyó en la Política Nacional de Discapacidad, específicamente en el diagnóstico referido a la persistencia de prácticas de institucionalización y segregación.

A su vez, este sistema presenta limitaciones importantes para el análisis del abandono: no permite distinguir la naturaleza jurídica de las instituciones donde viven las personas con discapacidad (públicas o privadas), lo que dificulta evaluar el rol del Estado y la necesidad de fortalecer alternativas comunitarias. Adicionalmente, tanto el registro como su actualización son voluntarios, lo que afecta la precisión y cobertura de los datos. Finalmente, numerosos campos aparecen sin diligenciar por parte de las IPS responsables, así como problemas de interoperabilidad y actualización, como se señala en la Política Nacional de Discapacidad.

Segundo, en el **Observatorio Nacional de Inclusión Social y Productiva**, creado mediante el Decreto 1263 de 2021 para recopilar información, hacer seguimiento, análisis, investigación y recomendaciones a la implementación de las políticas públicas de discapacidad e inclusión social a cargo del Ministerio de la Igualdad y la Equidad. En la actualidad, el observatorio no se encuentra operando.

Tercero, en los tableros del **Instituto Nacional de Salud (INS)**, específicamente el de "Violencia de género e intrafamiliar y ataques con agentes químicos", que hace parte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) y agrupa las variables de "negligencia" y "abandono" en sus registros. Aunque ambas variables pueden constituir formas de violencia, la negligencia suele implicar omisión de cuidados por desconocimiento, incapacidad o falta de recursos, mientras que el abandono supone una



ruptura deliberada o estructural de los vínculos de cuidado, protección o responsabilidad. Adicionalmente, estos tableros no permiten identificar o caracterizar a la población con discapacidad.

Por otro lado, el país carece de un sistema nacional integrado que permita conocer, de manera confiable y actualizada, cuántos centros existen, qué servicios prestan y cuántas personas se encuentran institucionalizadas o en situación de abandono.

En el caso de las personas mayores, la información sobre centros de atención fue suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social a partir de reportes territoriales en formatos dispersos, usualmente directorios en hojas de cálculo, sin mecanismos de verificación, sin interoperabilidad con otras bases y sin criterios uniformes de clasificación¹⁰. Si bien esta información constituye un punto de partida útil para identificar centros vida y centros de larga estancia en distintos territorios, no permite comprender la institucionalización ni sus causas. La base no incluye variables sobre abandono, duración de la estancia, condiciones de salud o discapacidad, servicios ofrecidos, certificaciones, calidad ni rutas de egreso. Tampoco es un registro nacional completo ni estandarizado: presenta categorías inconsistentes, campos incompletos y ausencia de criterios uniformes de clasificación.

En cuanto a la oferta de atención para personas con discapacidad, ninguno de los ministerios consultados centraliza una base de datos sobre los servicios prestados ni sobre las personas que acceden a ellos, señalando que esa información reposa en las entidades territoriales. Tampoco realizan seguimiento a esa oferta ni han generado lineamientos o modelos de atención al respecto.

No obstante, vale resaltar que la Dirección de Cuidado del Ministerio de Igualdad y Equidad, en articulación con el Departamento Nacional de Estadística (DANE) y con asistencia técnica de la Comisión Económica para

¹⁰ Archivo remitido por el Ministerio de Salud y Protección Social el 17 de febrero del 2026 denominado “DIRECTORIO CLE Y CV-CD DEFENSORIA_20260217104019”.



América Latina y el Caribe (CEPAL) y ONU Mujeres Colombia, elaboró el Mapa de Cuidado, que ofrece datos georreferenciados sobre la oferta de servicios públicos de cuidado a nivel municipal, departamental y nacional. El portal permite realizar búsquedas por tipo de servicio, población atendida y horarios de atención, y suministra información sobre actividad económica, condiciones de accesibilidad y datos de contacto de cada centro.

Al momento de elaboración de este diagnóstico, el portal georreferenciaba 1 145 centros de atención para personas mayores y 1 235 para personas con discapacidad en todo el país. Esta herramienta abre una oportunidad concreta: a partir de ella podría indagarse sobre la situación de las personas institucionalizadas en los centros identificados, cruzar esa información con los demás registros disponibles, generar lineamientos de atención y desarrollar estrategias de fortalecimiento pertinentes.

6. CONCLUSIONES

El Ministerio Público concluye que el abandono social y la institucionalización prolongada de personas mayores y de personas con discapacidad son problemáticas estructurales en Colombia, asociadas a la interacción de factores sociales, económicos, familiares e institucionales, y que configuran una deuda histórica del Estado con poblaciones altamente vulnerables. Estas situaciones evidencian fallas en la capacidad del Estado para garantizar respuestas integrales que protejan la dignidad, la autonomía y el derecho a vivir de forma independiente y en comunidad de las personas mayores y con discapacidad.

La institucionalización prolongada continúa utilizándose de manera recurrente ante la ausencia o debilitamiento de apoyos familiares y comunitarios, especialmente en el ámbito hospitalario. Lo que debería ser una medida excepcional se ha convertido en una práctica habitual, en un contexto donde las alternativas para la vida independiente y en comunidad son limitadas.

Estas dinámicas se ven reforzadas por la fragmentación de los sistemas de información; la dispersión y limitada disponibilidad de servicios sociales y de apoyo; las debilidades en la respuesta y articulación interinstitucional, y



las marcadas desigualdades en las capacidades técnicas y presupuestales de los territorios. Estas barreras dificultan la prevención oportuna del abandono, retrasan la activación de rutas de atención y perpetúan respuestas institucionales reactivas, muchas veces dependientes de la judicialización para garantizar derechos básicos de sujetos de especial protección constitucional.

Si bien en los últimos años se han registrado avances normativos y de política pública en el reconocimiento del derecho al cuidado y en la prohibición de la institucionalización prolongada, persisten desafíos importantes para su implementación efectiva y para la articulación entre las políticas de cuidado, vejez, discapacidad, salud y protección social. La falta de enfoques integrales y de mecanismos operativos claros limita que estos desarrollos se traduzcan en transformaciones reales en la vida de las personas.

7. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se presentan a continuación están orientadas a superar las fallas estructurales identificadas en la prevención y atención del abandono, la institucionalización prolongada y las barreras en la respuesta institucional, y se dirigen a los distintos niveles del Estado, en coherencia con la distribución constitucional de competencias. Cada recomendación invita a transformar las condiciones que hoy limitan el goce de una vida autónoma, independiente y en comunidad para las personas mayores y con discapacidad.

7.1. Recomendaciones normativas y de política pública

Primera, avanzar de manera progresiva y verificable hacia el cumplimiento de las obligaciones estatales derivadas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y de la Convención Interamericana sobre los Derechos de las Personas Mayores en materia de vida independiente y en comunidad.



Segunda, al Ministerio de Igualdad y Equidad o quien haga sus veces, avanzar en el cumplimiento de las acciones de la Política Nacional de Discapacidad y en particular, en el diseño e implementación de la estrategia intersectorial de eliminación progresiva de la institucionalización, así como en el fortalecimiento del eje tres de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, de modo que se ofrezca una respuesta pertinente e integral para atender la situación de las personas en abandono y avanzar en la desinstitucionalización progresiva, en los casos en los que sea posible, garantizando el derecho a vivir de manera autónoma, independiente y en comunidad.

Tercera, al Ministerio de Igualdad y Equidad o quien haga sus veces, articular y fortalecer las políticas públicas existentes de cuidado, vejez, discapacidad, salud mental, en materia de prevención de violencias, desinstitucionalización prolongada y alternativas de atención y cuidado.

Cuarta, al Ministerio de Igualdad y Equidad o quien haga sus veces, implementar la acción 4.27 del CONPES 4143 de 2025, que establece una estrategia de asistencia técnica para fortalecer a las entidades territoriales en la formulación e implementación de sistemas, planes, programas y proyectos locales de cuidado que garanticen el derecho al cuidado, con énfasis en municipios de categorías 5 y 6 con menor capacidad institucional, incluyendo acompañamiento para el diseño de rutas de atención, formación del talento humano y protocolos de coordinación interinstitucional.

Quinta, al Congreso de la República, aprobar la ley que crea el Sistema Nacional de Cuidado y que definirá los lineamientos, la arquitectura, gobernanza, la asistencia territorial y los recursos requeridos para su funcionamiento, lo cual permitirá que los municipios cuenten con un marco de referencia claro para diseñar sus respuestas en materia de cuidado y el fortalecimiento de iniciativas de cuidado comunitario.

Sexta, al Ministerio de Igualdad y Equidad o quien haga sus veces y al Departamento Nacional de Planeación, garantizar la participación amplia e incidente de la población civil al interior del Sistema Nacional de



Discapacidad, el Consejo Nacional de persona Mayor y Consejos de Política Social. Así mismo, fortalecer la articulación entre la nación y los territorios, así como entre las mismas instancias y eventualmente con el Sistema Nacional de Cuidado, en el momento en que sea creado, garantizando que cuenten con recursos y lineamientos para una articulación interinstitucional efectiva.

Séptima, garantizar la implementación efectiva de los modelos de atención comunitaria en salud mental, en articulación con la Política Nacional de Salud Mental 2024-2033 y en el marco de la Ley 2460 de 2025, desarrollando los lineamientos técnicos, estándares de calidad y mecanismos de financiación que permitan consolidar alternativas reales a la institucionalización prolongada e innecesaria, más allá de las acciones de promoción y prevención ya previstas en dichos instrumentos.

Octava, desarrollar los lineamientos para la creación y el fortalecimiento de los servicios de atención y cuidado, así como de las capacidades territoriales para lograr su implementación. Esto incluye, entre otros, la territorialización del Sistema Nacional de Cuidado en proceso de aprobación, el desarrollo de servicios de apoyo para la vida independiente y la construcción de entornos accesibles y amigables para las personas mayores y las personas con discapacidad.

Novena, instar al Ministerio de Salud y Protección Social a que cumpla, de forma inmediata y articulada con el Ministerio de Igualdad y Equidad o quien haga sus veces, la ruta de atención inmediata frente a maltratos contra personas adultas mayores establecida en el artículo 6 de la Ley 1850 de 2017.

7.2. Recomendaciones administrativas

Primera, al Ministerio de Salud y Protección social, al Ministerio de Justicia y al Ministerio de Igualdad y Equidad o quien haga sus veces, desarrollar herramientas estandarizadas de registro y seguimiento de la población en situación de abandono social institucionalizada a nivel territorial, con sistemas de información interoperables que permitan superar la barrera de gestión de datos.



Segunda, al Ministerio de Salud y Protección social, al Ministerio de Justicia y al Ministerio de Igualdad y Equidad o quien haga sus veces, diseñar e implementar rutas de atención claras, vinculantes y articuladas entre salud, protección social, justicia y entidades territoriales. Estas rutas deben definir responsabilidades, tiempos de respuesta, mecanismos de coordinación y procedimientos para la activación de apoyos, evitando que la atención dependa de la voluntad institucional o de la interposición de acciones de tutela. Deben incluir, asimismo, protocolos diferenciados para zonas rurales, personas con discapacidad, mujeres, población étnica y personas en situación de desplazamiento, reconociendo las desigualdades territoriales y las barreras específicas que enfrentan.

Tercera, al Ministerio de Salud y Protección social y al Ministerio de Igualdad y Equidad o quien haga sus veces, avanzar hacia modelos de atención, con lineamientos y estándares claros para los servicios existentes en el país dirigidos a personas mayores y personas con discapacidad que les permitan vivir con autonomía, independencia y en comunidad. Contar con esta información es fundamental para que los entes territoriales puedan identificar, supervisar y garantizar que los servicios existentes cumplan criterios básicos de calidad y protección de derechos.

Cuarta, al Ministerio de Salud y Protección social y al Ministerio de Igualdad y Equidad o quien haga sus veces, avanzar hacia un ecosistema integral de servicios de cuidado que permita a las personas mayores y a las personas con discapacidad vivir de forma autónoma en entornos seguros, accesibles y vinculados a su comunidad, evitando que la institucionalización sea la respuesta predominante.

En el mismo sentido, es necesario implementar modelos sociosanitarios que articulen salud, cuidado y apoyo social, garantizando continuidad en la atención, seguimiento a condiciones de dependencia y activación temprana de redes comunitarias. Esto implica, entre otras cosas, implementar soluciones habitacionales alternativas, como viviendas con apoyos, unidades de convivencia, hogares intergeneracionales y modalidades de cohabitación asistida, especialmente en territorios donde no existen servicios sociales suficientes.



#BuenFuturoHoy



Estas soluciones deben articularse con el desarrollo de territorios seguros y amigables con las personas mayores y las personas con discapacidad, incorporando accesibilidad física, movilidad segura, espacios públicos inclusivos y redes comunitarias de acompañamiento. La financiación sostenible de estos modelos, mediante recursos específicos, cofinanciación Nación-territorio y alianzas con organizaciones comunitarias, es fundamental para garantizar su permanencia y evitar que la institucionalización siga siendo la única alternativa disponible.

7.3. Recomendaciones presupuestales

Primera, definir esquemas de cofinanciamiento Nación-territorio para el desarrollo e implementación de las políticas públicas de cuidado, vejez y discapacidad, principalmente en municipios de categorías 4, 5 y 6, así como para el desarrollo de nuevos servicios y fortalecimiento de iniciativas comunitarias de cuidado.

Segunda, incorporar en el Sistema General de Participaciones (SGP) asignaciones específicas y etiquetadas para la atención de personas mayores y personas con discapacidad, con criterios de distribución que ponderen la capacidad fiscal y la magnitud de la población objetivo en cada municipio.

Tercera, fortalecer las capacidades técnicas y administrativas de los municipios para gestionar procesos de contratación con entidades privadas y organizaciones sin ánimo de lucro en la prestación de servicios sociales de cuidado, conforme a la normativa contractual vigente —licitaciones, procesos competitivos y selección objetiva— de manera que la oferta privada disponible en el territorio pueda ser habilitada de manera oportuna y con garantías de calidad.

Cuarta, garantizar la sostenibilidad financiera de las Políticas Públicas analizadas, mediante la definición de una arquitectura fiscal de largo plazo que no dependa de recursos de cooperación internacional ni de vigencias anuales no renovables.



7.4. Recomendaciones de seguimiento y evaluación

Primera, al Ministerio de Salud y Protección social, al Ministerio de Justicia y al Ministerio de Igualdad y Equidad o quien haga sus veces, consolidar un sistema nacional de reporte de casos interoperable que integre los registros administrativos de salud, protección social, justicia, vivienda y entidades territoriales.

Este sistema debe incluir variables específicas sobre abandono institucional, hospitalario y comunitario, duración de estancias, redes de apoyo, rutas activadas, condiciones de salud y dependencia y resultados de las intervenciones, y debe contemplar lineamientos técnicos para la recolección de datos, mecanismos de verificación y actualizaciones periódicas, de manera que los territorios con menor capacidad institucional puedan reportar de manera estandarizada.

Segunda, al Ministerio de Salud y Protección social, al Ministerio de Justicia y al Ministerio de Igualdad y Equidad o quien haga sus veces, fortalecer los sistemas de información ya existentes, tales como el SIVIGILA, el RLCPD y el Observatorio de Envejecimiento y Vejez, y poner en funcionamiento el Observatorio de discapacidad. Dichos sistemas deben contener variables que permitan identificar el abandono separado de la negligencia, la naturaleza y tipo de instituciones en que se encuentran las personas institucionalizadas, así como la desagregación de datos por identidad de género, orientación sexual, pertenencia étnico-racial y tipo de discapacidad. Al respecto, es necesario mejorar la calidad del registro por parte de las entidades responsables de alimentarlos, su actualización periódica y la interoperabilidad entre los sistemas y mapas disponibles.

Igualmente, es prioritario avanzar hacia registros unificados, claros y completos sobre los centros que prestan servicios a personas mayores y personas con discapacidad, de manera que el país cuente con información verificable sobre su naturaleza jurídica, los servicios que ofrecen, su capacidad instalada, número de cupos, disponibilidad real y condiciones de operación. Adicionalmente, es necesario desarrollar estrategias de comunicación claras y pertinentes que permitan a las personas mayores, con



discapacidad y a la ciudadanía en general conocer y utilizar la información disponible, en formatos adecuados y canales de consulta amigables.

Tercera, al Ministerio de Salud y Protección social, implementar un sistema de monitoreo nacional de cumplimiento de estándares de los servicios de atención y cuidado de personas mayores y personas con discapacidad, con indicadores verificables y mecanismos de rendición de cuentas que permitan identificar avances, retrocesos y territorios que requieren intervención prioritaria.

Cuarta, al Ministerio de Salud y Protección social y al Ministerio de Igualdad y Equidad o quien haga sus veces, construir un mapeo de iniciativas de cuidado comunitario dirigidas a la atención de personas mayores y personas con discapacidad, que permitan identificar avances y necesidades de fortalecimiento territorial.

Quinta, al Ministerio de Salud y Protección social, al Ministerio de Justicia y al Ministerio de Igualdad y Equidad o quien haga sus veces, establecer una línea de base nacional sobre la magnitud de la institucionalización prolongada, a partir de la información recopilada en el presente diagnóstico y de registros administrativos complementarios, que permita medir el impacto de las intervenciones que se adopten.

7.5. Fortalecimiento de iniciativas de cuidado comunitario

Entendiendo que es responsabilidad del Estado brindar respuestas oportunas, integrales y pertinentes frente a la situación de abandono social e institucionalización prolongada, no se puede obviar el importante trabajo que a diario realizan organizaciones, líderes y lideresas sociales para brindar cuidados, apoyar a las personas que lo requieren y trabajar por la defensa y exigibilidad de sus derechos.

En ese sentido, es indispensable continuar avanzando en el fortalecimiento de iniciativas de cuidado comunitario como lo establece la Política Nacional de Cuidado, robusteciendo sus capacidades administrativas y técnicas, brindando herramientas materiales que les permitan desarrollar su labor en



condiciones dignas, y construyendo redes y espacios de intercambio de experiencias y saberes.

De igual forma, es necesario generar registros que permitan identificar dichas organizaciones y liderazgos, con el fin de que puedan ser considerados para prestar servicios a través de alianzas público-comunitarias o contratación directa con el Estado.

En síntesis, para superar el abandono social y la institucionalización prolongada se requiere fortalecer la coordinación entre Nación y territorios, así como entre sectores, instancias y políticas públicas; consolidar sistemas de información integrados y confiables; generar lineamientos y modelos de atención; diseñar e implementar rutas; robustecer la respuesta institucional, y fortalecer iniciativas de cuidado comunitario. El Ministerio Público insta a las entidades competentes a actuar con la urgencia que demanda la magnitud del problema y con la coherencia que exigen los compromisos constitucionales e internacionales del Estado colombiano.