

A dark blue stethoscope is positioned around the text, with its chest piece at the bottom center and its earpieces at the top left and top right.

MANUAL
para
IMPULSAR
PROCESOS
COMUNITARIOS
en
SALUD

El mapeo y otras herramientas
útiles en la implementación
de la estrategia comunitaria

Este manual se ha elaborado en el marco del proyecto “*Implementación de la Estrategia Comunitaria en CLM, Nivel III*”, impulsado por la Dirección General de Atención Primaria, con el apoyo técnico de la Asociación IntermediAcción y de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM).

Este proyecto ha sido financiado a cargo de los fondos para las estrategias 2025 del Ministerio de Sanidad.

Autoría:

UCLM: María Isabel Ralero Rojas y Montserrat Pulido Fuentes

Asociación IntermediAcción: José Olcina Soler, María Solana Rubio, Francisco Baeza Segovia, Nicolas Ost, Álvaro Alconada Romero.

Maquetación y diseño: David Parages.

ISBN: 978-84-09-88727-9



ÍNDICE

I.	Introducción. ¿Por qué este manual?	3
II.	Salud comunitaria y participación comunitaria	6
a)	La salud es comunitaria	6
b)	La salud comunitaria y sus tres niveles de abordaje	8
c)	Nivel individual o familiar. Pasar consultando mirando a la calle	8
d)	Nivel grupal. Educación para la salud mirando a las causas de las causas	9
e)	Nivel colectivo. Actuación o participación comunitaria en salud. El Centro de salud no es el único centro de salud.	12
III.	Elementos fundamentales de un proceso comunitario en salud	15
a)	De las relaciones al conocimiento compartido y colaborativo.	16
b)	El diagnóstico comunitario: una reflexión permanente.	19
c)	Metodología del proceso de diagnosis: selección y recogida de datos cuantitativos y cualitativos.	24
d)	Investigación-Acción Participativa: los mapeos y otras herramientas al servicio del proceso	30
e)	Actores/protagonistas del diagnóstico compartido para un proceso comunitario en salud	34
f)	La Programación Comunitaria en Salud	36
g)	Evaluar para volver a empezar	38
IV.	El Mapeo de activos en salud, una herramienta clave para la participación comunitaria en salud	44
a)	El Mapeo de Activos como proceso continuo de conocimiento y fortalecimiento comunitario	44
b)	El Mapeo de activos de salud en la literatura científica	45
c)	El mapeo comunitario de activos de salud: una guía práctica, anclada en la experiencia	49
d)	Experiencias de mapeos comunitarios y buenas prácticas complementarias	57
V.	Conocimiento compartido y recomendación de activos para la salud	68
VI.	Glosario de términos y siglas en salud comunitaria	73
VII.	Referencias y Bibliografía	76

I. Introducción. ¿Por qué este manual?

Acompañarnos para saber acompañar

Con este Manual se pretende acompañar a los/as profesionales de salud en la implementación de una estrategia regional comunitaria, ayudando en la definición de conceptos, líneas de trabajo y posibles herramientas de implementación. Tiene un marcado carácter práctico, pero también conceptual y metodológico, de manera que ayude a asentar las bases del desarrollo comunitario en salud en Castilla-La Mancha y a fundamentar debidamente las acciones de salud que de la estrategia regional se deriven.

No obstante, este apoyo metodológico no sería nada sin una apuesta seria por este cambio de modelo o mirada en donde se vienen embarcando desde hace años muchos profesionales de nuestro sistema sanitario, legitimados ahora también con mucha fuerza por nuestro propio marco institucional. Así, en primer lugar, debemos afrontar este reto con la enorme gratitud de hallarnos en un contexto clave e histórico para llevar a cabo los cambios que muchas personas, tanto desde el ámbito académico como profesional, llevamos décadas soñando e intentando aplicar.

En cualquier caso, si algo nos enseña *la comunitaria*, es que no estamos solas en este camino. Por ello, este documento tiene la finalidad fundamental de *acompañarnos para acompañar*. Acompañar procesos de la comunidad de la que formamos parte, con la que vamos a crecer y a aprender mucho. Es éste un camino por construir, cada uno/a desde el lugar y contexto de partida que tenga. Siendo todos igual de válidos o apasionantes, dependiendo de cómo y con quién nos embarquemos.

En la maduración de este manual han tenido un papel relevante la experiencia de participación comunitaria como base de los procesos iniciados, así como en los espacios formativos de experiencia e intercambio. Por ello, este documento se concibe como una referencia práctica basada en una metodología avalada científicamente y de su aplicación en diversos municipios y espacios de nuestra región.

Con este manual, pensamos que orientar nuestro rumbo hacia la salud comunitaria puede proporcionarnos evidencias significativas del papel que puede tener la comunidad no sólo en la promoción de la salud, sino también en la adquisición de resiliencia frente a los diferentes retos sociosanitarios que nos lleguen.

La identificación y recomendación de activos para la salud desde Atención Primaria: marco institucional y puntos de partida

La Estrategia de Salud Comunitaria de Castilla-La Mancha supone un avance relevante en la incorporación de una mirada ampliada sobre la salud, entendida no solo como ausencia de enfermedad, sino como el resultado de múltiples factores individuales, sociales y comunitarios que influyen en el bienestar de las personas. En este marco, la recomendación de activos para

la salud se plantea como una herramienta complementaria a la atención clínica, orientada a ampliar las respuestas no farmacológicas y a reforzar el carácter comunitario de la Atención Primaria (SESCAM, 2025).

Desde esta perspectiva, los activos para la salud se definen como aquellos recursos, capacidades y factores, individuales, colectivos y estructurales, que generan bienestar y son reconocidos como tales por la propia comunidad. Su identificación y utilización se apoyan en el enfoque salutogénico, que desplaza el foco desde las causas de la enfermedad hacia los orígenes de la salud, integrando el modelo biopsicosocial en la práctica sanitaria cotidiana. Este enfoque reconoce que muchos de los problemas de salud más prevalentes están estrechamente vinculados a los determinantes sociales y a los estilos de vida, y que su abordaje requiere estrategias intersectoriales, multidisciplinarias y orientadas al territorio.

Así, la recomendación de activos se entiende como una práctica que puede contribuir a mejorar el control de las personas sobre su propia salud, fortalecer las redes de apoyo social, favorecer la inclusión y reducir la medicalización de determinadas situaciones. Pero esta recomendación es inherente al conocimiento de los recursos existentes, de los determinantes de la salud en el territorio y de las actividades comunitarias en marcha, con el fin de conformar una agenda de salud comunitaria que la permita.

En este marco, el mapeo de activos es reconocido como un proceso participativo mediante el cual la comunidad identifica y pone en valor sus recursos y fortalezas, favoreciendo la creación de redes de relación y apoyo mutuo que pueden derivar en proyectos de mejora de la calidad de vida y promoción de la salud. Por tanto, este proceso supera la mera elaboración de listados y requiere dinamización intersectorial y participación activa de la ciudadanía.

Esta línea ha sido adoptada y defendida por el SESCAM con la publicación de una esquemática Guía de Recomendación de Activos (SESCAM, 2025). Un documento orientado principalmente a ofrecer un marco operativo para la recomendación de activos desde la práctica clínica, poniendo el acento en la identificación de actividades comunitarias existentes y en el establecimiento de acuerdos formales con los recursos del territorio. Este enfoque aporta una base organizativa e institucional necesaria, pero deja abierto el reto de profundizar en el mapeo de activos como un proceso continuo de conocimiento, reconocimiento y construcción colectiva, vinculado a dinámicas comunitarias más amplias.

Es precisamente en este espacio de desarrollo y profundización donde se sitúa la propuesta de este manual.

Desde esta base institucional compartida, y reconociendo el valor del marco propuesto por el SESCAM para la recomendación de activos desde Atención Primaria, el presente manual da un paso más en el desarrollo del Mapeo de Activos. Desde la experiencia en procesos comunitarios, entendemos que el mapeo no puede limitarse a una fase inicial ni a un instrumento al servicio exclusivo de la derivación a actividades existentes.

El Mapeo de Activos es, ante todo, un proceso continuo, relacional y participativo, que se construye en el tiempo y que se amplía a medida que las personas, los profesionales y los

agentes del territorio se conocen, se reconocen y generan vínculos. No se trata únicamente de identificar recursos, sino de activar relaciones, producir conocimiento compartido y fortalecer las capacidades comunitarias.

A partir de este punto, el manual desarrolla una propuesta propia que concibe el Mapeo de Activos no solo como técnica, sino como un proceso vivo de conocimiento, reconocimiento y fortalecimiento comunitario, inseparable de la participación, del tiempo y de las relaciones que se tejen en los territorios.

Marco institucional SESCAM (SESCAM, 2025)

Identificación y recomendación de activos para la salud

- La Estrategia de Salud Comunitaria de Castilla-La Mancha incorpora el enfoque **salutogénico y comunitario** en la Atención Primaria.
- Reconoce la influencia de los **determinantes sociales**, los estilos de vida y los recursos del entorno en la salud y el bienestar.
- La **recomendación de activos** se define como la orientación desde Atención Primaria hacia **recursos comunitarios** beneficiosos para la salud, como complemento a la atención clínica.
- Se basa en un enfoque **biopsicosocial y humanizador**, que promueve la corresponsabilidad, las redes de apoyo y la reducción de la medicalización.
- El trabajo en salud comunitaria se despliega en los niveles **individual, grupal y comunitario**, con la **participación activa de la ciudadanía**, junto a servicios públicos, administración y tejido asociativo.
- La guía propone:
 - Equipos **interdisciplinarios e intersectoriales** en los centros de salud.
 - **Exploración de la comunidad** y análisis del territorio.
 - **Mapeo de activos** como proceso participativo.
 - Listado de actividades y **acuerdos para su recomendación**.
 - Integración en la **agenda comunitaria** y en la **Historia de Salud Digital**.

II. Salud comunitaria y participación comunitaria

a) La salud es comunitaria

Cuando hablamos coloquialmente de salud, lo hacemos automáticamente desde una perspectiva anclada por una parte en la simplicidad de los pares de opuestos: salud vs enfermedad; y por otra en la persona como depositante anátomo-fisiológico de esa facultad. De esta forma, el término no identifica un marco epistemológico propio, sino en oposición al patológico. Sin embargo, desde una perspectiva científica y actual del término, la salud se entiende como un elemento clave de reflexión e intervención que rebasa estos acotamientos. En este sentido, la salud se concibe como un estado de bienestar físico, mental y emocional que se proyecta y promueve socialmente, siendo indivisible el cuidado de la persona con el de su entorno o comunidad. Por ello, hablar de salud es hablar de comunidad, de un hecho y de un bien colectivo.

Definimos la **salud comunitaria** como *“la expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características individuales y familiares, el medio social, cultural y ambiental, así como los servicios de salud, los recursos comunitarios y la influencia de factores sociales, económicos, políticos y globales”* (Ministerio de Sanidad, España¹). Hacer salud comunitaria es trabajar en un proyecto para mejorar la salud de una comunidad o un colectivo². De este modo se relaciona este concepto con las acciones comunitarias, desplazando el término de intervenciones comunitarias, por lo directivas y verticales que han supuesto de manera especial en el marco sanitario. Tras esta definición compleja, que conlleva tantas cuestiones a atender, ¿cómo atender todas las dimensiones que ello implica de manera efectiva?

Tanto desde el ámbito de la Salud como de la Intervención Social, existe una fuerte tendencia a lanzarse a diseñar y ejecutar actividades colaborativas antes de reflexionar colectivamente sobre retos comunes, o llevar a cabo diagnósticos compartidos e implicar a la comunidad de forma significativa en todas las fases o momentos del proceso. Este modelo asistencialista, que diseña medidas y acciones *para la comunidad pero sin la comunidad*, sin embargo, se lleva observando como insuficiente para atender las complejas realidades a las que nos enfrentamos desde diversos ámbitos además del débil tejido social: si nuestro papel como

¹ <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/home.htm>

² Armas, C. S., García, M. H., & Cofiño, R. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gaceta sanitaria*, 32, 5-12.

profesionales o ciudadanía es únicamente el de dispensar o hacer uso de bienes y recursos centrados en necesidades, dejamos de atender a otras muchas capacidades y potencialidades que podrían ser decisivas para la transformación de determinadas realidades sociosanitarias.

Esta *manera de hacer* tiene mucho que ver con cierta operatividad impuesta hacia la acción, en donde solemos pensar que todo lo demás que rodea a la actividad es una *pérdida de tiempo* o una inversión de esfuerzos y/o recursos -escasos- perfectamente prescindible. En un ámbito en donde lo urgente supone nuestro principal foco de actuación, parar esta dinámica para analizar, diagnosticar, *contar con*, priorizar, evaluar... Es un reto importante que nos llega *a contracorriente*.

No obstante, debemos considerar que el proceso de análisis, de investigación y de diagnóstico es ya una acción en sí misma con muchas potencialidades, una de ellas conocer mejor a nuestra comunidad y a sus vecinos y que ellos nos conozcan a nosotros, con todas las implicaciones de proximidad que tienen estas acciones desde el marco de la atención primaria como espacio privilegiado, cercano, pero no el único centro de la salud. Desde las evidencias, nos damos cuenta de que en todo eso que no hacemos por falta de tiempo o de marco concreto de acción, podrían hallarse caminos diferentes a los transitados, con resultados también distintos a los obtenidos hasta el momento (Cubillos et al., 2022; Machín & Bravo, 2022; Nogueira et al., 2025).

Entonces, desde el comienzo se nos presenta como algo que va más allá de la atención individual centrada en necesidades, y no solo necesidades normativas, sino necesidades percibidas, sentidas y aún se requiere de un concepto más amplio de salud que no se defina únicamente como ausencia de enfermedad. Cuando hablamos de salud, nos atenemos tanto a criterios objetivos como subjetivos, pero también teniendo en cuenta el contexto sociocultural como marco cambiante en el tiempo, donde caben numerosas cuestiones que proporcionan bienestar a personas, grupos y comunidades. Luis Salleras, en 1989 hablaba de salud como el “logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”.

La orientación comunitaria de los servicios sanitarios plantea la corresponsabilidad por la salud de la comunidad con la que trabaja. Se centra en la salud, y no solo en la enfermedad, teniendo en cuenta los contextos en los que las personas y las comunidades nacen, viven y trabajan. La orientación comunitaria es esencialmente participativa, cooperativa, interdisciplinar e intersectorial (SESPAS, 2018).

El enfoque participativo, integral o promocional, de equidad y sostenibilidad para la Atención Primaria fue además acordado en 1978 por la Declaración de Alma-Ata, que marcó un hito en la historia de la salud pública, al reconocer la importancia de la atención primaria de salud como base fundamental para lograr el objetivo de *Salud para Todos*.

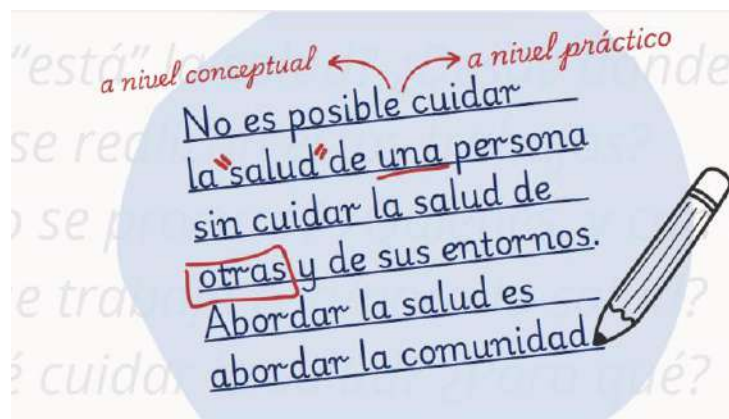


Imagen 1. Concepto de Salud Comunitaria. Materiales formativos para la Implementación de la Estrategia de Salud Comunitaria en CLM. IntermediAcción, 2025.

b) La salud comunitaria y sus tres niveles de abordaje

La orientación comunitaria desde la atención primaria y la salud pública ya fueron planteados en la Conferencia de Alma Ata y debemos seguir señalando la hoja de ruta que va más allá de lo asistencial y el campo de la acción comunitaria va mucho más allá del sector sanitario. Desde los equipos de atención primaria podemos hablar de tres niveles de acciones comunitarias interrelacionados entre sí (Armas et al., 2018):

- Nivel 1. Asistencia individual y familiar con orientación comunitaria: «pasar consulta mirando a la calle».
- Nivel 2. Trabajo grupal con orientación comunitaria: «educación grupal trabajando sobre las causas de las causas».
- Nivel 3. Acción comunitaria en salud o participación en procesos comunitarios: «el centro de salud no es el único centro de salud».

c) Nivel individual o familiar. Pasar consultando mirando a la calle

Este nivel se corresponde con un primer propósito de atender no sólo a un paciente que viene a consulta con una afección, sino también las circunstancias, las relaciones y la comunidad en que vive y se desarrolla y que condicionan la salud individual y grupal. Por tanto, por una parte, incide en la necesidad de que los límites del centro de salud sean permeables y éste sea reconocido por la comunidad, pero además en que el concepto y abordaje de la salud por parte de los profesionales incluya la participación y, por tanto, el conocimiento de las dinámicas de la comunidad.

De esta forma, la consulta se nutre del entorno del paciente, y la exploración no sólo atiende al cuerpo y a la comunicación individual, sino también a los factores y potencialidades del entorno que pueden influir en el estado de salud de una persona a lo largo del tiempo.

Además, ya introduciéndonos en los siguientes apartados, esta atención a un aprendizaje más amplio nos permite trabajar con la comunidad en el abordaje de la prevención y promoción en salud.

d) Nivel grupal. Educación para la salud mirando a las causas de las causas

Frecuentemente pensamos que atender a la comunidad puede ceñirse a llevar a cabo actividades para ella, bien porque hemos pensado generosamente en dedicarnos a formarles en temáticas que nosotros/as mismas/os creemos que requieren, o porque nos hace sentir seguros/as elaborar talleres en temáticas en las que estamos especializados/as. De nuevo priorizamos nuestras necesidades y nuestros criterios profesionales con la mejor de las intenciones frente a las necesidades de la población.

Indagar en esta línea de acción implica acercarse a la comunidad, observar y escuchar. Por ello, estas motivaciones perfectamente legítimas, lo son aún más si incluimos estas actividades, talleres... dentro de un proceso comunitario en salud, donde la participación se presenta como elemento clave e imprescindible. No por ello, estas decisiones colectivas tomadas desde el proceso comunitario deben dejar de justificarse con rigurosidad: una fundamentación sólida a partir de criterios cuantitativos y cualitativos debe preceder a la diagnosis. Y, únicamente a partir de ese diagnóstico, programar la acción atendiendo a prioridades e incorporando un seguimiento evaluativo de forma participativa.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la Educación para la Salud (EpS) como cualquier combinación de actividades informativas y educativas que llevan a una situación en la que la gente DESEE vivir sana, SEPA cómo alcanzar la salud, HAGA lo que pueda individual y colectivamente para mantenerse en salud y busque ayuda cuando la necesite. Se aboga por la EpS como herramienta de salud. La OMS plantea en el ámbito del sistema sanitario la necesidad de la EpS en Atención Primaria de Salud (APS), dado su carácter de espacio privilegiado junto con la escuela. Siempre que sea posible, la educación para la salud debe enmarcarse en un proceso comunitario donde, tras el diagnóstico comunitario, se prioricen las áreas de intervención para poder comenzar con la EpS. De alguna forma los profesionales sanitarios hacen de su práctica asistencial una práctica educativa individualizada, pero se requiere una estructura y metodología adecuada, así como su evaluación específica. Al mismo tiempo hay que destacar la potencia de la educación grupal.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD	ACCIÓN COMUNITARIA EN SALUD
Suele derivar de la voluntad de uno o varios profesionales sanitarios y sobre áreas de intervención que el profesional considera prioritarias.	Se parte de una decisión compartida con otros profesionales/recursos/población del territorio.
Se suele protagonizar o impulsar desde un solo recurso.	Se parte de necesidades/potencialidades existentes reflejados en Diagnóstico y se impulsa de forma colaborativa.
No se articula con el entorno: proporciona una respuesta determinada y limitada en el tiempo.	Se propone, prioriza y articula en espacios de coordinación (nuevos o existentes).
No se tienen en cuenta las dinámicas y espacios existentes en la comunidad.	Se cuenta con dinámicas y espacios existentes en la comunidad, que se ven reforzados por la acción.
No se informa o se cuenta con otros recursos/ámbitos de actuación.	Se ha construido implicando a otros actores y co-protagonistas de diferentes ámbitos.
El encuentro suele ser unidireccional y la participación concreta y limitada, se acaba cuando se desarrolla la acción educativa	La participación generada es abierta y permite seguir construyendo a partir de ahí (posibles IAP) como proceso

Tabla 1. Diferencias entre la EpS que se hace y Acción Comunitaria. Elaboración propia, 2025.

Las claves con las que podemos hablar de proceso más allá de una acción formativa/capacitadora puntual, giran en torno a tres ejes o preguntas:



Con quién/quienes estamos contando.

EJE DE PARTICIPACIÓN DE ACTORES



Con qué perspectiva lo estamos construyendo, si estamos atendiendo a la diversidad sociocultural de nuestro territorio y a datos objetivos/subjetivos.

EJE INTEGRAL TRANSFORMADOR



Cómo lo estamos haciendo, cómo se están repartiendo los protagonismos, el diseño y la comprobación metodológica.

EJE METODOLÓGICO DE LAS ACCIONES

Por lo tanto, no se trata de empezar de cero con un proceso nuevo de acciones, sino de repensar lo que ya estamos haciendo -tanto en materia de salud como desde otras perspectivas-, analizar qué impactos en salud o en relación con ésta podría tener aquello que ya está funcionando en nuestro territorio o comunidad, y reforzarlo para que adquiera dimensión de proceso sostenible en el tiempo.

Ejemplo práctico: ¿Cómo dotar a un Taller de Educación para la Salud de un enfoque propiamente Comunitario?



Imaginad que tenéis programado desde el Centro de Salud, como cada año, un taller sobre primeros auxilios y RCP con varios colegios de tu zona, o, un taller formativo sobre sexualidad para alumnado del instituto.

Podéis llevar a cabo esta acción e incorporar al inicio o al final un espacio de reflexión con alumnado/profesionales y familias para indagar qué saben sobre el tema, cuáles son sus experiencias, en qué cuestiones, además de éstas que habéis impartido, les preocupan. También se puede invitar a otros actores implicados (dirección del centro, Protección Civil, AMPAs, entidades sociales, vecinales, etc.) a mantener un espacio previo o posterior para valorar juntas/os el desarrollo de la actividad y considerar la posibilidad de enriquecer el diagnóstico base de partida (en general basado en las propias percepciones o necesidades de los centros educativos).

En este sentido, debemos tener una actitud proactiva, estar atentos a cómo se ha detectado esta necesidad desde el centro educativo, en ocasiones replican lo ya hecho, seguimos y hacemos lo que está “de moda”, o responden a lo que los profesionales ofrecen. Es importante que este contacto permita revisar si esta acción es prioritaria y si debemos continuar con ella o dar preferencia a otras necesidades actuales, revisadas, consensuadas por el centro...

Partir de lo existente, en una acción como ésta, es un punto de partida óptimo; porque ya se han establecido relaciones, se ha detectado una necesidad muy concreta y ha habido una movilización de varios actores para ejecutar una acción. Ir un poco más allá, proporcionar una continuidad evaluativa inmersa en un posible proceso mayor, y ampliar la participación de esta acción, nos permitiría empezar a hablar de acción comunitaria en salud.

Las diferencias entre una cosa y otra nos permiten avanzar con un diagnóstico más amplio que trasciende hacia objetivos más amplios e integrales sin olvidarnos de los específicos de la RCP o el Taller sobre Sexualidad.

Simplemente fomentando la escucha activa en estos espacios, además de mejorar la capacitación de los grupos a los que nos dirigimos, podré mejorarlos en el futuro y ampliar este taller con otras actividades complementarias. Haciendo esto vamos construyendo un proceso que sé cómo ha comenzado -con la actividad de EpS- pero que desconocemos cómo va a seguir avanzando hacia la mejora de la salud comunitaria, puesto que se irán incorporando más actores y espacios.

e) Nivel colectivo. Actuación o participación comunitaria en salud. El Centro de salud no es el único centro de salud

El Glosario de Promoción de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) define la comunidad como “un grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas”.

En la agencia que muestra esta definición, la comunidad puede condicionar su estado de salud y enfermedad, y en esta dinámica, puede construir estrategias propias generadoras de salud. Para que la comunidad genere salud, no obstante, debe tener una participación significativa, por lo tanto, es importante que atendamos a los diferentes niveles de implicación posibles:

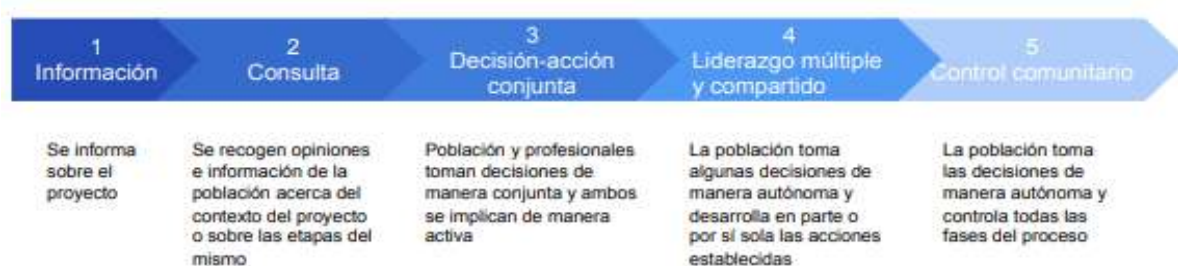


Imagen 1. Niveles de participación comunitaria en salud, según Cassetti, López-Ruiz, Paredes-Carbonell, 2018:18).

En este sentido, deberíamos diferenciar el término “población”, que se nos presenta como algo externo, de “comunidad”, en donde el propio centro de Salud y todos los profesionales que ejercen en el territorio, son también una parte fundamental (que no la única). Así, para que consideremos la participación poblacional válida para un proceso de salud comunitaria tendríamos que situarnos en el nivel 3. No obstante, debemos construir una propuesta basada en la evidencia científica, que haya comprobado que dicha participación comunitaria mejora

la efectividad de las intervenciones en salud³, así como los componentes de dicha participación que pueden resultar claves en la finalidad de mejorar la salud de las comunidades implicadas. De hecho, han sido las sociedades científicas de AP las que de forma más estable han mostrado hasta ahora un compromiso explícito con el papel de la intervención comunitaria en España, por ejemplo: la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC), mediante la creación en el año 1987 y el soporte hasta la actualidad del grupo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), que entre otras tareas ha realizado formación de profesionales en la orientación comunitaria; y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFiC) al crear, en 1996, el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). Más recientemente, y como consecuencia de los procesos anteriores, la CAMFIC también ha dado apoyo a la red Actuando Unidos Por la Salud (AUPA), red de centros de AP que tienen proyectos de intervención comunitaria (Pasarín, Forcada, Montaner, De Peray, Gofin, 2010: 25). El modelo ABCD (Asset-Based Community Development, desarrollo comunitario basado en activos) desarrollado en los Estados Unidos por Kretzmann y McKnight, con aplicación en nuestro país desde hace algunos años, incorporando la metodología de identificación de activos y con una mirada sobre las riquezas de las comunidades frente al modelo del déficit.

³ Contamos con trabajos previos como la guía NICE NG441, adaptada por Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018, cuyo objetivo es formular recomendaciones basadas en la evidencia para promover la participación comunitaria para mejorar la salud y el bienestar y reducir las desigualdades. En la guía se proponen recomendaciones basadas en la evidencia científica, organizadas en cinco líneas de acción para impulsar e incorporar la participación: 1) promover buenas prácticas; 2) realizar colaboraciones y alianzas para responder a las necesidades y prioridades locales; 3) implicar a la ciudadanía para identificarlas; 4) actuar localmente para que la participación se integre en las actuaciones de salud y bienestar, y 5) facilitar la inclusión de la participación comunitaria en las iniciativas de salud. Los criterios de inclusión a cumplir por parte de los estudios elegidos: que estuvieran centrados en promover la salud comunitaria, donde la población participe en todas o, al menos, en más de dos fases del proyecto (por fases se entienden: diagnóstico de necesidades, diseño, desarrollo de las acciones y evaluación), y donde se identifique el grado de participación de la población en las distintas fases (de menor a mayor grado: informar, consultar, decisión-acción conjunta, liderazgo múltiple y compartido, control comunitario).

Definición de proceso comunitario en salud

Como vemos, la salud comunitaria puede actuar a nivel individual, grupal y colectivo implicando a la comunidad en un proceso permanente cuyas acciones son planificadas colectivamente y responden a las necesidades locales. Vamos a definir entonces un proceso comunitario en salud como un ciclo cambiante de reflexión/acción llevada a cabo desde, en y junto a la comunidad, en donde debemos encontrar los siguientes elementos:

1. No es finalista, en la medida que no se orienta únicamente a la consecución de fines concretos, colectivos únicos diana o elaboración de actividades de educación para la salud.
2. Se realiza con una mirada a largo plazo, orientando nuestros objetivos comunes a la transformación y mejora permanente de la salud de nuestro territorio. Hoy podemos estar trabajando en unas prioridades, y mañana, en otras.
3. Requiere de espacios, momentos, estrategias y herramientas dinámicas de trabajo para todas sus fases y adaptadas a todos colectivos presentes en la comunidad.
4. Necesita de un diagnóstico colectivo acordado, con prioridades consensuadas que nos lleven a una programación colaborativa donde primer el interés general.
5. No acaba con la ejecución de actividades o acciones en salud, ni siquiera con su evaluación, sino que éstas se observan como nuevas oportunidades de enriquecimiento al proceso.

FASES DE UN PROCESO COMUNITARIO



Imagen 2. Fases de un proceso comunitario. Materiales formativos para la implementación de la Estrategia de Salud Comunitaria en CLM. IntermediAcción, 2025.

III. Elementos fundamentales de un proceso comunitario en salud

Una vez que hemos analizado qué hace que hablemos de proceso en lugar de actividades puntuales, debemos también dirigirnos hacia la Intervención Comunitaria en Salud (ICS) y cómo ésta puede o no orientarse hacia la construcción de procesos que fortalezcan la comunidad, contribuyan a mejorar las relaciones de apoyo y colaboración o permitan mejorar el acceso a sus propios recursos; o incluso, impulsen acciones innovadoras con las que antes el territorio no contaba y pueden ser claves para una transformación significativa. Coincidimos con definiciones previas y glosarios donde el término de acciones comunitarias frente al de intervenciones comunitarias engloba lo que hacemos todos para mejorar la salud, dejando al margen visiones más verticales, directivas y controladoras, siendo toda la comunidad partícipe de todo el proceso y en cada una de sus etapas.

TIPOLOGÍA	DESCRIPCIÓN	EJEMPLOS
Fortalecimiento comunitario y refuerzo de los existente	Acciones formativas que mejoran la capacidad territorial para afrontar retos importantes en salud comunitaria.	Red de protección comunitaria, formaciones/capacitaciones sobre retos colectivos, mapeos de activos en salud.
Redes de apoyo mutuo entre iguales	La propia experiencia del grupo y personas es la principal agencia para el territorio, por encima de la profesional.	Taller de crianza o lactancia materna, grupos de apoyo mutuo salud mental en primera persona,
Planificación comunitaria basada en investigación participativa: procesos comunitarios en salud	Los tres protagonistas (instituciones, profesionales y ciudadanía) trabajan conjuntamente en diferentes fases (desde la identificación de necesidades, el acuerdo o priorización hasta la ejecución y evaluación de acciones)	IAPS (investigación-Acción Participativa en Salud), Encuentros Comunitarios para la Salud, Foros Locales de Salud, Comisiones de Salud según la Estrategia de Salud Comunitaria de CLM.
Acceso a recursos comunitarios garantes de salud	Conectan personas y recursos, vinculando la Atención primaria con las entidades, colectivos y espacios generadores de salud.	Guías de recursos comunitarios basadas en activos y prescripción social

Tabla 2. Tipología de la Intervención Comunitaria en Salud, elaboración propia aplicada a CLM, inspirada en *A guide to community centred approaches for health and wellbeing. Public Health England, 2015* (utilizado por Díez, E., López, M.J., Pérez, A. (2017).

a) De las relaciones al conocimiento compartido y colaborativo.

El elemento más importante del proceso comunitario en salud va a ser las relaciones, asertivas y colaborativas, que establezcamos en el territorio con los recursos existentes. Éstas requieren de un cuidado y espacios permanentes, lo suficientemente estables para que aseguremos su sostenibilidad y mantenimiento en el tiempo.

Por ello, hablamos del proceso de salud comunitaria como una idea de cuidado relacional entre recursos y personas a largo plazo.

Serán estas relaciones entonces las que nos permitan construir y compartir conocimiento. Puesto que la salud comunitaria supone un concepto amplio, que trasciende la dicotomía salud/enfermedad, e incorpora todas las realidades y percepciones de la comunidad, esta construcción de conocimiento debería realizarse atendiendo tanto a lo cuantitativo como a lo cualitativo: cómo las personas, profesionales e instituciones perciben y definen sus retos en salud.

Atender a esta dimensión colectiva nos obliga a definir la salud como algo eminentemente comunitaria y, por lo tanto, a buscar el conocimiento necesario para abordarla, de la misma manera: de forma colectiva.

Un espacio clave para hacer este enfoque común pueden ser las **mesas de salud**⁴, así como otros múltiples espacios del territorio que ya estén funcionando con anterioridad, y cuya aportación va a ser clave para el proceso que impulsemos.

⁴ Aún son muy escasos los trabajos sobre las mesas de salud, si bien parece plantear limitaciones importantes para la participación vecinal (véase: <https://www.comunicacionescongresosemfyc.com/comunicacion/mesas-intersectoriales-de-salud-finalidad-o-medio-para-la-accion-comunitaria-en-salud-oral-10-2022>), o, vienen desarrollándose como herramienta de política institucional sanitaria “desde arriba”, como por ejemplo, la Mesa Intersectorial de promoción de la salud y prevención de conductas adictivas, de la Red Española de Ciudades Saludables. No obstante, en numerosos territorios españoles con procesos comunitarios en barrios se han impulsado mesas o espacios comunitarios de Salud, “desde abajo”, muchos de ellos vinculados al Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural (ICI), impulsado por Obra Social “la Caixa” en alianza con Ayuntamientos, entidades sociales y Universidad Autónoma de Madrid. Estos espacios aún no cuentan con publicaciones o estudios de resultados específicos, aunque sí de manera general. La Asociación IntermediAcción en colaboración con diferentes agentes institucionales viene desarrollando desde el 2014 hasta la actualidad estas mesas en diversos barrios y pueblos de Castilla-La Mancha.



Imágenes 3 y 4. Mesas de salud del Casco Histórico de Toledo y del barrio de Franciscanos en Albacete, donde están implicados más de veinte recursos profesionales, entidades y ciudadanía.

En cualquier caso, nuestras relaciones como un “actor más” de la comunidad, de la que, además, formamos parte, nos permite construir un conocimiento mucho más rico y diverso de todos los componentes de salud existentes, teniendo en cuenta además que, al igual que las relaciones, este conocimiento estará en permanente cambio.

Según avancemos e impliquemos a más actores de la comunidad, mejoraremos su comprensión y abordaje. Ello supone asumir que será la propia capacidad o agencia comunitaria la que irá conociendo, decidiendo y generando salud.



Imagen 5. Concepto de Salutogénesis. Materiales formativos para la implementación de la Estrategia de Salud Comunitaria en CLM. IntermediAcción, 2025.

Por lo tanto, la salud comunitaria requiere de nuevas formas de construir **conocimiento colectivo**, en donde toda la comunidad debe tener protagonismo: no será algo que tengamos a priori los profesionales de salud, educación o servicios sociales, ni siquiera que se posea desde la academia o las universidades, sino que lo afrontaremos como un reto aún por construir en donde todos tenemos cosas importantes que aportar. El conocimiento sobre la salud está en las calles, en las plazas, en las tiendas, en las familias o en las casas; en nuestros mayores e infancia, tanto en la población migrante como en la autóctona, así como en toda la

diversidad interna de la comunidad que debe aportar su perspectiva para partir de una mirada más integral sobre nuestra salud comunitaria.

Atender a esta diversidad sociocultural en la construcción de conocimiento sobre la salud de nuestro pueblo, barrio y/o ciudad, hace que éste ya tenga de partida un valor inclusivo mucho más rico, complejo y efectivo. Porque la complejidad social actual requiere de estas miradas compartidas para atender mejor el bienestar de todas las personas: todo lo que sabemos sobre la temática que nos planteemos es igual de importante y merece ser escuchada.

Cuando nos encontramos en este momento de construcción de conocimiento compartido, cualquier movimiento que hagamos en la comunidad puede convertirse en una oportunidad de escucha y recogida. También lo que pasa en nuestra consulta individual es una oportunidad para enriquecer y mejorar nuestro conocimiento comunitario.

Pero la forma más interesante de generarlo es mediante la escucha colectiva, puesto que, al generar espacios para escucharnos, a la vez que construimos conocimiento sobre las realidades a trabajar, también hacemos que las personas participantes amplíen sus perspectivas con las de otros/as, las comprendan e incluso las puedan hacer suyas. Hacemos más ricas las miradas individuales y nos encaminamos hacia otra en construcción, y colectiva.

Para llevar a cabo esta escucha sobre la salud de la comunidad nos puede ayudar la aplicación de técnicas vinculadas con la audición (Marchioni, 1992): como método de investigación participativa, está basado en la «escucha» de los protagonistas de los procesos comunitarios. Se realiza a través de «coloquios abiertos» en los que la persona coloquiada (o el grupo) es la que decide los temas que quiere aportar al conocimiento de la realidad comunitaria, sin ninguna presión por parte de quien lo dinamiza. La Audición en la fase de construcción de *Conocimiento Compartido en Salud*, también se revela como un elemento más permanente y no como simple instrumento útil para un fin concreto. Se podría afirmar que la «escucha» forma parte permanente de la metodología y que el proceso comunitario es algo que «permite a todo el mundo ser escuchado».

Las maneras en las que desarrollemos esta “escucha” también pueden ser creativas e innovadoras, incluso empezar a “hacer” con y desde la comunidad: uso de la radio comunitaria, cafés, tertulias, paseos acompañados por el barrio, mapeos colectivos, teatro-foro, etc. Esta escucha de toda la diversidad presente en nuestros barrios, pueblos o territorios, nos permite fortalecer las relaciones, generar mayor difusión y conocimiento del proceso comunitario y nuevas alianzas entre los protagonistas.

La diferencia de las técnicas de indagación que usamos en esta fase con respecto a la siguiente de diagnóstico es que aquí seguramente aún no tenemos definido el foco de nuestra atención, y será a partir de esta escucha cuando salgan a la luz o se evidencien aquellas cuestiones que para nuestra comunidad son claves de salud. Una vez que esto ocurre, estamos en disposición de empezar a armar un diagnóstico compartido, incluso desde ese momento también pueden surgir sinergias o colaboraciones concretas que nos permiten avanzar con fuerza hacia la acción comunitaria en salud.



Imagen 6. Proceso colaborativo que parte del conocimiento y la escucha mutua. Manual de Metodología Comunitaria para la Red de Barrios de CLM, Intermediación 2024.

b) El diagnóstico comunitario: una reflexión permanente

Desde la atención individualizada, nos parecería imposible comenzar un tratamiento sin un diagnóstico previo. Necesitamos evidenciar científicamente lo que le pasa a un paciente para poder pasar a la prescripción médica. Este diagnóstico podemos hacerlo en una sola consulta o requerir de diferentes pruebas antes de lanzarnos a buscar el tratamiento correcto o más efectivo. Es cierto que antes de tener un diagnóstico definitivo podemos ir dando recomendaciones o tratando la sintomatología, pero siempre teniendo en cuenta que estamos yendo tras ello para poder aplicar un tratamiento lo más efectivo posible.

En el ámbito de la atención primaria de salud, el análisis de situación (ASIS) se conoce como diagnóstico de salud de la comunidad, proceso de recogida de datos y su posterior transformación en información que permite reconocer las necesidades de salud de la población y los factores que la determinan.

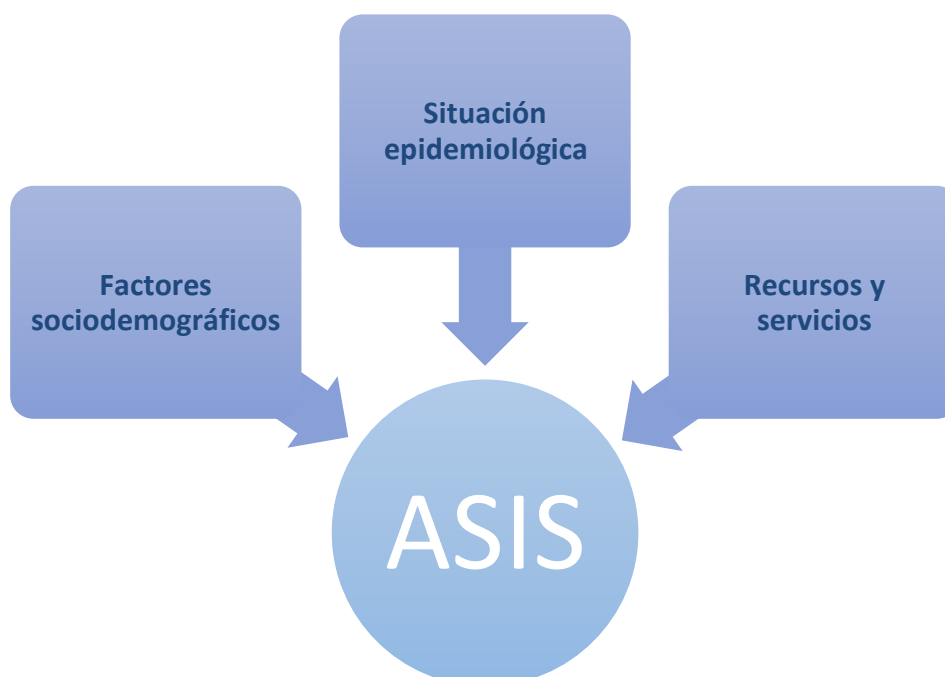


Imagen 7. Análisis de situación en Salud. Elaboración propia, 2025.

Lo mismo nos debe ocurrir con el diagnóstico comunitario. Necesitamos tener una buena fotografía de nuestra comunidad, un buen análisis situacional, para poder trabajar con ella en clave de eficacia y eficiencia. Podemos empezar con actuaciones de EPS, rutas, formaciones y actividades de sensibilización... Pero debemos tener en cuenta que con ello podemos estar atendiendo demandas que, tras acabar toda la escucha y construcción de conocimiento compartido, no resulten todo lo significativas que parecían al comienzo del proceso.



Imagen 8. Construcción de Diagnóstico Comunitario en Salud. Elaboración propia, 2025.

Tanto a nivel individual, grupal o comunitario, para diagnosticar con criterios de equidad y superar condicionantes estructurales de desigualdad⁵, es importante atender a aquellos determinantes sociales de salud que normalmente no se incluyen tanto desde la perspectiva biomédica, pero que sin duda suponen contextos que pueden estar teniendo una incidencia clave en las patologías, tanto en su origen como en sus desarrollos.

Algunos estudios importantes llevados a cabo en nuestro país además concluyen que en el Sistema Nacional de Salud existen problemas de equidad en el acceso en las prestaciones, tanto desde una perspectiva socioeconómica como geográfica. Incluyen también las

⁵ Julian Tudor Hart en 1971 aporta el concepto de *Ley de cuidados inversos*, por el cual «La disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a las necesidades de la población atendida. Esta ley se cumple más intensamente donde la atención médica está más expuesta a las fuerzas del mercado y menos donde dicha exposición es reducida». Ello nos invita a llevar a cabo cierto distanciamiento y cuestionamiento de nuestro propio ejercicio profesional desde las consultas individuales para posicionarnos en contra de esta inercia reproductora de diferencias, y lo mismo debemos llevarlo a la dimensión comunitaria.

relacionadas con el género, etnia y procedencia, y definen problemas específicos en el acceso a las prestaciones, la distribución de competencias entre atención primaria y especializada, así como producción y difusión de información entre profesionales y ciudadanía. Como medida para atender esta vulnerabilidad se requiere rigor, objetividad y estudio sistemático de tales desigualdades, impulsadas por las instituciones públicas (Urbanos-Garrido, 2016, Informe SESPAS, Gazeta Sanitaria).

Ello nos apela a incorporar en nuestros diagnósticos de salud comunitaria estas realidades, de manera que rompamos con las inercias de atender aquellos que cuenta de partida con mejor atención, y a la vez, pongamos el foco de manera explícita en las desigualdades estructurales y en la capacidad de la comunidad para afrontarlas como retos compartidos.

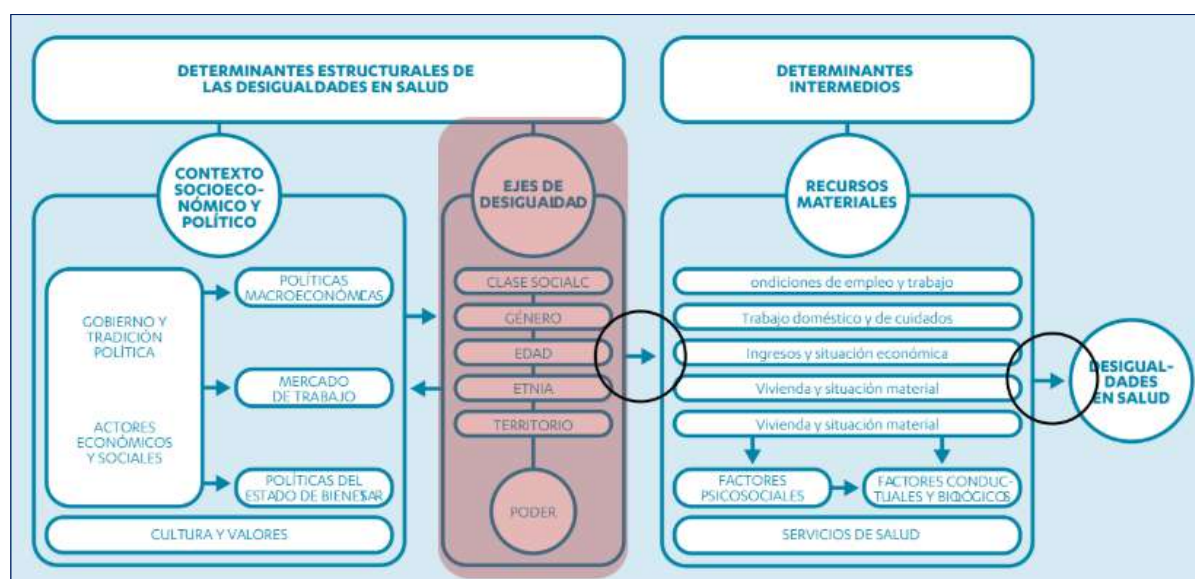


Imagen 9. Fuente: Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad (2010).

Recientemente se ha incorporado desde la comunidad científica y materializado como parte del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 la relación de condicionantes sociales y del contexto familiar de las personas que es recomendable incluir en la Historia de Salud Digital de manera homogénea para todas las comunidades autónomas⁶ (Ministerio de Sanidad 2023). En la misma línea se busca que los profesionales conozcan los determinantes sociales de la salud de sus pacientes para poder tenerlos en cuenta y poder realizar el diagnóstico, las sucesivas prescripciones, recomendaciones, cuidados o acciones comunitarias, que deberán ser consensuados, haciendo partícipes a las personas en la toma de decisiones sobre su propia salud.

⁶ Ministerio de Sanidad. Condicionantes sociales y del contexto familiar que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital. Madrid, 2023.

Parte del proceso comunitario implica la priorización de las necesidades detectadas reflejadas en la monografía comunitaria, diagnóstico comunitario u otros formatos más cercanos a los profesionales.

Diagnosticar una comunidad supone también priorizar retos como una fase más y muy importante del proceso comunitario: de todos los que se han evidenciado en nuestro proceso de escucha comunitaria, tendremos que elegir según los recursos disponibles, tiempos y actores implicados. Podremos tomar estas decisiones de manera colectiva, aplicando herramientas y dinámicas participativas, puesto que aporta múltiples beneficios: sensibiliza y empodera a la comunidad sobre su salud, fomenta el apoyo mutuo entre sus integrantes y promueve su protagonismo haciéndola corresponsable del proceso de mejora de su propia realidad (Sánchez et al., 2018).

Es por tanto una tarea un tanto compleja y más hacer partícipe a la comunidad de esta. Como en todas las fases del proceso comunitario se debe implicar a la población en este proceso de priorización, de este modo esta siente que protagoniza la mejora de su propia realidad haciéndose corresponsable del proceso. El diagnóstico en cualquier caso nos permite identificar las necesidades de una población, pasando del conocimiento a la organización de acciones más concretas. No todos los problemas y necesidades tienen la misma significación e importancia, a veces no podemos priorizar una necesidad apremiante para el territorio, sencillamente porque no depende de nosotros/as, o de los actores que hasta ese momento hemos conseguido implicar, pero lo podemos dejar calendarizado en acciones a medio o largo plazo, incluyendo en nuestro programa de acciones avanzar también, según podamos, en los retos más complicados. Es preciso, por tanto, decidir el orden en el que las necesidades detectadas deben ser satisfechas, es decir establecer prioridades. Así, vamos a considerar este camino como algo abierto, flexible, que se va construyendo y definiendo con la propia comunidad y en una confluencia de intereses, necesidades, potencialidades y posibilidades reales de acción.

El establecimiento de prioridades justifica un tratamiento preferencial y se relaciona fundamentalmente con la distribución equitativa de recursos (Mújica & Moreno, 2019). Para la priorización podemos considerar algunos criterios generales como la importancia del problema y la eficacia de la solución, o criterios político-sociales, culturales como la percepción de la población o la eficiencia de las intervenciones. No obstante, existen técnicas y métodos específicos entre los cuales se encuentran los métodos de consenso, también podemos realizarlo a partir de medidas epidemiológicas: tasas, prevalencias, tendencias o métodos combinados como la parrilla de análisis o el método Hanlon. El método Hanlon se fundamenta en la fórmula dinámica cuyos componentes son A la dimensión del problema, B la importancia del problema, C la efectividad de la solución y componente D como la factibilidad de la intervención. Este componente agrupa los factores de Pertinencia, Economía, Recursos, Legalidad, Aceptabilidad (PERLA). Mediante este método es posible multiplicar la puntuación obtenida por cada componente que se juzgue como más importante por una cifra correspondiente al peso acordado a cada criterio. Puntuación de prioridad: $(A + B) C \times D$ (Sousa et al, 2017; Tromp, & Baltussen, 2012; Baltussen, & Niessen 2006).

PARRILLA DE ANÁLISIS

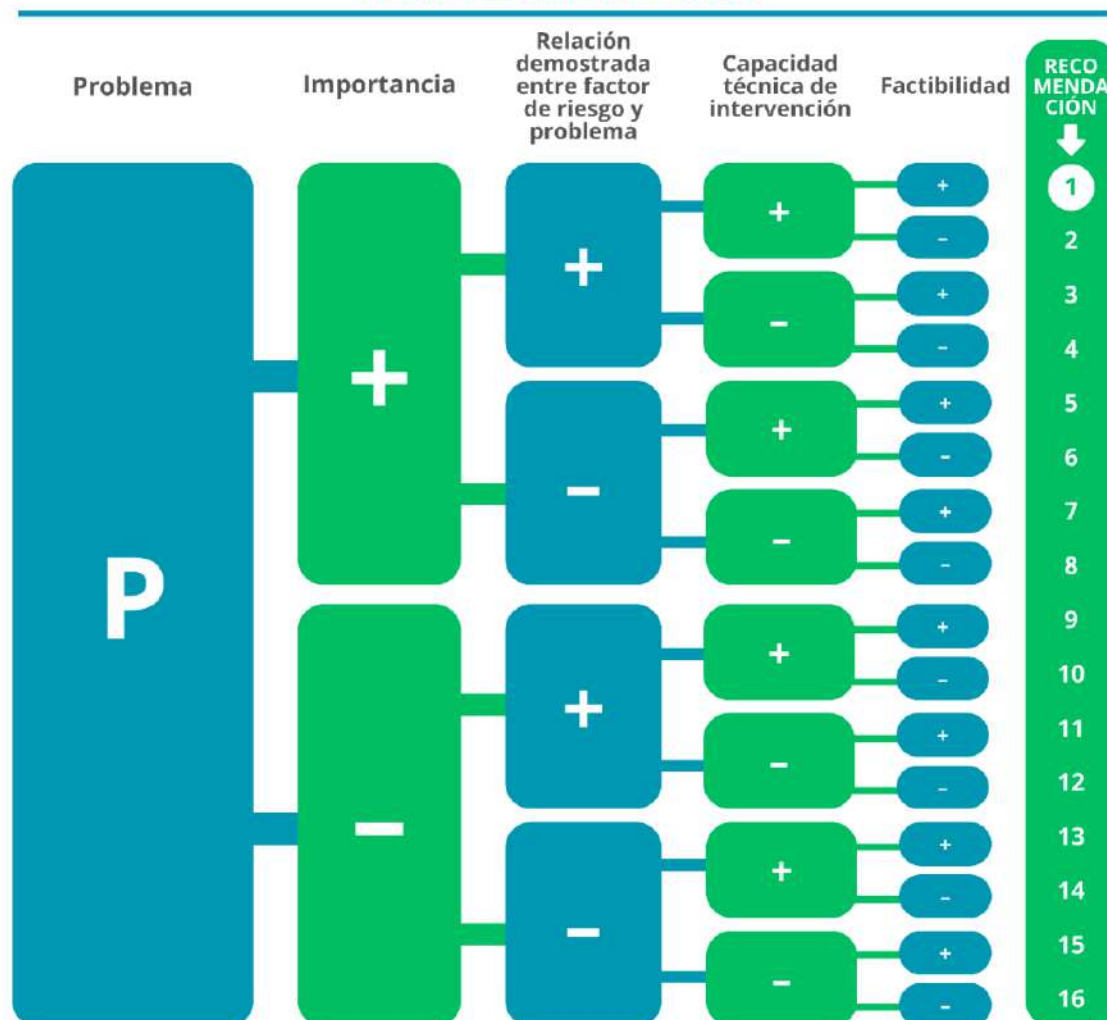


Imagen 10. Parrilla de análisis y establecimiento de prioridades

Otros como el método CENDES, que tiene en cuenta la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y el costo. También con la técnica de comparación por pares, o el método DAFO-CAME (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades-corregir, afrontar, mantener y explotar).

En este sentido, además, es importante que valoremos si los retos que nos hemos planteado son medibles o evaluables, y cómo vamos a hacerlo (puesto que esto puede servir en la toma de decisiones o en la construcción de la jerarquía de prioridades).

	PRIORIDAD ALTA	PRIORIDAD MEDIA	PRIORIDAD BAJA
Lo que podemos controlar			
Lo que está bajo nuestra influencia			
Lo que está fuera de nuestro control			
¿Es medible o evaluable? Indicadores de evaluación			

Tabla 3. Ejemplo de herramienta de priorización de temas según área de influencia y prioridad alcanzada en espacios de participación. Elaboración propia, 2025.

Por lo tanto, definimos Diagnóstico Comunitario en Salud como un proceso en constante construcción, que requiere de un punto de partida reflexivo, analítico y organizativo de todo lo recogido en la construcción de conocimiento colectivo sobre las realidades a trabajar, una sistematización y priorización participada y una llamada a la acción comunitaria en salud que se materializará en una Programación Comunitaria.

Hablamos entonces de espacios y tiempos de escucha y análisis que pueden estar presentes en todas las acciones o mesas de salud, con la intención de actualizar el conocimiento y/o ajustar mejor las acciones a las realidades cambiantes de los territorios.

c) Metodología del proceso de diagnosis: selección y recogida de datos cuantitativos y cualitativos

Para poder llevar a cabo un proceso de diagnosis en salud comunitaria es necesario combinar **métodos cuantitativos y cualitativos**: la diversidad de fuentes y metodologías nos van a proporcionar una mayor validez a los resultados: con el diagnóstico compartido vamos dando respuesta a la pregunta sobre la salud de las personas que viven en el territorio y sus determinantes desde diversas perspectivas, proporcionando una información más completa. La dimensión cualitativa es necesaria para recoger las perspectivas de la comunidad y para que las personas participen de forma activa en el proyecto, proporcionando información sobre sus necesidades y proponiendo estrategias para afrontarlas (Colell, Ledesma y otros, 2018).

Datos cuantitativos generales sobre la comunidad	Fuentes	Relación de datos con determinantes de salud comunitaria (indicadores)
Datos generales población desagregados por sexo, edad, procedencia, migraciones, diversidad religiosa, etc.	Padrón municipal (Ayto.) e INE	Porcentajes de coexistencia, convivencia u hostilidad
Porcentaje de personas atendidas por servicios sociales y otros programas entidades sociales	Servicios Sociales (memorias anuales equipos atención primaria), entidades tercer sector	Acceso a recursos básicos y red de apoyo
Porcentaje de escolarizaciones, fracaso y abandono escolar	Memorias anuales centros educativos y JCCM	Aislamiento, soledad o bienestar infancia/adolescencia
Porcentaje de personas de más de 70 años que viven solas	Padrón municipal	Aislamiento o soledad no deseada en personas mayores
Porcentaje de vivienda de protección oficial, relación número de personas/vivienda/habitaciones	Registro vivienda JCCM	Segregación residencial, hacinamiento convivencial
Porcentaje de personas en situación de desempleo (y de larga duración)	SEPE	Precarización laboral, condiciones de vida
Porcentaje de familias inscritas como demandantes de viviendas de protección oficial	Registro de vivienda (JCCM) o empresa municipal de la vivienda en su caso	Condiciones de vida familiares
Porcentajes de delincuencia, robos o agresiones, denuncias por ruidos	Policía municipal o nacional	Percepción de seguridad/inseguridad ciudadana Percepción de malestar o problemas de convivencia vecinal
Niveles de renta por municipio	INE Y Agenda Urbana Española	Calidad de vida y nivel adquisitivo
Personas beneficiarias del ingreso mínimo vital	Servicios Sociales y estadísticas nacionales	Necesidades básicas sin cubrir en el territorio, concentración de vulnerabilidad

Tabla 4. Ejemplos de datos cuantitativos generales para elaboración de diagnóstico, fuentes de recogida y posible relación con determinantes de salud. Elaboración propia, 2025.

Ejemplos de datos cuantitativos específicos de salud que pueden formar parte de nuestro diagnóstico comunitario: podemos emplear información a nuestro alcance explotando nuestras propias bases de datos o construir nuevas herramientas de medición (como las encuestas, donde podemos incluir en datos cuantitativos, una dimensión cualitativa sobre la percepción de la comunidad en salud): Los datos cuantitativos ofrecen información **objetiva, medible y comparable**.

- **Indicadores de salud:** tasas de mortalidad, morbilidad, natalidad, esperanza de vida, prevalencia de enfermedades.
- **Factores socioeconómicos:** nivel de ingresos, desempleo, educación, acceso a servicios.
- **Recursos sanitarios:** número de centros de salud, profesionales por habitante, tasas de vacunación.
- **Entorno físico:** calidad del aire, agua potable, condiciones de vivienda.

Datos cuantitativos salud	Fuentes	Ejemplos de estudios
Porcentaje de personas que realizan actividad física	Encuestas propias y estudios previos	Consejo Superior de Deportes (informes, estudios) Encuesta de hábitos deportivos (COLEF) Anuario Estadística Deportiva (Ministerio) Encuesta INE: personas que practican ejercicio físico regular por CCAA, etc.
Porcentaje de personas fumadoras	Encuestas propias y estudios previos de organismos oficiales	INE, Encuesta Europea de Salud, Encuesta Nacional de Salud, Informe Anual de SNS (indicadores), etc.
Porcentaje de personas con sobrepeso	Encuestas propias y estudios previos de organismos oficiales	Encuesta Europea de Salud, Encuesta Nacional de Salud, Informe Anual del SNS (indicadores), etc.
Índice consumo de drogas	Sistema de Información de drogodependencias	Informe Mundial sobre Drogas, estudios del OEDA, Plan Nacional sobre Drogas con indicadores clave, etc.
Tasa de fecundidad según edad y país de nacimiento	INE y otras fuentes oficiales	INE, porcentajes por CCAA, provincia y municipios
Tasa de embarazos e interrupciones voluntarias según edad	Registros de natalidad	Datos estadísticos del Ministerio de Sanidad (IVE) por CCAA
Mortalidad, esperanza de vida (comparativa contexto nacional/regional/local)	INE y otras fuentes oficiales regionales	INE, Encuesta de Salud de España
Porcentajes en la percepción de entornos saludables o insalubres	Encuestas propias	Elaboración de ítems directos e indirectos

Tabla 5. Ejemplos de datos cuantitativos específicos de salud para elaboración de diagnóstico, fuentes de recogida y ejemplos . Elaboración propia, 2025

Es importante decir que además de estos ejemplos y fuentes posibles para nuestro diagnóstico, también podemos recabar información específica en nuestra consulta o centro/s de salud, construyendo instrumentos propios de recogida y sistematización y empleando la explotación de datos que nos permite el sistema.

Igualmente, podemos dedicar un espacio fijo de nuestras reuniones o sesiones de trabajo con el grupo motor o mesa de salud a actualizar estos datos cuantitativos y cualitativos, poner en común y volver a reflexionar sobre aquellas cuestiones que empezaron siendo prioritarias para la salud comunitaria y que con el tiempo pueden ir variando. Siendo la etnografía una de las estrategias más utilizadas en la investigación social-sanitaria⁷, podemos construir el diagnóstico complementado el Mapeo de Activos en Salud con técnicas de investigación cualitativas de corte sociológico y antropológico tales como:

- **La Observación Participante:** observar la realidad de la que formamos parte con distancia y proximidad, accediendo a los significados *desde dentro*, puede ser fundamental para la comprensión de prácticas y creencias que inciden en la salud comunitaria.
- **Entrevista en profundidad:** tanto desde nuestra consulta como desde espacios externos que creemos, esta técnica nos proporciona información clave individual o grupal para construir procesos participativos sólidos.
- **Análisis de redes**⁸: observar las relaciones previas que funcionaban en el territorio, los protagonistas y nodos, puntos de distribución de la información relevante, etc. Pueden ser estratégicos para desarrollar acciones promocionales o de sensibilización.

⁷ Figueredo Borda, N. (2017). La Investigación Cualitativa en Ciencias de la Salud: contribuciones desde la Etnografía. Expresa como conclusión: que “el enfoque etnográfico conlleva la interacción con el objeto de estudio, y el conocimiento desde la observación de la realidad en su contexto. En este sentido, en los entornos sanitarios, con los profesionales de la salud y las relaciones que se establecen en dichos escenarios, se alcanza la comprensión del significado y la subjetividad que los profesionales otorgan a sus acciones. Por consiguiente, el enfoque constituye una estrategia de investigación valiosa para Enfermería y demás Ciencias de la Salud”. En: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v6nspe/2393-6606-ech-6-spe-00014.pdf>

⁸ Algunas referencias importantes sobre el uso del análisis de redes en salud encontramos en: Rovere, M. (1999): Redes En Salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión); Vázquez Navarrete, M.L. y Vargas Lorenzo, I. (2006): “Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema?” Rosario: Universidad Nacional de

- **Grupos de discusión** como técnica con la que además podemos potenciar la escucha mutua como base para la priorización de estrategias de salud.
- **Encuestas** como técnica de uso común que emplea un conjunto de procedimientos estandarizados, mediante los cuales se recogen y analizan una serie de datos de una muestra representativa de la población.
- **Técnica de Delphi**, método para recoger la opinión de diversos expertos sobre un tema y lograr de una forma sistemática el consenso sobre el mismo.
- **Técnicas documentales**, consulta de registros de datos y documentación clínica y administrativa, así como fuentes documentales.

Además de escuchar, recoger, sistematizar, priorizar y comenzar las primeras acciones comunitarias de salud, es fundamental dotarnos de indicadores que nos permitan evaluar los impactos de nuestro proceso.

Esta definición debe formar parte de la priorización de retos: puede servirnos para terminar de decidirnos por la priorización de una acción u otra a corto, medio o largo plazo (aquello que no es evaluable o tiene una compleja medición de impacto puede ser pospuesto a una segunda fase del proceso). Así, debemos ser conscientes de que para desplegar la orientación comunitaria es importante disponer de datos robustos y fiables que permitan a los profesionales hacer un seguimiento ágil y sistemático (Oliver Parra y González-Viana, 2020)⁹, y ello también puede ser una excusa perfecta para llevar a cabo actividades de Educación para la Salud que en lugar de ser acciones que se agoten en sí mismas, se pongan al servicio de un proceso comunitario en salud.

Por ejemplo, podemos compartir en una actividad saludable, ruta o taller, algunos datos científicos sobre la efectividad de la propuesta, reflexionar con el/los grupos implicados sobre ello y enriquecer los indicadores con valores cualitativos.

Rosario; Crojethovic, Maria; Ariovich y Ana (2014). Claves para Analizar Redes de Organizaciones Complejas en Salud. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata; **Isidro Maya (2016). 7 usos de redes de análisis de redes para la intervención comunitaria. Universidad de Sevilla (Revista Hispana de Redes Sociales).**

⁹ Estas autoras proponen una serie de indicadores cuantitativos por área de salud. Puede verse esta tabla en: <https://www.scielosp.org/article/gs/2020.v34n2/204-207/#ModalTablet2>

Fases de un diagnóstico comunitario en salud:

- ➔ 1. DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y SELECCIÓN METODOLÓGICA
- ➔ 2. RECOGIDA DE DATOS: ESCUCHA ACTIVA COMUNITARIA
- ➔ 3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
- ➔ 4. REDACCIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO COMPARTIDO
- ➔ 5. FINALIZACIÓN Y CONFORMACIÓN PROCESO DE SEGUIMIENTO

	Preparación previa	Recogida de datos cuantitativos y cualitativos	Tratamiento de datos, análisis e interpretación	Realización y socialización del diagnóstico compartido	Evaluación y Seguimiento
ACCIONES	¿Qué queremos saber? - Definir el ámbito de la comunidad (geográfico, demográfico o colectivo) - Formular los objetivos - Seleccionar instrumentos, metodología y colectivos - Prever recursos materiales y humanos necesarios	¿Cómo lo vamos a saber? - Diseños de encuestas propias y estudios previos existentes - Diseño de entrevistas, grupos de discusión y otras herramientas de escucha comunitaria local - Ejecución de las acciones participativas de escucha	¿Qué nos dice lo recogido? - Transcripción de grupos de discusión, coloquios y entrevistas en profundidad - Análisis de la información cuanti/cuali	¿Cómo lo compartimos? - Redacción final del documento - Devolución en diferentes formatos (idiomas, redes, resúmenes, píldoras, etc.) - Socialización del diagnóstico en encuentro comunitario	¿Cómo lo medimos? Construcción de indicadores en relación a la priorización de retos
ACTORES PROTAGNISTAS	Profesionales sanitarios con o sin mesa de salud/grupo motor	Mesa de salud y/o grupo motor	Toda la comunidad	Toda la comunidad	Mesa de salud y/o grupo motor

Tabla 6. Fases de un diagnóstico comunitario en salud, según acciones y actores implicados.
Elaboración propia, 2025.

d) Investigación-Acción Participativa: los mapeos y otras herramientas al servicio del proceso

Las herramientas que aplicamos para y desde el diagnóstico compartido, cobran sentido cuando son participativas, inclusivas y orientadas a la acción colectiva, haciéndose evidente la necesidad de situarlas dentro de marcos más amplios de promoción de la salud que reconozcan el papel central de la ciudadanía. Avanzar en esta dirección implica dotarse de metodologías que no sólo permitan identificar recursos, sino que activen la capacidad de las personas y las comunidades para reflexionar sobre su realidad, generar conocimiento propio y transformar las condiciones que influyen en su bienestar.

Según la Declaración de Yakarta (1997, OMS), la promoción de la salud *“es realizada por la gente y junto con ella, sin que se le imponga ni se entregue. Amplía la capacidad de las personas para actuar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud”*.

Desde esta perspectiva, que pasa por amplificar la propia agencia de las personas, grupos y comunidades en el manejo de su salud, nos hacemos conscientes de la necesidad de nuevas metodologías que impliquen a la ciudadanía desde el comienzo del proceso comunitario en salud, que lo hace con la investigación o reflexión sobre lo que se quiere trabajar. Consideramos entonces que la **Investigación-Acción Participativa (IAP)** puede ser un enfoque especialmente útil si hablamos de este modelo de promoción de la salud como proceso dirigido a capacitar a las personas y comunidades en el control de la salud y sus determinantes, puesto que tanto la Prevención y Promoción de la Salud (PPS) como la IAP se orientan a la transformación de la realidad, a actuar para influir sobre tales determinantes y a producir cambios en las condiciones que influyen en el bienestar de las personas¹⁰ (Aniñó, López y Paredes-Carbonell, 2016: 3).

Así, es importante que definamos el mapeo de activos en salud como una etapa o parte de la IAP, que nos va a permitir identificar activos de forma participativa para poder conectarlos,

¹⁰ Aniñó, D., López, M., Paredes-Carbonell, J. (2016). Cómo poner en marcha un proceso de investigación-acción participativa en promoción de la salud. En Revista Comunidad 18: “Por lo tanto, consideramos pertinente el impulso de la IAP desde el marco de acción en PS –es decir, la investigación-acción participativa en promoción de la salud (IAPPS)–, tal y como se plantea hoy en día en el ámbito de la salud pública y, especialmente, para la reducción de las desigualdades en salud. En esta línea venimos desarrollando diversos proyectos de IAP en el contexto de poblaciones que viven en situación de vulnerabilidad”. En: <https://comunidad.semfyces.es/wp-content/uploads/Comunidad-Como-poner-en-marcha-un-proceso-de-investigacion-accion-participativa-en-promocion-de-la-salud.pdf>

dinamizarlos e incluso emplearlos en una posible prescripción social posteriormente, ya como estrategia de la programación comunitaria o plan de acción en salud comunitaria.



Imagen 13. Proceso cíclico de la IAPPS llevado a cabo por el GIAP (Grupo de Investigación-Acción Participativa), según Aniñó, López y Paredes-Carbonell (2016:4)

Por lo tanto, la finalidad de la IAP es cambiar la realidad y afrontar los problemas de una población a partir de sus propios recursos y el impulso de procesos participativos con los siguientes objetivos:

- Generar un conocimiento compartido sobre salud que va creciendo y estructurándose mediante el proceso de investigación, llevado por la propia comunidad.
- Consecuencia de ese conocimiento: se amplía la capacidad de agencia, el poder de la comunidad, dando pie a más y mejores estrategias de acción para el cambio.

Estrategias como los mapeos se nos presentan desde diferentes ámbitos como herramientas muy útiles de redescubrimiento y resignificación del territorio para con su comunidad de

pertenencia¹¹. Aplicados al ámbito que nos ocupa, a partir de este proceso la comunidad revitaliza la «foto de salud» comunitaria (de déficit y de activos en salud) para generar procesos de cambio (Botello, Palacio, García, Margolles, Fernández, Hernán, Nieto y Cofiño, 2013).

“Un activo de salud es cualquier factor o recurso que fortalece la habilidad de las personas, los grupos o las poblaciones a mantener y mejorar su salud y bienestar. Estos activos pueden actuar a nivel individual, familiar o comunitario como elementos protectores para contrarrestar situaciones de estrés (*Improvement and Development Agency*, 2010).

Esta metodología para traducir los territorios en activos para la salud permite además emplear otras muchas técnicas y herramientas de indagación activa comunitaria, de forma que, además de mapear, podemos conversar, llevar a cabo entrevistas en profundidad con cada activo identificado, fotografiar, coloquiar o implicar a más agentes del territorio en la recopilación de datos cualitativos/cuantitativos. Para identificar y adentrarnos en los relatos que proporcionan los recursos comunitarios, podemos llevar a cabo una gradación de técnicas más oportunas:

¹¹ **Chambers** en 1994 describe esta técnica como «un proceso que se basa en la idea de que aquellos que tienen un interés o un problema tienen un conocimiento especializado derivado de su experiencia y este conocimiento es valioso y necesario para el desarrollo». Destaca que este enfoque se basa en la igualdad de voz y poder, lo que impulsa el empoderamiento de las comunidades”. **McCall y Dunn (2012)**, como un método que «combina la cartografía y la participación de la comunidad para representar visualmente información geoespacial a través de una colaboración activa». Resalta cómo este proceso puede facilitar una comunicación más efectiva y una comprensión mutua entre investigadores y comunidades. **Cornwall y Pratt (2003)**: lo explican como “la producción de mapas por personas que pueden no ser cartógrafos profesionales, pero que tienen un interés en cartografiar algo”, subrayando la importancia de la apropiación local de la representación espacial y cómo esto puede informar la toma de decisiones y la acción comunitaria. Por último, **Mansuri y Rao (2013)**: orientan el mapeo participativo como una herramienta que «permite a las comunidades locales definir y mapear sus propias prioridades, problemas y recursos», destacando el papel que esta herramienta puede tener para las políticas públicas.

Recursos	Entrevistas en profundidad	Coloquios o Grupos de discusión (grupos focales)	Fichero comunitario de activos	Conversación informal	Photovoice o análisis fotográfico	World Café
Vecindad individual	+++	+++	++	+++	+++	+++
Entidades sociales y tercer sector (incluye sociosanitarias)	+	++	+++	+	++	+
Asociaciones vecinales	+	++	+++	+	++	++
Recursos culturales	+	++	+++	+	++	++
Recursos medioambientales y ecología	+	++	+++	+	++	++
Recursos educativos	+	++	+++	+	++	++
Recursos para el empleo	+	++	+++	+	++	+
Movimientos informales ciudadanía	+++	+++	+++	++	+++	+++
Recursos político-institucionales y administración local	+++	+++	+++	+	+	++

Tabla 7. Técnicas complementarias o integradas en el mapeo de activos en salud, según gradación orientativa por utilidad/aplicabilidad y agentes comunitarios. Elaboración propia inspirada en Botello, Palacio, García, Margolles, Fernández, Hernán, Nieto y Cofiño (2013).

Una vez que hemos definido a la comunidad y sus protagonistas como principales actores de un proceso investigador que al mismo tiempo actúa y transforma su territorio asumiendo los retos que va descubriendo, requerimos de herramientas o técnicas concretas que nos permitan materializar la IAP de manera efectiva. Como desarrollaremos en el apartado IV, los mapeos de activos en salud nos brindan la oportunidad de ir construyendo un mapa reflexivo desde el que generar diagnósticos comprensibles, accesibles y participativos en salud. Nos resulta especialmente útil porque supone un espacio de transformación social y una escuela de participación real para la elaboración de consensos y acciones: de por sí, son un impulsor de convivencia y bienestar, a la vez que permiten interactuar y reflexionar sobre el mapa de nuestra propia vida cotidiana y de nuestros entornos generadores de salud.

e) Actores/protagonistas del diagnóstico compartido para un proceso comunitario en salud

Generalmente se atiende a la necesidad de contar con la comunidad para hablar de un proceso comunitario en salud. Sin embargo, habitualmente no se llega a comprender bien la participación real que ello requiere, así como la definición de quiénes son estos protagonistas y cuáles son sus roles concretos dentro del proceso.

Como no podemos articular a la comunidad en compartimentos estancos, cualquier modelo de trabajo debe mostrar flexibilidad. Visibilizar en ella a **los “tres protagonistas”**: **instituciones, técnicos y ciudadanía** (Marchioni, 2010) puede sernos de gran utilidad a la hora organizar espacios y adelantarnos a posibles conflictos de intereses. Si bien este planteamiento sugiere la definición de espacios de relación según estos tres protagonistas diferenciados, es importante observar las características propias de cada lugar y las importantes diferencias entre lo urbano y lo rural, en donde esta diferenciación puede hacerse compleja.

Podemos, no obstante, mirar nuestra realidad desde esta posible articulación y hacer cuantas adaptaciones se requieran, pensando que la implicación de estos actores es necesaria y teniendo en cuenta que, para romper algunas dinámicas existentes en los territorios, debemos implicarlos de manera constructiva y activa, evitando que intereses particulares, partidistas o de un colectivo determinado sean los que se impongan: todas las personas tienen derecho a definir la prioridad de salud de su comunidad e implicarse en conseguir los objetivos que se marquen desde un enfoque de interés general o bien común.



Imagen 11. Los tres protagonistas de la comunidad, siguiendo el modelo de Marco Marchioni. Materiales formativos para la implementación de la Estrategia de Salud Comunitaria en CLM. IntermediAcción, 2025.

Igual que atendemos a la tipología de protagonistas, debemos hacerlo desde el grado de implicación posible. En todo proceso comunitario en salud, vamos a tener unas pocas personas más implicadas en todas las acciones del proceso (nuestro grupo motor inicial), pero también personas que colaboran de manera más puntual o en actuaciones/proyectos más concretos. Por último, también tendremos otras que únicamente quieren estar informadas de todo cuanto sucede, pero que en cualquier momento pueden pasar de este círculo al siguiente. Según la teoría de los tres círculos de Marchioni, nuestro proceso será más sostenible cuanto más se conecten tales círculos: si mantenemos un círculo amplio de informados, éstos pasarán en algún momento a ser colaboradores o implicados, favoreciendo la circulación de personas vinculadas a las acciones de salud comunitaria y evitando su agotamiento.



Imagen 12. Los tres círculos de participantes en un proceso comunitario. Materiales formativos para la implementación de la Estrategia de Salud Comunitaria en CLM. IntermediAcción, 2025.

Algunas acciones informativas como la elaboración de boletines, el uso de redes sociales o la radio comunitaria pueden ayudar enormemente a ampliar estos círculos de participación: sin información no hay participación. Por ello ampliar los canales de nuestras acciones es fundamental.

Además de estos instrumentos de información y comunicación, la cartelería y su posicionamiento en lugares estratégicos, llamadas a pacientes para invitarles directamente, el mailing a entidades y profesionales, el “boca a boca” de las zonas rurales y los barrios, el uso de mecanismos y personas clave ya existentes en la comunidad (tablón de anuncios, grupos de WhatsApp, etc.), pueden ampliar de forma muy significativa nuestros impactos (tanto de los espacios de participación y construcción del proceso como de las acciones comunitarias en salud).

f) La Programación Comunitaria en Salud

El desarrollo de un Diagnóstico y del Mapeo de Activos como proceso participativo generan un conocimiento valioso sobre el territorio, sus recursos, sus relaciones y sus prioridades en salud. Sin embargo, este conocimiento solo cobra pleno sentido cuando se traduce en acciones concretas que permitan responder de manera colectiva a las necesidades identificadas y avanzar en la mejora del bienestar comunitario.

Es en este tránsito del conocimiento a la acción donde adquiere centralidad la Programación Comunitaria en Salud. Lejos de entenderla como una mera suma de actividades, la programación se concibe como la expresión operativa de un diagnóstico compartido y de un proceso de construcción colectiva sostenido en el tiempo. Las acciones que se diseñan y desarrollan no parten de cero ni se definen de forma aislada, sino que se apoyan en los aprendizajes previos, en las relaciones generadas y en los acuerdos construidos entre ciudadanía, profesionales e instituciones.

De este modo, la Programación Comunitaria se presenta como una fase clave en la que el mapeo, la participación y la recomendación de activos confluyen, permitiendo articular intervenciones coherentes con la realidad del territorio, corresponsables y orientadas al fortalecimiento de las capacidades comunitarias.

Programación y actividades

Esta programación puede organizarse desde los tiempos y los actores implicados, asegurándonos de que los protagonistas del proceso comunitario en salud tienen presencia de una u otra forma: en la dinamización de las actividades, su difusión, participando en las mismas y aportando percepciones y datos de impacto para su mejora en futuras ediciones.

En la ejecución de estas actividades que parten de la Mesa de Salud como estructura organizativa, puede tener o no protagonismo el Centro de Salud: es importante que otros agentes se corresponsabilicen del proceso, y este momento es una oportunidad clave para ello, porque se visibilizan todos los esfuerzos previos.

Las actividades resultantes en un proceso de salud comunitaria pueden ir encaminadas a desarrollar Educación para la Salud, pero también a enriquecer el diagnóstico inicial a evaluar programas existentes, o a reforzar los recursos con los que ya cuenta el territorio. Así, si resulta útil, se pueden organizar estas acciones en diferentes lógicas, según sean las necesidades detectadas:

Temporalidad: corto/medio/largo plazo	Acciones encaminadas a reforzar y visibilizar los recursos existentes con potencial para la salud comunitaria	Acciones innovadoras y creativas que ayudan a romper barreras o determinantes de la salud
Corto		
Medio		
Largo plazo		

Tabla 8. Propuesta para la organización de actividades integrantes de la Programación Comunitaria en Salud.
Elaboración propia a partir de Marchioni, Álamo y Morín (2015).

La programación comunitaria (Marchioni, 1999: 97-100) en salud debe tener algunos componentes importantes para ser definida como tal:

- Nace del diagnóstico comunitario y se centra en las prioridades que allí se han identificado, que todo el mundo comparte y reconoce como fundamentales para el desarrollo de la comunidad.
- Tiene una perspectiva a largo plazo, superando el cortoplacismo de los proyectos y las actividades finalistas, por lo que requiere de un seguimiento directo con mirada de proceso, evaluativa.
- Todos los servicios/recursos y sus diferentes instituciones lo conocen y concuerdan en la necesidad de una intervención coordinada, aun, como decíamos, con diferentes implicaciones y funciones.
- Implica una vinculación con diferentes recursos, profesionales y ciudadanía del territorio.
- Se dirige al conjunto de la población, aunque tenga en cuenta de manera especial a una parte de ella y la asume no sólo como destinataria del programa, sino como potencial y futuro protagonista, con la creación de un grupo comunitario que va tomando directa responsabilidad en la gestión y dirección del programa.
- Puede convertirse en un Plan Local de Salud Comunitaria y empezar a formar parte de las políticas públicas.

Un enfoque procesual del trabajo comunitario

Las experiencias recogidas en esta sección muestran que la participación comunitaria en salud no se sostiene en acciones aisladas, sino en procesos continuos de construcción compartida de conocimiento, vínculo y corresponsabilidad. Las herramientas presentadas- mapeos, recorridos, espacios de diálogo, dispositivos participativos e instrumentos de coordinación- no deben entenderse como fases secuenciales ni como metodologías cerradas,

sino como dispositivos flexibles que se activan, se combinan y se resignifican a lo largo del tiempo, en función de las necesidades del territorio y de las relaciones que se van tejiendo.

Desde esta perspectiva, el valor principal no reside únicamente en los resultados obtenidos, sino en los procesos que permiten generar confianza, reconocer saberes diversos y fortalecer la capacidad colectiva para cuidar la salud comunitaria. Incorporar estas herramientas desde un enfoque procesual implica asumir que el conocimiento se construye haciendo, dialogando y revisando, y que cada acción deja aprendizajes que alimentan las siguientes. Este marco permite adaptar las experiencias a distintos contextos territoriales, manteniendo los principios de participación, equidad y cuidado que orientan la acción comunitaria en salud.

g) Evaluar para volver a empezar¹²

Si no evaluamos los impactos y el grado de consecución de nuestros objetivos, será imposible una acción comunitaria continuativa. A través de la evaluación analizamos, sintetizamos y compartimos los logros alcanzados, así como la necesidad de ajustar nuestros planteamientos iniciales a la realidad que nos hemos encontrado. Esto, tampoco lo hacemos solos sino generando los espacios de participación necesarios para ello, lo cual nos sirve además para empoderar a nuestros grupos de trabajos en salud comunitaria (directa o indirectamente implicados) además de aprovechar el momento para involucrar a otros actores que hasta entonces no participaban, y, dotar al proceso de una relevancia efectiva que con anterioridad no se tenía.

Es importante decir que la falta de evaluación en las intervenciones comunitarias en salud posiciona a nuestros procesos o acciones en lugares de significativa fragilidad, puesto que nos ubican más en creencias o percepciones que la sitúan en *lo prescindible* o de *dudosa necesidad* y dificulta una rendición de cuentas que pone en riesgo su sostenibilidad en el tiempo.

Para evaluar de forma efectiva y con un planteamiento de equidad, es importante que nos planteemos nuestros objetivos de manera ambiciosa y volvamos a atender a los determinantes de salud, de forma que los indicadores que definamos o hayamos definido en momentos previos nos indiquen hasta qué punto nuestros procesos comunitarios en salud están sirviendo para combatir tales determinantes sociales.

Es importante distinguir los conceptos de **evaluación, revisión, ensayo y vigilancia**, entendiendo la evaluación de la intervención como parte integral del servicio prestado, que puede realizarse mediante revisión o un ensayo, mientras la revisión (estado “antes y

¹² El siguiente capítulo recoge diversas aportaciones del trabajo de Díez, E., López, M.J., Pérez, A. (2017). La evaluación en el ámbito comunitario. En Revista Comunidad, SEMFYC, noviembre, pp.30-36.

después”) parte del supuesto de que la intervención es beneficiosa y el ensayo evalúa su posible eficacia, requiriendo un grupo de control y mayores recursos. La evaluación de la efectividad es más propia de servicios de salud pública ¹³.

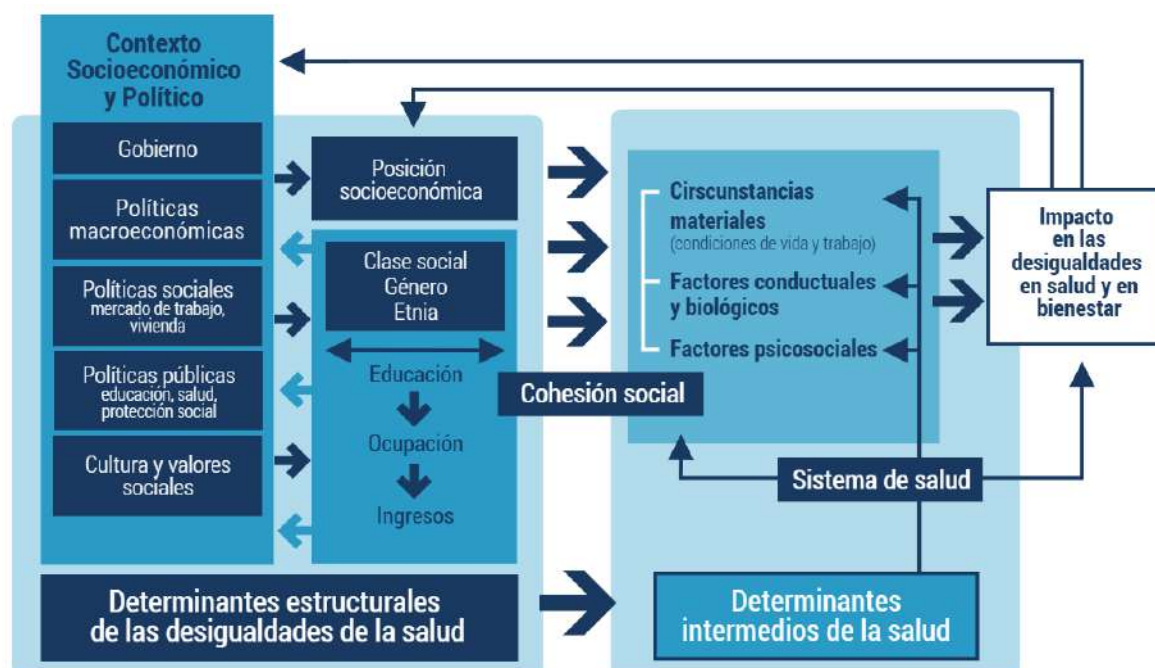


Imagen 14. El marco conceptual de los determinantes de la salud, Organización Mundial de la Salud.

Es importante que planifiquemos la evaluación con los distintos actores del proceso, estén más o menos implicados en las acciones, e incluso que abramos la posibilidad de formar parte de ella a otros actores, y esta apertura y flexibilidad debe mantenerse siempre.

Igual que tuvimos que generar medidas e instrumentos adaptativos para que pudiesen participar todos los colectivos en la fase de diagnóstico, empleando herramientas como los mapeos de activos, debemos facilitar lo mismo si es necesario para superar barreras socioculturales o idiomáticas. En cualquier caso, debemos intentar que en la evaluación

¹³ “vigilancia de la intervención son aquellas acciones que se llevan a cabo durante el desarrollo de un programa con la finalidad principal de identificar los cambios en salud originados por la intervención y realizar las modificaciones necesarias durante su desarrollo. Son objeto de dichas acciones de vigilancia: las actividades del programa (también conocida como “monitorización”), así como la población diana (vigilancia demográfica) y el estado de salud, especialmente de aquellas necesidades y problemas incluidos en la lista obtenida durante el examen preliminar”, en Gofin; J., Montaner Gomiz y Foz Gil. Metodología de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Elementos para su práctica, En Revista Clínica electrónica de Atención Primaria 16.

tengamos una muestra representativa de la diversidad existente en la comunidad y que los espacios que generemos sean accesibles, rápidos y efectivos.

También es importante atender a la interseccionalidad en la evaluación: si definimos la salud como un concepto integral e interdisciplinar, compuesto por categorías tanto objetivas como subjetivas, es importante que en el grupo evaluador incluyamos todas estas dimensiones, y que formen parte en:

- a) La Selección de los criterios de evaluación: resultados esperados, indicadores e impactos.
- b) La recogida y análisis de los datos, pudiendo emplear técnicas creativas y dinámicas de grupo facilitadoras de la reflexión.
- c) El empleo de la información generada en la evaluación para mejorar la eficacia del proceso comunitario en salud.
- d) La comunicación de toda información sobre la evaluación y sus conclusiones al resto de la comunidad, así como a agentes instituciones y políticos.

En términos generales, con un Proceso Comunitario en Salud (PCS) debemos conseguir mejorar la salud y el bienestar de nuestra comunidad. Por lo tanto, los indicadores que construyamos deben poder recoger estos cambios producidos, así como las especiales incidencias en aquellos ejes de desigualdad (tales como el género, etnia, clase social, procedencia, etc.).

Debemos partir de los condicionantes que vamos a encontrar, puesto que la información sobre la salud a menudo no está disponible y menos aún con datos tan intensos y duraderos como para producir cambios perceptibles en indicadores de salud o mortalidad, (Díez, López y Pérez, A, 2017: 35), por lo que seguramente debamos usar datos cualitativos como salud percibida, calidad de vida o bienestar, o, medir cambios conductuales como: porcentajes de personas que hace ejercicio, abandonan el tabaco, salen a las rutas saludables del centro de salud o acuden a actividades de EpS. Por ejemplo, si hacemos un seguimiento evaluativo de nuestros mapeos de activos en salud, podemos ir comprobando si éstos han mejorado el acceso y uso a los recursos identificados como activos, el grado de conocimiento ampliado en la población participante y si el proceso ha supuesto un cambio en cuanto a la autonomía y manejo de su propia salud y de su entorno.

Según Díez, López y Pérez, A, (2017), los grandes efectos de la acción comunitaria en salud se dan en el capital social, la cohesión, las redes sociales, resiliencia comunitaria, sentido de pertenencia e identidad, capacitación y organización comunitaria, por lo que estiman que desde aquí se pueden esperar indicadores tales como cambios legislativos o normativos, en políticas locales y compromiso institucional, en el acceso a los servicios, así como su rediseño y adaptación hacia miradas más equitativas y mejora de sistemas de salud pública.

De la misma manera que hicimos con el diagnóstico, la recogida de información en la evaluación debe emplear técnicas cualitativas y cuantitativas, algunas de ellas pueden ser

fuentes derivadas de la construcción del propio proceso en salud, o diseñadas específicamente para ello por el grupo motor evaluador:

- Entrevistas, audiciones, grupos de discusión, actividades de IAP con vocación evaluadora.
- Registros de actores implicados en el proceso (evolución numérica de implicados, colaboradores o informados).
- Actas de reuniones e informes de actividades.
- Cuestionarios: empleados en las actividades de promoción de la salud llevadas a cabo a lo largo del tiempo y otros específicos para medir evolución de conductas, percepciones, estadísticas vitales o evolución en el estado de salud de grupos participantes.

Algunas guías metodológicas sobre la implementación de procesos comunitarios en salud nos hablan de la importancia de esta evaluación (Guía Metodológica, Comunidad Autónoma País Vasco, 2015) y lo materializan desde la autonomía, las relaciones y la inclusión, aplicando un modelo de salud comunitaria centrada en la superación de determinantes sociales.

Basándonos en este modelo inclusivo y capacitador para evaluar los impactos y desarrollar nuestros indicadores podemos orientarnos hacia:

1. El grado de autonomía alcanzado por la comunidad en la autogestión de su propia salud, así como en el uso de herramientas fortalecedoras de lo existente.
2. En la capacidad para reforzar las relaciones y las redes de apoyo, al considerarse éstas un factor significativo de salud comunitaria.
3. En la capacidad inclusiva para integrar colectivos vulnerables en los procesos participativos de salud.
4. En su capacidad innovadora frente a retos sobrevenidos u orientados a la prevención.

Antes de proponer indicadores concretos con los que evaluar la eficacia de nuestro proceso de salud comunitaria, tenemos que identificar con qué factores de comprobado valor científico podemos vincular las categorías a definir:

Indicadores	1. Autonomía y diversidad en la autogestión en salud	2. Relaciones sociales y redes de apoyo construidas a partir de lo existente	3. Capacidad inclusiva de los procesos participativos	4. Innovación y adaptación del proceso a la realidad cambiante
Parámetros relacionados a medir	Sostenibilidad a largo plazo del proceso ¹	Tejido social implicado en la salud del territorio ²	Transformación de determinantes de salud ³	Capacidad adaptativa frente a retos nuevos

Tabla 8. Propuesta de indicadores generales y parámetros a medir para evaluar procesos comunitarios en salud. Elaboración propia, 2025.

¹ El largo plazo es necesario para que las acciones de salud comunitaria tengan resultados

² El establecimiento de redes tiene un impacto comprobado en salud

³ El enfoque de equidad es el único capaz de atender la desigualdad en salud.

Para facilitar más aún la evaluación y medición de los impactos generados por nuestra intervención comunitaria, proponemos además una posible **batería de indicadores específicos** (que se pueden cuantificar según las realidades de cada territorio, tanto en cifras absolutas como en porcentajes), que puedan contribuir en la labor de medición que implique a diferentes protagonistas.

1. ¿Cómo evaluar la autonomía de la autogestión en salud?

Partiendo de la premisa de la sostenibilidad a largo plazo para poder hablar de procesos transformadores de salud comunitaria y que esto ocurre cuando se han generado dinámicas activas en el territorio que no dependen exclusivamente de los profesionales de la salud, las líneas de evaluación deberían orientarse hacia la medición de la diversificación de la participación, así como la generación estructuras estables de relación.

Indicadores relacionados	Diversidad de actores implicados y capacitados para la promoción de la salud: profesionales de otras áreas y ciudadanía.	Estructura organizativa generada: mesas/comisiones/grupos de salud.
Preguntas para el seguimiento: <i>¿Forman parte del proceso comunitario de salud profesionales de otras áreas?</i> <i>¿Se han generado espacios estables de relación entre ellos para abordar la salud comunitaria?</i> <i>¿Se llevan a cabo capacitaciones a diferentes agentes comunitarios para ganar autonomía en salud?</i>		

2. ¿Cómo evaluar las redes sociales construidas para la mejora de la salud de la comunidad?

Basándonos en la evidencia que nos habla de estas redes como una fortaleza significativa para la propia mejora del sistema sanitario y de la calidad de vida del paciente, no podemos dejar de pensar también en la necesidad de construir un sistema integral de salud que trabaje conjuntamente con el resto de agentes comunitarios portadores de bienestar, recursos y servicios.

Indicadores relacionados	Redes construidas por los 3 protagonistas (instituciones / profesionales / ciudadanía), entre ellos e individualmente (redes	Mecanismos de coordinación y funcionamiento de las redes generadas
Preguntas para el seguimiento: <i>¿Se cuenta con redes colaborativas de trabajo constituidas por instituciones/profesionales/ciudadanía?</i>		

<i>¿Han generado estas redes respuestas coordinadas a retos de salud?</i>	ciudadanas/ redes profesionales/ redes institucionales).	(protocolos, reglamentos).
---	--	----------------------------

3. ¿Cómo medir la capacidad inclusiva de los procesos comunitarios?

Puesto que los determinantes sociales de la salud suponen una de las principales barreras contra las que luchar para asegurar la equidad en salud, y la dimensión comunitaria de esta lucha es imprescindible, se necesita traducir este reto en medidas concretas que favorezcan eficazmente la promoción de la salud en colectivos y personas en situación de vulnerabilidad social.

Indicadores relacionados Preguntas para el seguimiento: <i>¿Se están dando respuestas coordinadas a la necesidad de equidad en salud?</i> <i>¿Están formando parte del proceso los colectivos afectados por los principales retos de salud?</i>	Protocolos y acciones llevadas a cabo para promover la equidad en salud.	Participación de la diversidad sociocultural y económica en la estructura organizativa y las acciones de salud comunitaria.
--	--	---

4. ¿Cómo medir la capacidad adaptativa e innovadora de los procesos comunitarios?

Tras el COVID, hemos concluido que las herramientas proporcionadas por los enfoques de la salud comunitaria son más pertinentes y efectivos, pero también que para alcanzar tal efectividad se necesitan procesos previos preparados para dar respuesta y mucho trabajo preventivo. De esta preparación, construcción previa y fortalecimiento de las redes y relaciones dependerá gran parte de las medidas adaptativas resultantes.

Indicadores relacionados Preguntas para el seguimiento: <i>¿El proceso comunitario de salud favorece la implementación de medidas innovadoras de promoción de la salud?</i> <i>¿Los espacios de coordinación generados proporcionan respuestas rápidas no programadas?</i>	Mecanismos innovadores generados en el territorio a partir de la coordinación entre actores sociosanitarios.	Respuestas inmediatas proporcionadas por el proceso comunitario en salud ante situaciones imprevistas.
---	--	--

IV. El Mapeo de activos en salud, una herramienta clave para la participación comunitaria en salud

Desde la comprensión del diagnóstico comunitario como un proceso compartido, en el que instituciones, profesionales y ciudadanía aportan miradas, saberes y niveles diversos de implicación, se hace necesario contar con herramientas que permitan recoger, ordenar y poner en diálogo ese conocimiento colectivo. No se trata únicamente de identificar problemas o necesidades, sino también de reconocer las capacidades, recursos y fortalezas existentes en el territorio. En este marco, el Mapeo de Activos en Salud se incorpora como una herramienta metodológica al servicio del diagnóstico comunitario, capaz de enriquecerlo desde una mirada positiva, participativa y orientada al fortalecimiento de la comunidad.

a) El Mapeo de Activos como proceso continuo de conocimiento y fortalecimiento comunitario

Desde nuestra experiencia, el **Mapeo de Activos** no puede entenderse como una acción cerrada ni como un paso previo que se completa para dar inicio a otras intervenciones comunitarias. Tampoco se reduce a la elaboración de un inventario de recursos, actividades o servicios disponibles en un territorio. Por el contrario, concebimos el Mapeo de Activos como un **proceso continuo, dinámico y relacional**, que se construye y se amplía en la medida en que las personas, los profesionales y los agentes comunitarios se conocen, se reconocen y generan vínculos de confianza.

Mapear activos implica **mirar el territorio desde sus potencialidades**, desde aquello que ya funciona, que cuida, que sostiene y que genera bienestar, pero también implica **poner en relación** esos activos, dotarlos de sentido compartido y reconocerlos como parte de un entramado vivo que evoluciona con el tiempo. En este sentido, el mapeo no se “termina”: se transforma, se actualiza y se enriquece a través de la experiencia, la participación y el aprendizaje colectivo.

Entendemos el proceso de Mapeo de Activos como una **práctica de conocimiento situado**, profundamente vinculada al contexto, a las historias y a las relaciones existentes en la comunidad. Este conocimiento no se produce únicamente desde los equipos técnicos o profesionales, sino que se construye de forma compartida con la ciudadanía, el tejido asociativo, los servicios públicos y otros agentes del territorio, reconociendo el saber experiencial y el protagonismo de la comunidad en la identificación de aquello que considera valioso para su salud y bienestar.

Desde esta perspectiva, el Mapeo de Activos cumple una doble función. Por un lado, permite **identificar y visibilizar recursos, capacidades y redes** que favorecen la salud en los distintos niveles, individual, grupal y comunitario. Por otro, actúa como un **motor de dinamización comunitaria**, ya que el propio proceso de mapear genera encuentros, fortalece

vínculos, promueve la corresponsabilidad y contribuye a tejer relaciones de apoyo mutuo entre los diferentes actores implicados.

El enfoque procesual del Mapeo de Activos requiere tiempo, continuidad y cuidado de las relaciones. Supone asumir que los activos no son elementos estáticos ni universalmente válidos, sino realidades cambiantes, cuyo valor depende del momento vital de las personas, de sus preferencias, de sus resistencias y del contexto social, cultural y territorial en el que se inscriben. Por ello, el mapeo debe mantenerse abierto a la revisión permanente, incorporando nuevas miradas, activos emergentes y aprendizajes derivados de la práctica.

En coherencia con este enfoque, el Mapeo de Activos no se concibe únicamente al servicio de la recomendación o derivación a actividades comunitarias, aunque pueda facilitarla, sino como un **proceso estratégico para el fortalecimiento de la acción comunitaria**, la reducción de desigualdades y la construcción de comunidades más cohesionadas, participativas y saludables.

Este manual se apoya en esta concepción del Mapeo de Activos como proceso para ofrecer orientaciones prácticas que permitan desarrollarlo de manera flexible y adaptada a cada territorio, integrándolo en el trabajo cotidiano de los equipos y en los procesos comunitarios ya existentes, sin perder de vista que su verdadero valor reside tanto en los resultados visibles como en el camino recorrido para alcanzarlos.

b) El Mapeo de activos de salud en la literatura científica

En coherencia con este planteamiento, resulta necesario situar el Mapeo de Activos en el marco de la literatura científica y de los desarrollos teóricos que lo sostienen, para comprenderlo no solo como una herramienta operativa, sino como una metodología con fundamentos conceptuales sólidos y una trayectoria reconocida en el ámbito de la salud comunitaria y la acción colectiva.

El mapeo de activos en salud se ha convertido en una herramienta clave para comprender la vida cotidiana de un territorio y las capacidades que emergen cuando una comunidad se mira a sí misma con intención transformadora. Lejos de limitarse a dibujar un mapa o registrar recursos, esta metodología nos invita a poner en valor lo que ya existe y sostiene la salud: las relaciones, los saberes, los espacios, las redes y las oportunidades que, a veces, pasan desapercibidas incluso para quienes forman parte de ellas.

Este enfoque, alineado con la salutogénesis y el modelo de activos, no niega la presencia de problemas; simplemente propone abordarlos desde la potencia colectiva y no desde la carencia (Hernán-García et al., 2019). Al hacerlo, desplaza el protagonismo hacia la comunidad y concibe el territorio como un escenario vivo, en constante cambio, donde el conocimiento se construye entre todas las personas y no solo desde las instituciones.

Ahora bien, el mapeo de activos no es un procedimiento neutro ni mecánico: requiere sensibilidad, escucha y una aproximación situada. Su sentido y utilidad dependerán del contexto social, de la diversidad de voces involucradas y de la capacidad del proceso para abrir

puertas a nuevas alianzas, aprendizajes y acciones. Esta revisión sintetiza algunas de las principales aportaciones de la literatura analizada, todas con el mismo peso, y las vincula con la perspectiva comunitaria que plantea este Manual.

1. Contextualización y delimitación conceptual

El mapeo de activos comparte elementos con otras metodologías participativas, pero su esencia es distinta: no parte del “déficit”, sino de aquello que ya sostiene la salud en la comunidad. En esta lógica, identificar activos no implica desatender los problemas, sino equilibrar la mirada para reconocer y fortalecer las capacidades existentes (Hernán-García et al., 2019).

Desde esta visión, el trabajo de Tapella (2007) acerca del mapeo de actores nos recuerda que no basta con localizar recursos, sino comprender quiénes los hacen posibles y cómo se relacionan entre sí. Activos y actores forman parte de una misma trama social, y el proceso de mapeo debe tenerlos en cuenta como piezas que se afectan mutuamente.

Del mismo modo, los indicadores de salud por área, propuestos por Oliver-Parra et al. (2020), pueden complementar esta mirada cualitativa. Incorporar datos epidemiológicos o sociodemográficos no persigue tecnificar el proceso, sino contextualizarlo, especialmente cuando ayudan a priorizar qué activos pueden tener mayor impacto en la salud de la comunidad.

El reto consiste en mantener un equilibrio entre estas perspectivas: la mirada relacional sugerida por Tapella y la lectura contextual aportada por Oliver-Parra. Ambas permiten avanzar hacia un mapeo que no sea un simple inventario ni un análisis frío, sino un ejercicio colectivo que reconozca la complejidad del territorio y la diversidad de quienes lo habitan.

2. Visiones críticas y limitaciones

La literatura revisada nos invita a no idealizar el mapeo de activos ni presentarlo como un proceso neutral. Chambers (2006) se pregunta “¿de quién es el mapa?” y nos recuerda que toda representación del territorio implica decisiones políticas y relaciones de poder. Si no se cuida la diversidad de voces, el mapeo puede reforzar desigualdades o invisibilizar a colectivos con menor presencia pública.

Cochrane y Corbett et al. (2014) describen tensiones que surgen cuando ciertas organizaciones buscan mayor visibilidad que otras o cuando el proceso se utiliza con fines extractivos: obtener información sin garantizar la devolución o el control comunitario. Estas experiencias muestran que la facilitación es un elemento clave: mediar, abrir espacios, garantizar la participación de quienes habitualmente quedan fuera.

McCall (2006) añade que incluso los mapas técnicamente “correctos” pueden no reflejar la realidad vivida. Los significados del espacio son múltiples: un mismo parque puede ser para unos un lugar seguro y para otros un espacio de riesgo. Si el mapeo prioriza la exactitud técnica sobre la escucha, pierde matices esenciales para comprender la salud del territorio.

Estas advertencias nos recuerdan que el mapeo no es un fin en sí mismo, sino un proceso donde debemos cuidar la inclusión, la transparencia y la capacidad de generar conocimiento colectivo.

3. Fundamentos positivos y potencial transformador

Cuando se realiza desde la escucha y la participación real, el mapeo de activos puede convertirse en un motor de transformación social. García-Araque (2020) muestra cómo nombrar y reconocer lo que la comunidad ya tiene fortalece la identidad colectiva, mejora la autoestima comunitaria y fomenta el capital social.

Asimismo, el paradigma salutogénico descrito por Hernán-García et al. (2019) ayuda a entender los activos como algo más que infraestructuras o servicios: incluyen relaciones de apoyo, habilidades, saberes locales y espacios que generan bienestar. Desde este enfoque, el propio proceso de participación ya es una acción de promoción de la salud.

Álvarez-Dardet et al. (2015) destacan que los activos forman parte del patrimonio comunitario; reconocerlos implica valorar los esfuerzos cotidianos de personas, asociaciones e instituciones que contribuyen al bienestar colectivo. Botello et al. (2013) recuerdan que para identificar estos activos es necesario utilizar metodologías que permitan comprender cómo se vive la salud en el día a día de la comunidad.

El papel del facilitador también resulta clave. Como señala Chambers (2006), su actitud puede abrir o cerrar procesos. La participación no se decreta; se construye desde la humildad, la escucha y la voluntad de dejar espacio a la comunidad. En esta misma línea, Alcorn (2000) subraya la importancia de los intermediarios, investigadores, administraciones, ONG, colectivos locales, que pueden acompañar, formar y sostener estos procesos de manera respetuosa.

4. El territorio como marco y como actor

El territorio no es un simple espacio físico; es un entramado de relaciones, significados y experiencias. McCall y Dunn (2012) señalan que todo mapa es una representación cultural del lugar, construida por quienes participan en su elaboración. Esto explica por qué dos comunidades que comparten geografía pueden producir mapas radicalmente distintos: sus narrativas y prioridades no son las mismas.

Tapella (2007) pone de relieve que delimitar el área de trabajo implica identificar circuitos reales de vida: dónde se encuentran las personas, dónde circulan, dónde ocurre la vida comunitaria. A menudo estas áreas son más pequeñas que las divisiones administrativas, pero justamente eso permite captar activos más invisibles y relaciones más profundas.

Desde una lectura aún más comunitaria, Marchioni (2013) recuerda que el territorio también actúa, influye y condiciona. Las barreras físicas, carreteras, descampados, infraestructuras, generan fronteras sociales y simbólicas que pueden fragmentar a la comunidad. Sus categorías de espacios formales, informales e invisibles permiten comprender cómo se entreteje la vida comunitaria y cómo muchos espacios considerados “menores” pueden ser activos de salud fundamentales.

Así mismo, el significado simbólico del espacio es esencial: un solar vacío puede percibirse como problema o como oportunidad según la mirada de quienes lo habitan. McCall y Dunn advierten que un mapeo que no recoja estas percepciones corre el riesgo de ser incompleto, incluso aunque sea cartográficamente impecable.

Integrar estas perspectivas permite avanzar hacia un mapeo vivo, capaz de revelar tanto la materialidad del territorio como la riqueza emocional y simbólica que lo atraviesa.

5. Propuestas metodológicas y fases del proceso

La Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad (2013) constituye una referencia clara y operativa, especialmente útil para procesos formativos. Sus seis fases articulan de manera cuidadosa la identificación de agentes locales, informantes clave y espacios significativos, integrando entrevistas, grupos de discusión, tertulias y técnicas visuales como photovoice.

Esta diversidad metodológica responde a la necesidad de “escuchar de muchas maneras” a la comunidad y capturar dimensiones que no siempre se expresan en palabras. Del mismo modo, Oliver-Parra et al. (2020) destacan el valor de integrar indicadores de salud para orientar las prioridades, sin que ello suponga perder la riqueza cualitativa del proceso. McCall (2006) recuerda, en este sentido, que la técnica nunca debe imponerse sobre la experiencia comunitaria.

En cuanto a la devolución del conocimiento generado, Chambers (2006) y Cochrane y Corbett et al. (2014) insisten en que los mapas deben regresar a la comunidad en formatos accesibles: espacios públicos, formatos visuales, encuentros cara a cara. Un mapa que no vuelve a la comunidad pierde su capacidad transformadora.

6. Integración de perspectivas y construcción de un marco común

Las distintas aportaciones revisadas nos permiten comprender que no existe un único modo de realizar mapeos de activos, sino un abanico de enfoques y herramientas que deben adaptarse a cada territorio. Las propuestas operativas, las miradas críticas (Chambers, 2006; McCall, 2006) y las visiones salutogénicas y comunitarias (García-Araque, 2020; Hernán-García et al., 2019) son complementarias y necesarias.

Construir un marco común implica valorar esta diversidad y reconocer que el mapeo es tanto un proceso técnico como una oportunidad de encuentro, reflexión y acción comunitaria. Su legitimidad depende de la participación real, de la escucha a todas las voces y de la capacidad del proceso para sostener vínculos y generar cambios significativos.

Podemos concluir con que el mapeo de activos en salud, cuando se realiza desde una perspectiva comunitaria, ofrece una oportunidad única para fortalecer la identidad del territorio, generar conocimiento compartido y promover la acción colectiva. Su potencia radica en que desplaza la mirada desde lo que falta hacia lo que sostiene la vida y el bienestar.

Sin embargo, requiere ser abordado con cuidado: la exclusión de voces, la apropiación institucional o la representación parcial del territorio pueden limitar su impacto. Por ello, es esencial diseñarlo como un proceso participativo, inclusivo y abierto, que garantice la

devolución del conocimiento y potencie la capacidad de la comunidad para transformar su realidad.

c) El mapeo comunitario de activos de salud: una guía práctica, anclada en la experiencia

1. Crear un Grupo Motor

Aunque las personas investigadoras vayan a ser todas las que participen, es necesario dejar claro quién va a constituir el grupo coordinador del mapeo, es decir, el Grupo Motor. Este estará formado por una serie de personas que coordinarán las actuaciones con la comunidad y definirán tanto la investigación como la elaboración del mapa final y el formato de la devolución. Podría ser la Mesa de Salud local, un grupo de trabajo que derive de la misma, podría contar con personas implicadas de la administración, diferentes personas expertas ajenas a la mesa pero que colaboran con este proceso en concreto... Todo dependerá del territorio y los objetivos que se tengan con la actuación, pero es importante dejar claro desde el principio tanto las responsabilidades como el proceso elegido.



En resumen, este grupo debe:

- Estar compuesto por representantes de la comunidad, profesionales de la salud, asociaciones y otros actores clave.
- Coordinar la recopilación de información y la metodología a seguir.
- Diseñar la estrategia de participación e involucrar progresivamente a más personas.
- Tener roles asignados y realizar repartición de responsabilidades.

2. Definir el Objetivo

Una de las cosas más importantes a la hora de realizar un mapeo de activos en salud es tener en cuenta las puertas que abre, partiendo de todas las posibilidades que un proceso de Investigación- Acción Participativa nos otorga. Vamos a llevar a cabo una movilización de la comunidad que, de por sí, independientemente del resultado, va a generar:

- Necesidad de coordinación entre diferentes asociaciones, organismos o entidades de la comunidad.
- Reconocimiento y cuestionamiento de los recursos locales.
- Conocimiento compartido sobre la realidad actual.
- Fomento de la participación local en materia de salud. Corresponsabilidad.
- Encuentros entre recursos y personas diversas que no se habrían juntado de no ser por esta actuación (encuentros improbables y establecimiento de relaciones).
- Retos, exposición de necesidades y propuestas de cambio.

Todo esto, aparentemente paralelo al objetivo central, nos está poniendo en bandeja abordar las bases fundamentales para llevar a cabo un proceso comunitario en salud en un territorio. Así, teniendo en cuenta todo esto, podríamos aprovechar la creación del mapa de activos en salud para apoyar el establecimiento de relaciones inicial de nuestro proceso comunitario, para fomentar la colaboración de la ciudadanía en las actuaciones de la mesa de salud local, para enriquecer nuestro diagnóstico en base a todas las conversaciones que tendrán lugar durante el mismo, etc.

Por ejemplo, durante el Mapeo de Activos en Salud realizado por el Centro de Salud nº2 de los barrios Calvario y Ribera de Hellín, se aprovechó el proceso para establecer relaciones con los diferentes recursos locales y dio pie a la creación de la Mesa de Salud de dichos barrios. Además, aprovecharon los diferentes mapeos realizados (con ciudadanía, centros escolares, técnicos...) para enriquecer su diagnóstico comunitario y trazar las bases sobre las que, posteriormente, trabajaría la Mesa de Salud.

Por todo ello, es esencial plantearse las siguientes preguntas:

- ¿Por qué queremos hacer el mapa?
- ¿Qué impacto buscamos en la comunidad?
- ¿Qué tipo de recursos queremos identificar?

En el caso de no tener establecida la Mesa de Salud y querer aprovechar este proceso para establecer las relaciones con los recursos de tu comunidad y fomentar redes de coordinación, te aconsejamos compartir este objetivo con el resto de recursos, para que sepan que esta actuación es la base de un proceso que se alargará en el tiempo y que constituirá un espacio de coordinación local con el objetivo de fomentar la corresponsabilidad de la comunidad en materia de salud.



Imagen 15. Ejercicio de mapeo de activos de salud en el toledano barrio de Santa María de Benquerencia. Curso “Estrategia de Salud Comunitaria: Metodología aplicada para el impulso de procesos comunitarios en salud, basada en activos”. Servicios Centrales del SESCOAM. 19/05/2025

3. Definir el proceso

Como se ha dicho anteriormente, un mapeo de activos en salud puede dar pie a multitud de actuaciones estratégicas que alimenten nuestro proceso comunitario en salud. El proceso puede ser sencillo: un mapeo con ciudadanía, de una sesión, que de pie a la elaboración del Mapa de Activos en Salud locales. Pero también puede ser todo lo complejo que queramos: un proceso largo coordinado por diferentes recursos locales para comenzar a trabajar juntos, con varios mapeos (con diferentes clases de centros educativos, asociaciones, con el personal técnico local...), con énfasis en la recopilación de datos que alimenten nuestro diagnóstico comunitario y con una devolución de resultados que constituya, en sí misma, un hito en materia de fomento de la participación local y corresponsabilidad en salud comunitaria.

Así pues, una vez establecidos tanto el Grupo Motor y los objetivos del mapeo, se tendrá que realizar un cronograma acorde a los mismos. Puede ser útil realizar una formación en activos de salud a los recursos locales, en caso de no estar familiarizados con esta visión salutogénica de la salud comunitaria. Eso hará que todo el grupo motor y la gente implicada parta de los mismos conceptos y una visión compartida.

4. La diversidad de los parámetros

El parámetro es el factor que vamos a investigar en nuestro mapeo. Generalmente, el eje central de nuestra investigación serán los activos en salud locales. Sin embargo, conviene saber que hay multitud de factores más concretos que pueden darnos información específica sobre cuestiones relacionadas también con la salud de la comunidad.



Pueden darse diferentes situaciones que nos pidan investigar alguno de estos factores de forma individual, como que sea determinante para la salud de nuestra comunidad, o de un colectivo en concreto, y queramos abordarlo en profundidad dedicándole una sesión de mapeo especial. Otra situación posible sería que uno de estos factores esté preocupando o generando controversia en la comunidad y nos interese abordarlo para fomentar tanto la

conversación como la inteligencia colectiva a la hora de buscar soluciones colectivas y consensuadas con la comunidad.

Ejemplos de diferentes parámetros: activos en salud, igualdad de género, empleabilidad, diversidad local, usos del espacio público, accesibilidad física o cognitiva juventud, infancia, mayores, diversidad religiosa, espacios verdes, lugares de encuentro vecinal, patrimonio o cultura local, datos históricos, ocio juvenil...

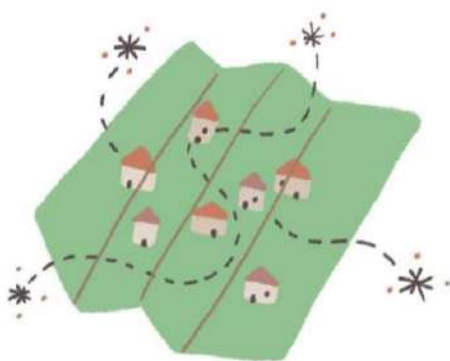


5. Definir el territorio a investigar

Concretar los límites del territorio que se investigará mediante el mapeo va ligado a los objetivos que tengamos con el proceso y a nuestra área de actuación. Puede ser un barrio, un pueblo, un área de ámbito rural que abarque varias poblaciones... Generalmente, si se realiza desde una Mesa de Salud ligada a un Centro de Salud, abarcará su ámbito de actuación. Puede ocurrir, sin embargo, que haya recursos que operan en dicha área pero no estén localizados en ella. La aparición o no de estos recursos en el mapa dependerá de si la comunidad los considera activos en salud o no.

6. Elaboración del mapa

Una vez definido el territorio a investigar, tendremos que buscar un mapa de la zona que represente sus elementos estructurales y que, con ello, nos permita movernos y orientarnos.



En mayor o menor medida, **las instituciones** -tanto a nivel municipal, provincial, autonómico y estatal- **cuentan con unidades o servicios dedicados específicamente al desarrollo y mantenimiento de herramientas cartográficas útiles** para distintos usos que pueda requerir la comunidad en su conjunto. Por ejemplo, los ayuntamientos de municipios medianos y grandes suelen contar con callejeros y otras representaciones de la topografía urbana, de su planeamiento urbanístico o de sus redes de servicios; las diputaciones facilitan cartografía de apoyo a ayuntamientos menores, ofreciendo visores urbanísticos de sus distintos municipios y de la red viaria provincial; la JCCM desarrolla también series topográficas y ortofotos regionales; y a nivel estatal, por último, se desarrollan y mantienen distintos mapas temáticos relacionados con temas concretos, como el Parcelario Oficial de la Dirección Gral. Del Catastro, el Mapa Topográfico Nacional del IGN o las Ortofotos del Plan Nacional de Ortofotografía Aérea.

De lo anterior se comprende que todo territorio cuenta con una o varias herramientas y/o productos cartográficos generados por entidades públicas que, gracias a su capacidad y su voluntad de servicio, están a disposición de las propias instituciones locales, de los recursos técnicos y de la ciudadanía de las distintas comunidades. Dicho esto, **sin embargo, estos productos están orientados a un tema distinto al que nos ocupa en esta guía y suelen estar limitados**, en su naturaleza y su contenido, a las funciones para las que fueron ideados.

En este punto puede generarse en la persona lectora una duda razonable: si son las instituciones las que desarrollan y actualizan mapas temáticos al servicio de todas/os, no sería descabellado pensar que pudiera existir un *mapa* o un visor de activos en salud, generado por éstas, al servicio de “pacientes”, Equipos de Atención Primaria y equipos técnicos de entidades sociosanitarias, entre otros. Y, aún más, cabría pensar que ese producto o herramienta podría arrojar *resultados* similares a los que se pretenden con un *mapeo* de activos en salud. Pues bien: sobre esta duda razonable pivotan algunas de las claves fundamentales sobre las que se asientan los Procesos Comunitarios en Salud, y de ahí que sea interesante su tratamiento:

- **Mapa ≠ Mapeo.** De acuerdo a los aspectos metodológicos recogidos en este manual, entendemos ya un *mapeo* como un proceso estructurado que, entre otros muchos resultados asociados, permite la elaboración de un *mapa*. Podemos decir que **es ese proceso de construcción colectiva y compartida del conocimiento -en este caso, en torno a los activos de salud de un territorio- el verdadero centro del mapeo** como herramienta de investigación-acción. Por tanto, una herramienta cartográfica pública de uso general, con independencia de su aval o de su estandarización, no puede sustituir en ningún caso la multiplicidad de procesos asociados al mapeo de los activos de un territorio.
- **De nuevo: la cuestión de la agencia.** Del mismo modo, podemos entender ya que *el mapa* (como producto, como “uno de tantos resultados”) generado a partir de procesos de mapeo colectivo es, por derecho, patrimonio de la comunidad articulada que lo piensa y lo elabora. El enfoque salutogénico y la propia comprensión de la comunidad que hemos abordado nos lleva a afirmar que, **si bien la comunidad puede dotarse de los recursos que las instituciones ponen a su disposición, es ella misma la que genera su narrativa con/desde el mismo proceso del mapeo** y la que elabora-plasma-representa simbólica y colectivamente los activos de salud desde sus términos.

¿Qué mapa necesitamos, por tanto? Lo más habitual es emplear herramientas cartográficas virtuales que nos permitan descargar e imprimir mapas en formato físico de las zonas sobre las que nos interesa trabajar.

7. ¡A mapear! La importancia de la facilitación

Como hemos visto antes, nuestro proyecto puede tener un solo mapeo o varios dentro de un plan más ambicioso. El formato de los mapeos con la ciudadanía será el siguiente:

Al principio de la actividad, se explicará lo que es un mapeo, cómo se realiza, cuál es el objetivo y qué se hará con los resultados. También se fijará una hora y lugar para la puesta en común.

Seguidamente, se entregarán diferentes mapas a las personas investigadoras. Según el número de personas participantes, puede ser uno por persona o que se hagan grupos, repartiendo un mapa por grupo.

Durante el recorrido, las personas encargadas de la facilitación acompañarán al grupo o a los grupos y ayudarán a que las personas puedan generar conocimiento compartido de forma colectiva (con preguntas, motivación a la conversación, etc.) Es importante que, ya sea cada persona de forma individual o las personas facilitadoras, apunten todos los temas, comentarios y conversaciones que van surgiendo en los mapas individuales, anotando el lugar en el que surgen.



Pueden incluirse de forma estratégica ciertas clasificaciones de los recursos para facilitar su encuentro. Por ejemplo, si nuestro objetivo es volcar luego los activos en salud validados por la población a la herramienta Localiza salud, ésta trabaja con cierta clasificación predeterminada (actividad física, bienestar emocional, participación y acciones comunitarias...). Sin embargo, recomendamos dejar espacio para que la inteligencia colectiva pueda destacar recursos que, a lo mejor, van más allá de estas clasificaciones.

Juegos dentro del mapeo: si hacemos grupos dentro de un mapeo, podemos repartir roles para añadir pedagogía participativa (apuntador, portavoz, guía, entrevistador...) El entrevistador podría ir preguntando a las personas con las que se va encontrando el grupo, para añadir información y opiniones extras al mapeo.

Finalmente, una vez realizado el recorrido, es esencial realizar una puesta en común con un mapa en formato grande que recogerá todas las aportaciones. Se anotará solamente lo que esté consensuado. Si en algo hay controversia, se añadirá la información en el margen. Este mapa es un objeto que cobra mucha importancia al contener toda la información de la investigación. Recomendamos, por su carga simbólica, cuidar su elaboración con diferentes materiales (gomets, pegatinas, rotuladores de colores, hilos y chinchetas para clarificar los recorridos realizados...)



8. Sistematización y devolución de resultados.

Una vez realizado el proceso de investigación con la ciudadanía, las personas del grupo motor que tuvieran la responsabilidad de sistematizar los datos deben realizarlo acorde a los objetivos iniciales. Si, por ejemplo, solo se ha realizado un mapeo, será más sencillo que si se han realizado varios y deben tratarse todos los mapas para unificarlos en uno final. Independientemente de que los datos recogidos se quieran meter en Localiza Salud o en Turriano para la prescripción social, es conveniente realizar un documento que recoja todo el proceso, toda la información y el conocimiento compartido generado y se devuelva a la ciudadanía. Así, podemos incluir además las conclusiones y las propuestas que han surgido para abordar diferentes retos y a qué nivel pueden ser abordadas (por la comunidad en general, a nivel administrativo, por recursos locales...)

Por otro lado, puede ser interesante complementar la información obtenida con datos objetivos, por ejemplo, a través de fichas que repartamos a los recursos locales para recoger toda la información necesaria. Por ejemplo, si la ciudadanía ha determinado que la Biblioteca es un activo en salud pero queremos poner sus datos de contacto, horario y un resumen de sus actividades, nos conviene complementar la información de los mapeos con fichas de recursos.

Finalmente, tenemos que plantear un formato para devolver toda la información a la ciudadanía. Para ello, hay diferentes formatos que pueden combinarse entre sí:

- Informe más o menos extenso
- Infografía esquemática con toda la información
- Mapa de Activos impreso u online, folletos, dípticos...
- Publicaciones en las diferentes redes sociales u otras herramientas de comunicación de los recursos participantes.



9. Protagonismo comunitario

Es fundamental que tanto el proceso del mapeo de activos como la devolución final de resultados estén alineados con el enfoque comunitario y participativo que lo inspira. La comunidad debe ser la protagonista y ocupar el lugar central en todo momento: ha sido ella la que ha identificado, reflexionado y definido qué recursos, lugares o fenómenos son activos en salud en su territorio. Es ella la que va a dejar constancia de los retos y necesidades que, con suerte, serán abordados por una Mesa de Salud o espacio de coordinación. Es ella la que tendrá que corresponsabilizarse en materia de salud para generar un cambio real en dicho ámbito. Es, por lo tanto, la verdadera protagonista del mapeo. Es importante evitar que el protagonismo del proceso recaiga exclusivamente en el personal técnico o institucional, ya que su rol debe ser de acompañamiento y facilitación. Esto es un proceso hecho por y para la comunidad, y debe reflejarse así en cada paso y cada acto público.



10. Otras herramientas: Mapas de recursos locales

Mapas o directorios de recursos locales.

Otras veces nos encontramos con Centros de Salud que, *haciendo comunitaria*, han elaborado **mapas o directorios útiles para ubicar recursos de salud del territorio** y, al tiempo, para ubicar profesionales recién llegados al mismo. Son **productos valiosos** que recogen no sólo información explícita sobre los recursos (y, en muchos casos, activos) de salud, sino que reflejan implícitamente el inestimable deseo de articular el centro de salud con otros recursos y entidades fundamentales en la salud del territorio.

Llegados a este punto, podría pensarse que estos mapas pudieran ser herramientas suficientes para conocer los activos de un territorio. O, llegado el caso de “no tener tiempo para mapear”, que la realización de directorio de recursos realizado desde un despacho fuera equiparable de algún modo al conocimiento generado con el desarrollo de un mapeo colectivo de activos en salud. La respuesta es obvia y meridiana: no. Sin embargo, sobre esta confusión razonable pivotan algunas de las claves fundamentales sobre las que se asientan los Procesos Comunitarios en Salud, y de ahí que sea interesante su tratamiento para darle profundidad a esta rotunda negativa. Para ello insistimos que un **mapa o directorio de recursos ≠ Mapeo**. De acuerdo a los aspectos metodológicos recogidos en este manual, entendemos ya un mapeo como un proceso colectivo y estructurado que, entre otros muchos resultados asociados, permite la elaboración de un mapa. Podemos decir que es ese proceso de construcción colectiva y compartida del conocimiento -en este caso, en torno a los activos de salud de un territorio- el verdadero centro del mapeo como herramienta de investigación-acción. Por tanto, una herramienta o producto desarrollado desde una entidad o un grupo determinado

de profesionales, con independencia de su aval o de su estandarización, no puede sustituir en ningún caso la multiplicidad de procesos asociados al mapeo de los activos de un territorio.

El mapeo colectivo es, por tanto, una herramienta de investigación-acción cuyos resultados son a la vez estímulo de procesos coadyuvantes al servicio de la comunidad y de la salud que desde ella se define y se defiende. Por tanto, más allá de la relevancia y el impacto de mapas realizados desde entidades concretas o directorios de recursos que podamos elaborar unilateral u objetivamente, podemos comprender ya que los mapeos no comparten método ni naturaleza con dichos productos o herramientas.

d) Experiencias de mapeos comunitarios y buenas prácticas complementarias

Esta sección presenta un conjunto de experiencias comunitarias organizadas desde un enfoque procesual del trabajo en salud comunitaria. A través de experiencias desarrolladas en distintos territorios con la participación de IntermediAcción, se muestra cómo el conocimiento sobre la salud, los recursos y las necesidades de una comunidad se construye de forma progresiva, participativa y situada, más allá de acciones puntuales o intervenciones aisladas.

Las herramientas recogidas: mapeos colectivos, recorridos participativos, espacios de diálogo, dispositivos de investigación-acción en espacios públicos y mecanismos de coordinación comunitaria, se entienden como dispositivos flexibles que pueden activarse en distintos momentos del proceso, adaptándose a las características y ritmos de cada territorio. Su valor reside tanto en los resultados obtenidos como en los vínculos, aprendizajes y capacidades colectivas que generan.

La descripción de estas experiencias ofrece orientaciones prácticas para profesionales de distintos ámbitos, mostrando cómo estas herramientas facilitan la lectura compartida del territorio, la participación activa de la ciudadanía, la identificación de activos y retos en salud, y la articulación entre recursos comunitarios e institucionales. Desde esta perspectiva, se propone un marco de intervención que refuerza la sostenibilidad de las acciones comunitarias y contribuye a una promoción de la salud basada en el reconocimiento de los saberes locales y el trabajo en red.

1 · Herramientas de Mapeo y Producción Colectiva de Conocimiento

Este bloque agrupa experiencias que, aunque desarrolladas en territorios y momentos distintos, comparten una misma lógica metodológica: el uso de herramientas de mapeo y producción colectiva de conocimiento como dispositivos procesuales al servicio de la acción comunitaria en salud. No se trata de acciones puntuales ni de técnicas cerradas, sino de prácticas que se activan, se reactivan y se transforman a lo largo del tiempo, permitiendo generar conocimiento situado, fortalecer vínculos y orientar la toma de decisiones colectivas.

Las experiencias que se recogen a continuación, desarrolladas en Hellín, Tobarra y el barrio de Franciscanos (Albacete), muestran cómo el mapeo de activos, los tableros

colaborativos, los grupos interactivos o la evaluación participativa de espacios y servicios funcionan como espacios de encuentro entre ciudadanía, profesionales y entidades. El conocimiento producido de manera compartida se convierte así en una base común para la planificación, la coordinación intersectorial y la mejora de las prácticas de salud comunitaria.

En el marco de la elaboración de la Monografía Comunitaria y Diagnóstico Compartido de los barrios del Calvario y La Ribera, Hellín, “Compartiendo miradas, conectando Barrios y desde la Mesa de Salud de los barrios Calvario y Ribera de Hellín, se impulsó un proceso colectivo de **Mapeo de Activos en Salud** (Hellín, 2018) con el objetivo de identificar, visibilizar y poner en valor los recursos comunitarios y sociosanitarios existentes en ambos barrios. El mapeo no se planteó como una fotografía cerrada del territorio, sino como una herramienta compartida que ayudase a profesionales, entidades y vecindario a conocer mejor el entorno en el que intervenían y a reconocerse mutuamente como parte de un mismo proceso.

La actividad se desarrolló de manera participativa bajo el impulso de la Mesa de Salud, incorporando miradas diversas: profesionales sanitarios y sociales, entidades del tercer sector, centros educativos, asociaciones y personas del propio barrio. A través de la recopilación colectiva de información, se fueron identificando recursos formales e informales, espacios de relación, iniciativas comunitarias y apoyos existentes, generando un mapa común que reforzó la coordinación entre servicios y facilitó la planificación de acciones basadas en activos ya presentes en el territorio.

Este proceso contó con la participación de 429 personas, entre ellas profesionales y técnicos de entidades como el Centro de Salud nº2 de Hellín, IntermediAcción, Asprona, Asociación Bebés Estrella, CRPSL Hellín, Asociación de Parkinson, centros educativos como el CEIP Martínez Parras y la Comunidad de Aprendizaje Entre Culturas, así como AMPAs y otras entidades locales. Además de los aprendizajes que supusieron para sus participantes, los mapeos comunitarios permitieron la elaboración de una herramienta viva que sirvió tanto para orientar intervenciones de promoción de la salud como para facilitar la acogida y el conocimiento del territorio a nuevos profesionales.

Años más tarde, en continuidad con esta misma lógica procesual y como parte del diagnóstico “*Retratos de Barrio: una mirada compartida sobre el Casco Antiguo de Hellín, 2023*” se desarrolló una experiencia de **grupo interactivo de mapeo colectivo en clases de español para personas adultas** (Hellín, 2023), en los centros CEIP-IESO Martínez Parras y CEIP-IESO Entre Culturas. La actividad se diseñó como un espacio de trabajo compartido en el que, sobre un mapa del barrio, el alumnado y el personal técnico identificaban recursos, retos y ausencias de activos, especialmente en relación con la salud y el acceso a servicios.

El grupo estuvo formado por 40 ciudadanos y ciudadanas, mayoritariamente mujeres marroquíes, junto con un hombre marroquí y un hombre afgano, junto con 8 perfiles técnicos de los ámbitos sanitario, educativo y comunitario. A través del diálogo guiado y el trabajo conjunto sobre el mapa, se exploró el grado de conocimiento y la experiencia de uso de los servicios del Centro de Salud, así como las estrategias para acceder a ellos. Aunque no se alcanzaron todos los objetivos inicialmente previstos, la experiencia se mostró especialmente valiosa como herramienta de mapeo colectivo y de alfabetización comunitaria en salud, permitiendo detectar tanto activos como barreras y facilitar la identificación de mujeres

especialmente activas dentro de la comunidad marroquí, que posteriormente participaron en entrevistas en profundidad y se convirtieron en referentes para el impulso de nuevas iniciativas comunitarias.

En el Proceso Comunitario de Tobarra, las herramientas de mapeo y producción colectiva de conocimiento se trasladaron al espacio público a través de distintas actividades de Investigación-Acción Participativa impulsadas desde la Mesa de Salud. La actividad **“Cultivando Salud Mental”** (2024), realizada en el mercado municipal, invitó a la ciudadanía a responder, mediante un tablero colaborativo, a preguntas abiertas sobre cómo cuidan su salud mental, qué factores la deterioran y cómo se cuida colectivamente el bienestar emocional en el municipio.

La participación de 95 personas permitió recopilar un conjunto amplio de percepciones y saberes cotidianos que posteriormente se transformaron en una infografía divulgativa, un programa de radio comunitario y una hoja de ruta para orientar futuras actuaciones de la Mesa de Salud. El conocimiento generado no quedó, por tanto, en un plano descriptivo, sino que se integró activamente en el proceso comunitario, alimentando nuevas acciones y líneas de trabajo.

En la misma línea, la mesa participativa **“Conoce tus emociones”**, también desarrollada en el mercado de Tobarra, utilizó materiales visuales sobre emociones primarias y secundarias para fomentar la reflexión individual y colectiva en un formato accesible. A través de preguntas sencillas y del reparto de materiales informativos, se generó un espacio de educación emocional en el espacio público. Las aportaciones de las 75 personas participantes contribuyeron a enriquecer el conocimiento compartido sobre los retos locales en salud emocional y a orientar contenidos de comunicación comunitaria.

Desde otra perspectiva complementaria, en el barrio de Franciscanos (Albacete) se desarrolló una experiencia de **evaluación participativa de la accesibilidad cognitiva del Centro de Salud Zona 5**, en el marco del Proceso Comunitario *Yo Soy Franciscanos* y del trabajo sostenido de su Mesa de Salud Comunitaria. En este caso, el mapeo de activos se expresó no tanto en la identificación de recursos externos, sino en el reconocimiento del conocimiento situado de las personas usuarias del propio sistema sanitario, especialmente de aquellas con diversidad funcional, trayectorias migratorias o experiencias de malestar psicosocial.

El proceso, impulsado de manera participativa con la asistencia técnica de ASPRONA Albacete y la implicación directa del centro de salud, se articuló a través de un equipo mixto de evaluación formado por vecinas y vecinos y personal técnico de las entidades que acompañaron al equipo evaluador en las visitas y en el análisis (Centro de Salud Zona 5 ayb; ASPRONA Albacete; Médicos del Mundo; Unidad Docente de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria (GAI–SESCAM); AFAEPS y Asociación IntermediAcción). Las visitas al centro, realizadas en distintos momentos, permitieron recorrer los espacios, observar señalética, identificar barreras y reconocer elementos facilitadores desde la experiencia real de uso. El resultado no fue únicamente un informe técnico, sino un aprendizaje compartido que fortaleció la relación entre comunidad y sistema sanitario, generó propuestas concretas de mejora y situó la accesibilidad cognitiva como un activo central para una atención más humana y equitativa.

En conjunto, estas experiencias muestran cómo las herramientas de mapeo, los dispositivos participativos y la producción colectiva de conocimiento pueden adoptar formatos diversos según el contexto, manteniendo una misma función: producir conocimiento situado, activar la participación, fortalecer relaciones y sostener procesos comunitarios en el tiempo.

2 • Herramientas itinerantes y experienciales

Desde el mismo enfoque procesual que anima el Mapeo comunitario de Activos, un enfoque de empoderamiento de la ciudadanía para el cuidado de su propia salud, en base al conocimiento de los Activos de salud presentes en su entorno, “paseos comunitarios”, “rutas saludables” o “recorridos participativos” no se conciben como actividades puntuales ni como simples acciones de promoción de la actividad física. Se entienden, más bien, como dispositivos relacionales que facilitan el encuentro entre ciudadanía, profesionales y recursos del territorio, favoreciendo la construcción de conocimiento compartido y el fortalecimiento de los vínculos comunitarios.

Así, las **Rutas Saludables e Inclusivas** impulsadas en Toledo por las Mesas de Salud de los 4 barrios con procesos comunitarios vigentes, añaden a los paseos saludables impulsados por muchos centros de salud a lo largo y ancho de la región, esa dimensión particular. Esas Mesas de salud, recordemos, están compuestas por el Centro de Salud del barrio, junto con toda una serie de actores relevantes en el territorio en materia de salud: servicios sociales, entidades sociosanitarias y otras entidades sociales que trabajen con infancia, mayores, diversidad funcional o cultural; farmacias, universidad, etc.

En esas mesas, las *rutas saludables e inclusivas* gozan cada curso, de una programación anual (de septiembre a junio), propiamente comunitaria, con una decena de rutas programadas cada año, impulsadas de manera corresponsable por toda la mesa, aunque dinamizadas cada vez por una(s) entidad(es) en particular. Volveremos a ello, pero empecemos con los objetivos.

Sin duda, todas las rutas saludables impulsadas por algún Centro de Salud en Castilla-La Mancha comparten el objetivo de promover el ejercicio físico, de prevenir las consecuencias sobre la salud (obesidad, hipertensión, etc.) de la falta de actividad física. De una manera u otra, todas apuntan también a fomentar la socialización entre vecinos y vecinas del territorio. En ocasiones, como en Toledo, buscan explícitamente combatir la Soledad No Deseada y/o promover la inclusión entre la población diversa.

Pero el componente innovador de las rutas saludables e inclusivas en Toledo —en conexión directa con el mapeo de activos de salud— es que buscan también explícitamente potenciar en las personas el conocimiento de los activos de salud y del conjunto de recursos comunitarios presentes en el territorio. Así, antes de empezar la ruta, se distribuye a todos los y las participantes un mapa, en el que vienen señalados el recorrido de la ruta y todos los activos de salud por los que esa ruta discurre. A partir de ahí, se dinamiza a lo largo del paseo un dialogo constante entre vecinos/as y profesionales, sobre esos recursos comunitarios y activos de salud, profundizando en su conocimiento por parte de todos los presentes. El dialogo permite abordar diversos factores que favorecen el bienestar como elementos del

entorno que actúan como barreras o generan situaciones de exclusión; percepciones sobre el uso de los espacios públicos, la accesibilidad, la seguridad, las zonas verdes o los lugares de encuentro, generando información que se integra posteriormente en los procesos de planificación comunitaria y en la recomendación de activos desde los servicios sanitarios.

Finalmente, cabe destacar que cada ruta saludable es temática y dinamizada por algún recurso del barrio (habitualmente miembros de la Mesa de salud, aunque no únicamente). Por lo tanto, de manera complementaria a los objetivos mencionados anteriormente, cada ruta, permite a sus participantes, acercarse a alguna temática. A veces esas temáticas son transversales (juegos populares del ayer y de hoy, prevención en salud, ...) o a veces orientadas, de nuevo, al conocimiento del territorio (peatonales y espacios verdes, patios, pequeños comercios, huertos urbanos...) Otras veces la ruta permite abordar, de la mano de profesionales que se dedican a ello, alguna problemática sociosanitaria y su abordaje (diversidad funcional, salud mental, adicciones...)



Las Rutas o Paseos Saludables se están convirtiendo en una fórmula de éxito como actividad para fomentar el ejercicio y las relaciones vecinales.

Si observamos estas iniciativas como la herramienta con la que vamos a dar respuesta a importantes retos detectados en el diagnóstico, convertimos esta actividad en algo procesual y estratégico: a la vez que potenciamos el ejercicio físico, podemos combatir situaciones de soledad no deseada y romper barreras entre colectivos de nuestra comunidad, favoreciendo una convivencia real y efectiva, así como un sentido de pertenencia compartido hacia nuestro territorio, el mismo que recorremos.

Pero también podemos aprovechar las oportunidades que esta herramienta nos ofrece para abordar alguna temática o preocupación que sea de interés colectivo, lanzando preguntas que guíen nuestros pasos mientras escuchamos a expertos en la materia.

También podemos aprovechar para conocer mejor nuestros espacios verdes, instalaciones deportivas, asociaciones y colectivos, dejándonos guiar por la propia ciudadanía y sus propios itinerarios de salud.

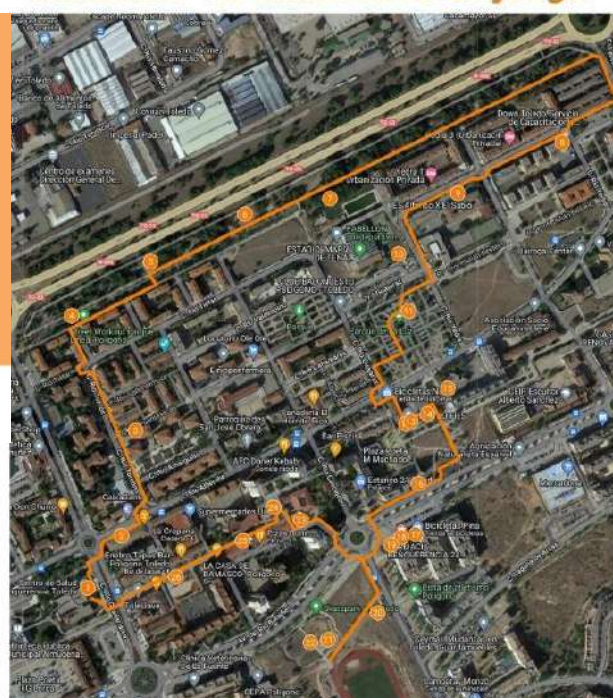
Decimos que una acción es estratégica cuando nos permite abordar diferentes retos a la vez con solvencia o éxito. Sin duda las rutas saludables lo son, si forman parte de nuestras programaciones o planes de salud comunitaria, pensados y diseñados entre todas/os.





Imágenes 16 y 17. Ejemplos de cartel y de mapa incluidos en el díptico de la Ruta saludable "Tu salud no es un juego", del 16/02/2023¹⁴.

Itinerario "Tu salud no es un juego"



HITOS QUE NOS VAMOS A ENCONTRAR EN EL CAMINO

1. Centro de salud - 2. Salón de juegos - 3. Sanee Salud
4. Parque lineal - 5. Juegos y tenis de mesa - 6. Pista de baloncesto - 7. Piscina municipal de verano
8. Down Toledo - 9. IES Alfonso X el sabio - 10. Pabellón polideportivo - 11. Parque de la luz
12. Centro FIES - 13. YMCA - 14. Salón de juegos - 15. Casa Cultura y Onda Polígono - 16. Mezquita Altaiba
17. Club ciclista Pina y Trileto Triatlón - 18. Farmacia Benquerencia - 19. Clínica Dental Tavira
20. Pista de atletismo - 21. Calistenia - 22. Skatpark - 23. Centro educativo APACE
24. Parque del paseo F. García Lorca - 25. Cervecería Uthopia - 26. Paseo Federico García Lorca

De forma complementaria, en el **barrio de Franciscanos (Albacete)**, los paseos comunitarios y recorridos participativos se han utilizado como una herramienta clave para el conocimiento compartido del territorio y la identificación de activos desde la experiencia cotidiana de quienes lo habitan. Diseñados de manera flexible y adaptados a los intereses y capacidades de los grupos participantes y de las entidades dinamizadoras, estos recorridos han incorporado a profesionales de distintos ámbitos junto a vecinas y vecinos del barrio, favoreciendo una lectura situada y relacional del entorno.

En este contexto se desarrolla el programa **"Hacemos camino al andar"**, una propuesta de paseos saludables temáticos impulsada desde la Mesa de Salud Comunitaria, en el marco del Proceso Comunitario *Yo Soy Franciscanos*, que traduce el Mapa de Activos para la Salud en una experiencia vivida, accesible y sostenida en el tiempo. El programa combina actividad física suave, bienestar emocional y descubrimiento del barrio, poniendo en valor recursos, espacios y saberes comunitarios como activos en salud.

¹⁴ Se pone a disposición del lector, en formato PDF descargable, la recopilación de los dípticos del conjunto de las rutas saludables e inclusivas del Polígono celebradas en el curso 2023-24: <https://drive.google.com/file/d/1ekBCA7DiRT-EHWL3FIkq3NQzrpqWR1Vv/view?usp=sharing>

Cada paseo se concibe como una acción de mapeo en movimiento. Caminar juntas permite recorrer el territorio, conocer recursos de proximidad, generar conversación y fortalecer vínculos vecinales. El mapa deja de ser un documento para convertirse en una experiencia compartida en la que se conectan salud, memoria, cultura, medio ambiente, comercio local o igualdad. Las temáticas abordadas se han ido ampliando progresivamente e incluyen, entre otras, historia y memoria del barrio, salud y bienestar, zonas verdes y medio ambiente, comercio de proximidad como activo en salud, arte urbano, lectura y recursos bibliotecarios, recursos para personas mayores, así como igualdad y equidad.

La diversidad de entidades dinamizadoras, entre las que se encuentran la Unidad Docente y residentes de medicina y enfermería familiar y comunitaria; Facultad de Enfermería de Albacete (UCLM); ASPRONA Albacete; Centro de Autonomía y Prevención de la Dependencia y Centros de Mayores Fátima I; Biblioteca Municipal; Mesa de Educación del Proceso Comunitario; vecinos/as a título individual; Asociación Vocesenlucha; Asociación In Genero y Asociación Trabe; Asociación IntermediAcción, refuerza la idea de que la salud se construye en el barrio y desde múltiples dimensiones. La implicación de profesionales del SESCO, tanto en la difusión como en la dinamización de algunos paseos, facilita además la conexión entre Atención Primaria y comunidad.

Las experiencias de Toledo y Albacete muestran que las herramientas itinerantes permiten activar el Mapeo de Activos como un proceso dinámico, sensible al contexto y abierto a la participación. Al situar el cuerpo, el movimiento y la vivencia en el centro, estas herramientas amplían las formas de producir conocimiento comunitario y facilitan su integración en estrategias de salud comunitaria más amplias.

Desde esta perspectiva, los recorridos y paseos no se agotan en sí mismos, sino que se reactivan a lo largo del proceso comunitario, generando información útil para la recomendación de activos, la planificación de intervenciones y la transformación progresiva de los entornos de vida.

3 · Espacios comunitarios de diálogo y reflexión

Este tercer bloque agrupa aquellas herramientas comunitarias que sitúan la conversación, la escucha y la reflexión compartida en el centro del proceso. Se trata de dispositivos sencillos en su forma, pero profundamente transformadores en sus efectos, ya que permiten generar conocimiento colectivo, fortalecer vínculos y abrir espacios de palabra donde habitualmente no existen. Más que actividades puntuales, estos espacios funcionan como infraestructuras relacionales que sostienen los procesos comunitarios a lo largo del tiempo.

En el **barrio de Santa Bárbara (Toledo)**, los ***Coloquios de Viguetas*** surgieron como una propuesta para activar el diálogo comunitario en torno a la vida cotidiana del barrio, sus cambios y sus retos. Se configuran como espacios comunitarios de conversación y generación de conocimiento compartido promovidos por el equipo comunitario del barrio, en los que se combinan saber profesional, experiencia vivida y participación ciudadana, favoreciendo un diálogo horizontal sobre cuestiones relevantes para la salud y el bienestar.

Cada coloquio se estructura en torno a un panel diverso de personas expertas, entendiendo la experticia tanto desde el ámbito profesional como desde la experiencia personal. Tras una primera parte más expositiva, el espacio se abre al diálogo con el público, generando un intercambio vivo que permite complejizar miradas, compartir dudas y construir sentido colectivo. Desde 2021, los Coloquios han abordado temas como la salud mental, la prevención del suicidio en jóvenes, el bienestar emocional en los centros educativos, las adicciones conductuales, los derechos humanos y la salud en personas migrantes o la violencia machista, reflejando preocupaciones sentidas del territorio.

Un elemento clave es su dimensión comunicativa: los encuentros se graban y se difunden a través de la radio comunitaria y plataformas digitales, ampliando su alcance y generando un archivo de conocimiento accesible para el barrio. De este modo, los *Coloquios de Viguetas* funcionan como una herramienta de participación, sensibilización y mapeo de saberes, fortaleciendo la cultura comunitaria del diálogo.

Una lógica similar, aunque desde un formato distinto, se desarrolla en el **barrio de Franciscanos (Albacete)** a través del *Grupo de Aprendizaje-Servicio con residentes para el Mapeo de Activos en Salud*. Esta experiencia marca el inicio del trabajo sistemático en salud comunitaria basada en activos en el barrio y constituye un ejemplo claro del mapeo como proceso formativo, comunitario y transformador. A través de un grupo de Aprendizaje-Servicio, residentes de medicina, enfermería familiar y comunitaria y matronas realizan sus prácticas integrándose en el **Proceso Comunitario “Yo Soy Franciscanos”**, con el acompañamiento y apoyo técnico de la Asociación IntermediAcción, la **Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Albacete-Hellín-Almansa** y de la **Unidad Docente de Matronas** (Gerencia de Atención Integrada de Albacete – SESCAM).

El proceso combina formación teórica, trabajo de campo, entrevistas, mapeos colectivos y espacios de devolución, desarrollándose en distintos espacios del barrio y en contacto directo con vecindario, asociaciones y recursos técnicos. El mapa no se construye desde el despacho, sino “pisando barrio”, escuchando relatos, recorriendo espacios y conectando determinantes sociales, necesidades y activos para la salud. En este sentido, el diálogo con la comunidad se convierte en el eje central del aprendizaje y de la producción de conocimiento.

El Mapeo de Activos se configura aquí como una herramienta pedagógica de primer orden. Las personas residentes aprenden a mirar la salud desde una perspectiva comunitaria y, al mismo tiempo, contribuyen a generar un conocimiento útil para el territorio, que se incorpora al diagnóstico comunitario y refuerza la articulación de la red sociosanitaria. La experiencia muestra cómo el mapeo puede ser simultáneamente un proceso de aprendizaje, de generación de conocimiento colectivo y de fortalecimiento comunitario, sentando además las bases para la continuidad del trabajo en salud comunitaria y ofreciendo un modelo replicable para otras unidades docentes y territorios.

En ambos territorios, estos espacios de diálogo cumplen una función clave: hacer visible el conocimiento situado de la comunidad y legitimar la palabra de las personas como fuente válida de información para la acción en salud. Lejos de limitarse a la recogida de opiniones, los encuentros favorecen procesos de reflexión colectiva que permiten resignificar

problemas, identificar recursos relacionales y construir una mirada compartida sobre el bienestar comunitario. Además, actúan como espacios de cuidado, donde hablar y ser escuchado se convierte en un activo en sí mismo.

Desde una perspectiva metodológica, estos dispositivos muestran que el conocimiento y el mapeo de activos no siempre adoptan formas gráficas o cartográficas. En muchos casos, el mapeo ocurre a través de la palabra, de las historias compartidas y de los significados que se construyen colectivamente. Los coloquios, los grupos de aprendizaje y los espacios de conversación pueden activarse en distintos momentos del proceso comunitario: para iniciar un diagnóstico participativo, para profundizar en temas emergentes o prioritarios para la salud, para acompañar conflictos o para sostener la continuidad del proceso. Entendidos así, no son una fase ni un complemento, sino un eje transversal que alimenta el conocimiento comunitario y fortalece la capacidad colectiva para cuidar la salud y el bienestar del territorio.

4. Dispositivos de coordinación y prescripción comunitaria

Este bloque agrupa experiencias orientadas a fortalecer la coordinación entre recursos sociosanitarios y comunitarios y a hacer posible una prescripción comunitaria viable, contextualizada y sostenida en el tiempo. Más que intervenciones puntuales, estos dispositivos funcionan como auténticas infraestructuras relacionales del proceso comunitario: consolidan conocimiento compartido, generan confianza entre actores y crean las condiciones necesarias para que la recomendación de activos tenga sentido y recorrido real en la vida de las personas.

Las experiencias incluidas, la Red de Protección Comunitaria de Toledo, la elaboración de fichas de recursos sociosanitarios en Tobarra y los procesos desarrollados en el barrio de Franciscanos (Albacete), muestran que la prescripción comunitaria no es un acto individual ni una derivación aislada, sino el resultado de un trabajo previo y continuo de articulación, reconocimiento mutuo y construcción de sistema.

La **Red de Protección Comunitaria de Toledo** surge como una iniciativa compartida por las Mesas de Salud de los 4 barrios, con procesos comunitarios activos. Inspirada inicialmente en la idea de prescripción social, evoluciona hacia un enfoque más amplio, procesual y comunitario, basado en una concepción salutogénica, preventiva y promocional de la salud. En este marco, la persona ocupa un lugar activo en sus procesos de cuidado y los recursos del territorio se reconocen como corresponsables del bienestar colectivo.

Lejos de funcionar como un sistema de “recetas”, la Red se configura como un ecosistema relacional cuyo objetivo principal es hacer que las recomendaciones comunitarias sean comprensibles, accesibles y útiles. Para ello, se pone el acento en el conocimiento mutuo entre recursos, en la comprensión de los distintos enfoques de intervención y en la generación de vínculos de confianza entre profesionales de salud, servicios sociales, farmacias, entidades sociales, educativas y comunitarias.

El principal dispositivo de activación de la Red son los **Encuentros Formativos**, espacios periódicos donde los distintos recursos presentan sus programas, comparten experiencias y reflexionan conjuntamente sobre retos comunes. Encuentros dedicados a la salud mental comunitaria, la soledad no deseada o los cuidados desde la farmacia han permitido visibilizar

el mapa real de apoyos disponibles, clarificar circuitos de acceso y mejorar la capacidad de acompañamiento de los profesionales en sus recomendaciones cotidianas. De este modo, la prescripción deja de depender del conocimiento individual para convertirse en una práctica sostenida por el sistema.

En una escala local, pero desde una lógica similar, se sitúa la **elaboración de fichas de recursos sociosanitarios en Tobarra**. Impulsado desde la Mesa de Salud, este proceso colectivo de identificación y sistematización de recursos dio lugar a fichas claras, accesibles y compartidas. Más allá de su función informativa, las fichas son el resultado de un ejercicio de reconocimiento mutuo, valoración del trabajo realizado y construcción de un lenguaje común entre los distintos actores del territorio.

Estas herramientas han demostrado ser especialmente útiles en momentos de cambio como la incorporación de nuevo personal al centro de salud, y en espacios de difusión comunitaria, como las Jornadas de Salud Comunitaria. Se trata de un dispositivo vivo, que se actualiza y se activa según las necesidades del proceso comunitario, facilitando tanto la recomendación de activos como la coordinación cotidiana entre recursos.

En el **barrio de Franciscanos (Albacete)**, esta lógica de coordinación y prescripción comunitaria se ha desarrollado de forma especialmente integrada a través de dos experiencias complementarias. Por un lado, el proceso de **formación en salud comunitaria basada en activos “Activos en Salud Barrio Franciscanos”**, surgido a partir de una necesidad detectada tanto en el diagnóstico comunitario *Miradas Compartidas* como en el trabajo cotidiano de los equipos de Atención Primaria: el escaso conocimiento operativo de los recursos comunitarios y de su potencial como activos en salud.

Desde la Mesa de Salud Comunitaria se diseñó un ciclo de formación continua que integra el Mapeo de Activos dentro de las propias sesiones clínicas de los Centros de Salud Zona 5 y Zona 3. En este caso, los recursos del territorio se presentan a sí mismos ante los equipos sanitarios, compartiendo qué hacen, a quién se dirigen, cómo se accede a ellos y qué posibilidades reales existen de coordinación. El mapeo se construye de manera progresiva y relacional, incorporándose a la práctica clínica cotidiana y facilitando derivaciones más ajustadas, acompañamientos más conscientes y una atención más contextualizada.

El carácter sostenido del proceso, desarrollado a lo largo de varios años y en distintos centros de salud, ha permitido consolidar una red intersectorial estable y convertir la formación en una herramienta estratégica de salud comunitaria. El Mapeo de Activos se muestra aquí como un proceso vivo de aprendizaje mutuo que entra en la consulta, transforma miradas y refuerza el papel de la comunidad como aliada de la Atención Primaria.

Por otro lado, el programa **“En el barrio nos cuidamos”** representa un paso más en este recorrido, al traducir el diagnóstico comunitario y el mapa de activos en un calendario anual de acciones concretas de promoción de la salud y de hábitos de vida saludables. Diseñado de forma colaborativa desde la Mesa de Salud Comunitaria, el programa conecta necesidades identificadas con activos existentes en el territorio, articulando recursos sanitarios, educativos, sociales y comunitarios.

En este caso, el Mapeo de Activos actúa como un sistema de conexión dinámica: no se trata de crear nuevas estructuras, sino de activar y coordinar las ya existentes, reforzando la red intersectorial, la corresponsabilidad en el cuidado y una mirada de equidad que presta especial atención a los colectivos más vulnerabilizados. La experiencia muestra cómo el mapeo cobra pleno sentido cuando se convierte en acción colectiva sostenida, capaz de adaptarse, evaluarse y mejorar año a año.

En conjunto, estas experiencias evidencian que la prescripción comunitaria solo es posible cuando existe un trabajo previo y continuado de articulación, y que estos dispositivos funcionan como el **andamiaje invisible** que sostiene la práctica comunitaria en el tiempo.

Claves metodológicas para la replicabilidad

- Entender la prescripción comunitaria como sistema y proceso, no como un acto puntual de derivación.
- Crear espacios periódicos de encuentro entre recursos que permitan conocerse, generar confianza y compartir marcos de intervención.
- Facilitar herramientas sencillas y compartidas (fichas, listados vivos, espacios formativos) que sostengan el conocimiento colectivo.
- Asumir que estos dispositivos requieren tiempo, continuidad y cuidado, pero que su impacto se traduce en una atención más integral y humana.
- Integrar estos mecanismos en estructuras existentes (Mesas de Salud, procesos comunitarios), evitando su aislamiento como proyectos paralelos.

V. Conocimiento compartido y recomendación de activos para la salud

El proceso de Mapeo de Activos, entendido como una práctica de conocimiento compartido y de fortalecimiento comunitario, no se agota en la identificación y visibilización de recursos. En la medida en que genera relaciones, confianza y comprensión situada del territorio, va construyendo las condiciones necesarias para que esos activos puedan ser conectados y utilizados de forma significativa por las personas y los equipos profesionales. Es precisamente este conocimiento vivo del territorio, producido de manera participativa, el que permite pasar de “saber qué hay” a “saber cómo y para qué ponerlo en juego” en favor de la salud y el bienestar.

Desde esta lógica, la prescripción comunitaria o social puede entenderse como una prolongación natural del mapeo de activos, y no como un acto aislado de derivación. Prescribir activos comunitarios implica apoyarse en un conocimiento previo del territorio, en relaciones ya construidas y en la confianza mutua entre ciudadanía, profesionales y recursos locales. Este enfoque, tanto desde su desarrollo académico como desde su aplicación en los ámbitos profesionales (ver: SESCOAM, 2025), es el que fundamenta el presente apartado del manual, orientado a situar la prescripción social como una estrategia integrada en los procesos comunitarios de promoción de la salud.

1. Fundamentación: la prescripción comunitaria, un potencial por definir en cada territorio

La *prescripción social* se reconoce como un recurso vital por su potencial para impactar positivamente la salud, mejorar los activos individuales y comunitarios para abordar las consecuencias de problemas como la soledad y el aislamiento social, reducir las vulnerabilidades y generar apoyo social entre las personas (Vidovic, Yannitell y Hammerton, 2021: 17). Si bien entendemos como *prescripción social* el proceso por el cual un profesional de la salud recomienda al paciente en consulta recursos o activos existentes en su propia comunidad potencialmente beneficiosos para su salud y bienestar, es importante tener en cuenta que esta recomendación no es patrimonio exclusivo del ámbito sanitario, pudiéndose impulsar desde otras entidades (Calderón-Larrañaga y Braddick, 2021), bien sean administraciones públicas municipales u otras instituciones, entidades sociales o ciudadanía local.

En cualquier caso, desde la perspectiva sanitaria hay que enmarcar estas acciones vinculadas con la prescripción social en un modelo salutogénico y preventivo o promocional, como complemento al tradicional modelo patogénico occidental. Ello supone un cambio de paradigma orientado hacia la corresponsabilidad entre diferentes actores y la comprensión de la *prescripción* **no como una intervención sino como un sistema** con un gran potencial de beneficio personal y comunitario que sin embargo, requiere de una mayor inversión en investigación “si queremos que este potencial se realice plenamente”, o “hacer afirmaciones

sobre quién y de qué manera las prescripciones sociales podrían ser de máximo beneficio” (Husk, Elston, Gradinger, y otros, 2019:7). Esta falta de definición o contextualización científica hace que existan más razones que argumentos para implementar con solidez en enfoque:

(...) lo mejor de la prescripción social es también su mayor debilidad: potencial”. Parece que la prescripción social tiene el potencial de ayudar a abordar casi cualquier problema relacionado con la salud y el bienestar individual; sistemas de atención sanitaria y social sobrecargados; y conectividad, resiliencia y productividad de la comunidad. Sin embargo, al reconocer la amplitud de posibilidades que puede abordar la prescripción social, la investigación sobre la eficacia de la prescripción social se vuelve igualmente amplia, considerando resultados, medidas y diseños de programas divergentes e incomparables. Hasta que las evaluaciones de los programas de prescripción social se vuelvan más estandarizadas y comparables, el vasto potencial de la prescripción social para provocar cambios aumenta las razones para implementar el enfoque y debilita los argumentos para hacerlo” (Vidovic, Yannitell y Hammerton, 2021: 17).

La acción comunitaria en salud requiere una reorientación de los servicios sanitarios y de un trabajo en red continuo con otros actores; así, iniciativas como la *prescripción social* (en adelante, PS) se verá favorecida cuando se realiza en el seno de un proceso comunitario, o puede ser la semilla para iniciarlo, especialmente si contiene los elementos clave: intersectorialidad, participación, mirada de equidad y la evaluación (Poblet y González-Viana, 2021).

Si bien en algunas prácticas se observa cierta tendencia a equiparar la prescripción social con la receta médica, es necesario puntualizar que a la hora hablar de esta derivación comunitaria no podemos simplificar esta actuación en tal receta o recomendación, siendo necesaria una manera de comprender y aplicar estas actuaciones de forma procesual, integradas en una mirada más global e interconectada. Así, la literatura científica nos aporta necesariamente esta **perspectiva comunitaria, interdisciplinar y relacional**, que rompe con el aislamiento de los profesionales sanitarios y propone responsabilidades compartidas y caminos nuevos a construir y por definir:

Derivar a la comunidad no es simplemente clicar en la ventanilla del ordenador o descargarse las top ten apps sobre redes sociales del móvil, desplegar todos los recursos locales (mapa de activos) posibles y darle panfletos a los usuarios para que vayan al centro cívico más cercano de su domicilio. Es un trabajo de elaboración psicológica por parte de los profesionales, de un reajuste en la relación médico-paciente que facilite la desidealización en la excesiva creencia sobre la eficacia de los psicofármacos, la psicoterapia y que empodere al usuario, devolviéndole su parte de responsabilidad en su salud. Es creer de forma honesta en la capacidad de los recursos sociales, que de no ser así mejor no derivar a la comunidad, pues los propios usuarios tampoco lo harán. También, de la misma manera que resulta necesario el trabajo en equipo con el resto de disciplinas (enfermería, trabajo social...), (...) los equipos asistenciales deberían contar y confiar más en el trabajo mutuo, siendo menos individualistas. En este sentido es importante el que cada vez más se fomente la grupalidad en las instituciones

sanitarias, el que existan espacios de reflexión entre profesionales sobre la práctica asistencial y el que se atienda a los usuarios en espacios grupales. Para estos últimos, la posibilidad de poder compartir sentimientos o malestares, poderse identificar y poder contar los unos con los otros es terapéutico. Encontrar aspectos comunes en otros es un magnífico corrector de ansiedades gratuitas, aporta normalidad como perspectiva, mejora el aislamiento y disminuye la dependencia en la figura del profesional sanitario (Ribé Buitron y Colleldemont, 2018: 447).

Si bien es cierto que la prescripción social está cada vez más aceptada en el territorio nacional, se considera importante la comprensión de los roles y el impacto de lo multisectorial (Lee y otros, 2023), de manera que ya **no centremos tanto la atención en el acto de prescribir o derivar tanto como en trascender hacia lo que ello significa**. Esto es importante si, además, tenemos en cuenta que a pesar de que la mayoría de profesionales considera la PS como una metodología más que una simple derivación o técnica concreta, no exista en sus lugares de trabajo una guía o protocolo que informe y marque unas pautas comunes (Foguet Gomis, Jerez Ollery y Medina Bover, 2022:70).

Es cierto que, a pesar de contar con una buena base o fundamentación estas iniciativas de PS, pueden resultar complejas si tenemos en cuenta las diferentes opciones existentes y la convivencia de múltiples intereses y prioridades, lo que nos podría estar evidenciando la necesidad de nuevas aproximaciones metodológicas para definir mejor en qué contextos puede o no funcionar (Calderón-Larrañaga y Braddick, 2021). Una parte considerable de los estudios o aplicaciones en este sentido, por ejemplo, se encaminan hacia la salud mental, aunque también se especifica el potencial de estos procesos para la promoción de la salud en general, eso sí, construida de “forma ascendente, potenciando en la medida de lo posible la participación comunitaria” y el refuerzo de estos planteamientos a largo plazo (ibídem).

Es necesario seguir generando evidencia para poder adaptar y hacer más eficiente este proceso” (Pola-García y otros, 2022), puesto que además según parecen afirmar los estudios, más del 90% de los profesionales podían considerar verdaderamente útil disponer de un programa específico de PS (Foguet Gomis, Jerez Ollery y Medina Bover, 2022:72).

Esta dificultad para evaluar la prescripción o derivación social, así como medidas similares, procede de la gran heterogeneidad de estas iniciativas: desde diferentes áreas clínicas, orientadas a prevenir o reducir la enfermedad crónica, la promoción de estilos de vida o hábitos saludables, la actividad deportiva, la gestión de medicamentos; empleando variedad de tipos de actividades, profesionales, objetivos diversos dependiendo de los colectivos diana diferentes también (áreas desfavorecidas, colectivos con problemas sociales, emocionales, abordaje de la soledad o la salud mental, etc). Desde esta diversidad, se nos hace complejo por lo tanto la extracción de resultados claros y relevantes, pero comprender dicha diversidad es importante, porque es probable que los resultados relevantes varíen según los diferentes esquemas de *prescripción social* (Husk, Elston, Gradinger, y otros, 2019: 6).

Resulta especialmente relevante la dificultad para encontrar evidencias científicas de impacto en iniciativas que se construyen desde la diversidad. Se considera que, para poder llevar a cabo estudios concluyentes se requiere de un mayor grado de concreción tanto en los

procesos metodológicos como en las acciones. Al mismo tiempo, en las aplicaciones comunitarias, se observa imprescindible esa mirada procesual e intersectorial que permita el salto de las consultas, centros de salud u hospitales a la comunidad y sus activos.

Ello supone que además de ser capaces de dimensionar y contextualizar debidamente todos los elementos o variantes que dan forma a una iniciativa comunitaria que se vincule con la PS, si queremos comprobar su eficacia y aplicabilidad, debemos hacerlo en un marco procesual más amplio que favorezca la interdisciplinariedad.

2. Las Mesas de Salud y los Procesos Comunitarios de Barrio

Basándonos en esta necesidad de concreción del potencial existente en la *prescripción comunitaria (PS)*, consideramos que las **Mesas de Salud Comunitaria**, como partes fundamentales de procesos de transformación barriales o territoriales, pueden proporcionar el contexto idóneo para:

- Proporcionar interseccionalidad e implicación de otros profesionales, ámbitos y colectivos en la aplicación de iniciativas similares a la prescripción o derivación comunitaria.
- Partir de diagnósticos compartidos y monografías comunitarias previas donde se ha realizado el esfuerzo por construir conocimiento local. De lo que ya se ha hablado previamente en este manual.
- Incorporar una mirada procesual a medio y largo plazo que permita la implementación de iniciativas innovadoras comunitarias, así como mecanismos para su seguimiento y evaluación de impactos. **Esta mirada procesual es el eje de la presente sección del manual**, que, tomando como base el Mapeo de Activos, profundiza en su utilización no como una actuación puntual, sino como un proceso sostenido en el tiempo. Para ello, se recogen diversas experiencias en las que ha colaborado el SESCOAM, con el acompañamiento de IntermediAcción y la participación de múltiples entidades, recursos y ciudadanía, como ejemplos de cómo este enfoque puede desplegarse de manera concreta en distintos territorios.

Aunque se profundizará y detallarán actividades y experiencias en el siguiente apartado, para facilitar la comprensión en el caso de la ciudad de Toledo, se cuenta con un bagaje previo en el barrio del Polígono cuya experiencia en el ámbito de la salud ha conllevado algunos resultados y productos interesantes generados entre los años 2017 y 2020 (Ralero, I., Jaime, L., Caramés, T., Piñeiro, A., 2020). Desde el año 2023, este modelo científico de Intervención Comunitaria se ha exportado por parte del Ayuntamiento de Toledo a otros barrios como el Casco Histórico, Palomarejos o Santa Bárbara pero, además de en estos territorios IntermediAcción ha impulsado su implementación en otros lugares de Castilla-La Mancha como Hellín (Mesa de Salud de los barrios de Calvario y Rivera), el municipio de

Tobarra o la ciudad de Albacete (barrio de Franciscanos, donde también el proceso comunitario cuenta con Mesa de Salud).

Este modelo (Ramasco, M., 2015) está avalado por el Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural, impulsado por la Obra Social “la Caixa” en colaboración con ayuntamientos y entidades sociales en 37 territorios de toda España que comparten como característica esta significativa diversidad, con la finalidad de mejorar la convivencia y la cohesión social. Desde una dirección científica dependiente de la Universidad Autónoma de Madrid, con el asesoramiento de expertos en Intervención Comunitaria como Marco Marchioni y Milagros Ramasco.

Este modelo de intervención comunitaria, que sigue las aportaciones de Marco Marchioni (1999 y 2019), diferencia el trabajo y los espacios institucionales de los técnicos y de los ciudadanos, nos permite en gran medida superar ciertas frustraciones que han venido acompañando a iniciativas similares por la escasa participación. La mirada procesual a largo plazo mediante la consolidación de las estructuras organizativas por parte de recursos profesionales estables y equipos comunitarios liberados, permite que se cuente con procesos de años de duración que ya pueden estar en disposición de llevar a cabo evaluaciones y sistematizaciones de experiencias impulsadas desde estos espacios de relación; sin embargo, resulta muy complejo hallar publicaciones científicas protagonizadas por estas mesas de salud, cuestión que puede deberse a la falta de estrategias de publicación de estas experiencias o de tradición investigadora (Nuevo, Casero y otros, 2019), o estar relacionadas con esa dificultad anteriormente descrita para definir desde lo general o lo diverso contextos de investigación claros.

Comenzar a definir estrategias que ayuden a evaluar desde la evidencia científica estas iniciativas comunitarias, en cambio, puede ser clave tanto para la sostenibilidad de los procesos como para la inversión pública en tales espacios y estrategias comunitarias.

VI. Glosario de términos y siglas en salud comunitaria

Acción Comunitaria en Salud (ACS): el conjunto de esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, para mejorar la salud de personas y/o grupos que las integran.

Activos en Salud (AS): recursos identificados o mapeados por la comunidad que a nivel individual, grupal o colectivo fomentan la creación de salud, siguiendo la teoría salutogénica.

Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC): práctica de la atención primaria orientada a la mejora de la salud de una comunidad definida, basada en la identificación de las necesidades de salud y las acciones de atención correspondientes, con la participación de la comunidad y con la coordinación de todos los servicios implicados en la salud o en sus determinantes, entendiendo por tal orientación un proceso continuo.

Conocimiento Compartido en Salud (CCS): es el conocimiento que es capaz de construir la propia comunidad en busca de comprender mejor su propia realidad y atenderla para mejorar la salud de todas las personas y colectivos que la integran. Se comprende como algo participado donde todas/os pueden aportar en igualdad de condiciones.

Determinantes Sociales de Salud (DSS): las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud" (OMS, 2008). Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, la cual depende a su vez de las políticas adoptadas; la distribución desigual se traduce en grandes diferencias en materia de salud entre países, regiones y localidades, e incluso entre diferentes grupos poblacionales. Estas diferencias configuran el estado de salud de cada individuo a través de su repercusión sobre determinantes intermedios, como las condiciones de vida, estilos de vida, circunstancias psicosociales, factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud.

Diagnóstico Compartido en Salud (DCS): es el documento generado por la propia comunidad sobre la situación de partida o el análisis situacional de su salud comunitaria, atendiendo a diferentes criterios y miradas, priorizando retos principales junto a otros específicos.

Educación para la salud (EpS): es un proceso mediante el cual individuos y grupos de personas aprenden habilidades, actitudes y conocimientos que favorece la promoción, el mantenimiento o la restauración de la salud.

Evaluación en Salud Comunitaria (ESC): fase necesaria para la sostenibilidad de los procesos e intervenciones comunitarias en salud,

Intervención Comunitaria en Salud (ICS): es un enfoque estratégico que busca abordar los problemas y desafíos que enfrenta una comunidad específica. Se basa en la colaboración activa de los miembros de la comunidad y utiliza recursos locales para promover el desarrollo

y la equidad. Puede tener un planteamiento procesual y sostenido en el tiempo (PCS) o llevarse en cabo con un inicio y un fin, a través de proyectos concretos.

Investigación-Acción Participativa (IAP): método de investigación y aprendizaje colectivo de la realidad, basado en un análisis crítico con la participación activa de los grupos implicados, que se orienta a estimular la práctica transformadora y el cambio social.

Mapeos Colectivos (MC): proceso de conocimiento o reconocimiento del espacio cartográfico según intereses u objetivos del grupo o comunidad implicada, que permite resignificar el territorio a partir de los propios sentidos proporcionados por los participantes.

Mapeo de Activos en Salud (MAS): proceso por el cual nos situamos o ayudamos a situarse en un territorio con determinadas características físicas, temporales, culturales, sociales o simbólicas y a través de una serie de métodos estudiar la distribución de los activos en salud y su relación en dicho territorio.

Mesa de Salud (MdS): espacio interdisciplinar de trabajo orientado a la mejora de la salud comunitaria de un territorio.

Prescripción social (PS): la prescripción social, a veces denominada derivación a la comunidad, es una herramienta que permite a la medicina de familia, enfermería y otros profesionales de atención primaria remitir a las personas a una serie de recursos locales no clínicos, teniendo también como objetivo apoyar a personas, grupos y comunidades a tomar un mayor control de su propia salud.

Proceso comunitario en salud (PCS): Intervención sostenida en el tiempo, que requiere de espacios, estrategias y mecanismos de acción comunes, impulsados por diferentes actores de la comunidad para mejorar la salud del territorio en el que viven, trabajan o gestionan. Se trata de un movimiento circular o cíclico que construye conocimiento relevante para la salud, diagnóstica, actúa, y evalúa de forma participativa, adaptándose y haciendo frente a los retos concretos que cada comunidad identifica para mejorar su salud colectiva

Programación Comunitaria en Salud (PCS): conjunto de actuaciones programadas según diagnóstico, y organizadas según la priorización en corto, medio y largo plazo.

Salud comunitaria (SC): es la expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características individuales y familiares, el medio social, cultural y ambiental, así como los servicios de salud, los recursos comunitarios y la influencia de factores sociales, económicos, políticos y globales. Estas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, son los determinantes sociales de la salud, que pueden distribuirse de manera desigual en la población produciendo desigualdades sociales o inequidades en salud, que son injustas y evitables.

Salud orientada a la comunidad (SOC): supone la corresponsabilidad por la salud de la comunidad con la que trabaja. Así mismo, conlleva el uso de las ciencias de la Salud Pública (SP) y estrategias basadas en la evidencia, y otros enfoques para empoderar y trabajar con la comunidad, de una manera culturalmente apropiada, para optimizar la salud y la calidad de vida de las personas que viven, trabajan o están en una comunidad

Salutogénesis: viene del griego “*Salus*” que significa salud y “*génesis*” creación, es decir, la creación de la salud y todos los factores que nos ayudan a crear salud, en lugar de buscar la causa enfermedad para prevenirla, por ello hablamos de una visión positiva de la salud.

VII. Referencias y Bibliografía

1. Referencias sobre salud comunitaria

Alianza de Salud Comunitaria. Recopilación de publicaciones generadas por las entidades de la ASC. Disponible online en: <https://www.alianzasaludcomunitaria.org/publicaciones/>

Armas, C. S., García, M. H., & Cofiño, R. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gaceta sanitaria*, 32, 5-12.

Baltussen, R., & Niessen, L. (2006). *Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. Cost effectiveness and resource allocation*, 4, 1-9.

Botello, Palacio, García, Margolles, Fernández, Hernán, Nieto y Cofiño (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad, *Gaceta sanitaria* 27 (2).

Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS (2018). Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. 65 p.

Cofiño, R., Pasarín, Ml., Segura, A. (2012) ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*; 26 (Supl 1), pp. 88-93.

Colell, E., Sánchez-Ledesma, E., Novoa, A. M., Daban, F., Fernández, A., Juárez, O., & Pérez, K. (2018). El diagnóstico de salud del programa Barcelona Salut als Barris. Metodología para un proceso participativo. *Gaceta Sanitaria*, 32(4), 396-399.

Cubillos Almendra, J., Tapia, V., & Letelier Troncoso, F. (2022). Juntas nos cuidamos: entramados comunitarios feministas durante la pandemia por Covid-19. *Convergencia*, 29.

Figueredo Borda, N. (2017). La Investigación Cualitativa en Ciencias de la Salud: contribuciones desde la Etnografía.

González-Viana (2020). Facilitando la salud comunitaria. Indicadores básicos de salud por área básica de salud en Cataluña. Agencia de Salud Pública de Cataluña. *Gaceta sanitaria*.

Lain Entralgo, P. (1998) ¿Qué es la Salud? *Jano*. Nov. 1988 vol. XXXV.

Machín, A. Y. B., & Bravo, Y. L. G. (2022). Educación comunitaria para un envejecimiento activo: experiencia en construcción desde el autodesarrollo. *Región Científica*, 1(1), 9.

Marchioni, M. (2011). Participación ciudadana y desarrollo social comunitario. Cuaderno de Políticas de Salud, VII.

Marchioni, M. (2011). Hacia un sistema integrado de servicios comunitarios. Cuaderno de Políticas de Salud, IX.

Marchioni, M. (2010). La participación comunitaria en los servicios de salud. Cuaderno de Políticas de Salud, V.

Marchioni, M. (2010). Atención Primaria de Salud y procesos comunitarios. Cuaderno de Políticas de Salud, VI

- Marchioni, M.; Morín, M^a. L.; Giménez, C. y Rubio J.A. (2015). Juntos por la convivencia. Claves del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural. Obra Social “la Caixa”.
- Martínez, M. J. C., Peralta, E. R., Casseti, V., Díaz, B. B., Botalla, R. M., Moreno, C. B... & Paz, M. S. (2021). Evaluación cualitativa de un proceso participativo de adaptación de una guía de promoción de la salud.
- Mosteiro Miguéns, D. G., Rodríguez Fernández, A., Zapata Cachafeiro, M., Vieito Pérez, N., Represas Carrera, F. J., & Novío Mallón, S. (2024). Community activities in primary care: a literature review. *Journal of Primary Care & Community Health*, 15, 21501319231223362.
- Mujica, O. J., & Moreno, C. M. (2019). *From words to action: measuring health inequalities to "leave no one behind"* Da retórica à ação: mensurar as desigualdades em saúde para não deixar ninguém atrás. *Revista panamericana de salud pública= Pan American journal of public health*, 43, e12-e12.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. NICE Guideline [NG44]; 2016. 33 p.
- Nogueira-González, P., Gil-González, D., & Álvarez-Dardet-Díaz, C. (2025). Luces y sombras en la implementación de la acción comunitaria para la salud. *Gaceta Sanitaria*, 38, 102387.
- PACAP: Escartín Lasiera P., López Ruiz V., Ruiz-Giménez Aguilar. J. L. (2020). La participación comunitaria en salud. Formación acreditada por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://comunidad.semfyc.es/wp-content/uploads/Comunidad- -La-participacion-comunitaria-en-salud.pdf>
- Pasarín, M.I, Forcada, C, Montaner, I., De Peray, J.L., Gofin, J. (2010). Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS. *Gazeta Sanitaria* 24, pp.23-27.
- Pérez E, Cofiño R, García D, Hernán M. Orientaciones didácticas para la acción comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentos Tecnicos/docs/OrientacionesDidacticas AccionComunitaria.pdf>
- Pizarro, N. (1990) "Teoría de redes", en Suplementos Anthropos, nº 22;146-152
- Ruiz, V. L., del Pozo, J. S., Gómez, M. P. P., Malmusi, D., Duarte, M. V., & Sanz, E. P. (2018). Municipalismo y salud comunitaria: Transformar desde los ayuntamientos. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32, 26-31.
- Sánchez-Ledesma, E., Pérez, A., Vázquez, N., García-Subirats, I., Fernández, A., Novoa, A. M., & Daban, F. (2018). La priorización comunitaria en el programa Barcelona Salut als Barris. *Gaceta Sanitaria*, 32(2), 187-192.
- SESCAM (2025). Procedimiento-Guía para la identificación y recomendación de Activos para la Salud y Actividades Comunitarias desde los equipos de Atención Primaria. Plan de Salud Horizonte 2025. Consejería de Sanidad, JCCLM.
- Sousa, F. A. M. D. R., Goulart, M. J. G., Braga, A. M. D. S., Medeiros, C. M. O., Rego, D. C. M., Vieira, F. G., ... & Loura, M. M. P. (2017). Setting health priorities in a community: a case example. *Revista de Saúde Pública*, 51, 11.
- Tromp, N., & Baltussen, R. (2012). Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. *BMC health services research*, 12, 1-7.

Villasante, T. (1995) “Las democracias participativas”. Madrid, HOAC.

Wang C. and Burris M. Empowerment through photo novella: portraits of participation. *Hlth Educ. Q.* 21, 171, 1994,

Wang, C., Burris, M.A., 1997. Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Educ. Behav.* 24, 369–387.

2. Artículos, trabajos científicos y enlaces de interés sobre mapeos colectivos y activos en salud

Álvarez-Dardet C, Morgan A, Ruiz-Cantero MT, Hernán M. Improving the evidence base on public health assets—the way ahead: a proposed research agenda. *J Epidemiol Community Health.* 2015;69(8):721-3. doi:10.1136/jech-2014-205096

Blancafort S, Artigas A, Lobera A. Mapeando activos de salud en zonas urbanas desfavorecidas: la intervención grupal “SentirnosBien” del estudio AEQUALIS. *Actas del congreso Activos para la salud comunitaria.* Granada: EASP; 2017. p. 25-6

Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gaceta Sanitaria*;27(2):180-3.

Cochrane L, Logan J, Corbett J, et al. Impact of community-based and participatory mapping. Institute for Studies and Innovation in Community, University of British Columbia Okanagan, University of Victoria, Community Mapping Collaboratory; 2014. Disponible en: <http://cgcmc.geog.ubc.ca/sites/cgcmc.geog.ubc.ca/files/Community%20Mapping%20Impact%20Research%20Report%20.pdf>

Cochrane, Logan y Corbett, Jon, «Participatory mapping», en Servaes Jan (Editor) *Handbook of communication for development and social change* (2020), Springer, pp. 705-713.

Colell E, et al. El diagnóstico de salud del programa Barcelona Salut als Barris. *Metodología para un proceso participativo.* *Gac Sanit.* 2018;32(4):396–399.

Cubillo J, Zamanillo Z, Campillos M, Sanz MJ. (2018) El mapa del barrio, un espacio donde expresar emociones y compartir activos para la salud. *SemFYC. Comunidad.* Febrero 2018;():2. Disponible en: <https://comunidad.semfyc.es/article/el-mapa-del-barrio-un-espacio-donde-expresar-emociones-y-compartir-activos-para-la-salud>.

Cubillo J. Técnicas de identificación de activos para la salud. *Aplicable a cada centro de salud.* *FMC.* 2019; 26 (Extraordin 2):18-26.

García-Araque J. Mapeos colaborativos: oportunidad para la geografía de acrecentar el uso de una valiosa herramienta de análisis territorial. *Cuad Geogr.* 2020;104:43-58.

Hernán-García M, et al. Fundamentos del enfoque de activos para la salud en atención primaria de salud. *FMC.* 2019;26 (Extraordin 2):1-9.

Iconoclastas (2015) Manual de mapeo colectivo: Recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa. Buenos Aires, Tinta Limón. Disponible en: <https://iconoclastas.net/4322-2/>

Lafuente, A. y Horrillo, P. (coords) (2024) Cómo hacer un mapeo colectivo. Viveiro Iniciativas Ciudadanas. INTEF - Ministerio de Educación, Formación profesional y Deportes. https://laaventuradeaprender.intef.es/wp-content/uploads/2024/10/Como_hacer_un_mapeo_colectivo.pdf

Marchioni, M. Espacio, territorio y procesos comunitarios. Espacios Transnacionales. 2013;1(1):92-100. Disponible en: https://espaciostransnacionales.xoc.uam.mx/wpcontent/uploads/2023/01/ET_01_Marchioni.pdf

McCall MK, Dunn CE. Geographies of exclusion: Understanding the limits of participatory mapping. Environment and Planning A. 2012.

Metodologías participativas (2026). Web “Metodologías participativas”, que recopila por temáticas una amplia selección de dinámicas de Investigación-Acción Participativa (mapeos y otros). Disponible en: <https://metodologiasparticipativas.com/topicos/mapeo-participativo/>

Observatorio de Salud en Asturias (2016). Guía para trabajar en salud comunitaria en Asturias. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/guia-salud-comunitaria/>

Oliver-Parra A, González-Viana A, Grupo de Trabajo de Indicadores Básicos de Salud por Área Básica (GT-IBS). Facilitando la salud comunitaria. Indicadores básicos de salud por área básica de salud en Cataluña. Gac Sanit. 2020;34(2):204–207.

Padrón, D. (2011): Prácticas cartográficas antagonistas en la Época Global. Catálogo de mapas críticos. Proyecto de Máster, Universitat de Barcelona.

Paez, R. (2013): Derivas urbanas: la ciudad extrañada. Revista Indexada de Textos Académicos, 1, 120-129.

Pueyo, A.; Postigo, R. Arranz, A.; Zúñiga, M.; Sebastián, M.; Alonso, M. P.; López, C. (2016): La cartografía temática: una herramienta para la gobernanza de ciudades. Aportaciones de la Semiología Gráfica Clásica en el Contexto de nuevos paradigmas geográficos. Revista de Estudios Andaluces, 33(1), 84-110.

Sletto, Bjørn Ingmun; Bryan, Joe; et al., (2013). «Territorialidad, mapeo participativo y política sobre los recursos naturales: la experiencia de América Latina», en Cuadernos de Geografía: revista colombiana de geografía, vol. XXII, no. 2, pp. 193-310.

Sonke J, Manhas N, Belden C, Morgan-Daniel J, Akram S, et al. Social prescribing outcomes: a mapping review of the evidence from 13 countries to identify key common outcomes. Front Med (Lausanne). 2023; 10:1266429. doi: <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1266429>.

Suárez, O., & Cofiño, R. (2017). Guía ampliada para la recomendación de activos ("prescripción social") en el sistema sanitario.

Vera-Remartínez, E. J., Paredes-Carbonell, J. J., Aviñó Juan-Ulpiano, D., Jiménez-Pérez, M., Araujo Pérez, R., Agulló-Cantos, J. M., & Mora Notario, A. (2017). Sentido de coherencia y mapa de activos para la salud en jóvenes presos de la Comunidad Valenciana en España. *Global health promotion*, 24(3), 112-121.

Vélez M. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit.* 2013;27(2):180-183. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000200016