



Alejandro Perdomo-Rubio*
Angelina Gonzalez-Viana**
Cristina Casajuana-Kögel***
Diana del Rosario Izquierdo-Mora****



ISSN: 0121-7577 e-ISSN: 2462-8425



Análisis de la implementación del mapeo de activos y prescripción social en Cataluña

Recibido en abril 01 de 2025, aceptado en septiembre 07 de 2025

Citar este artículo así

Perdomo-Rubio A, Gonzalez-Viana A, Casajuana-Kögel C, Izquierdo-Mora DR. Análisis de la implementación del mapeo de activos y prescripción social en Cataluña.. *Hacia Promoc. Salud.* 2025; 30(3): 47-61. DOI: 10.17151/hpsal.2025.30.3.5

Resumen

Objetivo: Este estudio analiza la implementación del mapeo en activos y la prescripción social en Cataluña, identificando factores facilitadores, desafíos y percepciones de impacto en la salud pública. **Metodología:** Se realizó un estudio de diseño mixto que incluyó un análisis descriptivo de la plataforma *Activos y Salud* con entrevistas semiestructuradas con 25 actores clave en 11 municipios, analizados mediante metodología cualitativa. **Resultados:** Entre 2016 y 2021 se registraron 4113 actividades y 4214 recursos en la plataforma *Activos y Salud*. Se observó disparidad en la cobertura según grupos de edad y provincias, con una representación limitada de actividades para jóvenes. El impacto del COVID-19 afectó significativamente el registro y sostenibilidad de las actividades. Los antecedentes comunitarios, como la existencia de procesos intersectoriales previos, fueron cruciales para el éxito del mapeo y la prescripción social. Las estrategias incluyeron reuniones intersectoriales, uso de herramientas digitales y colaboración con universidades. Los desafíos identificados abarcaron la falta de recursos específicos, las brechas digitales y las dificultades en la actualización continua de activos. La prescripción social se adaptó a las características locales mediante circuitos diferenciados. Los participantes destacaron impactos positivos como la creación de redes comunitarias, reducción del aislamiento y mayor participación social. **Conclusiones:** La implementación efectiva exige superar barreras, fortalecer capacidades locales, capacitar profesionales, mejorar infraestructura digital y participación comunitaria, incorporando inteligencia artificial y aprendizajes transferibles que orienten la implementación en otros contextos.

* Doctor en Salud Colectiva, Universidad El Bosque / Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, Cundinamarca, Colombia. Correo electrónico: aperdomoru@unbosque.edu.co. orcid.org/0000-0003-1157-4045.

** Doctora en Salud Pública, Servicio Catalán de Salud, Barcelona, Cataluña, España. Correo electrónico: angelina.gonzalez@catsalut.cat. orcid.org/0000-0003-4992-4039.

*** Doctora en Medicina, Agencia de Salud Pública de Cataluña, Barcelona, Cataluña, España. Correo electrónico: cristina.casajuana@gencat.cat. orcid.org/0000-0002-7204-9191.

**** Doctora en Psicología Social y de las Organizaciones, Ministerio de Salud y Protección Social-Dirección de Promoción y Prevención, Bogotá, Cundinamarca, Colombia. Correo electrónico: diana.izquierdo@minsalud.gov.co. orcid.org/0000-0001-9438-9579.

Palabras clave

Atención primaria de salud, apoyo social, implementación, promoción de la salud, salud comunitaria (Fuente: *MeSH*).

Analysis of the Implementation of Asset Mapping and Social Prescribing in Catalonia

Abstract

Introduction: Asset mapping and Social Prescribing (PrS) are key tools in community action to address social determinants of health. This study examines their implementation in Catalonia by exploring facilitating factors, challenges, and perceptions of impact on public health. **Methods:** A mixed-methods study that included a descriptive analysis of the “Assets and Health” platform and semi-structured interviews with 25 key actors in 11 municipalities. The interviews were analyzed qualitatively to identify patterns in the implementation of the strategies. **Results:** Between 2016 and 2021, 4,113 activities and 4,214 resources were registered on the “Activos y Salud” platform. Disparity in coverage was observed across age groups and provinces, with limited representation of activities for young people. The impact of COVID-19 significantly affected the registration and sustainability of activities. Community background, such as the existence of previous intersectoral processes, was crucial to the success of mapping and PrS. Strategies included intersectoral meetings, use of digital tools, and collaboration with universities. Challenges identified included lack of specific resources, digital divides, and difficulties in continuously updating assets. PrS was adapted to local characteristics through differentiated circuits. Participants highlighted positive impacts such as the creation of community networks, reduced isolation, and increased social participation. **Conclusions:** Effective implementation requires overcoming barriers, strengthening local capacities, training professionals, improving digital infrastructure and community participation, incorporating artificial intelligence, and transferable learnings that guide implementation in other contexts.

Keywords: Community Health, Implementation, Primary Health Care, Health Promotion, Social Support.

Análise da Implementação do Mapeamento de Ativos e Prescrição Social na Catalunha

Resumo

Introdução: O mapeamento de ativos e a Prescrição Social (PS) são ferramentas essenciais na ação comunitária voltada para enfrentar os determinantes sociais da saúde. Este estudo examina sua implementação na Catalunha, explorando fatores facilitadores, desafios e percepções de impacto na saúde pública. **Métodos:** Foi realizado um estudo de métodos mistos, incluindo uma análise descritiva da plataforma “Activos y Salud” e entrevistas semiestruturadas com 25 atores-chave em 11 municípios. As entrevistas foram analisadas qualitativamente para identificar padrões na implementação das estratégias. **Resultados:** Entre 2016 e 2021, foram registrados 4.113 atividades e 4.214 recursos na plataforma “Activos y Salud”. Foram observadas disparidades na cobertura entre faixas etárias e províncias, com representação limitada de atividades voltadas para jovens. A pandemia de COVID-19 impactou significativamente o registro e a sustentabilidade das atividades. Processos comunitários pré-existentes, como a colaboração intersetorial, foram cruciais para o sucesso do mapeamento de ativos e da PS. As estratégias implementadas incluíram reuniões intersetoriais, uso de ferramentas digitais e colaboração com universidades. Entre os desafios identificados estão a falta de recursos específicos, as lacunas digitais e as dificuldades na atualização contínua dos ativos. A PS foi adaptada às características locais por meio de circuitos diferenciados. Os participantes destacaram impactos positivos, como a criação de redes comunitárias, a redução do isolamento social e o aumento da participação social. **Conclusões:** A implementação efetiva exige superar barreiras, fortalecer capacidades locais, capacitar profissionais, melhorar a infraestrutura digital e a participação comunitária, incorporando inteligência artificial e aprendizados transferíveis que orientem a implementação em outros contextos.

Palavras-chave

Ação Comunitária, Implementação, Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Apoio Social.

Introducción

La acción comunitaria en salud es un enfoque multisectorial orientado a mejorar la salud y bienestar de las comunidades mediante el abordaje de los determinantes sociales y la reducción de las desigualdades, a través del trabajo en red y el poder local (1). Desde esta perspectiva el enfoque salutogénico reconoce que tanto los individuos como las comunidades poseen talentos, habilidades y experiencias que pueden movilizarse para promover su salud y bienestar (2). En el ámbito comunitario, un activo en salud se define como cualquier factor o recurso que la comunidad identifica como elemento que mejora la capacidad de personas, grupos, o comunidades, para mantener y conservar la salud y el bienestar (3). En este marco, la acción comunitaria incorpora la metodología del mapeo de estos activos para identificar y dinamizarlos, contribuyendo así a la mejora de la salud y el bienestar a nivel local (4).

La prescripción social se define como el mecanismo mediante el cual un profesional de la salud identifica, de manera conjunta con la persona usuaria, un activo local con el fin de promover y mejorar su salud. Frente a la recomendación de activos, el seguimiento del impacto en la salud del paciente por parte del profesional sanitario da el valor añadido a la prescripción social (5). La prescripción social es un recurso frecuentemente utilizado para abordar la soledad no deseada, el aislamiento y el malestar emocional que cursan con ansiedad y depresión. Situaciones que pese a tener un origen social con frecuencia se acaban medicalizando (6). De hecho, la evidencia muestra que la prescripción social puede mejorar la calidad de vida autopercebida, reducir la ansiedad y el bienestar emocional, además de ser un recurso para reducir la soledad y el aislamiento social (7). Por otro lado, la prescripción social ofrece una alternativa no farmacológica a problemas de salud que tienen un origen social. Tiene efectos transversales sobre la salud y, por tanto, múltiples aplicaciones, por lo que su uso se promueve y sistematiza cada vez en más países (5). La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve la prescripción social como una estrategia empoderadora que aborda las causas sociales de la enfermedad y contribuye a reducir la presión sobre el sistema sanitario. Además, destaca por ser una estrategia costo efectiva al aprovechar recursos ya existentes en la comunidad y reducir las visitas sanitarias, especialmente las derivaciones a los servicios de salud mental (7).

En la literatura, la prescripción social tiene distintos niveles según los actores implicados y el contexto sanitario o comunitario (8): el mapeo de activos, que

es la fase inicial para identificar recursos disponibles; el consejo de activos, una recomendación general sin derivación formal; la recomendación de un activo específico, que incluye detalles concretos desde la consulta; la recomendación facilitada, en la que un promotor comunitario actúa como enlace y proporciona seguimiento; y la recomendación avanzada, caracterizada por una integración total entre atención primaria, instituciones locales y sociedad civil, consolidada tras años de colaboración intersectorial.

Histórico y situación actual en Cataluña

Cataluña es una de las 17 comunidades autónomas que conforman España y cuenta con una población de aproximadamente 7,5 millones de habitantes (2023), la ciudadanía tiene acceso gratuito y universal en la red de atención primaria de salud, integrada por alrededor de 400 centros de salud, de los cuales el 80% son de gestión pública. En cada centro de salud un equipo de profesionales –médicos y enfermeras de familia y comunitaria, pediatras, trabajadores sociales, psicólogos, nutricionistas, dentistas y fisioterapeutas– ofrece sus servicios de prevención, promoción de la salud y de atención a la enfermedad. Los profesionales tienen acceso a la historia clínica informatizada en sus consultas. Asimismo, cada ciudadano tiene asignado un equipo de atención primaria (EAP) en función de su domicilio.

En Cataluña, en el marco del Plan Intersectorial de Salud Pública (9), se diseñó e implementó el programa *Comunidad y Salud* (COMSalut), con el objetivo de reorientar la atención primaria hacia un enfoque comunitario. Desde 2015, COMSalut impulsó procesos de acción comunitaria en 16 áreas básicas de salud, basándose en el modelo de *Salud en los Barrios* (10), que continúa vigente en la ciudad de Barcelona (11). Simultáneamente, desde el 2012 en Cataluña se desarrolló el Programa Prescripción Social y Salud (5) que aborda el malestar emocional y aislamiento social. Una iniciativa del plan de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales de la Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPCAT). El Programa Prescripción Social y Salud se implementa a través de la atención primaria de salud con implicación de los ayuntamientos y entidades locales.

En el marco del Programa Prescripción Social y Salud se ha puesto en marcha la plataforma *Activos y Salud*, cuyo objetivo es visibilizar y dinamizar los activos en salud locales (12). Esta plataforma permite geolocalizar, mediante un mapa en línea,

los recursos y activos identificados en el territorio a través de procesos de mapeo de activos y de acción comunitaria. La plataforma incorporada a la historia clínica informatizada de la atención primaria de salud, facilita la prescripción social de los mismos en la consulta. *Activos y Salud* distingue entre recursos y actividades: los recursos corresponden a entidades –como bibliotecas o centros deportivos–, mientras que las actividades hacen referencia a la oferta específica desarrollada en dichos recursos. Las actividades requieren una actualización anual para confirmar su continuidad y la vigencia de la información asociada, como horarios y datos de contacto.

Tras años implementando estos procesos en Catalunya, se decide analizar la implementación del mapeo de activos y de prescripción social en Cataluña identificando sus facilitadores y limitadores. Para ello se realiza un análisis cuantitativo de los datos recolectados en la herramienta *Activos y Salud* y un estudio cualitativo de los procesos de mapeo y de prescripción social en 11 municipios.

Materiales y métodos

Estudio de diseño mixto (13), con un componente observacional descriptivo de corte transversal basado en datos recopilados en la plataforma *Activos y Salud* (metodología cuantitativa), complementado con entrevistas semiestructuradas a agentes clave (metodología cualitativa) para estudiar la implementación del mapeo de activos y la prescripción social en los territorios.

El análisis cuantitativo de la base de datos de la plataforma *Activos y Salud* se realizó para el periodo comprendido entre enero de 2016 y febrero de 2022. Dicha base de datos contiene información sobre los activos incluidos en los municipios de Cataluña. Se identificaron las siguientes variables de interés: ubicación geográfica (municipio y región); tipo (recursos o actividad); categorías (número de actividades o recursos); edad: población infantil (0-11 años), jóvenes (12-29 años), personas mayores de 65 años, personas entre 30 y 64 años, población adulta (mayores de 15 años y, población general; sexo (mujer, hombre, no binario) y año de incorporación a la web. Se hizo un análisis estadístico descriptivo: frecuencia, proporción y distribución de los activos en relación con las variables de interés. Se realizaron comparaciones entre grupos demográficos.

Para el análisis de la implementación del mapeo de activos y/o la prescripción social se realizaron entrevistas semiestructuradas, con un guion abierto

que permitió la inclusión de preguntas adicionales. El guion se estructuró en dos secciones: el apartado de mapeo de activos abordó sus antecedentes y preparación, el proceso (identificación, registro, validación, clasificación, análisis y actualización de activos), el grado de participación y los tipos y características de los activos. En el apartado de prescripción social se indagó sobre el circuito establecido, los profesionales implicados, la herramienta utilizada para recomendar los activos y la evaluación y los efectos de la prescripción social.

El diseño de la muestra tenía el propósito de capturar una representación diversa de casos en los que se estuvieran desarrollando el mapeo de activos y/o la prescripción social (14). Se seleccionaron once municipios mediante un consenso entre el equipo de trabajo y los responsables de promoción de salud de los servicios regionales, considerando: Que se estuviese llevando a cabo un proceso de acción comunitaria, prescripción social o un mapeo de activos con o sin registro en *Activos y Salud*; diversidad de fases de madurez de acción comunitaria; diversidad en las características poblacionales, diferentes contextos sociodemográficos (rural/urbano, representación regional...); acceder a participar en el estudio.

Entre marzo y mayo de 2022 se realizaron 11 entrevistas semiestructuradas con 25 actores clave involucrados en la implementación y desarrollo del mapa de activos Cataluña y la prescripción social en los municipios de Castellar del Valles, Sabadell Sud, Pineda del Mar, Tortosa, Castelldefels, Salt, Balaguer, Vic, Montoig del Camp, Oliana Pirineu y Prat de Llobregat. Se incluyeron profesionales de la salud, representantes comunitarios, gestores de los centros de atención primaria de salud, entre otros. Las entrevistas se realizaron de manera presencial o virtual de acuerdo con las preferencias y disponibilidad de los participantes. Las entrevistas fueron transcritas y se les aplicó un análisis de contenido (15). Se identificaron patrones, temas recurrentes y variaciones entre municipios y tipos de procesos.

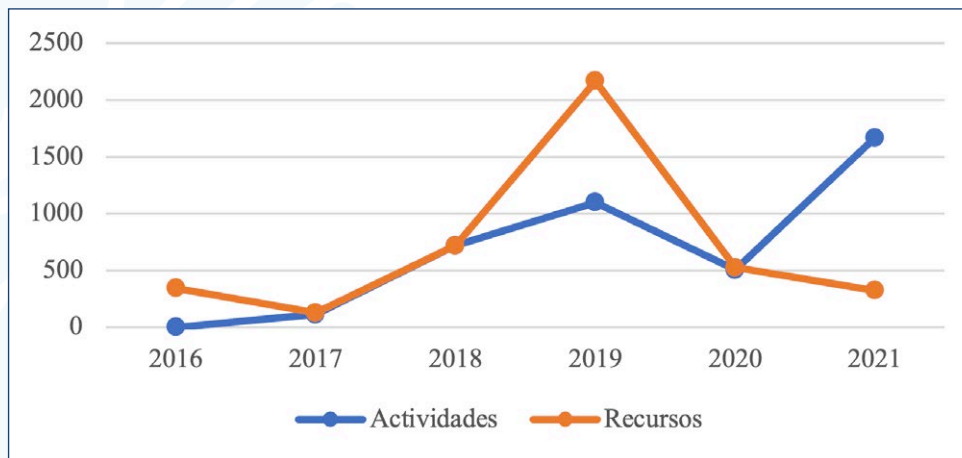
Resultados

Los datos cuantitativos del registro de la base de datos *Activos y Salud*, muestra una creciente adopción y penetración del mapeo de activos en los municipios entre los años 2016 al 2021. En estos años fueron registrados en la página *Activos y Salud* 4113 actividades de 208 municipios (21,9% del total de municipios de Cataluña) y 4214 recursos, en 501 municipios (52,9%).

La Figura 1 muestra la evolución de registros por año. Se observó, tanto para actividades como para recursos, un incremento importante a partir de 2018, que se mantuvo en 2019 con 1099 activos y 2168 recursos. En 2020 se produjo un marcado descenso, atribuible a la COVID 19, que se recuperó en 2021, alcanzando 1669 registros y 325 recursos.

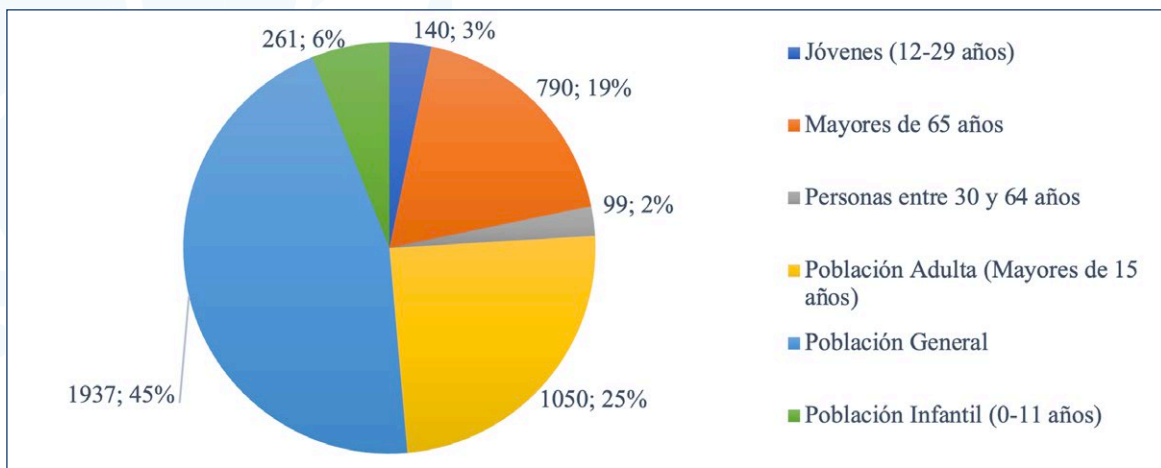
El número de actividades registradas por grupos de edad indicó que la población general concentró 1937 registros, equivalentes al 45% del total, seguida de la población adulta, con 1050 y el 25%, y de las personas mayores de 65 años, con 775 y el 19%, son los que tienen mayor registro, como muestra la Figura 2. Las actividades menos registradas según los grupos poblacionales fueron la población infantil con 261 y el 6%) y la población joven con 140 y el 3%.

Figura 1. Actividades y recursos registrados por año (2016-2021)



Fuente: elaboración propia.

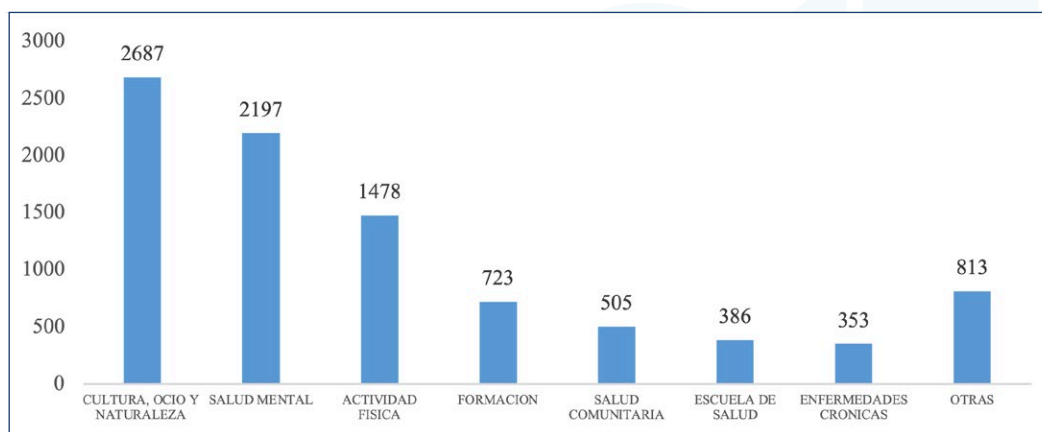
Figura 2. Número de actividades por edad



Fuente: elaboración propia.

Las categorías de actividades más comunes fueron cultura, ocio y naturaleza con un 29,4%, salud mental con un 24% y actividad física con el 16,7%. También frecuentes, pero en menor proporción se encuentran formación, salud comunitaria, escuela de salud, enfermedades crónicas, personas en riesgo de exclusión y personas cuidadoras, que están entre un 2 y 10% (Figura 3).

Figura 3. Número de recursos por tema



Fuente: elaboración propia.

Con referencia a la región, el 61% de las actividades se registró en Barcelona, seguido de Lleida con el 18%, Girona con el 12% y Tarragona con el 7%. La distribución de actividades registradas en las cuatro provincias presentó un patrón similar, con mayor proporción para la población general, adulta y personas mayores, y menor para los grupos de personas entre 30 y 64 años, población infantil y jóvenes. Sin embargo, mientras que para Barcelona una de cada dos actividades estuvo dirigida a la población general, en Tarragona esta proporción se aproximó a una de cada tres. Asimismo, Tarragona registró una mayor proporción de actividades dirigidas a la población adulta, con el 32%, y a jóvenes, con el 8%, en comparación con las otras tres provincias, donde estas proporciones no superaron el 27% y el 4% respectivamente.

Sobre los recursos registrados en el portal *Activos y Salud*, casi la mitad fueron referentes a infraestructura y espacio físico (46%), seguidos por asociaciones (28%) e instituciones (14%). La región con mayor registro de recursos fue Barcelona con un 57%, seguido por Girona con el 17%. Considerando la tipología de recursos registradas por región, se observa que la infraestructura y espacio físico es el mayor recurso registrado en Barcelona (51%), Girona (49%) y Lleida (42%), mientras que en Tarragona son

las asociaciones (36%) y por debajo la infraestructura y espacio físico (33%). Asimismo, se evidencia que en Lleida hay un registro superior de recursos que son personas individuales (10%) comparado con las demás provincias.

Mediante el análisis cualitativo se hizo una aproximación a la descripción del proceso de implementación a nivel municipal del mapeo y de la prescripción social y además la identificación de barreras y facilitadores para ambas estrategias.

Antecedentes y contexto previo al mapeo y/o prescripción social

Los entrevistados identificaron que en todos los municipios existían procesos comunitarios previos, promovidos en diferentes niveles –local, municipal, autonómico y nacional– y con distintos grados de desarrollo. Estos procesos habían sido impulso y plataforma para el desarrollo del mapeo de activos y la prescripción social al facilitar la creación de espacios de articulación entre actores del municipio y el sector salud, especialmente con los centros de atención primaria de salud.

En general los procesos comunitarios pusieron en marcha espacios de articulación/coordinación entre

distintos actores con el sector salud, particularmente con los centros de atención primaria de salud, diagnósticos y priorización de problemáticas que requerían de la intersectorial y participación comunitaria.

Entre las intervenciones de promoción de salud identificadas para el nivel local se encontraron aquellas de promociones de actividad física en adultos –*Vamos a Caminar*–, ARES, y dirigidos a adolescentes –Salud y Escuela, Conéctate y el Cuerpo y Emociones–, sobre alimentación saludable, así como otras actividades sistemáticas: capacitaciones, talleres o acciones en escuelas, dirigidas tanto a gestantes como a personas mayores. Estas intervenciones eran desarrolladas por uno o varios actores del municipio, como la atención primaria de salud, fundaciones, sector educativo. También se identificaron proyectos de investigación como los realizados por la Universidad Rovira i Virgili.

Asimismo, a nivel municipal los entrevistados señalaron que existían estructuras organizativas de trabajo intersectorial como los consejos de salud donde se socializan y coordinan las actividades del sector salud con el ayuntamiento, y con otras comisiones. En estas estructuras se realizan acuerdos intersectoriales, se rinden cuentas, se hacen diagnósticos, se planifican y definen y acciones intersectoriales para la acción comunitaria. Se identificaron también comisiones, mesas, grupos motores y espacios comunitarios, como el Proceso Comunitario de Tortosa.

Dos estrategias actuaban como facilitadores para el mapeo y la prescripción social, el COMSalut (a nivel Cataluña) y la Intervención Comunitaria Intercultural (ICI, de nivel nacional y con financiación privada). Cinco de los once municipios analizados formaron parte del COMSalut, mientras que uno contaba con un proyecto de intervención comunitaria intercultural. Estos proyectos fueron útiles para la formación de grupos motores y el trabajo intersectorial, la realización de diagnósticos e intervenciones.

Se identificaron participantes clave del municipio, entre ellas las entidades públicas (desde el ayuntamiento, CAP, consorcios, u otros sectores públicos), las entidades privadas y comunitarias (farmacias, organizaciones de vecinos, centros cívicos, redes de voluntarios). Personas clave para el impulso a la acción comunitaria del ayuntamiento (por ejemplo, regidores o técnicos de participación ciudadana), o de la atención primaria de salud y equipos técnicos que participaron en procesos comunitarios previos, y que gracias a su experiencia y capacidades técnicas o de articular distintos actores permitieron un impulso

al mapeo y a la prescripción social. El apoyo de los ayuntamientos en la contratación de técnicos que promovieron estos procesos también era señalado como un antecedente importante.

En ocasiones fueron los diagnósticos los que desencadenaron procesos comunitarios precedentes al mapeo y la prescripción social. Entre ellas, las problemáticas de salud mental, o en personas mayores el deterioro de la memoria o la soledad, la depresión y ansiedad en mujeres, o en jóvenes las autolesiones, adicciones, depresión, ansiedad y trastornos de la alimentación. También se identificaron problemáticas sociales complejas que afectan la salud, y que incitaron el inicio de procesos comunitarios, como la migración, la interculturalidad o la convivencia ciudadana.

Los entrevistados identificaron, como un fenómeno impulsor de la acción comunitaria y de la intersectorialidad, el reconocimiento de las dificultades de coordinación en temas de salud entre los distintos actores. También, reconocieron que los vínculos de cercanía entre personas e instituciones que se habían constituido antes del mapeo o la prescripción social, facilitaron el trabajo posterior.

Descripción del mapeo de activos

Según los entrevistados la adopción del mapeo de activos y la prescripción social en los municipios podía darse o bien debido al impulso de la ASPCAT a la prescripción social, o porque cuando el Plan Local de Salud incluía la prescripción social y/o priorizaba la Salud Mental Comunitaria. En otros municipios, fueron los diagnósticos comunitarios que evidenciaron problemas de salud mental, las que promovieron la prescripción social.

Una vez se decidía implementar la prescripción social se realizaba una presentación del proyecto a nivel municipal, se creaban grupos motores que lideraban el proceso. En la reunión impulsora se explicaba el proyecto e invitaba a los asistentes a participar. A veces también se aprovechaba la reunión para comenzar de una vez la identificación de activos y se mostraba cómo incluir las actividades en la plataforma. Si el proceso lo impulsaba ASPCAT, conjuntamente con el Centro de Salud, se convocaba la reunión impulsora con el ayuntamiento y actores clave. Cuando existían, se utilizaron los espacios de coordinación ya establecidos o ferias de entidades.

Para estas reuniones y para otras actividades donde se buscaba una participación amplia, los ayuntamientos facilitaban información y contactos de participantes

clave. A partir de esta información, el grupo motor identificaba las entidades y actividades relevantes a convocar en la reunión impulsora y para el desarrollo del mapeo. En otros municipios donde la información no estaba disponible se realizaron visitas a las entidades más representativas para establecer contacto y recopilar información para el mapa. En algunos municipios se utilizaron además otros canales de comunicación, como redes sociales –por ejemplo, Instagram–, carteles y el boca a boca.

Ya en la implementación del mapeo de activos en algunos municipios se realizó un mapeo piloto, por parte del grupo motor, para probar la metodología más adecuada. Luego se realizaron capacitaciones a distintos actores del municipio sobre dicha metodología. En un municipio se estableció una colaboración con una universidad, involucrando a estudiantes que ayudaron en el mapeo y apoyaron a las entidades a incluir sus activos en la plataforma.

En general, para el registro de activos se utilizaba la plataforma *Activos y Salud*, aunque en algunos municipios se combinaba con otras herramientas informales –archivos compartidos en Drive, Excel, Trello o con correos electrónicos comunes–. Estas mismas herramientas fueron útiles a los profesionales de la salud para que en el momento de la prescripción social se visualizara y consultara la oferta de activos susceptibles de ser recomendados para la prescripción social.

Las estrategias para recolectar información del mapeo de activos dependieron de las dinámicas comunitarias previas, del trabajo intersectorial, del apoyo del ayuntamiento, de las formas organizativas y capacidad de trabajo que asumieron los grupos motores y actores implicados. En municipios con fuerte asociacionismo y buena conexión con el ayuntamiento, el propio grupo motor recopilaba las actividades que eran registradas en la plataforma *Activos y Salud* por parte de las asociaciones. Cuando esta no era la situación, se requería que profesionales específicos se encargasen de la recolección y registro de la información, mediante llamadas, visitas frecuentes, paseos por el barrio, bola de nieve, entre otros. Para que esto último fuese viable, en algunos municipios se encargaba a un técnico del ayuntamiento o del centro de salud, o al Referente de bienestar y comunitario (RBEC).

En aquellos municipios donde se contaba con información sobre las entidades y sus actividades, buena parte de la recolección de la información partía de estas bases de datos. Algunos ayuntamientos contaban con dependencias que trabajan con las

comunidades integrándose a este proceso, como los departamentos de ciudadanía. En general, la información sobre los activos desarrollados por los entes públicos estaba mucho más disponible que la correspondiente a las entidades comunitarias, cuya identificación requirió un esfuerzo considerable de recolección. Sin embargo, en algunos ayuntamientos no había información sobre sus propias actividades. En general, mapear los activos del tercer sector fue un desafío debido a su volumen y a la diversidad de entidades.

El registro en la plataforma *Activos y Salud* se enfrentaba a dos problemas principalmente. El primero era la brecha digital de las entidades, que les dificultaba el uso de la plataforma pese a que estaba diseñado para ser una herramienta *friendly*. Muchas de las entidades eran pequeñas y dirigidas por personas mayores, sin tiempo ni conocimientos informáticos suficientes. La segunda, las entidades o el ayuntamiento, no priorizaban el registro en la plataforma debido a la dificultad para mantener actualizado su elevado número de activos.

La pandemia detuvo el proceso de mapeo y prescripción social; sin embargo, en los territorios que contaban con acción comunitaria previa y una red de coordinación establecida, esto facilitó la colaboración entre entidades y comunidad para dar respuesta a la crisis de la COVID-19.

Algunos municipios indicaron que no había criterios claros para incluir o excluir activos, mientras que otros sí contaban con dichos criterios dados por el diagnóstico comunitario. En ese caso se seleccionaban activos que podrían suplir las necesidades priorizadas.

Algunos municipios comenzaron la búsqueda de activos a partir de los que ya conocían o los que sabían que eran los más numerosos. En un municipio, por ejemplo, se decidió comenzar con personas mayores, porque era un ámbito muy bien organizado, y con recursos concentrados geográficamente. En otro municipio la búsqueda de activos se organizó a partir de ocho ámbitos previamente definidos por el grupo motor –actividad física, cultura, jóvenes, mejoras personales, personas mayores, voluntariado, crianza e integración–.

En un municipio los participantes comentaron que hubo un debate sobre si los activos a registrar y utilizar posteriormente en la prescripción social serían sobre las actividades o mejor sobre los recursos, y debido a la complejidad para la recolección y actualización adecuada de las actividades, se definió que la

prescripción social se realizaría sobre los recursos. En algunos municipios se decidió que los activos a ser registrados debían ser gratuitos o costar menos de cinco euros.

Los tipos de activos registrados que predominaban eran los dirigidos a personas mayores y salud mental, como el bienestar emocional, consumo de drogas y alcohol,

depresión, autoestima, entre otros. En buena medida, como respuesta tanto a las necesidades sentidas de la población, como a los procesos comunitarios previos. Así, en algunos municipios los participantes indicaban que abundaban las actividades organizadas por la biblioteca, centros cívicos y las asociaciones, mientras que en otros eran las actividades estatales y en otros las del CAP.

Tabla 1. Ejemplos de actividades y recursos identificados y registrados en la plataforma

Actividades	Recursos
Voluntariado, caminatas, programas de radio, talleres de relajación, grupos psicoeducativos.	Parques, entidades deportivas para atletismo, bares, plazas, bosques, playas, huertos urbanos.

Fuente: elaboración propia.

En la mayoría de los municipios no se realizaba un análisis de los activos recolectados sobre su pertinencia, adecuación o que permitiera tomar decisiones sobre acciones a seguir para fomentar su creación o fortalecimiento. Cuando había algún tipo de análisis de los activos recolectados o al buscar explícitamente activos para necesidades prioritarias, los municipios se daban cuenta que no había suficientes activos que las cubrieran de manera satisfactoria. Así, en algunos municipios se detectó una falta de activos dedicados a jóvenes a partir de lo cual se crearon espacios de coordinación para identificar o crear activos para este colectivo.

Las dificultades para visualizar y utilizar los activos para la prescripción social incluían tanto la falta de tiempo en la consulta como la lentitud del sistema informático sanitario de la historia clínica informatizada. Estas limitaciones eran comunes debido a la sobrecarga de la atención primaria de salud. Otra dificultad era la necesidad de actualización anual de los activos, y la dedicación que eso suponía. Por otro lado, la existencia de un elevado número de activos disponible dificultaba su selección e identificación por parte del profesional con el paciente. Este punto es esencial en la prescripción social, ya que incorporar al paciente en la decisión de qué activo utilizará, aumenta la probabilidad de vinculación. Por último, no disponer de información sobre las plazas libres en una actividad era un factor limitante para su recomendación.

Descripción de la prescripción social

Sobre los circuitos de funcionamiento de la prescripción social y profesionales implicados, se evidenció que los territorios estudiados habían adaptado el modelo catalán de prescripción social a sus contextos y realidades. Estas adaptaciones facilitaron la implementación de la prescripción social a la vez que respetaban los puntos clave del modelo. A continuación, se muestran diferentes adaptaciones descritas por los profesionales entrevistados, que atañían sobre todo al circuito interno de los centros de salud, con la distribución de tareas, así como a la categorización de los activos para mejorar su manejo. Por lo que refiere a qué profesional realiza la prescripción social, había bastante variedad dependiendo del tipo de circuito. Mientras el modelo de la ASPCAT incentivaba la participación de todo el equipo de atención primaria en la realización de la prescripción social; no obstante, eran las enfermeras las que más comúnmente las realizaban.

En otros casos en el centro de salud se establecía una figura a la que los profesionales derivaban los pacientes para que se les realizara la valoración y la prescripción social. Esta figura podía ser una trabajadora social, una referente de bienestar emocional, o un profesional de atención domiciliaria (dado que tienen una agenda flexible y disponen de tiempo). Los entrevistados destacaron la figura del facilitador que en algunos municipios tenía la función de enlace entre los activos y los prescriptores, y en ocasiones también hacia el

seguimiento de la prescripción social, siendo esta distribución de tareas dinámica según el volumen de la prescripción social. Fuera de la atención primaria de salud existían municipios donde los profesionales del ayuntamiento, especialmente de servicios sociales, también realizaban esta prescripción social.

En un centro de salud se habían establecido dos circuitos diferenciados en función de la autonomía de la persona: 1) prescripción social abierta, con menor acompañamiento del paciente. El profesional detecta en el paciente malestar con poca afectación y hace una recomendación de alguna actividad a partir de un espacio en línea compartido, lo registra en la historia clínica informatizada y le entrega una copia al paciente para que se dirija e inscriba en la entidad. Esta prescripción social no va acompañada de seguimiento formal, pero puede valorarse en visitas posteriores; 2) prescripción social cerrada: dirigida a personas con menor vínculo social, malestar emocional o trastornos mentales, que precisaban mayor acompañamiento. Estos pacientes eran derivados a una figura referente de prescripción social, en este caso una trabajadora social, que realizaba la valoración y registro en la historia clínica informatizada, y derivaba al paciente a una facilitadora que conocía las ofertas de las entidades y con la que el paciente decidía la actividad.

A la hora de hacer la derivación, los profesionales distinguían entre activos del propio centro de salud y activos externos, además de por grupo de edad. Cuando la prescripción social se realiza de forma interna, el profesional inscribía directamente al paciente a la actividad, realizándose también seguimiento. En contraste, cuando se trataba de activos externos se derivaba a la entidad responsable. En general, no solía darse un retorno de información al centro de salud por parte de las entidades a donde se realizaba la derivación. En algunos casos, el circuito incluía una llamada telefónica previa, en la que se valoraba la idoneidad de la cita presencial para una prescripción social.

Se identificaron adaptaciones al circuito en función de la edad de las personas. Por ejemplo, en uno de los centros de salud el grupo de personas mayores contaban con un catálogo en papel con los recursos dirigidos a su grupo de edad. También se encontró una incipiente actividad de prescripción social dirigida a jóvenes que incluía una batería extra de preguntas para evaluar sus hábitos de vida.

Relativo al seguimiento también se observaron adaptaciones locales respecto a la propuesta estándar. Lo más común era que los profesionales referentes

de prescripción social en el centro de atención primaria se encargaran del seguimiento; sin embargo, en un municipio el seguimiento era realizado por el mismo ayuntamiento, que también se encargaba de la evaluación del programa.

Respecto a la evaluación de la prescripción social, en algunos municipios se llevaron a cabo reuniones entre el equipo de del centro de salud para analizar los casos de prescripción social, con objeto de valorar su evolución e identificar fortalezas y debilidades del proceso. También hubo centros que contactaron los recursos que habían recibido pacientes para valorar su experiencia e indagar sobre la adecuación de la prescripción social o problemas de acceso y con ello mejorar los circuitos.

Para los entrevistados algunos de los impactos identificados de la prescripción social fueron su legitimación al cabo de los años; el reconocimiento del grupo motor por la administración local; la identificación de nuevos activos locales y entidades, y la creación de nueva oferta; el fortalecimiento de redes comunitarias y relaciones entre actores; la creación de vínculos sociales, el aumento de la participación de los usuarios en la comunidad e incluso, la disminución del consumo de benzodiacepinas (reconocido en un CAP). Como impactos negativos, se detectó una falta de activos para determinados colectivos (infancia, jóvenes) llegando a producirse listas de espera.

Barreras y facilitadores

A continuación, la Tabla 2 presenta los principales desafíos y facilitadores identificados para el mapeo de activos y la prescripción social en Cataluña.

El proceso de implementación del mapeo de activos y la prescripción social estuvo condicionado por un conjunto de facilitadores y barreras organizados en distintos niveles contextuales. En el contexto externo, se identificaron como facilitadores los procesos comunitarios previos y los diagnósticos participativos, que permitieron establecer una base sólida para identificar las necesidades locales y promover la salud comunitaria. Además, los lineamientos técnicos y estratégicos proporcionados por ASPCAT, junto con la adopción de la prescripción social en los planes locales de salud, fueron determinantes para orientar las acciones. Sin embargo, se observaron barreras significativas, como el desconocimiento inicial por parte de los equipos de atención primaria sobre los activos disponibles, la falta de compromiso político sostenido y la pandemia.

Tabla 2. Principales desafíos y facilitadores en el mapeo de activos y la prescripción social en Cataluña

Contexto	Facilitadores	Barreras
Contexto Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos comunitarios previos • Diagnóstico comunitario • Lineamientos de salud comunitaria y la prescripción social por ASPCAT y adopción en los planes locales de salud. • Asesoría técnica ASPCAT • Modelo de atención primaria de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de la situación de activos por los equipos de atención primaria. • Compromiso político • Pandemia.
Contexto Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Plataforma digital <i>Activos y Salud</i> / otras formas de registro y consulta compartidas. • Referentes / facilitadores / responsables de la prescripción social. • Implicación, colaboración y participación entre EAP, Entidades y actores comunitarios. • Dinámica de grupos motores. • Actores formados o con experiencia en salud comunitaria. • Capacitación en prescripción social y AC a los equipos de atención primaria y retroalimentación del proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brecha digital y barreras tecnológicas de las entidades. • Rotación de personal • Tensión por el cambio en los equipos de atención primaria. • Tiempo reducido para prescripción social y acción comunitaria. • Lentitud de los sistemas informáticos.
Características de los individuos	<ul style="list-style-type: none"> • Voluntad política de las autoridades y grupos. • Compromiso de equipo de atención primaria. • Vínculo empático entre el equipo de atención primaria y paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja percepción de eficacia en los profesionales. • Dificultades en el trabajo en equipo y multidisciplinario.
Características de la Intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Prescripción social: respuesta a necesidades prioritarias y por grupo poblacional. • Diversidad de estrategias de comunicación, información y presentación a la comunidad y equipo de atención primaria. • Flexibilidad en la selección y clasificación de activos de acuerdo con las necesidades. • Circuitos y seguimiento diversos según paciente y entorno social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de análisis en los equipos de atención primaria de los activos y prescripción social. • Desafíos en priorización de necesidades y selección de activos a la prescripción social. • Ausencia de seguimiento a la prescripción social. • Actualización y mantenimiento del <i>Activos y Salud</i> • Rigidez en la clasificación de activos. • Falta de seguimiento a la prescripción social del profesional de cabecera.

Fuente: elaboración propia.

En el contexto interno, los avances fueron potenciados por herramientas digitales como la plataforma *Activos y Salud*, la colaboración intersectorial entre equipos de atención primaria de salud, entidades y actores comunitarios, y la formación específica en salud comunitaria y prescripción social. Estos elementos promovieron dinámicas de trabajo fluidas, especialmente en los grupos motores, y facilitaron la retroalimentación. Entre los desafíos se encuentran la brecha digital y barreras tecnológicas en las entidades, la alta rotación de personal, la falta de tiempo asignado a actividades de prescripción social, y la lentitud de los sistemas informáticos, que dificultaron la implementación de las estrategias.

Finalmente, en cuanto a las características de los individuos participantes y de las intervenciones de mapeo y de la prescripción social, se destacó la voluntad política de las autoridades, el compromiso de los equipos de atención primaria y los vínculos empáticos con los pacientes como motores del éxito. Asimismo, la flexibilidad en la selección y clasificación de activos, junto con la diversidad de circuitos y estrategias de seguimiento, permitieron responder a las necesidades de los pacientes. Entre las debilidades están la falta de análisis por parte de los equipos de atención primaria de salud sobre los activos disponibles, desafíos en la priorización de necesidades, rigidez en la clasificación de activos, y ausencia de seguimiento a las recomendaciones, lo que limitó el impacto potencial de la prescripción social.

Discusión

La prescripción social en Cataluña se orientó a abordar problemas de salud mental y aislamiento social, especialmente en poblaciones vulnerables como adultos mayores, de gran relevancia tras la COVID 19. Estos hallazgos son consistentes con la literatura, donde las intervenciones sociales, particularmente las intergeneracionales y las que buscan la construcción de capacidad comunitaria para abordar determinantes sociales de la salud y fomentar el empoderamiento de sus miembros, impactan en las redes de apoyo y en la soledad de personas mayores (16,17), madres (18), personas obesas (19), pacientes con enfermedades crónicas (20), entre otros.

Las actividades registradas en la plataforma digital *Activos y Salud* muestran una gran variedad de activos disponibles (21). Se identificaron actividades físicas y culturales (22,23), programas de museos (24), actividades recreativas, actividades basadas en la naturaleza (25), la jardinería (26), el yoga (27) y la meditación. Estas actividades han demostrado complementar eficazmente las terapias médicas tradicionales y mejorar la salud mental (28), reduciendo la dependencia de intervenciones clínicas y facilitando la ausencia de la medicalización.

La plataforma digital *Activos y Salud* fue un recurso fundamental en Cataluña para centralizar información sobre activos y facilitar la conexión entre estos y la atención primaria de salud. Esto refleja el creciente interés en las herramientas digitales para mejorar la prescripción social (28,29). Sin embargo, persisten desafíos relacionados con la brecha digital y la adherencia tecnológica (30), lo que implica un diseño inclusivo con interfaces intuitivas contextualmente ajustada y que considere a los usuarios con menor alfabetización digital. También se han identificado diferencias entre los términos de clasificación de los activos definida a nivel central y los términos de búsqueda que utilizaban los equipos de atención primaria de salud en la plataforma digital, que la hace inadecuada para su uso final y reducen su efectividad como herramienta de apoyo en la prescripción social (28). Por ello se ha sugerido que las plataformas digitales utilicen la Inteligencia artificial con un enfoque que permita personalizar, adaptar y extender las categorías según necesidades cambiantes, haciendo que la información sea más útil y accesible en aplicaciones dinámicas y complejas. En este sentido, también es clave la participación de la comunidad en la difusión del mapeo (30). Finalmente, la prescripción social que utiliza plataformas digitales e inteligencia artificial, tiene la potencialidad de aumentar el número de prescripción social, ofrecer

acceso rápido y rentable, pero enfrenta desafíos como baja adherencia, exclusión de ciertos grupos y riesgos éticos relacionados con la confidencialidad y protección de datos, lo que requiere un diseño cuidadoso y ético.

La experiencia en Cataluña destaca la relevancia del trabajo intersectorial, la formación y capacitación de los agentes locales en acción comunitaria y en prescripción social, así como el compromiso de los implementadores, la presencia de un profesional responsable (facilitador) de la prescripción social, y la existencia de liderazgos comunitarios como facilitadores clave de la implementación. Sin embargo, las barreras identificadas, como la falta de tiempo y recursos, el costo de las actividades, así como la rotación de personal, o la capacitación insuficiente, son desafíos recurrentes en la literatura. Estos facilitadores y barreras coinciden con otros hallazgos (17,31,32). El presente estudio evidenció la relevancia de la flexibilidad en el mapeo y los circuitos de la prescripción social (30).

Por otra parte, las fallas de la intervención en prescripción social pueden depender de la falta de análisis de los activos disponibles en el territorio, o de una inadecuada identificación de necesidades individuales (31), o por la falta de seguimiento por parte de la atención primaria de salud. En el estudio de (33), la falta de análisis de los activos puede conducir a una desconexión entre las expectativas del paciente y la referencia presentada disminuyendo la probabilidad de inscripción en el activo y compromiso. Asimismo, la inadecuada identificación de necesidades y selección incorrecta de activos afectan el proceso de inscripción, pues una recomendación genérica o mal orientada genera desconfianza o falta de interés. Finalmente, la falta de seguimiento hace que los pacientes sientan un apoyo insuficiente en el tránsito hacia la actividad, afectando su compromiso y adherencia (34). De esta manera, la implementación de la prescripción social afecta la inscripción, el compromiso y la adherencia de los pacientes.

La falta de evaluación de la prescripción social por parte del equipo de atención primaria de salud resultó en un ajuste insuficiente del proceso. Entre las causas identificadas se encuentran la escasa capacitación de los profesionales en metodologías de evaluación y las dificultades para coordinar a las diversas partes interesadas en el proceso evaluativo (31,35). Para abordar estos desafíos, se ha propuesto involucrar a todos los actores relevantes en el proceso de evaluación, con el fin de mejorar la pertinencia, aceptación y utilidad de los hallazgos, así como fortalecer la confianza entre los participantes (36).

Conclusiones

Se identificaron barreras importantes del mapeo de activos y la prescripción social, como la falta de tiempo y recursos, problemas de coordinación entre actores, brechas tecnológicas y desafíos en la clasificación y actualización de los activos comunitarios. Para lograr una implementación más efectiva, es fundamental adaptar estas estrategias a las necesidades locales, aprovechando los procesos de acción comunitaria existentes y fomentando la colaboración entre sectores. Las herramientas digitales, como la plataforma *Activos y Salud*, deben ser diseñadas para ser más inclusivas y flexibles, respondiendo mejor a las necesidades de los equipos de atención primaria de salud y de los usuarios.

Asimismo, se requiere un enfoque integral que incluya capacitación constante para los profesionales sanitarios, mejoras en la infraestructura digital y un diseño que permita la participación de la comunidad en todas las etapas del proceso. Incorporar tecnologías avanzadas, como la inteligencia artificial podría facilitar la personalización y optimización de las recomendaciones de activos. Este trabajo ofrece

aprendizajes para orientar la implementación de modelos similares en otros contextos, subrayando la importancia de la salud comunitaria.

Agradecimientos: los autores expresan su especial agradecimiento a ASPCAT por facilitar el desarrollo del presente estudio y por su disposición institucional para el acceso a la información, la articulación territorial y el acompañamiento técnico durante las distintas fases del proceso. Asimismo, agradecen a la Universidad El Bosque y a la Fundación Universitaria Sanitas por su respaldo académico, el apoyo metodológico y el compromiso con la investigación en salud, que hicieron posible la consolidación y el análisis riguroso de los resultados aquí presentados. De manera particular, reconocen y agradecen a los profesionales que participaron en las entrevistas, por su tiempo, apertura y valiosos aportes reflexivos, los cuales fueron fundamentales para la comprensión profunda del fenómeno estudiado y para la solidez interpretativa del análisis realizado.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de interés con esta publicación.

Referencias bibliográficas

1. Goodman RA, Bunnell R, Posner SF. What is community health? Examining the meaning of an evolving field in public health. *Prev Med* [Internet]. 2014;67(1):58–61. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.07.028>
2. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int* [Internet]. 1996;11(1):11–8. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
3. Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública [Internet]. 2010. <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos>
4. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit* [Internet]. 2013;27(2):180–3. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006>
5. Capella-González J, Braddick F, Jara Martín M. Guia de prescripció d'actius comunitaris: Programa de Prescripció Social i Salut (PSS). Generalitat de Catalunya. 2021.
6. Orueta-Sánchez R, Santos-Rodríguez C, González-Hidalgo E, Fagundo-Becerra EM, Alejandro-Lázaro G, Carmona-Morena J, et al. Medicalización de la vida (I). *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2011;4:150–61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011&lng=es.
7. World Health Organization. A toolkit on how to implement social prescribing. WHO Regional Office for the Western Pacific [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290619765>
8. Calderón-Larrañaga S, Braddick F. De la prescripción social a la recomendación de activos: ¿qué funciona, para quién, en qué contexto y cómo? *FMC* [Internet]. 2021;28(3):3–11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.02.002>
9. Agència de Salut Pública de Catalunya. Plan Interdepartamental e Intersectorial de Salut Pública (PINSAP). ASPCAT [Internet]. 2018. Disponible en: <https://salutpublica.gencat.cat/ca/agencia/plans-estrategics/pinsap/>
10. Sierra I, Cabezas C, Brugulat P, Mompert A. Estrategia Salud en los barrios: actuaciones focalizadas en territorios de especial necesidad social y de salud. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2008;131:60–4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-estrategia-salud-barrios-actuaciones-focalizadas-13131512>
11. Daban F, Pasarín MI, Borrell C, Artazcoz L, Pérez A, Fernández A, et al. Barcelona Salut als Barris: Twelve years' experience of tackling social health inequalities through community-based interventions. *Gac Sanit* [Internet]. 2021;35(3):282–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.007>

12. González JC, Martín MJ, Farran JC, González-Viana A. La prescripción social en España: el ejemplo de Cataluña. *FMC [Internet]*. 2021;28(3):12–20. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.02.003>
13. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Pilar. *Metodología de la investigación*. 6a ed. México: McGraw Hill Interamericana [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.paginaspersonales.unam.mx/app/webroot/files/981/Investigacion_sampieri_6a_ED.pdf
14. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2012;17(3):613–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
15. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
16. Chopra RC, Chakrabarthi S, Narayan I, Chakraborty S. Efficacy of community groups as a social prescription for senior health—insights from a natural experiment during the COVID-19 lockdown. *Sci Rep [Internet]*. 2024;14(1):24579. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-75262-y>
17. Grover S, Sandhu P, Nijjar GS, Percival A, Chudyk AM, Liang J, et al. Older adults and social prescribing experience, outcomes, and processes: a meta-aggregation systematic review. *Public Health [Internet]*. 2023;218:197–207. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.02.016>
18. Honda H, Kita T. Social prescription for isolated parenting in Japan: Socioeconomic characteristics of mothers with weak social connectivity in their community. *Health Soc Care Community [Internet]*. 2022;30(5). Disponible en: <https://doi.org/10.1111/hsc.13610>
19. Jayasinghe S, Holloway TP, Soward R, Patterson KAE, Ahuja KDK, Dalton L, et al. An ounce of prevention is worth a pound of cure: Proposal for a social prescribing strategy for obesity prevention and improvement in health and well-being. *JMIR Res Protoc [Internet]*. 2023;12:e41280. <https://doi.org/10.2196/41280>
20. Law K, Trieu K, Madz J, Coyle D, Glover K, Tian M, et al. Stakeholder perspectives on the acceptability, design, and integration of produce prescriptions for people with type 2 diabetes in Australia: A formative study. *Int J Environ Res Public Health [Internet]*. 2024;21(10):1330. <https://doi.org/10.3390/ijerph21101330>
21. Sadio R, Henriques A, Nogueira P, Costa A. Social prescription for the elderly: a community-based scoping review. *Prim Health Care Res Dev [Internet]*. 2024;25:e46. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1463423624000410>
22. Golden TL, Maier Lokuta A, Mohanty A, Tiedemann A, Ng TWC, Mendu M, et al. Social prescription in the US: A pilot evaluation of Mass Cultural Council's CultureRx. *Front Public Health [Internet]*. 2023;10:110312. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1016136>
23. Jensen A, Stickley T, Torrissen W, Stigmar K. Arts on prescription in Scandinavia: a review of current practice and future possibilities. *Perspect Public Health [Internet]*. 2017;137(5):268–74. <https://doi.org/10.1177/1757913916676853>
24. Thomson LJ, Lockyer B, Camic PM, Chatterjee HJ. Effects of a museum-based social prescription intervention on quantitative measures of psychological wellbeing in older adults. *Perspect Public Health [Internet]*. 2018;138(1):28–38. <https://doi.org/10.1177/1757913917737563>
25. Menhas R, Yang L, Saqib ZA, Younas M, Saeed MM. Does nature-based social prescription improve mental health outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Front Public Health [Internet]*. 2024;12:1348956. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1228271>
26. Wood CJ, Polley M, Barton JL, Wicks CL. Therapeutic community gardening as a green social prescription for mental ill-health: Impact, barriers, and facilitators from the perspective of multiple stakeholders. *Int J Environ Res Public Health [Internet]*. 2022;19(20):13612. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013612>
27. Cheshire A, Richards R, Cartwright T. Joining a group was inspiring: a qualitative study of service users' experiences of yoga on social prescription. *BMC Complement Med Ther [Internet]*. 2022;22(1):67. <https://doi.org/10.1186/s12906-022-03514-3>
28. Paquet C, Whitehead J, Shah R, Adams AM, Dooley D, Spreng RN, et al. Social prescription interventions addressing social isolation and loneliness in older adults: Meta-review integrating on-the-ground resources. *J Med Internet Res [Internet]*. 2023;25:e40213. Disponible en: <https://www.jmir.org/2023/1/e40213>
29. Patel S, Craigen G, Pinto da Costa M, Inkster B. Opportunities and challenges for digital social prescribing in mental health: Questionnaire study. *J Med Internet Res [Internet]*. 2021;23(3):e17438. <https://doi.org/10.2196/17438>
30. Cubillo-Llanes J, Botello-Díaz B, Gea-Caballero V, March S, Segura-Benedicto A, Hernán-García M. Activos: de los mapas al territorio. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit [Internet]*. 2018;32:98–102. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.006>
31. Yadav UN, Paudel G, Ghimire S, Khatiwada B, Gurung A, Parsekar SS, et al. A rapid review of opportunities and challenges in the implementation of social prescription interventions for addressing the unmet needs of individuals living with long-term chronic conditions. *BMC Public Health [Internet]*. 2024;24(1):306. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17736-2>
32. Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío S, Vieito-Pérez N, Alfonso-González T, Rodríguez-Fernández A. Knowledge, attitudes, and practice of primary care professionals regarding community activities: a descriptive study. *Fam Pract [Internet]*. 2024;cmad138. <https://doi.org/10.1111/phn.13385>

33. Husk K, Blockley K, Lovell R, Bethel A, Lang I, Byng R, et al. What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2020;28(2):309–24. <https://doi.org/10.1111/hsc.12839>
34. Heijnders ML, Meijs JJ. Welzijn op Recept (Social Prescribing): a helping hand in re-establishing social contacts – an explorative qualitative study. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. 2018;19(03):223–31. <https://doi.org/10.1017/s1463423617000809>
35. Rafiei S, Honary M, Mezes B. Stakeholder views on addressing challenges to the implementation of social prescribing in the United Kingdom. *Front Health Serv* [Internet]. 2024;4:1312714. <https://doi.org/10.3389/frhs.2024.1413711>
36. Elliott M, Davies M, Davies J, Wallace C. Exploring how and why social prescribing evaluations work: a realist review. *BMJ Open* [Internet]. 2022;12(4):e057009. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057009>

