

**APLICACIÓN DEL MODELO SALUTOGÉNICO, ASSET MODEL Y DESARROLLO COMUNITARIO  
EN EL ÁREA PROGRAMA DEL C.A.P.S. ALMAFUERTE**

Neder M.<sup>1</sup>; Guevara Wolf C. E.<sup>2</sup>; Bisio N. A.<sup>3</sup>; Villafañe R.L.<sup>2</sup>; Malet M<sup>3</sup>; Marchan A. A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente 2° año medicina general; <sup>2</sup>Residente 1° año medicina general; <sup>3</sup>Residente 3° año medicina general

**Lugar de realización:** Centro de Atención Primaria de la Salud (C.A.P.S.) Almafuerde.

**Dirección:** Dr. J. Gervasoni, s/n

**Localidad:** Neuquén, Neuquén

**Código postal:** Q8300

**Teléfono:** (0299) 4494778

**Mail:** mapeoalmafuerde@gmail.com

**Fecha de realización:** junio 2018 - agosto 2019

**Inédito. Relato de experiencia.**

**Categoría:** Promoción de la salud

## Introducción

La salud pública basada en la evidencia se encuentra bien establecida y forma parte integrante de los procesos de toma de decisión en el desarrollo sanitario y se han elaborado una serie de metodologías para evaluar dichas acciones. El modelo de activos busca complementar estos logros con el desarrollo de un enfoque más sistemático para recopilar y sintetizar la evidencia basada en la teoría de la “salutogénesis”.

La perspectiva salutogénica o “el origen de la salud” nos permite identificar aquellos factores que impiden que las personas se dirijan hacia el extremo de la enfermedad dentro del espectro de salud y enfermedad.

Esta perspectiva nos puede ayudar a identificar la combinación de **activos de salud** que tienen más probabilidades de implicar mejores condiciones de salud en general, mayor nivel de bienestar y de éxito. Específicamente, el concepto abarca la necesidad de centrarse en los recursos y en la capacidad de las personas para generar salud, y afirma que cuanto mejor conoce la persona el mundo en el que vive, un mundo manejable, significativo y comprensible, mejor podrá utilizar los recursos que posee y que hay a su alrededor para conservar su propia salud. Lindstrom y Eriksson (2005)<sup>1</sup> afirman que este concepto puede aplicarse a nivel de persona, de grupo y de sociedad.

Un enfoque salutogénico a la hora de crear una base de evidencia para la salud pública incluiría la necesidad de identificar aquellos factores de promoción y protección de la salud (activos) que tiene mayor relevancia en la creación de salud, así como comprender las implicaciones de la acción.

Para identificar los activos, se tomó como referencia la guía propuesta por McKnight<sup>11</sup>.

**Tabla 1**  
Mapeo de activos. (Adaptada de Improvement and Development Agency<sup>6</sup>.)

Qué recursos	Quiénes	Qué tienen	Reflexión
Recursos de los individuos	Miembros de la comunidad Familias Vecinos	Poder Pasión Talento Habilidades Experiencia Conocimiento Tiempo Cuidado	¿Qué es lo bueno del lugar donde viven? ¿Qué pueden hacer para mejorar la vida en su comunidad?
Recursos de las asociaciones formales	Grupos religiosos Grupos deportivos Asociaciones juveniles Grupos de voluntarios Asociaciones de vecinos Grupos de autoayuda o de ayuda mutua Asociaciones de pacientes Voluntarios	Visión Redes Conocimiento compartido Influencia Talento	¿Cuáles son las redes formales de su comunidad?
Recursos de las asociaciones informales	Red informal de cuidadores Red informal de apoyo	Visión Redes Conocimiento compartido Influencia Espacios compartidos Talento	¿Cuáles son las redes informales de su comunidad?
Recursos físicos del área	Parques Centros educativos Bibliotecas Centros de salud Centros infantiles	Edificios Espacios compartidos	¿Qué espacios verdes, terrenos sin utilizar, edificios, calles, mercados o transportes hay en la comunidad?
Recursos económicos	Negocios locales Comercios locales	Dinero Influencia Edificios	¿Cuál es la situación económica local?
Recursos culturales	Teatro Música Arte	Visión Redes Conocimiento compartido Influencia Espacios compartidos Talento	¿Qué talento tiene la gente para la música, el teatro o el arte?
Recursos de las organizaciones	Servicios del ayuntamiento Concejalias o concejales Líderes o representantes de barrios o vecindarios Policía Trabajadores sociales Médicos de familia Enfermería	Dinero Edificios y recursos Servicios reales o potenciales Influencia sobre otros Tiempo Poder Conocimiento Liderazgo Capacidad y buena voluntad para el cambio	¿Qué recursos tienen las organizaciones independientemente de si se usan o no?

**Tabla 1.** Mapeo de activos (adaptada de Improvement and Development Agency<sup>11</sup>)

En su núcleo, la salutogénesis plantea:

- ¿Cuáles son los factores externos que contribuyen a la salud y al desarrollo?
- ¿Cuáles son los factores que nos hacen más resilientes?
- ¿Qué es lo que nos abre hacia una vida de experiencias más plenas?
- ¿Qué provoca niveles de bienestar general?

La aplicación de estos conceptos a la búsqueda de evidencias en los determinantes de la salud y la evidencia de las acciones más efectivas tiene el potencial de explicar en más profundidad qué se necesita para abordar las desigualdades en la salud. También hace que la disciplina de la epidemiología moderna se mueva hacia la búsqueda de respuestas a la pregunta de qué es lo que genera salud, más que hacia el enfoque tradicional de generación de evidencia sobre las causas y la distribución de la enfermedad y la muerte precoz. El modelo de activos, por tanto, pide una reconsideración de las bases teóricas sobre las que se construye la base de evidencia de la salud pública.

### **Objetivo general**

Identificar los activos de salud de la población del área programa del C.A.P.S. Almafuerde siguiendo el modelo teórico de la salutogénesis, asset model y del desarrollo comunitario, elaborados por el O.B.S.E.T. (Observatorio de Salud en Asturias).

### **Objetivos específicos:**

- Identificar los activos de salud del área programa del C.A.P.S. Almafuerde.
- Categorizar los activos de salud.
- Componer un recuero de los activos identificados.
- Comparar los activos identificados con los ya registrados previamente por agentes de salud del C.A.P.S. y actualizar los datos.
- Presentar los resultados al equipo de salud del C.A.P.S.
- Elaborar, junto con el equipo de salud del C.A.P.S., recursos para trabajar en red con otras instituciones del área programa.
- Vincular las instituciones del área programa para fortalecer el trabajo en red.

## **Relato de la experiencia**

El siguiente proyecto fue realizado entre junio 2018 y agosto 2019. Fue llevado a cabo por 6 médicos residentes de medicina general del Hospital Horacio Heller, Zona Metropolitana, Provincia de Neuquén. Para lograr responder los objetivos específicos planteados, el proyecto fue diagramado en 6 fases:

- Fase 1: Presentación a los agentes locales
- Fase 2: Delimitación del mapeo
- Fase 3: Trabajo inicial con los agentes del terreno
- Fase 4: Visibilización en la web 2.0
- Fase 5: Elaboración de recursoro institucional y trabajo de campo en la comunidad
- Fase 6: Transferencia a los agentes locales y a la población

### ***Fase 1: Presentación a los agentes locales***

En la fase 1 se convocó a los agentes sanitarios y equipo psicosocial del C.A.P.S. Almafuerte. Se presentó la propuesta del proyecto, su justificación y probable metodología; explicando la importancia de su participación dada la experiencia profesional y cercanía a la población. Se realizaron modificaciones del diseño del proyecto en base a sus aportes y sugerencias.

### ***Fase 2: Delimitación del mapeo***

Los límites establecidos del área programa son:

- Este: Calle Necochea
- Sureste: Calle Pedro Genco y Avda. del Trabajador
- Norte: Ruta de Circunvalación Neuquén
- Suroeste: Calle Punta Indio
- Oeste: Calle Crouzeilles

Dichos límites se encuentran definidos por Zona Sanitaria Metropolitana de Neuquén.

***Fase 3: Trabajo inicial con los agentes del terreno***

**Etapa A:** Incluye la impresión de un mapa del área programa para cada miembro del equipo e identificación de los activos de salud. Dicha etapa se realizó caminando junto a las agentes sanitarias.

**Etapa B:** Identificación de los activos de salud de zonas más lejanas o de difícil acceso geográfico en el vehículo del Sistema Integrado de Atención Domiciliaria (S.I.A.D.) que pertenece al C.A.P.S. Almafuerde.

***Fase 4: Visibilización en la web 2.0***

Una vez identificados y clasificados (Tabla 1) la totalidad de los activos de salud, se digitalizaron los datos en un mapa virtual; creando una herramienta interactiva con Google Maps<sup>®</sup>. Los activos fueron categorizados en diversas capas. Esta puede ser visualizada en el siguiente link o código QR:

<https://drive.google.com/open?id=12vpmrm00GkUb9mxWeAKdHRqbfVGjmiCr&usp=sharin>

[g](#)

**Código QR** (se puede acceder a través de Google Lens o cualquier otro lector de código QR):



**Fase 5:** *Elaboración de recursoro institucional y trabajo de campo en la comunidad*

**ETAPA A:** Elaboración de recursoro institucional. Se diseñó una plantilla (ver anexo 1) para la recolección de datos que incluía contactos/referentes institucionales, actividades que realizan, horarios, cantidad de beneficiarios, número de personas designado a cada actividad, características de los beneficiarios, requisitos necesarios para poder participar, subvención, fotos, entre otros datos. Se utilizó la misma plantilla en la evaluación de todas las instituciones visitadas. Los datos obtenidos se integraron al mapa digital.

**ETAPA B:** Planificación del trabajo en red según las necesidades formuladas por las instituciones visitadas.

**Fase 6:** *Transferencia a los agentes locales y a la población*

**ETAPA A:** Transferencia a los agentes locales. Mediante la modalidad de ateneo multidisciplinario, se compartirá el diagnóstico situacional a todo el equipo del C.A.P.S. Almafuerite.

**ETAPA B:** Transferencia a la población. En base a las necesidades planteadas por las instituciones barriales y/o los activos identificados, se planificarán estrategias del tipo talleres, charlas, folleteria y facilitarán vías de comunicación interinstitucionales para fomentar actividades conjuntas y prácticas de salud.

## Resultados

El presente trabajo responde los primeros cuatro objetivos específicos (fases 1 a 5). Se identificaron los activos de salud en el área programa del C.A.P.S. Almafuerte con la dificultad de que la misma aumenta constantemente y transforma sus límites, debido a la incorporación de nuevos barrios, tomas y asentamientos. Los activos reconocidos en el terreno fueron plasmados y categorizados en 5 capas en My Maps de Google Maps®. Se excluyeron las categorías “Recursos de los individuos” y “Recursos de las asociaciones informales” por falta de disponibilidad de las herramientas metodológicas y de análisis correspondientes.

1. Recursos económicos: En su mayoría, los recursos económicos identificados fueron despensas/kioscos/mercados y, en menor cantidad, verdulerías. Con respecto a los oficios, los más ofertados a la comunidad son talleres mecánicos, soldadura, herrería y costurería. No se identificaron farmacias, ni cajeros automáticos.
2. Recursos físicos del área: En el área programa hay 1 Centro de Salud. Allí trabajan 9 médicos/as especialistas (6 generalistas, 1 pediatra, 1 ginecología, 1 clínica), 6 médicos/s residentes de medicina general, 10 enfermeros/as, 3 odontólogas, 2 asistentes en odontología, 3 psicólogas, 4 agentes sanitarios, 2 trabajadoras sociales, 1 nutricionista, 1 podóloga, 1 profesor de educación física, 2 auxiliares en farmacia, 2 en gestión de pacientes, 1 recuperador financiero, 2 administrativas, 1 personal de mantenimiento y 1 chofer.

Por otro lado, hay 3 escuelas primarias, 3 jardines de infantes, 1 centro de promoción familiar, 1 centro de formación profesional, 1 salón de usos múltiples y 1 polideportivo. No se identificaron escuelas secundarias.

También hay canchas de fútbol, en su gran mayoría, presentan piso de tierra, no están demarcadas y cuentan con los 2 arcos. Gran cantidad de plazas cuentan con juegos para niños pero carecen de parquización. Sólo un barrio presenta espacios verdes entre sus calles.

3. Recursos de las asociaciones formales: Se identificaron 17 iglesias, 15 cristianas evangélicas o pentecostales, 1 capilla católica y 1 templo mormón. Hay 6 merenderos/comedores, 1 centro de cuidados infantiles, 1 asociación civil y 1 oficina de la cooperativa Movimiento Techo Digno (MTD).

4. Recursos de las organizaciones: El área programa cuenta con 1 posta policial en el Barrio Z1, con un móvil activo de forma intermitente. La tarea principal es el control de tránsito y cobertura de eventos. A futuro está planteado la construcción de una Comisaría.

En el extremo sureste se encuentra una estación de Bomberos de la Policía.

La comunidad del área programa cuenta con 4 líneas de transporte público. Las paradas de ómnibus en su mayoría no están señalizadas y sólo 3 presentan garitas.

5. Recursos culturales: El área programa no cuenta con instituciones destinadas específicamente a actividades culturales (teatro, cine, centro cultural). Sin embargo,

las mismas son desarrolladas en diversas instituciones barriales incluidas en las categorías “recursos físicos del área”, “recursos de las asociaciones formales” y “recursos de las organizaciones”.

Actualmente, los últimos tres objetivos específicos (fase 6) se encuentran en etapa de planificación. Su desarrollo está planteado para los meses de octubre y noviembre de 2019.

En primera instancia, se realizará un ateneo multidisciplinario con todo el equipo de salud del CAPS Almafuerte, donde se transmitirán los resultados obtenidos hasta el momento. Las metas de este encuentro son:

- dar a conocer la perspectiva salutogénica;
- actualizar al equipo acerca de los activos de salud del área programa;
- poner a disposición la herramienta del mapa digital elaborado;
- debatir y elaborar estrategias para comenzar a trabajar en red con las demás instituciones

En segunda instancia, se planificarán actividades que surgieron durante la identificación de los activos desde las distintas instituciones:

- Talleres de Reanimación Cardiopulmonar
- Talleres de primeros auxilios
- Talleres de prevención de accidentes
- Taller sobre lavado de manos
- Taller sobre cepillado de dientes
- Charla sobre Salud Sexual y Reproductiva

- ❑ Recursero de fotos enviadas por las distintas instituciones y personas del área programa con el fin de crear una capa dentro del mapa digital.

En última instancia, se facilitarán vías de comunicación para vincular las distintas instituciones del área programa entre sí con el fin de promover el trabajo en red.

### **Conclusión**

El presente trabajo describe el modelo salutogénico como una metodología que permite obtener información sobre el patrimonio en salud de las personas y la comunidad. La metodología de mapeo y de recursero adoptada es útil para instrumentar estrategias que fomentan la participación social e investigación de acción. La configuración de una base digital facilita la accesibilidad de la población y los equipos de salud a los datos recolectados, permitiendo que sean partícipes en la toma de decisiones que generan salud.

Además, como agentes de salud, consideramos que la aplicación del modelo salutogénico contribuye a revitalizar el paradigma de la promoción de la salud mediante la garantía de la salud y el bienestar desde un punto de vista más amplio. De esta manera, nuestra comprensión sobre las condiciones que mejoran la calidad y cantidad de vida se convierten en una realidad para los individuos y sus comunidades; independientemente de su cultura, género, situación socioeconómica y, ciertamente, en cualquier fase del transcurso de sus vidas.

Los desafíos que se presentan para las políticas de salud son pasar de un modelo patogénico a un modelo salutogénico. Esto implica no minorar recursos al ámbito asistencial, sino potenciar los del ámbito de la promoción y la prevención con la

sensibilización y la capacitación de profesionales y ciudadanos, todo ello pendiente de implantar sistemáticamente.

## **Bibliografía**

- 1.** Eriksson M., Lindström B. (2005). **Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review.** J Epidemiol Community Health. 59(6):460-6.
- 2.** Antonovsky, A. (1996). **The salutogenic model as a theory to guide health promotion.** Health Promotion International vol. 11, pp. 11-18. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias.
- 3.** Antonovsky, A. (1987). **Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.** San Francisco: Jossey-Bass.
- 4.** De la Revilla, L. (1993). **Conceptos e instrumentos de la atención familiar. 1993 Información general.** Barcelona: Doyma.
- 5.** OMS (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.
- 6.** Morgan, A. & Ziglio, E. (2007). **Revitalising the evidence base for public health: an assets model.** Promotion & Education, 2, 17-22.
- 7.** Morgan, A., Davis, M. & Ziglio, E. (2010). **Health assets in a global context: theory, methods, action.** New York: Springer.
- 8.** Scales, P. C. & Leffert, N. (1999). **Developmental assets: A synthesis of the scientific research on adolescent development.** Minneapolis, MN: Search Institute.
- 9.** Kretzman, J.P. & McKnight, J.L. (1993). **Building Communities from the Inside Out: a Path Toward Finding and Mobilizing a Community Assets.** ACTA Publications, Chicago, Illinois.
- 10.** Lindstrom, B. & Eriksson, M. (2009). **The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy: illustrated by a case study Global Health Promotion.** 2009; 16; 17.

- 11.** McKnight J. (2010). **Asset mapping in communities.** En: Morgan A., Davies M., Ziglio E., editors. Health assets in a global context: theory, methods, action. New York: Springer. 59-76.
- 12.** Minkler M. (2003). **Community based participatory research for health.** San Francisco, CA: Jossey-Bass. 512 p.
- 13.** Mariano H., Antony M. Ángel L. (2014). **Formación en salutogénesis y activos de la salud.** Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de salud y bienestar social.
- 14.** Botello B., Palacio S., García M., Margolles M., Fernández F., Hernán M., Nieto J. y Cofiño R. (2013). **Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad.** Gaceta Sanitaria, 27(2), 180-183.
- 15.** Morgan M., Hernán M. (2013). **Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos.** Rev Esp Sanid Penit., 15, pp. 78-86
- 16.** C. Álvarez-Dardet, A. Morgan, M.T. Ruiz Cantero, et al. (2015) **Improving the evidence base on public health assets — the way ahead: a proposed research agenda.** J Epidemiol Community Health., 69 , pp. 721-723.
- 17.** Foot J, Hopkins T. (2009) **A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being.** Great Britain Improvement and Development Agency.

## Anexos

### 1. Planilla utilizada para la recolección de datos institucionales

<ul style="list-style-type: none"><li>• Contacto (referente): _____</li><li>• Dirección: _____</li><li>• Teléfono: _____</li><li>• Mail: _____</li><li>• Pág. Web: _____</li></ul>
--

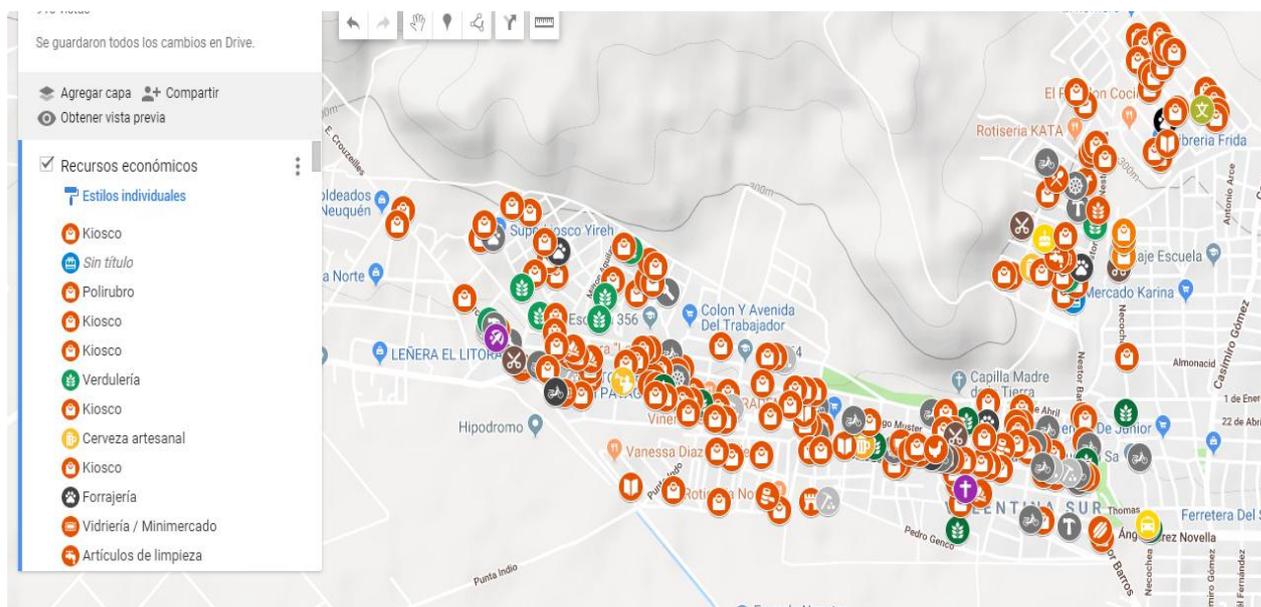
<p>Actividades y horarios que se realizan en la institución</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. _____</li><li>2. _____</li><li>3. _____</li><li>4. _____</li><li>5. _____</li></ol> <ul style="list-style-type: none"><li>• Número de beneficiarios: _____</li><li>• Características de beneficiarios<ol style="list-style-type: none"><li>1. Edad(es): _____</li><li>2. Sexo: _____</li><li>3. Alguna particularidad: _____</li></ol></li></ul>
---

<ul style="list-style-type: none"><li>• Fecha en que iniciaron las actividades: _____</li><li>• Tipo de intervención: _____</li><li>• Tipo de organización: _____</li><li>• N° de personas que trabajan en la institución: _____</li></ul> <p>• ¿ De qué manera se subvencionan?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---

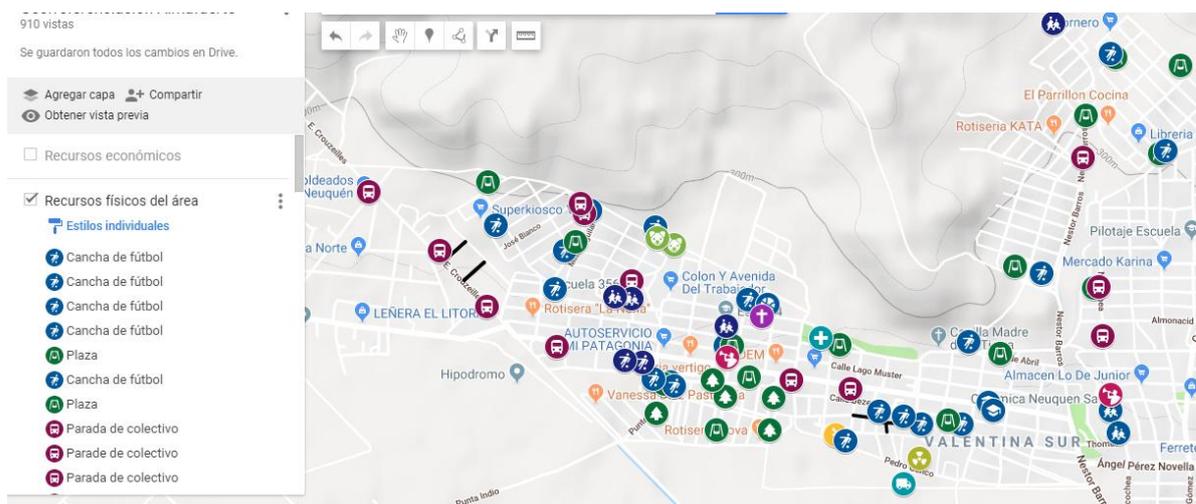
**FOTOS**

---

## Recursos económicos



## Recursos físicos



## Recurso de las asociaciones

