

Salud Comunitaria basada en activos

Andalucía

Autoría

Mariano Hernán García¹

Adrián Cardo Miota^{1,2}

Juan Francisco Barranco Tirado²

Carlos Belda Grindley¹

Eva Páez Muñoz¹

Susana Rodríguez Gómez²

Nieves Lafuente Robles²

Revisión del documento

Monserrat Román Cereto²

Rafael Ángel Maqueda²

María Pilar Baraza Cano²

M^a Dolores Fernández Pérez³

Pablo García-Cubillana de la Cruz^{2,3}

Sara Calderón Larrañaga⁴

Blanca Valls Pérez²

Jesús Sepúlveda Muñoz²

Rafael Cofiño Fernández¹

Francisco Díaz Expósito²

Blanca Botello Díaz²

Teresa Iriarte de los Santos³

Agradecimientos

José Díaz Borrego² y Covadonga Monte Vázquez³

Créditos

Proyecto realizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública en colaboración con el Servicio Andaluz de Salud.

ISBN

Número: 978-84-09-06960-6

Edita:

Escuela Andaluza de Salud Pública

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.



Ilustraciones

Julia Campello Coll²

Maquetación

Juan A. Castillo Guijarro¹



1 Escuela Andaluza de Salud Pública.

2 Servicio Andaluz de Salud.

3 Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

4 National Health Service. United Kingdom.

Índice

Glosario de términos	2
Introducción	6
Salud comunitaria basada en activos.....	9
Necesidades y activos: dos platos de la misma balanza	9
Los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sociales en salud	10
Promoción de la salud	13
Salutogénesis	13
Salud comunitaria y activos para la salud	14
¿Qué es el mapa de activos?	16
Participación comunitaria en salud	17
¿Por qué salud comunitaria basada en activos?.....	18
Identificación y mapeo de activos	20
Proceso para desarrollar un mapeo de activos para la salud comunitaria.....	20
FASE 1 - Formación del grupo promotor	22
FASE 2 - Diagnóstico de salud	23
FASE 3 - Planificación del mapeo de activos.....	24
FASE 4 - Mapeo de activos	26
FASE 5 - Conexión entre activos y acción	27
FASE 6 - Devolución a la comunidad y difusión de la información.....	28
FASE 7 - Recomendación comunitaria	29
Algunas sugerencias para el mapeo de activos.....	32
Referencias.....	35
Anexos.....	39
Anexo 1. Técnicas de recogida de información.....	39
Anexo 2. Fichas.....	41

Glosario de términos

Adaptado de los glosarios de términos de la OMS (WorldHealthOrganization. Division of HealthPromotion, Education, and Communication. (1998). Promoción de la salud : glosario.Ginebra :Organización Mundial de la Salud.<http://www.who.int/iris/handle/10665/67246>; y la Alianza de Salud Comunitaria <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/glosario/>

Abogacía por la salud

Advocacyforhealth

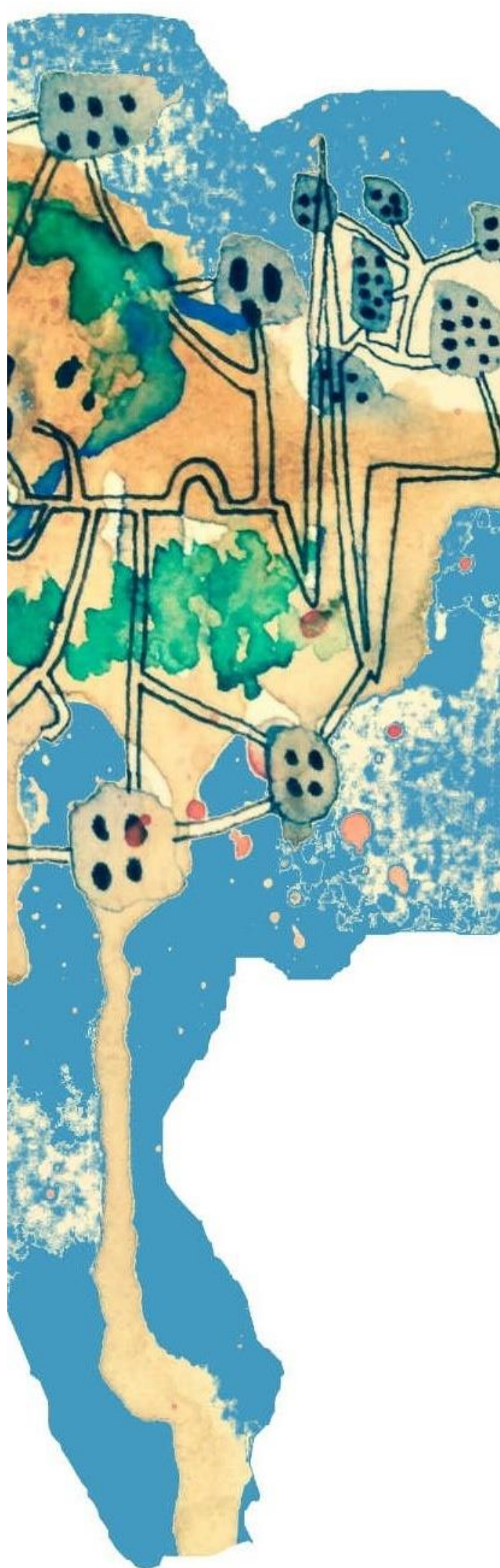
Una combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud, con el de crear condiciones de vida que conduzcan a la salud y a la adquisición de estilos de vida sanos.

Acción comunitaria/Procesos comunitarios¹

Dinamización de las relaciones sociales de cooperación entre las personas de undeterminado ámbito o espacio deconvivencia con el objetivo de mejorar elbienestar cotidiano de los mismos (Rebollo, O. y Carmona, M. 2009)

Acción local en salud

Abordaje en Salud en Todas las Políticas (STP) a nivel local y comprende un conjunto de actuaciones orientadas a situar la política y las acciones de salud



(prevención, promoción y protección) en el escenario más cercano a la población, posibilitando las sinergias de las políticas públicas, la implicación del sector privado y de la ciudadanía, con el liderazgo de los gobiernos locales. Su instrumento es el Plan Local de Salud.

Activo para la salud

Cualquier factor o recurso que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud.

Estos recursos presentes en la comunidad pueden actuar a nivel individual, familiar y/o comunitario y tienen como denominador común la capacidad de fortalecer la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud física, psíquica y social y contrarrestar situaciones de estrés.

Agentes de la comunidad

Administración, diferentes sectores e instituciones (servicios sociales, sanitarios, educativos...) y ciudadanía (tanto asociaciones como ciudadanía).

Comunidad

Población que convive en un espacio geográfico concreto (barrio, pueblo, mancomunidad, ciudad...), que cuenta con determinados recursos y que expresa o no determinadas demandas y necesidades.

Desigualdades sociales en salud

Aquellas diferencias en salud, injustas y evitables, que se producen entre grupos poblacionales, definidos por factores sociales, económicos, demográficos y/o geográficos. Estas diferencias se

producen fruto de la desigual distribución de los recursos con los que contamos, afectando de manera diferencial a las personas en función de una serie de ejes de desigualdad, con un impacto transversal en las mismas: clase social, edad, etnia, género, territorio.

Determinantes sociales de la salud

Condiciones sociales en las que las personas nacen, viven y se relacionan, y en las que transcurre su vida y que tienen un impacto en la salud del individuo y/o de la comunidad. A diferencia de factores individuales que actualmente se consideran inalterables, como los genéticos, muchos determinantes sociales de la salud sí son susceptibles de modificación, pues dependen de políticas adaptadas a diferentes niveles, desde el más local al más macropolítico. A estos factores se les denomina también "las causas de las causas"

Educación para la salud

Oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduce a la salud individual y de la comunidad.

Equidad en salud

Estado en el que todos los hombres y mujeres pueden alcanzar su máximo potencial de salud independientemente de razones geográficas, étnicas, culturales, sociales, de género, discapacidad u otras circunstancias determinadas por factores sociales.

Intervención comunitaria

Intervención realizada en y desde la comunidad mediante un proceso comunitario y que difiere de otro tipo de intervenciones en las que la comunidad actúa únicamente como receptora de la intervención.

Participación comunitaria

Implicación de una comunidad en el análisis, diseño, puesta en marcha y evaluación de procesos comunitarios que respondan a sus necesidades de salud, estableciendo objetivos compartidos y actuando cooperativamente. Facilita el empoderamiento en salud la implicación activa de la ciudadanía y de otros agentes clave, y aumenta la capacidad de influir sobre los determinantes de la salud. El derecho a la participación se reconoce en múltiples textos normativos.¹

Prescripción social / Recomendación comunitaria

Término derivado del inglés “social-prescribing” que se refiere al proceso por el cual un profesional sanitario recomienda un activo de la comunidad al paciente para mejorar su bienestar, salud percibida o enfocado a la resolución de un problema, en el contexto de la consulta (Brandling y House, 2009) Hay diferentes tipos de recomendación comunitaria, que van de la recomendación de una actividad comunitaria, a la implantación de un sistema de recomendación comunitaria con catalogación de las mismas y posibilidad de evaluación del impacto en salud.

