

**Guía *ampliada*
para la
recomendación
de *activos*
("prescripción
social") en
el sistema
sanitario.**

Coordinación técnica del documento

Sonia López
Oscar Suárez
Rafael Cofiño

Grupo revisor del documento

Subdirección General de Drogodependencias de la Agencia de Salud Pública de Catalunya (Fleur Braddick, Jordina Capella y Joan Colom), Belén Alonso, María Eugenia Álvarez, Ana Cortés, Jara Cubillo, Ricardo de Dios, Yurema de la Fuente (Asociación Sumando), Marta del Real, Ana Belén Díaz, Ana García, Belén

García, Nadia María
García, José Antonio
González, Mariano
Hernán, Nieves Lafuente,
José Ignacio Lavín,
Patricia López, Tomás López (Hierbabuena Asociación para la Salud Mental), Alba Martínez, Marta Pisano, Mónica Regueira, Jordi Riba, María Jesús Rodríguez, Pepita Rodríguez, Susana Tardón, Marta Isabel Villamil -representante de la Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias (SEAPA)-.

En el apartado 5 (Cómo realizar la recomendación de activos desde la consulta) hemos incorporado expresamente algunas de las propuestas enviadas por Marta Villamil, Belén García y Marta del Real.

En el Anexo III introducimos un resumen de las aportaciones de los revisores.

Edita

Principado de Asturias

Diseño editorial

Jorge Lorenzo



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS



OBSERVATORIO
DE SALUD
EN ASTURIAS

El objetivo de esta guía ampliada es ofrecer orientaciones a las y los profesionales de la salud para incorporar la recomendación de activos desde la consulta en la práctica asistencial utilizando los recursos disponibles en el mapa del Observatorio de Salud en Asturias.

Para la puesta en marcha de este proyecto ha sido y es fundamental la colaboración de muchas personas que están trabajando en el ámbito de la salud comunitaria dentro y fuera de Asturias. Así mismo, las recomendaciones parten de la reflexión y del conocimiento compartido con muchas instituciones y entidades que están trabajando en proyectos de recomendación de activos en diferentes comunidades autónomas. Muchas gracias a todas ellas.

Las orientaciones dentro de la presente guía son fruto de un proceso que está en marcha y seguramente tiene elementos de mejora. Si consideras que podrías realizar alguna aportación interesante a las recomendaciones, te agradeceríamos que te pusieras en contacto con el Observatorio de Salud en Asturias (OBSA).

Índice

1 __ Introducción	p 8
2 __ Qué es la recomendación de activos	p 11
3 __ Diferentes tipos de recomendación de activos (“social prescribing”)	p 18
4 __ Evidencia disponible en actuaciones enmarcadas en la recomendación de activos	p 25
5 __ Cómo hacer recomendación de activos desde la consulta	p 31
6 __ Papel de los agentes comunitarios en el desarrollo del proyecto	p 35
7 __ Herramientas de apoyo	p 39
8 __ Referencias bibliográficas	p 44
9 __ Anexos	
I. Fases del proceso en sistemas de gobernanza local en salud	
II. Técnicas cualitativas de mapeo de activos	
III. Resumen de las aportaciones de las personas revisoras de las guías	
IV. Marco del trabajo en Asturias y en la alianza de salud comunitaria	
	p 48

1 _ Introducción

Para qué sirve esta guía

El objetivo de esta guía es ofrecer orientaciones a las y los profesionales de la salud para incorporar la recomendación de activos desde la consulta en la práctica asistencial utilizando los recursos disponibles en el mapa del Observatorio de Salud en Asturias.

Contenidos de la guía

A lo largo de la guía se abordan diferentes temas que consideramos relevantes para la incorporación del modelo de activos en salud en la práctica clínica, concretamente incluyendo la recomendación de activos para la salud dentro de la última fase de la entrevista clínica, donde se consensua el plan de actuación con la persona que acude a consulta.

En primer lugar, se abordan las definiciones de los términos que posteriormente se van a desarrollar, para continuar con un resumen de la evidencia disponible y una propuesta de trabajo sistematizada.

La última parte de la guía plantea casos ilustrativos que facilitan la interpretación de estos contenidos, así como un breve resumen de otras herramientas de trabajo disponibles que pueden ayudar a las y los profesionales sanitarios a incorporar estas prácticas.

Objetivos de la guía

El fin último de esta guía es tratar de conectar a las personas que se presentan con problemas de salud en el día a día de las consultas de los servicios sanitarios con los recursos y activos comunitarios con los que contamos en cada uno de los municipios asturianos, es decir, ofrecer alternativas sociales y comunitarias para mejorar la salud y bienestar de las personas que acuden a la consulta.

La guía por tanto pretende ser una herramienta para ofrecer a los y las profesionales de la salud un abanico más amplio de intervenciones, teniendo en cuenta la recomendación de otras actuaciones no farmacológicas de

para disminuir o evitar la medicalización de malestares cotidianos y algunas patologías.

Quién puede realizar la recomendación de activos en el ámbito sanitario

Todas las personas que trabajan en la práctica clínica asistencial pueden realizar recomendación de activos para la salud. Aunque esta actuación es más frecuente en Atención Primaria, otros/as profesionales de Atención Hospitalaria (por ejemplo en consultas externas, procesos de altas hospitalarias, salud mental...) también pueden realizar la recomendación de activos.

Teniendo en cuenta las diferentes perspectivas que tienen los y las profesionales que componen los Equipos de Atención Primaria, la recomendación de activos forma parte de la práctica cotidiana de todos ellos.

Puntos de partida de esta guía

Esta guía parte del trabajo y reflexión conjunta y colaborativa que, desde hace varios años, se está realizando en diferentes ámbitos locales y autonómicos y que tienen en cuenta el modelo de activos para la salud. Muchas de las personas claves que forma parte de esos procesos han participado en la revisión de esta guía¹.

Otro punto de partida significativo es el trabajo que se está realizando desde la Alianza de Salud Comunitaria (<http://www.alianzasaludcomunitaria.org/>)¹, plataforma de organizaciones e instituciones que trabajan en el ámbito de la salud comunitaria constituida formalmente el 2 de Mayo del año 2013.

La guía trata además de mantener una línea de coherencia con otras estrategias y documentos clave de nuestro entorno:

- **Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España**³. Elaborado por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España en mayo de 2010 y comisionado por la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Política Social.
- **Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS**⁴ del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aprobada el 18 de diciembre de 2013.

- **Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias**.⁵ Documento publicado por la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias en 2014.
- **Community engagement: improving health and well-being and reducing health inequalities**.⁶ Guía NICE 2016. Guía de participación comunitaria para mejorar la salud y el bienestar y reducir las desigualdades en salud elaborada por el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de Reino Unido en marzo de 2016.

1. Algunas de esas experiencias aparecen reseñadas a lo largo del documento o en la bibliografía de esta guía. También pueden consultarse en este artículo² del Informe SESPAS: Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, Paredes-Carbonell JJ, Hernán M. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>

2 _ Qué es la recomendación de activos

Activos para la salud

Los activos para la salud son definidos por Morgan y Ziglio en 2007 como "cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud"⁷.

Estos recursos presentes en la comunidad pueden actuar a nivel individual, familiar y/o comunitario y tienen como denominador común la capacidad

de fortalecer la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud física-psíquica y/o social y contrarrestar situaciones de estrés.

Es fundamental tener en cuenta que los recursos únicamente son considerados como activos cuando son reconocidos por la propia comunidad como riquezas, de las que se pueden valer para mantener y mejorar su bienestar, es decir, cuando son conocidos, valorados positivamente y utilizados por la población.

Algunos ejemplos de activos para la salud serían: una asociación (juvenil, de vecinos/as, de personas mayores, cultural, deportiva, de madres y padres / familias...), una plaza o un parque que sirve de espacio de encuentro, el centro de salud, un polideportivo, una senda donde poder pasear o hacer deporte, la biblioteca, una playa, la escuela, un centro social y las actividades que se desarrollan en él, actividades culturales, un lugar donde practicar yoga o gimnasia...

Recomendación de activos y prescripción social

La recomendación de activos es el proceso por el cual unas personas recomiendan a otras algunos de estos recursos/activos de la comunidad, indicándoles que pueden ser útiles para mejorar su bienestar.

Esta recomendación puede ser informal (por ejemplo, entre vecinos y vecinas de un barrio o de un pueblo) o formal (por ejemplo, en el marco de una consulta en un centro de salud, un técnico/a recomendando un recurso a una persona desde una asociación o desde un servicio municipal). Para la recomendación de recursos/activos de la

comunidad en la relación entre un(a) profesional de la salud y una persona que acude a consulta se encuentra extendida la utilización del término anglosajón “social prescribing”, también a veces empleado en nuestro medio como “prescripción social” (PrS). Otro término de la literatura inglesa poco usado en España es el de “community referral” o derivación a la comunidad.

Respecto a la adopción del término “prescripción social”, consideramos que debe realizarse con cierta prudencia dado que muestra posiblemente una visión racionalista

y paternalista donde la prescripción se entiende más enfocada hacia recetar, determinar u ordenar un remedio frente a la recomendación que tiene un sentido más genérico basado en la búsqueda consensuada, activa y participada con la persona. Además, no todos los activos que se recomiendan van a ser sociales. Quizás por ello el término más adecuado sería “recomendación de activos de la comunidad” (RA).

En esta guía nos centraremos en cómo realizar esta recomendación de activos desde el sistema sanitario.

La recomendación de activos no es solamente patrimonio del personal sanitario

Aunque en esta guía nos centremos en dicho enfoque -la recomendación de activos como herramienta complementaria para la práctica de profesionales de la salud-, es importante señalar que la implicación de otros ámbitos fuera del sistema sanitario es fundamental.

Así pues, en el conocimiento de los activos de la comunidad, la visibilización de los mismos, su recomendación de forma activa o el esfuerzo por conectar y optimizar los recursos existentes ha de tener un papel activo

también la ciudadanía, entidades asociativas, municipales y otros sectores de la administración que ejecutan políticas no sanitarias pero que sí que tienen mucho que ver con la salud pública y con el bienestar de la comunidad.

En el apartado 6 de esta guía señalaremos con algo más de detalle el proceso comunitario que sería necesario movilizar para tener un buen conocimiento por parte de la población de las riquezas existentes en una comunidad.

La recomendación de activos de la comunidad en el sistema sanitario

En términos generales, podemos entender la recomendación de activos desde la consulta como el mecanismo para vincular a las personas que acuden a la misma por problemas de salud a recursos comunitarios con el objetivo de mejorar su salud y bienestar.

La recomendación de activos de la comunidad es, por tanto, un **proceso** a través del cual un(a) profesional de la salud y la persona que acude a consulta identifican juntos el tipo de actividades que pueden ser benefi-

ciosas para afrontar un determinado problema de salud⁸.

La RA se realiza en el marco de una relación asistencial centrada en la persona, donde se trabaja el abordaje de los motivos de consulta con una orientación biopsicosocial. En este tipo de relación asistencial la herramienta clave es la utilización de una buena entrevista clínica. La recomendación de activos se realizará en la última parte de la misma (en la fase resolutiva), dentro del plan de actuación que se consensua con la persona.

Consiste en proporcionar una gama de opciones para complementar la atención sanitaria utilizando un enfoque más

holístico⁹, e implica tener en cuenta el contexto socioeconómico en el que viven las personas y su influencia sobre los resultados en salud, contribuir en la detección de activos y apoyar a las personas aprovechando las riquezas de la comunidad.

En el Congreso Nacional de la semFYC celebrado en Gijón en junio de 2015 Atanasio García subrayaba los siguientes aspectos que aporta la integración de la recomendación de activos dentro de la entrevista¹⁰:

-Es un proceso de trabajo desde una perspectiva salutogénica, no medicalizadora, con un enfoque positivo de la salud centrado en aquellas riquezas que generan salud y bienestar⁸.

-Supone incluir una perspectiva de orientación comunitaria y de promoción de la salud en la atención individual.

-Potencia la autonomía y empoderamiento de las personas.

-Aborda las desigualdades en salud incidiendo sobre determinantes sociales de la salud desde los servicios de atención asistenciales.

-Optimiza recursos existentes y los interconecta para su mayor aprovechamiento.

-Promueve la cohesión social y el capital social.

-Tiene costes muy reducidos (siendo necesaria una inversión inicial para su implementación).

Requiere un cambio fundamental en la relación entre el/la profesional de la salud y quien acude a

consulta. Las conversaciones que se dan dentro del proceso se centran en la planificación colaborativa, la toma de decisiones compartida y una dinámica de asociación entre la persona y el/la profesional trabajando juntos hacia unos objetivos comunes.

La RA tiene por objeto ampliar las opciones disponibles cuando se realiza el plan de actuación en la parte resolutive de la consulta. El/la sanitario/a explora junto con la persona que acude a consulta sus necesidades, intereses y resistencias, pactando medidas que puedan vencerlas, mejorar su salud y aportarles bienestar. Brinda a la persona la oportunidad de asumir la responsabilidad y fomenta el compromiso.

Por qué es interesante incorporar la recomendación de activos en la práctica diaria

El Informe Nesta de 2013⁸ recoge algunos aspectos a tener en cuenta para la incorporación de la recomendación de activos en la consulta. Actualmente se está dando un cambio demográfico con un envejecimiento de la población que conlleva un aumento en la demanda en Atención Primaria, además de haberse generado un contexto el que se cuenta con un tiempo de consulta más limitado. A su vez, en este momento la tecnología es más costosa y en

determinadas ocasiones no soluciona la raíz de los problemas. Por otra parte, la esperanza de vida en los más pobres es menor y existe un aumento en el gradiente social de la salud.

En países como el Reino Unido, la Salud Mental supone un 30% de las consultas de Atención Primaria, principalmente por ansiedad y depresión (Brown 2004), en su mayoría relacionadas con problemas sociales, lo que supone

para las y los profesionales de salud frustración y sensación de falta de apoyo para responder a estas causas sociales. Popay y colaboradores en 2007 indicaron que incluir la recomendación de activos en la práctica ahorraría tiempo a las y los profesionales además de suponerles una mayor satisfacción laboral¹¹.

Hay evidencia de los beneficios de la RA frente a problemas de salud mental frecuentes, como episodios depresivos y ansiedad y aborda el aislamiento social y la soledad (factor de riesgo comparable a tabaquismo y obesidad)^{12,13}.

En esta línea, Kinsella¹⁴ menciona un beneficio

potencial en tres áreas de la recomendación de activos:

- Disminuir la prevalencia y mejorar los resultados de salud mental y las demandas de servicios de salud.
- Mejorar el bienestar de la comunidad.
- Reducir la exclusión social.

Se mencionan además como posibles objetivos:

- Aumentar el conocimiento de los pasos a seguir para una buena salud mental.
- Aumentar la utilización de la recomendación de activos como tratamiento de primera línea para síntomas de ansiedad y depresión leve a moderada y otros síntomas comunes.

- Disminuir la prescripción inadecuada de antidepresivos en depresión leve y moderada (siguiendo las directrices de la NICE).
- Reducir la demanda de servicios de salud.

Por todo ello, como se indica anteriormente, la recomendación de activos se plantea como una herramienta complementaria en el marco de la atención sanitaria desde un enfoque holístico, teniendo en cuenta los contextos donde viven las personas (los determinantes de la salud) y la influencia que tienen en la salud los activos que existen en una comunidad.

Retos de la recomendación de activos en consulta

En el Informe Nesta 2013⁸ se mencionan diversos retos a los que se enfrenta la recomendación de activos:

- Implicar ámbitos más allá del sanitario, realizar un proceso multisectorial. Se indica que los programas de recomendación de activos son más exitosos si se asocia a organizaciones más allá del sistema nacional de salud (NHS).
- Salvar las diferencias existentes entre los diversos sectores implicados (en cuanto a formación, lenguaje, forma de medir el éxito...)

- Recolectar datos de cara a evaluar los resultados.
- Afrontar el incremento de la demanda de los recursos con las recomendaciones (posible generación de "listas de espera" en recursos de la comunidad). Se menciona que sería interesante encontrar vías alternativas de financiación y potenciar estos recursos comunitarios.

Específicamente en el ámbito sanitario indica que es preciso tener en cuenta los siguientes retos:

- Abordar el cambio de perspectiva en el sistema (actualmente orien-

tado hacia la gestión de enfermedad)

- Desarrollar el enfoque holístico dentro del tiempo de consulta del que actualmente se dispone con agendas llenas.
- Abordar el cambio en la forma de dialogar y planificar la atención.
- Poner en contexto la recomendación de activos y explicarla a la persona que acude a consulta¹⁴.
- Ganar la confianza de las y los profesionales de salud¹⁵
- Formar específicamente a las y los profesionales^{10,15}.

3 _ Diferentes tipos de recomendación de activos (“social prescribing”)

La revisión de la literatura pone de manifiesto que no existe un consenso claro acerca de la tipología de actuaciones incluidas dentro de los diferentes modelos de recomendación de activos desde la consulta.

Se toma de base la clasificación a partir del trabajo realizado por Kimberlee en el año 2015¹⁶, procedente a su vez de una investigación con grupos focales en los que se trata de organizar el marco de actuación relacionado con la recomendación de activos, en la que utilizan

el término “social prescribing”. La finalidad del presente apartado es meramente informativa, dar a conocer la existencia de la siguiente clasificación a las y los profesionales. Hemos de tener en cuenta que corresponde a un contexto diferente al de España con otras figuras profesionales y recursos.

Los diversos modelos reseñados son:

a) "Social Prescribing as Signposting" (Asesoramiento o consejo de actividades comunitarias)

Descripción

Este tipo hace referencia a la indicación por parte del o de la profesional de la salud a la persona que acude a consulta para que pueda participar en diferentes recursos y actividades comunitarias orientadas a mejorar su salud y bienestar.

Los y las profesionales que realizan este tipo de RA plantean una indicación genérica orientada a motivar la participación de la persona en un activo comunitario sin que exista una relación formal entre

este recurso y el/la profesional que lo recomienda.

Limitaciones

Normalmente este tipo de intervenciones no disponen de protocolos de seguimiento específicos y no se suele llevar a cabo una evaluación del impacto de este activo en el bienestar de la persona.

Hay una ausencia de mecanismo formal de recomendación y derivación.

Indicaciones

Este tipo de intervenciones podrían estar indi-

cadas en una primera aproximación, cuando se puedan prever ciertas resistencias a la participación en el recurso comunitario, o bien cuando se desconocen los activos y recursos que se encuentran disponibles en el contexto en el que vive la persona y no se dispone de tiempo suficiente para explorarlos.

b) “Social Prescribing Light” (Recomendación de activos básica o derivación a un recurso específico)

Descripción

Este tipo se realiza con mayor frecuencia dentro del ámbito asistencial. En este caso se procede a realizar una derivación directa a un recurso específico, ya sea éste un recurso externo de la comunidad como un centro deportivo específico o incluso una actividad comunitaria o un programa del propio centro de salud. Algunos que tienen incluidos en Gales en la cartera de servicios son: atención a personas cuidadoras, grupos de personas diabéticas, paciente activo, deshabituación tabáquica, etc. Esta recomendación trata

de cubrir necesidades específicas identificadas en la persona o grupos de personas que acuden a consulta animándoles a introducir cambios en sus estilos de vida y facilitando un aumento de su red de apoyo social.

Limitaciones

Este tipo de intervenciones suelen carecer de procesos de evaluación y seguimiento sistematizados que permitan valorar el impacto de la recomendación de activos y los programas en la salud de las personas. Normalmente estas actuaciones suelen estar orientadas casi en exclusiva a pro-

yectos de educación para la salud que tratan de facilitar estilos de vida más saludables en la población.

Indicaciones

Este tipo de intervenciones podrían estar indicadas en una primera aproximación, cuando se puedan prever ciertas resistencias a la participación en el recurso comunitario, o bien cuando se desconocen los activos y recursos que se encuentran disponibles en el contexto en el que vive la persona y no se dispone de tiempo suficiente para explorarlos.

c) “Social Prescribing Medium” (Recomendación de activos intermedia o derivación a múltiples opciones)

Descripción

A diferencia de las casuísticas anteriores, este tipo de recomendación de activos introduce una nueva variable. Esta variable es la asignación de un facilitador o referente para llevar a cabo el seguimiento de todo el proceso de derivación hacia un recurso comunitario.

Este referente puede ser un(a) profesional del propio centro de salud o un referente de la comunidad. La persona facilitadora es la encargada de acompañar a la persona que consulta en todo el proceso de trabajo comunitario. Quien facilita

trata de llevar a cabo las recomendaciones del o de la profesional de la salud, acompañando a la persona hacia recursos específicos orientados a mejorar el problema de salud identificado.

En el caso de que fuera necesario, también está capacitado/a para introducir todos aquellos cambios que considere oportunos en la recomendación del activo y tratar de mejorar el impacto de este activo en la salud y el bienestar de la persona. En este proceso de trabajo, la persona puede participar o ser derivada a múltiples recursos comunitarios a través de un

itinerario específicamente diseñado para ella.

Limitaciones

Este tipo de intervención suele estar dirigida al abordaje de necesidades específicas o cambios conductuales centrados principalmente en conductas no saludables que ha identificado el/ la profesional que realiza la derivación. Por lo tanto, podríamos considerar que carece de una aproximación “holística” al abordaje de los problemas de salud que presenta la persona.

El proyecto requiere un conocimiento elevado de los diferentes recursos



comunitarios que se encuentran operativos en la zona básica de salud, así como el establecimiento de protocolos de seguimiento y evaluación.

Indicaciones

Estas actuaciones se realizan en aquellos centros de salud que disponen de un referente comunitario

específico que acompañe a las personas en todo el proceso de trabajo en la comunidad.

Es necesario disponer de circuitos de derivación específicos en función de la casuística de las personas que acuden a consulta y los recursos comunitarios de los que se dispongan. Estos últimos tienen que ser

conocidos por los y las profesionales que realizan esa recomendación y acompañamiento.

d) "Social Prescribing Holistic" (Recomendación de activos holística o avanzada)

Descripción

Este tipo de recomendación de activos tiene una presencia minoritaria en el trabajo realizado desde los diferentes dispositivos sanitarios, ya que exige un mayor nivel de coordinación e integración con los distintos recursos comunitarios que se encuentran trabajando en la zona de influencia.

Como características principales de este tipo de

intervenciones podríamos señalar las siguientes:

- Hay uno o varios referentes identificados, tanto en el centro de salud como en la comunidad, con un circuito de derivación y consulta específico.
- Existe sistemas de información adaptados que ofrecen datos acerca de los recursos y activos que se encuentran operativos en la zona de salud y que permiten tener acceso a informa-

ción sobre los recursos disponibles en tiempo de real.

- Están claramente identificados los recursos locales disponibles, así como el tipo de actividades que llevan a cabo y la población destinataria.
- Se lleva a cabo un abordaje holístico de las necesidades que presenta la persona, con un abordaje multicausal que trata de incidir con los recursos disponibles en la comunidad no solo en

las conductas problemáticas o en los estilos de vida de la persona, sino también en las causas que originan estos problemas (sociales, ambientales...). Un ejemplo de este tipo de intervenciones podría ser una persona con malos hábitos alimenticios y un problema de salud asociado. La intervención en este caso no solo irá destinada a modificar esos hábitos, sino que se explorarán sus causas (aislamiento social, escasez de recursos económicos, acceso a alimentación saludable, etc.) de manera que se traten de identificar y recomendar recursos que puedan abordar cada una

de estas casuísticas de forma integrada.

- En este tipo de actuaciones es necesario disponer de procedimientos claros de valoración integral o interdisciplinaria, seguimiento y evaluación de las personas en su proceso de trabajo comunitario, así como de todo el itinerario específico que se ha diseñado para abordar su situación basal.

-En último lugar, este tipo de recomendación trata de lograr mejoras en las personas en términos de salud y bienestar a medio y largo plazo actuando no solo con la persona que acude a consulta,

sino también sobre los determinantes.

Limitaciones

No siempre es posible realizar este tipo de actuaciones desde el ámbito asistencial por múltiples casuísticas, ya sean de capacitación, recursos disponibles, etc.

Indicaciones

Estaría indicada para cualquier persona en aquellos dispositivos sanitarios que dispongan de espacios de trabajo en los que se proceda a intercambiar información acerca de los recursos y necesidades de los que se tiene constancia en su zona de influencia, así como sistemas de infor-

4 _ Evidencia disponible en actuaciones enmarcadas en la recomendación de activos.

mación que permitan a los y las profesionales conocer los recursos disponibles y sus características en tiempo real.

El centro ha de disponer de personal capacitado y de referentes específicos tanto dentro como fuera del mismo –con figuras de enlace entre la comunidad y las personas que acuden a consulta, linkworkers-, así como procedimientos estandarizados de valoración, seguimiento y evaluación para estas derivaciones comunitarias.

Actualmente la mayor parte de evidencia disponible se encuentra vinculada a trabajos realizados por el National Health System (NHS) de Reino Unido en el desarrollo de proyectos relacionados por la recomendación de activos.

Existen limitaciones en dicha evidencia relacionadas con la metodología y el diseño en los estudios identificados, lo que manifiesta la necesidad de llevar a cabo futuras evaluaciones más sólidas. Esto permitirá desarrollar programas de mayor impacto identificando parámetros relevantes y realistas y las posibles claves de éxito.

Entre las últimas revisiones realizadas en el ám-

bito anglosajón, destaca una revisión sistemática¹⁷ publicada en 2016 en el British Medical Journal que estudia 15 proyectos identificados entre más de 400 proyectos a nivel nacional que incorporan el desarrollo de actuaciones enmarcadas en la recomendación de activos desde el sistema sanitario. Otro de los trabajos destacados es el estudio realizado por el Observatorio de Salud Pública de Gales que ha elaborado recientemente un documento de síntesis acerca de la evidencia disponible en este campo¹⁸.

A continuación reflejamos algunas de las principales conclusiones de estos estudios.

Para quién se indica la recomendación de activos desde consulta

La mayor parte de trabajos se ha centrado en población con problemas de salud mental leve o moderado, así como en población con una alta demanda de actuaciones sanitarias por diversas patologías. Actualmente, tanto la NICE como el Sistema de Salud Escocés, aconsejan la recomendación de activos en población con problemas de salud mental leve y moderado.

En el estudio realizado por Brandling y House¹⁵ en el año 2007, se identifican en los pilotajes del

proyecto de recomendación de activos diversos perfiles de personas que eran remitidas con mayor frecuencia por parte del personal médico. Entre estos perfiles cabría destacar: personas con historia de problemas de salud mental, personas hiperfrecuentadoras, personas con dos o más patologías crónicas, personas socialmente aisladas (soledad, relaciones sociales disfuncionales), personas con síndrome de colon irritable, personas fatiga crónica o fibromialgia, personas que no se benefician de medicina

clínica y tratamiento farmacológico, personas con 3 o más derivaciones a atención hospitalaria en el último año.

Otros trabajos⁹ señalan con carácter prioritario los siguientes perfiles: personas con depresión y ansiedad de leve a moderada, padres/madres solteros/as con bajos ingresos, mayores con pérdida reciente (duelo), personas con patologías crónicas, personas con problemas de salud mental severos y duraderos, personas hiperfrecuentadoras de primaria y especializada.

Qué mejoras cabe esperar en términos de resultados de salud y bienestar

Actualmente se dispone de una amplia evidencia sobre la medida en que el capital social y el nivel de cohesión dentro de la comunidad generan salud y reducen la mortalidad¹⁷.

El meta-análisis publicado en el año 2010¹⁹ en la revista PloS Medicine señala que las personas con redes sociales más fuertes tienen un 50% más de probabilidad de supervivencia que aquellas con redes más débiles. Estos resultados indican que la influencia de las relaciones sociales en el riesgo de muerte son comparables con factores

tales como el consumo de tabaco y alcohol y superan la influencia de otros factores de riesgo como la inactividad física y la obesidad.

En un trabajo realizado por Laura Coll Planas²⁰ en Cataluña orientado a mejorar el capital social de personas mayores captadas en los centros sanitarios y que se incluían en un programa de activación comunitaria, los hallazgos identificados en el seguimiento mostraban una disminución de los sentimientos de soledad, así como un aumento de

la participación social y de las visitas a los y las profesionales de enfermería. El 65,8% de las y los participantes había logrado construir redes sociales y un 47,4% se encontraba participando en nuevas actividades en la comunidad. En el seguimiento realizado a los dos años los efectos sociales se mantenían y la sintomatología depresiva había disminuido.

Algunos de los trabajos anglosajones han identificado mejoras en sintomatología relacionada con ansiedad y depresión^{16,21},

así como en el funcionamiento social y calidad de vida percibida a los 6 meses de seguimiento.

Otros trabajos señalan mejoras en términos de satisfacción por parte de las personas por la participación en el programa de recomendación de activos^{14,16,17,19}, disminución de la sintomatología de soledad y aislamiento social^{16,18,22}, mejoras en términos de salud mental y física¹⁹, y aumento en la realización de diferentes actividades de interés en la comunidad^{22,23}.

En el trabajo realizado por Brandling y House¹⁵ se mencionan resultados positivos vinculados a diversos estudios, entre

los que cabría destacar: aumento de la autoestima y confianza, disminución del bajo estado de ánimo, aumento de oportunidades de contacto social, aumento de la percepción de autoeficacia y mejoras en habilidades transferibles.

En 2015 Thomson⁹ señala diferentes aspectos positivos identificados en la puesta en marcha del programa de recomendación de activos. Entre estos aspectos, cabría destacar:

- Aumento de la autoestima y confianza, sentido de control y empoderamiento.
- Mejoras en el bienestar psicológico o mental.

- Disminución de síntomas de ansiedad y / o depresión y del estado de ánimo negativo.
- Aumento en la sociabilidad, habilidades de comunicación y conexiones sociales.
- Reducción del aislamiento social y de la soledad, apoyo a personas difíciles de alcanzar.
- Mejoras en la motivación y el significado en la vida dando esperanza y optimismo sobre el futuro.
- Mejoras en la salud física y un estilo de vida más saludable.
- Adquisición de aprendizajes, nuevos intereses y habilidades, incluyendo habilidades artísticas.

Análisis del coste de las intervenciones realizadas

Existen pocos trabajos que incorporen el análisis de coste efectividad en el desarrollo de sus intervenciones.

Respecto a los consumos relacionados con la demanda asistencial, varios estudios evalúan el comportamiento de las personas en periodos que van desde los 6 a los 18 meses post-intervención¹⁴⁻¹⁷. La mayor parte de estudios no detecta cambios significativos en las visitas a los centros de atención primaria, si bien alguno de los trabajos identificados señala una disminución en las derivaciones

hacia un segundo nivel de atención¹⁶, así como en las visitas a los centros de atención primaria²⁴.

En el año 2014, el Informe de Prescripción Social de Bristol¹⁶ realiza una estimación del impacto económico en función del valor social de las intervenciones, es decir, del retorno social de la inversión (SROI). Este informe técnico plantea que por cada libra gastada, el retorno social de la inversión es de 2,90 libras.

Otros estudios, como el realizado por Grant en el año 2000²⁵, señalan

que, a pesar de haberse producido una disminución en la sintomatología relacionada con la depresión y ansiedad, y un aumento de la calidad de vida y salud percibida, también se había detectado un aumento de coste en la atención habitual del médico/a de familia a corto plazo. En este ámbito, otros estudios indican que se deben tener en cuenta además los beneficios a largo plazo para la comunidad y la disminución de las cargas de servicios de apoyo social (Goodhart y Graffy 2000).

Factores claves en la implementación de un proyecto de recomendación de activos

En el trabajo de investigación publicado por Kinsella en el año 2015¹⁴ se presenta la evaluación de un proyecto de recomendación de activos llevado a cabo en Rotherhams entre el año 2012 y el 2014. En este trabajo se analiza el uso de recursos hospitalarios siguiendo a un tercio de la muestra con datos a los 6 y 12 meses. Los hallazgos mostraron una disminución de la asistencia a urgencias hospitalarias, citas ambulatorias y admisiones hospitalarias de entre un 12%-15% en los primeros 6 meses y en torno al 21% a los 12 meses. Tras 18-24 meses se estima una recuperación del coste y un ahorro entre 1,41 y 3,38 libras por cada libra invertida.

En las evaluaciones realizadas la mayoría de los estudios señala que la mayor parte de medicina de familia se siente capacitada para la realización de la recomendación de activos y que la considera una herramienta útil en el trabajo que desarrolla^{12,14,16,18}.

Entre los principales factores que contribuyen a lograr el éxito en el desarrollo de estas intervenciones se señalan en diversos estudios:

- la coordinación entre los diferentes actores implicados¹⁶
- la formación que facilite el establecimiento de redes de trabajo y colaboración entre todos los

- actores implicados^{24,25}
- la comunicación e intercambio de información entre el personal sanitario y otros actores claves comunitarios, así como profesionales de enlace con la comunidad, que traten de explicar claramente en qué consiste el desarrollo del programa para aumentar el compromiso y participación de las personas que acuden a consulta^{18,26,27}
- en último lugar, se señala como otro de los factores claves proporcionar feedback respecto a los cambios y mejoras que se van produciendo a lo largo de todo el proceso^{12,22,26}.

5 _ Cómo hacer recomendación de activos desde la consulta

La entrevista es la herramienta fundamental para establecer una buena relación terapéutica con la persona que acude a consulta. Aunque existan ciertas diferencias en los tipos de entrevista utilizada según el abordaje de algunos de los problemas de salud y según la categoría profesional, podemos dividirla en dos momentos principales como señalan Borrell y Carrió en 2004²⁸: fase exploratoria y fase resolutoria.

En la fase exploratoria (primera parte de la consulta), y de forma general, las tareas serían las siguientes:

1. Establecer una relación terapéutica adecuada

(calidez, empatía, escucha, respeto).

2. Delimitar y clarificar la demanda /necesidad/ problema.

Plantearnos por ejemplo el caso de una persona que acude varias veces a consulta (hiperfrecuentación) y que se siente sola; la demanda que expresa y por la que acude puede no coincidir con la necesidad o problema.

3. Obtener los datos necesarios para establecer la naturaleza del problema (creencias y expectativas, condicionantes familiares y sociales, contextos, valoración del entorno).

Algunos ejemplos de preguntas serían:

¿Podría contarme lo que hace durante un día normal?, ¿y un festivo?

¿Dónde vive y con quién?

¿Ha habido algún cambio en su vida últimamente?,

¿Algún problema que le preocupe?, ¿cómo lo lleva?(si hay algo descrito en su historia clínica se puede hacer referencia y preguntar)

¿Cómo cree que esto está afectando a su salud?

¿Quién le ayuda o podría ayudarlo?

¿Qué cambios ha pensado que podría hacer para sentirse mejor?

4. Realizar la exploración de los aspectos de su vida y entorno que pueden proporcionarle bienestar y hacerle sentir bien.

¿Practica alguna activi-

*dad en relación a estos aspectos?
¿Conoce el modo en que puede acceder a ellas?
¿Cuáles practicaba y le gustaría poder practicar de nuevo? ¿por qué no puede practicarlas actualmente?*

Si preguntamos por aficiones/hobbies e indica no tenerlos, explorarlo. Tal vez los tiene pero no los reconoce como tales, los tuvo hace años y ya no los realiza o quizá puede no haberlos tenido nunca.

También es importante tener en cuenta la situación económica de la persona. Aunque las actividades que se incluyen en la base de datos no son con ánimo de lucro,

en algunas quizás es necesario pagar alguna cantidad de dinero. Este tipo de preguntas indirectas a veces son muy utilizadas en la entrevista clínica para hacer una valoración indirecta de necesidades económicas (Beatriz Aragón, 2017).

5. En aquellos casos en que la consulta lo precise: orientar, ejecutar la exploración física o derivar a quien tenga capacidad para realizarla.

En la fase resolutive (segunda parte de la consulta) las tareas serían las siguientes:

1. Elaborar y sintetizar la información que tenemos de la primera fase

Ejemplo: “Por lo que hemos hablado veo que le preocupa.... y cuenta con.... y ha pensado que podría....”.

2. Compartir y consensuar con la persona que acude a consulta un plan de actuación. Este plan de actuación puede ser diagnóstico, terapéutico o ambos. Es en este momento cuando se define un plan de actuación donde se realizaría la recomendación de activos.

Es recomendable utilizar técnicas motivacionales y de consenso para empoderar a la persona que acude a consulta en el control de su salud, teniendo en cuenta sus intereses

y preferencias e intentando entender sus resistencias, ayudándole a buscar alternativas para vencerlas.

De cara al consenso es interesante pedir permiso antes de recomendar. También es importante resaltar la fortaleza de recursos con los que cuenta o animarle a explorar alguna posibilidad que nos plantee, destacando ideas que tenga o éxitos del pasado.

¿Te podría comentar algún recurso para ver qué te parece? "Muy buena idea, eso sería estupendo..."; "seguro que has hecho cosas más difíciles..."; "otras personas lo han hecho y puede que a ti también te ayude..."

"En relación con ese tema hay un taller, una actividad, una senda, ¿lo conoces?, ¿qué te gustaría?... aquí en el pueblo o barrio, te la voy a enseñar"

3. Explicar, en caso de que también exista un tratamiento farmacológico, que ambos (el tratamiento y la recomendación de activos) son compatibles.

4. Asegurarse de que la persona comprende y está de acuerdo con el plan de actuación. La actividad se puede imprimir desde la página web para que la pueda llevar en formato físico.

Ejemplo: "Entonces, si le parece, podemos quedar en que..."; "Aquí, en este

papel, tienes algunos de los recursos que comentamos. Van incluidos unos datos de contacto, dirección, teléfono y correo electrónico, por si quieres más información..."

Por tanto, la recomendación de activos realizada dentro del plan de actuación incluiría:

- Tener en cuenta el capital personal, es decir, qué puede hacer o activar la persona por sí sola y cómo puede recurrir a su entorno para desarrollar o reforzar dichos aspectos.
- Tener en cuenta el capital social de la persona, que incluye su red de apoyo social y relaciones (aquellas personas de su entorno a las que podría

acudir para poder mejorar su situación), su capacidad económica y la capacidad de aprovechar lo que el entorno ofrece.

- Conocer los intereses, gustos, aficiones, capacidades y posibilidades de la persona que acude a consulta. Individualizar la recomendación de activos.
- Consultar y explicar el mapa de activos de Asturias Actúa para la zona en la que vive la persona que acude a consulta. Valorar conjuntamente con la persona aquellos recursos incluidos que pudieran ser de utilidad para mejorar su salud y bienestar.
- Motivar a la persona y reforzar su decisión.
- Ofrecer información sobre los recursos que seleccione la persona (por ejemplo imprimiendo la ficha accesible a través de la página web).
- Tener en cuenta que muchas veces, las con-

diciones donde viven las personas, sus contextos socioeconómicos y familiares dificulta que puedan tomar decisiones saludables y para poder cuidarse mejor. Valorar en estos casos el trabajo conjunto con otros/as profesionales.

6 _ Papel de los agentes comunitarios en el desarrollo del proyecto

La salud y bienestar de la población dependen de las condiciones del lugar donde se vive, tanto sociales como económicas, ambientales, culturales, educativas, sanitarias...³, es decir, de los determinantes sociales de la salud. Por tanto, en el bienestar y salud de la comunidad influyen numerosos factores como la existencia y utilización de recursos, la conexión que hay entre ellos o el grado de cohesión social. A su vez, la participación de la ciudadanía y su mayor protagonismo en los procesos genera poblaciones más saludables²⁹.

Existen por tanto numerosos ámbitos implicados en mantener y mejorar la salud y bienestar de la población, no sólo el sistema sanitario y sus profesionales. Así pues, si queremos mejorar la salud y bienestar de la

comunidades fundamental tener identificadas y establecer lazos con las personas clave de dichos ámbitos, aquellas conocedoras de la realidad de la comunidad y sus recursos y con la capacidad de movilizar a la población para lograr su máxima implicación en procesos que puedan iniciarse con dicho fin. Algunos ejemplos de posibles personas y ámbitos serían: personal del centro de salud (medicina, enfermería, trabajo social...), profesorado de ámbito educativo, técnicos municipales (de Servicios Sociales, Biblioteca, patronato deportivo, Oficina de Información Juvenil, urbanismo...), asociaciones (culturales, de mujeres, mayores, deportivas, juveniles, de vecinos, etc.), personas clave que no están vinculadas a un ámbito concreto pero que como indicamos an-

tes sean grandes conocedoras de la comunidad y la movilicen, etc.

Además, desde una perspectiva de equidad, es importante reflexionar en todo momento si nos estamos dejando a aquellos grupos que generalmente quedan olvidados, tratando de incorporarlos también en los procesos que se puedan iniciar.

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, para mejorar la salud y bienestar de la comunidad es clave que todos los ámbitos se conecten y comiencen a trabajar juntos de manera horizontal e integrada incorporando las perspectivas de equidad y determinantes sociales de la salud mencionadas anteriormente, con la participación de la población en todas las fases del proceso como eje central.

El mapeo de activos

El proceso de identificación de los recursos que la propia comunidad reconoce como riquezas que fortalecen la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud se denomina mapeo de activos³⁰.

El mapeo por tanto no puede entenderse como una acción puntual ni un fin en sí mismo y pierde su sentido si no es realizado dentro de un proceso con una participación real de la comunidad. Permite establecer lazos entre los diversos sectores, conocer las riquezas, los activos de los que se dispone y tratar de conectar y

optimizar dichos recursos de cara a abordar las posibles necesidades que se detecten.

La recomendación de activos desde consulta puede iniciarse con el mapeo de activos como primer paso dentro del proceso de comenzar a trabajar todos juntos para mejorar la salud de la comunidad. Es fundamental que los agentes comunitarios den a conocer y compartan los recursos y actividades de los que dispone cada uno desde su ámbito con el resto de ámbitos y la comunidad. Para dicha recomendación de

activos desde consulta es importante además que las personas encargadas de los recursos/ activos y actividades se responsabilicen de incorporarlos a la base de datos Asturias Actúa en Salud, herramienta donde se puede centralizar y compartir la información manteniéndola actualizada. Por último, es clave buscar fórmulas para apoyar y colaborar con aquellos que puedan necesitar ayuda a la hora de incorporar sus recursos a la base.

Sistemas de Gobernanza Local en Salud

Dentro ya de un proceso más global, denominamos Sistemas de Gobernanza Local en Salud³¹ a esos grupos intersectoriales, tanto los más informales como los conformados formalmente, integrados por personas de todos los ámbitos cuya finalidad es empezar un proceso para mejorar el bienestar y la salud de la comunidad trabajando todos juntos como iguales desde la horizontalidad, con la búsqueda de una participación y protagonismo real de la ciudadanía en todas las fases del mismo, incorporando la perspectiva de deter-

minantes sociales de la salud y tratando de no dejar a nadie fuera incorporando la de equidad.

Un ejemplo de Sistema de Gobernanza Local en Salud (SGLS) puede ser un Consejo de Salud de Zona, una Mesa Intersectorial de Salud o un Consejo Municipal de Salud. Esta estructura debe ser representativa de la comunidad de su territorio y estar compuesta por personas de todos los ámbitos -ayuntamiento, técnicos municipales, sanitarios, profesorado, representantes de los diversos tipos de asociaciones del territorio,

etc.-Estas estructuras sólo se consideran SGLS si trabajan incorporando la perspectiva y orientación mencionada anteriormente. Puede ser interesante aprovechar las estructuras intersectoriales existentes previamente potenciándolas en esta dirección, así como tratar de evitar duplicidades en caso de existencia de varias, unificándolas si fuera posible.

Desde el Observatorio de Salud se vienen apoyando las estructuras que desean iniciar un proceso de estas características desde el Proyecto de Sistemas de Gobernanza

Local en Salud. En el **Anexo I** puede consultarse la propuesta de diversas fases del proceso de la Guía para trabajar en Salud Comunitaria en Asturias³².

De cara a dar simplemente un par de pinceladas, comentar que antes de iniciar cualquier proceso es fundamental una reflexión previa, pararse a conocer qué se ha hecho hasta el momento en el territorio, si existen experiencias de grupos intersectoriales, mapeos de activos, etc. Ya posteriormente –en la fase de trabajar juntos– se comenzaría a generar o revisar el grupo de diversos sec-

tores y personas clave, tratando de establecer los objetivos del mismo y buscando lenguajes e intereses comunes.

El mapeo de activos como tal se enmarca en la fase de identificación, centrada en el análisis tanto de los activos disponibles como de las necesidades del territorio, dando gran importancia a la opinión, visión y experiencia de la propia comunidad –análisis cualitativo– combinado con el análisis de datos –cuantitativo–. Para su realización, existen diversas técnicas participativas de investigación

como las entrevistas a personas clave, reunir a personas para pasear juntos identificando activos, reflexionar intercambiando fotografías, etc².

En el **Anexo II** puede consultarse una tabla con las diversas técnicas existentes.

7 _ Herramientas de apoyo

Como se ha indicado anteriormente, la recomendación de activos desde la consulta es una herramienta de utilidad a incorporar dentro de la fase resolutive de la entrevista clínica.

Asturias Actúa en Salud

Para acceder a la información sobre los activos disponibles en el territorio disponemos en Asturias de una herramienta del Observatorio de Salud (OBSA) denominada **Asturias Actúa en Salud**³³. Este proyecto trata de identificar y dinamizar activos en salud localizados en los municipios asturianos y surge a raíz de la I Jornada sobre Participación Comunitaria en Salud en Asturias en noviembre de 2009 organizada por la Dirección General de Salud Pública y Participación.

Asturias Actúa en Salud es una base de datos

abierta donde cualquier persona, profesional, asociación o institución puede rellenar unos sencillos formularios tras darse de alta para introducir sus recursos y actividades. La información es revisada y validada por el OBSA antes de pasar a estar visibles y disponibles para su consulta. Son por tanto los propios recursos los que introducen la información sustentándose en la idea de mantenerla viva y actualizada y de cara a comenzar a generar procesos de conexión entre los diversos ámbitos.

La consulta de la base de datos puede realizar-

se a través de la página web del Observatorio www.obsaludasturias.com > Recursos de Salud > Buscador de actuaciones comunitarias. Asimismo, se puede realizar a través de una aplicación gratuita con versión para Android, IOS para dispositivos móviles. Esta aplicación tiene un sistema de geolocalización que facilita la búsqueda y posicionamiento de los activos en salud registrados.

Icono de acceso a Asturias Actúa en Salud en el OMI-AP

Por otra parte, existe la posibilidad de acceder directamente a la base de datos desde las consultas de Atención Primaria solicitando la activación en el programa OMI-AP de un icono en la Historia Clínica Electrónica que filtra las actividades y recursos disponibles en la zona en función de la edad y sexo de la persona que acude a consulta y la distancia al Centro de Salud ofreciendo información personalizada³⁴.

Si en el OMI-AP no se dispone de dicho icono para acceder al mapa de activos para la salud y

hay interés desde vuestro centro de salud en incorporarlo, se puede contactar con el Observatorio de Salud para planificar su incorporación y programar una sesión para el asesoramiento al equipo de atención primaria sobre su funcionamiento.

También se puede acceder directamente al mapa en las consultas desde la web del Observatorio a través del enlace indicado anteriormente.

Qué ocurre si en mi zona no hay activos en la base de datos

Por lo general, aquellas zonas en las que hay más activos identificados en el mapa son lugares donde hay en marcha procesos comunitarios más vivos y donde los espacios de participación ciudadana están incorporando sus recursos al mapa.

Por tanto, la introducción de activos en el mapa como herramienta para la recomendación de activos en consulta y la difusión de los mismos puede ir ligada a comenzar o redirigir un proceso de participación intersectorial de salud, con un protagonismo real de la ciudadanía, de cara a co-

nocer los recursos con los que se cuenta para tratar de abordar las necesidades detectadas trabajando conjuntamente en la mejora de la salud y bienestar de la población.

Una buena posibilidad, como paso previo a medidas más ambiciosas, es conocer el mapa de activos del Observatorio y animar a registrar recursos y actividades comenzando a establecer lazos desde el centro de salud tanto con asociaciones y líderes de la comunidad que se tengan identificados como con el ayuntamiento y sus técnicos. Para ello

es importante transmitir cómo su registro puede llevar a la difusión de los mismos a la población y entre los diversos ámbitos empezando a conectarse y comunicarse, además de favorecer la recomendación de estos activos desde la consulta.

Cómo introducir activos en Asturias Actúa en Salud

El registro de recursos y actividades en la base de datos del Observatorio es muy sencillo. Generalmente es el propio recurso quien introduce la información de cara a mantenerla viva y actualizada.

Los y las profesionales de la salud como agentes que conocen los recursos de las Zonas Básicas de Salud, pueden detectar activos a incorporar, por lo que es interesante saber cómo registrar los mismos. Así mismo, puede ser necesario un apoyo inicial a las personas que comienzan a introducir recursos.

Para registrar recursos y actividades se deben seguir unos pasos muy sencillos:

1. Entrar en el apartado recursos de salud de la web del Observatorio <http://obsaludasturias.com/actius/project/web/actuaciones/obsa>
2. Registrarse en la base de datos si la usas por primera vez, introduciendo un correo electrónico, que será el usuario, y una contraseña. Una vez enviado, llega un correo automático para activar definitivamente dicho usuario y contraseña

pulsando un link.

3. Entrar en el recuadro actividad comunitaria o recurso comunitario según interese introducir un recurso (asociación, centro social, plaza, senda...) o una actividad (danza, yoga, Jornada, excursión...).
4. Iniciar sesión introduciendo usuario y contraseña (sólo lo pedirá la primera vez cada sesión).
5. Rellenar un sencillo formulario con una serie de apartados con información básica: nombre del recurso/actividad, descripción (indicar coste), tipo de población a la que

se dirige, dirección, contacto... Una vez rellenados los campos obligatorios de las tres pantallas, pulsar enviar.

Es importante recordar que aquello que se introduzca no aparecerá directamente en el buscador de actuaciones comunitarias (mapa de activos), sino que lo hará tras ser validado por el Observatorio si cumple unos requisitos muy sencillos, entre los que se encuentran que se justifique por qué ese recurso/actividad puede mejorar el bienestar y que no tenga ánimo de lucro.

Puede consultarse más información en la Guía de ayuda para la inscripción de actividades o recursos en la web:

<http://obsaludasturias.com/actius/project/web/actuaciones/obsa>

Ante cualquier duda, sugerencia o necesidad de orientación sobre la recomendación de activos en consulta, cómo poner en marcha un proceso de participación intersectorial en salud, cómo incorporar una orientación hacia la salud comunitaria en tu centro o cómo iniciar un proceso con el mapeo de activos de tu comunidad, puedes ponerte en contacto con el Observatorio:

**Observatorio de Salud
en Asturias**

Dirección General de Salud Pública
Consejería de Sanidad
C/ Ciriaco Miguel Vigil – nº 9
33006 Oviedo
Tfno: 985106385 / 985106338
Correo electrónico: obsalud@asturias.org

En cualquier caso, tienes a tu disposición la Guía para trabajar en Salud Comunitaria en Asturias en la página web del Observatorio.

www.obsaludasturias.com > Herramientas > Guía de Salud Comunitaria.
www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Guia_salud_comunitaria_2016.pdf

8 _ Referencias bibliográficas

1. Alianza de Salud Comunitaria. <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/>
2. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, Paredes-Carbonell JJ, Hernán M. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.* 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
3. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS Madrid, 2015. Disponible en: <https://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
5. Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias. Consejería de Sanidad y Servicio de Salud del Principado de Asturias Gobierno del principado de Asturias; 2014. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Estrategias/Estrategia%20Cronicidad/Estrategia%20Cronicidad_online.pdf
6. NICE guideline. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. National Institute for Health and Care Excellence; March 2016. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>
7. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education.* 2007; Suppl 2: 17-22. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10253823070140020701x>
8. More than medicine: New services for people powered health. Innovation Unit and Nesta 2013.[Internet].[citado 21 de julio de 2017]. Disponible en: http://www.nesta.org.uk/sites/default/files/more_than_medicine.pdf
9. Thomson, L.J., Camic, P.M. &Chatterjee, H.J.Social prescribing: a review of community referral schemes. 2015 London: University College London. <https://www.ucl.ac.uk/museums/research/museumsonprescription/social-prescribing-review.pdf>
10. García A. Congreso Nacional semFYC Gijón, junio 2015.
11. Popay J, Kowarzik U, Mallinson S, Mackian S, Barker J. Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part I: the GP perspective. *J Epidemiol Community Health.* Noviembre de 2007;61(11):966-71.
12. Friedli L, Themessl-Huber M, Butchart M. Evaluation of



12. Social prescribing: a review of the evidence

- Dundee equally well sources of support: social prescribing in Maryfield. Evaluation Report Four, 2012.
13. Guia de prescripció social a l'atenció primària. Subdirecció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya. Pendiente de publicació.
 14. Kinsella S. Social prescribing: a review of the evidence. Wirral Council Business and Public Health Intelligence Team. July 2015.
 15. Brandling, J. and House, W. Investigation into the feasibility of a social prescribing service in primary care: a pilot project. 2007; University of Bath and Bath and North East Somerset NHS primary care trust, Bath, U.K. Link to official url (if available): http://www.bath.ac.uk/health/pdf/social_prescribing_final_report.pdf
 16. Kimberlee, R. What is social prescribing? *Advances in social sciences research journal* 2015,2(1), 102 -110.
 17. 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:e013384. doi:10.1136/bmjopen-2016-013384
 18. Sian Price et al. Social Prescribing evidence map: summary report, Public Health Wales NHS Trust, June 2017
 19. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *Plos Medicine*. 2010.
 20. Coll-Planas L et al. Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona. 2015
 21. ERS Research and Consultancy. Newcastle Social Prescribing Project: final report, 2013.
 22. Grayer J, Cape J, Orpwood L, et al. Facilitating access to voluntary and community services for patients with psychosocial problems: a before-after evaluation. *BMC FamPract* 2008;9:27.
 23. Friedli L, Themessl-Huber M, Butchart M. Evaluation of Dundee equally well sources of support: social prescribing in Maryfield. Evaluation Report Four, 2012.
 24. Woodhall J, South J. The Evaluation of the CHAT Social Prescribing Scheme in Bradford South and West PCT. Centre for Health Promotion Research, 2005
 25. Grant C, Goodenough T, Harvey I, et al. A randomized controlled trial and economic evaluation of a referrals facilitator between primary care and the voluntary sector. *BMJ* 2000;320:419-23.
 26. Brandling J, House W, Howitt D, et al. New routes: pilot research project of a new social prescribing service provided in Keynsham. The Care Forum, 2011.
 27. South J, Higgins TJ, Woodall J, et al. Can social prescribing provide the missing link? *Prim Health Care Res Dev* 2008;9: 310-18.
 28. Borrell i Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Sociedad



Recomendaciones de recursos para la formación de profesionales sanitarios

- Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC); 2004.
29. Buck D. Improving the public's health: a London: resource The for King's local Fund; 2013. 60 p. Disponible en: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/improving-the-publicshealth-kingsfund-dec13.pdf
30. Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. Disponible en: <http://www.easp.es/project/formacion-ensalutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
31. Flores W. ¿Qué es la gobernanza del sistema de salud y cuál es su relevancia? Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud. Disponible en: http://www.cegss.org.gt/documentos/Que_es_la_gobernanza.pdf
32. Guía para trabajar en salud comunitaria en Asturias. Dirección General de Salud Pública; 2016 Asturias. Disponible en: <http://obsaludasturias.com/obsa/guia-de-salud-comunitaria/>
33. Asturias Actúa en Salud. Observatorio de Salud en Asturias. <http://obsaludasturias.com/actius/project/web/actuaciones/obsa>
34. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias (2016). Asturias Actúa Trabajando en Salud Comunitaria en el territorio. Informe de Evaluación 2015-2016. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Informe-Asturias-Actu%CC%81a-Agosto-2016.pdf>
35. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria PACAP. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. <http://www.pacap.net/pacap/>
36. Capella J, Braddick F, Schwartz H, Segura L, Colom J. Los retos de la prescripción social en la Atención Primaria de Catalunya: la percepción de los profesionales. Comunidad, septiembre 2016.
37. Evidence to inform the commissioning of social prescribing The University of York. Centre for Reviews and Dissemination. February 2015.
38. Kimberlee, R. Developing a social prescribing approach for Bristol. project report. Bristol health & wellbeing board, UK. Available from: <http://eprints.uwe.ac.uk/23221>
39. Maughan DL, Patel A, Parveen T, et al. Primary-care-based social prescribing for mental health: an analysis of financial and environmental sustainability. Prim Health Care Res Dev 2016;17:114–21
40. Dayson C, Bashir N. The social and economic impact of the Rotherham Social Prescribing Pilot: main evaluation report. Centre for Regional Economic and Social Research, Sheffield Hallam University, 2014.
41. Involve North East. Newcastle West Clinical Commissioning Group social prescribing pilot project: the views of participating health professionals, 2013.
42. White J, Kinsella K, South J. An evaluation of social

- prescribing health trainers in south and west Bradford, Yorkshire and Humber Regional Health Trainers Hub / Leeds Metropolitan University, 2010.
43. Loftus AM, McCauley F, McCarron MO. Impact of social prescribing on general practice workload and polypharmacy. *Public Health*. julio de 2017;148:96-101.
44. Moffatt S, Steer M, Lawson S, Penn L, O'Brien N. Link Worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: qualitative study of service user perceptions. *BMJ Open*. 1 de julio de 2017;7(7):e015203.
45. What is social prescribing? [Internet]. The King's Fund. [citado 19 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/topics/primary-and-community-care/social-prescribing>
46. Kimberlee R. What is the value of social prescribing? *Advances in Social Sciences Research Journal* [Internet]. 12 de marzo de 2016 [citado 21 de julio de 2017];3(3). Disponible en: <http://scholarpublishing.org/index.php/ASSRJ/article/view/1889>
47. One PC. Primary Care One - Social Prescribing [Internet]. [citado 19 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.primarycareone.wales.nhs.uk/social-prescribing>
48. Observatory PHW. Public Health Wales Observatory - Topic specific evidence summaries [Internet]. [citado 18 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.publichealthwalesobservatory.wales.nhs.uk/topic-specific-evidence-summaries-1>
49. Social prescribing evaluation report.pdf [Internet]. [citado 21 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.dundeepartnership.co.uk/sites/default/files/Social%20prescribing%20evaluation%20report.pdf>
50. Social Prescribing literature review v5.pdf [Internet]. [citado 21 de julio de 2017]. Disponible en: http://info.wirral.nhs.uk/document_uploads/evidence-reviews/Social%20Prescribing%20literature%20review%20v5.pdf
51. Social prescribing summary report v1 GROUPWARE.pdf [Internet]. [citado 18 de julio de 2017]. Disponible en: [http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/PubHObservatory-ProjDocs.nsf/0/d8aba77d02cf471c80258148002ad093/\\$FILE/Social%20prescribing%20summary%20report%20v1%20GROUPWARE.pdf](http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/PubHObservatory-ProjDocs.nsf/0/d8aba77d02cf471c80258148002ad093/$FILE/Social%20prescribing%20summary%20report%20v1%20GROUPWARE.pdf)
52. Social prescribing technical report v1 0.pdf [Internet]. [citado 18 de julio de 2017]. Disponible en: [http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/PubHObservatoryProjDocs.nsf/3653c00e7bb6259d80256f27004900db/79aaeec9b966bc2e8025815500511894/\\$FILE/Social%20prescribing%20technical%20report%20v1%200.pdf](http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/PubHObservatoryProjDocs.nsf/3653c00e7bb6259d80256f27004900db/79aaeec9b966bc2e8025815500511894/$FILE/Social%20prescribing%20technical%20report%20v1%200.pdf)

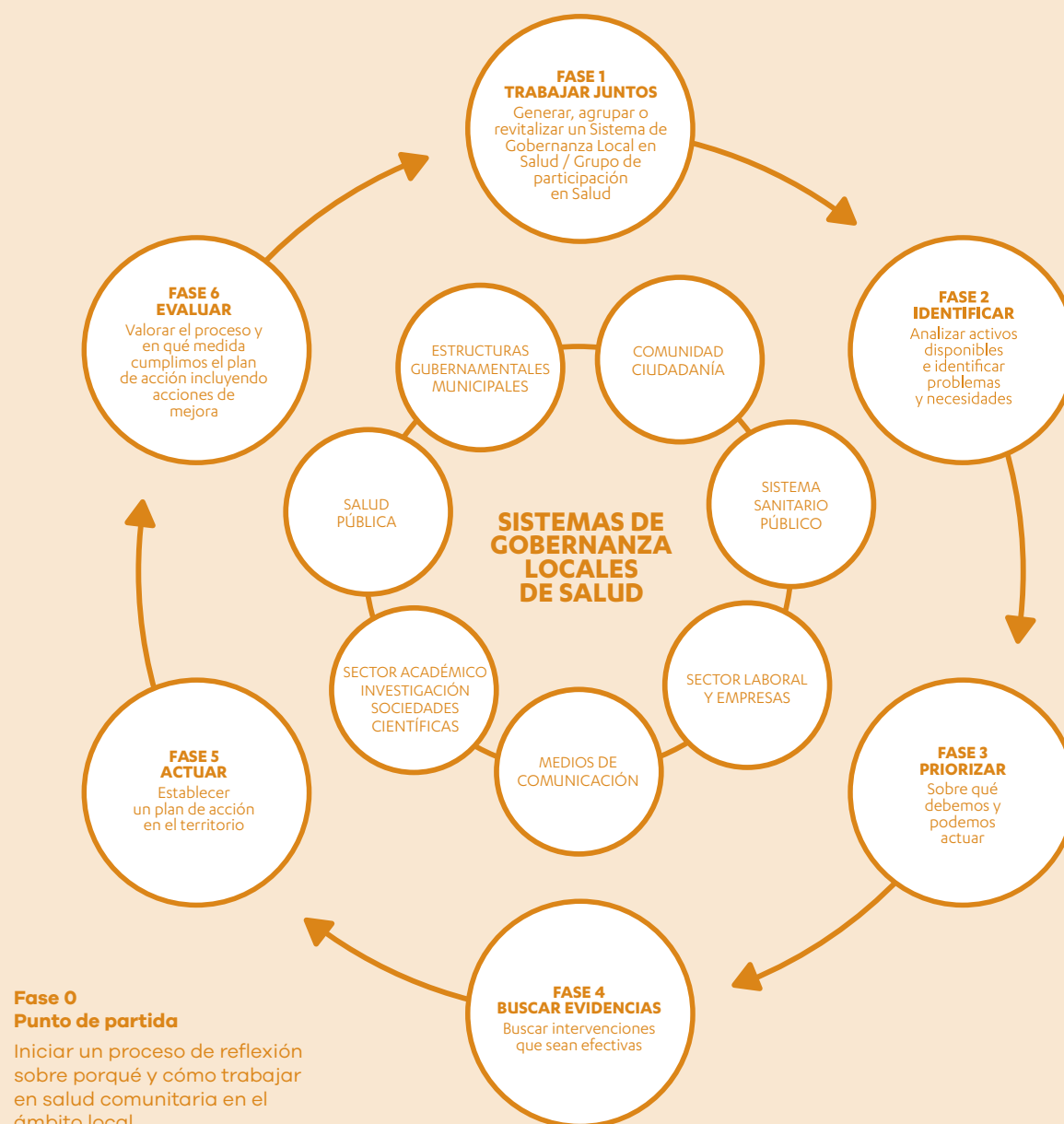
9 _ Anexos

Fases del proceso en Sistemas de Gobernanza Local en Salud

Figura extraída de: Guía para trabajar en salud comunitaria en Asturias.

Dirección General de Salud Pública de Asturias. Oviedo, 2016

Disponible en: <http://obsaludasturias.com/obsa/guia-de-salud-comunitaria/>



Técnicas cualitativas para el mapeo de activos

Tabla extraída del texto: Cofiño, R, Aviñó, D, Benedé, CB, Botello, B, Cubillo, J, Morgan, A, Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gaceta Sanitaria, 30, Supplement 1, 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>

Anexo 3

Técnicas para identificar distintos activos para la salud en un territorio y valoración de las mismas.

TÉCNICAS												
Activos	Entrevistas ^b	Grupo focal o de discusión ^c	Análisis documental (webs, redes sociales) ^d	Conversación informales / observación ^f	Mapping partys ^g	Gymkhana mapeo ^h	Photovoice / Fotovoiz ⁱ	Mapa mudo ^j	Investigación narrativa (Storytelling) ^k	Tertulias de café (World Cafe) ^l	Asambleas, foros comunitarios u Open Space Technology ^m	
Intangibles	**	*	*	***	**	**	***	***	***	***	*	
De las personas	***	***	*	***	**	**	**	***	***	***	**	
De las instituciones	**	**	***	*	*	*	*	*	*	*	**	
De asociaciones formales	**	**	***	*	*	*	*	*	*	*	**	
De asociaciones informales	**	**	*	**	**	**	**	**	**	**	***	
Físicos	**	**	**	**	**	**	***	***	**	**	***	
Económicos	**	**	**	**/*	*	*	*	**	*	**	**	
Culturales	**	**	**	**	**	**	**	***	**	**	**	

a Modificada de Botello B, Palacio S, García M, et al¹.

Valoración orientativa de técnica:

+++ Muy adecuada

++ Adecuada

+ Puede ser adecuada

Descripción de cada una las técnicas citadas:

b Entrevistas en profundidad: conversación entre la persona clave y la persona que recoge la información. Técnica orientada a la comprensión de las perspectivas que tienen las personas respecto a sus comportamientos, sentimientos o experiencias.

c Grupos focales y de discusión: conversación de un grupo pequeño diseñado para obtener información de un tema de interés común, con un guión de preguntas y la ayuda de un moderador. La conversación puede estar muy ajustada a un guión o ser más abierta.

d Análisis documental: búsqueda de información en documentos de todo tipo (hemerotecas, catálogos, webs, blogs, redes sociales...).

e Conversaciones informales: la persona que recoge la información recoge datos a través de diálogos espontáneos con la comunidad. Puede haber una ruta estructurada (en tiempo y espacio) para recoger dicha información o puede hacerse de forma más abierta.

f Observación: de forma enmascarada o no enmascarada se observan comportamientos de las personas, utilización y disposición de recursos en la comunidad.

g Mapping party: encuentro de personas que se reúnen para cartografiar de forma colectiva determinados lugares mientras se pasea, se observa y se conversa. El paseo puede estar muy estructurado desde el momento inicial o puede ser más abierto.

h Gymkhana-mapeo: establecer un recorrido de forma lúdica facilitando la reflexión e identificación de activos así como la identificación y captación audiovisual de los mismos.

i Fotovoz (Photovoice): técnica para describir e intercambiar impresiones a través de fotografías de la comunidad.

j Mapas mudos: en una cartografía donde sólo se presentan los contornos de un territorio se van representando los diferentes activos.

k Investigación narrativa (storytelling): invitación a la gente a contar y compartir historias.

l Tertulias de café: generar conversación sobre un tema de interés. En el café, cinco o seis personas alrededor de una mesa charlan entre sí y una persona hace de anfitrión. Al cabo de 20 minutos se cambian de mesa y el anfitrión se queda para resumir a los nuevos la discusión previa. Al final, se recogen y extraen los temas por parte de todo el grupo.

m Asambleas, foros comunitarios u Open Space Technology: son diferentes técnicas para dinamizar reuniones con muchas personas. La duración de las sesiones pueden ser variable y también los objetivos y el diseño de las mismas.

Resumen de las aportaciones de las personas revisoras de las guías

Personas que participaron

La propuesta para participar en la revisión de las guías ampliada y rápida fue enviada a un total de 48 personas, 33 de Asturias y 15 de otras comunidades autónomas. De las 33 personas de Asturias invitadas la distribución fue la siguiente: 18 trabajadores del SESPA, 7 de la Dirección General de Salud Pública, 3 técnicas municipales y 4 personas vinculadas al movimiento asociativo.

Aceptaron participar la revisión y se recibieron aportaciones de 28 personas (21 mujeres y 7 hombres). La distribución por sectores profesionales es la siguiente:

Asturias: 17 personas (14 mujeres y 3 hombres):

- 4 Medicina Familiar y Comunitaria.
- 3 Enfermería Familiar y Comunitaria.
- 1 Servicios de Salud Mental.
- 1 Estructura directiva del Servicio de Salud.
- 5 Dirección General de Salud Pública.
- 2 Movimiento asociativo.
- 2 Técnicas de salud municipales.

Fuera de Asturias: 11 personas (7 mujeres y 4 hombres).

- 3 personas de la Agencia de Salud Pública de Catalunya.
- 2 profesionales de Trabajo Social Sanitario de Catalunya.
- 1 Medicina Familiar y Comunitaria de Madrid.
- 2 Medicina Familiar y Comunitaria de Cantabria.
- 2 Enfermería y Antropología de Cantabria.
- 1 Escuela Andaluza de Salud Pública.
- 1 Estructura directiva del Plan Integral de Cuidados de Andalucía.

En relación con la participación de personas revisoras en la guía algunas de las limitaciones

han sido: no poder contar con la revisión de trabajadoras sociales sanitarias de Asturias (se había invitado a dos personas de Asturias pero no se pudo contar con su participación), no poder contar con más personas vinculadas a estructuras directivas del servicio de salud (se habían realizado invitación a tres personas de Asturias pero finalmente sólo pudo participar una de ellas).

El listado final de personas revisoras se señala en los créditos de las guías. Nuestro agradecimiento a todas ellas.

Principales temas

Los principales temas sobre los que se realizaron aportaciones fueron los siguientes:

1. En términos generales se planteó que la guía rápida podría ser de gran utilidad y de mejor manejo que la guía ampliada.
2. Se señalaron elementos de mejora relacionados con la ordenación y simplificación de algunos capítulos de la guía ampliada.
3. Se planteó clarificar el contenido del capítulo 3 sobre diferentes tipos de recomendación de "social prescribing".
4. Inicialmente la guía se denominaba de "Prescripción Social". Varias revisoras expresaron su opinión favorable hacia la utilización de "recomendación de activos" en vez de "prescripción social" por tener este término una concepción paternalista, excesivamente medicalizada e incorrecta (al no tratarse de prescripción ni ser solamente relacionada con aspectos sociales).

5. Se apuntó la importancia de la utilización de un término diferente a “paciente” dado el enfoque de empoderamiento y participación en la recomendación de activos. Se recomienda la utilización de “persona que acude a consulta”.

6. Varias personas comentaron la importancia de aportar unas pautas y ejemplos que orienten sobre cómo poder incorporar la recomendación de activos en la consulta y cómo incluir la recomendación de una forma útil y sencilla en la práctica clínica cotidiana de una entrevista clínica.

7. Se destaca la importancia de tener en cuenta los diferentes enfoques profesionales que se puede tener desde la enfermería, el trabajo social, la medicina, el trabajo de las matronas, la fisioterapia, etc. a la hora de realizar la recomendación de activos. El enfoque de recomendación de activos puede ser realizado por las diferentes personas que trabajan en el sistema sanitario.

8. Se planteó la importancia de vincular la recomendación de activos desde el ámbito clínico a un proceso comunitario global: espacios de participación local en salud, importancia del proceso para conocer los activos, empezar a conectarse con otros ámbitos y conocer los recursos de los que se dispone.

9. Se señalaron elementos para mejorar el lenguaje inclusivo en la guía.

Principales modificaciones realizadas

Las aportaciones se tuvieron en cuenta de la siguiente manera en la elaboración de los documentos finales:

1. Ambas guías se distribuirán en formato electrónico pero la guía rápida se editará ade-

más en papel para favorecer mayor distribución y manejo de la misma.

2. Se modificó la composición y estructura de algunos capítulos. Se indica claramente que el capítulo de “social prescribing” describe diferentes tipologías que no son utilizadas actualmente en nuestro contexto.

3. La guía utilizará la denominación “recomendación de activos” en vez de emplear el término “prescripción social”.

4. Se habla de personas en vez de pacientes.

5. Se amplía el capítulo donde se indica cómo hacer recomendación de activos en la práctica y en los anexos se incluye un ejemplo ampliado propuesto por una de las revisoras. Se incluirá también como un documento independiente un cómic que con un formato sencillo y resumido aporte algunos ejemplos sobre la recomendación de activos. Se señalan algunos ejemplos desde consulta de medicina y de enfermería. A lo largo de la guía se tiene en cuenta que la incorporación de recomendaciones de activos se puede hacer por todos/as los/as profesionales que trabajan en Atención Primaria y también en otros ámbitos del Sistema Sanitario.

6. Se ha contextualizado de forma más amplia la recomendación de activos a la puesta en marcha de procesos comunitarios. De todas formas no se ha descrito esto en detalle ya que se menciona de forma más específica en la Guía de Salud Comunitaria publicada en 2016-2017.

7. Se procede una revisión en profundidad de los documentos para tener en cuenta un lenguaje inclusivo.

Marco del trabajo en Asturias y en la Alianza de Salud Comunitaria

Asturias Actúa en Salud³³ es un proyecto del Observatorio de Salud en Asturias (OBSA) que surge a raíz de la I Jornada sobre Participación Comunitaria en Salud en Asturias en noviembre de 2009 organizada por la Dirección General de Salud Pública y Participación. Esta base de datos trata de identificar y dinamizar activos en salud localizados en los municipios asturianos.

Posteriormente, en el año 2012, desde el proyecto Asturias Actúa en Salud se empieza a trabajar de forma coordinada a nivel estatal con la de la **Red de Actividades Comunitarias del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP)**³⁵ de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

En mayo de 2013, dicho proyecto se amplía y se firma la **Alianza de Salud Comunitaria (ASC)**¹, conformada en la actualidad por 21 entidades: Agència de Salut Pública de Barcelona, Escuela Andaluza de Salud Pública, Universitat de Girona, Agència de Salut Pública de Catalunya, Consejería de Sanidad del Principado

de Asturias, Universitat d'Alacant, Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP), Instituto Marco Marchioni, Sociedad Española de Salud Pública, Sociedad Española de Medicina de Familia, Dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco, Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud, Fundación Edex, Escola de Salut Pública de Menorca, Hospital Italiano de Buenos Aires, Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, Prevención y Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Madrid, Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSYS), Dirección General de Salud Pública i Participació del Govern Illes Balears y Dirección General de Salud Pública de la Generalitat Valenciana.

Las diversas organizaciones e instituciones que la conforman trabajan en la promoción de la salud y la salud comunitaria en sus diversos territorios. La Alianza busca facilitar el trabajo colaborativo entre sus miembros y otros agentes claves, la abogacía y el intercambio de conocimiento y herramientas.



OBSERVATORIO
DE SALUD
EN ASTURIAS



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS