

ORIGINALES

Protegido: Dinamización de un mapa de activos para la salud desde el sector asociativo

Laura Sánchez Casado. Hospital Universitario La Fe de València, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, València

Joan J. Paredes Carbonell. Centre de Salut Pública de València, Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, València. Facultat d'Infermeria i Podologia, Universitat de València, València. Fundació para la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO), València

Pilar López Sánchez. Centre de Salut Pública de València, Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, València, España. Facultat d'Infermeria i Podologia, Universitat de València, València

Antony Morgan. Glasgow Caledonian University, Londres

Para contactar:

Pilar López Sánchez: lopez_pilsan@gva.es

RESUMEN

Justificación: incorporar la perspectiva salutogénica al ámbito asociativo puede potenciar la acción coordinada y optimizar recursos en salud en el marco del programa Mihsalud (Mujeres, Infancia y Hombres construyendo Salud).

Objetivos: describir el proceso y resultados de la dinamización del mapa de activos para la salud por personas de asociaciones, profesionales sanitarios y técnicos locales.

Diseño y método: estudio cualitativo basado en un taller prospectivo con análisis de contenido temático sobre una muestra de 23 personas representantes de asociaciones, 10 profesionales sanitarios y 1 técnico municipal. Se realizó el taller: dividiéndolos en 6 grupos, para identificar necesidades en salud, completar el mapa de activos y dinamizar activos identificados para responder a necesidades detectadas.

Resultados: se han incorporado las propuestas de las asociaciones y se ha reelaborado el mapa de activos y priorizado las necesidades, y se han propuesto acciones basadas en la interconexión de estos activos.

Conclusiones: se ha construido de forma conjunta el mapa de activos con todos los actores que participan en el programa Mihsalud: representantes de asociaciones y profesionales.

Palabras clave: promoción de salud, participación comunitaria, activos para la salud, recursos en salud, red social.

DYNAMISING ASSET MAPPING FOR HEALTH FROM THE ASSOCIATIVE SECTOR

Abstract

Justification: Incorporating a salutogenic perspective into associations can enhance coordinated action and optimize health resources within the Mihsalud program framework (women, children and men building health).

Objectives: To describe the process and results of the dynamisation of asset mapping for health by people from associations, health professionals and local managers.

Design and methods: A qualitative study based on a prospective workshop with thematic content analysis, on a sample of 23 representative associations, 10 health professionals and 1 manager from the municipality. The workshop divided participants into 6 groups, identifying health needs, completing the assets map and dynamising identified assets to respond to detected needs.

Results: The association's proposals have been incorporated and the asset map has been drawn up again, needs have been prioritized and actions based on the interconnection of these assets proposed.

Conclusions: The asset map has been jointly constructed with all the actors involved in the Mihsalud programme: association representatives and professionals.

Key words: health promotion, community participation, health assets, health resources, social networking.

INTRODUCCIÓN

Identificar los activos o recursos que generan salud en una comunidad forma parte del modelo propuesto por Morgan y Ziglio^{1,2} para revitalizar la práctica de la promoción de la salud³. Este modelo consta de tres fases: la primera se basa en la búsqueda de factores salutogénicos según la evidencia disponible; la segunda consiste en la elaboración de mapas de activos para diseñar y poner en marcha acciones de promoción de salud⁴; y la tercera evalúa el éxito de las actuaciones realizadas⁵.

El modelo de activos se basa en la teoría de la salutogénesis propuesta por Antonovsky⁶, según la cual las personas y las comunidades disponen de capacidades para mejorar su salud mediante el desarrollo de lo que denomina recursos generales de resistencia (RGR) o activos, según Morgan y Ziglio¹.

Estos serían todos aquellos «factores que fortalecen las habilidades de las personas, grupos, comunidades e instituciones para generar salud y bienestar y contribuir a reducir las desigualdades en salud»¹. El sentido de coherencia, según esta teoría, permite a las personas y comunidades comprender su situación, identificar y saber manejar estos RGR o activos para hacer frente a sus necesidades y, dotando de significado a todo este proceso (tiene sentido y merece la pena el esfuerzo por transformar), mejorar la salud y el bienestar⁶.

Mihsalud (Mujeres, Infancia y Hombres construyendo Salud)⁵ es un programa para promover la salud y la convivencia, y facilitar el acceso a los servicios de Atención Primaria de personas en situación de vulnerabilidad, que se basa en la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria⁷ pertenecientes a una red de asociaciones de la ciudad de València. En 2013 se decidió incorporar el modelo de activos al programa. Para ello se elaboró un mapa de activos para la salud de la ciudad⁸ mediante un proceso participativo en el que se implicó a un grupo de 14 directivos y profesionales sanitarios y a 12 técnicos municipales. Cada activo que se identificó en el mapa tenía su argumentación de por qué generaba salud, de ahí la diferencia entre un mapa de activos y un simple catálogo de recursos. El mapa permitió proponer acciones desde perspectivas positivas (alimentación y envejecimiento saludable, actividad física y salud mental) y no sólo desde los déficits (acceso a servicios sanitarios, infravivienda y exclusión social). Sin embargo, no se contó con personas de la comunidad vinculadas al programa como agentes de salud de base comunitaria y miembros de asociaciones⁹. Aun así, Mihsalud ha incorporado el mapa de activos para la promoción de la salud en las zonas básicas donde se lleva a cabo y ha supuesto para los equipos de Atención Primaria una nueva orientación hacia la acción comunitaria¹⁰, especialmente en los centros con residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria^{9,11}. Así pues, para completar el mapa inicial, fue necesario incorporar la opinión de las personas de la comunidad para elaborar en común un segundo mapa en el que profesionales y población reconocieran los activos y formularan propuestas de acción de forma conjunta. Siendo esta una condición para fomentar la participación y compromiso para el desarrollo del mapa.

OBJETIVOS

Describir el proceso y resultados de la dinamización del mapa de activos para la salud por personas de asociaciones, profesionales sanitarios y técnicos locales.

MÉTODOS

Se trata de un estudio cualitativo descriptivo basado en la realización de un taller prospectivo con análisis de contenido temático¹² en el que, en una primera etapa, representantes de asociaciones (algunos de estos formados como agentes de salud de base comunitaria), profesionales de salud pública, Atención Primaria y servicios municipales, identifican necesidades de la ciudad en relación con la salud. Posteriormente, en una segunda etapa, mediante dinámicas de grupo, los participantes complementan y reelaboran el mapa de activos para la salud de la ciudad⁸ y, en una tercera etapa, formulan propuestas de acción frente a las necesidades identificadas basándose en la conexión de los activos del mapa.

El ámbito de la investigación es la ciudad de València.

La población la componen las personas representantes de asociaciones, profesionales sanitarios y un técnico municipal (tabla 1), y el lugar de realización fue el Centro de Atención a la Inmigración (CAI). La convocatoria se realizó a través del Foro Comunitario 2º Martes Salud¹³ del programa y fue convocado desde la coordinación del programa y la dirección del Centro de Salud Pública de València, invitando a asociaciones y a profesionales sanitarios y técnicos locales del ayuntamiento que ya habían participado en el primer mapa de activos de la ciudad. El taller fue moderado por la primera autora de este artículo y otros dos autores que forman parte del equipo técnico del programa, que aportaron soporte técnico y metodológico.

Tabla 1. Participantes en el foro comunitario de dinamización del mapa de activos

Procedencia de los participantes	Número	Rol/lugar de trabajo
Asociaciones	23	Agentes de salud ^a : 14
		Referentes de asociaciones: 9
Profesionales de la salud	10	Atención Primaria: 4
		Salud Pública: 4
		Hospital: 2
Técnico municipal	1	Director de oficina Norte-Sur: 1

^aSon agentes de salud de base comunitaria procedentes de las asociaciones y formados en el programa Mihsalud.

