

ORIGINALES

Estudio descriptivo de los activos para la salud identificados por la población de la ciudad de Madrid

[Ver en pdf](#)

Blanca Beltrán Pita. Centro Municipal de Salud Comunitaria de Tetuán. Madrid. España
Virginia Provencio-Herranz. Centro Municipal de Salud Comunitaria de Usera. Madrid. España
Arantxa Santa-María Morales. Centro Municipal de Salud Comunitaria de Carabanchel. Madrid. España
Teresa Martínez Bravo. Centro Municipal de Salud Comunitaria de Fuencarral. Madrid. España
Regina Iscar Erasun. Centro Municipal de Salud Comunitaria de Villaverde. Madrid. España

Para contactar:

Blanca Beltrán Pita. beltranpb@madrid.es

RESUMEN

Fundamentos: Se realiza un análisis de los activos en salud identificados en 11 procesos de mapeo llevados a cabo en el casco urbano de Madrid, entre mayo de 2017 y diciembre de 2019. Para su descripción y caracterización, se tuvo en cuenta el grado de vulnerabilidad social del distrito donde se recogieron los activos.

Métodos: Estudio descriptivo. Se revisó la base de datos común de Madrid Salud, que reúne activos identificados en 11 distritos de la ciudad de Madrid, unificando los criterios de clasificación, y asociando cada distrito a su índice de vulnerabilidad.

Resultados: 1.084 activos válidos recogidos, identificados mayoritariamente activos físicos (52% del total), que aportan espacios compartidos. Destacan las zonas verdes, centros educativos (en tanto que aportan lugares de convivencia), zonas deportivas y otros lugares de encuentro comunitario (agrupados en una categoría común). En distritos más vulnerables, la población destacó también las asociaciones (formales e informales) y las personas, mientras que en los distritos más favorecidos han sido señalados más activos económicos y culturales.

Conclusiones: Este estudio proporciona una panorámica sobre aquellos aspectos más valiosos para la población madrileña entre 2017 y 2020: la importancia principal de los espacios compartidos emerge con más fuerza como activo clave para la salud comunitaria cuanto más vulnerable es el distrito; sirva como orientación para la prescripción de activos desde las consultas de salud comunitaria, así como para las políticas sociales, dentro de la heterogeneidad de contextos y subtextos de cada distrito.

Palabras clave: activos para la salud, participación de la comunidad, vulnerabilidad social, prescripción social.

EXPLORATORY STUDY FOR HEALTH ASSETS IDENTIFICATION IN THE CITY OF MADRID

Abstract

Background. Health assets identified in eleven mapping processes in Madrid city from May 2017 to December 2019, were analyzed by means of classification and description. The district's level of social vulnerability was considered.

Methods. Descriptive study. Madrid Salud¹ health assets' database was reviewed to unify classification criteria from each district and assign the corresponding vulnerability index.

Results. From a total of 1084 valid records collated, 52% were physical health assets; green areas, educational and sports centres were the most common. Regarding vulnerability index, more deprived population revealed common spaces (physical assets), formal and informal associations and people as health assets, whereas in less vulnerable districts more economic and cultural assets were highlighted.

Conclusions. This study provides an overview of the most valuable aspects for health according to the Madrid population between 2017 and 2020, which serves as a guideline for the social prescription of assets and for social policies within the heterogeneity of each district's backgrounds and subtexts.

Keywords: Community Participation, Health Assets, Social Prescribing, Social Vulnerability.

INTRODUCCIÓN

Es bien sabido que las condiciones sociales en las que las personas viven, trabajan, crecen y se relacionan tienen un gran impacto sobre la salud, incluso más que los factores genéticos o biológicos¹. Ello implica un camino para mejorar la salud poblacional que aborda las desigualdades sociales². Partimos de este enfoque sensible a los determinantes sociales de la salud para referirnos al concepto de activo en salud. Parafraseando a Morgan y Ziglio, «un activo en salud puede definirse como cualquier factor o recurso que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud»³.

Los procesos de creación de mapas de activos en salud pretenden impulsar la promoción de la salud desde un enfoque salutogénico, donde la salud se manifiesta desde la capacidad y potencialidad individual y de la comunidad vinculada al territorio, y no desde el déficit y los riesgos en salud³⁻⁵.

Como refieren Morgan y Hernán, conocer y trabajar con activos para la salud supone complementar el habitual modelo de déficits con este enfoque salutogénico, más positivo y centrado en explotar lo que ya tenemos en las comunidades y en los individuos, incidiendo en la promoción de la salud, disminuyendo las desigualdades sociales, facilitando el conocimiento del terreno y fomentando la prescripción social por parte de los trabajadores sociosanitarios^{3,6}. Esto pone de manifiesto la importancia de conocer en profundidad los activos identificados por la población para poder potenciarlos y generar salud en consonancia con lo que la ciudadanía señala como importante para sí misma⁷.

Los mapas de activos en salud se han utilizado en múltiples ocasiones para establecer criterios coherentes a la hora de realizar intervenciones en salud pública, si bien las intervenciones han sido a pequeña escala, en grupos o barrios concretos y con características sociodemográficas similares^{8,9}. Este estudio abre una ventana más amplia, dando una visión de conjunto sobre lo que la ciudadanía de Madrid considera importante para su salud en 11 distritos de la ciudad con diferentes índices de vulnerabilidad.

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es clasificar y describir los activos en salud identificados por la ciudadanía en 11 de los 21 distritos de Madrid capital. Los distritos estudiados son: Villaverde, Arganzuela, Carabanchel, Centro, Chamberí, Fuencarral, Latina, Puente de Vallecas, Tetuán, Usera y San Blas.

Un objetivo específico es identificar similitudes o diferencias entre los tipos de activos estudiados, según el índice de vulnerabilidad de los 11 distritos.

A partir de los resultados, se pretende aportar elementos de reflexión que ayuden a la futura planificación y profundización en el trabajo con activos para la salud de la población madrileña.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de los activos identificados por la población de la ciudad de Madrid entre septiembre de 2017 y diciembre de 2019. Teniendo presente el principio de universalismo proporcional^{1,a}, se eligieron 11 de los 21 distritos de Madrid¹⁰: se seleccionaron 7 distritos entre los 10 más vulnerables (Puente de Vallecas, Villaverde, Carabanchel, Latina, Tetuán, Usera y San Blas) y otros 4 como representación de distritos menos vulnerables (en posiciones entre el 11 y el 21 del *ranking* de vulnerabilidad): Centro, Chamberí, Arganzuela y Fuencarral. Se destinaron a los distritos equipos interdisciplinarios, formados por trabajadora social, enfermera y psicóloga, a quienes se proporcionó formación dirigida a poner en marcha el mapeo de activos en salud desde los centros municipales de salud comunitaria (CMSc) ubicados en dichos distritos. El universalismo proporcional supone la atención universal a toda la población, pero con intensidad proporcional y priorizando en función de las necesidades de salud de los diferentes colectivos y territorios más vulnerables.

En mayo de 2018, enmarcado dentro del proceso de enMÁpate de Madrid Salud¹¹, se coordinaron y pusieron en común las acciones de cada distrito, estableciendo reuniones mensuales interdistritales en las que los CMSc trabajaron criterios comunes de actuación y registro sin olvidar las diferencias en los procesos de cada uno, podíamos encontrar distritos como Carabanchel o Villaverde con un amplio recorrido en sus procesos de mapeo de activos que contrastaban con el resto, que estaban empezando; igualmente existen diferencias previas en el tejido social y comunitario de cada uno de los distritos.

Los activos han sido identificados por población general, con la colaboración de miembros del tejido asociativo y entidades dedicadas al servicio público.

Técnicas para la identificación de activos: nuestra base de datos no proporciona ninguna información sistemática sobre el contexto o técnica utilizada para recoger cada activo, si bien en todos los distritos se usaron las técnicas participativas que se enumeran a continuación, y que vienen descritas en trabajos anteriores¹²⁻¹⁴:

- Mapas mudos.
- Festival de mapeo (*mapping party*).
- Observación sistemática de comportamientos y conversaciones.
- Fotovoz (*photovoice*).
- Entrevistas individuales y grupales.
- Investigación narrativa (*storytelling*).
- Tertulias del café-chococharla.
- Mapa de emociones¹³.
- Árboles de la salud¹⁴.

Algunas intervenciones se realizaron en grupos estables, otras en eventos de calle o en diferentes espacios, con motivo de días singulares. La mayoría de las técnicas anteriores conceden más espacio a la reflexión conjunta entre profesional y participante, lo que permite mayor claridad sobre las vivencias y razones de la ciudadanía para proponer dichos activos.

La población que ha identificado los activos en salud es población general, de todos los grupos etarios y sexos. El único requisito para participar en el proceso era residir y/o trabajar en el distrito donde se realizaba la intervención. Abierto a la participación, **se crea así gran diversidad en los grupos**.

Como elemento común a todos los distritos, encontramos que la toma de decisiones para la inclusión de los activos propuestos por la población general, así como la organización de actividades, por ejemplo, en días singulares, la han asumido los llamados «grupos motores», formados por profesionales de servicios públicos, asociaciones, vecinas y vecinos. Estos grupos motores han funcionado de forma abierta y voluntaria, lo cual ha supuesto diferentes grados de implicación; sus miembros se incorporaron a través de la difusión de la iniciativa en foros, redes y grupos del tejido social, así como a partir de las acciones de mapeo.

Los activos, una vez validados por los grupos motores en cada distrito, se reunieron en una base de datos común y centralizada, en la que se recogían diferentes variables de cada activo: **motivo por el que se considera beneficioso para la salud, persona de contacto, direcciones y teléfonos, actividades que realiza, formas de acceso, horario, recursos materiales y humanos, coste o dependencia funcional**. Estas variables fueron consensuadas por el grupo interdistrital, constituido desde EnMápatate por las personas contratadas por Madrid Salud que intervenían en cada distrito.

Todos los activos se pueden ver en un mapa conjunto de acceso público¹⁵, y hay disponible un archivo interno que presenta fichas de cada activo con información relevante de cara a una posible prescripción social por parte de profesionales de Madrid Salud.

En febrero de 2020, se comenzó a clasificar, describir y cuantificar los distintos tipos de activos en salud identificados en los 11 distritos.

VARIABLES ESTUDIADAS

Las variables que se han podido estudiar son: tipo de activo¹², distrito donde fue identificado y grado de vulnerabilidad del distrito¹⁶.

Clasificación de los activos

Para la asignación del tipo de activo, nos basamos en la clasificación propuesta por Botello B. et al¹² (**tabla 1**).

Tabla 1. Clasificación de los tipos de activo

Tipo de activo	Quiénes son	Qué aportan a la comunidad
Recursos de los individuos	Miembros de la comunidad, familias y vecinos	Poder, pasión, talento, habilidades, experiencia, conocimiento, tiempo y cuidado
Recursos de las asociaciones formales	Grupos religiosos, grupos deportivos, asociaciones juveniles, grupos de voluntarios, asociaciones de vecinos, grupos de autoayuda o de ayuda mutua, asociaciones de pacientes y voluntarios	Conocimiento compartido, influencia y talento
Recursos de las asociaciones informales	Red informal de cuidadores, red informal de apoyo	Visión, redes, conocimiento compartido, influencia, espacios compartidos
Recursos físicos del área	Parques, centro educativos, bibliotecas, centros de salud, centros infantiles y edificios	Edificios y espacios compartidos
Recursos económicos	Negocios y comercio local	Dinero, influencia, edificios
Recursos culturales	Teatro, música y arte	Aportan conocimiento compartido, influencia, espacios compartidos y talento
Recursos de las organizaciones	Servicios del Ayuntamiento, concejalías, líderes o representantes de barrios o vecindarios, policía, trabajadores sociales, médicos de familia y personal de enfermería	Aportan dinero, edificios y recursos, servicios reales o potenciales e influencia sobre otros

Modificada de: Botello B et al¹².

A su vez, dentro de los activos físicos, debido a su gran cantidad y diversidad, se establecieron subcategorías basándonos en Morgan y Hernán⁶, quienes hacen referencia a los activos físicos como activos «que aportan espacios compartidos». Posteriormente, se decidió agrupar algunas de sus categorías, en concreto:

- Espacios comunitarios: centros de mayores, juveniles, infantiles, comunitarios, de inmigrantes, centros sociales y espacios de culto.
- Espacio urbano: calles, plazas, mobiliario urbano (bancos, columpios...), espacios públicos, barrio.
- Centros sociosanitarios: centros de rehabilitación laboral (CRL), de rehabilitación psicosocial (CRPS), de tratamiento de adicciones (CAD), centros sociosanitarios.
- Centros educativos y zonas verdes: se establecieron como categorías *per se* por su alta frecuencia de aparición.

Ranking de vulnerabilidad distrital

El *ranking* de vulnerabilidad se tomó directamente del modelo de índice de vulnerabilidad, publicado en 2019 por el Servicio de Estudios y Evaluación Territorial (D.G. de Coordinación Territorial y Desconcentración) del Ayuntamiento de Madrid¹⁶ (**tabla 2**).

Tabla 2. Ranking de distritos según índice de vulnerabilidad

Ranking de vulnerabilidad 2019	Distrito	Índice de vulnerabilidad
1	13. Puente de Vallecas	0,0112
2	17. Villaverde	0,0101
3	12. Usera	0,0099
4	11. Carabanchel	0,0098

5	10. Latina	0,0088
6	18. Villa de Vallecas	0,0085
7	20. San Blas	0,0083
8	6. Tetuán	0,0080
9	14. Moratalaz	0,0078
10	19. Vicálvaro	0,0077
11	1. Centro	0,0076
12	15. Ciudad Lineal	0,0074
13	2. Arganzuela	0,0067
14	16. Hortaleza	0,0066
15	08. Fuencarral-El Pardo	0,0065
16	21. Barajas	0,0063
17	7. Chamberí	0,0060
18	9. Moncloa-Aravaca	0,0060
19	4. Salamanca	0,0059
20	3. Retiro	0,0059
21	5. Chamartín	0,0058

Fuente: Molina JM et al¹⁶.

RESULTADOS

Se depuró la base de datos conjunta de Madrid Salud, eliminando los registros repetidos (9 de 1.093), quedando un total de 1.084 activos para analizar. Se hizo el recuento por tipo de activo y distrito, calculando asimismo los porcentajes respecto al total de activos en cada distrito. Se estudió también la distribución de los distintos subtipos de activos físicos en los diferentes distritos, reagrupando categorías similares del modelo⁶ según se ha mencionado. Finalmente, se añadió la posición de cada distrito en el *ranking* de vulnerabilidad. Para obtener la variable «tipo de activo», se tuvo que revisar de forma exhaustiva y unificar la base de datos, ya que no se habían seguido exactamente los mismos criterios a la hora de introducir los datos en cada distrito.

La **tabla 3** muestra el número de los distintos tipos de activos en salud por categorías y distrito, asociado a su puesto en el *ranking* de vulnerabilidad. Lo primero que se observa es que predominan los activos físicos (más de la mitad del total, con proporciones en todos los distritos por encima del 40% del total de activos identificados en ese distrito). Por distritos, quienes más activos identificaron son Centro (n = 184) y Villaverde (n = 182).

Tabla 3. Tipos de activos identificados por distritos (% respecto al total de cada distrito)

Ranking índice de vulnerabilidad ^a	Distrito	Físico		Asociación formal		Económico		ORG		Cultural		Asociación informal		Individual		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
		11	Centro	75	40,8	19	10,3	49	26,6	12	6,5	21	11,4	8	4,3		
2	Villaverde	116	63,7	21	11,5	17	9,3	12	6,6	13	7,1	2	1,1	1	0,5	182	16,8
17	Chamberí	83	61,9	11	8,2	19	14,2	7	5,2	11	8,2	3	2,2			134	12,4
13	Arganzuela	55	50,5	8	7,3	18	16,5	7	6,4	18	16,5	2	1,8	1	0,9	109	10,1
15	Fuencarral	45	45,0	38	38,0	3	3,0	11	11,0	2	2,0	1	1,0			100	9,2
8	Tetuán	34	42,0	16	19,8	11	13,6	4	4,9	4	4,9	3	3,7	9	11,1	81	7,5
1	Puente de Vallecas	34	42,5	21	26,3	5	6,3	15	18,8	3	3,8	2	2,5			80	7,4
3	Usera	33	49,3	19	28,4	3	4,5	3	4,5	7	10,4	2	3,0			67	6,6
5	Latina	32	59,3	17	31,5	0	0,0	2	3,7	2	3,7	1	1,9			54	5
7	San Blas	35	66,0	7	13,2	3	5,7	3	5,7	3	5,7	2	3,8			53	4,8
4	Carabanchel	22	55,0	8	20,0	1	2,5	6	15,0	3	7,5	0	0,0			40	3,7
TOTAL		564	52,0	185	17,1	129	11,9	82	7,6	26	8,0	26	2,4	11	1,0	1084	100

^a Puesto en el *ranking* según índice de vulnerabilidad de los distritos¹⁴.

Los distritos más vulnerables tienen mayor proporción de activos físicos, con San Blas a la cabeza (66%).

Los activos de asociaciones formales ocupan el segundo lugar (17% del total de activos identificados), siendo el máximo el distrito de Fuencarral con el 38%. La mayoría de distritos que han identificado mayores proporciones de asociaciones formales como activos tienen mayor vulnerabilidad: Latina (31%), Usera (28%), Puente de Vallecas (26%). Situación similar ocurre con los activos de asociaciones informales, con Centro en primer lugar (4,3%), seguido de San Blas, Tetuán y Usera.

En cuanto a los activos de las organizaciones, los porcentajes más altos también se encuentran en distritos de alta vulnerabilidad: Puente de Vallecas (18,8%) y Carabanchel (15%), seguidos de Fuencarral (11%).

La categoría más escasa son los activos individuales, destacando Tetuán, distrito en el que suponen más del 10%.

Los activos económicos (11,9% del total) y culturales (8%) han sido identificados en mayor proporción en distritos menos vulnerables (económicos [26,6%] en Centro y culturales [16,5%] en Arganzuela).

La distribución de los activos físicos entre sus diferentes subtipos, globalmente y por distritos se puede observar en las **figuras 1 y 2**.

Figura 1. Tipos de activos físicos en distritos más vulnerables

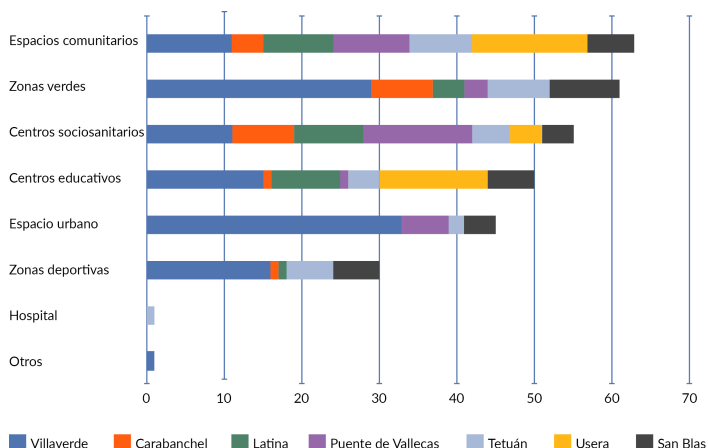
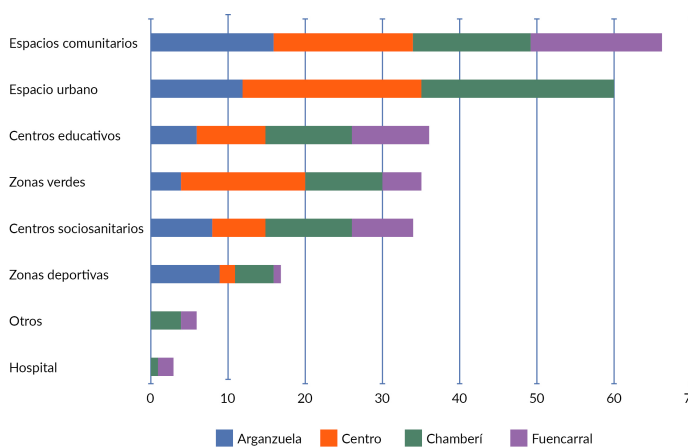


Figura 2. Tipos de activos físicos en distritos menos vulnerables



La categoría «espacios comunitarios» destaca globalmente en primer lugar, con 129 activos. Va seguida de las «zonas verdes» en los distritos más vulnerables (n = 61) y de los «espacios urbanos» en los menos (n = 60). Dentro de los espacios comunitarios, destacan individualmente los espacios de culto (n = 41) y los centros de mayores (n = 34).

En conjunto, podemos decir que, individualmente, tanto las zonas verdes (n = 96) como los centros educativos (n = 86) son los activos físicos más identificados por la población y señalados como espacios importantes para la convivencia y el bienestar, seguidos de lejos por las zonas deportivas (n = 47). La agrupación de centros sociosanitarios (n = 89), aunque valorados sobre todo por sus usuarios, aparecen también como muy importantes para quienes mapearon. Para terminar, dentro del espacio urbano (total = 95), son las calles (n = 37) y las plazas (n = 24) los activos más valorados.

DISCUSIÓN

El resultado más claro se refiere a los activos llamados «físicos», que predominan globalmente y en todos los distritos. Dentro de ellos, resaltan claramente aquellos señalados como espacios de convivencia y/o esparcimiento (comunitarios, educativos, al aire libre). Este hallazgo habla de la importancia para la salud de disponer de espacios compartidos, algo que desde marzo de 2020 hasta septiembre de 2021 se ha visto seriamente comprometido, y cuya repercusión en la salud poblacional debería ser objeto de riguroso estudio¹⁷.

Nuestros resultados globalmente presentan similitudes con otros trabajos enfocados a contextos de vulnerabilidad social, como en la ciudad de Valencia, que se han considerado activos los recursos relacionados con la práctica de actividad física, el ocio y el contacto con la naturaleza¹⁸.

Se muestra así de nuevo la importancia que da la comunidad, de manera global, a factores más obvios en su beneficio para la salud^{19,20}, al tiempo que pone de manifiesto la necesidad de los espacios educativos como fuente de salud y bienestar, o espacios de culto y de encuentro, como son las calles, plazas, etc., y a los que no se hace referencia en otros estudios de manera tan significativa.

Las variaciones entre distritos en la distribución de los diferentes tipos de activos para la salud despiertan más interrogantes que certezas, aunque podrían deberse a diferencias reales si reflejasen:

- Asociación entre grado de vulnerabilidad y opciones consideradas saludables por la población, reflejo de las diferentes preferencias y valores de las personas que han participado en las actividades de mapeo (en cuyo caso podríamos tener datos certeros sobre cómo orientar el trabajo comunitario y la prescripción social en cada distrito según ello).
- Asociación entre las características urbanas de cada distrito (explicaría que haya más activos económicos en distritos más comerciales, por ejemplo). En este sentido, los resultados corroboran la asociación entre las peculiaridades biofísicas y los recursos de los que objetivamente dispone cada distrito con las oportunidades de acceso diferencial a la salud.

Sin embargo, hay importantes factores que han podido artefactar los números y de los que no tenemos suficiente información, puesto que algunas variables clave fueron recogidas solo en algunos registros de distrito, y no se volcaron en la base de datos común, y por tanto no han podido ser tenidas en cuenta en el análisis:

- Los acuerdos de los grupos motores de cada distrito en cuanto a qué considerar como activo y qué no. Por ejemplo, en Villaverde, en donde se acordó no incluir ninguno que tuviera coste económico, algo que en Arganzuela se debatió, pero finalmente el grupo motor decidió incluir activos no gratuitos.
- Los procedimientos y técnicas de mapeo. Algunas, como la chococharla o el photovoice, implican un espacio de escucha y reflexión, mientras que otras transcurren en un contexto de «puerta fría» (desde una carpa en la calle) y/o en un tiempo reducido (no hay mucho margen para explicaciones en profundidad).
- La orientación y valores de los equipos CMSc/mapeo de cada distrito. Pese a los esfuerzos de coordinación, son inevitables las diferencias en la valoración subjetiva del tipo de activo que es «más saludable» y, en consecuencia, el orientar inconscientemente a la gente hacia un tipo de activo u otro al explicar la actividad.
- La priorización y sistematización de actividades o procesos de mapeo. Algunos distritos dedicaron más tiempo que otros al proceso de integración en las dinámicas comunitarias preexistentes y dinamización del grupo motor (el caso de Tetuán, que podría explicar la elevada proporción de activos

individuales respecto a los demás distritos). Lo anterior, a su vez, está condicionado por la existencia de procesos comunitarios y la riqueza del tejido social previas.

Limitaciones, recomendaciones y aportaciones

Este estudio ofrece una visión global de lo que la ciudadanía de Madrid considera importante para su salud, en distritos con diferentes índices de vulnerabilidad. Pese a ser un estudio de base cuantitativa, consideramos las reflexiones suscitadas una aportación del proceso de análisis de las cifras disponibles. Hemos profundizado en los elementos que dan solidez (calidad) y trascendencia (utilidad) a las actividades y procesos de mapeo, así como a su registro (datos que permiten sacar más información).

Enunciamos las más importantes, junto con algunas recomendaciones para mejorar en experiencias futuras, dar mayor validez a los números y lograr una prescripción social más certera, incluyendo factores como:

- Número de personas que identifica cada activo, así como sus características sociodemográficas (al menos edad, sexo y sección censal o barrio) que consideramos variables críticas para dar significado a los activos identificados.
- Técnica utilizada, tiempo y lugar de la actividad, proceso (si es gente ya conocida o no), así como acuerdos y criterios para delimitar «lo identificable» (si los hubiera). Esto permitiría explicitar los contextos y subtextos (normas no escritas y valores de quien lo promueve) en los que se da la identificación, aspectos casi tan necesarios como el propio nombre y características del activo en sí para su adecuada interpretación.

En resumen, los activos en salud identificados de forma mayoritaria por la población de la Ciudad de Madrid son activos físicos (52% del total) que aportan espacios compartidos, siendo globalmente los espacios comunitarios y abiertos, y particularmente las zonas verdes, centros educativos y zonas deportivas, los que la población ha identificado en mayor medida como generadores de bienestar y salud para la ciudadanía madrileña. En la comparación por distritos, encontramos que, en las zonas más vulnerables, la población ha destacado con más frecuencia los espacios compartidos, las asociaciones (tanto formales como informales) y las personas, mientras que los activos económicos y de cultura formal son más predominantes en los distritos menos vulnerables.

La información que ofrece este estudio bien puede tenerse en cuenta para prescribir comportamientos y actividades acordes con la realidad cotidiana de las personas atendidas en consultas de salud comunitaria. Todo lo mencionado aporta claras pistas para orientar políticas públicas sensibles a los condicionantes sociales de la salud, y por lo tanto podría aprovecharse para reducir las desigualdades en salud²¹ y así cumplir uno de los objetivos de la Agenda 2030²².

Agradecimientos

Este trabajo no habría sido posible sin la labor de las profesionales de empleo temporal contratadas para este proyecto. También queremos dar las gracias a los agentes co-elaboradores de los mapas de activos en salud de cada distrito, y a las asociaciones, entidades, recursos y personas que han participado en el proceso y en el grupo motor, que son quienes viven los distritos y la razón de ser de nuestro esfuerzo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health: the solid facts. 2ª ed. Copenhagen: WHO; 2015.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
3. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promot Educ. 2007;Suppl (2):17-22.
4. Hernán-García M, García-Blanco D, Cubillo-Llanes J, Cofiño R. Fundamentos del enfoque de activos para la salud en atención primaria de salud. FMC. 2019;26 (Extraordin 2):1-9.
5. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo-Llanes J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit. 2016;30(S1):93-8.
6. Morgan A, Hernán-García M. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. Rev Esp Sanid Penit. 2013;15:78-86.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities [Internet]. Reino Unido: 4 marzo 2016 [Consultado el 2 de febrero de 2020]. Disponible en: [nice.org.uk/guidance/ng44](https://www.nice.org.uk/guidance/ng44).
8. Vera-Remartínez EJ, Paredes-Carbonell JJ, Aviñó D, Jiménez-Pérez M, Araujo Pérez R, Agulló-Cantos JM, et al. Sentido de coherencia y mapa de activos para la salud en jóvenes presos de la Comunidad Valenciana en España. Glob Health Promot. 2017;24(3):112-21.
9. Agulló-Cantos JM, García-Alandete J, Paredes-Carbonell JJ. Activos para la salud en cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer: desarrollo de un mapa de activos para la salud. Glob Health Promot. 2020;27(3):209-16.
10. Madrid Salud. Programa de Desigualdades Sociales en salud [Internet]. Madrid: 2021. [Consultado el 8 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Servicios-sociales-y-salud/Salud/Publicaciones/Programa-Desigualdades-sociales-en-salud/?vgnnextfmt=default&vgnnextoid=1c210008d388c210VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnnextchannel=e6898fb9458fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>
11. Madrid Salud. Mapeo de Activos en Salud. Estrategia Barrios Saludables (2016-2019) [Internet]. Madrid: Unidad de Comunicación de Madrid Salud; 2016 [Consultado el 24 de enero de 2020]. Disponible en: <http://madridsalud.es/mapeo-inicio/>
12. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. Gac Sanit. 2013;27(2):180-3.
13. Cubillo J, Zamanillo MD, Campillos M, Sanz MJ, Alonso LJ, Casero G. El mapa del barrio, un espacio donde expresar emociones y compartir activos para la salud. Rev. Comunidad [Internet]. Marzo de 2018 [consultado el 26 de abril de 2021];20(1):2 Disponible en: <https://comunidad.semfycc.es/el-mapa-del-barrio-un-espacio-donde-expresar-emociones-y-compartir-activos-para-la-salud/>
14. Domínguez S, Madrid J. Técnicas y herramientas de activos para la salud, utilizadas en centros municipales de salud comunitaria de Madrid. Rev. Comunidad marzo 2021;23 (1):4. [Consultado el 26 de abril de 2021] Disponible en: <https://comunidad.semfycc.es/wp-content/uploads/Tecnicas-y-herramientas-de-activos-para-la-salud-utilizadas-en-centros-municipales-de-salud-comunitaria-de-Madrid.pdf>
15. Madrid Salud. Mapa de activos ciudad de Madrid [Internet]. Madrid: enMÁPAte. [Consultado el 26 de abril de 2021]. Disponible en: <http://madridsalud.es/mapas-activos/>
16. Molina JM, Berlanga A, Patricio MA, Losada R, Sánchez R, García E, et al. Modelo de índice de vulnerabilidad aplicando el proceso analítico jerárquico [Internet]. Madrid: Área de Coordinación Territorial y Cooperación Público Social; 13 noviembre 2019 [Consultado el 14 de diciembre de 2020]. Disponible en:

<https://datos.madrid.es/portal/site/egob/menuitem.c05c1f754a33a9fbe4b2e4b284f1a5a0/?>

<vgnextoid=d029ed1e80d38610VgnVCM2000001f4a900aRCRD&vgnnextchannel=374512b9ace9f310VgnVCM100000171f5a0aRCRD&vgnnextfmt=default>

17. Segura J. El espacio público como compensador de las desigualdades en el espacio privado. Rev. Cuarto Poder [Internet]. 2020 [Consultado el 16 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.cuartopoder.es/ideas/2020/09/01/el-espacio-publico-como-compensador-de-las-desigualdades-en-el-espacio-privado/>
18. 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 Enferm. 2017;26(3):180-4.
19. Rojas-Rueda D, Nieuwenhuijsen M, Gascon M, Perez-Leon D, Mudu P. Green spaces and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Lancet Planet Health. 2019;3:469-77.
20. Oromí J, Durich J. Ejercicio físico y salud. Med Integral. 2003;41(3):115-7.
21. Díez E, Aviñó D, Paredes-Carbonell JJ, Segura J, Suárez O, Géz MD, et al. Una buena inversión: la promoción de la salud en las ciudades y en los barrios. Gac Sanit 2016;30(Supl 1):74-80.
22. Naciones Unidas. La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. 25 de septiembre de 2015 [Consultado el 25 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible>

Fecha de recepción: 25 de febrero de 2021 **Fecha de aceptación:** 17 de septiembre de 2021

Editor responsable: Asensio López Santiago



[Volver](#)

Estudio descriptivo de los activos para la salud identificados por la población de la ciudad de Madrid
Blanca Beltrán Pita, Virginia Provencio-Herranz, Arantxa Santa-María Morales, Teresa Martínez Bravo y Regina Iscar Erasun
Comunidad noviembre 2021;23(3);3
ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0
comentarios

Su Nombre

Mensaje

Su Email

Web (opcional)

Comentar