

## Estrategia de mapeo de activos comunitarios para la salud y el bienestar en la ciudad de Buenos Aires

*Mapping strategy for health and wellbeing community assets in the city of Buenos Aires**Estratégia de mapeamento de ativos da comunidade para saúde e bem-estar na cidade de Buenos Aires*Leila Yasmín Garipe<sup>1</sup>, Natalia Pace<sup>1,4</sup>, Ludmila Cane<sup>1</sup>, Mariano Hernán García<sup>2</sup>, Rafael Cofiño Fernández<sup>3</sup>, Gastón Perman<sup>1</sup>

Cada territorio tiene sus riquezas, recursos comunitarios, sociales, culturales que facilitan la adopción de estilos de vida más saludables y la socialización de las personas. En los grandes espacios urbanos, estos recursos pueden pasar desapercibidos, sobre todo para el sistema de salud. Este trabajo intenta ofrecer una manera factible de identificar, mapear y difundir estos recursos en una gran urbe como CABA. De esta manera, contribuir a la formación de un "vademécum de remedios sociales" que permita en el futuro conectar a los profesionales de la salud con las riquezas de la comunidad, y favorecer la llamada "prescripción social" tan necesaria en los tiempos post pandémicos.

**Conceptos clave:**

- A) Que se sabe sobre el tema:** Implementar un modelo de activos supone visibilizar y conectar las riquezas en salud que tiene un territorio o una comunidad. Esta identificación es un gran desafío cuando el espacio geográfico es un amplio y complejo territorio, como los espacios urbanos.
- B) Que aporta este trabajo:** este trabajo diseñó un método que permitió de identificación de riquezas en los barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con una estrategia de comunicación de gran alcance y masividad a corto plazo, aportando una experiencia que podría ser replicable en otros contextos.

1- Plan de Salud Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

2- Escuela Andaluza de Salud Pública: Granada, Andalucía, España. Consejo Andaluz de Asuntos de la Infancia. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. <https://orcid.org/0000-0002-6142-6342>

3- Director General de Salud Pública de la Consejería de Salud de Asturias, España.

4- E-mail de contacto: [natalia.pace@hospitalitaliano.org.ar](mailto:natalia.pace@hospitalitaliano.org.ar)

Recibido: 2020-11-12 Aceptado: 2022-02-21

DOI: <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v79.n2.30899>



© Universidad Nacional de Córdoba

**Resumen:**

**Introducción:** Implementar un modelo de activos en amplios territorios urbanos es un gran desafío. El objetivo fue desarrollar y evaluar estrategias de mapeo de recursos y activos en una gran ciudad.

**Métodos:** técnica mixta, en fases. En la primera, se relevaron recursos con entrevistas a informantes clave, búsqueda en fuentes de información y relevamiento en terreno con alumnos universitarios y voluntarios de la comunidad en algunos barrios piloto. En la segunda fase se realizó una campaña de comunicación masiva para difundir el mapa virtual colaborativo. Se validaron los activos según criterios de elegibilidad. La evaluación de la campaña se realizó mediante indicadores de visualización, interacción y participación. En una tercera fase se reforzará el trabajo comunitario en terreno en distintos barrios.

**Resultados:** se identificaron 1144 recursos y activos, todos ellos validados, clasificados y agrupados en cinco categorías. Al mes de iniciada la campaña de comunicación "#MeHaceBienMiBarrio", se había difundido en los principales medios de comunicación del país. En sólo dos semanas, 120.383 personas habían sido alcanzadas con la noticia en Facebook, y 9.213 habían interactuado. Para entonces, el mapa tenía más de 23.000 visitas y se recibieron 87 nuevos activos de la comunidad. La tasa de participación bajó al bajar la difusión.

**Discusión:** la primera etapa fue positiva en difusión e interacción con el mapa. Es fundamental el trabajo en terreno para sostener y potenciar los resultados.

**Palabras claves:** promoción de la salud; salutogénesis; participación comunitaria

**Abstract:**

**Introduction:** implementing an asset model in large urban territories is a great challenge. The objective was to develop and evaluate community asset (CA) mapping strategies in a large city.

**Methods:** mixed technique, in phases. At first, community resources (CR) were collected through interviews with key informants, search of information sources and field surveys with university students and community volunteers in some pilot neighborhoods. In the second phase, a mass communication campaign was carried out to disseminate the collaborative virtual map. Assets were validated according to eligibility criteria. Campaign evaluation was carried out through indicators of visualization, interaction and participation. In a third phase, community work in the field was reinforced in different neighborhoods.

**Results:** 1144 CR and CA were identified, all of them validated, classified and grouped into five categories. A month after launching the communication campaign "#MeHaceBienMiBarrio," it had been broadcast in the main media in the country. In just two weeks, 120,383 people had been reached with the news on Facebook, and 9,213 had interacted. By then, the map had more than 23,000 views and 87 new community assets were received. The participation rate fell as diffusion decreased.

**Discussion:** The first stage was positive in terms of dissemination and interaction with the map. Field work is essential to sustain and enhance results.

**Key words:** community participation; salutogenesis; health promotion

**Resumo**

**Introdução:** é um grande desafio implementar um modelo de ativos em grandes territórios urbanos. O objetivo tem sido desenvolver e avaliar estratégias de mapeamento de recursos e ativos em uma grande cidade.

**Métodos:** técnica mista, por fases. Na primeira, os recursos foram coletados por meio de entrevistas com informantes-chave, busca de fontes de informação e levantamentos de campo com estudantes universitários e voluntários da comunidade em alguns bairros piloto. Na segunda fase, foi realizada uma campanha de comunicação de massa para divulgar o mapa virtual colaborativo. Os ativos foram validados de acordo com os critérios de elegibilidade. A avaliação da campanha foi realizada por meio de indicadores de visualização, interação e participação. Numa terceira fase, o trabalho comunitário será reforçado diretamente em diferentes bairros.

**Resultados:** foram identificados 1144 recursos e ativos, todos validados, classificados e agrupados em cinco categorias. Um mês após o início da campanha de comunicação "#MeHaceBienMiBarrio", ela foi veiculada nos principais meios de comunicação do país. Em apenas duas semanas, 120.383 pessoas foram alcançadas com a notícia no Facebook e 9.213 interagiram. Até então, o mapa tinha mais de 23.000 visualizações e 87 novos ativos da comunidade foram recebidos. A taxa de participação caiu à medida que a difusão diminuiu. **Discussão:** a primeira etapa foi positiva em termos de divulgação e interação com o mapa. O trabalho de campo é essencial para sustentar e aprimorar os resultados.

**Palavras chaves:** promoção da saúde; salutogênese; participação comunitária

## INTRODUCCION

Las acciones en salud pública en la mayoría de los países se centran principalmente en modelos basados en el déficit (1), con fuerte foco en la enfermedad, en donde las personas y comunidades son receptoras pasivas de dichas acciones y dependen de un recurso asistencial del sistema sanitario (2).

El Modelo de Activos para la Salud (AS) propone una alternativa complementaria para la promoción de la salud y la salud comunitaria (3). Utiliza un enfoque basado en la salud positiva promoviendo que las personas, familias y comunidades aumenten el control sobre su salud y bienestar, aprovechando al máximo sus fortalezas, talentos y habilidades (4,5). Uno de sus pilares es hacer accesibles las opciones orientadas al bienestar, crecimiento y envejecimiento activo (5). Morgan y Ziglio definieron a los activos para la salud como factores o recursos capaces de mantener o mejorar la salud y el bienestar de las personas, las comunidades y poblaciones (1). Identificar y mapear estos activos de salud en un territorio aporta al sistema de salud la posibilidad de contar con una red donde poder apoyarse para poder acompañar a las personas en realizar cambios en su estilo de vida (desde actividad física, aprendizaje de habilidades o socialización). Por otro lado, la comunidad puede conocer más en profundidad las riquezas de su barrio, encontrar nuevas posibilidades, resignificar el entorno que habitan (6,7).

Existen varias iniciativas basadas en este modelo, en países como España, Reino Unido y Estados Unidos entre otros (8). La evidencia disponible resalta grandes beneficios tanto a nivel individual como comunitario entre ellos fortalecimiento de la autoestima y búsqueda de soluciones positivas para resolver los retos del ambiente lo que conlleva a menor dependencia de a los servicios sanitarios (9). Las metodologías existentes, como la propuesta por Botello y col. (10) o las últimas recomendaciones publicadas (4), son indispensables a la hora de comenzar a trabajar en proyectos de estas características. Aún resta por investigar sobre la mejor forma de implementarlas y medir sus resultados en contextos marcadamente diferentes, como una gran urbe en Latinoamérica.

La ciudad de Buenos Aires tiene alrededor de tres millones de habitantes (11), sumado a 1.200.000 personas que ingresan diariamente a trabajar. Además, concentra el mayor porcentaje de población mayor de 65 años del país (15,7%) (11,12). En el marco de un proyecto de Envejecimiento Activo que se realiza en una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) en Buenos Aires, con el fin de favorecer dicho envejecimiento y el acceso a información local que promueve estilos de vida saludables, se planificó la construcción de un mapa colaborativo de activos comunitarios (AC) que funcione como un puente entre un servicio de salud y la comunidad, es decir proporcionarles tanto a los profesionales de la salud como a las personas información validada sobre los AC disponibles que potencien y faciliten el acceso a estilos de vida saludables en cuanto a la salud física, mental y social (actividad física, alimentación, educación, socialización, etc.). El objetivo del presente artículo es describir la estrategia para el trabajo en AS y bienestar en una gran ciudad latinoamericana y evaluar sus resultados.

## MÉTODOS

A fin de implementar una metodología de mapeo de activos para la salud que permitiera un gran alcance y masividad a corto plazo con los escasos recursos disponibles, se diseñó una técnica mixta en dos fases, las cuales se dividieron en etapas. Las mismas han sido adaptadas de Botello y col (10).

### Primera fase: Identificación de activos comunitarios

#### Etapa 1: Entrevistas a informantes clave

Se seleccionaron seis informantes clave provenientes de diversas instituciones (programas gubernamentales nacionales y locales, universidades tanto pública como privada, e institución nacional gestora de la seguridad social) que ofrecían gran cantidad de acciones y recursos dirigidas hacia la población adulta mayor. También se entrevistaron dos personas mayores de la comunidad que coordinaban acciones en organizaciones de la sociedad civil.

**Etapa 2:** Formación de redes para la identificación de activos comunitarios

Algunos de los actores contactados inicialmente colaboraron con el

proyecto, ya sea formal o informalmente. Se amplió el equipo de trabajo con alumnos universitarios de carreras afines a la salud, quienes luego de una capacitación realizaron una búsqueda inicial de AC en fuentes de información secundaria (por ejemplo, páginas web, listados de organismos públicos, etc.).

#### Etapa 3: Validación de los activos comunitarios

Se validaron según los criterios de inclusión (ver luego).

En la práctica, en la primera fase se realizaron varios ciclos iterativos de las etapas 1 a 3, coexistiendo actividades simultáneas de las tres etapas.

### Segunda fase: Grupos de participación comunitaria

#### Etapa 4: Conformación de grupos de agentes de terreno

Se conformó un grupo de participantes de la comunidad (diez agentes de terreno), los cuales realizaron la identificación de AS teniendo en cuenta la subjetividad de cada miembro para definir los AC. En los encuentros se realizaban dinámicas participativas y lúdicas descritas en las técnicas de mapping party y tertulias de café (10). Se priorizó la participación de los adultos mayores como agentes de terreno para fomentar vínculos sociales y capacidad de liderazgo para la coordinación de equipos.

#### Etapa 5: Clasificación y análisis de los activos para la salud comunitarios.

El proceso de definición de categorías para la clasificación se trabajó especialmente con los participantes de la comunidad a través de grupos focales. La clasificación se hizo según la actividad principal de los AS (ver en resultados **tabla 1**).

Tabla 1: Categorización de recursos y activos para la salud

Categoría	Definición	Detalle	Total
<b>Actividad Física</b>	Lugares, actividades y grupos que favorezcan la realización de actividad física.	Clubes de barrio, polideportivos, actividades en parques y plazas, clases de baile, natatorios, grupos de caminantes, yoga, tai chi, etc.	367
<b>Actividades de aprendizaje y recreativas</b>	Lugares o actividades que promuevan el encuentro entre personas, el aprendizaje e intercambio de diversas habilidades y conocimientos.	Centros culturales, teatro comunitario, bibliotecas, instituciones educativas, museos, clases de idiomas, manualidades, pintura, lugares para bailar tango, asociaciones u organizaciones que brindan actividades de aprendizaje de distinta índole, etc.	196
<b>Voluntariado y Solidaridad</b>	Lugares y actividades en el que las personas realicen acciones concretas de voluntariado y solidaridad.	Diversidad de voluntariados y acciones de participación solidaria.	102

“Jóvenes mayores de 60”	Lugares y actividades diversas destinadas exclusivamente para los mayores de 60 años.	Centros de jubilados, centros de Día del Gobierno de la Ciudad, Postas Digitales, Agencias gubernamentales de atención al adulto mayor y actividades exclusivas para esta etapa de la vida.	145
Venta de alimentos saludables	Tiendas o actividades que favorezcan el consumo de alimentos saludables, orgánicos y/o naturales.	Ferías, mercados barriales, pescaderías, dietéticas, huertas, restaurantes de alimentos naturales, orgánicos, sin gluten, vegetarianos, etc.	334
<b>Total</b>			<b>1.144</b>

Categorías de agrupación, definición y detalles de los recursos y activos de salud identificados por en la etapa 5 de la segunda fase (ver metodología).

**Etapas 6:** Visualización, diseminación y convocatoria a la participación comunitaria.

En esta etapa final del proyecto se confeccionó un mapa web de acceso libre (13) y gratuito (My Maps de Google), que pudiese ser visto tanto desde una computadora como un dispositivo móvil. Posteriormente se diseñó una campaña de comunicación la **#MeHaceBienMiBarrio** que se difundió en redes sociales virtuales hacia la comunidad general. A través de la campaña se promovió no solo el conocimiento y utilización del mapa sino la participación de las personas aportando sus activos mediante las RSV, estableciendo un proceso colaborativo de co-creación de conocimiento.

Se planificó también el envío de una gacetilla de prensa a los medios de comunicación tradicionales, para difundir la noticia, potenciando el alcance y convocatoria.

Además, en paralelo se difundió la iniciativa internamente, a más de 8.000 empleados de la institución impulsora del proyecto, y más de 150.000 personas que utilizan los servicios de salud. En esta difusión interna se tenía como objetivo secundario sensibilizar a los profesionales de la salud para una tercera fase posterior (no descrita aquí), relacionada con la recomendación de estilos de vida saludables sobre todo de actividades que impliquen sociabilización. Si bien el término científico es prescripción social (14), con el mismo, en este estudio nos referimos a una derivación desde el sistema de salud hacia la comunidad.

### Criterios de inclusión de activos comunitarios

Para decidir qué tipo de información incluir y cómo agruparla se realizaron entrevistas informales semiestructuradas con profesionales de la salud y grupos de foco con la comunidad. Como resultado, surgió la necesidad de buscar información que pudiera ser útil a personas que desean hacer cambios en su estilo de vida. Es decir, mejorar su alimentación, su nivel de actividad física, su vida social, recreativa o participación social.

También se consultaron experiencias en España como las del Observatorio de Salud de Asturias (15), el proyecto Maps Corps (16) y Healthy Cities (17) de Estados Unidos entre otros, donde se realizaron trabajos de mapeo con diferentes perspectivas.

Por lo tanto, se incluyeron aquellos RC y AS cuya evidencia científica demostrase beneficios en salud o bienestar y que promuevan o permitan:

1. Realización de **actividad física**
2. El **aprendizaje de habilidades y la recreación**.
3. La **práctica de voluntariados y solidaridad**.
4. La **socialización y la participación social** (para

adultos mayores de 65 años).

5. El consumo de **alimentos saludables**.

### Criterios de Exclusión:

1. Evidencia científica clara de perjuicio para la salud.
2. Recursos y actividades que no se pudieron validar (ej.: no se comprobó su dirección real o su funcionamiento actual).

### Evaluación de resultados

Se midieron resultados de proceso en tres ejes: 1) Recursos comunitarios y activos para la salud identificados, 2) Alcance de la campaña de comunicación y participación de las personas, y 3) Generación de redes.

La evaluación de la campaña se realizó mediante indicadores de visualización (personas alcanzadas por la campaña en redes sociales virtuales, y accesos al mapa), interacción (cantidad de veces que las noticias fueron compartidas o comentadas) y participación (aportes nuevos al mapa). Se realizó un análisis cualitativo de las distintas redes generadas.

## RESULTADOS

### 1) Activos para la salud comunitarios identificados

Entre los meses que se puso en marcha la primera etapa y tan sólo a una semana posterior a la campaña por RSV, se han registrado 1144 recursos y activos, todos ellos validados, clasificados y agrupados en cinco categorías para facilitar su búsqueda en el mapa (ver tabla 1). Para que esta información pudiese ser visualizada en forma georreferenciada y con libre acceso, se utilizó la plataforma de mapas de Google (13), por ser gratuita y permitir visualización tanto desde una computadora como de un dispositivo móvil.

En la figura 1 se puede visualizar una captura del mapa con sus íconos de diferentes colores según la categoría a la que pertenezca el recurso. También, la información desplegada de un recurso en particular con su dirección, teléfono de contacto, página web y breve descripción de las actividades comunitarias que allí se desarrollan.

**Figura 1:** Mapa “Me Hace Bien Mi Barrio”

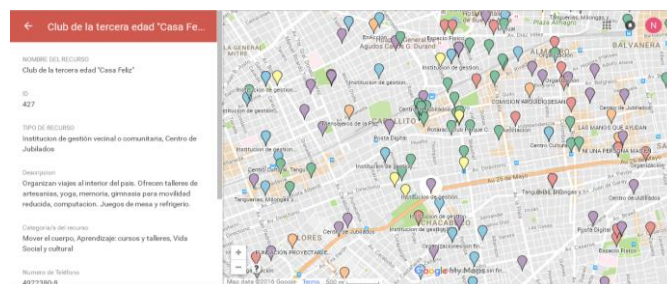


Imagen de una parte del mapa (barrio de Caballito) con sus recursos georreferenciados: íconos de colores según la categoría. A la izquierda se visualiza la información desplegada de un recurso seleccionado.

### 2) Alcance de la campaña de comunicación y participación de la comunidad

La campaña llamada **#MeHaceBienMiBarrio** fue lanzada en septiembre de 2016 acompañada con la pregunta *¿Sabías que cada barrio tiene riquezas para potenciar tu salud?*. En sólo dos semanas, 120.383 personas habían sido alcanzadas con la noticia en Facebook, y 9.213 habían interactuado. Para entonces, el mapa tenía más de 23.000 visitas y se recibieron 87 nuevos activos de la comunidad. La iniciativa fue difundida por los principales periódicos del país (18–20). En las siguientes semanas, sin campaña de difusión activa, las visitas al mapa fueron incrementando llegando a 47.300 en octubre de 2017(21).

### 3) Generación de redes con organizaciones externas:

Los contactos generados en la primera etapa y la fuerte difusión del proyecto permitieron generar una red con organizaciones *Gubernamentales* (Subsecretaría de la Tercera Edad, Subsecretaría de Deportes y Agencia de protección Ambiental, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; Observatorio de Salud de Asturias, España);

*Científico-académicas* (Instituto Universitario del Hospital Italiano, Universidad ISALUD); entre otras. Esto posibilitó el intercambio de ideas y competencias respecto de proyectos similares en otras áreas. Por otro lado, un trabajo colaborativo inicial con el Observatorio de Salud de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias (España), sirvió como puente para la incorporación a la *Alianza de Salud Comunitaria* ([www.alianzasaludcomunitaria.org](http://www.alianzasaludcomunitaria.org)). La participación en una red internacional contribuyó a retroalimentar las acciones locales.

- **Dentro de la organización.**

Diferentes iniciativas que co-existían de forma independiente dentro de la institución, equipos de salud comprometidos con la prescripción social (14), promoción de la salud y participación comunitaria se unieron al proyecto, generando reflexiones sobre un abordaje más amplio de la salud, desde una perspectiva positiva. También, esta experiencia generó la base para comenzar la tercera etapa del proyecto, que apunta a aumentar la prescripción social.

- **Comunidad.**

La interacción generada con la comunidad fue diferente según si el aporte fue a través de redes sociales o en persona. La participación a través de redes sociales virtuales tuvo un alcance mayor, con mayor volumen de interacciones y aportes. Sin embargo, el compromiso y/o participación fue muy variable. Por el contrario, el trabajo con las personas que participaron con recorridos en terreno mapeando lo que consideraban sus activos generó un mayor compromiso y continuidad de las acciones.

## DISCUSIÓN

La estrategia de mapeo de activos diseñada para una gran ciudad fue positiva en los tres ejes evaluados. En 18 meses se logró generar un mapa web, de acceso libre y gratuito, con más de 1.100 recursos y AS. La campaña propuesta para diseminar el proyecto alcanzó un número significativo de personas en muy poco tiempo, muchas de las cuales accedieron al mapa, manifestaron interés en la iniciativa y realizaron aportes de activos a través de un formulario web. Además, el alto impacto inicial logró aumentar el apoyo por parte de otros actores sociales y potenciar redes.

Por otro lado, el crecimiento de las redes sociales virtuales y la planificación de su uso para el trabajo en activos para la salud con participación comunitaria son oportunidades para ampliar su alcance y contribuir con la mejora de accesibilidad a recursos y activos para la salud.

Las diferentes alternativas de interacción que brindan las RSV (compartiendo el mapa, aportando sus activos y brindando retroalimentación a través de comentarios) permitieron que las personas pudieran decidir en qué nivel participar e interactuar co-creando el mapa de AS. Esto último es fundamental, que la población sea co-productora de la salud y no simplemente un consumidor de servicios de salud (1,5).

Otra ventaja del uso de las RSV para estrategias de este tipo, es la velocidad en que la información llega a las personas y cómo se multiplica (22), promoviendo y facilitando el contagio social entre las personas conectadas en la red que interactúan con los posteos (23). Estas acciones se complementan con el contagio en el entorno cercano, como familia y amigos, potenciando la posibilidad de adherencia a estilos de vida más saludables (24). El valor del aporte virtual también se manifiesta en que, aún luego de la campaña de comunicación, hubo un número significativo de accesos al mapa y de aportes de activos en las semanas posteriores.

Otro aspecto favorable de la estrategia implementada dentro del territorio de una gran ciudad es, que fue factible con escasos recursos iniciales. Dos personas fueron las responsables de coordinar las acciones y de fomentar el trabajo colaborativo, que potenció ampliamente el proyecto. Así, en ciclos iterativos de las primeras etapas, se fueron obteniendo resultados iniciales y fortaleciendo redes entre los distintos actores. Una vez que el mapa estuvo disponible en la web y fue difundido, se potenció el aporte de la comunidad, así como el desarrollo de nuevos vínculos con otros agentes, reforzando la viabilidad y sustentabilidad del proyecto.

Más allá de estas ventajas de utilizar una estrategia masiva con fuerte apoyo en RSV, creemos que la misma es complementaria y de soporte al trabajo tradicional con grupos presenciales. Estos, según un análisis

inicial cualitativo del proyecto, son fundamentales para el empoderamiento y continuidad del proyecto en el largo plazo. Para una gran ciudad, una estrategia mixta y complementaria probablemente permita potenciar los resultados.

Es escasa la evidencia sobre el uso de las RSV como herramienta de participación comunitaria y mapeo de activos para la salud. Sin embargo, creemos que tiene un fuerte potencial para ser aplicada en contextos urbanos, sobre todo en ciudades con grandes poblaciones como las latinoamericanas y podría ser de gran interés avanzar con futuras investigaciones en esta línea.

Una limitación de este trabajo, tal vez la más importante y la cual es compartida por la mayoría de los trabajos en AS, es que por su diseño no se pudo establecer un vínculo directo entre utilización del mapa y/o participación comunitaria y resultados en salud o bienestar en la comunidad. Aunque creemos que esto no debería ser invalidante, ya que típicamente los métodos que sirven para evaluar la eficacia de un fármaco o intervención puntual, no son aplicables a intervenciones complejas, multidimensionales y poblacionales. Sin embargo, existen marcos teóricos y evidencia que avalan la importancia de continuar con este tipo de intervenciones (1,2,4,5). Es un desafío pendiente para la comunidad científica y la salud pública realizar diseños que aporten más evidencia en este sentido. En una lectura rápida, se podría pensar que una intervención de estas características podría empeorar la equidad (25), al favorecer más a subgrupos de mayor nivel socioeconómico, con mejor acceso a internet, y/o a grupos etarios más jóvenes, con mayor cultura digital. Sin embargo, esta estrategia fue pensada en un contexto donde el Estado y la sociedad va avanzando rápidamente hacia una generalización del acceso y uso de Internet (26–30). Y en lugares donde el acceso al sistema de salud tradicional es un gran desafío para la equidad, una iniciativa como esta, libre, gratuita y con un alcance masivo, que busca activamente la participación de toda la comunidad, complementada con un trabajo personal con aquellos grupos más vulnerables (como el de adultos mayores), podría achicar la brecha y repercutir favorablemente en la mejora de la equidad en salud.

Otra limitación fue que gran parte de la difusión se dio a través de canales que no pudieron ser medidos (medios de comunicación tradicionales). Consideramos que los números reportados representan un escenario de mínima de lo que se puede lograr con este tipo de estrategia. Un reto a futuro sería el acordar un sistema de métricas que permita objetivar los resultados de proceso en distintos dominios (acceso, participación, utilización, satisfacción, entre otros), tanto en la comunidad, como en los profesionales de salud (31).

Por otro lado, el marco temporal de la evaluación fue acotado. Es importante analizar qué sucede en el mediano y largo plazo en cuanto al alcance y participación. Sin embargo, la evaluación fue adecuada para la etapa inicial de la comunicación. Los análisis subsiguientes deberán tener en cuenta otras intervenciones que se están desarrollando en este momento, como la participación presencial de distintos grupos y la prescripción social por parte de los profesionales de la salud.

Creemos que una fortaleza de esta experiencia es que la medición del alcance fue preciso y discriminado en dos fases, durante la campaña y luego de ella. Se usaron distintos indicadores que permitieron tener una idea más completa de la participación de las personas. Además, el diseño del protocolo fue realizado teniendo en cuenta modelos teóricos concretos (4,10,32,33), y la respuesta predicha fue corroborada en la práctica, lo que hace a una intervención en promoción de la salud fundada y de calidad.

## CONCLUSIONES

Implementar una estrategia de mapeo de activos para la salud con participación comunitaria en una gran ciudad es posible. Se pueden optimizar los tiempos, recursos y alcance complementando acciones de participación comunitaria presenciales y virtuales. A su vez, trabajar en una buena difusión contribuye a visibilizar el trabajo y aunar esfuerzos con otras organizaciones que persiguen las mismas metas y objetivos. Es fundamental la participación presencial y el compromiso de la comunidad para mantener los resultados en el tiempo.

Los proyectos de mapeo de activos realizados desde las instituciones de salud contribuyen a generar puentes entre el sistema de salud propiamente dicho y la comunidad.



**Limitaciones de responsabilidad**

La responsabilidad del trabajo es sólo de los autores

**Conflictos de interés**

Ninguno

**Fuentes de apoyo**

No hubo fuentes de financiación ni apoyo.

**Originalidad del trabajo**

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

**Sesión de derechos**

Los participantes de este trabajo ceden el derecho de autor a la Universidad Nacional de Córdoba para publicar en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas y realizar las traducciones necesarias al idioma inglés.

**Participación de los autores**

Todos los autores hemos participado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ.* 2007; Suppl 2:17-22. doi: 10.1177/10253823070140020701x.
- McKnight J. Asset Mapping in Communities. En: *Health Assets in a Global Context.* 2010. p. 59–76.
- Pasarín MI, Díez E. Salud comunitaria: una actuación necesaria [Community health: action needed]. *Gac Sanit.* 2013 Nov-Dec;27(6):477-8. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.10.001.
- 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? [Health promotion based on assets: how to work with this perspective in local interventions?]. *Gac Sanit.* 2016 Nov;30 Suppl 1:93-98. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.06.004.
- Hernán, M., Morgan, A., Mena, L.A.. Formación en salutogénesis y activos para la salud. *Escuela Andaluza de Salud Pública;* 2013 p. 181. Disponible en: <http://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
- Morgan A, Ziglio E, Davies M. *Health assets in a global context: Theory, methods, action.* Morgan A, Davies M, Ziglio E, editores. New York, NY: Springer New York; 2010.
- Foot J. What makes us healthy? The asset approach in practice: evidence, action, evaluation. 2012. p. 84. Disponible en: <http://www.assetbasedconsulting.co.uk/uploads/publications/wmuh.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;* 2010. Disponible en: <http://www.assetbasedconsulting.net/uploads/publications/A%20glass%20half%20full.pdf>
- Lindström B, Eriksson M. A Salutogenic Approach to Tackling Health Inequalities. *Health Assets in a Global Context.* 2010. p. 17–39. Disponible en: [https://www.dors.it/alleg/0200/02\\_Salutogenesi%20e%20diseguaglianze\\_2010.pdf](https://www.dors.it/alleg/0200/02_Salutogenesi%20e%20diseguaglianze_2010.pdf)
- Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, Nieto J, Cofiño R. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad [Methodology for health assets mapping in a community]. *Gac Sanit.* 2013 Mar-Apr;27(2):180-3. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2012.05.006.
- INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
- INDEC. Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012. Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2014. Report No.: 1a ed. Disponible en: <http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>
- MeHaceBienMiBarrio - Google My Maps. Disponible en: <https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1gIAnoq0-LklycEcZUHDwjCICAw>
- Branding J, House W. Social prescribing in general practice: adding meaning to medicine. *Br J Gen Pract.* 2009 Jun;59(563):454-6. doi: 10.3399/bjgp09X421085.
- Observatorio de Salud de Asturias – OBSA. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/>
- MAPSCorps. Disponible en: <http://mapscorps.org>
- Healthy City Maps. Disponible en: <http://www.healthycity.org/>
- Clarín.com. Un mapa con los lugares de tu barrio que te hacen bien [Internet]. Clarín. 2016 [citado el 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: [https://www.clarin.com/buena-vida/salud/mapa-lugares-barrio-hacen-bien\\_0\\_S111XMk3.html](https://www.clarin.com/buena-vida/salud/mapa-lugares-barrio-hacen-bien_0_S111XMk3.html)
- Infobae. Nació el primer mapa colaborativo de la salud en la Ciudad de Buenos Aires. *infobae.* 2016. Disponible en: <https://www.infobae.com/salud/2016/09/09/nacio-el-primer-mapa-colaborativo-de-la-salud-en-la-ciudad-de-buenos-aires/>
- La Nación R. #MeHaceBienMiBarrio: el mapa virtual que promueve un estilo de vida más saludable. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/mehacebienmibarrio-el-mapa-virtual-que-promueve-un-estilo-de-vida-mas-saludable-nid1935480/>
- Pace N, Garipe LY, Cane L, Perman G. The role of healthcare institutions as part of a community-based ecosystem. En: *Jadad A, Arango A, Devia Sepúlveda JH, Epial S, Rodriguez D, Keiwan W, editores. Unleashing a Pandemic of Health.* Beati Inc; 2017. p. 227–309.
- Wang L-Z, Huang Z-G, Rong Z-H, Wang X-F, Lai Y-C. Emergence, evolution and scaling of online social networks. *PLoS One.* el 7 de noviembre de 2014;9(11):e111013.
- Christakis NA, Fowler JH. Social contagion theory: examining dynamic social networks and human behavior. *Stat Med.* el 20 de febrero de 2013;32(4):556–77.
- Asch DA, Rosin R. Engineering Social Incentives for Health. *N Engl J Med.* 2016 Dec 29;375(26):2511-3. doi: 10.1056/NEJMp1603978.
- Ndumbe-Eyoh S, Mazzucco A. Social media, knowledge translation, and action on the social determinants of health and health equity: A survey of public health practices. *J Public Health Policy.* noviembre de 2016;37(Suppl 2):249–59.
- Programa Punto Digital, Ministerio de Modernización. *Argentina.gov.ar.* 2016. Disponible en: <https://www.argentina.gov.ar/paisdigital>
- Programa Educ.ar. Ministerio de Educación y Deportes de la Nación. Disponible en: [www.educ.ar](http://www.educ.ar)
- Programa +Simple, Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat, Secretaría de la Tercera Edad, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Mas Simple. Disponible en: <http://www.buenosaires.gov.ar/massimple>
- Datos del banco Mundial. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/IT.NET.USER.P2>
- eMarketer. 2 Billion Consumers Worldwide to Get Smart(phones). Disponible en: <https://www.emarketer.com/Article/2-Billion-Consumers-Worldwide-Smartphones-by-2016/1011694>
- Casajuna Kögel C, Cofiño R, López MJ. Evaluación del Observatorio de Salud de Asturias: métricas de web y redes sociales, y opinión de los profesionales de la salud [Evaluation of the Health Observatory of Asturias (Spain): web and social network metrics and health professionals' opinions]. *Gac Sanit.* 2014 May-Jun;28(3):183-9. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.12.008.
- Santos FR de L, de los Santos FR, Valverde PR, Rodríguez CM, García MH. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Vol. 85, *Revista Española de Salud Pública.* 2011. p. 129–39. doi:10.1590/s1135-57272011000200002.
- Foot J. What makes us healthy? The asset approach in practice: evidence, action, evaluation. 2012. Disponible en: <http://www.assetbasedconsulting.co.uk/uploads/publications/wmuh.pdf>