Se realizó un taller prospectivo¹² (proceso sistemático participativo de construcción de una nueva visión a largo plazo para la toma de decisiones en la actualidad y la movilización de acciones conjuntas), de 2 horas de duración, que se inició con una breve presentación de los y las asistentes y una exposición de conceptos relativos a la teoría salutogénica y el modelo de activos. Se repartió a cada participante un guion de preguntas abiertas (tabla 2) para facilitar la identificación de activos siguiendo la clasificación de McKnight y Kretzmann^{14,15} (según fueran relativos a personas, grupos, asociaciones, instituciones, servicios, lugares físicos, expresiones culturales y economía local) y se realizó la presentación (mediante diapositivas) del mapa de activos para la salud previamente elaborado⁸, que sirvió como instrumento de partida.

Tabla 2. Guion de preguntas abiertas para dirigir la identificación de activos

Activo	Preguntas
Personas	1) ¿Qué personas son activos (personas positivas, importantes, etc.) y están generando salud y convivencia en la ciudad de València? <i>Piensa por qué crees que cada una de esas personas es un activo y escríbelo</i>

Grupos	2) ¿Qué grupos informales son activos (grupos positivos, importantes, etc.) y están generando salud y convivencia en la ciudad de València? <i>Escribe por qué crees que cada uno de esos grupos identificados es un activo</i>
Asociaciones	3) ¿Qué asociaciones o entidades son activos (asociaciones positivas, importantes, etc.) y están generando salud y convivencia en la ciudad de València? <i>Escribe por qué crees que cada una de las asociaciones o entidades identificadas es un activo</i>
Instituciones	4) ¿Qué instituciones son activos (instituciones positivas, importantes, etc.) y están generando salud y convivencia en la ciudad de València? <i>Escribe por qué crees que cada una de las instituciones identificadas es un activo</i>
Servicios	5) ¿Qué servicios son activos (servicios positivos, importantes, etc.) y están generando salud y convivencia en la ciudad de València? <i>Escribe por qué crees que cada uno de esos servicios identificados es un activo</i>
Expresiones culturales	6) ¿Qué expresiones culturales son activos (expresiones culturales positivas, importantes, etc.) y están generando salud y convivencia en la ciudad de València? <i>Escribe por qué crees que cada una de las expresiones identificadas es un activo</i>
Espacios o lugares	7) ¿Qué espacios o lugares o infraestructuras son activos (espacios positivos, importantes, etc.) y están generando salud y convivencia en la ciudad de València? <i>Escribe por qué crees que cada uno de esos espacios o lugares identificados es un activo</i>
Elementos de la economía local	8) ¿Qué elementos de la economía local son activos (elementos positivos, importantes, etc.) y están generando salud y convivencia en la ciudad de València? <i>Escribe por qué crees que cada uno de esos elementos de la economía local identificados es un activo</i>

A continuación, se dividió de manera aleatoria a los participantes en seis grupos de 5-6 personas, con el criterio de que hubiese una representación heterogénea de asociaciones y profesionales.

En tres de los seis grupos se les entregó un cuestionario para que identificaran individualmente y por escrito cinco necesidades en salud y convivencia de su comunidad (tabla 3). Posteriormente, se realizó una dinámica dentro de cada grupo para la discusión de las necesidades, hasta alcanzar un consenso que priorizó (en cinco grados, siendo el primero el más importante, con una puntuación descendente de cinco puntos a un punto) las necesidades detectadas.

Tabla 3. Actividades para la identificación y priorización de necesidades y formulación de propuestas de acción

Actividad individual Identificación de necesidades	Actividad grupal 1 Identificación de necesidades	Actividad grupal 2 Consenso	Actividad grupal 3 Propuestas de acción
En relación con la salud y la convivencia, piensa en temas relevantes, necesidades o problemas que detectas en la ciudad de València	En relación con la salud y la convivencia, pensad en temas relevantes, necesidades o problemas que detectáis en la ciudad de València	Búsqueda de consenso sobre los cinco temas relevantes, necesidades o problemas enumerados en cada grupo	Formulad propuestas de acción a partir del mapa de activos
Enumera cinco temas relevantes, necesidades o problemas y priorízalos	Enumerad cinco temas relevantes, necesidades o problemas y priorizadlos	Priorización según consenso	
Ordena del 1 (mayor importancia) al 5 (menor importancia)	Ordenad del 1 (mayor importancia) al 5 (menor importancia)		

Seguidamente, se recogieron los cuestionarios individuales y se calculó la frecuencia con que se nombró cada una de las necesidades dentro de cada puntuación (1-5) y se categorizaron por contenido temático. A continuación, se obtuvo el producto frecuencia por puntuación y se sumó el total. Las necesidades se ordenaron de mayor a menor relevancia según la puntuación final y se organizaron los resultados según: respuestas totales, respuestas pertenecientes a miembros de asociaciones y respuestas pertenecientes a profesionales.

A los otros tres grupos, a partir del guion facilitado anteriormente (v. tabla 2), se les pidió que identificaran los activos para la salud que existen en su comunidad y reelaboraran el mapa de activos, primero de modo individual y después mediante dinámica de grupo, buscando el consenso. Se registraron en notas adhesivas los activos consensuados y las razones de su elección.

Seguidamente, se realizó una puesta en común, donde cada grupo expuso el resultado de su dinámica en un soporte de notas adhesivas sobre un panel.

En la última parte del taller se crearon tres grupos heterogéneos para formular propuestas de acción a partir del mapa. Dos de los grupos trabajaron desde una perspectiva salutogénica (formulando acciones mediante la interconexión de activos), mientras que el tercer grupo trabajó desde un modelo de déficit (interconectando los activos del mapa para dar respuesta a aquellas necesidades que consideraran oportuno).

Se ha conservado la denominación y el porqué es un activo tal como fue expresada por los participantes, sin sobreentender inclusiones en otros activos similares, para no desvirtuar los resultados. Se han eliminado los nombres propios de las personas consideradas como activos para garantizar la confidencialidad de los datos.

Se realizó una descripción de las propuestas de acción en función de la cantidad y categoría de los activos interconectados en cada propuesta, así como una relación de las necesidades a las que se pretende responder.

RESULTADOS

El análisis individualizado por perfiles reveló que las necesidades priorizadas fueron diferentes al dividir la muestra entre participantes pertenecientes a asociaciones y a profesionales, y tampoco coincidieron las prioridades obtenidas tras analizar el conjunto de respuestas, sin discriminar entre grupos, respecto a las prioridades consensuadas entre los grupos (tabla 4).

