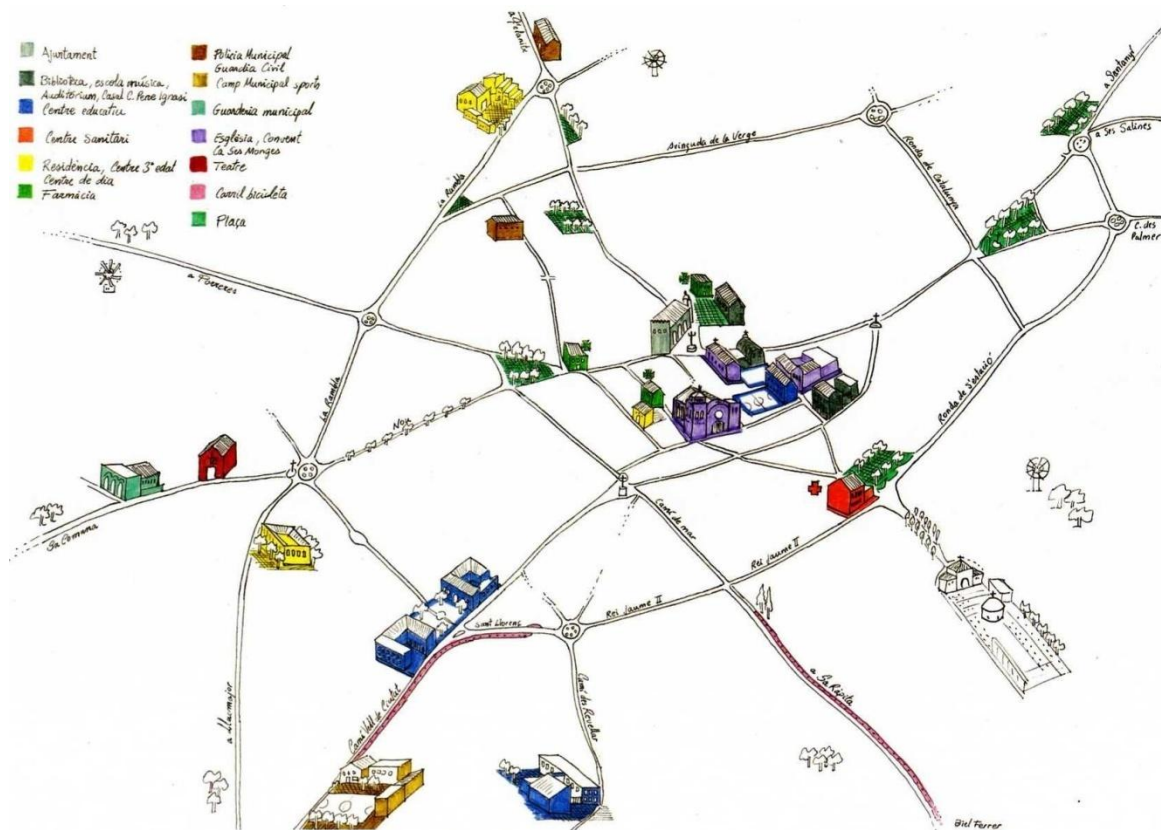


GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS EN SALUD EN LAS ISLAS BALEARES



Govern
de les Illes Balears



EDITADO POR LA CONSEJERÍA DE SALUD (DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y SERVICIO DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES)**Autoría**

Elena Cabeza Irigoyen. Estrategia de Alimentación Saludable y Vida Activa. Dirección General de Salud Pública y Consumo

Guillem Artigues Vives. Estrategia de Alimentación Saludable y Vida Activa. Dirección General de Salud Pública y Consumo

Cristina Riera Martorell. Estrategia de Alimentación Saludable y Vida Activa. Dirección General de Salud Pública y Consumo

M. Montserrat Gómez Alonso. CS Escola Graduada (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Elena García Salom. Dirección de Enfermería. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Clara Vidal Thomàs. Gabinete Técnico. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Marga Coll Pons. CS S'Escorxador (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Atanasio García Pineda. CS Coll d'en Rabassa (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Joana M. Janer Llobera. CS Camp Redó (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Sebastià March Lull. Unidad de Investigación. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Aina Mascaró García. CS Escola Graduada (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Efren Eduardo Moncada Ocanto. CS Sa Torre (Manacor). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Aina Riera Sampol. Vicerrectorado de Campus, Cooperación y Universidad Saludable. Universidad de las Islas Baleares

Neus Salas Valero. CS Sa Torre (Manacor). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Imagen de la portada (Mapa de recursos comunitarios del municipio de Campos)

Gabriel Ferrer Mas, enfermero

Agradecimientos

Rafa Cofiño, Javier Gallego, Mariano Hernán y Dolors Juvinyà, por su apoyo y sus consejos.

Traducción

Bartomeu Riera Rodríguez. Asesor lingüístico. Servicios Centrales. Servicio de Salud de las Islas Baleares

ISBN: 978-84-606-6890-9

«Un activo en salud es cualquier factor o recurso que mejora la capacidad de las personas, de las comunidades y de las poblaciones para mantener y preservar la salud y el bienestar.»

IMPROVEMENT AND DEVELOPMENT AGENCY (IDeA). *A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being*. Londres, 2010

PRÓLOGO

Me satisface presentar la GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS EN SALUD EN LAS ISLAS BALEARES, elaborada por un grupo multidisciplinario de profesionales convencidos de estar poniendo en marcha un nuevo enfoque que implique a las personas y a las comunidades locales de manera efectiva y adecuada para mejorar su salud. Actualmente sabemos que las comunidades empoderadas que responden de manera proactiva a situaciones nuevas o adversas están mejor preparadas para cambios sociales, económicos o ambientales, y que hacen frente a las crisis positivamente, lo que repercutirá en su salud de manera favorable.

Desde una óptica histórica, el sector sanitario ha priorizado sus actuaciones basándose en un enfoque orientado a solucionar problemas de salud. En estos días en que peligra la sostenibilidad del sistema sanitario, necesitamos también encontrar nuevas vías complementarias para trabajar codo a codo con las personas y las comunidades. Además, debemos intentar sacar el máximo rendimiento de las capacidades y de las habilidades que les generen un sentimiento de control y de bienestar, un enfoque basado en los activos en salud.

Y ello requiere un cambio: a escala internacional, el programa de 2020 para la salud y el bienestar de la Unión Europea subraya la importancia de fomentar comunidades resilientes y de fortalecer sistemas de salud centrados en las personas para garantizar la salud. En este sentido, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad empieza a poner en marcha diversas iniciativas en el marco de la Estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Para liderar el cambio debemos comprometernos a implementar políticas que impulsen enfoque. Sin embargo, somos conscientes de que este compromiso político solo establece el principio del cambio y que este enfoque se podrá mantener solamente si somos capaces de demostrar los beneficios de llevarlo a la práctica.

Este documento aspira a lograr un modo de trabajar que permita encontrar nuevas maneras de mejorar la salud de la comunidad. Ello requiere el trabajo pluridisciplinario de profesionales de diversa índole y una buena comunicación entre las comunidades locales y las instituciones. Para ello los profesionales deben preguntar a las comunidades qué tienen por ofrecer y hacerlas partícipes de los aspectos relacionados con su salud. Por otro lado, las comunidades deben identificar y transmitirles sus habilidades, estructuras y capacidades que generen salud. Por consiguiente, el trabajo conjunto es fundamental para lograr el éxito. De esta manera, la GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS EN SALUD EN LAS ISLAS BALEARES marca un cambio en la manera de pensar y actuar para mejorar la salud de la población, que esperamos que sea satisfactorio.

Martí Sansaloni Oliver
Consejero de Salud

TABLA DE CONTENIDOS

1. Motivación y objetivos	6
2. Un nuevo enfoque de la salud: del modelo del déficit al modelo de los activos	7
3. Análisis de la situación o del contexto	12
4. Metodología	14
5. Continuidad del proyecto.....	21
6. Factores condicionantes	21
7. Difusión del proyecto.....	22
8. Evaluación	23
9. Bibliografía	24
Anexo 1. Hoja de solicitud de participación	24
Anexo 2. Hoja del grupo de activos en salud	26
Anexo 3. Tareas del grupo de activos en salud.....	28
Anexo 4. Métodos de exploración e investigación de activos	30
Anexo 5. Modelo de ficha con los activos y los informantes clave.....	32
Anexo 6. Hoja de los indicadores para cada zona básica de salud adherida al proyecto	34

1. MOTIVACIÓN Y OBJETIVOS

En la Dirección General de Salud Pública y Consumo (DGSPC) y en la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (GAP) del Servicio de Salud de las Islas Baleares hay una línea conjunta de trabajo para implicar a la ciudadanía en la toma de decisiones por medio de proyectos de participación comunitaria.

A partir de la experiencia desarrollada por el [Observatorio de Salud de Asturias](#) con el proyecto "[Callejeo saludable: desarrollo del mapa de activos en salud de Asturias](#)",¹ y aprovechando una colaboración que se había establecido con el Centro de Salud (CS) Escola Graduada (Palma) en materia de participación comunitaria, se planteó la posibilidad de llevar a cabo una iniciativa similar a la asturiana que pudiera servir de base para implantarla posteriormente en el resto de centros de salud de las Islas Baleares.

La colaboración con el CS Escola Graduada implicó poner en marcha un proyecto de participación comunitaria que pretendía identificar —por medio de la participación de personas y entidades del propio barrio— los recursos disponibles que pueden mejorar la salud de los vecinos, con el objetivo último de mejorar la interacción social y, como consecuencia, la salud mental y la salud en general de los habitantes del barrio.

Esta guía nace a partir de esta primera experiencia. Ha contado con aportaciones del Gabinete Técnico de Atención Primaria, de la Comisión Técnica de Personas Formadoras y Asesoras en Promoción y Educación para la Salud de la GAP (CTFiA en PiEpS), de la Universidad de las Islas Baleares y de profesionales sanitarios del CS Coll d'en Rabassa y del CS Escola Graduada.

La **finalidad** de esta guía es, pues, servir de apoyo a todos los equipos de atención primaria de los centros de salud de las Islas Baleares que quieran implantar un proceso de participación comunitaria o de prescripción social que les permita identificar los activos en salud de su zona.

Los resultados de este proceso de identificación de activos nos servirán para lograr los **objetivos** siguientes:

1. Que el personal sanitario pueda hacer **prescripción social** a sus pacientes a partir de los activos identificados. La prescripción social es un mecanismo formal con el que el personal sanitario deriva a los pacientes a alguna de las actividades —deportivas, culturales o sociales— que ofrecen las entidades de su entorno.²
2. Que, gracias a las nuevas relaciones y al conocimiento mutuo que se creen con otros agentes del barrio, puedan surgir nuevas colaboraciones o **procesos de participación comunitaria**, y/o mejorar la coordinación de los ya implantados, 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.
3. Que el propio proceso sea un elemento generador de salud, ya que permite el **empoderamiento de la comunidad** y posibilita a los ciudadanos aumentar sus conocimientos y la percepción de control sobre la realidad que los rodea y los

factores que influyen en la calidad de vida, a la vez que mejora la cohesión social de la comunidad.

2. UN NUEVO ENFOQUE DE LA SALUD: DEL MODELO DEL DÉFICIT AL MODELO DE LOS ACTIVOS

En el enfoque tradicional de la salud basado en un modelo del déficit, las intervenciones sanitarias se centran en eliminar los riesgos y prevenir la enfermedad e intentar eliminarla en caso de que se desarrolle. En este modelo, la atención se enfoca a intentar identificar lo que no funciona (tanto en las personas individuales como en las comunidades) con el fin de dar una solución. Este es el modelo que impera en la mayoría de las instituciones y profesiones sanitarias, que intentan curar, paliar y prevenir la enfermedad.

En cambio, cada vez está tomando mayor importancia el llamado **enfoque basado en los activos**, en que la atención se centra en intentar **identificar lo que sí funciona y potenciarlo**, tanto en las personas individuales como en toda la comunidad, y también identificar lo que no funciona, pero que no por ello deja de ser potencialmente activo. En este caso se recomienda investigar los motivos por los que estos recursos no son activos, para poder hacer que se reconviertan en activos. Por tanto, esta mirada pasa del enfoque en la enfermedad al enfoque en la salud.

Explicándolo gráficamente, en la atención preventiva tradicional en las consultas se intenta caminar hacia la salud pero mirando hacia las enfermedades (figura 1), mientras que la visión de promoción de la salud —como la que propone el modelo de activos— intenta mirar hacia lo que da salud (figura 2). Estas miradas se pueden combinar y son perfectamente compatibles, con lo que se presta una atención que intenta prevenir las enfermedades a la vez que ofrece herramientas para reforzar el mantenimiento de la salud.



Fuente: ilustraciones de Xavier Moyà

Orígenes: la salutogénesis

Este enfoque tiene el origen en el **modelo salutogénico**,³ desarrollado por el sociólogo **Aaron Antonovsky** a partir de la década de los años 70. Antonovsky hizo un estudio con mujeres que habían sido internadas en campos de concentración durante la II Guerra Mundial. Aunque estas mujeres tenían una salud peor que las que no habían pasado por esa vivencia, era sorprendente que el 29 % manifestaban tener una buena salud mental, a pesar de la experiencia tan traumática que habían vivido. Es un hecho que, ante

situaciones adversas, algunas personas tienen la habilidad de recuperarse mejor que otras.

Antonovsky se formuló entonces tres preguntas:

- ¿Por qué las personas se mantienen saludables a pesar de haber sido expuestas a tantas influencias perjudiciales?
- ¿Cómo hacen para recuperarse de las enfermedades?
- ¿Qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de las tensiones más extremas?

Este fue un cambio fundamental, ya que el hecho de **formularse las preguntas en positivo** lo llevó a centrarse en adelante en los factores que hacen que las personas se mantengan sanas y saludables, más que en los factores generadores de la enfermedad.

Antonovsky no compartía el modelo tradicional en que salud y enfermedad son dos polos opuestos, y cuando se da uno no se puede dar el otro. Para él, **salud y enfermedad son un continuo**, y la gente no se encuentra nunca en un extremo o en el otro, sino en alguno de los puntos intermedios, ya que incluso las personas más sanas tienen algún componente insano, y las personas que están enfermas —incluso muy cerca de la muerte— conservan algún elemento sano. Las personas se sitúan en algún punto de este continuo, aunque este no es un estado pasivo y estático, sino que tiene que ir creándose constantemente. La pérdida de salud, las tensiones y el caos a lo largo de la vida existen de manera natural, y por tanto la persona debe actuar continuamente para situarse en la mejor posición posible.

Los recursos generales de resistencia y el sentido de coherencia

La teoría salutogénica identifica los llamados “**recursos generales de resistencia**” (RGR), que son factores biológicos, materiales y psicosociales que facilitan a las personas percibir sus vidas como consistentes, estructuradas y comprensibles. Los RGR típicos son el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, el capital cultural, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida.

Sin embargo, más que los recursos en sí mismos, lo que es verdaderamente importante es la capacidad para utilizarlos, lo que Antonovsky llama “**sentido de coherencia**”, que se convierte en el elemento clave de la teoría salutogénica.⁴ Está formado por tres componentes principales:

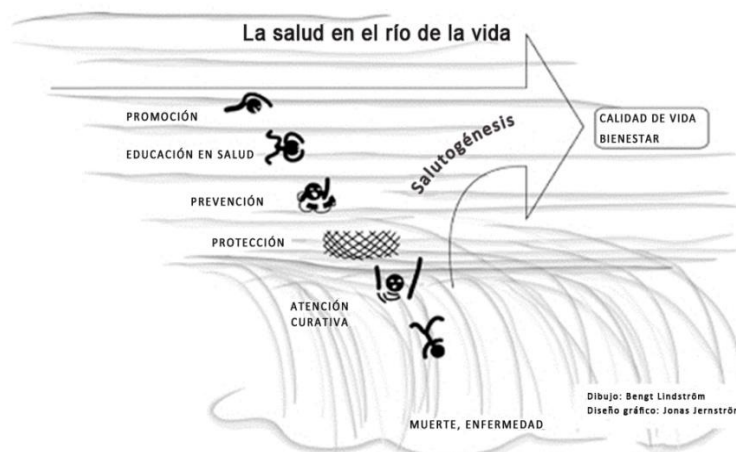
1. La comprensibilidad: la capacidad para entender lo que pasa.
2. La manejabilidad: la visión de las propias habilidades para manejarlo.
3. La significancia: la capacidad para convertir lo que se hace en satisfactorio y con significado para la propia vida.

El sentido de coherencia es aplicable individualmente, en grupos o a la sociedad. Antonovsky desarrolló un instrumento para medirlo. Un sentido de coherencia alto está positivamente relacionado con una buena salud mental, salud percibida y calidad de vida.

El río de la vida

Eriksson y Lindstrom crearon una representación gráfica de lo que Antonovsky denominaba el “río de la vida”. Esta metáfora plantea la vida como un río, pero uno de cuyos márgenes es una cascada que discurre a lo largo de todo el río. Hay personas que son afortunadas y nacen en el margen tranquilo, pero hay otras que al nacer o en algún momento de su vida se sitúan en el margen de aguas bravas, al lado de la cascada.

En este río, la intervención tradicional en medicina se centra en intentar salvar a las personas que caen por la cascada, mientras que las intervenciones de salud pública intentan establecer barreras, mecanismos de protección para que la corriente se lleve a la gente río abajo. El modelo salutogénico, en cambio, se centra en la capacidad de las personas para nadar y mantenerse alejadas de la cascada. Por tanto, el objetivo no es salvar a las personas, sino conseguir que naden bien, independientemente del lugar del río donde estén. El río está lleno de riesgos, pero también de recursos. Así pues, en el transcurso de la vida se trata de saber aprovechar al máximo los **recursos disponibles** para mejorar las opciones de salud y de calidad de vida. Consiguientemente, en este modelo la salud se construye a partir de los recursos que es capaz de proporcionar la sociedad donde se vive y de la capacidad personal para utilizarlos.⁴



El modelo salutogénico adquiere cada vez más importancia en el ámbito de la salud pública. Este modelo liga con el concepto de *resistencia* o *resiliencia*, entendido como la capacidad de respuesta a los retos del ambiente.

La experiencia de la Universidad de Wisconsin (EE. UU.) ayudó a consolidar este modelo. Esta experiencia, que en principio (año 2003) se limitó a este estado, se extendió posteriormente al resto de los estados de los EE. UU.⁵ En este paradigma, la situación de salud o los resultados de salud están influidos por un conjunto de determinantes sociales (cuidados asistenciales, conductos de salud, factores socioeconómicos y medio ambiente físico). Las personas y sus conductas están muy influidas por las redes sociales y por la comunidad de donde viven y por la capacidad de estas para darles apoyo. Las condiciones de vida, de trabajo y de vivienda, la educación recibida, el acceso a los servicios básicos, el entorno, los espacios verdes, el transporte, etc., también determinan su salud. Y todo depende de las condiciones políticas, socioeconómicas, culturales y ambientales en que la sociedad se desarrolla.⁶

El modelo de activos comunitarios

En línea con esta visión de la salud desde una óptica positiva, en los años 90 **Kretzman y McKnight**⁷ desarrollaron el modelo de los activos comunitarios, en los que proponen identificar los activos de las comunidades elaborando un mapa. Este modelo, centrado principalmente en los barrios más empobrecidos, propone hacer visibles los recursos, las capacidades y las habilidades de que dispone la comunidad y que pueden incidir positivamente en la salud de sus habitantes.

De esta manera, el modelo basado en los activos se aleja del enfoque tradicional del déficit, en el que “las agencias” —ajenas a la realidad del barrio— identifican las carencias e invierten los esfuerzos y los recursos en intentar paliarlas. Estas actuaciones, aunque son bien intencionadas, pueden producir un efecto perverso al generar dependencias en la comunidad, que puede acabar asumiendo un papel de simple receptora y manteniendo este estatus para poder seguir recibiendo recursos.

Desde este punto de vista, un **activo en salud** se puede definir como ‘cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, de los grupos, de las comunidades, de las poblaciones, de los sistemas sociales y/o de las institucionales para mantener y conservar la salud y el bienestar, y también para ayudar a reducir las desigualdades sanitarias’.⁸ Estos activos pueden operar individualmente, en los grupos, en la comunidad y/o en la población como factores de protección (o promoción) para atenuar el estrés diario.

Los activos incluyen las capacidades y los recursos de las propias personas del barrio, pero también de las asociaciones —tanto las formales como las informales— que han creado los vecinos, las organizaciones que operan ahí y también los negocios locales que crean riqueza para la comunidad.

El modelo basado en los activos propone la elaboración de **mapas de activos** como un proceso en que los propios habitantes y las entidades del barrio identifican las características y los recursos —físicos, personales, individuales y comunitarios— que les hacen fuertes y que les permiten resistir ante la adversidad. Durante este proceso, la comunidad identifica todo lo que tiene de positivo, a la vez que se empodera y toma conciencia de su capacidad y responsabilidad propias para dirigir su vida en un sentido o en otro.

Hacer un mapa o inventario es algo más que recoger datos e información: es una herramienta de **desarrollo y empoderamiento**. El proceso es descubrir activos ocultos y potenciales en una comunidad y crear nuevas relaciones y posibilidades.



Aplicación del enfoque basado en los activos

Pensar en los activos para la salud no obliga a descartar el modelo del riesgo, pero empieza a ser más sugerente detectar los recursos y las capacidades de las personas y las comunidades y potenciar las acciones para reforzar las fortalezas y utilizarlas sustentándose en las oportunidades para mantener la salud o mejorarla.

De la visión tradicional del déficit al enfoque basado en los activos:⁸

<i>Enfoque de los déficits</i>	→	<i>Enfoque basado en los activos</i>
Parte de las deficiencias y necesidades de la comunidad		Parte de los activos de la comunidad
Responde a los problemas		Identifica las oportunidades y las fortalezas
Presta servicios a los usuarios		Invierte en las personas como ciudadanos
Enfatiza el rol de las agencias		Enfatiza el rol de la sociedad civil
Se centra en las personas		Se centra en las comunidades y los barrios y el bien común
Ve a las personas como clientes y consumidores que reciben servicios		Ve a las personas como ciudadanos coproductores con cosas que ofrecer
Trata a las personas como sujetos pasivos		Ayuda a las personas a tomar el control de su vida
<i>Arregla</i> a las personas		Ayuda a la gente a desarrollar su potencial
Implementa programas como respuesta		Ve a las personas como respuesta

3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN O DEL CONTEXTO

Uno de los elementos importantes para mejorar la salud en el ámbito local es tener un buen conocimiento de la población, de la zona del centro de salud y de los recursos de la comunidad, lo que nos ayudará a decidir donde debemos empezar a trabajar y hacer que las intervenciones sean más efectivas.

Una buena manera de obtener esa información es elaborando el diagnóstico de salud, que es una tarea laboriosa y que necesita tiempo. En este documento se propone hacer el mapa de activos sin tener que **elaborar el diagnóstico de salud previamente**. Se recomienda, no obstante, que desde el centro de salud se haga una reflexión al principio del proyecto que permita identificar —aunque sea a grandes rasgos— las características principales de la comunidad donde trabaja. La administración sanitaria trabaja para poner a su disposición la mayor cantidad de información posible relativa a los indicadores de determinantes sociales y de salud disponibles en cada zona básica de salud.

Por tanto, para hacer el análisis de la situación o del contexto hay que recoger la información necesaria para caracterizar la comunidad en todos los aspectos relacionados directa o indirectamente con su salud.

Por ello se recomienda seguir los pasos siguientes:

1. **Definir la comunidad:** características generales del área y de la población a la que se dirige el proyecto (quiénes son, dónde viven, cómo viven). La comunidad puede definirse de muchas maneras: criterios geográficos, de población de interés, de problemas que hay que resolver, etcétera.
2. **Describir el área:** en nuestro país existe una delimitación geográfica de las zonas básicas de salud, que a menudo no coinciden con los barrios. Por tanto, recomendamos plantearse las cuestiones siguientes, para empezar:
 - ¿Ha sufrido el barrio transformaciones en los últimos años? ¿De qué tipo? ¿Ha habido alguna transformación urbanística? ¿Ha habido cambios de población?
 - ¿Cuál es la composición del barrio?
 - ¿Qué recursos hay?: comercios, infraestructuras públicas, entorno físico (y en qué estado), turismo, tejido asociativo, entorno educativo...

A modo de ejemplo, la redacción de este apartado podría ser así:

Centro de de Salud Escola Graduada

El Centro de Salud Escola Graduada es muy heterogéneo y tiene muchos contrastes. Está ubicado en el centro de la ciudad, pero su zona de salud abarca tanto el casco antiguo como el ensanche, por lo que las Avenidas dividen su población. Además, ha experimentado una gran transformación urbanística.

En el centro de la ciudad hay comercios —aunque muchos han tenido que cerrar—, turistas y un gran número de centros institucionales y administrativos; por tanto, una gran cantidad de personas vienen aquí para hacer tareas administrativas. Se podría decir que es un barrio de servicios, pero los servicios no cubren las necesidades del barrio, sino que son para toda Palma.

Aparte, alberga toda una población del circuito de exclusión social, mayoritariamente ligada al consumo de tóxicos, y también personas que ejercen la prostitución.

En la parte del ensanche el barrio es una zona de paso, ya que está muy cerca del centro. Por eso no hay un sentimiento de barrio. Vive mucha población inmigrada, sobre todo de Latinoamérica.

En cuanto a la población que acude al Centro de Salud, no se puede definir un perfil concreto.

4. METODOLOGÍA

El mapeo de activos se basa en un modelo íntegramente de participación comunitaria, en el que la población del área de referencia y los profesionales de la salud forman un grupo que trabaja conjuntamente. De esta manera el proceso resulta lo más representativo posible, ya que participa el número máximo de personas o entidades que habitan en el barrio.

A continuación se detallan las fases para la identificación de activos. Este proceso se ha basado en el modelo propuesto por Botello.⁹

Fases para la identificación de activos



A) Solicitud de participación

En caso de que un centro de salud esté interesado en poner en marcha un mapa de activos, tiene que comunicar directamente a la DGSPC (e-alvac@dgsanita.caib.es) la intención de participar, y así recibirá todos los documentos necesarios (anexo 1).

Este proyecto también es una de las acciones propuestas dentro de las líneas estratégicas de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, y como tal se prevé en el Contrato de gestión para el periodo 2013-2014. Por tanto, hay centros de salud que han escogido esta línea estratégica y desarrollarán el mapa de activos.

B) Presentación del proyecto en el centro de salud e identificación de los responsables del proyecto

El equipo técnico de la DGSPC y la Comisión Técnica de FiA en PiEpS se reúne con el centro de salud durante una sesión clínica para presentarle el proyecto. Es importante que esté presente el mayor número posible de profesionales sanitarios y no sanitarios del centro de salud.

Identificación de los profesionales de la salud que liderarán el proyecto. Dentro del propio Equipo de Atención Primaria hay que identificar a los profesionales que quieran liderar el proyecto desde el comienzo, quienes actuarán como coordinadores.

¿Qué deben hacer? Se encargarán de hacer una búsqueda activa y de contactar y reunirse con la comunidad con la finalidad de crear un grupo de trabajo (llamado “grupo de activos en salud”) promotor del proyecto.

¿Quiénes serían los posibles participantes? A la hora de plantearse constituir el grupo es necesario identificar personas, entidades y grupos (personas referentes de los ayuntamientos, asociaciones, usuarios, grupos de ayuda mutua, clubes o asociaciones deportivas, ONG, etc.). En el cuadro siguiente se describen, a modo de ejemplo, posibles participantes que pueden tomar parte en el proyecto:

Instituciones y servicios	Tejido social
Ayuntamiento: servicios sociales, deportes, participación ciudadana, policía local	Usuarios del centro de salud
Hogares de ancianos	Asociaciones (de vecinos, de mujeres, de jóvenes, de personas mayores, de personas con alguna discapacidad, culturales, de inmigrantes, AMIPA...)
Centros juveniles	Grupos de ayuda mutua
Centros de personas mayores	Asociaciones o clubes deportivos
Centros educativos	Asociaciones profesionales
Centros culturales	ONG
Centros deportivos	Tejido empresarial
Mesas de entidades o consejos de barrio	Otros
Otros	

¿Cómo pueden identificarse? El personal del centro de salud conoce bien las asociaciones, las personas clave, las ONG, los servicios sociales, etc., de la zona.

Para hacer una búsqueda activa pueden consultarse también las bases de datos disponibles:

Nombre	Fuente de Información o dirección web
Directorio de asociaciones de salud y grupos de ayuda mutua	http://www.caib.es/sacmicrofront/contenido.do?idsite=2925&cont=40940&lang=es&campa=yes En el directorio hay información de las asociaciones y de los grupos de ayuda mutua para personas con alguna discapacidad o con patologías y problemas de salud concretos
Directorio de asociaciones en la Administración de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares	https://www.caib.es/regentjurfront/principal.jsp?seleccion=asociacion01 El Registro de Asociaciones permite buscar asociaciones por municipios, por tipo de actividad, por finalidad, etc.
Observatorio Municipal de Palma	http://www.observatoripalma.org/acercade/index.es.html Registro Municipal de Entidades Ciudadanas (RMEC)
Ayuntamientos	Webs de ayuntamientos

¿Cómo debe hacerse? Para elaborar el mapa de activos hay que hacer una sesión de formación para el personal que decida participar en el proyecto. La formación, impartida por los representantes de la Comisión Técnica FiA en PiEpS y para técnicos de la DGSPC, será de tipo práctico y se centrará en las diferentes técnicas cuantitativas y cualitativas para recoger información con el fin de hacer el mapa.

C) Presentación del proyecto a la comunidad

Es importante que todas las entidades de la zona (instituciones, servicios y tejido social) estén informadas del proyecto desde el principio. Una vez identificados y contactados los posibles participantes, hay que convocarlos a una reunión para presentar el proyecto del mapa de activos y preguntar cómo colaborarán; no hay que olvidar hacer referencia a los objetivos finales del proyecto: **prescripción social, procesos de participación comunitaria y apoderamiento de la ciudadanía.**

Lugar de la reunión de presentación: es conveniente que la reunión se haga en algún sitio fuera del centro de salud (p. ej., un centro cívico o la asociación de vecinos, un espacio municipal, etc.) para que las personas convocadas estén más cómodas y evitar el protagonismo del centro de salud.

Material necesario: para exponer el proyecto a la comunidad es útil la presentación de diapositivas que se puede descargar desde la intranet.

D) Constitución del grupo de activos en salud y actividades que debe llevar a cabo

Hay que constituir el grupo de activos en salud con las personas que manifiesten interés en participar (véase el anexo 2). No se trata de un proyecto cerrado: el grupo de trabajo está abierto a la incorporación de otras organizaciones o asociaciones que estén interesadas en participar.



Qué debe hacer el grupo de activos en salud: se recomienda que defina los conceptos siguientes, que han de quedar recogidos en una hoja (véase el anexo 3):

- **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. Debe tenerse en cuenta que hay que incluir en el proceso las áreas de las unidades básicas adscritas.
- **Definir el alcance de los activos:** según los intereses de la comunidad estudiada, será conveniente detectar activos de cualquier tipo para tener una idea general de qué existe en la comunidad para reforzarla y que se puedan escoger líneas de actuación o activos más específicos de una temática concreta que previamente se haya detectado que requieren una actuación prioritaria en esa comunidad concreta (como la obesidad, la salud mental o la drogodependencia). Aunque esta guía se plantea para hacer una investigación de activos general, un mapeo más específico por temáticas es más idóneo cuando se hace dentro del contexto de un programa concreto o cuando hay un campo de actuación priorizado en la comunidad, y cuando se quieran conectar los activos disponibles para hacer una intervención más efectiva. En cualquier caso, los pasos que hay que seguir son los mismos, independientemente del alcance decidido.
- **Definir la metodología de trabajo y los recursos:**
 - Definir el sistema de reuniones y explicárselo al grupo.
 - Explicar cómo debe recogerse la información.
 - Tener en cuenta si se necesitarán recursos adicionales para hacer el mapeo (planos, fotografías, cartulinas...).

El grupo de activos en salud tiene que reunirse periódicamente, y sus decisiones se toman por consenso entre los participantes. En el periodo entre reuniones hay que mantener la comunicación por correo electrónico y/o por teléfono.

- **Captación de los informantes clave:** el grupo de activos en salud tiene que captar informantes clave, que son las personas que conocen en profundidad la estructura de la zona y las relaciones entre sus habitantes, las que verdaderamente informarán sobre los activos.

Duración del proyecto: el proyecto empieza cuando se crea el grupo de activos en salud y termina cuando los activos se representan en el mapa. Es conveniente que no dure más de tres meses. No obstante, una vez terminado el mapa de activos, el grupo puede seguir trabajando en actividades de participación comunitaria, aprovechando las sinergias creadas con la comunidad. Además, puede ir identificando activos que pueden incorporarse periódicamente.

E) Identificación de los activos

El grupo de activos en salud y los informantes clave que hayan identificado tienen que recoger información sobre los recursos disponibles que se pueden convertir en activos en salud en el área que hayan delimitado previamente. Es importante tener en cuenta que no todos los recursos disponibles pueden ser activos en salud: solo hay que considerar los que son utilizados por la población. Por ejemplo, una plaza del barrio es un recurso, y debe considerarse un activo en salud si hay gente que la utiliza.

¿Qué tipo de activos hay que identificar?: existen diversos tipos de activos, que se agrupan así:

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 llevan a cabo para mejorar la situación del barrio	Policía de barrio, profesionales del centro de salud, profesores del colegio, miembros de las asociaciones de la tercera edad, de vecinos, de jóvenes...
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, clubes de recreo, grupos de ayuda, bancos de tiempo, asociaciones de vecinos, de pacientes, de inmigrantes, de la tercera edad...

Activo	Descripción	Ejemplo
Organizaciones	Todos los recursos de las organizaciones formales que pueden incidir en la promoción de la salud de la gente del barrio, los servicios que ofrecen a los ciudadanos y, en general, cualquier activo que puedan poner al servicio de la comunidad para mejorar su bienestar —incluido el suyo personal—, la influencia y la experiencia, que puede servir para apoyar nuevas iniciativas	Servicios del ayuntamiento, oficinas de distrito, centro cívico o juvenil, residencias de la tercera edad, policía, centros de salud, centros educativos (institutos, colegios, guarderías, etc.), federaciones deportivas, sindicatos...
Espacios físicos	Todos los recursos físicos que hay en el barrio, algunos de los cuales a veces no se tienen en cuenta o están infrutilizados, pero que están a disposición de la gente del barrio 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...
Economía	Los comercios y, en general, todas las actividades económicas que se desarrollan en el barrio 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 dispone el barrio 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 vegetarianos, de cocina de mercado, de especialidades de países diversos; gimnasios, tiendas de bicicletas o de deportes, centros infantiles de ocio...
Cultura	La vida cotidiana está llena de arte y cultura. Un barrio lleno de cultura es un barrio que incide positivamente en la salud de quien lo habita, ofreciéndole oportunidades de vida activa, de creación de redes y de mejora de las relaciones interpersonales y de la autoestima, lo que repercute positivamente en la salud de quien participa	Rutas guiadas, centros culturales, de exposiciones, de música, de danza, clubes de lectura...

¿Qué metodología hay que utilizar?: la metodología para explorar los activos puede ser muy diversa: se pueden hacer entrevistas, grupos de discusión, salidas con los participantes para cartografiar los recursos saludables o hacer fotos, hacer tertulias de café, etc. Depende de los conocimientos en técnicas cuantitativas o cualitativas del grupo. La formación inicial que la Comisión Técnica PiEpS y los técnicos de la DGSPC habrán impartido sobre las diferentes técnicas de recogida de información ayudará a definir qué metodologías son las más adecuadas para cada grupo.

Las técnicas o los métodos son los siguientes: bases de datos, webs, redes sociales...; “fiesta del mapeo”; *photovoice*; tertulia de café; investigación narrativa (*storytelling*); conversación; grupos focales y entrevistas en profundidad. En el anexo 4 ofrecemos una breve descripción de estas técnicas.

Ficha de activos: los recursos identificados deben recogerse en fichas (hay que rellenar una por cada activo). De cada activo identificado es necesario saber el informante clave, el nombre del activo, la ubicación (nombre de la vía y número) y las actividades que se llevan a cabo (servicios que ofrecen y recursos de que dispone). En el anexo 5 se muestra el modelo de ficha para rellenar.

F) Validación de la información y elaboración del mapa

El grupo de activos en salud tiene que recoger todas las fichas rellenas y enviarlas a la DGSPC (e-alvac@dgsanita.caib.es). A partir de aquí, el equipo de la DGSPC se encargará de llevar a cabo las acciones siguientes:

- **Depuración de la información:** la información recogida —independientemente de la metodología utilizada— debe someterse a un análisis y una depuración, ya que los diferentes informantes a veces identifican los mismos activos y los clasifican en diferentes categorías, o bien la información que proporcionan no es del todo clara. Una vez depurada, se introduce en una base de datos. Posteriormente se enviará la información al grupo de activos en salud para validarla.
- **Georreferenciación y elaboración del mapa:** para cada uno de los activos identificados se recoge la dirección (nombre de la vía y número). En la base de datos se traduce la dirección en coordenadas geográficas XY, que posteriormente servirán para elaborar el mapa, en el que quedarán identificados todos los activos por tipos. Por cada activo figurará información sobre la ubicación y un pequeño resumen de las actividades que ofrece.
- **Actualización de activos nuevos:** el proceso de recogida de datos tiene que ser dinámico; eso quiere decir que, después del primer proceso de captación de activos, debe haber una recogida sistemática de activos de cara al futuro. Por eso, una vez creado el mapa, por medio de un cuestionario en línea el grupo de activos en salud podrá incluir los activos nuevos o modificar los existentes.

5. CONTINUIDAD DEL PROYECTO

Una vez obtenido el mapa de activos, la información recogida debe darse a conocer a todos a los participantes, a las instituciones y entidades, al tejido social de la zona y a los profesionales del centro de salud (véase el punto 7, “Difusión del proyecto”).

El mapa tiene que estar a disposición de los profesionales del centro de salud para que puedan hacer prescripción social a los pacientes a partir de los recursos identificados. La metodología concreta con la que se definirá el procedimiento debe ser tratada en un documento específico.

Por otra parte, el grupo de activos en salud puede seguir trabajando en procesos de intervención comunitaria como una línea de trabajo comunitario y multidisciplinario.

6. FACTORES CONDICIONANTES

En la situación actual de crisis económica, los recursos de que disponen los organismos públicos y las entidades privadas son cada vez más escasos. En un contexto de recortes generalizados de los servicios públicos, se hace necesario encontrar maneras de seguir mejorando la salud y la calidad de vida de los ciudadanos, de modo que no implique gastos que resultarían difícilmente asumibles, tanto para los poderes públicos como para los actores privados involucrados en el proyecto.

Por eso este proyecto, con un coste muy limitado, permite poner en valor todo lo que ya está disponible y al alcance de la población, pero que a menudo pasa desapercibido o no se valora adecuadamente. Así mejoran la eficacia y la eficiencia de los recursos disponibles (tanto los públicos como los privados), a la vez que se apodera la comunidad como fuente de su propia salud.

7. DIFUSIÓN DEL PROYECTO

Para cumplir los objetivos planteados hay que lograr la máxima difusión del mapa de activos.

ÁMBITO EXTERNO													
Mes	Fase	Socio estratégico					Socio operativo				Responsable	Material de apoyo	
		Servicios sociales	Ayuntamientos	Asociaciones de vecinos	Centros juveniles	Centros de personas mayores	Mesas de entidades, ONG,...	Equipo de la DG Salud Pública	Equipo de Atención Primaria	Coordinadores del centros de salud			Gabinete de prensa
1 ^{er} mes	Presentación del proyecto / formación								✓	✓		Equipo de la DGSPC / Comisión de Formación	Presentación ejecutiva del planteamiento del proyecto
	Comunicación de inicio/fin estratégico	✓	✓	✓	✓	✓	✓					Responsable del proyecto en el centro de salud	Correo electrónico personalizado con carta explicativa
	Presentación al grupo de activos en salud	✓	✓	✓	✓	✓	✓					Responsable del proyecto en el centro de salud / Equipo de la DGSPC	Presentación de diapositivas
	Difusión a los medios de comunicación									✓		Gabinete de prensa / Responsable del proyecto	Dossier de prensa
	Difusión del programa en otros medios		✓					✓			✓	Responsable del proyecto en el centro de salud / Grupo de Activos en Salud	Correo electrónico no personalizado
	Difusión del programa en la página web							✓					Equipo de la DGSPC

ÁMBITO INTERNO											
Mes	Fase	Nivel estratégico			Nivel operativo		Responsable	Material de apoyo			
		Consejero	DG Salud Pública	Gerencia de Atención Primaria	Equipo de la DG Salud Pública	Responsable del proyecto en el centro de salud					
1 ^{er} mes	Presentación a los comités de dirección	✓	✓	✓			Director general del Servicio de Salud / DG Salud Pública	Informe (+ página web)			
	Comunicación de inicio del proyecto			✓	✓		Responsable del proyecto en el centro de salud	Correo electrónico individualizado			

El proceso final de la recogida de activos se resume sobre un mapa interactivo, que es la información visible para los profesionales de la salud y para los ciudadanos. Deben representarse los activos de cada municipio, exactamente en el lugar al que pertenecen, y además hay que ofrecer una breve descripción de ellos. Por eso hay que crear un espacio web cuya finalidad sea dar visibilidad al mapa dentro de la comunidad.

8. EVALUACIÓN

El grupo de activos en salud es el responsable de evaluar el proyecto según los indicadores siguientes (véase el anexo 6):

Indicadores para cada zona básica de salud adherida al proyecto:

- Disponibilidad del mapa de activos.
- Participación comunitaria: número de entidades que han participado dividido entre el número de entidades a las que se ha presentado el proyecto, multiplicado por 100.
- Número de informantes clave.
- Número de activos identificados para cada categoría (asociaciones, organizaciones, espacios, economía, cultura y personas).

Indicadores globales:

- Porcentaje de zonas básicas que han creado el mapa de activos.
- Participación comunitaria: número de entidades que han participado dividido entre el número de entidades a las que se ha presentado el proyecto, multiplicado por 100.

9. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Observatorio de Salud en Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad (2014). En <http://www.obsaludasturias.com/obsa>. Consulta: 13 agosto 2014.
- 2 Brandling, J, House, W. Social prescribing in general practice: adding meaning to medicine. *British Journal of General Practice*. Junio 2009; 59(563): 454–456.
- 3 RIVERA, Francisco [et al.]. “Análisis del modelo salutogénico y del sentido de coherencia: retos y expansión de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo”. En HERNÁN, Mario; MORGAN, Antony; MENA, Ángel Luis (ed.). *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2013.
- 4 LINDSTRÖM, Bengt; Eriksson, Monica. “Un abordaje salutogénico para reducir las desigualdades en salud”. En HERNÁN, Mario; MORGAN, Antony; MENA, Ángel Luis (ed.). *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2013.
- 5 Robert Wood Johnson Foundation y University of Wisconsin Population Health Institute. *Health outcomes. County health rankings*. En <http://www.countyhealthrankings.org/health-outcomes>. Consulta: 2 febrero 2011.
- 6 DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Estocolmo (Suecia): Institute for Futures Studies, 1991.
- 7 KRETZMAN, John P.; MCKNIGHT, John L. *Building communities from the inside out: a path toward finding and mobilizing a community assets*. Institut for Policy Research: Evanston (Illinois, EE. UU.), 1993.
- 8 IMPROVEMENT AND DEVELOPMENT AGENCY (IDeA). *A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being*. Londres, 2010. En http://www.local.gov.uk/c/document_library/get_file?uuid=bf034d2e-7d61-4fac-b37e-f39dc3e2f1f2&groupId=10180. Consulta: 1 octubre 2014
- 9 Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, Nieto J, Cofiño R. Methodology for health assets mapping in a community. *Gac Sanit*. 2013 Mar-Apr; 27(2):180-3. doi: 10.1016/j.gaceta.2012.05.006. Epub 2012 Jun 22.

ANEXO 1. HOJA DE SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN



Mapa de activos en salud

Solicitud de participación

Nombre del centro de salud:

Localidad: Municipio:

Isla: Mallorca Menorca Ibiza Formentera

Nombre de la persona solicitante:

Teléfonos de contacto:

Correo electrónico:

Fecha de la solicitud:

Fecha de la formación en el Centro de Salud:

ANEXO 2. HOJA DEL GRUPO DE ACTIVOS EN SALUD

ANEXO 3. TAREAS DEL GRUPO DE ACTIVOS EN SALUD


Govern de les Illes Balears
 Conselleria de Salut
 Direcció General de Salut Pública i Consum


Govern de les Illes Balears
 Atenció Primària

Mapa de activos en salud Tareas del grupo de activos en salud	
¿Cuál es el área del mapeo?	
¿Cuál es el alcance de los activos?	
¿Qué metodología y qué recursos se utilizarán?	
Duración prevista del proyecto	



ANEXO 4. MÉTODOS DE EXPLORACIÓN E INVESTIGACIÓN DE ACTIVOS

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.

Técnica cuantitativa

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.

Técnicas cualitativas

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.

Photovoice: 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.



Investigación narrativa (*storytelling*): la intención es que los informantes expliquen a partir de su vivencia cómo se han enfrentado a un problema determinado y cuál ha sido la resolución.

Paseos comunitarios: se trata de que un grupo de personas de la comunidad (informadores) se reúnan en un punto determinado del barrio con una persona del grupo de activos en salud y que vayan a dar un paseo. Durante el recorrido, los informantes tienen que ir manifestando qué recursos les confieren salud, según su opinión.

Bases de datos, catálogos, webs, redes sociales...: hace referencia a toda una información recogida de forma sistemática y periódica —sobre todo las bases de datos y los catálogos— en que se pueden encontrar diferentes informaciones relativas a aspectos de salud recogidos en las encuestas... a una serie de información.

ANEXO 5. MODELO DE FICHA CON LOS ACTIVOS Y LOS INFORMANTES CLAVE



Ficha de recogida de información

Activos en salud: ¿qué aporta salud a su barrio?

Persona que recoge la información:	
Centro de Salud:	
Nombre del activo:	
Tipo de activo:	<input type="checkbox"/> Asociación / organización <input type="checkbox"/> Espacios físicos / infraestructuras <input type="checkbox"/> Economía local <input type="checkbox"/> Persona individual
Persona que aporta la información:	Cargo:
Entidad a la que representa (en su caso):	
Página web:	Correo electrónico:
Dirección postal:	N.º:
Localidad:	Código postal:
Localidad:	Municipio:
Teléfonos de contacto:	
Observaciones:	

Área	Alimentación	Actividad física	Salud afecti-vo-sexual	Adicciones	Bienestar emocional	Prevención de accidentes	Higiene	Otras
Población a la que va dirigido el activo	Niños hasta 3 años	Niños >3-6 años	Niños >6-12 años	Adolescentes	Jóvenes	Mujeres	Hombres	Familias
	Población general	Personas mayores	Embarazadas	Personas con discapacidad	Personas inmigradas	En riesgo de exclusión	Otros colectivos	

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

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

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

ANEXO 6. HOJA DE LOS INDICADORES PARA CADA ZONA BÁSICA DE SALUD ADHERIDA AL PROYECTO



Govern de les Illes Balears
 Conselleria de Salut
 Direcció General de Salut Pública i Consum



Govern de les Illes Balears
 Atenció Primària

Mapa de activos en salud

Hoja de indicadores

Existencia del mapa de activos Nombre del proyecto	
Participación comunitaria: número de entidades que han participado dividido entre el número de entidades a las que se ha presentado el proyecto, multiplicado por 100	
Número de informantes clave	
Número de activos identificados por cada categoría	Asociaciones:
	Organizaciones:
	Espacios:
	Economía:
	Cultura: Personas:

