

MAPEO DE ACTIVOS EN SALUD PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS EN BOGOTÁ

HEALTH ASSET MAPPING FOR PATIENTS WITH COMPLEX CHRONIC DISEASES IN BOGOTÁ

Ruth Alexandra Castiblanco Montañez¹, Jaime Sebastián Andrade Riaño², José Luis Arias Castelblanco², Paula Dayan Martínez Piñeros², Lina Fernanda Patiño Rojas², Laura Jimena Ramírez Álzate², Amanda Elena Sánchez², Ana Julia Carrillo Algarra³,
Sandra Milena Hernández-Zambrano⁴

¹Enfermera. Magister en Salud Pública. Grupos perspectivas del cuidado. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud- FUCS. Colombia.

²Semillero de investigación Red de Cuidado, Ciencia y Arte de Enfermería. Programa de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud- FUCS. Colombia.

³Enfermera, Mg. en Administración en Salud. Profesora titular, Facultad de Enfermería. Grupo perspectivas del cuidado. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud- FUCS. Bogotá, Colombia.

⁴Enfermera, PhD. en Ciencias de la Salud, Mg. en cuidados de salud para la promoción de la autonomía de las personas y la atención a los procesos de fin de vida. Docente investigadora, Facultad de Enfermería. Grupo perspectivas del cuidado. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Bogotá, Colombia.

Castiblanco Montañez, R., Andrade Riaño, J., Arias Castelblanco, J., Martínez Piñeros, P., Patiño Rojas, L., Ramírez Álzate, L., Elena Sánchez, A., Carrillo Algarra, A., & Hernández Zambrano, S. (2021). MAPEO DE ACTIVOS EN SALUD PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS EN BOGOTÁ. Revista Ene De Enfermería, 15(3). Consultado de <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1230>

Resumen

Introducción: Las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte en la población a nivel mundial, generan discapacidad, limitan la calidad de vida de las personas, y generan dependencia. **Metodología:** Diseño descriptivo de corte transversal con enfoque de activos para la salud en un modelo de gestión de casos comunitario para pacientes crónicos complejos en seis localidades de la ciudad de Bogotá-Colombia por sus características poblacionales y demográficas. **Conclusiones:** El mapeo de activos que promueven la autogestión de la salud en la comunidad permite fomentar el ejercicio de sus derechos en virtud de sus condiciones y necesidades.

Palabras clave: Activos en salud, Mapeo de activos, Participación en la comunidad, salutogénesis y Enfermedad Crónica.

Abstract

Introduction: Chronic non-communicable diseases are the leading cause of death in the world population, limited disability, people's quality of life, and dependency. **Methodology:** Descriptive cross-sectional design with an approach to health assets in a community case management model for complex chronic patients in six locations in the city of Bogotá-Colombia due to their population and demographic characteristics. **Conclusions:** The mapping of assets that promotes self-management of health in the community allows to promote the exercise of their rights under their conditions and needs.

Keywords: Active in health, Mapping of assets, Community Participation, Salutogenesis, Chronic Disease.

INTRODUCCIÓN

La cronicidad se define como una serie de afecciones que se desarrollan de forma lenta, deteriorando significativamente el bienestar de la persona y su capacidad para realizar actividades cotidianas; además, es la principal causa de muerte en la población a nivel mundial; estas enfermedades generan discapacidad, limitan la calidad de vida de las personas, y generan dependencia y necesidad de un cuidador que también se ve impactado de manera negativa ^(1,2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2017 las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) causaron 41 millones de muertes, equivalentes al 71% de toda la mortalidad, entre los 30 y 69 años de edad; de estos 17.9 millones fueron por enfermedades cardiovasculares, 9 millones por cáncer y 1.6 millones por diabetes ⁽³⁾. Para el mismo año en Colombia, se reportó que las ECNT generaron el 70.6% de la demanda de atención en salud con personas de edades entre 27 y 59 años, en las cuales, las enfermedades circulatorias y la diabetes e insuficiencia renal crónica fueron las más prevalentes con 120.4 y 24.8 personas afectadas por cada 100.000 habitantes respectivamente ⁽⁴⁾. En Bogotá para el 2015 se reportó 20.11% de consultas y atención a las ECNT ⁽⁵⁾.

Por otra parte, el perfil demográfico del mundo y la región de las Américas evidencia la tendencia creciente de los grupos de población adulta de 60 a 79 años y los mayores de 80 años ⁽⁶⁾, fenómeno que se asocia a un mayor riesgo de coexistencia de más de una afección crónica al mismo tiempo, lo que se conoce como multimorbilidad o pluripatología ^(7,8). En Colombia, un estudio reveló que los pacientes afiliados a una aseguradora, padecen de dos o más patologías crónicas simultáneas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, osteoarticulares, cáncer, enfermedades respiratorias, entre otras ⁽⁹⁾.

Esta transición epidemiológica y demográfica demanda la transformación de los sistemas de salud para dar respuesta a las demandas especiales de cuidados y de servicios de salud específicos para este grupo de población ⁽⁶⁾. Hay un consenso global acerca de la necesidad de reorientar la atención hacia un modelo más integral que garantice su efectividad en la continuidad de los cuidados puesto que los pacientes perciben una atención fragmentada por enfermedades, especialidades y entornos que les impacta en su vivencia. La literatura ha demostrado que, a mayor número de proveedores y entornos, mayor complejidad y más necesidad de coordinación asistencial ^(10,11).

Otro componente indispensable para el abordaje de la cronicidad es la movilización recursos socio sanitarios para satisfacer las necesidades de cuidado y favorecer la calidad de vida de pacientes y cuidadores. Las personas con enfermedad crónica compleja deben hacer frente a su condición habitualmente en el domicilio, donde están la mayor parte del tiempo sin el apoyo del sistema de salud ⁽¹²⁾. Estas situaciones cotidianas conllevan a una complejidad creciente y acumulativa que no solo se extiende al manejo de síntomas y medicación, sino a las relaciones sociales, y las dimensiones emocional, económica y cognitiva ⁽¹²⁾.

El soporte social, se considera un recurso clave para abordar las necesidades complejas de cuidado porque reduce el impacto percibido de la enfermedad crónica, mejora la adaptación, la calidad de vida y favorece la continuidad de la atención en salud ⁽¹³⁾. En este contexto de complejidad, que demanda la movilización de recursos socio sanitarios, el enfoque salutogénico contribuye a la identificación de activos en salud entendidos como “cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar” ⁽¹⁴⁾. Este modelo de activos comunitarios se sustenta en una metodología que en-

fatiza el desarrollo de políticas y actividades basadas en las capacidades, habilidades y recursos de las personas y barrios; y busca identificar el mapa de activos de la comunidad para descubrir capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales existentes en el contexto ⁽¹⁴⁾. Por tanto, el objetivo del estudio es describir activos en salud orientados a la promoción del bienestar y autogestión de pacientes crónicos complejos en seis localidades de Bogotá.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño descriptivo de corte transversal con enfoque de activos para la salud en un modelo de gestión de casos comunitario para pacientes crónicos complejos. Se seleccionaron seis localidades de la ciudad de Bogotá-Colombia (Kennedy, Teusaquillo, Suba, Usaquén, Ciudad Bolívar y Chapinero), por sus características poblacionales y demográficas en las que se encuentra alta prevalencia de personas con ECNT ⁽⁴⁾.

Los activos se clasificaron en: culturales, organizacionales, espacios físicos, económicos, de persona y de asociación ⁽¹⁵⁾; teniendo en cuenta que estuvieran enfocados en la promoción del bienestar y autogestión en pacientes crónicos en el ámbito comunitario. Para la captación y recolección de información se realizó una búsqueda en la web, do-

cumentación en páginas del Instituto Distrital de Recreación y Deporte, Alcaldías Locales, Alcaldía Mayor de Bogotá y las Arquidiócesis; además, se utilizó la aplicación de Google maps para identificar otros activos y determinar su ubicación geográfica (16-18).

La información extraída se sistematizó en una base de datos por cada localidad con los activos existentes incluyendo el nombre del activo, clasificación, teléfono, dirección y barrio de contacto; estos datos fueron depurados y certificados a través de llamadas telefónicas y entrevistas directas a gestores y coordinadores de los programas permitiendo incluir el tipo de programa ofrecido a la comunidad de manera gratuita, área responsable y su propósito.

Se diseñó un software a partir de una la aplicación Web en la herramienta Visual Studio Microsoft 2017 junto con openstreetmaps que permitiera la elaboración del mapa de activos de acuerdo a la localidad, utilizando la información contenida en la base de datos de cada localidad para organizar los activos geográficamente por medio de coordenadas geográficas de longitud, latitud, y las Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ); esta últimas, subdivisiones urbanas de la ciudad a partir de las cuales se planifican las políticas y el ordenamiento territorial

de acuerdo a las necesidades poblacionales.

Los activos se organizaron en función de tres pestañas que los ubican en un primer plano del mapa de acuerdo a la localidad, UPZ y barrio, en una segunda opción desarrollada permite la consulta de activos por medio de localidad/UPZ y diagnósticos de enfermería identificados, y la última versión permite la asignación de activos a pacientes a través de un enlace con la base de datos del macro proyecto del cual se desprende este estudio, enfocado en evaluar la efectividad de un Modelo de gestión de casos para la provisión integral de servicios de salud a pacientes pluripatológicos. Finalmente, el Software permite la generación de informes y consulta de activos que han sido asignados a los pacientes, se elaboró un manual de uso del software o aplicación que permite el manejo y la modificación de los activos para su retroalimentación continúa.

El análisis estadístico se realizó mediante frecuencias absolutas y porcentajes de las variables definidas para la descripción de los activos en salud. Se tuvieron en cuenta los aspectos de la Resolución 8430 de 1993 de normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, el presente estudio es considerado sin riesgo ya que no se realizó ninguna intervención o

modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas, o sociales de los individuos (19). Este estudio cuenta con aprobación del comité de ética en investigación en seres humanos (CEISH) del Hospital de San José en mayo del 2017 (acta 9 del 24 de mayo de 2017).

RESULTADOS

Se encontraron en total 417 activos en seis localidades de Bogotá, siendo Kennedy la localidad con más activos 31.2% (130), seguido de Ciudad Bolívar con 21.1%(88); mientras que Usaquén cuenta solo con 45(10,8%). Los activos fueron clasificados en seis tipos: personas, asociaciones, organizacionales, espacios físicos, económicos y culturales. El tipo de activo, más común en las localidades fue el de Espacios físicos con un (43,2%); seguido de las Asociaciones (26.6%) y el menos prevalente fue el Cultural (4,3%). En Kennedy, la localidad más grande, se encontró el 15,3% del activo Espacios físicos, pudiendo relacionarse la dimensión de la localidad con la disposición de este activo ([Tabla 1](#)).

En cuanto a los programas que se desarrollan por cada uno de los activos, cabe resaltar que todos están orientados a fortalecer la dimensión física, social, emocional y psicológica de la población y se subdividen de acuerdo con

la tipología de activos en Espacios físicos, Asociaciones, Organizacionales, Culturales, Económicos y de Persona.

Dentro de los activos de espacio físico, se encontraron parques y escenarios que tienen libre acceso a la comunidad. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD) coordina programas que promueven estilos de vida saludable a través de las actividades físicas y deportivas, espacios culturales, y programas de rehabilitación y prevención de enfermedades cardiovasculares; todos son liderados por cada localidad desde la oficina de planeación y un profesional designado se encarga de su implementación.

Los espacios físicos incluyen parques con áreas libres destinadas a la recreación, reunión e integración que cubren necesidades de la población a diferentes escalas, como parques de bolsillo o vecinales con área inferior a 1.000m², destinada fundamentalmente a la recreación de niños y personas de la tercera edad de un barrio; parques de escala zonal, con una dimensión entre 1 a 10 hectáreas, destinadas a la recreación de un grupo de barrios, que cuentan con equipamiento especializado, como polideportivos, piscinas, canchas y/o pistas de patinaje, entre otros; parques de escala metropolitana, que tienen tamaño

superior a 10 hectáreas, destinados al desarrollo de usos recreativos activos y/o pasivos y a la generación de valores paisajísticos y ambientales, cuya área de influencia abarca todo el territorio de la ciudad (20).

Los activos de tipo asociaciones, están presentes en todas las localidades representados por instituciones de apoyo a la dimensión espiritual como las iglesias, clubes sociales, cabildos indígenas, entre otros, que cuentan con programas de fortalecimiento de la dimensión espiritual y social de la población como, grupos de oración, teatro, danza, música y tejido; actividades lúdicas y recreativas; capacitaciones y formación en salud; visitas religiosas domiciliaria y encuentros religiosos; tertulias literarias, talleres de memoria y alfabetización; y programas interculturales.

En cuanto a los activos de economía, se encontraron comedores comunitarios, ayudas socioeconómicas y los hogares día-noche en las localidades (Kennedy, Suba, Ciudad Bolívar y Usaquén), coordinados por la Alcaldía mayor quienes hacen seguimiento al cumplimiento de condiciones de las personas para acceder a los programas de alimentación al adulto mayor y personas en condición de discapacidad, servicio social de apoyo económico para adultos

mayores y al programa de seguridad económica.

Los centros día, son servicios dirigidos a personas mayores que necesitan acompañamiento social para fomentar la autonomía y el ejercicio de los derechos del envejecimiento activo, haciendo énfasis en la responsabilidad intergeneracional a través de la vinculación de las familias y la comunidad para reducir la segregación social por edadismo.

Dentro de los activos de persona, se mapearon las personas que se implican activamente en la vida de la comunidad de los barrios y que, por sus circunstancias personales o por su profesión, actitud o motivación, actúan como dinamizadoras de las actuaciones que se llevan a cabo para mejorar la situación del barrio, como estaciones de policía, gestores comunitarios, y profesionales de centros de salud que lideran programas de valoración y detección de riesgos en salud de la comunidad, programas de reducción de prácticas adversas y percepciones discriminatorias, fomentan el dialogo intergeneracional como conceptos vitales para la construcción de proyecto de vida y cumplen con servicios sociales dirigidos a adultos mayores en situación de discriminación o segregación socioeconómica.

Para activos culturales, las localidades cuentan con bibliotecas que ofrecen programas para todas las edades y orientados a las necesidades de la población por localidades como, cafés literarios, laboratorios de arte, formación en inglés e informática, talleres de memoria y tejido, clubes del adulto mayor, cine foros y coros musicales, entre otros.

Por último, los activos organizacionales identificados en las localidades tienen que ver con las entidades gubernamentales que tienen incidencia directa en la promoción de la salud poblacional, y la disposición de recursos para mejorar su bienestar como las Alcaldías locales, secretarías locales, Juntas de Acción Comunal, y sedes locales del Instituto Distrital de Recreación y Deporte. Estos enfocan sus actividades en Escuelas lo-

cales y distrital de líderes, Programas de apoyo integral a personas sin soporte social, y en planear, coordinar y liderar los programas generales de las localidades para de este modo distribuir los activos en salud, así como su tipología, de acuerdo a la densidad y distribución poblacional de la ciudad de Bogotá.

A partir de este mapeo y de las necesidades de los pacientes con ECNT, susceptibles a ser resueltas con los activos sociales en salud, se relacionaron con los siguientes diagnósticos de enfermería a fin de facilitar el trabajo de las profesionales en la comunidad: Riesgo de soledad, Aislamiento social, Deterioro de la interacción social, Déficit de actividades recreativas, y Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad.

DISCUSIÓN

La teoría de salutogénesis que desarrolló Antonovsky propone la elaboración de mapas de activos en salud y sus interconexiones como un proceso en que los propios habitantes y las entidades de las zonas vecinales (barrios o localidades) identifican las capacidades y los recursos (físicos, personales, individuales y comunitarios) que les permiten reducir las desigualdades poblacionales, y potenciar las acciones para reforzar las fortalezas y utilizarlas sustentándose en las oportunidades para mantener su sa-

lud o mejorarla. Durante este proceso, la comunidad se empodera y toma conciencia de su capacidad y responsabilidad propia para dirigir su vida en un sentido de bienestar ⁽²¹⁾.

Los activos pueden operar individualmente, en grupos, comunidad y/o población, como factores protectores y de promoción de ECNT, derivadas de los estilos de vida y posiciones de segregación, que pueden ser prescritos por profesionales como parte de su plan de cuidado para dar respuesta a las necesidades detectadas ⁽²²⁾. Los activos identifi-

cados se relacionan con los reportados por otros estudios en otros contextos donde se identifican activos relacionados con asociaciones representantes de comunidad, gestores de salud, profesionales de salud y otras áreas, apoyo religioso ⁽²³⁾ y recursos relacionados con la práctica de actividad física, el ocio y el contacto con la naturaleza ⁽²⁴⁾, cabe destacar que el acceso a los activos y su distribución en las localidades está relacionado con la densidad poblacional y del área espacial; asimismo, todos están disponibles y accesibles a la población donde se priorizan a las personas más vulnerables.

El riesgo de soledad, el aislamiento social y el deterioro de la interacción social son diagnósticos de enfermedad que se interrelacionan con los activos sociales en salud identificados en Bogotá, para la promoción del bienestar y autogestión de pacientes crónicos complejos. Estas problemáticas son prevalentes y previsibles en las personas mayores en situación de pluripatología, especialmente cuando son viudas, hiperfrecuentadoras de los servicios de salud ^(25,26) y por el aumento del deterioro en las redes sociales como consecuencia del aislamiento por la pérdida de la pareja, amigos y compañeros ⁽²⁷⁾. La revisión sistemática realizada por Chaparro et al. ⁽²⁸⁾, orientada a la comprensión de los aspectos

que influyen en los sentimientos de soledad en el adulto mayor, desvela que la soledad puede ser de tipo emocional y social; la soledad emocional se refiere a los sentimientos por pérdida de un ser querido con el que la persona compartía y ausencia de los valores o costumbres familiares y se relaciona con depresión, estrés, pesimismo, ansiedad y baja autoestima. La soledad social se relaciona con la carencia de sentido de pertenencia social y se expresa con la disminución en sus contactos con grupos sociales y las deficientes e insatisfactorias relaciones que establece.

En este contexto, el apoyo social contribuye a mitigar las condiciones de soledad y el aislamiento social asociadas a la vejez y a la cronicidad compleja. Diferentes organismos internacionales destacan la importancia de la integración de la comunidad y la disponibilidad de apoyos sociales (familia, amigos, organizaciones comunitarias, servicios sociales, políticas, programas comunitarios, educativos etc.) para el mejoramiento la calidad de vida y el logro de mayores niveles de bienestar de esta población ^(29,30). Desde esta perspectiva, el rol de la enfermería en el apoyo social, debe involucrar esfuerzos e iniciativas para favorecer movilización de activos en salud y la creación de una red responsable y duradera que proporcione apoyo emocional,

información, participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida (29,31).

En el marco del soporte social, los hallazgos del estudio evidencian la interrelación de los activos de espacio físico, asociaciones y cultura para abordar el diagnóstico de Enfermería, Déficit de actividades recreativas. Diferentes estudios describen la asociación entre la cronicidad compleja y las restricciones en la actividad física y el ocio, que afectan la calidad de vida de esta población (32). Por ejemplo, los resultados de dos meta estudios cualitativos evidencian como se modifica la vida diaria de los adultos mayores con enfermedades crónicas al tener que dedicar parte de su tiempo en exámenes y procedimientos prolongados como hemodiálisis y hospitalizaciones; además de los tiempos de desplazamiento y las implicaciones que esto trae en las dimensiones sociales y psicologías del paciente y su familia (33,34). Por tanto, la movilización de activos en salud que favorezcan el desarrollo de actividades recreativas, físicas y culturales, puede mitigar la carga de la enfermedad crónica.

CONCLUSIONES

El mapeo de activos que promueven la autogestión de la salud en la comunidad permite fomentar el ejercicio de

sus derechos en virtud de sus condiciones y necesidades. Es importante informar a la comunidad y establecer estrategias de direccionamiento por parte de las entidades de salud al uso y aprovechamiento de los activos presentes en su área geográfica para la sostenibilidad de condiciones saludables en la población general y en condición de vulnerabilidad.

Los activos pueden operar individualmente, en grupos, comunidad y/o población, como factores protectores y de promoción de ECNT, ya que actúan desde diferentes escenarios dispuestos para el abordaje de las dimensiones física, espiritual, psicológica y social de las personas como se evidencio en este mapeo; asimismo, se resalta la posibilidad de acceso a los activos y su distribución en las localidades de acuerdo a la densidad poblacional, el área espacial, y las condiciones y necesidades de sus habitantes.

A partir del mapeo en las seis localidades se diseñó un software de geolocalización de los activos de las diferentes localidades que otorga una constante actualización de datos por tipología y por diagnóstico de enfermería asociado a las necesidades de la población con ECNT. Se recomienda la replicación del mapeo y consolidación de la herramienta en las demás localidades de la ciudad para que pueda ser integrado en los programas

comunitarios liderados por la Alcaldía Distrital para el mejoramiento de las condiciones poblacionales.

CONFLICTO DE INTERESES

Todos los autores declaran que no existió conflicto de intereses en la gestación y elaboración del manuscrito.

FINANCIACIÓN

Este producto hace parte del proyecto "Efectividad de un modelo de gestión de casos para la provisión integral de servicios de salud a pacientes pluripatológicos" financiado por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia (Colciencias), a través de la convocatoria 777 para proyectos de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud — 2017, número de contrato 848-2017.

BIBLIOGRAFÍA

- MSD Salud [sede Web]. (2016) El paciente crónico. Madrid España. Consultado 22 de septiembre 2019. Disponible en: https://www.msd.com/Assets/docs/dossier_msd/el-paciente-cronico.pdf.
- Cruz Ortiz, M. Pérez Rodríguez, MC. Jenaro Río, C. Torres Hernández, EA. Cardona González, El. Vega Córdova, V. (2017). Discapacidad, cronicidad y envejecimiento: la emergencia del cuidado ante la dependencia en *Index. Enferm.*, 26(1-2): 53-57. Consultado 22 de septiembre 2019. Disponible en: http://scieloloi.ii.ii.es/scieloloi.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100012&ng=es.
- Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [sede Web]. (2018). Consultado 22 de septiembre 2019. Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Ministerio de salud y Protección Social. (2016). Análisis De Situación De Salud (ASIS) Colombia, 2017. Bogotá: Ministerio de salud y Protección Social. Consultado 22 de septiembre 2019. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf>
- El tiempo [sede Web]. (2015). En el 2020 Bogotá tendrá 300.000 mil habitantes más. Consultado 2 de noviembre 2018. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/bogota/poblacion-por-edades-de-bogota-2017-109238>.
- Organización Mundial de la Salud [sede Web]. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Consultado 13 de julio 2019. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=5C6341120D07294DF1D712D4918671F8?sequence=1
- Román, P. Ruiz-Cantero, A. (2017). La pluripatología, un fenómeno emergente y un reto para los sistemas sanitarios en *Revista Clínica Española*, 217(4): 229-237.
- Servicio de Andaluz de Salud [sede Web]. (2017). Modelo de gestión de casos, Guía de orientación de las prácticas profesionales de la gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud Sevilla: Servicio de Andaluz de Salud. Consultado 13 julio 2019. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2762/4/ModeloGestionCasos_2017.pdf
- Romero, M. Celis, S. Marrugo, R. Moreno, Y. Grosso, G. Alzate, P. (2015) Caracterización de pacientes con múltiples enfermedades crónicas desde la perspectiva del aseguramiento en Colombia en *Value in Health*,18(7).
- Morales-Asencio. JM. (2014). Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres en *Enfermería Clínica*, 24(1):23-34.
- Hernández-Zambrano, SM. Mesa-Melgarejo, L. Carrillo-Algarra, AJ. Castiblanco-Montañez, RA. Chaparro-Díaz, L. Carreño-Moreno, SP. et al. (2019). Effectiveness of a case management model for the comprehensive provision of health services to multi-pathological people en *J Adv Nurs*, 75: 665– 675. Consultado 20 abril 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.13892>
- Morilla, JC. Morales, JM. Kaknani, S. García, S. (2016). Situaciones de cronicidad compleja y coordinación socio sanitaria en *Enfermería Clínica*, 24(19): 55-60. Consultado 29 septiembre 2019. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862115001084>.
- Barrera, L. Campos, MS. Gallardo, K. Coral, RC. Hernández, A. (2016). Soporte social percibido por las personas con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares en cinco macro regiones geográficas de Colombia. *Universidad y salud*, 18(1). Consultado 20 abril 2020. Disponible en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2727>
- Mariano, H. Antony, M. Angel, L. (2010). Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Escuela Andaluz de Salud Pública en Serie Monografías EASP. Consultado 11 diciembre 2019. Disponible en: <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
- Cabeza Irigoyen, E. Artigues Vives, G. Riera Martorell, C. Gómez Alonso, M. Vidal Thomà, C. Coll Pons, M. et al. (2010). Guía para la elaboración del mapa de activos en salud en las Islas Baleares en *Consejería de Salud*. Consultado 11 diciembre 2019. Disponible en: http://cupertino.es/_proyectos/e-alvac/documents/mapa_de_activos_en_salud.pdf
- Secretaría Distrital de planeación [sede Web]. (2016). Estratificación socioeconómica Bogotá: Alcaldía mayor de Bogotá. Consultado 18 de diciembre 2019. Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/estratificacion/estratificacion-por-localidad>.
- Secretaría Distrital de Salud [sede Web]. (2015). Diagnóstico sectorial de salud Consultado 18 diciembre 2019. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/vc/empalme%20del%20Sector%20Salud%2020122016/DIRECTIVA%2009%20DE%202015/1%20%20DIAGNOSTICO%20SECTORIAL%20DE%20SALUD.pdf>

- Google Maps [sede Web]. (2005). Consultado 14 diciembre 2019. Disponible en: <https://www.google.com/maps>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (1993). Resolución No. 8430 DE 1993. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Consultado 29 septiembre 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Instituto Distrital de Recreación y Deporte [sede Web]. (2019). Bogotá D.C: Alcaldía Mayor de Bogotá; Parques tipologías. Consultado 19 marzo 2020. Disponible en: <https://www.idrd.gov.co/parques-bolsillo>
- Riera, AM. (2015). La importancia de los Activos en Salud en tiempos de crisis económica en *Index Enferm*, 24(1-2): 103-104. Consultado 29 septiembre 2018. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100024>
- Rivera de los Santos, F. Ramos, P. Moreno, C. Hernán, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud en *Rev Esp Salud Pública*, 85: 129-139. Consultado 29 septiembre 2018. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200002
- Agulló, JM. García, J. Paredes, JJ. (2019). Activos para la salud en cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer: desarrollo de un mapa de activos para la salud en *Global Health Promotion*, 9(1):1-8. Consultado 29 septiembre 2018. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757975919843076>
- Iglesias, JA. Casado, I. Postigo, S. (2019). Situación de los activos para la salud en España. Estudio descriptivo en *Index Enferm*, 28(3): 152-6. Consultado 13 de Julio 2018. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ie/e12265>
- Gené, J. Ruiz, M. Obiols, N. Oliveras, L. Lagarda, E. (2016). Social isolation and loneliness: What can we do as Primary Care teams en *Atención Primaria*, 48(9):604-609. Consultado 13 de julio 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877840/pdf/main.pdf>
- Serrano, M. (2017). Atención psicosocial en relación con el sentimiento de soledad en el paciente crónico complejo de edad avanzada que vive solo: la repercusión en su estado anímico, capacidad funcional y funcionamiento social en *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 1: 4-19.
- Guzmán, JM. Huenchuan, S. Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual en *Notas de Población*, XXIX (77): 17-35. Consultado 13 de julio 2018. Disponible: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/111362/12750/np77035070_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chaparro, OL. Carreño, SP. Arias, M. (2019). Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería en *Rev. Cuid*, 10 (2). Consultado 05 marzo 2020. Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/633/1103>
- Hernández, SM. (2019). Redes de apoyo social en la vejez: valoración e intervenciones de Enfermería en Cuidado de la Salud Mental: Herramientas teóricas y prácticas. 1ª ed. Bogotá: Fundación Universitaria De Ciencias De La Salud; p.45-50.
- Arias CF. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación en *Revista de Psicología da IMED*, 1(1): 147-158.
- Fernández, AR. Manrique, FG. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor en *Enfermería Global*, 9(2). Consultado 18 de febrero 2020. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/107281>
- Mesa-Melgarejo, L. Carrillo, AJ. Moreno, F. (2013). La cronicidad y sus matices: estudio documental en *Investigación en enfermería, imagen desarrollo*, 15(2):95-114.
- Mesa-Melgarejo, L. Carrillo-Algarra, AJ. Castiblanco, RA. Reina, LM. Ávila, TM. (2017). Terapias de sustitución de la función renal: meta estudio y síntesis de evidencias cualitativas en *Aquichan*, 17(3): 328-352.
- Hernández-Zambrano, SM. Hueso, C. Montoya, R. Gómez, J. Bonilla, C. (2016). Meta estudio cualitativo sobre vivencias y gestión del cotidiano en adultos mayores que padecen enfermedades crónicas en *Cultura de los Cuidados*, 20(44):75-90.

TABLAS Y ANEXOS

Tabla 1. Relación de activos por tipo y localidad.

LOCALIDAD	TIPO DE ACTIVO	n=417	%	DETALLE DE ACTIVOS
Kennedy 130 (31,2)	Espacio físico	64	15,3	Parques de escala vecinal (47) Parques de escala zonal (7) Parques de bolsillo (6) Parques de escala metropolitana (4)
	Asociaciones	42	10,1	Iglesias (34) CREA (Centros de formación y creación artística) (2) Club social (1) Consejo Local de Discapacidad (1) Comité Operativo de Envejecimiento y Vejez (1) Otros (3)
	Economía	12	2,9	Comedor comunitario (10) Subsidio económico (Centro de desarrollo comunitario) (2)
	Organización	5	1,2	Gubernamentales (subdirector de integración social, secretaria, JAC, Alcaldía local) (4) Estación de policía (1)
	Persona	4	1,0	Gestores territoriales (4)
	Cultura	3	0,7	Bibliotecas (3)
Ciudad Bolívar 88 (21,1)	Espacio físico	45	10,8	Parque de escala vecinal (27) Parques de escala zonal (11) Parques de bolsillo (7)
	Economía	19	4,6	Comedor comunitario (16) Centro día (2) Centro comunitario (1)
	Asociaciones	11	2,6	Iglesias (10) Club social (1)
	Organización	5	1,2	Estación de policía (1) Gubernamentales (IDRD, subdirector de integración social, secretaria, alcaldía local) (4)
	Cultura	4	1,0	Bibliotecas (4)
	Persona	4	1,0	Gestores territoriales (4)
	Espacio físico	21	5,0	Parques de escala vecinal (10) Parques de escala zonal (7) Parques de bolsillo (3) Parques de escala metropolitana (1)

Suba 54 (12,9)	Asociaciones	16	3,8	Iglesias (14) Cabildo Indígena Muisca (1) Club social (1)
	Persona	5	1,2	Gestores territoriales (5)
	Organización	5	1,2	Estación de policía (1) Gubernamentales (IDRD, subdirector de integración social, secretaria, alcaldía local) (4)
	Cultura	4	1,0	Bibliotecas (4)
	Economía	3	0,7	Comedor comunitario (2) Servicio de apoyo para la seguridad económica (1)
Teusaquillo 50 (12)	Asociaciones	16	3,8	Iglesias (15) Club social (1)
	Espacio físico	13	3,1	Parques de escala vecinal (10) Parques de escala metropolitana (2) Parque de escala zonal
	Persona	11	2,6	Gestores comunitarios (4) Asesores de la vejez (3) Gestor territorial (2) Equipo jurídico (1) Líder de servicio (1)
	Organización	6	1,4	Estación de policía (1) Gubernamentales (subdirector de integración social, secretaria, alcaldía local, IDRD) (5)
	Cultura	2	0,5	Bibliotecas (2)
	Economía	2	0,5	Subsidio económico (1) Centros día (1)
Chapinero 50 (12)	Espacio físico	20	4,8	Parques de escala vecinal (17) Parque de escala zonal (2) Parque lineal (1)
	Asociaciones	11	2,6	Iglesias (11)
	Economía	8	1,9	Comedores comunitarios (6) Subsidio económico (Centro de desarrollo comunitario) (2)
	Organización	5	1,2	Estación de policía (1) Gubernamentales (IDRD, subdirector de integración social, secretaria, alcaldía local) (4)
	Persona	4	1,0	Gestor territorial (2) Equipo jurídico (1) Líder de servicio (1)
	Cultura	2	0,5	Bibliotecas (2)
	Espacio físico	17	4,1	Parques de escala vecinal (11) Parques de escala zonal (5) Parques de escala metropolitana (1)
	Asociaciones	15	3,6	Iglesias (15)

Usaquén 45 (10,8)	Organización	5	1,2	Estación de policía (1) Gubernamentales (IDRD, subdirector de integración social, secretaria, alcaldía local) (4)
	Persona	3	0,7	Gestor territorial (2) Líder de servicio (1)
	Cultura	3	0,7	Biblioteca (3)
	Economía	2	0,5	Subsidio económico (Centro de desarrollo comunitario) (1) Centro día (1)