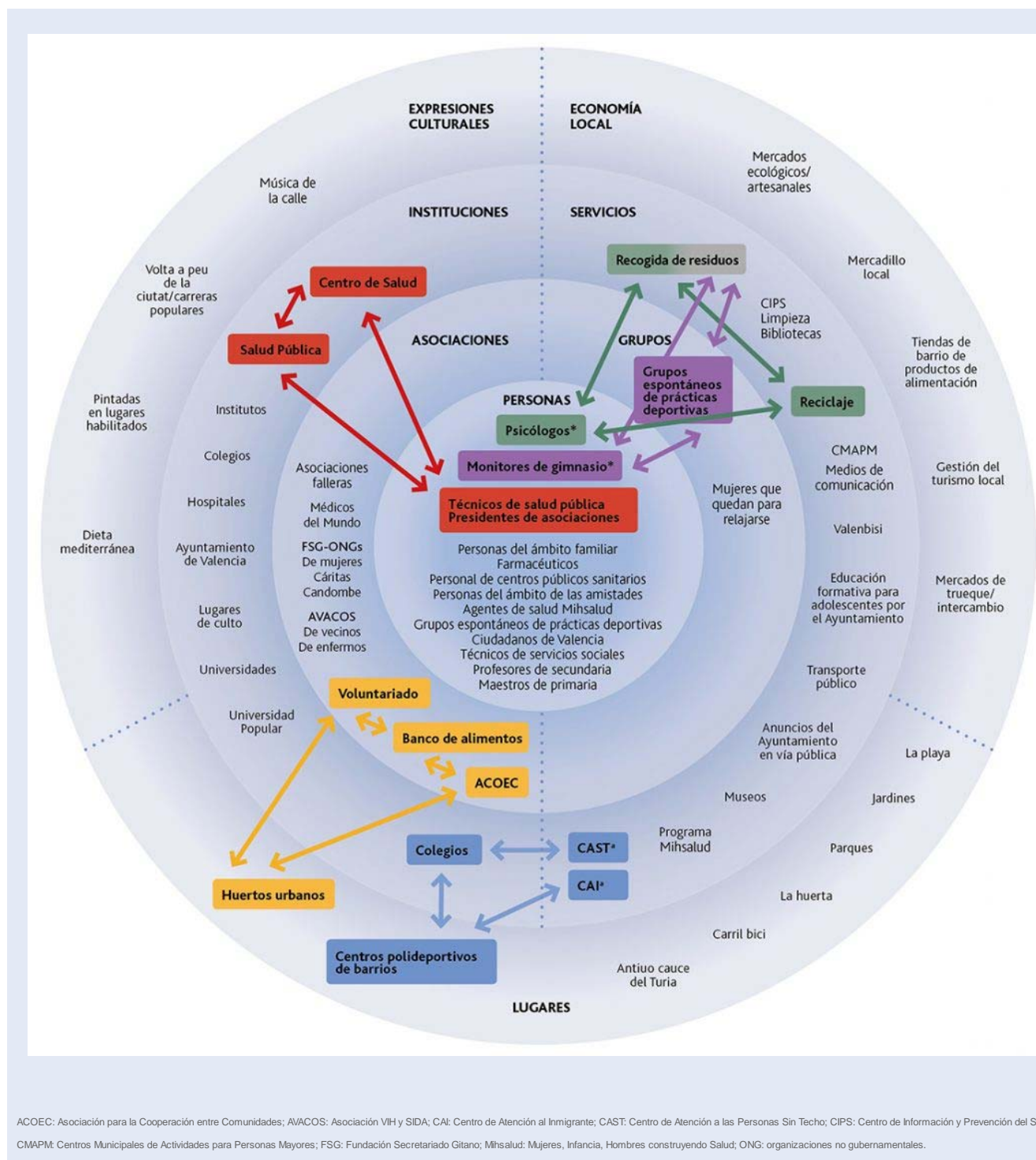
Tabla 4. Necesidades priorizadas según consenso, análisis individual de los participantes pertenecientes a asociaciones o profesionales

Orden de prioridad	A. Priorización de participantes de asociaciones según respuestas individuales	B. Priorización de participantes profesionales según respuestas individuales	C. Priorización según respuestas individuales en conjunto	D. Priorización según consenso grupal del taller
1	Falta de educación en salud	Falta de cobertura de necesidades básicas	Problemas relacionados con la cobertura de necesidades básicas	Problemas de limpieza en general de la ciudad y seguridad
2	Contaminación	Falta atención a las personas "sin techo"	Problemas relacionados con la falta de recursos, ocio y tiempo libre	Falta de espacios abiertos, de ocio, deportivos, culturales y para reuniones de la comunidad
3	Falta programas de ocio juvenil	Falta de conciencia social	Problemas relacionados con las infraestructuras públicas	Dificultad de acceso a la cultura
4	Falta de atención sanitaria de una parte de la población	Aumento de desigualdades sociales y sanitarias	Falta de acceso a los servicios sanitarios	Déficit de participación comunitaria por parte de la ciudadanía
5	Falta de recursos económicos para adquirir medicamentos	Pobreza infantil y de personas mayores	Problemas relacionados con la falta de desarrollo de habilidades	Desempleo
6	Faltan centros polideportivos	Problemática de desempleo	Problemas relacionados con la falta de acceso a vivienda	
7	Falta atención a la problemática de la drogodependencia	Dificultad de acceso servicios sociales	Falta de recursos a familias sin techo	
8	Faltan parques de tamaño adecuado	Participación comunitaria	Problemas relacionados con la falta de educación en salud	
9	Faltan centros culturales (exposiciones)	Falta de espacios para la participación de la población	Problemas relacionados con la falta de trabajo o la economía doméstica	
10	Falta de cobertura de necesidades básicas	Falta gratuidad en los espacios socioculturales		

Al mapa de activos para la salud inicial⁹ se han incorporado nuevos activos identificados, tales como psicólogos, ya que «orientan las actividades de las personas con enfermedad mental»; monitores de gimnasio, ya que «organizan las actividades de los grupos espontáneos de prácticas deportivas»; líderes religiosos, ya que «ejercen como líderes comunitarios capaces de organizar encuentros»; la huerta por ser un «espacio de riqueza cultural»; el CAST (Centro de Atención a las personas Sin Techo) y el CAI (Centro de Atención a la Inmigración), porque «pueden ceder sus instalaciones a personas vulnerables».

La figura 1 muestra las conexiones realizadas en el mapa de activos para la salud en función de las necesidades priorizadas y dirigidas a población en situación de vulnerabilidad de la ciudad, en color rojo aparecen activos que no se nombraron en el anterior mapa publicado. Se expone entre comillas las citas textuales más representativas de cada propuesta, según color.

Figura 1. Mapa de activos e interconexión de activos



ACOEC: Asociación para la Cooperación entre Comunidades; AVACOS: Asociación VIH y SIDA; CAI: Centro de Atención al Inmigrante; CAST: Centro de Atención a las Personas Sin Techo; CIPS: Centro de Información y Prevención del SIDA; CMAPM: Centros Municipales de Actividades para Personas Mayores; FSG: Fundación Secretariado Gitano; Mihsalud: Mujeres, Infancia, Hombres construyendo Salud; ONG: organizaciones no gubernamentales.

Amarillo: propuesta de acción para promover el acceso a alimentos básicos de población en situación de vulnerabilidad, mediante la «gestión de huertos urbanos por el banco de alimentos, a través de agricultores voluntarios y vecinos de la zona».

Rojo: propuesta de acción para promover el acceso a servicios básicos de salud, a través de encuentros organizados entre técnicos de salud pública, profesionales de centros de salud y presidentes de asociaciones: «nos dan información para empoderarnos y tomar las riendas de nuestra propia salud».

Verde: propuesta de acción a favor del reciclaje, a través de personas afectadas de enfermedad mental, organizadas por un equipo de psicólogos para fomentar la integración social: «fomentar la visibilidad de la salud mental a través de programas de reinserción, favoreciendo la promoción del reciclaje».

Morado: propuesta de acción para facilitar la actividad deportiva, permitiendo asimismo la identificación de residuos urbanos y su retirada, paliando el «descuido de los entornos de zonas comunes y [...] parques».

Azul: propuesta de acción para facilitar el acceso a la higiene de los sintechos, al hacer uso de las instalaciones de centros polideportivos y colegios públicos: asignar recursos para la ampliación de los horarios de colegios y centros polideportivos para que puedan ser utilizados por personas sin techo.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que el mapa de activos previamente construido fue elaborado sin la participación de la ciudadanía, el estudio complementa el anterior trabajo desarrollado por nuestro grupo⁸ incorporando las aportaciones de representantes de asociaciones y agentes de salud de base comunitaria que son elementos claves para la confirmación de que los activos identificados generan salud y bienestar (v. figura 1).

Al reelaborar el mapa⁸ se identifican nuevos activos, personas como psicólogos o activos, instituciones como el Centro de Atención a las Personas sin Techo o el Centro de Atención a la Inmigración. Estas diferencias indican la variabilidad de percepción sobre lo que se considera un activo y resalta la necesidad de incluir a la población en situación de vulnerabilidad en las primeras fases del desarrollo de políticas de salud pública¹⁶. Tal como describe Morgan¹⁷, dentro del abordaje en tres fases del modelo (identificación de factores salutogénicos según la evidencia, implementación de un mapa de activos y evaluación de los resultados), es necesario que los colectivos tengan la oportunidad de establecer sus propias prioridades en salud (visibilización), aspecto también descrito por Kretzmann¹⁴ y McKnight¹⁵.

Si bien el conjunto de necesidades es variable según la percepción de ciudadanía o profesionales¹⁷, en la ciudad de València se identificaron problemas relacionados con la falta de recursos. Al formular propuestas para atender estas necesidades, los participantes fueron creando intuitivamente redes de conexión sobre el mapa de activos, tal como se representa en la [figura 1](#), y de forma coincidente con otros estudios en contextos similares de vulnerabilidad^{4,8,11,18}.

Este trabajo confirma que existe un potencial para construir salud de manera conjunta desde las diferentes administraciones y la ciudadanía aplicando el modelo de activos con todos los actores que participan en el programa. Uno de los resultados de esta capacidad de trabajar de manera conjunta ha sido la guía *Salud en nuestra agenda*, dirigida a las asociaciones⁹ (herramienta que facilita la incorporación de la promoción de la salud comunitaria en estas) y elaborada por agentes de salud de base comunitaria y profesionales a través de la participación de los actores clave del programa¹⁹ en foros comunitarios¹³. Asimismo, los agentes de salud y los profesionales de enfermería comunitaria del programa elaboran mapas de activos a nivel de zona básica de salud para dar soporte a las actividades allí donde se desarrollan. Los profesionales sanitarios han comenzado a incorporar el mapeo de activos para la salud como instrumento de salud comunitaria.

La habilidad de reconocer los recursos disponibles para generar bienestar, se completa con la capacidad de utilizar dichos recursos y darle un significado al proceso. Es lo que Antonovsky denomina el sentido de coherencia (*sense of coherence*). La creación e implementación de un mapa de activos es un proceso que puede contribuir a generar sentido de coherencia a nivel comunitario, dentro de los modelos de cooperación para el desarrollo de políticas de salud pública¹⁷.

Como limitaciones del estudio, se constata la falta de participación de técnicos municipales que no se sintieron interpelados y no percibieron la importancia de participar en la convocatoria. Esto se debe probablemente a una fragmentación de las funciones y servicios profesionales cuando se precisan enfoques integrales y multinivel para actuar con la población en situación de vulnerabilidad.

El estudio muestra que la propia comunidad, representada por el ámbito asociativo, y profesionales de distintos sectores son capaces de identificar activos para la salud en un entorno urbano. Estos actores han podido vincular estos activos para atender a las necesidades detectadas, favoreciendo la coordinación y la participación. Si bien y como trabajo futuro, queda por evaluar la efectividad de llevar a cabo las propuestas de acción presentadas en este trabajo, a través de indicadores que reflejen los cambios conseguidos, hecho que correspondería a la tercera fase del modelo de activos para la salud pública¹⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: An assets model. *Promot Educ.* 2007;14:17-22.
2. Morgan A, Hernán M. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria.* 2013;15:78-86.
3. OMS. Promoción de la Salud Glosario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
4. Aviñó Juan-Ulpiano AR. Mapeo de activos en salud en dos barrios vulnerables y su dinamización en una intervención comunitaria participativa. València: Universitat de València; Departament d'Infermeria; 2017.
5. Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz M, López P, Ramírez LM, El Bokhari M. MIHSALUD. Una experiencia de dinamización comunitaria con población inmigrante de la ciudad de Valencia. *Comunidad* 2012;14:29-32.
6. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2007;61(11):938-44. doi: [10.1136/jech.2006.056028](https://doi.org/10.1136/jech.2006.056028)
7. López-Sánchez P, Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz M, Ramírez LM, El Bokhari M. Rediseñando la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria. *Index de Enfermería*. Index de Enfermería [edición digital]. 2013 [citada 15 de agosto de 2014];22(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n3/9100.php>
8. Sánchez-Casado L, Paredes-Carbonell JJ, López-Sánchez P, Morgan A. Mapa de activos para la salud y la convivencia: propuestas de acción desde la intersectorialidad. *Index de Enfermería.* 2017;26 (3):180-4.
9. Castro-Rojas L, Crisanto-Pantoja M, Martín-García A, López-Sánchez P, Paredes-Carbonell J. *Salud en nuestra agenda: guía para impulsar acciones comunitarias en salud desde las asociaciones.* Valencia: Generalitat Valenciana; 2016.
10. Alberich T. Guía fácil de la participación ciudadana. Manual de gestión para el fomento de la participación ciudadana en ayuntamientos y asociaciones. Madrid: Dykinson; 2004.
11. Cofino R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.* 2016;30:93-8.
12. Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social.* Madrid: Síntesis Sociología; 2007.
13. López-Sánchez MP, Paredes-Carbonell JJ, Grau Camarena C, Sánchez Cánovas I, Galindo Galindo AL, Iniesta Martínez I. Foro comunitario 2º martes salud, una herramienta de promoción de salud comunitaria. *Ridec.* [Internet.] 2017(10-1). [Citado 16 de febrero de 2018.]. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/index.php.ridec>
14. McKnight J, Kretzmann J. *Mapping Community Capacity.* Evanston (Illinois): Institute for Policy Research. Northwestern University; 1996.
15. Kretzmann J, McKnight J. *Building Communities from the Inside Out: a path to finding and mobilizing a community's assets.* Illinois: ABCD Institute; 1993.
16. Paredes-Carbonell JJ, Agulló-Cantos JM, Vera-Remartínez EJ, Hernán-García M. Sentido de coherencia y activos para la salud en jóvenes internos en centros de menores. *Rev Esp Sanid Penit.* 2013;15:87-97.
17. Morgan A, Ziglio E, Davies M. *Health assets in a global context: theory, methods, action.* New York: Springer Science & Business Media; 2010.
18. Cubillo J, Rosado N, Real MA, Sanz V, García B, Kennedy I. Del mapa del tesoro a la red de activos en salud. *Comunidad* 2017;19(2):3. Disponible en: <http://comunidadsemfyc.es/del-mapa-del-tesoro-a-la-red-de-activos-en-salud/>
19. López-Sánchez P, Paredes-Carbonell J, Alcaraz M, Hurtado-Murillo F. Participación de mujeres inmigrantes latinoamericanas en un programa de salud sexual y reproductiva en España. *Enfermería Comunitaria.* [Rev. digital]. 2016; 12(1). [Citado 16 de febrero de 2018.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v12n1/ec10465.php> Consultado el 28/03/2017.

[Volver](#)

Fecha de recepción: 8 de enero de 2018

Fecha de aceptación: 12 de febrero de 2018

Dinamización de un mapa de activos para la salud desde el sector asociativo
Laura Sánchez-Casado, Joan J. Paredes-Carbonell, Pilar López-Sánchez y Antony Morgan
Comunidad Febrero 2018;(;)4
ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

0
comentarios

Dejar un comentario

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar