

Informe SESPAS

Activos: de los mapas al territorio. Informe SESPAS 2018

Jara Cubillo-Llanes^{a,*}, Blanca Botello-Díaz^b, Vicente Gea-Caballero^{c,d}, Sebastiá March^e, Andreu Segura-Benedicto^{f,g} y Mariano Hernán-García^h^a Centro de Salud Leganés Norte, Leganés, Madrid, España^b Distrito de Atención Primaria Condado-Campiña, Servicio Andaluz de Salud, La Palma del Condado, Huelva, España^c Escuela de Enfermería La Fe, Valencia, España^d Grupo de Investigación Acreditado Enfermero en Arte y Ciencia del Cuidado @GREIACC, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España^e APLICA coop, Madrid, España^f Consell Assessor de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España^g Comitè de Bioètica de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España^h Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de mayo de 2018

Aceptado el 14 de junio de 2018

On-line el 15 de septiembre de 2018

Palabras clave:

Activos para la salud

Mapas

Salud comunitaria

Participación comunitaria

Promoción de la salud

RESUMEN

En los últimos años, los mapas de activos para la salud se están convirtiendo en herramientas cada vez más presentes en el ámbito de la promoción de la salud. Se están incorporando a la práctica diaria de muchos profesionales de la salud, tanto en la atención individualizada en las consultas (mediante la prescripción social) como en grupos o en procesos de desarrollo comunitario. Es necesario reflexionar sobre cómo se están produciendo los mapas de activos, analizando de qué manera las diferentes etapas del proceso pueden intervenir en su construcción. Tanto los formatos en que se presentan los datos obtenidos mediante la identificación de activos para la salud como los propios procesos de producción de la información, procesos participativos y evaluados, son clave para que los mapas sean útiles tanto a los profesionales como a la ciudadanía y las instituciones.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Assets: from maps to territory. SESPAS Report 2018

ABSTRACT

In recent years, health asset maps have become increasingly important tools in the field of health promotion. They are being incorporated into the daily practice of many healthcare workers, in individualized care in consultations (through social prescription), and in groups or community development processes. It is necessary to reflect on how the asset maps are being produced, analyzing how the different stages of the process can be involved in their construction. The formats in which the data is obtained through the identification of health assets are presented, as well as the processes of production of the information, participative and evaluated processes, are crucial for the maps to be useful, for professionals as well as citizens and institutions.

© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Health assets

Maps

Community health

Community participation

Health promotion

«En aquel imperio, el Arte de la Cartografía logró tal Perfección que el mapa de una sola Provincia ocupaba toda una Ciudad, y el mapa del Imperio, toda una Provincia. Con el tiempo, esos Mapas Desmesurados no satisficieron y los Colegios de Cartógrafos levantaron un Mapa del Imperio, que tenía el tamaño del Imperio y coincidía puntualmente con él. Menos Adictas al Estudio de la Cartografía, las Generaciones Sigüientes entendieron que ese dilatado Mapa era Inútil y no sin Impiedad lo entregaron a las Inclemencias del Sol y de los Inviernos. En los desiertos del Oeste perduran despe-

dazadas Ruinas del Mapa, habitadas por Animales y por Mendigos; en todo el País no hay otra reliquia de las Disciplinas Geográficas.

Suárez Miranda. Viajes de varones prudentes, Libro cuarto, Cap. XLV, Lérida, 1658 Del rigor en la ciencia.»

Jorge Luis Borges. Del rigor en la ciencia. En: El hacedor. Madrid: Alianza; 1999. p. 119.

Introducción

La mayoría de las comunidades están vinculadas a un territorio¹. Las comunidades tienen necesidades, pero también activos para la salud: factores o recursos que mejoran la capacidad de las personas y de las poblaciones para mantener y sostener la

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: jaracubillo@gmail.com (J. Cubillo-Llanes).

Puntos clave

- Los activos para la salud pueden ser identificados y localizados para visibilizarlos y acercarlos a la ciudadanía. Por eso necesitamos construir metodologías adecuadas para ello.
- En una época de mapping boom se hace necesario reflexionar cómo se están produciendo los mapas de activos y su coherencia en los procesos de promoción de la salud comunitaria.
- El proceso multietápico de elaboración del mapa puede ser flexible permitiendo que las etapas de la acción comunitaria fluyan a su propio ritmo.
- La administración y sus instituciones deben incluir y aprovechar las capacidades de la ciudadanía para el mapeo de activos y la identificación de déficits, necesidades o problemas por medio de diagnósticos de salud comunitarios y dinámicos.
- La elaboración y difusión de los mapas deben formar parte de una fase participada para que correspondan a las necesidades de las personas que los van a usar en los procesos y acciones transformadoras de la salud.
- La trascendencia de los mapas comienza cuando las personas reconocen habilidades útiles para ellos y para otros, los grupos comparten un interés común con el que identificar y conectar los activos, los profesionales ayudan con el enfoque de activos y las organizaciones asumen el enfoque conociendo la perspectiva de sus profesionales.
- La formulación de los objetivos y la evaluación se hace indispensable. Analizar cómo funciona el capital social en una comunidad puede ayudar en dicha evaluación.
- El propio proceso de producción de información de forma participativa y evaluada es clave para la utilidad del mapa. Dicha utilidad se expresa en la atención en las consultas, en los procesos de educación para la salud y en las recomendaciones colectivas (prescripción o recomendación social o comunitaria) dentro de los procesos comunitarios.

salud y el bienestar². Los activos para la salud pueden ser identificados y localizados en el territorio, en el mapa de la comunidad, para visibilizarlos y acercarlos a la ciudadanía, y que esta aproveche al máximo sus talentos, fortalezas y habilidades.

Los procesos de generación de mapas de activos para la salud tienen fases³ muy similares a las de la creación artística. En primer lugar, hay que decidir qué historia se va a contar, dónde se va a desarrollar, de qué situación se parte y cómo se va a construir el relato (historias de barrio, costumbristas, con una visión positiva). Luego hay que buscar los formatos y las acciones más adecuados para que la historia llegue a la ciudadanía, los profesionales y los políticos (formatos literarios, plásticos, gráficos, *performances*...). Y por último, hay que encontrar estrategias para que la obra perdure en el tiempo y se mantenga actual, para que culminando la inevitable pretensión de trascendencia del arte pueda convertirse en un clásico.

De igual forma podemos hacernos varias preguntas: ¿cómo y quiénes construyen los mapas de activos?, ¿se produce la información o se recolecta?, ¿qué se está contando con los mapas y en qué formatos?, ¿qué se está haciendo para que lleguen y sean útiles a la ciudadanía? y ¿cómo se está trabajando y evaluando para que los mapas estén actualizados y sean perdurables? Estas preguntas, ¿se las plantean también desde las instituciones cuando ponen en marcha o impulsan procesos de mapeo de activos?

En los últimos años estamos viviendo una época de *mapping boom* que, con mucha energía, trabajo e ilusión, está dotando de mapas de activos a distintos y diversos territorios. Sin embargo,

estos mapas deben ser más que una ficción controlada o una abstracción de la realidad, tienen que aterrizar en los barrios y mezclarse con el territorio y sus habitantes, e interactuar con la ciudadanía y los profesionales nutriéndose unos de otros. En definitiva, deben estar vivos.

El mapa como proceso

Los procesos comunitarios no empiezan con la llegada de los técnicos al territorio. Con mucha frecuencia, en los barrios existen espacios de participación con importantes trayectorias que merece la pena poner en valor. Actualmente, la participación tiene más importancia social; desde los movimientos ciudadanos hasta las administraciones locales la tienen en cuenta, por lo que se deben evitar solapamientos, sobrecargas o inequidades al generar nuevos espacios de participación. No se puede pretender que técnicos y ciudadanía estén todo el día participando aquí y allá, si no se garantiza la creación de espacios de reflexión y diálogo colectivos, porque el efecto puede ser el contrario al deseado.

Es evidente que la salud comunitaria basada en activos debe ser muy operativa⁴ si pretende ser útil⁵; por ello, conviene no olvidar que el enfoque intersectorial, si no incorpora a los actores necesarios (técnicos, pero también la ciudadanía y responsables políticos⁶), puede comprometer su utilidad.

El proceso multietápico de elaboración del mapa es bien conocido⁶ (fig. 1). No obstante, este proceso no es un protocolo, por lo que proponemos que no sea rígido, sino ligeramente flexible y no siempre necesariamente secuencial; hay que tener presente que los procesos comunitarios fluyen a su propio ritmo, lo que justifica la flexibilidad propuesta (p. ej., evaluaciones continuas como elemento de mejora o reorientación, o la identificación de determinados activos durante la intervención de visibilización). En este marco de expansión de los mapas de activos, y consecuentemente del incremento de las intervenciones sobre dinamización de activos (y la producción científica basada en estas experiencias), conviene no olvidar dos elementos que consideramos clave para su utilidad en relación con las etapas: la formulación de los objetivos y la evaluación³. En cuanto a esta última, creemos que con frecuencia puede quedar relegada a la superficialidad tras el esfuerzo que supone la realización de un mapa de activos y su operativización. Dadas las múltiples y diversas acepciones y dimensiones de la evaluación, proponemos centrarla en hitos clave de proceso para la dinamización de activos⁷: grado de participación e implicación de la ciudadanía y las comunidades locales, equidad, enfoque social, protagonismo de los actores de sectores no sanitarios, continuidad de los proyectos, rol de abogacía de la salud, etc. Pero además de esta evaluación de proceso, resulta de interés también la evaluación de resultados⁸: indicadores de salud, habitabilidad de barrios, creación, mantenimiento y desarrollo de redes, capital social, etc.

Con evaluaciones bien diseñadas, rigurosas y (por supuesto) participativas, aseguraremos la capacidad de transformación estratégica y el desarrollo de acciones comunitarias dirigidas a la mejora continua y la explotación de los talentos individuales y colectivos. En este sentido, será bienvenida una mayor producción científica sobre dicha evaluación o acerca del impacto de las intervenciones realizadas.

No obstante lo anterior, ¿lo estamos haciendo bien? En esta época de *mapping boom* han aumentado considerablemente las intervenciones basadas en mapeo de activos, pero como consecuencia de ello, ¿no corremos el riesgo de olvidar otros elementos clave, como las condiciones de vida que determinan la salud de las poblaciones? Parece claro que el enfoque basado en la comunidad es un enfoque de capacidades que nos permitirá transferir valor a lo que hacemos, aunque cuesta desprenderse del enfoque del déficit, que es el que genera necesidades en salud o enfermedad⁶. Ambas

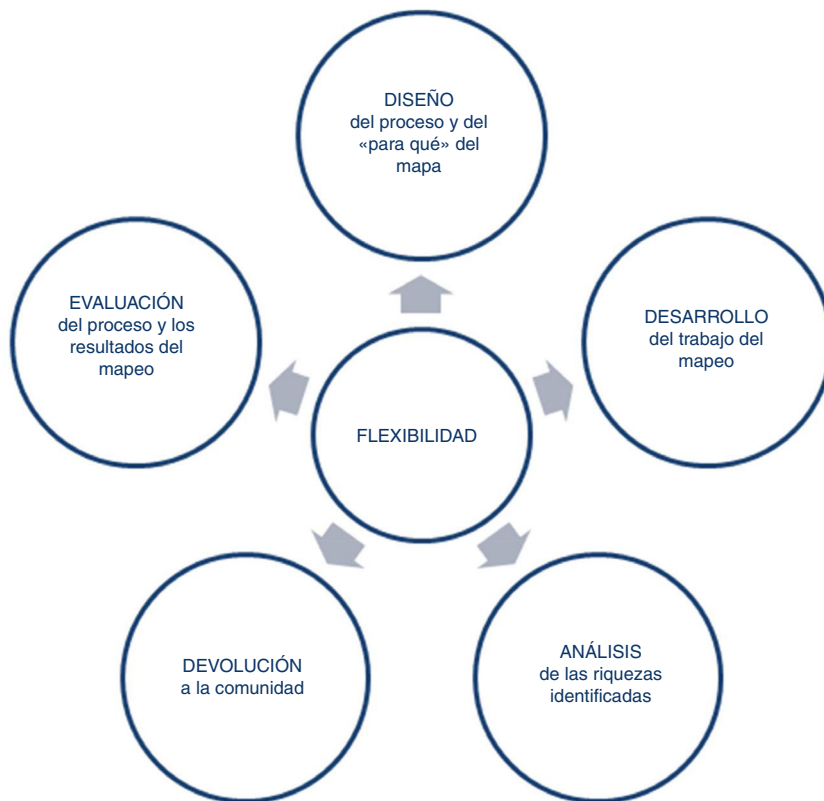


Figura 1. Etapas en la elaboración de mapas^{3,6}. (Figura de elaboración propia.)

miradas son importantes, y complementarias. Por ello, en nuestro empeño por mapear activos no debemos despreciar esa mirada combinada⁹: la administración y sus instituciones deben incluir el valor de las capacidades de la ciudadanía, junto a sus déficits, para no caer en falacias como proyectos de salud sin salud, o autogeneración de barreras a la participación ciudadana como consecuencia de una conceptualización de salud realizada en exclusiva por expertos. Una buena contextualización ayudará a mantener esta doble mirada: la del diagnóstico de salud (problemas y necesidades) y la del mapeo de activos¹⁰.

El mapa como objeto

Un mapa es un instrumento para orientarnos, para ayudarnos a encontrar un sitio al que queremos llegar. Y eso, en el ámbito de la promoción comunitaria de la salud colectiva, tal vez significa identificar y localizar elementos agentes de salud. Un mapa de activos es un inventario dinámico de las fortalezas y las capacidades de las personas, los grupos, las asociaciones, las instituciones y los recursos que forman una comunidad¹¹, pero también es el objeto de devolución del proceso. La información recogida en los mapas tiene que difundirse, tiene que volver al territorio, a las personas que participaron en su producción y a la ciudadanía. Por eso, el formato de los mapas es importante, de modo que, además de ser atractivos, conviene construirlos desde una perspectiva de equidad para que sean más útiles a la comunidad y no contribuyan a generar desigualdades en salud.

Los mapas, al igual que los fonendoscopios, para ser útiles deben ser flexibles y portátiles. Las nuevas tecnologías facilitan que los mapas de activos cumplan estas características, pero no hay que olvidar la brecha digital⁷. Para ciertos grupos de población, un mapa en formato dístico, en papel, puede ser mucho más útil que una aplicación para el móvil.

Hay que construir una interpretación colectiva y creativa del proceso de mapeo de activos, y también es fundamental que la fase

de elaboración de materiales y diseño de los mapas sea participada, para que estos respondan a las necesidades de las personas que van a usarlos.

Existen multitud de mapas diferentes en el territorio nacional, algunos impulsados desde las instituciones^{12,13}, otros desde centros de salud^{14,15} y otros desde la ciudadanía^{16,17}. Son resultado de procesos muy diferentes que aportan diversas miradas del patrimonio de las personas y las comunidades, pero que en muchos casos podría ser interesante coordinar y unificar, pues si no se corre el riesgo de que llegue el día en que sea necesario hacer el mapa de los mapas. La Alianza de Salud Comunitaria⁵ con el proyecto *Activos para la salud* está dando una respuesta a esta necesidad de compartir formatos, plataformas, unificar mapas de activos y crear sinergias. Esperamos recoger sus cartográficos frutos en las estaciones venideras.

La trascendencia de los mapas

Los mapas perdurarán en el tiempo y trascenderán hasta convertirse en clásicos cuando se interpreten como redes diversas con potentes activos para la salud y el bienestar. Este planteamiento sigue la línea del desarrollo comunitario basado en activos¹⁸, que considera a los activos locales ubicados dentro y bajo el control del barrio como el motor del desarrollo.

La trascendencia del mapa comienza cuando las personas que viven en el territorio representado se identifican, reconocen que tienen habilidades útiles, para ellos mismos y para otros, y se movilizan. Hace años, cuando una persona tenía una necesidad o un problema, acudía a la vecindad en busca de ayuda. Sin embargo, hoy se supone que el vecino o la vecina no tienen las habilidades para ayudarlos y para ello hay que acudir a un profesional. Este enfoque lleva a que las personas se consideren como fuente de necesidades que solo pueden ser atendidas por profesionales¹⁸.

El enfoque de activos para la salud comunitaria implica que la comunidad debe poner en valor su propio mapa. Las asociaciones

o grupos (formales o informales) que comparten un interés común son agentes clave para poder identificar y conectar los activos, de manera que la utilidad de estos se multiplique¹⁸.

Los profesionales de una determinada institución pueden ayudar a la comunidad a reconocer los activos. Este rol profesional tiene lógica integrado en las actividades que vienen desarrollando en la consulta, en los grupos de educación para la salud o en las intervenciones comunitarias más poblacionales¹⁹ que se llevan a cabo, por ejemplo, en los centros de salud o de atención primaria. Las organizaciones a las que pertenecen deberían asumir que estos profesionales pueden identificarse o no con esta perspectiva de trabajo, interesarse e incluso actuar con este enfoque y, en su caso, requerir más apoyo y capacitación²⁰.

Es necesario dar valor al propio proceso de creación de los mapas, con un tiempo suficiente, con una evaluación de proceso adecuada para poder argumentar que hay un potencial agregado, frente a otros enfoques que se implementan sin la participación efectiva de la comunidad²⁰.

La trascendencia de los mapas también depende de la visión estratégica de las instituciones implicadas. Aun cuando se piensa que la institución está centrada en la ciudadanía, sigue habiendo dificultades para resolver los problemas de la comunidad. Este foco en la ciudadanía debe ser entendido como un «paso atrás» del liderazgo en las instituciones que, en lugar de suplantarla o sustituirla, de paso a la creación de oportunidades para el cuidado y la coproducción del conjunto de la ciudadanía.

El proceso mismo de elaboración del mapa, construido de manera adecuada, puede dar lugar a comunidades más conectadas e igualitarias que alcancen con un mayor éxito sus objetivos relacionados con la salud. En algunas ocasiones parece que se trate de mapas mudos, silenciados, en los que parte de la comunidad parece dormida; lo que podría ser, sin embargo, un signo de una escucha inadecuada. En el trabajo desarrollado por el Instituto para el Desarrollo Comunitario Basado en Activos¹⁸ se hace hincapié en que, en tales casos, puede que no se hayan descubierto sus motivaciones para actuar, y esto puede ser clave.

El capital social, definido como los recursos a disposición de individuos y grupos que forman parte de la red social⁸, puede ser un marco para llevar a cabo evaluaciones que ayuden a demostrar la potencialidad del propio proceso de identificación de activos y su potenciación. Pueden distinguirse dos tipos de capital social: de vínculo y de puente⁸. Se entiende como capital social de vínculo (*bonding*) aquel que refuerza los lazos dentro de una comunidad homogénea, dando lugar a redes fuertes. Por otro lado, el capital social puente (*bridging*) describe las relaciones entre individuos o grupos heterogéneos, por lo que facilita el acceso a recursos externos respetando la identidad social. Analizar cómo funciona este capital social en las comunidades es importante, y a ello puede ayudar el mapeo siempre que se incorpore este concepto y partamos de la definición adecuada que va a utilizarse para cada contexto.

También resulta necesario un esfuerzo importante para difundir y visibilizar los activos identificados en los mapas. Una forma de hacerlo es mediante la recomendación de los activos, o prescripción social, lo que requiere disponer de buenos mapas, construidos con herramientas accesibles, de modo que sea fácil conocer los recursos, las personas, los grupos y las instituciones disponibles en la red de activos local a los que se puede acceder desde diferentes lugares²¹. Dentro de una comunidad, las recomendaciones de activos pueden reforzar el capital social de vínculo y, si se realiza entre grupos heterogéneos, por encima de barreras étnicas, culturales o sociales, pueden facilitar el acceso a otras potencialidades externas por medio del capital social puente. En el ámbito asistencial, la recomendación de activos, y a menudo también la denominada prescripción social con sus distintas acepciones²¹, es una herramienta con múltiples potencialidades²² si se usa de manera contextuali-

zada y en el marco de la entrevista motivacional. Por un lado, permite descubrir con la persona qué activos personales tiene (esos activos que no aparecen en ningún mapa). Por otro lado, es útil para trabajar de forma holística, centrada en la persona, y buscando de un modo consensuado soluciones presentes en la comunidad. Es lo que conocemos tradicionalmente como abordar los motivos de consulta con una orientación biopsicosocial. No obstante, la prescripción social también puede convertirse en un recetario paternalista y aislado, lo cual, desde luego, es discutible.

Otra consideración necesaria tiene que ver con a quién se le recomienda qué hacer, puesto que algunas recomendaciones, por ejemplo las que se asocian a variables clínicas como las referidas a la actividad física, deben ser pertinentes, cuidadosamente indicadas en aquellos casos de personas con determinadas enfermedades y, en su caso, realizadas por los profesionales adecuados. En otras ocasiones, por ejemplo cuando se trata de recomendaciones sociales, hay que tener en cuenta que, si bien pueden mitigar o paliar las influencias de las condiciones de vida, no sustituyen las intervenciones más globales, que es una responsabilidad de las políticas de equidad.

El sector sanitario acompaña a las personas en el río de la vida desde el nacimiento hasta la muerte, lo que puede ayudar a la cohesión de las comunidades. A lo largo del curso vital, las personas, los grupos y las instituciones que componen las comunidades son potenciales activos para la salud y el bienestar; por eso, la colaboración de los servicios de atención primaria de salud y de salud pública en la identificación de las riquezas comunitarias y personales es tan importante o más que el esfuerzo por determinar los factores generadores de la enfermedad.

Colaborar para que las personas y las comunidades aprendan a nadar en el río de la vida es un reto para los servicios de salud y para las comunidades en las que estos están integrados. Esto puede comportar un elemento de cohesión siempre que se desarrollen actividades comunes que no fragmenten, segmenten ni levanten barreras en los mapas.

Conclusiones

Este artículo pretende reflexionar sobre los peligros de desorientarnos cuando nos obsesionamos con seguir los mapas y nos olvidamos de prestar atención a las señales y advertencias del camino y sus paisajes. Pretende ser una llamada a ir avanzando hitos, con la vista puesta en el siguiente, pero afianzando pasos. Los mapas de activos como proceso quieren ser colectivos, y merecen ser reflexionados y evaluados para seguir andando. Los mapas de activos como objeto tienen que ser cuidados y adecuados para las personas, de modo que estas los utilicen cómodamente. Los mapas de activos tienen que pensar en su trascendencia como obras de arte colectivas, impulsando procesos que hagan que comunidades e instituciones se los apropien y los utilicen, que les desgasten los bordes de tanto plegarlos y desplegarlos, porque así es como se volverán clásicos. Los mapas, que eran un mero medio para llegar a un destino, se han ido transformando en un lugar en sí mismos al reconocer los potenciales de nuestras comunidades. Sin embargo, en ese paseo convendría no olvidar a dónde llevaba el camino por el que íbamos en primer lugar, para no quedarnos ensimismados en su contemplación.

Este *mapping boom* que hemos vivido los últimos años nos ha permitido volcar las activas realidades del territorio comunitario a los mapas. Ahora debería ser el momento de cerrar el ciclo, devolviendo la información, aterrizándola en las comunidades para que estas aporten volumen y color a sus texturas, para que les sirva de orientación. Ahora es el momento de volver de los mapas al territorio.

Contribuciones de autoría

Todos/as los/las autores/as afirman, en relación con la concepción y el diseño del trabajo, así como con la búsqueda de información y su análisis e interpretación de los datos, que:

- La escritura del artículo ha sido el producto de la colaboración del equipo investigador. J. Cubillo realizó el esquema inicial. Junto con B. Botello, V. Gea y M. Hernán se estructuró el documento. J. Cubillo, B. Botello y V. Gea redactaron el primer borrador, con las aportaciones, revisiones y sugerencias de M. Hernán, A. Segura y S. March.
- Todos/as los/las autores/as han aprobado la versión final para su publicación y han contribuido en suficiente medida para ser considerados/as autores/as.
- Todos los aspectos que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos entre los/las autores/as, en repetidas y suficientes ocasiones, con la finalidad de que sean expuestos con la máxima precisión e integridad.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Marchioni M. Comunidad, participación y desarrollo. Madrid: Popular; 1999. p. 40–3.
2. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*. 2007;14:17–22.
3. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit*. 2016;30:93–8.
4. Ferrer-Aracil J, Álamo JM. El mapa de activos para la salud como herramienta de organización y desarrollo comunitario. *Comunidad*. 2018;20.
5. Alianza de Salud Comunitaria. 2017. (Consultado el 10/2/2018.) Disponible en: <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/>
6. Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos en salud. EASP 2013. (Consultado el 12/2/2018.) Disponible en: <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
7. Observatorio de Salud de Asturias. Desigualdades en la utilización de tecnologías de la información. Consejería de Sanidad de Asturias. 2013. (Consultado el 10/2/2018.) Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wpcontent/uploads/OBSA12mVD.2013.pdf>
8. Villalonga-Olives E, Kawachi I. The measurement of social capital. *Gac Sanit*. 2015;29:62–4.
9. Botello B, Palacio S, García M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit*. 2013;27:180–3.
10. Segura A. Diseases, needs or problems: a framework for public health. En: Vallverdú J, Estany A, Puyol A, editores. *Philosophical and methodological debates in public health*. Springer; 2018. En prensa.
11. McKnight J. Mapa de activos en las comunidades. En: Hernán M, Morgan A, Mena A, editores. *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013. p. 103–25.
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2015.
13. Observatorio de Salud de Asturias. Actúa en salud. Consejería de Sanidad de Asturias. 2009. (Consultado el 10/2/2018.) Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/asturias-actua/>
14. Benedé B. Mapeando Oliver... un proceso... activo... y de activos. 2015. (Consultado el 10/2/2018.) Disponible en: <https://entusiasmoinconsciente.wordpress.com/2015/06/25/mapeando-oliver-un-proceso-activo-y-de-activos/>
15. Cubillo Llanes J, Rosado Muñoz N, Real Pérez MA, et al. Del mapa del tesoro a la red de activos en salud. *Comunidad*. 2017;19.
16. Vivero de Iniciativas Ciudadanas. CIVICS. (Consultado el 10/2/2018.) Disponible en: <http://www.viveroiniciativasciudadanas.net/civics/iniciativas/#a>
17. Custodia Urbana. Cumapp. (Consultado el 10/2/2018.) Disponible en: <http://www.cumapp.org/>
18. Collaborative for Neighborhood Transformation. What is asset based community development. ABCD-Institut. (Consultado el 10/2/2018.) Disponible en: <https://resources.depaul.edu/abcd-institute/resources/Documents/WhatisAssetBasedCommunityDevelopment.pdf>
19. Blancafort S, Artigas A, Lobera A, et al. Mapeando activos de salud en zonas urbanas desfavorecidas: la intervención grupal "Sentirnos Bien" del estudio AEQUALIS. *Actas del congreso Activos para la salud comunitaria*. Granada: EASP; 2017. p. 25–6.
20. Botello B. Entrevista a Antony Morgan. *Comunidad*. 2018;20:8.
21. López S, Suárez O, Cofiño R. Guía ampliada para la recomendación de activos ("prescripción social") en el sistema sanitario. Oviedo: Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, Principado de Asturias; 2017.
22. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, et al. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*. 2016;7.