

Guía breve

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: 978-84-09-06961-3

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

Identificación y mapeo de activos	6
¿Qué es salud comunitaria?.....	6
¿Qué es un activo para la salud?.....	7
¿Qué es el mapa de activos?	7
¿Por qué salud comunitaria basada en activos?	8
Proceso para desarrollar un mapeo de activos para la salud comunitaria	9
Fase 1.....	11
Fase 2.....	12
Fase 3.....	13
Fase 4.....	14
Fase 5.....	15
Fase 6.....	16
Fase 7.....	17
Referencias.....	19
Anexo.....	21
Técnicas de recogida de la información.....	21

Identificación y mapeo de activos

¿Qué es salud comunitaria?

Cuando hablamos de salud comunitaria hacemos referencia a la expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad definida que expresa demandas y necesidades y cuenta con recursos o activos propios (patrimonio). 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.

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 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”.

Figura 1: Conexión necesidades y activos.



Elaboración propia.

¿Qué es un activo para la salud?

Un activo para la salud es cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las individuos, 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 (Morgan y Ziglio, 2007). Son los recursos reconocidos por la comunidad como riquezas para mantener y mejorar su bienestar.

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.

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.

¿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., 2010).

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.

¿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, la Atención Primaria de Salud (APS) tiene que hacer frente a

retos como el 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. A esto se une un aumento en la demanda por problemas de salud mental o emocional relacionados con problemas de la vida cotidiana (Brown, 2004) y de índole social que 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 prescripción social (recomendación colaborativa de activos de la comunidad) 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, generar alianzas entre diferentes instituciones en un marco de intervención sustentado en la evidencia y orientado a la equidad y sirve para desarrollar intervenciones poblacionales desde una perspectiva de la salud como bienestar.

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 problema 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 está dirigida a profesionales sanitarios, la iniciativa de realizar un mapeo de activos no surge sólo o necesariamente desde las instituciones sanitarias, con frecuencia la iniciativa surge de otros agentes de la comunidad.

El mapeo de activos en sí mismo puede servir como eje de empoderamiento para las personas de la comunidad que participan en el proceso. Sin embargo, el mapeo de activos debe servir también

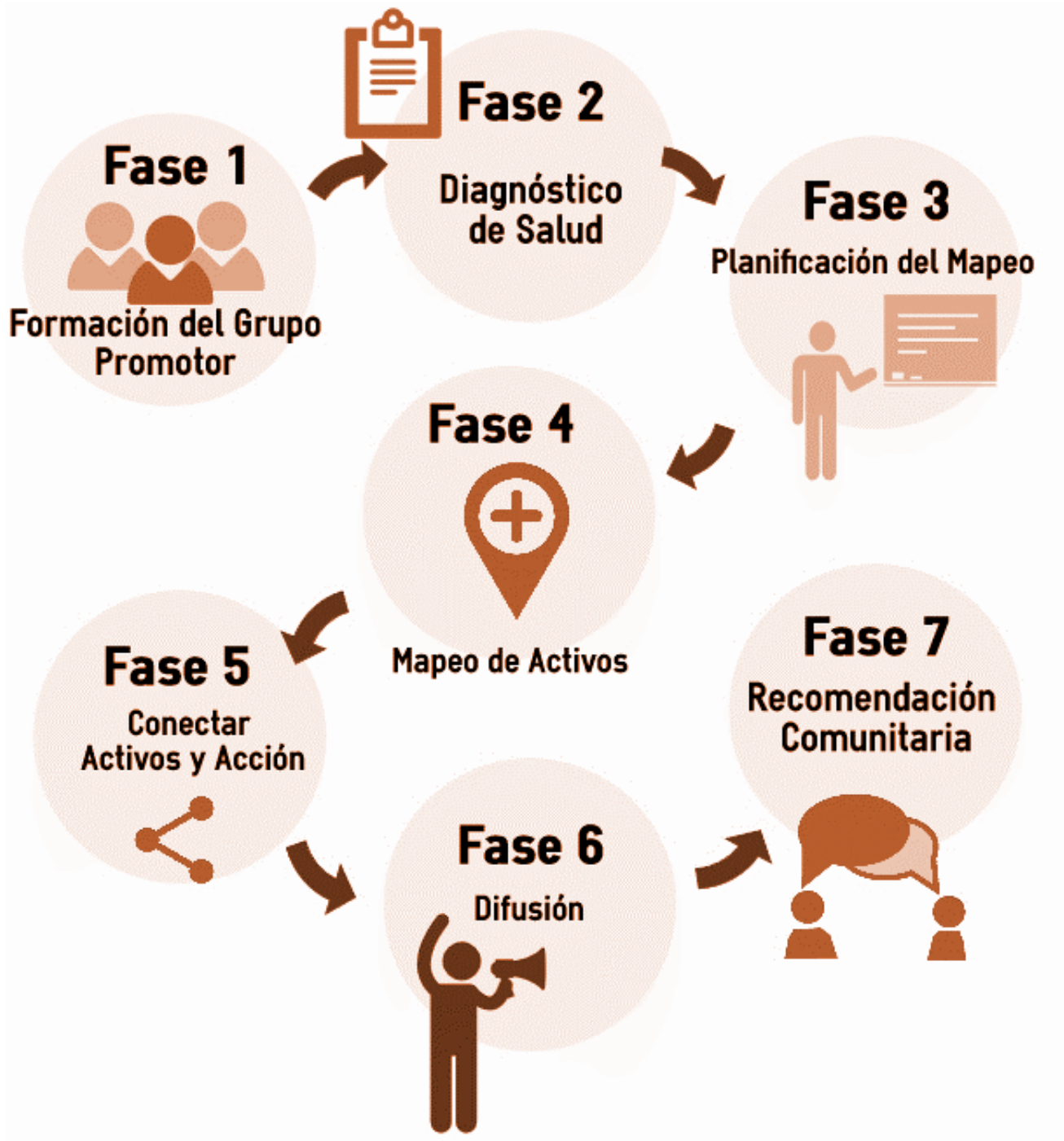
como parte del proceso comunitario. En lugares donde se quiera iniciar una acción comunitaria, puede entenderse como una herramienta con la que servir de conexión a los diferentes agentes comunitarios, con los que se trabajará posteriormente

"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)

En un proyecto de intervención comunitaria basada en activos una de las tareas más importantes que debe hacer el grupo motor es definir cuál es el cambio transformador, el logro o la meta que se pretende (por ejemplo, identificar recursos saludables para el barrio, empoderar a la comunidad en sus procesos de salud,...)

Figura 2: Proceso de mapeo de activos para la salud:



Elaboración propia

Fase 1

Formación del grupo promotor



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), constituido por personas ligadas al proyecto, surgidas de asociaciones, instituciones y el propio vecindario. Su tarea fundamental será participar en el proceso de investigación ciudadana para identificar activos y necesidades.
- 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:

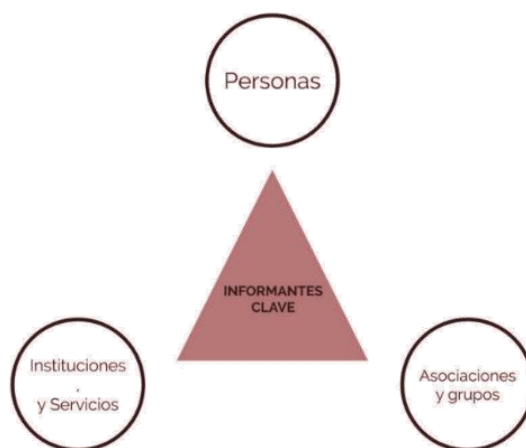
- Las claves de la planificación del proceso
- Los fundamentos teóricos
- Se seleccionarán las técnicas de recogida de información sobre activos.

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, población, zona básica de salud.
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 cuyo conocimiento surge de una posición estratégica dentro de la vida social del barrio y de la red de relaciones sociales.

Figura 3: Informantes clave.1



Elaboración Propia

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...).

1 Ver Tabla 1: Activos que pueden identificarse según el modelo de Desarrollo Comunitario Basado en Activos (ABCD)

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 Técnicas) 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.alianzasaludcomunitaria.org y en la web de la www.easp.es

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 en 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



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).

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.

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	Todos los recursos de las organizaciones formales e instituciones que pueden incidir en la promoción de la salud de la gente del barrio; los servicios públicos que ofrecen a la ciudadanía y, en general, cualquier activo que puedan poner al servicio de la comunidad para mejorar su 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	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.	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, E., et al., (2016). Guía para la elaboración del mapa de activos en salud en las Islas Baleares. Gobierno Islas Baleares.

Referencias

- 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>
- 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>

- Escuela Andaluza de Salud Pública (2017). Libro de actas en Congreso de Activos para la Salud Comunitaria. EASP. Granada. Disponible en: <http://www.congresoactivosgrx.es/actas/>
- 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>
- Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). Promotion&Education Revitalising the evidence base for public health :an assets model. <http://doi.org/10.1177/10253823070140020701x>
- 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-activo>
- 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.
- 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>
- 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 Armas, C., Hernán García, 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>
- Suárez, Ó., López, S., Argüelles, M., Hevia, J. R., Tato, J., González, A., ... Cofiño, R. (2016). Guía para trabajar en salud comunitaria en Asturias.
- López, S., Suárez, Ó., & Cofiño, R.(2018) *Guía ampliada para la recomendación de activos ("prescripción social") en el sistema sanitario*. Asturias.

Anexo

Técnicas de recogida de la 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 geolocalizándolos 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 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.





Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD