



Informe SESPAS 2016

Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales?

Rafael Cofiño^{a,b,*}, Dory Aviñó^c, Carmen Belén Benedé^d, Blanca Botello^e, Jara Cubillo^f, Antony Morgan^g, Joan Josep Paredes-Carbonell^h y Mariano Hernán^b^a Observatorio de Salud en Asturias, Dirección General de Salud Pública, Oviedo (Asturias), España^b Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España^c Fundación para la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO), Valencia, España^d Unidad de Investigación Atención Primaria Aragón, Grupo PACAP Aragón, Zaragoza, España^e Distrito de Atención Primaria Condado-Campiña, Servicio Andaluz de Salud, La Palma del Condado (Huelva), España^f Centro de Salud Leganés Norte, Leganés (Madrid), España^g Glasgow Caledonian University, Glasgow, United Kingdom^h Direcció General de Salut Pública, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de febrero de 2016

Aceptado el 14 de junio de 2016

Palabras clave:

Promoción de la salud

Salud comunitaria

Salutogénesis

Activos para la salud

Desarrollo comunitario basado en activos

R E S U M E N

El modelo de activos para la salud puede suponer una revitalización de las intervenciones de promoción de la salud y de salud comunitaria en términos de intersectorialidad, salud positiva, participación, equidad y orientación a los determinantes de la salud. En el texto se presentan recomendaciones sobre cómo incorporar el modelo de activos en programas, proyectos e intervenciones en promoción de la salud, se describen algunas técnicas para mapear los activos en un territorio y se sistematizan experiencias que con esta metodología se están desarrollando en diferentes comunidades autónomas. Proponemos el término «Promoción de la Salud/Salud Comunitaria basada en activos» como una definición operativa para trabajar de forma intersectorial y participativa en el ámbito local en salud, generar alianzas entre diferentes instituciones estatales y crear un marco de intervención que, generado en el proceso de evaluaciones y evidencias, sirva para trabajar en intervenciones poblacionales desde una perspectiva de salud positiva.

© 2016 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/>).

Health promotion based on assets: how to work with this perspective in local interventions?

A B S T R A C T

An asset-based approach could be useful to revitalise health promotion or community health interventions combining work with multiple partnerships, positive health, community engagement, equity and orientation of health determinants. We set some recommendations about how to incorporate the assets model in programmes, projects and interventions in health promotion. Some techniques are described for assets mapping and some experiences with this methodology being developed in different regions are systematised. We propose the term “Asset-based Health Promotion/Community Health” as an operational definition to work at the local level with a community engagement and participatory approach, building alliances between different institutions at the state-regional level and trying to create a framework for action with the generation of evaluations and evidence to work on population interventions from the perspective of positive health.

© 2016 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 promotion

Community health

Salutogenesis

Health assets

Assets-based community development model

Introducción

«En esta tierra hay algo que merece vivir.»

Mahmud Darwish

El modelo de activos para la salud fue propuesto como una manera de revitalizar elementos relacionados con las acciones, las evidencias y las evaluaciones en promoción de salud¹ (fig. 1).

El modelo de activos aporta una perspectiva de salud que fomenta que las comunidades reorienten su mirada al contexto y se centren en aquello que mejora la salud y el bienestar, potencien la equidad en salud^{2,3} y fortalezcan sus decisiones sobre la raíz de las causas de las causas.

En el sector de la salud, las políticas y las prácticas todavía se centran de manera desproporcionada en los enfoques que proponen solucionar problemas (más cercanos a lo patógeno o el déficit)⁴, potenciando el consumismo, la medicalización y la dependencia del sistema sanitario y de los servicios sociales. Sin embargo, existen alternativas con un enfoque que toma conciencia del trabajo

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rafael.cofinofernandez@asturias.org (R. Cofiño).



Figura 1. Modelo de activos para la salud pública. (Adaptada de Morgan, Hernán y Ziglio⁶, con permiso de los autores.).

en común de los servicios con las personas y las comunidades, y que aprovecha al máximo sus fortalezas, talentos y habilidades. Una de las lecciones que hemos aprendido en los pasados años es que los dos enfoques (el modelo de déficits y el de activos) son complementarios.

En la [tabla 1](#) se definen algunos términos relacionados con los «activos para la salud» que en los últimos 5 años se han incorporado de forma habitual en el ámbito de la salud pública y de la salud comunitaria: mapa de activos⁵, activo para la salud¹, enfoque de trabajo con activos⁶ y activos para la salud pública⁶. En la [tabla 2](#) se ofrecen algunos ejemplos, de ámbito internacional, nacional y regional, que describen cómo se ha incorporado el modelo de activos en las políticas de salud desde que en 2007 Morgan y Ziglio¹ desarrollaran su visión del modelo. En este tiempo son frecuentes las publicaciones relacionadas con la teoría de la salutogénesis y el modelo de activos para la salud, ha habido un aumento de actividades formativas en foros científicos y académicos, y son cada vez más las experiencias en las que se elaboran mapas de activos. No obstante, todavía son escasas las publicaciones sobre intervenciones basadas en la dinamización de los activos.

El proceso de identificación y elaboración de un mapa de activos tiene sentido siempre que nos situemos en el plano de la promoción de la salud o de la salud comunitaria, y se incorpore la perspectiva de la salud positiva, se vincule con la acción y la creación de capacidad, se realice de forma participativa, con perspectiva de equidad y

Puntos clave

- La incorporación del modelo de activos para la salud en las intervenciones de salud comunitaria/promoción de la salud puede reforzar aspectos relacionados con la equidad, la orientación a los determinantes sociales, la intersectorialidad y la participación en dichas intervenciones
- Para evitar que trabajar con la perspectiva de activos se convierta en una moda innecesaria es muy importante, antes de iniciar nada, tener muy claro por qué y para qué.
- En nuestro contexto existen buenas prácticas de cómo trabajar con el modelo de activos, que pueden servir de guía a otras experiencias que estén iniciándose.
- La Alianza de Salud Comunitaria, un *lobby* formado por diferentes entidades y asociaciones, puede ser un buen espacio de intercambio y sinergias para reforzar la salud comunitaria en nuestros territorios.
- La nueva salud pública será orientada a la salud comunitaria o no será.

justicia, y se contemple la evaluación. La elaboración de mapas de activos vacíos de acción y de participación supone desaprovechar su capacidad transformadora y desvirtuar la promoción de la salud^{6,14}. Además, el método de trabajo con activos para la salud, en la práctica, es un gran punto de encuentro para el trabajo intersectorial, algo fundamental en la promoción de la salud.

Esta situación nos lleva a formular una pregunta: ¿por qué o para qué identificar activos para la salud? Esta es una cuestión fundamental a plantearse antes de elaborar mapas de activos. ¿Estamos ante una moda? A lo largo de este texto presentaremos una metodología práctica para implementar el modelo de activos en proyectos de promoción de la salud. Este método parte de la experiencia de diferentes proyectos de trabajo que se desarrollan en nuestro contexto, que nos permiten, además, generar un semillero de experiencias para generar evaluaciones y evidencias.

Recomendaciones para trabajar con el modelo de activos para la salud en promoción de la salud

Existen pocas publicaciones que desarrollen detalladamente la metodología para trabajar desde el enfoque de activos para la salud en programas, proyectos e intervenciones en salud pública/salud comunitaria^{15–20}.

En el [Apéndice 1 \(disponible en la versión online de este artículo\)](#) se describe la situación de diferentes proyectos que, con perspectiva

Tabla 1
Definiciones de activos para la salud

Mapa de activos: «Un inventario dinámico de las fortalezas y capacidades de las personas que forman una comunidad, antes de intervenir.»	1993, Kretzmann y McKnight ⁵
Activo para la salud: «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.»	2007, Morgan y Ziglio ¹
Enfoque de trabajo con activos: «Proceso de coproducción de salud entre personas, comunidades y profesionales en un contexto determinado.»	2012, Morgan y Hernan ⁶
Activos para la salud pública: «Expresión del patrimonio de las comunidades justas, equitativas y democráticas, como resultado de sus esfuerzos organizados; esto se logra facilitando el empoderamiento comunitario y las capacidades que mejoran, promueven y restauran la salud de las poblaciones, y que pueden ayudar a reducir las desigualdades en salud.»	2015, Álvarez-Dardet, Morgan, Ruiz-Cantero y Hernan ⁷

Tabla 2
Influencia del modelo de activos para la salud en algunas estrategias políticas internacionales, nacionales y regionales

Denominación	Institución, año	¿Cómo incorpora el enfoque de activos?
Horizonte 2020. Política europea para la salud y el bienestar	Organización Mundial de la Salud, 2012 ⁸	En el objetivo «Mejorar la salud para todos y reducir las desigualdades» incluye entre sus líneas dirigirse a la resiliencia comunitaria, la inclusión y la cohesión social, así como promocionar los activos para el bienestar.
Vivir bien a través de las comunidades locales: priorizando el bienestar y reduciendo las desigualdades en salud	Región Noroeste del Servicio Nacional de Salud inglés, 2010 ⁹	Presenta 10 indicadores, 6 de ellos basados en los activos para la salud y el resto en el déficit. Entre sus líneas aparece la inversión pública en comunidades locales basadas en sus fortalezas y activos con líneas de actuación a corto, medio y largo plazo.
Salud en Escocia. Un momento para el cambio	Dirección General de Salud Pública de Escocia, 2010 ¹⁰	Incorporación del modelo de activos para la salud en el informe anual y en metodologías de trabajo en las estrategias de salud.
Proposición no de Ley del Congreso de los Diputados de España relativa a la promoción de activos para la salud y salutogénesis emergentes en salud pública	Congreso de los Diputados de España, 2013 ¹¹	Insta a incorporar la perspectiva de promoción de la salud desde el bienestar a los planes nacionales de salud, desarrollar programas formativos con las comunidades autónomas, promover la realización de mapas de activos en salud y desarrollar investigaciones en relación a la salutogénesis.
IV Plan andaluz de salud	Junta de Andalucía, 2013 ¹²	En el compromiso 3 del plan, «Generar y desarrollar los activos para la salud de nuestra comunidad y ponerlos a disposición de la sociedad andaluza», se proponen tres metas para alcanzarlo.
IV Plan de salud de la Comunitat Valenciana	Generalitat Valenciana, 2016 ¹³	En la línea estratégica «Promover entornos saludables y comunidades orientadas a la salud» se incluye el objetivo «Incorporar el enfoque de la salud positiva y los activos para la salud» y se proponen ocho acciones para lograrlo.

de activos para la salud, se están desarrollando en España. Se incluye un mapa resumen de los mismos y una información descriptiva que incluye el lugar de realización, el equipo de trabajo, la dimensión de salud en la que están trabajando, la población participante, en qué medida se incorpora la perspectiva de equidad, qué técnicas de identificación de activos se emplea, cómo se realiza la difusión de la información, qué acciones ha generado la identificación de activos, cómo se ha realizado la evaluación y algunos resultados de esta. Conscientes de que son más los proyectos que se llevan a cabo en nuestro territorio, en el Apéndice se detalla cómo poder incorporar otros proyectos además de los 13 que se describen.

A partir de las publicaciones conceptuales y de identificación de activos^{4,6,14–17}, la experiencia acumulada en proyectos de intervención y de investigación^{18,19,21} y el trabajo en red fruto de actividades formativas, disponemos de una herramienta práctica para planificar actuaciones basadas en identificar y dinamizar activos para la salud en un territorio. Las etapas del método propuesto son:

1. Preparación y contextualización.
2. Recogida de la información: identificación de activos.
3. Análisis, interpretación y presentación de la información recogida.
4. Difusión de los activos para la salud.
5. Conexiones y dinamización de los activos.
6. Evaluación.

En el Apéndice 2 (disponible en la versión online de este artículo) se presenta una lista de comprobación (*check-list*), adaptada del trabajo con el modelo de activos en Wakefield¹⁷, con las preguntas clave a formularse en cada una de las etapas para garantizar la adecuada incorporación del enfoque de activos a una acción planificada en salud.

Etapa 1. Preparación y contextualización

Es la etapa clave en la que se deciden el objetivo y la finalidad del trabajo, la población y el ámbito, el tema sobre el que se identificarán activos (p. ej., la salud en un centro penitenciario, el

bienestar mental, etc.) y el modelo teórico en el cual se fundamenta. En este momento es crucial la inclusión del enfoque de equidad, así como la constitución de uno o varios equipos de trabajo para la coordinación, el trabajo de campo y la evaluación. Conviene, en esta fase inicial, llegar a acuerdos con responsables políticos y directivos que faciliten y apoyen el proceso de trabajo (p. ej., participación de responsables de las concejalías, del personal técnico de la Administración local y autonómica, etc.), y lo más importante, lograr el compromiso de que respalden la ejecución de las actuaciones derivadas de la dinamización de los activos. Las etapas que se describen a continuación han de planificarse también en esta primera fase.

Etapa 2. Recogida de información: metodologías a utilizar para identificar activos

En esta etapa, el equipo del trabajo de campo realiza la identificación de activos con técnicas de investigación participativa. Es una etapa fundamental en la cual las técnicas deben seleccionarse en función de cada contexto. Por ello es relevante consultar el Apéndice 3 (disponible en la versión online de este artículo), donde se detalla una clasificación de los diferentes activos que pueden existir en una comunidad (intangibles, personas, instituciones, asociaciones formales, asociaciones informales, activos físicos, económicos y culturales) y se indica qué técnicas de recogida de información serían las más pertinentes para cada grupo de activos. Algunas de las técnicas proceden de la investigación cualitativa más académica (entrevistas en profundidad, grupos focales) y otras están más relacionadas con la investigación participativa (p. ej., mapa mudo o fotovoz).

Etapa 3. Análisis, interpretación y presentación de la información

El análisis de la información podrá ser descriptivo, con una enumeración de los activos para la salud y su clasificación en categorías establecidas en la literatura^{15–17}, o interpretativo, siguiendo un modelo teórico concreto sobre el tema de salud elegido y generando un modelo emergente²¹. Un ejemplo de análisis interpretativo es

la identificación de activos para el bienestar mental realizado en el distrito de Wakefield¹⁷, en el que el marco de análisis son las cinco categorías de la New Economics Foundation²². El equipo coordinador ha de decidir el modo en que van a presentarse los activos para la salud identificados, de manera que resulte lo más práctico posible para la fase de conexiones y dinamización de activos. Las nuevas tecnologías, los sistemas de información geográficos y las combinaciones de ambos en dispositivos móviles o en redes sociales facilitan la construcción de mapas y plataformas digitales^{23,24}.

Etapa 4. Difusión (visibilización) de los activos para la salud

La difusión debe ser planificada teniendo en cuenta la perspectiva de equidad y que sea accesible a la comunidad con la que se trabaja, evitando generar desigualdades en salud²⁵. También conviene establecer una estrategia de comunicación que garantice la difusión en redes sociales y genere un efecto de abogacía en salud del proyecto en concreto y de la aproximación de promoción y activos en global.

Etapa 5. Conexiones y dinamización de activos

Es en esta etapa cuando se integran el enfoque del déficit con el de activos, teniendo en cuenta el objetivo inicial del trabajo. En la planificación de una acción local en salud se establecerán conexiones entre activos de diferentes tipos para generar propuestas de acción que traten de dar respuesta a las necesidades en salud.

Etapa 6. Evaluación

Consiste en la evaluación de todo el proceso y de las actuaciones generadas en la dinamización de activos que se hayan llevado a cabo. En nuestro contexto contamos con experiencias muy bien estructuradas de evaluación de la calidad de intervenciones de promoción de la salud que pueden ser perfectamente adaptadas a este proceso²⁶.

Algunas recomendaciones para seguir avanzando

“Si vienes a mi casa, amor, tráeme luz.
Y una ventana para que pueda ver
la felicidad de aquella calle alborotada.»

Forug Farrojazad

Nos encontramos en un momento clave para la salud pública. Después de varias vueltas por etapas academicistas, interesantes en lo epistemológico, pero en ocasiones terriblemente alejadas de la población, los contextos y sus problemas, se plantea una nueva salud pública donde la promoción de la salud tiene un papel clave²⁷. A continuación señalamos algunas propuestas para seguir avanzando:

1. Es importante establecer marcos teóricos, taxonomías y glosarios comunes que ayuden a que profesionales, representantes institucionales y ciudadanía trabajen fácilmente de manera conjunta. Estos lenguajes comunes ayudan a encajar las diferentes piezas de un puzzle para generar conocimiento y transformación colectiva. El término «Promoción de la salud» es suficientemente amplio para integrar conceptos como participación, equidad, orientación a los determinantes sociales y salud en todas las políticas. Por ello, desde este texto proponemos el término «Promoción de la salud/salud comunitaria basada en activos» como una definición operativa para seguir construyendo un lenguaje común que haga de puente para el trabajo con otras personas o asociaciones. Así pues, se entiende por promoción de

la salud basada en activos el trabajo desde un modelo de promoción de la salud en el que un elemento vital es la generación de políticas y entornos que favorezcan que las personas puedan tomar decisiones saludables y sean reforzadas para actuar sobre sus determinantes de la salud, con una perspectiva de equidad, participación y fortalecimiento de la comunidad, ejerciendo un protagonismo importante de aquellos sectores no sanitarios, con la utilización de metodologías basadas en conocimiento científico –para análisis, priorización, intervención y evaluación– y reforzando y dinamizando los propios activos para la salud existentes en el ámbito local. Esta definición ha de ser flexible y tener la capacidad de adaptarse a los lenguajes que empleen otros sectores con los que trabajemos colaborativamente en el territorio.

2. Establecer procesos colaborativos y de trabajo en red. Este es un elemento fundamental no solo en la práctica de la intervención local, sino también en la necesidad de establecer espacios de acuerdos y de colaboración entre instituciones de salud pública, Administración, espacios académicos y Administraciones. Consideramos que la Alianza de Salud Comunitaria (un *lobby* para la defensa de la salud comunitaria que se inició en el año 2012 con la colaboración de diferentes entidades e instituciones)²⁸ puede ser un buen espacio común para seguir compartiendo conocimientos y estableciendo aprendizajes y productos comunes que favorezcan sinergias y multipliquen el conocimiento vinculado a la acción.
3. La necesidad de incorporar un modelo de salud positiva a la hora de iniciar procesos de intervención comunitaria. La metodología descrita en el texto para integrar el modelo de activos en procesos de intervención en promoción de la salud aporta herramientas sobre cómo incorporar las riquezas que tiene una comunidad en procesos de cambio social, pero debemos pensar también qué otras herramientas de salud positiva tenemos que incluir: indicadores poblacionales de bienestar y capital social, medidas de redes sociales y fortalecimiento de las comunidades, y metodologías de trabajo en programas de prevención y promoción de la salud que partan de las riquezas de las personas y de los grupos, y no de sus problemas²⁹.
4. Potenciar la participación de las personas y las comunidades locales de manera efectiva y apropiada para el beneficio de la salud. Es ya bien conocido, gracias a las aportaciones, entre otras, de Popay³⁰, que un valor fundamental de las políticas de salud es la escucha a la población y la cooperación con los procesos de participación de la población local en el desarrollo de la salud¹⁴; cuantos más programas de salud se desarrollan con y por la gente local, más probable es que tengan éxito y sean sostenibles. Por eso, muchos de los aspectos del modelo de activos para la salud desde el enfoque de desarrollo comunitario basado en activos⁵, y que hemos ido trasladando en una secuencia práctica de trabajo en el artículo, nos van a permitir integrar la construcción y el desarrollo de las capacidades locales para su propia salud y trabajar de forma intersectorial.
5. Y finalmente asegurar un enfoque basado en la evidencia, que sustente rigurosamente la acción de profesionales y poblaciones. Un enfoque multimétodo puede ayudar a avanzar en el conocimiento cuantitativo y cualitativo que aporte la base necesaria de evidencias. Este enfoque usa la frecuencia y la narrativa, y nos va a facilitar: a) conocer mejor los tipos de activos que son importantes para hacer frente en momentos de dificultad o para acceder a los recursos necesarios; b) explorar y poner en práctica las habilidades sociales que nos permitan relacionarnos positivamente y contribuir a la salud de nuestra comunidad; y c) evaluar el trabajo basado en activos a partir de la práctica real para distinguir entre el qué, el porqué y el cómo funcionan las cosas para producir salud y bienestar.

Conclusiones

El propio proceso de elaboración de este artículo suma a personas que trabajan en el territorio o en el ámbito académico, personas que proceden de instituciones con potentes posibilidades de establecer marcos evaluativos y otras personas que proceden de instituciones más sencillas con menos capacidad de evaluación. Este trabajo conjunto, desde la escritura colectiva de un texto hasta los aprendizajes compartidos o las acciones que otros evalúan y otros traducen en evidencias, junto con la necesidad de seguir sumando personas que trabajan en los territorios, es un buen ejemplo de hacia dónde está yendo la promoción de la salud y la salud pública del siglo XXI.

El método y las prácticas descritas nos permitirán confirmar que el enfoque de la salud positiva y de los activos para la salud puede ser una moda, pero una moda necesaria para revitalizar la planificación de la salud pública en el territorio y el desarrollo de planes locales de trabajo con un fuerte anclaje en los principios de la promoción de la salud.

Editora responsable del artículo

Carmen Vives-Cases.

Contribuciones de autoría

R. Cofiño ha realizado la propuesta de esquema inicial del texto y ha organizado la redacción final del documento. M. Hernán y A. Morgan han realizado el marco conceptual de la introducción. D. Aviñó, J. Paredes y R. Cofiño han coordinado el apartado de *Recomendaciones para trabajar con el modelo de activos para la salud en promoción de la salud* y el Apéndice correspondiente. J. Cubillo, B. Botello y B. Benedé han participado en la elaboración de los Apéndices sobre intervenciones con activos; este apartado ha sido completado con intervenciones del resto de autores/as. M. Hernán y R. Cofiño han elaborado el apartado final de recomendaciones. Todos/as los/las autores/as principales y los/las integrantes del grupo de trabajo han realizado aportaciones, comentarios y sugerencias en los diferentes apartados y anexos del manuscrito, y han realizado las revisiones finales. M. Hernán ha organizado las revisiones finales del manuscrito.

Grupo colaborador en el texto: Belén Alonso (Unidad de Gestión Clínica Arriondas, Arriondas, Asturias), Marcial Argüelles (Observatorio de Salud en Asturias, Dirección General de Salud Pública, Oviedo, Asturias), Carmen Cabezas (Agencia de Salud Pública de Cataluña, Barcelona), Francisco José Díaz Expósito (UGC Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud, Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba, Córdoba), Javier Gallego (Dirección General de Salud Pública de Aragón, Zaragoza), Angelina González (Agencia de Salud Pública de Cataluña, Barcelona), Sonia López (Observatorio de Salud en Asturias, Dirección General de Salud Pública, Oviedo, Asturias), Alba Martínez (Unidad de Gestión Clínica Arriondas, Arriondas, Asturias), José Ramón Martínez-Riera (Universidad de Alicante, Alicante); Fundación para la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO), Universitat de València, Valencia), María Teresa Ruiz-Cantero (Universidad de Alicante, Alicante), Óscar Suárez (Observatorio de Salud en Asturias, Dirección General de Salud Pública, Oviedo, Asturias), José Tato (Observatorio de Salud en Asturias, Dirección General de Salud Pública, Oviedo, Asturias) y Ana Tobarra-López (Universidad de Alicante, Alicante).

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Todas las personas con autoría trabajan, desde sus respectivas instituciones, en diferentes proyectos que utilizan la metodología de activos para la salud.

Agradecimientos

A todas las personas con las que desarrollamos nuestro trabajo cotidiano. A las personas que han revisado el texto y han realizado aportaciones para su mejora.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi: [10.1016/j.gaceta.2016.06.004](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004).

Bibliografía

- Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ*. 2007; (Suppl 2):17–22.
- Kelly M, Morgan A, Bonnefoy J, et al. The social determinants of health: developing an evidence base for political action. Final report to the WHO Commission on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2007 (Consultado el 20/01/2016.) Disponible en: <http://www.who.int/social.determinants/resources/mekn.final.report.102007.pdf?ua=1>
- Wilkinson R. Las desigualdades perjudican: jerarquías, salud y evolución humana. Madrid: Crítica; 2001. p. 109.
- Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: EASP; 2013. p. 17.
- Kretzmann J, McKnight J. Building communities from the inside out: a path to finding and mobilising a community's assets. Illinois: ABCD Institute; 1993. p. 376.
- Morgan A, Hernán M. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Rev Esp Sanid Penit*. 2013;15:78–86.
- Álvarez-Dardet C, Morgan A, Ruiz Cantero MT, et al. Improving the evidence base on public health assets – the way ahead: a proposed research agenda. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69:721–3.
- Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2013. (Consultado el 20/01/2016.) Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf.file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1
- NHS North West. Living well across communities: prioritizing well-being to reduce inequalities. Manchester: NHS North West; 2010 (Consultado el 20/01/2016.) Disponible en: <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/living-well-across-local-communities>
- Burns H. Health in Scotland 2009: time for change. Edinburgh: The Scottish Government; 2010. P15.
- Congreso de los Diputados, España. Proposición no de Ley del Congreso de los Diputados de España relativa a la Promoción de Activos para la Salud y Salutogénesis emergentes en salud pública. BOCG. Núm. D-282, del 3 de septiembre de 2013. p. 38.
- Junta de Andalucía. IV Plan andaluz de salud. Sevilla: Junta de Andalucía; 2013.
- Generalitat Valenciana. IV Plan de salud de la Comunitat Valenciana. Valencia: Generalitat Valenciana; 2016.
- Taking a participatory approach to development and better health. Examples from the regions for Health Network. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2015. (Consultado el 15/04/2016.) Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf.file/0007/294064/Taking-participatory-approach-development-health-malmo-skane.pdf
- Foot J, Hopkins T. A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being. Great Britain Improvement and Development Agency. (Consultado el 15/04/2016.) Disponible en: http://www.local.gov.uk/c/document_library/get_file?uuid=bf034d2e-7d61-4fac-b37e-f39dc3e2f1f2
- 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.
- Growing communities from the inside out. Piloting an asset based approach to JSNAs within the Wakefield District: methods and findings. NHS Wakefield District. 2010. (Consultado el 7/01/2016.) Disponible en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/05/growing-communities-from-the-inside-out-jsnas-in-the-wakefield-district.pdf>
- FIS P13/02410. Mapa de activos: ciudadanía, profesionales políticos identificando espacios de oportunidad para mejorar la salud de la población. Fondo de Investigación en Salud. Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: <https://portal.fis.isciii.es/es/Paginas/DetalleProyecto.aspx?idProyecto=P13%2f02410>
- Pérez-Wilson P, Hernán M, Mena A, et al. Health assets for adolescents: opinions from a neighbourhood in Spain. *Health Promot Int*. 2015;30:552–62.
- Hernán M. Salud comunitaria basada en activos. *Comunidad*. 2015;17:3.

21. Hernán-García M, Botello-Díaz B, Marcos-Marcos J, et al. Understanding children: a qualitative study on health assets of the Internet in Spain. *Int J Public Health*. 2015;60:239–47.
22. New Economics Foundation. Five ways to wellbeing: the evidence. NEF. 2008. (Consultado el 7/01/2016.) Disponible en: <http://www.neweconomics.org/publications/entry/five-ways-to-well-being-theevidence>
23. Observatorio de Salud en Asturias. Asturias Actúa en Salud. Consejería de Sanidad de Asturias. 2009. (Consultado el 7/01/2016.) Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/asturias-actua/>
24. Cofiño R, Prieto M, Suárez O, et al. The art of drawing numbers and stories in the air: epidemiology, information, emotion and action. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68:1109–11.
25. Observatorio de Salud en Asturias. Desigualdades en la utilización de tecnologías de la información. Consejería de Sanidad de Asturias. 2013. (Consultado el 7/01/2016.) Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wpcontent/uploads/OBSA12mVD.2013.pdf>
26. Granizo C, Gallego J. Criterios de calidad de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. Zaragoza. 2007. Disponible en: <http://bit.ly/zycsPV>
27. Awofeso N. What's new about the "new public health"? *Am J Public Health*. 2004;94:705–9.
28. Jornada de Presentación de la Alianza Salud Comunitaria. Asturias: Alianza Salud Comunitaria. (Consultado el 7/01/2016.) Disponible en: <https://jornadasaludcomunitaria.wordpress.com/>
29. Kim D, Subramanian SV, Kawachi I. Bonding versus bridging social capital and their associations with self-rated health: a multilevel analysis of 40 US communities. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:116–22.
30. Popay J. Community empowerment and health improvement: the English experience. En: Morgan A, Davies M, Ziglio E, editores. *Health assets in a global context: theory, methods, action*. New York: Springer; 2010. p. 183–96.