

CONVENIO SECRETARÍA DE SALUD DE BOGOTÁ — FEDESEGURIDAD

El vigilante como agente de bienestar

El aporte de la seguridad privada residencial al cuidado y bienestar
de las personas mayores en Bogotá

Informe de resultados de la Encuesta a Personal de Vigilancia

199 vigilantes encuestados · Unidades residenciales de Bogotá · Junio 2026

Julio de 2026



Resumen ejecutivo

En Bogotá, miles de personas mayores viven solas dentro de conjuntos cerrados, edificios y unidades residenciales. Para muchas de ellas, la persona que las saluda cada día, nota si algo cambió en su rutina, o responde cuando algo sale mal, no es un familiar ni un profesional de salud, es el vigilante de su unidad residencial. Este informe analiza 199 sondeos aplicados a personal de vigilancia de empresas afiliadas a FedeSeguridad, en el marco del convenio con la Secretaría de Salud de Bogotá, con el fin de dimensionar ese rol y sustentar con evidencia el valor social de la seguridad privada residencial.

Los resultados muestran que el vigilante no es un observador pasivo. El 91% de los encuestados recibe solicitudes de apoyo de los residentes con alguna frecuencia. Uno de cada tres vigilantes identifica más de diez personas mayores que viven solas en su unidad, y quienes perciben mayor soledad son también quienes reportan más solicitudes de apoyo y más señales de vulnerabilidad, una correlación que confirma que su percepción no es anecdótica, sino un reflejo consistente de lo que ocurre en el territorio.

El análisis de correlaciones refuerza este punto: las señales que los vigilantes observan en el día a día (tristeza, aislamiento, pocas visitas, desorientación) están estadísticamente asociadas a las situaciones reales que han debido atender (crisis emocionales, caídas, emergencias médicas, consumo de sustancias, violencia intrafamiliar). En otras palabras, cuando un vigilante dice "esa persona se ve triste y aislada", esa percepción coincide con mayor probabilidad de haber enfrentado una crisis emocional o una situación de riesgo real en esa misma unidad.

El estudio identifica además una alta disposición a fortalecer este rol, el 91.4% de los vigilantes quiere recibir capacitación en salud y cuidado de residentes, especialmente en atención a personas mayores y manejo de crisis de salud mental.

1. Contexto y metodología

FedeSeguridad y la Secretaría de Salud de Bogotá adelantan un convenio orientado a fortalecer la capacidad del personal de vigilancia residencial como punto de contacto temprano con residentes en situación de vulnerabilidad, particularmente personas mayores que viven solas. El vigilante ocupa una posición única, ya que está presente todos los días, conoce las rutinas de los residentes y suele ser la primera persona en notar cuando algo cambia.

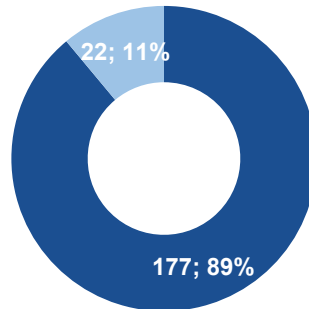
Para caracterizar este rol y sus necesidades, se diseñó un sondeo dirigido a personal de vigilancia de empresas afiliadas a FedeSeguridad que prestan servicio en unidades residenciales de Bogotá. La encuesta se aplicó de forma anónima a través de un formulario digital (Microsoft Forms), indagando sobre el perfil del vigilante, las características de la unidad donde trabaja, su percepción sobre los residentes, en especial personas mayores que viven solas, las situaciones de salud o cuidado que ha debido atender, y sus necesidades de capacitación.

Se recolectaron 199 respuestas, los datos desagregados son propiedad de FedeSeguridad; en el marco del convenio, se comparten con la Secretaría de Salud los resultados agregados que se presentan en este informe, con el propósito de orientar el diseño conjunto de estrategias de cuidado comunitario.

2. Perfil de las personas sondeadas

La muestra está compuesta por una población mayoritariamente masculina (88,9% hombres, 11,1% mujeres), con alta antigüedad en el oficio, 62% lleva más de 10 años trabajando como vigilante, lo que sugiere un conocimiento profundo y sostenido de las dinámicas de sus unidades residenciales.

Distribución por sexo



■ Hombre ■ Mujer

Ilustración 1. Distribución por sexo

Rango de edad

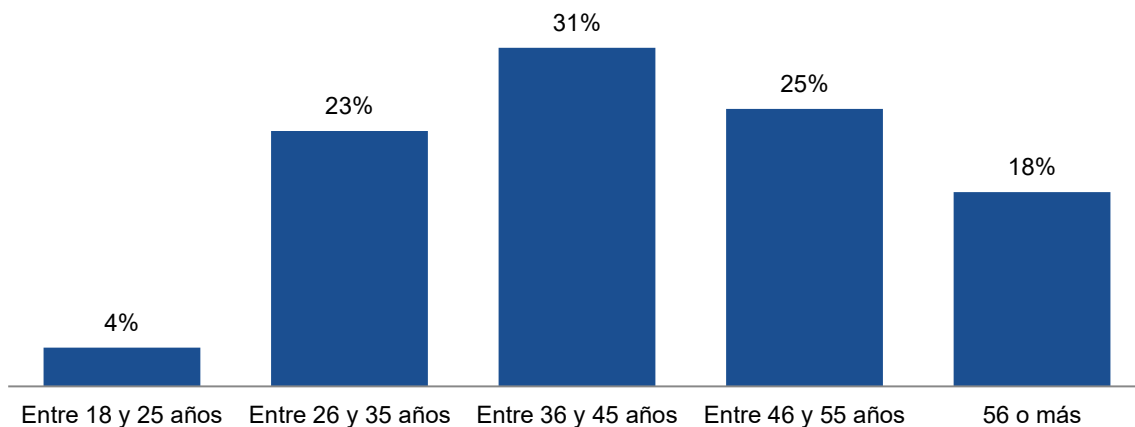


Ilustración 2. Rango de edad de los encuestados.

Antigüedad en el oficio de vigilancia

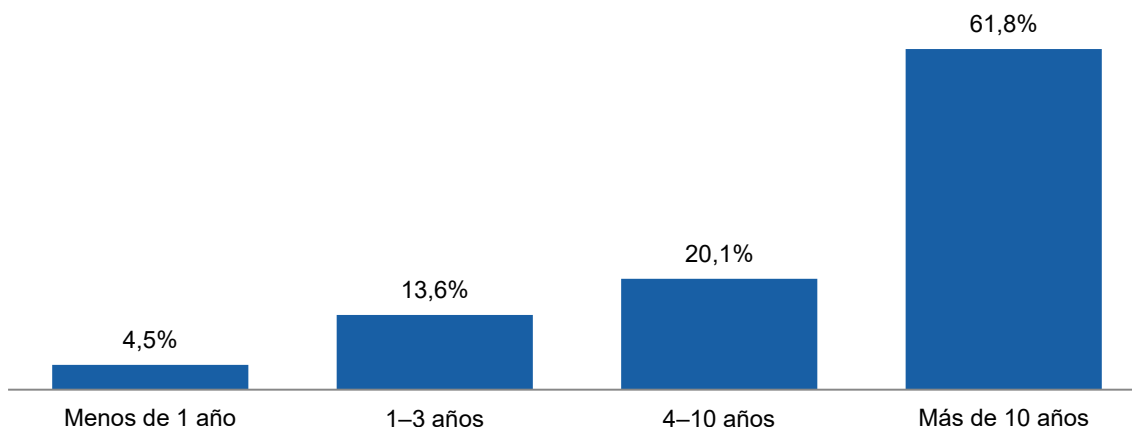


Ilustración 3. Antigüedad en el oficio de vigilancia. Más de la mitad de la muestra (62%) tiene más de 10 años de experiencia.

En cuanto a nivel educativo, 74% cursó hasta secundaria completa, 12% cuenta con formación técnica o tecnológica y 9% no completó la secundaria. Esta caracterización es relevante para el diseño de futuras capacitaciones. Los contenidos y materiales educativos deben ser accesibles, con lenguaje claro y formatos prácticos y aplicables.

Grado de escolaridad

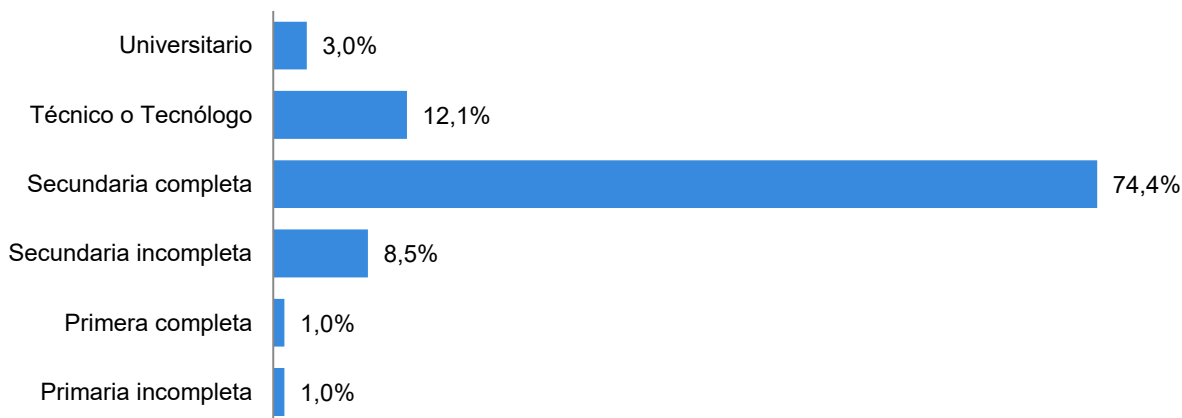
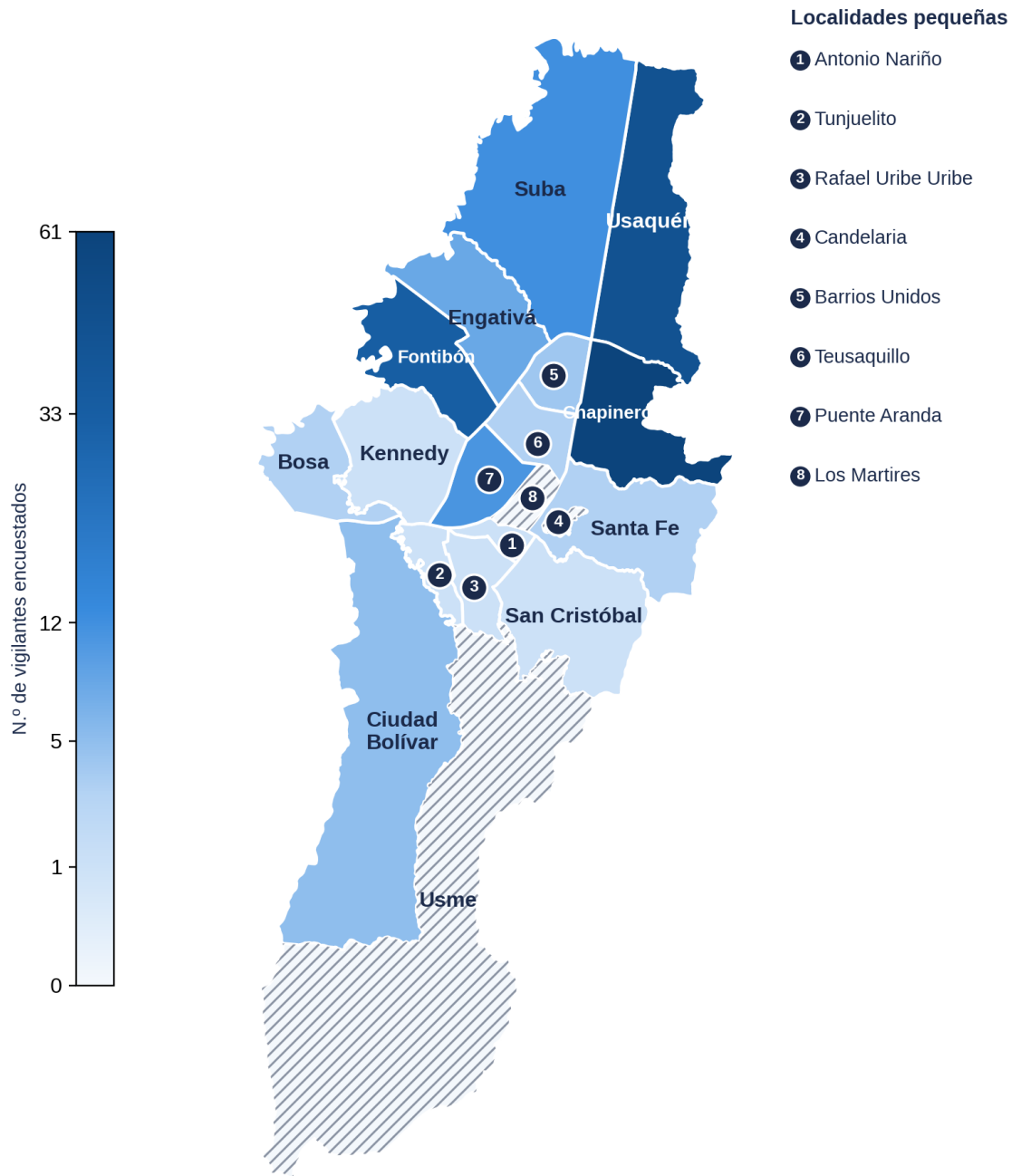


Ilustración 4. Grado de escolaridad.

Geográficamente, la muestra se concentra en Chapinero (31%), Usaquén (23%) y Fontibón (17%), localidades con alta presencia de unidades residenciales cerradas y edificios de apartamentos. El resto de respuestas se distribuye en 14 localidades adicionales, incluyendo zonas con menor representación (Sumapaz, Ciudad Bolívar, Bosa, entre otras).

¿Dónde están más los vigilantes encuestados? Mapa de calor por localidad de Bogotá



Achurado = localidad sin respuestas en esta encuesta (Usme, Mártires, Candelaria).
No incluye Sumapaz (localidad rural, sin relación con la densidad urbana analizada).

Ilustración 5. Localidad de Bogotá donde el vigilante presta su servicio.

3. Unidades residenciales de Bogotá

El 66% de los vigilantes encuestados trabaja en conjuntos cerrados o edificios, los formatos residenciales predominantes en la ciudad. Un tercio de las unidades tiene más de 100 viviendas, lo que implica que un solo vigilante puede tener bajo su observación a un número considerable de hogares y residentes.

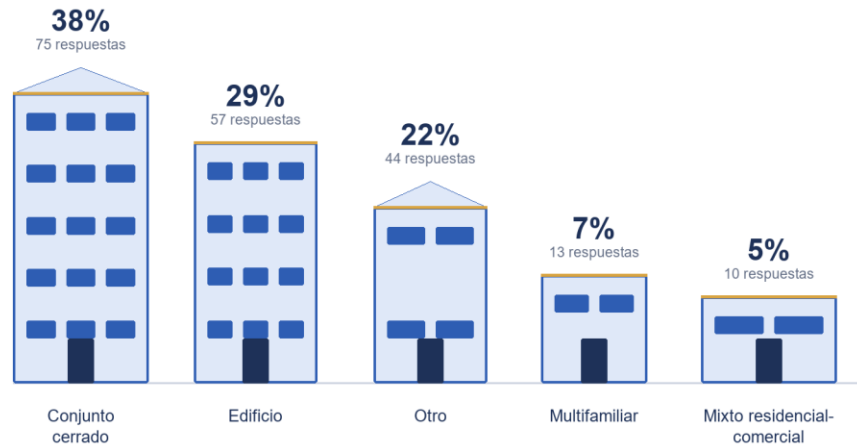


Ilustración 6. Tipo de unidad residencial

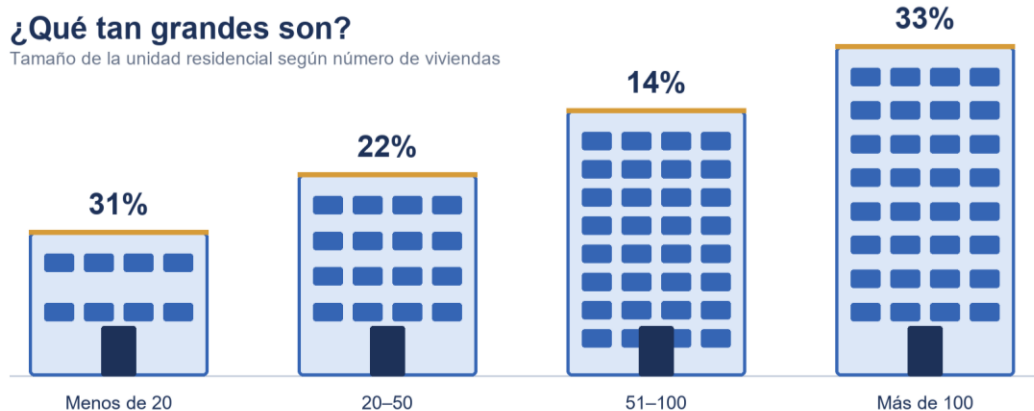


Ilustración 7. Tamaño de la unidad residencial, según número de viviendas.

Sobre la composición de los residentes, el 53% de los vigilantes describe una población "mixta" (hogares de distintos tipos), mientras que 15% identifica unidades donde predominan las personas mayores y 17% unidades con familias con niños y niñas. Un 14% no tiene certeza sobre la composición poblacional de su unidad, lo cual es esperable dada la rotación y anonimato propios de la vida residencial urbana.

¿Quiénes viven allí?

Composición percibida por el personal de vigilancia · cada figura representa 1%

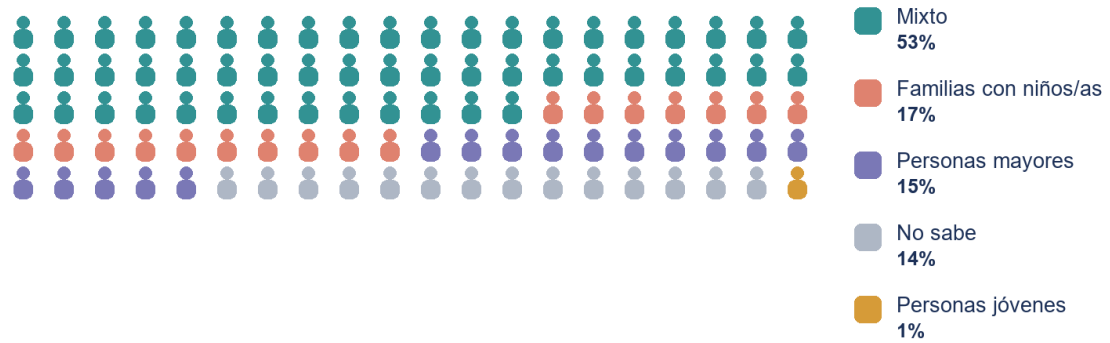


Ilustración 8. Composición de la población residente, según percepción del vigilante.

4. El vigilante como agente de bienestar

¿Qué tanto se apoyan los residentes, en especial las personas mayores que viven solas, en la figura del vigilante, y qué tan preparado está este para responder?

4.1. Personas mayores que viven solas

De los vigilantes que afirman tener conocimiento sobre este tema (el 66% de la muestra), 35% estima que en su unidad residen más de 10 personas mayores que viven solas, 48% calcula entre 1 y 5, y 17% entre 6 y 10. Esto significa que, entre quienes tienen visibilidad del tema, la mayoría reconoce la presencia de al menos algunas personas mayores en situación de soledad residencial dentro de su unidad.

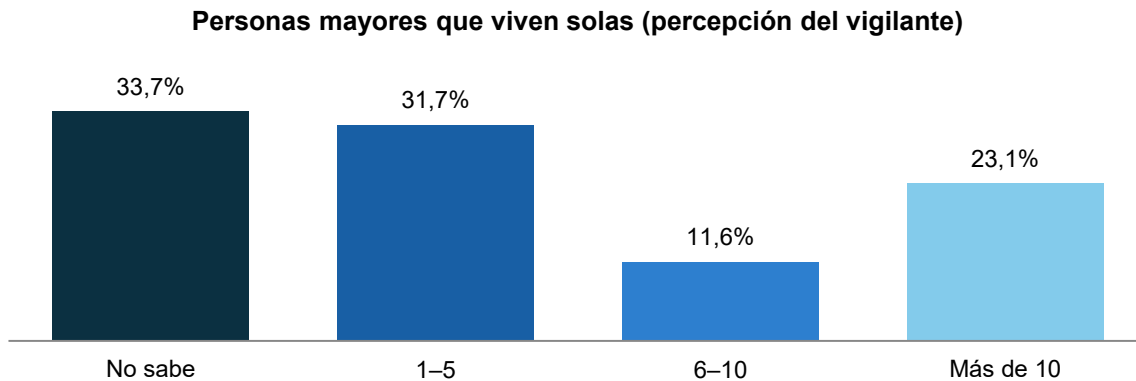


Ilustración 9. Personas mayores que viven solas, según percepción del vigilante (base: 199 encuestados; 34% respondió "no sabe").

4.2. ¿Los residentes acuden al vigilante para pedir apoyo?

El 72% de los vigilantes recibe este tipo de solicitudes "algunas veces" o "frecuentemente", y el 91% las ha recibido con alguna frecuencia (excluyendo solo al 9% que reporta "nunca"). Esto posiciona al vigilante como un punto de contacto activo y recurrente para necesidades que van más allá de la seguridad física de la propiedad.

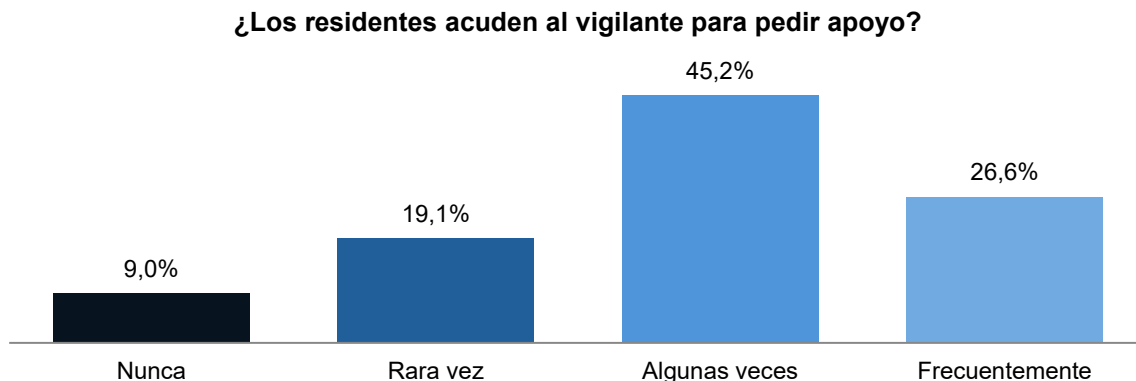


Ilustración 10. Frecuencia con la que los residentes acuden al vigilante para pedir apoyo.

4.3. Señales de vulnerabilidad que el vigilante identifica

Cuando se pregunta directamente por comportamientos observados en personas mayores, un tercio de los vigilantes (34%) reporta que permanecen mucho tiempo solas, 33% identifica dificultades de movilidad, 29% percibe pocas visitas o redes de apoyo, y 11% observa señales de tristeza o aislamiento. Estas no son cifras menores, reflejan una capacidad de observación cotidiana que ningún censo ni encuesta puntual de salud logra capturar con la misma frecuencia.

Comportamientos observados en personas mayores

Porcentaje de vigilantes que identifica cada señal



Ilustración 11. Señales de vulnerabilidad observadas en personas mayores (porcentaje de vigilantes que las identifica).

4.4. Situaciones reales que el vigilante ha debido atender

Más allá de la percepción, se preguntó por situaciones concretas que los vigilantes han enfrentado en el ejercicio de su labor. El 27% ha atendido emergencias médicas, 24% caídas, 16% episodios de desorientación en personas mayores, 10% crisis emocionales, 9% violencia intrafamiliar y 7% situaciones de consumo problemático de sustancias. Estas cifras confirman que el vigilante no solo observa, también actúa como primer respondiente en eventos de salud y protección.

Situaciones que los vigilantes han debido atender

Porcentaje que reporta haberlas enfrentado

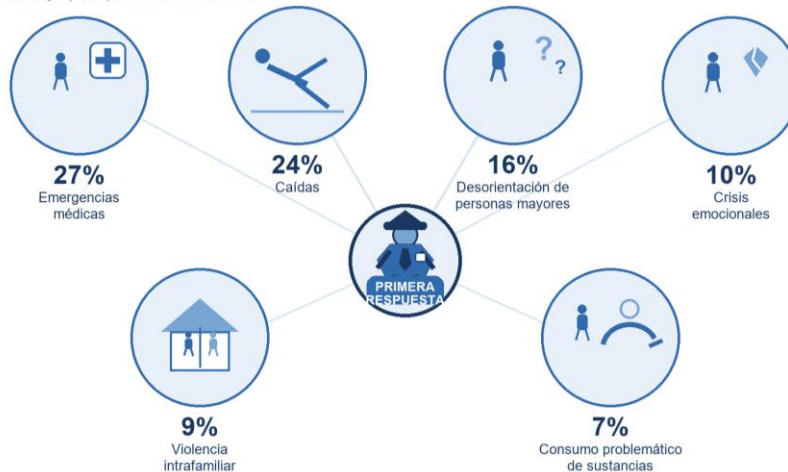


Ilustración 12. Situaciones que los vigilantes han debido atender en su labor diaria.

4.5. ¿Qué hace el vigilante cuando ocurre una de estas situaciones?

Ante una situación que requiere apoyo, la respuesta más común es informar a la administración (30%), seguida de llamar a la línea de emergencias 123 (26%), contactar a familiares (21%) y acompañar directamente a la persona hasta que la situación se resuelve (16%). Este patrón muestra un protocolo informal pero consistente de escalamiento, el vigilante rara vez actúa solo o al margen del sistema, casi siempre conecta al residente con quien puede resolver la situación.

Acciones que toma el vigilante ante una situación de salud

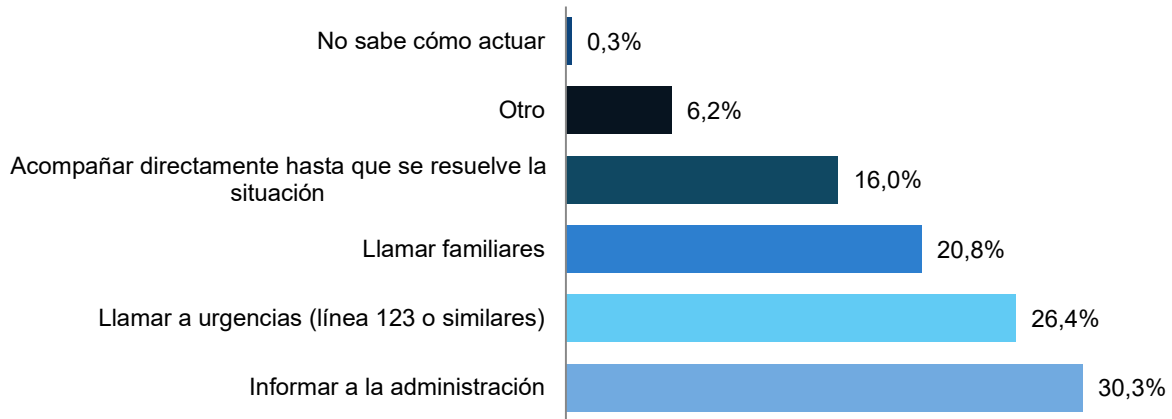


Ilustración 13. Acciones que toma el vigilante ante una situación de salud o cuidado.

En conjunto, estas cinco dimensiones muestran a un vigilante que ve, interpreta y actúa: identifica soledad y vulnerabilidad, recibe solicitudes de apoyo con frecuencia, ha enfrentado emergencias reales, y sabe a quién acudir. Es, en la práctica, "ojos, criterio y compañía" para las personas mayores de su unidad residencial.

5. Correlaciones: ¿qué tan confiable es esta mirada?

Una pregunta clave para validar el valor del vigilante como fuente de información es si lo que percibe guarda relación con lo que efectivamente ocurre. Para responder esto, se cruzaron las señales de vulnerabilidad observadas (sección 4.3) con las situaciones reales atendidas (sección 4.4), usando el coeficiente de correlación entre variables binarias (Sí/No).

5.1. Las señales percibidas coinciden con las emergencias reales

La correlación más fuerte del estudio se da entre observar que "muestran tristeza o aislamiento" y haber atendido "crisis emocionales" ($r = 0,48$): los vigilantes que perciben tristeza o aislamiento en las personas mayores son, en efecto, quienes con mayor frecuencia han debido atender una crisis emocional real. La misma señal de tristeza o aislamiento también se asocia con haber atendido consumo problemático de sustancias ($r = 0,44$) y violencia intrafamiliar ($r = 0,41$). Por su parte, percibir "dificultades de movilidad" se asocia con haber atendido caídas ($r = 0,34$), y observar que "parecen desorientadas o confundidas" se asocia con estar presente en crisis emocionales ($r = 0,39$) y consumo de sustancias ($r = 0,34$).

Señales observadas	Situaciones Atendida					
	Caídas	Emergencias médicas	Desorientación	Crisis emocionales	Violencia intrafamiliar	Consumo de sustancias
Permanecen solas	0,27	0,21	0,18	0,32	0,29	0,24
Dificultad de movilidad	0,34	0,31	0,13	0,16	0,27	0,21
Desorientadas / confundidas	0,33	0,26	0,22	0,39	0,20	0,34
Pocas visitas / redes de apoyo	0,24	0,19	0,17	0,19	0,15	0,14
Tristeza o aislamiento	0,31	0,27	0,30	0,48	0,41	0,44

Ilustración 14. Correlación entre señales de vulnerabilidad observadas y situaciones reales atendidas por el vigilante.

Estas correlaciones son consistentes con lo esperado clínica y socialmente, y respaldan un punto central de este informe, la percepción del vigilante no es una opinión aislada, sino una lectura del entorno que anticipa o coincide con eventos reales de salud y protección. Esto convierte su reporte cotidiano en una fuente de alerta temprana genuinamente útil para la Secretaría de Salud.

5.2. A mayor percepción de soledad, más solicitudes de apoyo

También se confirma una relación directa entre la cantidad de personas mayores solas percibidas y la frecuencia con la que los residentes acuden al vigilante (ρ de Spearman = 0,27, $p = 0,0015$). En unidades donde el vigilante identifica más de 10 personas mayores viviendo solas, la proporción que reporta solicitudes de apoyo "frecuentes" es notablemente más alta que en unidades con menor percepción de soledad.

Personas mayores solas vs frecuencia de solicitudes de apoyo

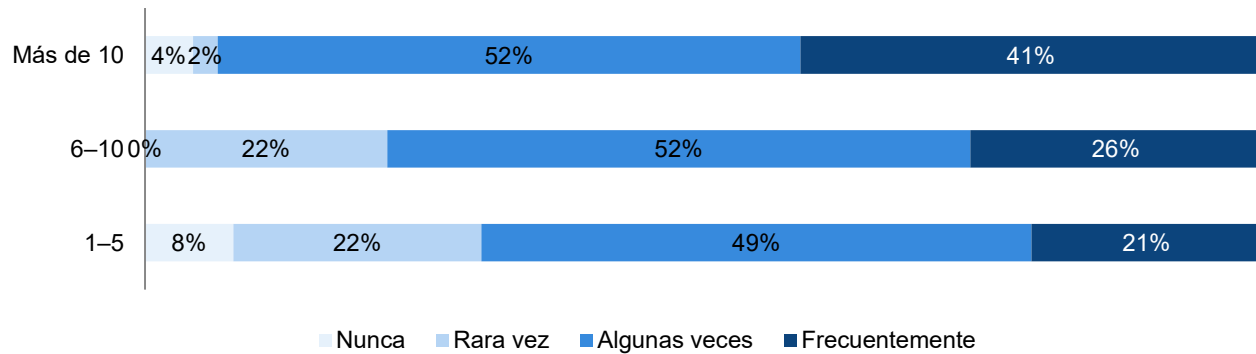


Ilustración 15. Relación entre la percepción de personas mayores solas y la frecuencia de solicitudes de apoyo.

Adicionalmente, la frecuencia de solicitudes de apoyo se correlaciona con el número de señales de vulnerabilidad observadas ($\rho = 0,40$) y con el número de tipos de situaciones reales atendidas ($\rho = 0,45$). Es decir, los vigilantes más solicitados no solo reciben más pedidos de ayuda: también son quienes observan más y atienden más, un rol de cuidado que se intensifica de forma coherente.

Relación analizada	Coefficiente (ρ de Spearman)	n	Significancia
Tamaño de la unidad vs. personas mayores solas	0,38	132	$p < 0,001$
Tamaño de la unidad vs. frecuencia de solicitudes de apoyo	0,30	199	$p < 0,001$
Personas mayores solas vs. frecuencia de solicitudes de apoyo	0,27	132	$p = 0,002$
Frecuencia de apoyo vs. n.º de situaciones reales atendidas	0,45	199	$p < 0,001$
Frecuencia de apoyo vs. n.º de señales de vulnerabilidad observadas	0,40	199	$p < 0,001$
Personas mayores solas vs. n.º de señales observadas	0,26	132	$p = 0,002$

Nota metodológica: se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman por tratarse de variables ordinales (categorías con orden natural). Todas las relaciones reportadas son estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

6. Mapa de calor por localidad: ¿dónde se concentra el riesgo?

Para orientar la focalización territorial de futuras intervenciones, este capítulo cruza las localidades de Bogotá con dos tipos de evidencia complementaria: primero, las señales de soledad y vulnerabilidad que los vigilantes perciben en su día a día; y segundo, las situaciones reales de salud o protección que efectivamente han debido atender. Ver ambas lecturas por separado permite distinguir percepción de hechos concretos, y confirmar en qué localidades coinciden.

6.1. Señales de soledad y vulnerabilidad percibidas por localidad

Se cruzaron las localidades con al menos 8 respuestas (6 de las 17 localidades registradas, que en conjunto cubren 170 de las 199 encuestas) con los principales indicadores de soledad y vulnerabilidad en personas mayores.

	Adultos mayores solos (>10)	Solicitudes de apoyo frecuentes	Permanecen mucho tiempo solas	Pocas visitas o redes de apoyo	Tristeza o aislamiento	Dificultades de movilidad
Usaquén (n=45)	35,6%	37,8%	48,9%	31,1%	11,1%	44,4%
Fontibón (n=33)	30,3%	27,3%	36,4%	27,3%	12,1%	36,4%
Puente Aranda (n=11)	27,3%	27,3%	27,3%	27,3%	9,1%	18,2%
Chapinero (n=61)	21,3%	14,8%	29,5%	27,9%	3,3%	29,5%
Suba (n=12)	8,3%	33,3%	33,3%	33,3%	16,7%	41,7%
Engativá (n=8)	0,0%	0,0%	12,5%	25,0%	0,0%	0,0%

Ilustración 16. Mapa de calor de señales de riesgo y soledad en personas mayores, por localidad (porcentaje de vigilantes que reporta cada señal).

Usaquén y Fontibón concentran las lecturas más altas en varios indicadores a la vez: en Usaquén, 36% de los vigilantes reporta más de 10 personas mayores solas, 38% recibe solicitudes de apoyo frecuentes y 49% observa que permanecen mucho tiempo solas, la localidad con mayor densidad de señales de soledad y demanda de apoyo dentro de la muestra. Fontibón presenta un patrón similar aunque algo más moderado (30%, 27% y 36% respectivamente).

Chapinero, pese a concentrar el mayor número de respuestas (61), muestra proporciones relativas más bajas en solicitudes de apoyo frecuentes (15%) y tristeza o aislamiento (3%), lo que sugiere una situación distinta: alta cobertura de vigilancia, pero menor intensidad percibida de vulnerabilidad relativa. Puente Aranda y Suba muestran niveles intermedios y relativamente homogéneos entre indicadores.

Usaquén y Fontibón aparecen como las localidades donde, con la evidencia actual, el rol del vigilante como agente de bienestar es más intenso y más demandado. Esta información puede usarse para priorizar dónde llevar primero las capacitaciones y protocolos de derivación en salud.

6.2. Situaciones efectivamente atendidas por localidad

A diferencia del mapa anterior, que refleja percepción, este segundo cruce muestra hechos: el porcentaje de vigilantes de cada localidad que efectivamente ha debido atender cada tipo de situación (caídas, emergencias médicas, desorientación, crisis emocionales, violencia intrafamiliar y consumo problemático de sustancias). Para que las proporciones sean comparables, se incluyen únicamente las localidades con al menos 8 respuestas (Usaquén, Fontibón, Puente Aranda, Chapinero, Suba y Engativá).

	Caídas	Emergencias médicas	Desorientación	Crisis emocionales	Violencia intrafamiliar	Consumo de sustancias
Usaquén (n=45)	35,6%	35,6%	15,6%	17,8%	11,1%	8,9%
Suba (n=12)	25,0%	16,7%	25,0%	25,0%	8,3%	8,3%
Chapinero (n=61)	21,3%	21,3%	8,2%	1,6%	1,6%	0,0%
Fontibón (n=33)	18,2%	30,3%	15,2%	3,0%	18,2%	3,0%
Puente Aranda (n=11)	18,2%	36,4%	45,5%	9,1%	18,2%	18,2%
Engativá (n=8)	0,0%	0,0%	12,5%	12,5%	0,0%	12,5%

Ilustración 17. Mapa de calor de situaciones efectivamente atendidas por los vigilantes, por localidad

Usaquén vuelve a destacarse, ahora en hechos concretos: 36% de sus vigilantes ha atendido caídas y 36% emergencias médicas, la lectura más alta y consistente de las seis localidades, coherente con el patrón de soledad percibida visto en el mapa anterior. Puente Aranda, aunque con una muestra pequeña (n=11), muestra la proporción más alta de desorientación de personas mayores (45%) y de emergencias médicas (36%), una combinación que amerita atención puntual pese al tamaño de muestra.

Fontibón presenta la segunda mayor incidencia de emergencias médicas (30%) y, junto con Puente Aranda, la mayor proporción de violencia intrafamiliar atendida (18%). Chapinero, de nuevo con la muestra más grande (61), muestra las proporciones relativas más bajas en casi todos los indicadores, incluyendo 0% en consumo de sustancias, reforzando la lectura de alta cobertura con menor intensidad relativa de casos críticos. Suba se ubica en un rango intermedio, con mayor peso relativo en desorientación y crisis emocionales (25% cada una).

7. Brecha de capacitación

El personal de vigilancia ya cuenta con formación en algunas áreas relevantes: 67% ha recibido capacitación en primeros auxilios y 51% en manejo de emergencias (incendios, fugas, desastres naturales). Sin embargo, al comparar esta formación con lo que los propios vigilantes consideran útil para fortalecer su labor de cuidado comunitario, aparece una brecha clara en dos temas: atención a personas mayores (15% capacitados vs. 35% que lo desea, +20 puntos porcentuales) y manejo de crisis de salud mental (10% vs. 28%, +18 puntos porcentuales).

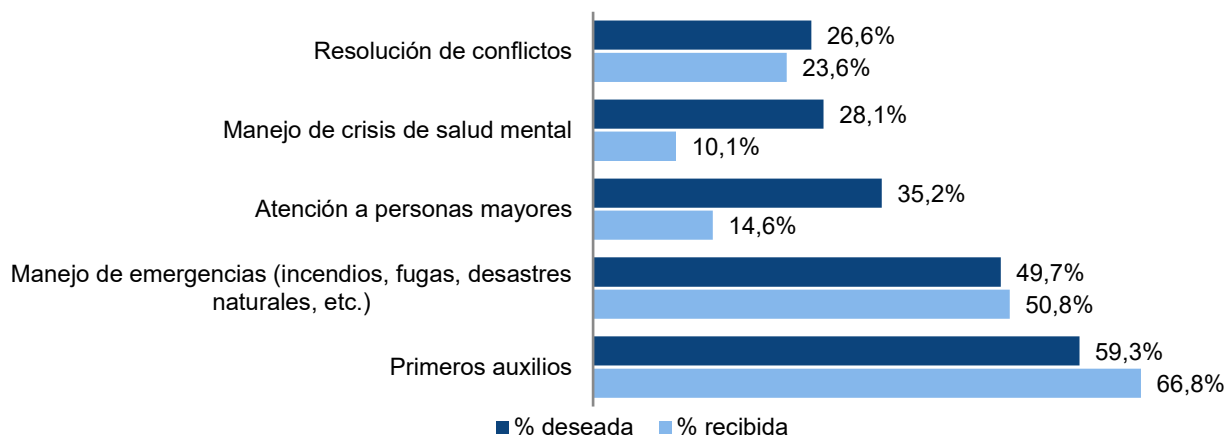


Ilustración 18. Comparación entre la capacitación recibida y la capacitación deseada por los vigilantes.

Esta brecha es, en sí misma, una hoja de ruta: son precisamente los temas donde la Secretaría de Salud tiene experticia técnica y donde el vigilante ya demuestra, a través de sus observaciones cotidianas, tener contacto directo con la necesidad.

En cuanto al medio preferido para recibir esta formación, WhatsApp lidera con 56%, seguido de correo electrónico (39%) y plataformas educativas virtuales (39%). Los boletines impresos o digitales (14%) y las redes sociales (7%) tienen menor preferencia. Esto sugiere que los contenidos de capacitación deberían diseñarse en formatos cortos, visuales y aptos para mensajería instantánea.



Ilustración 19. Medio preferido para recibir información o capacitaciones en salud.

Finalmente, la disposición general a capacitarse es muy alta: 91.4% de los vigilantes afirma que le gustaría recibir formación en salud y cuidado de los residentes. Este nivel de apertura es una condición favorable para que cualquier programa de capacitación conjunta entre la Secretaría de Salud y FedeSeguridad tenga una adopción exitosa.

¿Le gustaría recibir capacitación en salud y cuidado?

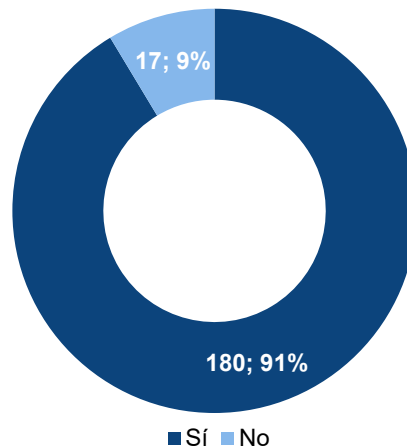


Ilustración 20. Disposición a recibir capacitación en salud y cuidado de los residentes.

8. Conclusiones y recomendaciones

8.1. Conclusiones

La evidencia recogida en esta encuesta permite afirmar, con respaldo estadístico y no solo anecdótico, que el personal de vigilancia residencial cumple una función de cuidado que trasciende la seguridad física de las unidades donde trabaja. Tres conclusiones centrales se derivan del análisis:

- Ojos: el vigilante observa, de forma sostenida y cotidiana, señales de soledad y vulnerabilidad en personas mayores que ningún otro actor institucional captura con la misma frecuencia. Uno de cada tres identifica más de diez personas mayores viviendo solas en su unidad.
- Criterio: lo que el vigilante percibe no es subjetivo ni aislado, está correlacionado de forma significativa con las situaciones reales de salud y protección que ha debido atender (crisis emocionales, caídas, emergencias médicas, consumo de sustancias, violencia intrafamiliar). Su lectura del entorno es, en la práctica, un sistema de alerta temprana informal pero confiable.
- Compañía: el 91% de los vigilantes ha recibido solicitudes de apoyo de los residentes, y responde con un protocolo consistente de acompañamiento y remisión (administración, línea 123, familiares). Para muchas personas mayores que viven solas, el vigilante es, en la práctica, la relación humana más constante de su día.

Estos hallazgos sustentan el propósito del convenio entre la Secretaría de Salud de Bogotá y FedeSeguridad, la seguridad privada residencial no es ajena a los objetivos de salud pública y bienestar social de la ciudad, es, de hecho, uno de sus puntos de contacto más extendidos, cotidianos y confiables con la población mayor que vive sola.

8.2. Recomendaciones

- Priorizar Usaquén y Fontibón en el diseño de las primeras capacitaciones y protocolos conjuntos, dado que concentran la mayor densidad de señales de soledad y demanda de apoyo identificadas en el estudio.
- Cerrar la brecha de capacitación en atención a personas mayores y manejo de crisis de salud mental, los dos temas con mayor demanda insatisfecha (+20 y +18 puntos porcentuales respectivamente).
- Usar WhatsApp y plataformas educativas virtuales como canal principal de capacitación, en formatos breves y prácticos acordes al perfil educativo de la muestra (74% con secundaria completa).
- Formalizar el protocolo de derivación que ya existe de manera informal (informar a la administración, llamar a la línea 123, contactar familiares), dotando al vigilante de criterios claros sobre cuándo y cómo escalar cada tipo de situación.
- Aprovechar la alta disposición a capacitarse (91.4%) para lanzar un programa piloto conjunto entre la Secretaría de Salud y FedeSeguridad, aprovechando el momento de apertura identificado en esta encuesta.