Promoción de la salud

El proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Desde la Carta de Ottawa de 1986 se considera que la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud basada en activos enfatiza la aplicación del modelo de activos en los procesos comunitarios revitalizando los términos de intersectorialidad, salud positiva, participación, equidad y orientación a los determinantes de la salud.

Recurso de salud

Cualquier elemento relacionado con las personas, los lugares, diferentes instituciones u organizaciones, que puede ser utilizado para promover la salud o responder a sus necesidades y mejorar la calidad de vida y el bienestar de la comunidad o las personas que la integran.

La diferencia entre activo y recurso es que un recurso puede no estar siendo utilizado para generar salud y un activo claramente sí genera bienestar.

Red local de salud

Un espacio común que posibilita la conexión e interacción entre los agentes de la comunidad

¹ Textos normativos: Ley de Salud Pública de Andalucía y Ley de Participación en Andalucía.

(administración, diferentes sectores e instituciones y ciudadanía) y facilita su colaboración estable y sistemática evitando duplicidades y fomentando el trabajo conjunto.

Salud comunitaria y Acción comunitaria para la salud²

Expresión colectiva de la salud de los individuos y grupos en una comunidad determinada por la interacción entre las características de los individuos, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales.

Acción Comunitaria para la Salud

Todas las acciones individuales, colectivas e intersectoriales orientadas a ese esfuerzo.

Salud Comunitaria basada en activos

Trabajo desde un modelo de promoción de la salud en el que un elemento vital es la generación de políticas y entornos que favorezcan que las personas puedan tomar decisiones saludables y sean reforzadas para actuar sobre sus determinantes de la salud, con una perspectiva de equidad, participación y fortalecimiento de la comunidad, ejerciendo un protagonismo importante de aquellos sectores no sanitarios, con la utilización de metodologías basadas en conocimiento científico – para el análisis, priorización, intervención y evaluación- y reforzando y dinamizando los propios

recursos/activos para la salud existentes a nivel local.

Salud en Todas las Políticas (STP)

Es un enfoque para las políticas públicas en todos los sectores (no solo el de salud) que, de manera sistemática, tiene en cuenta las implicaciones en la salud que tienen las decisiones que se toman, busca sinergias y evita impactos perjudiciales la salud, con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud.

Se sustenta en el abordaje de los determinantes sociales como un puente entre las políticas y los resultados en salud.

Salutogénesis / Visión salutogénica

Forma de aproximación positiva a la salud, que pone el foco en los factores que originan y mantienen la salud y sobre los que se centra su enfoque de intervención (en contraposición a la visión patogénica, que se centra en los factores que causan la enfermedad y en pretender erradicarlos).

² Como proponen Sobrino, C. Hernán, M. y Cofiño, R. (2018) el término salud comunitaria se definiría mejor en nuestro contexto como “acciones para mejorar la salud de la comunidad” o más simplemente, “acción comunitaria para la

salud” y “acción comunitaria en salud”, por ello, consideramos que estos términos están íntimamente relacionados.



Introducción

Las estrategias para la Renovación de la Atención Primaria de Salud, implican procesos de cambio y reflexión sobre preguntas clave a las que pretende dar respuesta esta Guía de Salud Comunitaria Basada en Activos (SCBA).

*¿Por qué abordar la salud desde la comunidad?
¿Depende la salud de las instituciones sanitarias?
¿Es el comportamiento de cada persona lo que genera o mantiene su salud? ¿Hay otros factores determinantes de la salud alternativos al comportamiento y a los servicios de salud?
¿Nuestro barrio o pueblo tiene influencia en nuestra salud? ¿La participación de la población en las decisiones sobre su salud tanto a nivel individual como colectivo determina el bienestar y la salud en la comunidad? ¿Podemos coproducir salud conjuntamente instituciones, organizaciones, profesionales y ciudadanía?*

La respuesta que hoy necesitamos para el fortalecimiento de una atención a la salud debe sustentarse en la evidencia, potenciando la participación y el abordaje comunitario. De ello depende la mejora de la calidad de los programas e intervenciones de promoción de salud comunitaria.

El mapeo de activos para la salud consiste en la identificación de las riquezas de la comunidad que generan salud entre sus integrantes a través de un proceso participativo, de naturaleza intersectorial, en contextos locales y con una visión salutogénica (Hernán et al, 2010).³

Con el mapeo y la identificación de activos de la comunidad buscamos obtener "la expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad, en la que nos interesa comprender la interacción entre las características individuales y familiares, los factores del medio social, cultural y ambiental, así como el papel de los servicios de salud y las políticas"(Suárez et al., 2016).

Estamos ante el reto de hacer un buen análisis de la situación de salud (diagnóstico de necesidades de la población) y de las fortalezas comunitarias o activos del barrio o el pueblo, mediante una metodología de mapeo de activos que nos permita idear acciones transformadoras para mejorar el bienestar y la salud por medio de un proceso comunitario.

Las "mesas locales de salud", las "redes locales de salud", los "planes de acción local en salud", las "plataformas de participación ciudadanas para la salud" son ejemplos de alianzas capaces de desarrollar este tipo de procesos en barrios y pueblos.

La presente guía, tiene la vocación de orientar: a) el diagnóstico del estado de salud de la comunidad, b) el mapeo e identificación de activos para la salud, c) la estrategia para la integración de los

activos en los sistemas de información de los servicios de salud (y otros), d) los mecanismos para la promoción y educación para la salud y e) la prescripción o recomendación social de los activos comunitarios; y hacerlo desde el convencimiento de que las causas de la mayoría de los problemas de salud atendidos en las consultas de atención primaria son multifactoriales y, por tanto, también tiene que serlo el abordaje.

Los objetivos de un mapeo de activos van más allá de la elaboración de un catálogo de recursos con el que poder realizar "prescripción social". El mapeo de activos puede ser generador de capital social (Morgan y Hernán, 2013) y favorece que surjan "*nuevas colaboraciones o procesos de participación comunitaria*" (Cabeza et al., 2016). Las personas asumen un papel protagonista en relación a su salud (Attree, 2011), lo que potencia el empoderamiento de la comunidad, la coproducción de salud (Loeffler, 2013) y la transformación social.

La orientación comunitaria basada en activos facilita el logro de **objetivos** vinculados a:

1. **Procesos de participación comunitaria** en los que se busca que las relaciones y el conocimiento mutuo generen bienestar.
2. **Procesos de recomendación de activos comunitarios** (prescripción social) en los que el personal sanitario, el personal de otros servicios y organizaciones, así como la ciudadanía comparten los activos

³En esta línea, se desarrolla por parte de la Consejería de Salud una "Estrategia de Activos para la Salud en Andalucía" con el que se pretende dar respuesta al 3º compromiso del IV PAS:

"Generar y Desarrollar los Activos de Salud de nuestra Comunidad y ponerlos a disposición de la sociedad andaluza.

identificados con el objetivo de mejorar el bienestar de la persona atendida.

3. **Procesos que favorezcan el cambio de una perspectiva individualista (mi territorio) a una visión colectiva e interprofesional (nuestro territorio).**
4. **Procesos generadores de salud que permitan el empoderamiento de la comunidad que posibiliten a la ciudadanía aumentar sus conocimientos y la percepción de control sobre la realidad que los rodea y los factores que influyen en su bienestar y calidad de vida, a la vez que mejore la cohesión social de la comunidad.**

Este documento consta de dos epígrafes, en el primero se revisan conceptos básicos sobre SCBA y en el segundo epígrafe se trata sobre el procedimiento de identificación y mapeo de activos aportando una orientación metodológica para profesionales sanitarios y para otros profesionales que trabajan con las comunidades.



Salud comunitaria basada en activos

Para poder entender con mayor claridad el proceso que se recoge en esta guía es importante acercarnos a algunos conceptos claves:

Necesidades y activos: dos platos de la misma balanza

El proceso de búsqueda de activos en la comunidad permite mirar la realidad social, la salud y el bienestar de las personas en su lugar de vida y por otro lado, idear acciones transformadoras.

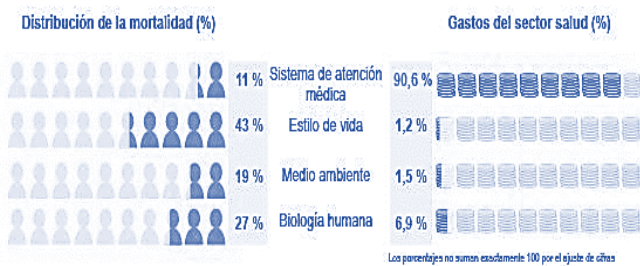
Este proceso debe entenderse como una fuente de fortalezas que: ayuda a comprender la realidad sobre el estado de salud de la comunidad, sus necesidades y sus riquezas; exige la colaboración de diferentes actores en la comunidad, institucionales y no institucionales; necesita de la participación de la comunidad y de los individuos; crea capital social; otorga oportunidades para nuevas alianzas y mejora el conocimiento general sobre el barrio o pueblo y sus recursos.

Antes de realizar un mapeo, es recomendable tener un diagnóstico de la salud de la comunidad; una visión preliminar y a vista de pájaro *que permita identificar y sintetizar la información relevante sobre salud y determinantes* (Pineault, 1990)

Los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sociales en salud

La salud de las poblaciones está condicionada, no sólo por los servicios de salud, sino por diferentes factores que la determinan, como sabemos desde los trabajos de Dever, difundidos desde Canadá por Lalonde(1974) (fig.1).

Figura 1. Gastos federales en Canadá en el sector salud (1974/78)



Fuente: Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians. A working document (1981). (Lalonde, 1981)

Pese a las lógicas aportaciones del informe Lalonde hay que tener en cuenta, como señala Andreu Segura (2012), la hipertrofia de la importancia de los estilos de vida versus las condiciones de vida. “La visión que más ha calado en el sistema sanitario es la de Marc Lalonde, inspirada en la aproximación voluntariamente reduccionista de Laframboise. Visión explicativa, pero que condujo a una medicalización de los estilos de vida por parte del sistema sanitario, con el consiguiente encarecimiento y, por desgracia, con muy poca repercusión en las conductas saludables, en su caso incluso a costa de incrementar las desigualdades. El modelo apenas aborda una reflexión profunda sobre la importancia de los determinantes sociales

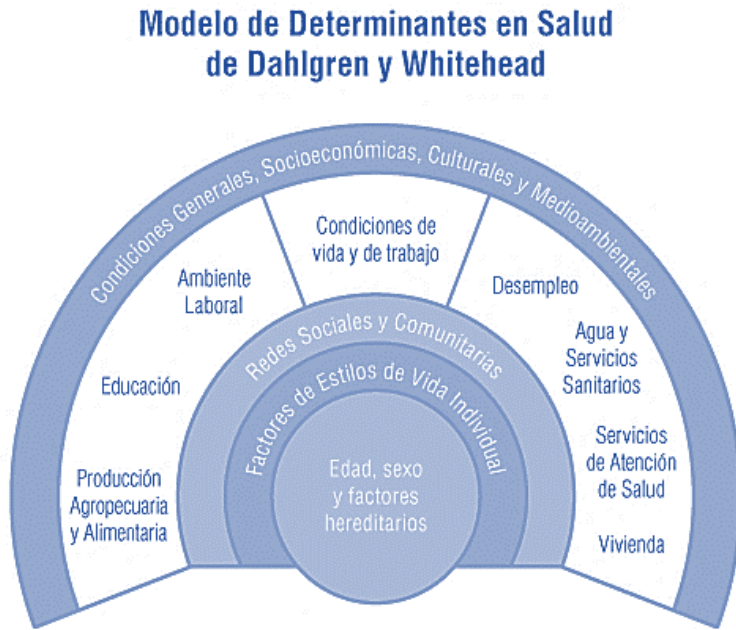
en la salud, las condiciones de vida, y se queda en la superficie, en el abordaje de los estilos de vida”

La evidencia nos muestra que los factores sociales, como las condiciones económicas, culturales, educativas, sanitarias y la cohesión social, así como los factores ambientales, los recursos disponibles y la interrelación entre todos ellos, tienen peso en la determinación del grado de salud y de bienestar de una población (CSDH, 2008). Se sabe que la comunidad, entendida como el entramado de personas, instituciones y recursos materiales y ambientales, puede influir en los factores determinantes de su salud (Wilkinson, 2011; Villalonga-Olives, 2015). Desarrollar el máximo potencial de las personas de la comunidad puede facilitar el bienestar de la misma.

Existen diversos modelos teóricos que estudian estos determinantes de la salud. Los determinantes conforman capas de influencia, que van desde la edad, el sexo y factores hereditarios hasta las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales. Las inequidades en salud son resultado de la interacción de estos niveles de determinantes, influyendo las capas más externas sobre aquellas que se encuentran por debajo, tal y como desarrollan Dahlgren y Whitehead (fig.2).

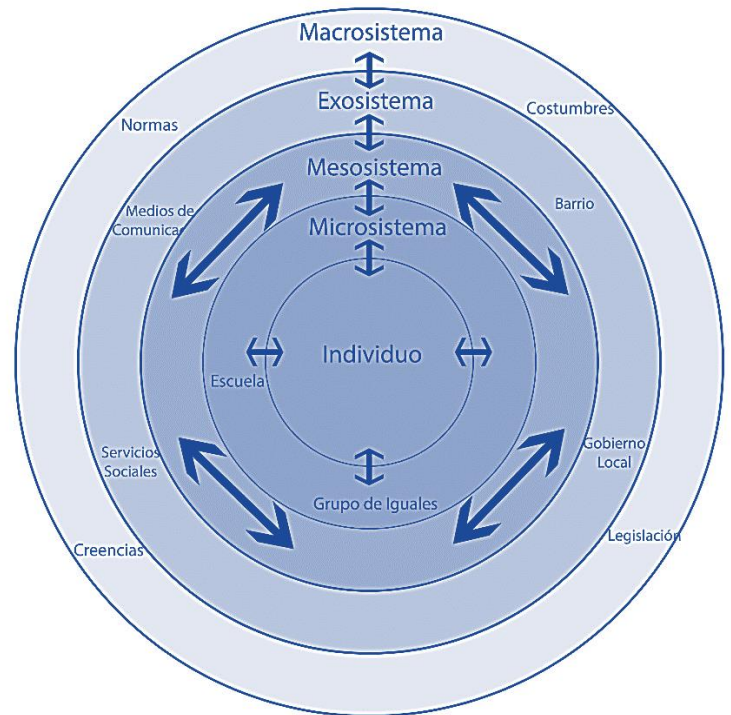
Por otro lado, desde la perspectiva de la ecología de desarrollo humano de Bronfenbrenner, se construyen marcos conceptuales ligados a la pedagogía, poniendo énfasis en esta mirada de los factores predictores, identificados a niveles: micro, meso, exo y macro sociales (fig.3).

Figura 2. Modelo de Dahlgren y Whitehead de producción de inequidades en salud.



Fuente: Dahlgren, G. & Whitehead, M. Policies and strategies to promote social equity in health (1991)

Figura 3. Modelo de Bronfenbrenner de ecología del desarrollo humano.

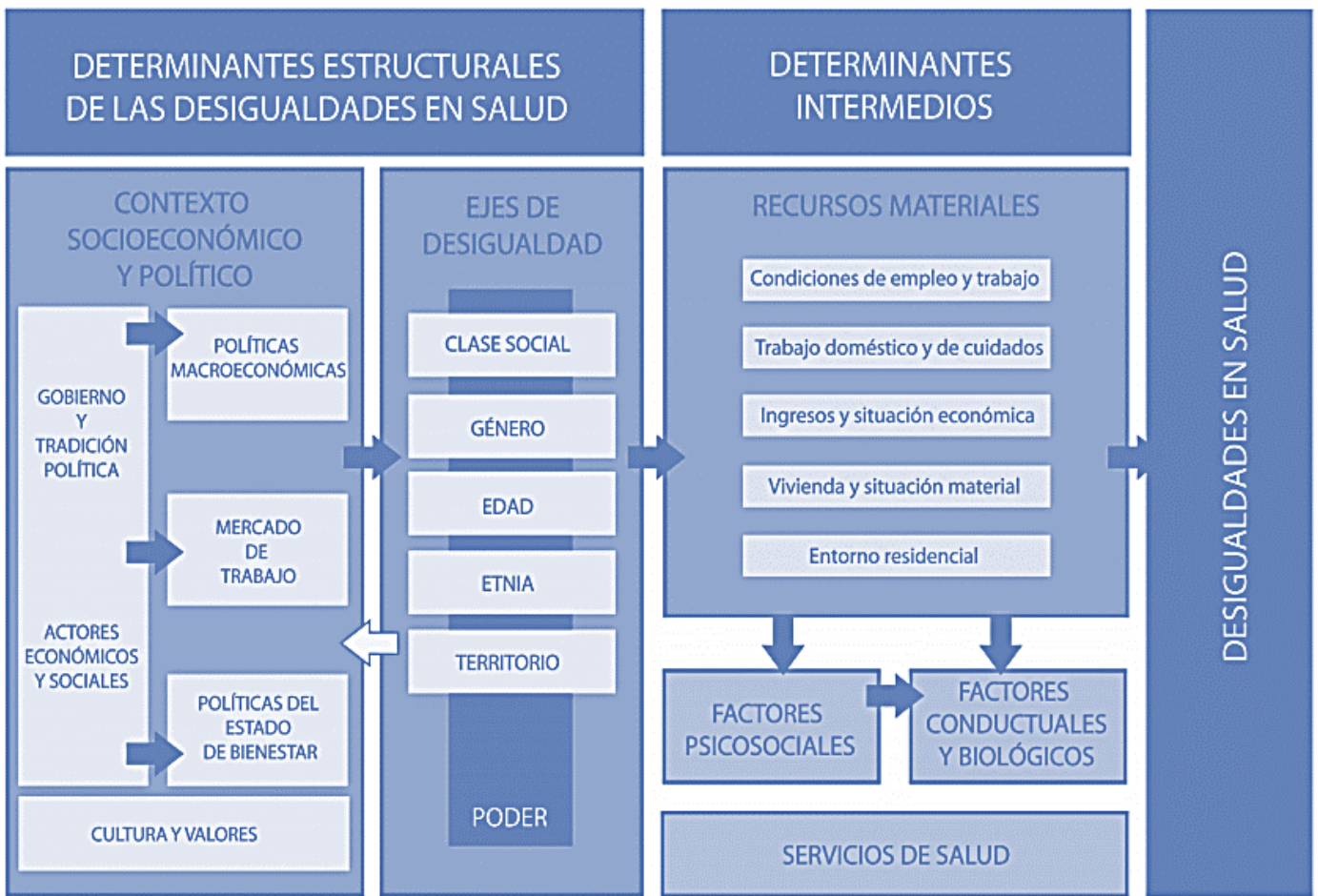


Fuente: Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of Human Development. Cambridge, Harvard University Press. (Trad.Cast.: La ecología del desarrollo humano. Barcelona, Ediciones Paidós, 1987).

La Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015) elaboró una propuesta basada en trabajos previos desarrollados por Solar e Irwin y Navarro (Navarro, 2004; Solar e Irwin, 2007) denominada Marco conceptual de los

determinantes de las desigualdades sociales en salud. El modelo muestra la influencia de los factores estructurales sobre los determinantes intermedios y éstos a su vez sobre las desigualdades en salud. (Fig.4).

Figura 4. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud



Fuente: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España(2015).

Promoción de la salud

Promover que la comunidad tenga control sobre los factores determinantes de su salud y hacer que las opciones sanas sean más fáciles fueron dos visiones y compromisos de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (WHO, 1986), y en consecuencia, la promoción de la salud se plantea como una manera de pensar en salud que implica:

- Elaboración de una política pública saludable.
- Creación de ambientes favorables.
- Reforzamiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de las aptitudes y habilidades personales para la salud.
- Reorientación de los servicios sanitarios.

Esta perspectiva, junto con las teorías salutogénicas, conectan y sirven de marco conceptual para los enfoques comunitarios basados en activos.

Salutogénesis

Aaron Antonovsky elaboró una teoría a partir de sus primeros trabajos recogidos en *Unraveling the Mysteries of Health* (Antonovsky, 1987). La Teoría de la salutogénesis se centra en la identificación y comprensión de aquello que genera salud, en lugar de la tradicional mirada hacia lo que produce enfermedad.

Para esta manera de mirar a las personas y su salud, los Recursos Generales de Resistencia (GRR) son los factores biológicos, materiales y

psicosociales que facilitan construir experiencias en la vida, percibidas como consistentes, coherentes y estructuradas. El Sentido de la Coherencia (SOC) es, según el modelo salutogénico, la capacidad para utilizar dichos recursos y el SOC se construye por la relación entre tres factores:

- **Comprensibilidad:** capacidad de la persona para entender lo que pasa.
- **Manejabilidad:** visión que tiene la persona de sus propias habilidades para manejarlo.
- **Significatividad:** capacidad de la persona para convertir lo que hace en satisfactorio y con significado para su propia vida.

El principal hallazgo de Antonovsky fue la identificación de estos factores del SOC y la relación existente entre un SOC alto y una alta percepción de calidad de vida. (Hernán et al., 2010)

Eriksson y Lindström (2008) realizaron la representación gráfica de la metáfora del río de la vida de Antonovsky comparando la visión patogénica con la perspectiva salutogénica y mostrando el desarrollo de la Salud Pública hacia la Promoción de la Salud, con sujetos activos y responsables que sacan partido a las situaciones que mejoran su SOC.

Desde un punto de vista patogénico la vida es un río embravecido que finaliza en una cascada y la muerte. Sin embargo, en el modelo salutogénico en el río de la vida merece la pena mirarlo aguas arriba; el agua fluye y cada persona aprende a nadar ante los riesgos, utilizando los recursos generales de resistencia aprendidos y los activos disponibles.

Figura 5. El río de la vida



Fuente: Rivera et al (2011), adaptado de Eriksson y Lindström (2008).

Salud comunitaria y activos para la salud

Cuando hablamos de salud comunitaria hacemos referencia a la expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad definida, que expresa ciertas demandas y necesidades y cuenta con determinados recursos o activos. Estos activos están determinados por la interacción entre las características individuales y familiares, el medio social, cultural y ambiental, así como los servicios de salud y la influencia de factores sociales y políticos.

Los recursos que la propia comunidad reconoce como riquezas son los denominados activos para la salud, es decir, cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, grupos, comunidades, poblaciones sistemas sociales e

instituciones para mantener la salud y el bienestar y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud (Morgan y Ziglio, 2007).

Son los recursos reconocidos por la comunidad como riquezas para mantener y mejorar su bienestar.

Los activos para la salud de una comunidad se pueden categorizar de diversas formas; una muy extendida es el modelo de Desarrollo Comunitario Basado en Activos (ABCD) de Kretzman y McKnight (1993), (Cuadro 1)

La conceptualización de activos para la salud sigue la lógica de hacer fáciles y accesibles las opciones sanas, orientadas al bienestar, crecimiento o envejecimiento saludable y a la protección de la salud.

Cuadro 1. Activos para la salud y desarrollo comunitario basado en activos.

Activos de los individuos	Lo que pueden aportar a nivel individual para mejorar la salud de la comunidad.
Activos de las asociaciones	Grupos formales e informales
Activos de las organizaciones	Servicios sociales, educativos, sanitarios...
Activos físicos	Espacios verdes, edificios, ...
Activos económicos	Negocios, empresas, comercios locales, ...
Activos culturales	Talentos locales que reflejen su identidad y valores: música, teatro...

Fuente: Hernán et al. (2013), adaptado de Kretzman y McKnight (1993).

Figura 6. Conexión necesidades y activos



Fuente propia

Este enfoque incorpora el modelo deABCD, identificando las capacidades de la comunidad para emplearlas como parte del proceso de empoderamiento y participación. En el ABCD el trabajo comunitario en el campo de la promoción de la salud se apoya el concepto de capital social o grado de cohesión social que existe en las

comunidades y los procesos entre personas que establecen redes, normas o compromisos sociales y facilitan la coordinación y cooperación para su beneficio mutuo. El desarrollo comunitario basado en activos precisa sistematización, para que el desarrollo de intervenciones comunitarias se sustente en la identificación rigurosa de las

capacidades (talentos) y los recursos de los individuos y poblaciones, poniendo énfasis en las miradas desde la administración local, las administraciones públicas y los recursos profesionales y técnicos de diversos ámbitos, las organizaciones sociales y, en especial, la ciudadanía actuando de manera formal o no formal.

Aparte de la definición de salud comunitaria arriba propuesta, a partir del trabajo de Sobrino, Hernán y Cofiño, (2018) nos parece procedente señalar que cuando decimos que “hacemos” *salud comunitaria* realmente lo que estamos queriendo decir es que se trabajamos “un proyecto para mejorar el estado de salud y el bienestar de una comunidad”. Este apunte, aparentemente irrelevante, puede ayudarnos a entender la relación que guardan las acciones que se desarrollan en una comunidad desde el sector sanitario con aquellas otras que se desarrollan desde otros sectores (cultura, educación, servicios sociales o medio ambiente).

Al mismo tiempo, estos autores consideran que podría ser más apropiado hablar de “acciones comunitarias” que de “intervenciones comunitarias”. De esta forma, el término *salud comunitaria* se definiría mejor en nuestro contexto como “acciones para mejorar la salud de la comunidad”, “acción comunitaria para la salud”, “acción comunitaria en salud, o como se prefiere definir desde sectores ajenos al sanitario “acción comunitaria” o “acciones para mejorar el bienestar de la comunidad”, evitando el uso de un término muy cargado de connotaciones específicamente sanitarias como es el de “salud” y empleando en su lugar otro mucho más amplio como es “bienestar”.

¿Qué es el mapa de activos?

El mapeo de activos para la salud consiste en la **identificación** de las riquezas y los recursos de la comunidad que generan salud entre sus integrantes a través de un **proceso participativo** y centrado en lo que nos hace estar sanos (Hernán et al., 2013).

Por eso con el mapeo y la identificación de activos de la comunidad buscamos obtener “la expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad, en la que nos interesa comprender la interacción entre las características individuales y familiares, los factores del medio social, cultural y ambiental, así como el papel de los servicios de salud y las políticas”. (Suárez et al., 2016).

Por ello, el mapa de activos no es solo un inventario de los recursos de una comunidad, sino que ha de entenderse como un proceso de empoderamiento, capacitación, participación y responsabilidad sobre la salud y el bienestar no solo individual, sino que implica a los sectores de la sociedad civil de un lugar concreto.

Asimismo, el mapeo de activos debe entenderse también como una parte más de un proceso comunitario. En lugares donde se quiera iniciar una intervención comunitaria, puede entenderse como una herramienta con la que servir de conexión a los diferentes agentes comunitarios, con los que se trabajará posteriormente.

Participación comunitaria en salud

Podríamos definir la participación comunitaria en salud como el proceso por el que individuos, familias y asociaciones asumen responsabilidades en cuanto a su salud-bienestar y el de la colectividad. Esto les permite ser agentes que contribuyen en su propio desarrollo y a su vez mejorar su capacidad de contribuir en los procesos de generación de salud comunitaria.

Entendemos que el empoderamiento en salud implica una nueva mirada entre personas, servicios y recursos de la comunidad, buscando las sinergias que permitan la *coproducción* de salud.

Algunas de las características de la participación de la persona en procesos de promoción de la salud comunitaria implican que sea:

- **Activa** desde el diseño y análisis de situación hasta su puesta en marcha y evaluación.
- **Consciente** de las necesidades a solucionar.
- **Responsable** con sus derechos y responsabilidades.
- **Deliberada y libre** con autonomía y funciones.
- **Organizada** a partir de objetivos comunes hacia desarrollo comunitario.
- **Sostenida** en el tiempo.

Un ejemplo de escala de participación es la **Escalera de participación infantil** de Roger Hart (1992). Su uso está muy extendido y es útil para valorar también la participación de población general. Esta escala de 1 a 8 describe la etapa en la que puede estar un proyecto o proceso, mirando desde la óptica de la participación real de las

personas implicadas. Las tres primeras etapas, no se pueden considerar *participación* propiamente dicha:

1. Participación manipulada. Utiliza a la población en acciones sin interés para ella o que no comprende.
2. Participación decorativa. Se incorpora a la población para animar (adornar) determinada actividad.
3. Participación simbólica o aparente. Se simbolizan la participación en un proceso, pero no se evidencia la participación real en él.
4. Participación de personas asignadas para ser informadas.
5. Participación de personas informadas y consultadas.
6. Participación en ideas de agentes externos que son compartidas con la población.
7. Participación en acciones pensadas y ejecutadas por la propia población.
8. Participación en acciones pensadas por la propia población y que han sido compartidas con agentes de desarrollo comunitario.

¿Por qué salud comunitaria basada en activos?

La Salud Comunitaria Basada en Activos (SCBA) implica una forma de pensar y actuar.

La forma de pensar de la SCBA conecta con la visión salutogénica de la salud como bienestar, en contraposición a la visión de la salud como ausencia de enfermedad. La SCBA pone énfasis en lo que genera salud (Erikson, et al., 2007) y elige el camino contrapuesto al que opta por facilitar la dependencia de clientes o consumidores del sistema (Hernán y Botello, 2017).

Huye del modelo de atención fragmentado y centrado en la enfermedad hacia un modelo más proactivo, holístico y de empoderamiento en el que las personas sean estimuladas a jugar un papel central en el manejo de su propia salud (Coulter, 2013).

Como forma de actuar la SCBA desarrolla procedimientos para conocer qué conduce a una mejor calidad de vida en las personas. Y se centra en identificar y utilizar las riquezas de las comunidades para tener más salud. Por eso potencia los enfoques de la promoción de la salud y el modelo de activos para la salud. La SCBA utiliza el mapeo de activos como una herramienta que pone énfasis en los determinantes sociales de la salud y los recursos de las personas y las comunidades para tener salud (Hernán et al., 2013) (Cofiño et al., 2016).

Se puede hablar de salud comunitaria desde una perspectiva social ya que las estrategias y funciones de la SCBA pueden colaborar para

contrarrestar los efectos de las desigualdades sociales (Hernán y Botello, 2017).

En el contexto en el que vivimos, con un cambio demográfico y envejecimiento de la población, un aumento de tecnología sanitaria que en ocasiones no llega a la raíz de los problemas, y mayores expectativas por parte de los pacientes, la Atención Primaria de Salud (APS) tiene que hacer frente a estos retos, además de a las demandas por problemas de salud mental o emocional que suponen cada vez más un reto para los servicios de APS. Ansiedad, depresión y los problemas de la vida cotidiana (Brown, 2004) o aquellos más relevantes que en su mayoría están relacionadas con problemas sociales, acaban enfocándose como problemas médicos, la llamada medicalización, generando pacientes crónicos y dependientes del sistema sanitario (Cawston, 2011).

La SCBA incluyendo la identificación de activos y la recomendación comunitaria se presenta como una herramienta para ayudar a profesionales y pacientes a orientar las intervenciones con raíces en problemática social. Se sabe que la participación de las personas y los recursos de una comunidad en la propia salud y bienestar empodera a las personas implicadas y convierte en más eficaces los programas (Popay, 2007). Incluir las estrategias y las prácticas de la promoción de la SCBA en el día a día suma eficiencia para el trabajo de los profesionales y para la atención a los pacientes.

En Andalucía y en los contextos más cercanos de nuestro país tenemos ejemplos de cómo desarrollar intervenciones de promoción de la salud basadas en activos (Hernán, 2015) (Cofiño et al., 2016) (EASP, 2017).

Por tanto, entendemos que la SCBA es una manera de trabajar de forma intersectorial y participativa en el ámbito local en salud. Una forma de generar alianzas entre diferentes instituciones en un marco de intervención sustentado en la evidencia y orientado a la equidad que sirve para desarrollar intervenciones poblacionales desde una perspectiva de la salud como bienestar.



Identificación y mapeo de activos

Proceso para desarrollar un mapeo de activos para la salud comunitaria

Como ya se ha comentado para poner en marcha un proceso de identificación de activos es necesario acordar qué asunto común afecta a la comunidad y elaborar la información más relevante sobre el asunto, extraída de las fuentes de información sobre salud disponibles.

Aunque esta guía de salud comunitaria basada en activos está dirigida a profesionales del ámbito de atención primaria de salud, la iniciativa de realizar un mapeo de activos no surge sólo o necesariamente desde las instituciones sanitarias, con frecuencia la acción comunitaria procede de otros agentes de la comunidad.

"Hemos identificado los activos de nuestro barrio" es una lógica más adecuada para estos procesos que la lógica vertical que emite expresiones como: "estos son los activos de vuestro barrio".

Para el inicio de una intervención comunitaria basada en activos es preciso que se conforme un Grupo Promotor (GP).

Figura 7. Proceso de mapeo de activos para la salud: fuente propia



Fase 1

Formación del grupopromotor



Para el inicio de una intervención comunitaria basada en activos **puede ser muy útil conformar un grupo promotor (GP)**. Este GP, generalmente estará formado por profesionales del ámbito de la salud y de otros sectores profesionales y ciudadanía, que crean un proyecto común en su comunidad.

En esta primera fase resulta interesante hacer una búsqueda de los procesos comunitarios que ya existen en el barrio o pueblo, tanto para desarrollar sinergias que facilitarán el proceso, como para no generar la sensación de invasión e infravaloración del trabajo que ha sido desarrollado previamente. Las "mesas locales de salud", las "redes locales de salud", los "planes de acción local en salud", las "plataformas de participación ciudadanas para la salud", los "consejos de salud" son ejemplos de alianzas capaces de desarrollar este tipo de procesos en barrios y pueblos.

El cometido del GP será:

- Hacer un diagnóstico de salud de la zona.
- Generar el grupo de identificación de activos para salud (GIAS).
- Garantizar la coordinación, calidad y equidad del proceso.
- Mantener el flujo informativo sobre la marcha del proceso.

Es importante que el GP:

- Tenga un fuerte componente intersectorial.
- Maneje habilidades sociales y de gestión de grupos.
- Consensue desde un inicio sus objetivos, las normas de funcionamiento por las que se regirá y el liderazgo del mismo.
- Establezca la forma de comunicación entre sus participantes.

Fase 2

Diagnóstico de salud



Antes de comenzar a realizar un mapeo de activos para la salud, es conveniente disponer de una visión general de la comunidad en la que vamos a trabajar, sus necesidades y aquellas características de la salud del colectivo local. Nuestras fuentes epidemiológicas y sociológicas pueden ser muy útiles para este cometido, sin olvidar la propia percepción subjetiva de las personas de la comunidad sobre su propio estado de salud.

Para ello es necesario conocer:

- El **entorno físico**: distribución del barrio, la topografía, espacios verdes y naturales, barreras urbanísticas, etc. Un instrumento muy útil es el empleo de un plano básico del municipio.
- Características **demográficas**: distribución poblacional por grupos de edad y sexo; la historia demográfica de la comunidad, la historia reciente de las instituciones, organizaciones y asociaciones locales.
- Características **socioeconómicas**: con indicadores sencillos como la tasa de desempleo, principales sectores económicos, nivel de instrucción...
- El **estado de salud**: necesitamos conocer los problemas de salud que nos permitan establecer prioridades, planificar y evaluar la acción transformadora en salud.

Fase 3

Planificación del mapeo de activos



Una vez definido el GIAS, este será el encargado de planificar y delimitar el área a mapear, escoger la metodología de trabajo y de captar a los informadores clave. Para ello se necesita una breve fase de formación en la que se le presentarán:

- Las claves de la planificación del proceso
- Los fundamentos teóricos
- Se seleccionarán las técnicas de recogida de información sobre activos

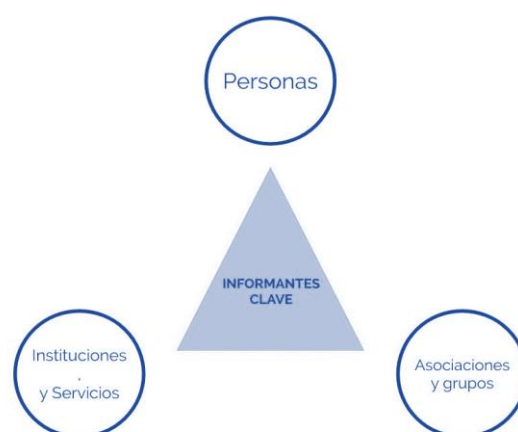
Tras esta fase de formación la función del GIAS será:

1. Definir el **área del mapeo**: el grupo tiene que definir exactamente la zona de delimitación de la investigación de los activos: municipio,
2. Identificar los problemas o **necesidades de salud** y ubicarlas en un repositorio o parte del

sistema de información, pues será necesarios para una fase posterior del trabajo.

3. Identificar a los **informantes clave**: Las personas, asociaciones o instituciones que conocen en profundidad la zona (barrio o pueblo) y las relaciones entre sus habitantes; son informantes clave aquellos y aquellas cuyo conocimiento surge de una posición estratégica dentro de la vida social del barrio y de la red de relaciones sociales (Figura 8).

Figura 8: Informantes clave.⁴



⁴ Ver Tabla 2: Activos que pueden identificarse según el modelo de Desarrollo Comunitario Basado en Activos (ABCD)

4. Definir el alcance de los activos según los intereses de la comunidad estudiada, que se puedan escoger según líneas de actuación o temáticas concretas que afectan a la salud de esa comunidad (como la obesidad, la salud mental o la drogodependencia).
5. Definir la metodología de trabajo y los recursos.
 - a. Acordar el sistema de reuniones.
 - b. Consensuar cómo recoger la información.
 - c. Tener en cuenta si se necesitarán recursos adicionales para hacer el mapeo (planos, fotografías, cartulinas...).

Fase 4

Mapeo de activos



El GIAS, tras la fase de formación decidirá cuáles serán las técnicas a utilizar para la recogida de activos para la salud.

Cada técnica puede tener una finalidad complementaria a las otras y utilizarse dependiendo de los conocimientos de las personas del GIAS que dirigen el proceso así como de las capacidades y de la disponibilidad de los informantes. (Ver Anexo 1) Toda la información se puede recoger en una plantilla que permita posteriormente depurar la información.

Técnicas cuantitativas: El informante clave puede cumplimentar formularios como los disponibles en el anexo 1 dependiendo de los activos que haya identificado.

Técnicas cualitativas: Es muy útil diversificarlas para verificar cómo, por diversas vías de acceso a la realidad social, podemos encontrar

redundancias y complementariedad en la información. Se pueden hacer entrevistas en profundidad, grupos focales o grupos de discusión, salidas con los participantes para cartografiar los recursos saludables (Paseos de Jane) o fotos comentadas (photovoice o fotovoz); hacer tertulias de café o conversaciones informales, storytelling, fiestas de mapeo y otras técnicas que se adecuen a la capacidad y formación del GIAS. (Botello et al., 2013; Cofiño et al., 2016)

Una vez decididas las técnicas de identificación de activos, el GIAS deberá establecer los pasos para catalogar los activos utilizando herramientas tecnológicas de mapeo de activos como las disponibles en www.alianzaasaludcomunitaria.org y en la web de la EASP.

Fase 5

Conexión entre activos y acción



Consenso

El GIAS identificará los activos sólo cuando se pueda explicar por qué el activo identificado tiene una clara relación con lo que potencia, mejora, mantiene o favorece la salud y el bienestar con relación a un asunto común que afecta a la comunidad. Por ello se hace necesaria tras la fase de trabajo de campo una reunión conjunta con el Grupo Promotor, en la que consensuar la inclusión de los activos detectados en el mapa.

Conectar los activos con las necesidades

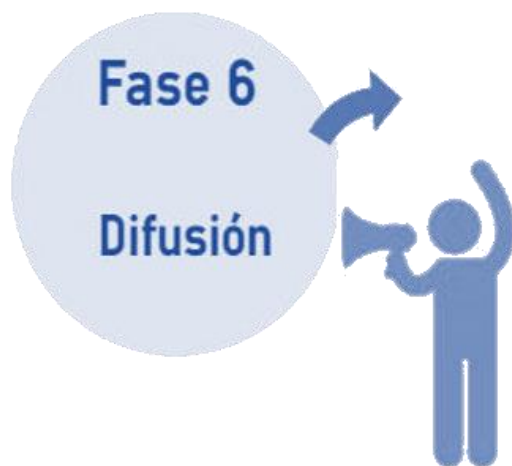
Es en este momento se conectan el modelo del déficit con el de activos en salud, ya que una vez

consensuados y catalogados los activos para la salud de la comunidad, se establece una relación entre estos y las necesidades de salud de la comunidad detectadas en la fase previa, elaborando posibles recomendaciones de cómo usarlos para desarrollar estrategias de promoción, prevención, abordaje de problemas de salud y prescripción social y recomendación comunitaria sobre los mismos.

En Sánchez-Casado (2018), se cuenta la experiencia de conectar activos y necesidades dentro del programa Mihsalud de Valencia.

Fase 6

Devolución a la comunidad y difusión de la información



Una estrategia de difusión planificada de la información obtenida, precisa tener en cuenta la perspectiva de equidad, lo que permite evitar la generación de más desigualdades en salud.

El proceso de creación del mapa de activos es dinámico y participativo, como ya hemos dicho, que facilita el empoderamiento de la población en la toma de decisiones para su salud. Para implementar este proceso es recomendable que la información sea compartida con la población, incluyendo a participantes del proyecto, instituciones y entidades, al tejido social de la zona, centros educativos, asociaciones y a los profesionales del centro de salud.

Hay muchas formas de compartir la información y difundir el proyecto, algunas de las cuales pueden ser:

- Desarrollo de un sitio web donde encontrar la información sobre los activos, que el GIAS deberá mantener actualizado.
- Realización de posters que se colocarán en zonas estratégicas del barrio o comunidad: ayuntamiento, centro de salud...
- Difusión de los profesionales del centro de salud una copia del mapa en formato físico donde se represente la geolocalización de los activos y que haya referencias al sitio web del mapa, para poder imprimir la información.
- Difusión del proyecto a través de Jornadas o utilizando redes sociales, realizando contenidos audiovisuales, contactando con medios de comunicación tradicional y otras formas de difusión.

Fase 7

Recomendación comunitaria



El mapeo de activos es, además de un proceso mediante el cual generar nuevas alianzas, el inicio de un proceso de intervención comunitaria en el que es indispensable saber con qué cuenta la comunidad para poder aprovechar las propias fortalezas.

Un modelo de recomendación comunitaria o prescripción social, permite a los profesionales sanitarios y a la propia comunidad aprovechar los activos catalogados más adecuados (efectivos) para ayudar a dar respuesta a los problemas de la gente.

Realizando las conexiones necesarias entre la historia clínica y el sistema de información que contiene la relación de activos, se facilita que el profesional sanitario entregue la información necesaria al paciente del activo que ambos consideran que puede ayudarle en su proceso.

En España este modelo se está implantado en algunos servicios de salud, como en el Principado de Asturias a través del Observatorio de Salud en

Asturias y su programa Asturias Actúa. Recientemente han publicado una guía para la recomendación de activos en el sistema sanitario (López, et al. 2018).

[Mapeo de activos para la salud.](#)

[Visto desde un ejemplo](#)

Los pasos más relevantes para realizar un mapeo de activos comienzan en cada contexto de un modo diferente y con las características de la historia propia de su realidad. Por eso puede servirnos tomar un ejemplo frecuente para explicarlo:

Un grupo de profesionales de salud deciden iniciar un proceso dentro de un programa de prevención de riesgo cardiovascular sobre el que ya están trabajando. Por la posición privilegiada que ostentan en cuanto a conocimiento de problemas de salud de su población, detectan que la obesidad es un problema frecuente y abordable desde una perspectiva de activos.

Siendo conscientes de la multicausalidad de la obesidad y de la importancia de los hábitos adquiridos en la infancia, deciden trabajar con familias con hijos menores de 12 años de su barrio. Para ello acuden a sectores relacionados con la familia y la infancia de su barrio (asociaciones de padres y madres, directores de los colegios del barrio, centro cívico...) y conforman el Grupo Promotor (GP) [\(Fase 1\)](#). Para la formación del mismo también realizan una búsqueda de los procesos comunitarios que están funcionando en el barrio, para contar con ellos en este proyecto.

El GP, con la valiosa información con la que ya disponen dada la intersectorialidad del grupo, se propone generar un diagnóstico de salud enfocado al problema de la obesidad y el sedentarismo [\(Fase 2\)](#). Asimismo, conforman un segundo grupo de trabajo, constituido por los agentes de la comunidad que quieran y puedan participar, llamándose éste "grupo de identificación de activos para la salud" (GIAS), que tendrá funciones diferenciadas del GP, y que centrará su trabajo en el Mapeo de Activos.

Previamente al trabajo de campo, será necesaria una fase de formación impartida por el GP para que el GIAS pueda planificar correctamente el proceso y reciba las herramientas necesarias para la ejecución del mapeo.

Una vez realizada la fase de formación el GIAS acota el área de trabajo al barrio en el que viven y realizan una búsqueda de aquellas personas que por su posición dentro de la vida y redes del barrio ejercen la función de informadores clave. Para el problema de la obesidad infantil un informador clave puede ser desde el concejal de deporte del municipio, hasta el capitán del equipo de

baloncesto y el dueño de la tienda de ultramarinos del barrio [\(Fase 3\)](#).

Tras el trabajo realizado, el GIAS decide utilizar mezclar las técnicas de los Paseos de Jane y el Photovoice para el mapeo (Ir a Anexo 1). Para ello, el GIAS y los informadores clave trabajan con la asociación de madres y padres del colegio del barrio y acuerdan una cita en la que padres, madres y niños saldrán a la calle a detectar los activos relacionados con la vida saludable. Por cada grupo que se forma para este propósito se acuerda que al menos uno de los participantes disponga de un smartphone para poder geolocalizar los activos mediante las herramientas que ofrece la web de la EASP, y que el GIAS ya conocía previamente. Como ejemplo de los activos detectados podría ser el centro cívico, donde se imparte entre otras actividades relacionadas con la promoción de vida saludable un taller sobre cocina mediterránea donde padres e hijos además de aprender recetas y técnicas, se promueve la importancia del aprendizaje y participación de los niños en estas tareas [\(Fase 4\)](#).

Con toda la información recogida, el GP y el GIAS se reúnen para consensuar la inclusión de los activos en el mapa y conectan los activos con las necesidades que previamente fueron detectadas [\(Fase 5\)](#).

Terminado este trabajo, se lanza una página web donde educadores, sanitarios y familias y ciudadanía en general pueden acceder al mapa de activos y se habla con el ayuntamiento para la impresión de posters con el mapa en formato papel para conseguir una difusión lo más amplia posible [\(Fase 6\)](#). Asimismo los sanitarios que participaron en el proyecto deciden presentar el mapa de

activos a sus compañeros del centro de salud para facilitar el desarrollo de un programa de recomendación comunitaria o prescripción social que ayude a la promoción de actividades saludables para afrontar el problema de la obesidad ([Fase 7](#)). (Ejemplo; Mapeando Carabanchel <https://goo.gl/hbpMNV>)

Algunas sugerencias para el mapeo de activos

1. Definir la metodología de trabajo y los recursos: Definir el sistema de reuniones, acordar cómo debe recogerse la información, determinar si se necesitarán recursos adicionales para hacer el mapeo (planos, fotografías, cartulinas, soportes web...)
2. En cuanto a la metodología para explorar los activos, tenderemos a hacer uso de lo que puede denominarse ciencia ciudadana o accesible a la ciudadanía. Puede ser muy útil diversificarla para verificar cómo, por diversas vías de acceso a la realidad social, podemos encontrar redundancias y complementariedad en la información. Pueden hacer entrevistas en profundidad, grupos focales o grupos de discusión, salidas con los participantes para cartografiar los recursos saludables (Paseos de Jane) o fotos comentadas (photovoice o fotovoz); hacer tertulias de café o conversaciones informales, storytelling, fiestas de mapeo y otras técnicas que se adecuen a la capacidad y formación del GIAS.
3. Es muy importante devolver a la ciudadanía el trabajo que se ha hecho. El aprovechamiento real del trabajo se concreta en su socialización entre la ciudadanía del barrio. Disponemos de resultados de proyectos en los que se ha constatado que el empoderamiento de las personas es un proceso en el que la identificación y toma de conciencia de los activos para la salud y el bienestar es clave. Por ello la devolución colaborativa de la

información sobre el resultado del mapeo debe ser cuidadosa y enmarcada en un proceso participativo.

Con relación al tipo de activos que identificaremos, destacar que:

Las personas que conocen en profundidad la zona (barrio o pueblo) y las relaciones entre sus habitantes, son informantes clave cuyo conocimiento surge de una posición estratégica dentro de la vida social del barrio y de la red de relaciones sociales (un técnico de deportes del ayuntamiento, un trabajador social, la pediatra, una enfermera, el ferretero, la señora del bar de desayunos...).

Las asociaciones y otros grupos legalmente instituidos son visibles y fácilmente identificables y pueden ser fuente de información y activos en sí mismas. Pero existen otro tipo de redes menos visibles de colaboración y de apoyo informales que pueden ser importantes activos de salud, por ejemplo, un grupo de amigos y amigas que pasean o queda para hacer ciclismo los fines de semana y que está dispuesto a aceptar personas en el grupo.

Las instituciones forman parte de la comunidad y sus recursos puede coproducir salud con la ciudadanía, y por tanto, también pueden ser tratadas como patrimonio y activos para el bienestar.

Hay infraestructuras y recursos ambientales que, a veces son activos claves por su relevancia en la vida cotidiana y las relaciones, por ejemplo, un banco concreto en la plaza del pueblo donde se reúnen los mayores, o las madres jóvenes.

La actividad económica del lugar puede ser una fuente de activos relevante para las personas de la

comunidad, por ejemplo, el comercio local y las oportunidades para la vida saludable que genera, las lanzaderas o fuentes de empleo y las relaciones que se establecen entre las personas en el contexto de las actividades laborales diarias en su barrio o pueblo.

Las formas de vivirse y representarse la cultura o la vida cotidiana, son propias de cada lugar y

contienen activos relevantes para el bienestar, forman parte del capital social y se pueden comprender y utilizar mejor a partir de la consulta al vecindario.

Tabla 1. Activos que pueden identificarse según el modelo de desarrollo comunitario basado en activos

Activo	Descripción	Ejemplo
Personas	Son las personas que se implican activamente en la vida del barrio y que, por sus circunstancias personales o por su profesión, actitud o motivación, pueden actuar como dinamizadoras de las actuaciones que se lleven a cabo para mejorar la situación del barrio	Personas relevantes del barrio, policía de barrio, profesionales del centro de salud, profesores de escuelas e institutos, personas mayores, vecinos y vecinas, niños y niñas...
Asociaciones	Se incluyen no solo las asociaciones formales sino también todas las redes informales o los modos como la gente se relaciona e intercambia conocimientos y experiencias y que, de alguna manera, pueden tener incidencia en hacer más saludable la vida y a la gente del barrio.	Clubes deportivos, asociaciones juveniles, grupos de voluntarios, grupos religiosos, cofradías, clubes de recreo, grupos de ayuda, bancos de tiempo, asociaciones de vecinos, de pacientes, de inmigrantes, de mayores, ...
Instituciones y servicios	Los recursos del entorno físico y natural que hay en la comunidad, incluidos aquellos que, a veces no se tienen en cuenta o están infrautilizados, y pueden ser identificados por los vecinos como susceptibles de uso para actividades generadoras de bienestar.	Servicios del ayuntamiento, oficinas de distrito, centro cívico o juvenil, residencias de la tercera edad, policía, centros de salud y hospitales, centros educativos (escuelas primarias e infantiles etc.), federaciones deportivas, sindicatos, etc.
Espacios físicos	Todos los recursos físicos que hay en la comunidad, algunos de los cuales a veces no se tienen en cuenta o están infrautilizados, pero que están a disposición de la gente y que pueden ser utilizados por los vecinos para actividades diversas que resultan beneficiosas para la salud.	Parques, plazas, jardines, piscinas, carriles bici, calles peatonales, edificios municipales, huertos urbanos, etc.
Economía	Los comercios y, en general, todas las actividades económicas que se desarrollan en la comunidad tienen una influencia importante en la salud de los vecinos. La actividad económica es, de hecho, un motor de cambio que puede incrementar los recursos de que se dispone y poner al alcance de los vecinos productos y servicios que hagan más fácil adoptar hábitos de vida saludables.	Tiendas de comestibles, supermercados, mercados, fruterías, panaderías, pescaderías, restaurantes, gimnasios, tiendas de deportes, centros infantiles de ocio...
Cultura	La vida cotidiana puede estar llena de arte y cultura, y esto puede incidir positivamente en la salud de quien lo habita, aprovechando las oportunidades de vida activa, de creación de redes, de mejora de las relaciones interpersonales o de la autoestima.	Museos, centros culturales, bibliotecas, exposiciones, música, danza, clubes de lectura, rutas guiadas, espacios culturales para la infancia y juventud.

Fuente: Elaboración propia adaptada de: Cabeza, et al. (2016). Guía para la elaboración del mapa de activos en salud en las Islas Baleares. Palma de Mallorca.



Referencias

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Attree, P., French, B., Milton, B., Povall, S., Whitehead, M., & Popay, J. (2011). The experience of community engagement for individuals: a rapid review of evidence: Experience of community engagement: a review. *Health & Social Care in the Community*, 19(3), 250-260. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00976.x>
- Botello, B., Palacio, S., García, M., Margolles, M., Fernández, F., Hernán, M., & Cofiño, R. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 180-183. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006>
- Brandling, J., & House, W. (2009). Social prescribing in general practice: adding meaning to medicine. *British Journal of General Practice*, 59(563), 454-456. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X421085>
- Brown, M., Friedli, L. & Watson, S. (2004). "Prescriptions for pleasure". *Mental Health Today*, Vol.200 Issue. June, pp.20-23.
- Cabeza, E., Artigues, G., Riera, C., Montserrat, M., García, E., Vidal, C., ... Salas, N. (2016). Guía para la elaboración del

mapa de activos en salud en las Islas Baleares. Gobierno Islas Baleares.

- Cawston, P. (2011). Social prescribing in very deprived areas. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 61(586), 350. <http://doi.org/10.3399/bjgp11X572517>
- Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., ... Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria*, 30, 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
- Coulter, A., Roberts, S., Dixon, A. (2013). *Delivering Better Services for People With Long-term Conditions: Building the House of Care*. The King's Fund, London; 2013:1-28. Consultado 26/09/2017. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/delivering-better-services-people-long-term-conditions>
- CSDH (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, WorldHealthOrganization
- Escuela Andaluza de Salud Pública (2017). Libro de actas en Congreso de Activos para la Salud Comunitaria. EASP. Granada
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 938-944. <http://doi.org/10.1136/jech.2006.056028>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *HealthPromotion International*, 23(2),190-199. <http://doi.org/10.1093/heapro/dan014>
- Grupo de trabajo de Salud Comunitaria del País Vasco. (2017). Propuesta de metodología para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. Bilbao.
- Hart, R. (1992). *Children's Participation: from Tokenism to Citizenship*. Unicef: InnocentiEssays (Vol. 4). Florence, Italy.
- Hernán, M., Morgan, A., & Mena, A. (ed) (2010). *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública;. Disponible en: <http://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
- Hernán ,M. (2015). *Salud comunitaria basada en activos* Comunidad ;17(2):3. Disponible en:<http://comunidadsemfyc.es/salud-comunitaria-basada-en-activos/>
- Hernán ,M., & Botello ,B. (2017) *Activos para la salud. A vueltas con el poder, la dependencia y la Salud Comunitaria*, en López, V., Padilla, J. *Salubrismo o Barbarie*. Córdoba: Atrapasueños.

- Kretzman, J. P., & McKnight, J. L. (1993). Building Communities from the inside Out: A path toward finding and Mobilizing a Community Assets. Chicago: Illinois: ACTA Publications.
- Lalonde M. A. (1974). New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa.
- López, S., Suárez, Ó., & Cofiño, R. (2018). Guía ampliada para la recomendación de activos ("prescripción social") en el sistema sanitario. Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad. Principado de Asturias.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España.*
- Loeffler, E., Power, G. Bovaird, T., & Hine-Hughes, F. (2013). *Co-production of Health and Wellbeing in Scotland.*
- Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). Promotion & Education Revitalising the evidence base for public health: an assets model. <http://doi.org/10.1177/10253823070140020701x>
- Navarro, V. (2004). *The political and social contexts of health.* Amityville: Baywood Publishing.
- Popay, J., Kowarzik, U., Mallinson, S., Mackian, S., & Barker, J. (2007). Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part I: the GP perspective. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 966-971. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.061937>
- Rebollo, O., & Carmona M. (2009) Guía de Acción comunitaria. Ajuntament de Barcelona – IGOP. Barcelona.
- Sánchez-Casado, L., Paredes, J., López, P., & Morgan, A. (2018). *Dinamización de un mapa de activos para la salud desde el sector asociativo.* Comunidad;20 (1)
- Sobrino, C., Hernán, M., & Cofiño, R. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria.* <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.005>
- Solar, O., & Irwin, A. (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health.
- López, S., Suárez, Ó., & Cofiño, R. (2016). *Guía para trabajar en salud comunitaria en Asturias.* Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad. Principado de Asturias.
- Villalonga-Olives, E., & Kawachi, I. (2015). The measurement of social capital. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 62-64. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.09.006>
- World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Canada. Available on: <http://www.who.int/healthpromotion/co>

nferences/previous/ottawa/en/
(Consulted 31th October 2017)

- Nutbeam, D. (1998). Glosario de Promoción de la Salud. Centro Colaborador

de Promoción de la Salud, Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria, Universidad de Sídney, Australia. OMS. Ginebra.



Anexos

Anexo 1. Técnicas de recogida de información

En este anexo se agrupan las técnicas más comunes para explorar los activos. Cada una tiene una finalidad diferente y utilizar una u otra depende de los conocimientos de las personas del grupo de activos en salud que dirigen el proceso (sobre todo en cuanto a las técnicas cualitativas y de entrevistas) y también de las capacidades y de la disponibilidad de los informantes. Toda la información se recoge en una plantilla para que después se pueda depurar.

Entrevista individual a la población: entrevista cara a cara en que el informante (miembro de la comunidad) expresa sus perspectivas y experiencias y sus sentimientos⁶ sobre la comunidad y los aspectos positivos y negativos sobre los recursos o activos.

Entrevista individual a los profesionales: entrevista cara a cara en que la persona que recoge la información (grupo de activos en salud) pregunta sobre la tarea que los técnicos llevan a cabo y que pueden ser importantes para la comunidad (mejoras, aspectos positivos de su tarea, si conocen a otras personas o profesionales que también puedan informar a *posteriori*...).

Grupos de discusión/expertos, grupos focales: se trata de un encuentro entre personas de conocimientos técnicos y homogéneos con un moderador (grupo de activos en salud) que dirija

la sesión con preguntas estructuradas, que tienen que orientarse a definir los aspectos positivos de su tarea como profesional para el barrio o para la comunidad que sean importantes para mejorar la salud de la población.

Mapeo directo de activos: se basa en la reunión de un grupo de personas conducida por una persona del grupo de activos en salud para que, sobre un mapa de las calles del barrio o de la zona de referencia, se identifiquen los diferentes activos. De esta manera el mapa, que inicialmente está vacío, tiene que llenarse con todos los activos identificados.

Paseos de Jane: técnica inspirada en las ideas de la urbanista Jane Jacobs, consistiría en paseos por el barrio dirigidos por agentes de la comunidad, en la que el grupo vaya identificando los activos y geocalizándolos en el mapa del territorio. Esta técnica se suele complementar con el Photovoice, donde los participantes en el paseo van tomando fotos de los activos detectados y grabando sus reflexiones.

Photovoice/Fotovoz: se presenta una fotografía de la ciudad, del barrio o de una calle a un grupo de personas informantes y se les pide que reflexionen sobre sus activos y los identifiquen. De esta manera se pretende desarrollar la conciencia crítica y el intercambio de opiniones.

Registro mediante fichas: el informante clave tiene que rellenar unas fichas (véase el anexo 5) por sí mismo, dependiendo de los activos que haya identificado. Es el proceso más simple, ya que el informante puede decidir qué información quiere transmitir en el momento más idóneo para él y no es necesario que vaya acompañado por el grupo de activos en salud. Una vez que ha rellenado las

fichas, las recogerá el grupo de activos en salud para analizarlas.

Anexo 2. Fichas

En este anexo se muestran los posibles formatos de fichas a utilizar en el mapeo de activos, se sugiere visitar www.alianzasaludcomunitaria.org

Hoja de recogida de información

Activos para la salud: ¿Qué aporta salud a su barrio?

Persona de contacto:		Fecha:	
Institución/Organización:			

Nombre del activo:						
Tipo de activo:	<input type="checkbox"/> Asociación/organización <input type="checkbox"/> Institución pública <input type="checkbox"/> Espacios físicos/Infraestructuras <input type="checkbox"/> Economía social <input type="checkbox"/> Persona individual <input type="checkbox"/> Cultura Local					
Persona que aporta la información:		Cargo:				
Entidad a la que representa (en su caso):						
Página web:		Correo electrónico:				
Dirección postal:	Nombre de la vía:		Número:		Piso:	
Localidad:		Código postal:		Municipio:		
Teléfonos de contacto:						

Observaciones:

Área	Alimentación Saludable <input type="checkbox"/>	Actividad física. <input type="checkbox"/>	Salud sexual y reproductiva <input type="checkbox"/>	Prevención de Adicciones <input type="checkbox"/>	Bienestar emocional <input type="checkbox"/>	Prevención de accidentes <input type="checkbox"/>	Higiene <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>
------	--	---	---	--	---	--	-------------------------------------	-----------------------------------

Población a la que va dirigido el activo	0 - 3 años <input type="checkbox"/>	3 - 6 años <input type="checkbox"/>	6 - 12 años <input type="checkbox"/>	Adolescentes <input type="checkbox"/>	Jóvenes <input type="checkbox"/>	Mujeres <input type="checkbox"/>	Hombres <input type="checkbox"/>	Familias <input type="checkbox"/>
	Población General <input type="checkbox"/>	Personas mayores <input type="checkbox"/>	Embarazadas <input type="checkbox"/>	Personas con discapacidad <input type="checkbox"/>	Personas inmigradas <input type="checkbox"/>	En riesgo de exclusión <input type="checkbox"/>	Otros colectivos <input type="checkbox"/>	

Tipos de actividades	Formación							
	Talleres <input type="checkbox"/>	Cursos <input type="checkbox"/>	Alfabetización <input type="checkbox"/>	Clases de repaso <input type="checkbox"/>	Otros tipos de formación <input type="checkbox"/>			
	Actividades culturales							
	Club de lectura <input type="checkbox"/>	Teatro <input type="checkbox"/>	Música <input type="checkbox"/>	Arte <input type="checkbox"/>	Baile <input type="checkbox"/>	Salidas culturales <input type="checkbox"/>	Medio ambiente <input type="checkbox"/>	Otras actividades <input type="checkbox"/>
	Otros aspectos							
	Apoyo a la persona <input type="checkbox"/>	Apoyo al cuidador <input type="checkbox"/>	Voluntariado <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>				

Duración	Curso escolar <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>	Quincenal <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Puntual (días) <input type="checkbox"/>		
----------	---	-----------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------	--	--	--

Coste de la actividad	<input type="checkbox"/> Gratuita	<input type="checkbox"/> De pago	Coste:	
-----------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------	--



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD