



APS-U

Consejo Asesor para
la universalización
de la APS

**Mesa Temática N° 5: Nuevo Modelo de
Participación Social en APS**

Promoción – Participación – Intersectorialidad

Agosto 2023

Secretaria Técnica

Maria Eugenia Jaramillo Oyarzún

Ex Profesora de Estado, Dirigente Social de Salud, Presidenta de los COSOC del Servicio de Salud Osorno y de la SEREMI Regional e integrante del COSOC de la Superintendencia de Salud, Vicepresidenta Nacional de ANCOSALUD.

Claudia Beatriz Lyndon Arancibia

Químico Farmacéutico de la Universidad Católica, Máster en Dirección de Servicios de Salud de la Universidad Complutense de Madrid. Diplomada en Medicina y Salud Integrativa de USACH. Encargada de Salud Rural y Terapias Complementarias en la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Comité Editorial

Patricia Pérez Wilson

Doctora en Ciencias de la Salud, Profesora Asistente del Programa de Salud y Medicina Familiar, Departamento de Salud Pública, Universidad de Concepción.

Juan Alexis Valenzuela

Trabajador Social, Magister en Salud Pública de la Universidad de Chile. Representante de la Sociedad Chilena de Salubridad (SOCHISAL). Académico de la Universidad Central de Chile, sede Región de Coquimbo.

Patricio Thieme

Médico de Familia de la Universidad de Chile, Director de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar (SOCHIMEF).

Carolina Cabello Aguilera

Asistente Social de la Universidad de Valparaíso, Magister en Trabajo Social de la PUCV, Encargada de Promoción y Participación. Dirección de Salud Corporación Municipal de Desarrollo Social de Viña del Mar (CMVM).

Carla Herrera Aravena

Asistente Social de la Universidad Católica, actualmente en el CESFAM Lo Valledor Norte de la Comuna de Pedro Aguirre Cerda.

Nirma Campos

Representante de funcionarios de APS Dependientes (AFUSAP)

Trinidad Cofré Segovia

Kinesióloga, Máster of Disability Policy and Practice, Flinders University, Australia. Representante de la Federación de Colegios Profesionales (FEDECOLPROF).

Fresia Avendaño

Representante de ANCOSALUD

Maria Eugenia Jaramillo Oyarzún

Ex Profesora de Estado, Dirigente Social de Salud, Presidenta de los COSOC del Servicio de Salud Osorno y de la SEREMI Regional e integrante del COSOC de la Superintendencia de Salud, Vicepresidenta Nacional de ANCOSALUD.

Claudia Beatriz Lyndon Arancibia

Químico Farmacéutico de la Universidad Católica, Máster en Dirección de Servicios de Salud de la Universidad Complutense de Madrid. Diplomada en Medicina y Salud Integrativa de USACH. Encargada de Salud Rural y Terapias Complementarias en la Dirección del servicio de Salud Occidente.

Coolaboradores

Laura San Martín Hernández

Representante de funcionarios de APS Municipal, Encargada Nacional Comisión Jurídica
CONFUSAM

Daniela Zavando, OPS-OMS Chile

Conrado Muñoz

Gabriela Araya, COLMED Regional La Serena

Ana Cristina López, Federación de Colegios Profesionales

Veronica Olate: Comunidad de Buenas Prácticas APS.

Antecedentes Operativos

- N° reuniones: 8
- N° de convocados: 18 personas
- N° promedio de participantes: 8 personas

- Forma de trabajo acordada:
 - a. Reuniones semanales reflexivas, para compartir experiencias, escuchar a diversos actores que conforman nuestra mesa en las tres temáticas (docentes universitarios, representantes de asociaciones de profesionales, representantes de la sociedad civil, funcionarios/as APS comunal/ DSS, representantes de funcionarios de establecimientos de APS dependientes).

- b. Cada participante envió información relevante para lectura y quien lo creyó pertinente, envió sus aportes en Word. Para luego ser consolidados en el documento final por la secretaria suplente.
- Acciones adicionales:
 - Reuniones expositivas y con espacios para consultas y reflexiones, con líderes en temas de promoción:
 - Psicóloga Patricia Pérez Wilson, Doctora en Ciencias de la Salud, Profesora Asistente del Programa de Salud y Medicina Familiar, Departamento de Salud Pública, Universidad de Concepción. Mg Salud Familiar., Representante de Buenas Prácticas.
 - Socióloga Patricia Zamora, Jefa del Departamento de Promoción y Participación Social de DIPOL, de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud.

Desarrollo del trabajo participativo de la mesa Temática N°5 por ámbitos

A. PROMOCIÓN DE SALUD

A.1 Antecedentes generales

El programa de Universalización de la Atención Primaria de Salud (APS-U), plantea que el acceso equitativo a los cuidados esenciales de la APS es fundamental para que las personas gocen del más alto nivel de salud, sin discriminación, razón por la cual el acceso universal a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad debe ser una prioridad (1). El más alto nivel de salud implica el desarrollo no sólo acciones preventivas y curativas para abordar el riesgo y la enfermedad (enfoque patogénico), sino también el desarrollo de acciones de promoción orientadas a generar y fortalecer la salud y bienestar de las personas en su contexto.

Para la puesta en marcha de la APS-U, se acordaron líneas estratégicas que trazan las recomendaciones para transformar el primer nivel de atención en la principal estrategia de cuidado de salud de las personas y comunidades(3). Ellas son:

- a) Ampliar la cobertura y el acceso equitativo a los cuidados integrales de la Atención Primaria de Salud, incluyendo entre las propuestas de esta línea el rediseño e implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.
- b) Fortalecer la rectoría y gobernanza para que la Atención Primaria de Salud sea el centro y articulador del sistema sanitario, mencionando entre sus estrategias el fortalecer los procesos para la ejecución eficaz de las acciones de promoción, prevención, tamizaje y rehabilitación en Atención Primaria de Salud
- c) Aumentar y mejorar el financiamiento en la Atención Primaria, y avanzar hacia la eliminación del gasto de bolsillo que se convierte en barrera para el acceso

- d) Fortalecer la coordinación intersectorial en la Atención Primaria para abordar los determinantes sociales de la salud. Entre los lineamientos propuestos está el fortalecer estrategia de municipios, comunas y comunidades saludables desde la Atención Primaria, acercando su accionar a territorios.
- e) Asegurar la disponibilidad de recursos sanitarios en la Atención Primaria de Salud.

Para el desarrollo de estos lineamientos es necesario considerar la promoción de salud explícitamente como una estrategia fundamental para alcanzar el objetivo de la universalización en la APS. Especialmente en la revisión y desarrollo del modelo de cuidados, participación social y trabajo intersectorial, con un abordaje sistémico y multinivel que permita el desarrollo de acciones con las personas, familias, comunidades y territorios.

Las orientaciones ministeriales para la programación en red (3) proponen que se considere la implementación temprana de acciones de promoción de salud, con un enfoque de curso de vida, para abordar el efecto acumulado de los determinantes sociales. Así también se plantea que las estrategias vinculadas a promoción para la salud fomenten la equidad y pertinencia cultural. Por su parte, el modelo de atención integral describe las condiciones que permiten a las personas satisfacer sus necesidades y expectativas respecto a mantenerse sano o saludable y mejorar el estado de salud actual (en caso de enfermedad), en un contexto de políticas públicas de fomento y producción de salud de las personas y comunidades, acorde al mejoramiento de determinantes sociales de salud. Para el desarrollo de los Planes de Salud Comunales se recomienda que para abordar los problemas de salud priorizados por la comunidad se consideren entre 2 y 3 acciones priorizadas, las que pueden incluir elementos de promoción entre otros, no estando restringidas a un programa específico sino incluyendo coordinaciones con la red sanitaria e intersectorial.

Pese a estos lineamientos ministeriales, aún existe un paradigma dicotómico de la salud y enfermedad, así como confusión respecto de lo que se entiende por promoción de salud y prevención de la enfermedad (4). Se hace necesario explicitar que la promoción de salud pone su foco en la salud (enfoque salutogénico) y la prevención se orienta al riesgo, el daño y la enfermedad (enfoque patogénico) (5). Si bien ambos son complementarios, se requiere precisar estas diferencias para una mayor claridad tanto en el rol del equipo de salud, la formulación de los objetivos y en la forma de evaluar las acciones de promoción de salud (4). Del mismo modo, es necesario revisar las actividades de promoción de salud sugeridas pues muchas de ellas más que fomentar una participación activa, corresponden a intervenciones de carácter directivo, asociadas a posiciones jerárquicas vinculadas a un “saber técnico” (5).

Marco teórico y conceptual.

Salud Pública y Promoción de la Salud

La salud es uno de los indicadores más eficaces de desarrollo sostenible, y contribuye a que las ciudades y entornos cotidianos sean lugares incluyentes, seguros y resilientes para el conjunto de la población (6).

La “nueva salud pública” considera la salud como un proceso complejo y dinámico, y a la vez un bien social y un derecho humano (7), sobre el cual se basa la promoción de la salud (8).

Esta última ha sido definida como un proceso mediante el cual se crean capacidades para que las personas, grupos y comunidades incrementen el control sobre los factores que condicionan su salud y así poder mejorarla (9).

Para hacer operativa la promoción de la salud, una de las áreas de acción fundamentales es la construcción de políticas públicas saludables (9)(10). De acuerdo a lo anterior, la importancia de la promoción de salud no se limita al fomento de los “estilos de vida saludables”, sino que es un proceso político y social global que también apunta a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas adversas, con el objetivo de mitigar su impacto en la salud pública e individual por lo que trasciende las acciones que se realizan en el sector sanitario (11). En este sentido, la promoción se concibe como una estrategia importante para lograr equidad, democracia y justicia social (12).

Lo anterior implica una redefinición de las relaciones entre el Estado y la sociedad, donde la salud pública puede aportar en el fortalecimiento de la democracia y la participación, como puente para el entendimiento y vehículo para la cooperación (7).

Enfoque de entornos en Promoción de Salud

Ser conscientes de la naturaleza social de la salud, implica reconocer que ésta es construida y vivida por las personas en su ambiente cotidiano, en el cual trabajan, aprenden, juegan y aman. Se entiende por entornos saludables, aquellos lugares o contextos sociales donde las personas participan en actividades cotidianas en las que los factores ambientales, organizacionales y personales interactúan para afectar la salud y el bienestar, incluyendo las oportunidades y condiciones para su desarrollo (13).

De acuerdo a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las condiciones sociales de estos entornos son los determinantes más importantes del estado de salud de las personas (14).

Para un enfoque colectivo y social de la promoción, la manera óptima de alcanzar mejores resultados en salud, calidad de vida y equidad es a través del impulso a la acción comunitaria para modificar los determinantes sociales y la creación de entornos de apoyo (15)(13)(16).

Abordar los determinantes sociales de las inequidades en salud dentro de los entornos implica cambios en estos factores contextuales (16)(17), que contribuyan a la mejora de los aspectos físicos, sociales, económicos, educativos, organizativos, administrativos, de gestión, recreativos u otros (15), posibilitando a las personas hacer elecciones saludables y convirtiendo estos entornos en potenciadores de la salud (10).

Pese a lo anterior, gran parte del trabajo basado en este ámbito da cuenta de intervenciones orientadas a cambios de conducta individual y prácticas apolíticas de búsqueda de salud (18), existiendo escasa evidencia de iniciativas de abordaje de determinantes sociales para cambiar los entornos (15). Focalizar la promoción de la salud en el nivel individual orientado a los estilos de vida saludable puede invisibilizar la diversidad de condiciones y elementos de contexto de las que depende la posibilidad de las personas para desarrollar estos estilos de vida, visualizando la salud como un resultado y responsabilidad de acción de ellas (19).

Junto a ello es importante incorporar un enfoque de equidad, puesto que la desigualdad tiene implicancias importantes para la salud y sus determinantes sociales, pues conduce a una mayor

estratificación e inequidad en los países y entre ellos. Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Estas desigualdades condicionan la mortalidad, el riesgo de enfermar, la carga de enfermedad y discapacidad, junto con el acceso y calidad en la atención de salud (20). La peor salud de los colectivos socialmente menos favorecidos es el resultado de su menor poder político, económico y social, peores condiciones de vida, y menores oportunidades y recursos relacionados con la salud (21)(22).

La incorporación del enfoque de entornos para la promoción de la salud implica abordar estos elementos mencionados, los contextos y sus determinantes de manera transversal, haciendo de ellos objetos de políticas, prácticas, investigación e intervención. El fortalecimiento de los entornos saludables es una de las cuatro líneas de acción propuestas por la OMS como estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) 2019-2030 (23).

Para el desarrollo de los ODS es necesario, además, generar oportunidades formativas en promoción de salud, con actualización de metodologías, ampliando alianzas para fortalecer las capacidades de las personas y colectivos. El mismo plan de acción de la OMS reconoce la importancia de movilizar recursos y capacidades de la comunidad para incorporar enfoques de promoción de la salud en las políticas, planes, programas y proyectos nacionales y locales relacionados con la salud y el desarrollo (23).

De este modo, aparece una oportunidad de incorporar en la formación enfoques participativos, que den cuenta de la identificación y dinamización de recursos y condiciones que generan salud y bienestar en las personas. A esto se suma el desafío de establecer un marco unificado de la promoción de salud, lo que constituye una invitación a avanzar en la generación y revisión de marcos conceptuales y teóricos con sentido y pertinencia territorial.

En esta línea, la salutogénesis y el modelo de activos para la salud pueden ser un aporte importante para la renovación de la promoción con acciones que contribuyan a abordar los determinantes sociales de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone adoptar el modelo de activos e incluir la salutogénesis en el diálogo sanitario (24)(25)(26).

Salutogénesis y Modelo de Activos para la salud

Los principios básicos de la promoción de la salud, recogidos en la carta de Ottawa (9), muestran la salud como una fuerza intrínseca positiva. La salutogénesis y el modelo de activos para la salud aparecen como marcos teóricos y prácticos disponibles para avanzar en el desarrollo de esos principios, en complemento con el abordaje desde los determinantes sociales de salud.

a) Salutogénesis

La teoría de la salutogénesis, desarrollada por Antonovsky a finales del siglo XX, se orienta a la exploración del origen y mantenimiento de la salud, identificando recursos que ayudan a las personas a avanzar hacia una salud positiva y a facilitar el manejo efectivo del estrés (27). Para este autor, los orígenes de la salud se encuentran en el sentido de coherencia (SOC por sus iniciales en inglés) (28). Este puede ser un atributo individual o colectivo y es definido como una orientación global frente a la vida, que considera tres componentes: a) comprensibilidad (componente

cognitivo), b) manejabilidad (componente conductual) y c) significatividad (componente motivacional) (29). El SOC es entonces, un sentimiento de confianza generalizado y duradero de las personas, que implica: a) que pueden comprender los estímulos internos, externos o las situaciones a las se enfrentan en la vida, puesto que éstas son explicables, predecibles y estructuradas (comprensibilidad); b) que cuentan con recursos disponibles para satisfacer las demandas y requerimientos que estos estímulos les plantean (manejabilidad) y c) que estos desafíos y demandas son dignas de inversión y compromiso (significatividad) (29)(30).

Antonovsky señala que la salud es un proceso a lo largo de la vida y no un resultado. Esto puede graficarse en un continuo, donde sus extremos apuntan a una mayor o menor salud (Figura 2) (27)(29)(25), por lo que, independientemente de la posición que tengan las personas en él, siempre hay salud en este continuo (29). Esto implica, por un lado, que la dicotomía entre personas “sanas” y “enfermas” es arbitraria e inadecuada (31). Y por otro, promueve que las acciones que se desarrollen en el ámbito sanitario se orienten hacia el polo de más salud en este continuo (32)(33).

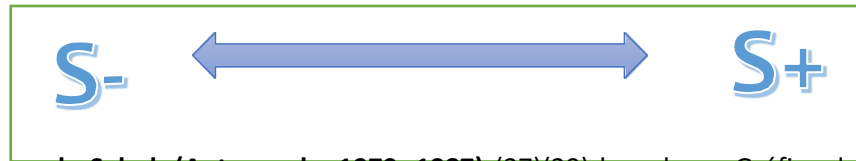


Fig. 1. Continuo de Salud, (Antonovsky 1979, 1987) (27)(29) basado en Gráfica de Lindström B, Eriksson M, Wikström P (2010) (34)

De esta manera, el trabajo en promoción de salud en APS basado en la salutogénesis, se orienta a desarrollar acciones que permitan avanzar hacia el polo de mayor salud de este continuo.

b) Modelo de Activos para la Salud

Morgan y Ziglio (2007) propusieron un modelo de activos como un medio para revitalizar la salud pública (35)(36). Definieron un activo en salud como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, comunidades y poblaciones para mantener y promover su salud y el bienestar, redirigiendo la mirada hacia aquellos elementos que permiten el aumento del control sobre su propia salud, manteniéndola y mejorándola (35)(36). De acuerdo con la literatura internacional, esta definición de activos es la citada con mayor frecuencia (37).

En esta misma línea, el modelo de activos para la salud está estrechamente vinculado con el SOC toda vez que visibiliza y potencia los recursos y activos de las personas, familias y comunidades, facilitando su comprensión, manejabilidad y sentido. Por lo anterior, el modelo de activos para la salud se considera un modelo operativo que facilita la aplicación de la salutogénesis. (33)

El propósito del modelo de activos es aumentar las habilidades y capacidades positivas de las personas para identificar sus necesidades y problemas, poniendo en marcha sus propias soluciones (38)(39). Esto significa un cambio en la forma de abordaje comunitario, mediante un proceso de creación de capacidad, promoviendo que las personas que se percibían como carentes y necesitadas comiencen a visualizarse como poseedoras de habilidades y fortalezas personales, colectivas y ambientales existentes en el entorno próximo, que pueden ser movilizadas (40)(41)(42)(43).

Kretzmann y McKnight (1993) propusieron un modelo de desarrollo comunitario basado en activos (Asset- based community development- ABCD), centrado en empoderar a las comunidades para

identificar y abordar sus propios problemas utilizando los activos locales disponibles (44)(45)(46). Propusieron seis categorías de activos comunitarios (47)(46)(48):

1. **Contribuciones de las personas.** La variedad y riqueza de habilidades, capacidades, conocimientos, pasiones, experiencia y disposición de las personas de la comunidad para contribuir al bienestar colectivo.
2. **Asociaciones y organizaciones locales sin fines de lucro.** Grupos y asociaciones formales e informales de carácter deportivo, cultural, social, religioso, redes locales, etc., promovidas por los propios residentes.
3. **Instituciones locales (con y sin fines de lucro).** Instituciones públicas o privadas, servicios, empresas locales.
4. **Recursos físicos.** Entorno natural y construido, que constituye el escenario en el que se revelan, conectan y llevan a la acción colectiva productiva los recursos anteriormente mencionados: tierra, infraestructura física, espacios públicos, transporte y soporte físico en general.
5. **Activos económicos.** Recursos económicos generados por las personas, tanto en su producción como el consumo, a través de negocios, intercambio intangible, tangible o de dinero, que afectan a la economía local.
6. **Cultura local.** Conductas y actividades que tienen significado para las personas y la comunidad donde se encuentran, que promueven la comprensión de la diversidad, la protección y conservación de sus historias, tradiciones, costumbres y recursos.

Una herramienta útil para la identificación y dinamización de activos en comunidades locales, facilitando la capacidad de agencia (49), es el mapeo de activos (50). Este es un proceso participativo, que consiste en un inventario dinámico de las fortalezas y las capacidades de las personas, agrupaciones, asociaciones, instituciones y recursos que forman una comunidad (51). Existen tres estrategias clave para movilizar los activos comunitarios: a) conectarlos, b) sensibilizar sobre ellos, y c) fortalecerlos (52), lo que facilita tejer una red de relaciones y apoyos mutuos que contribuyan al bienestar y calidad de vida de las personas (42)(53) (54)(55), inicialmente dentro de su propia comunidad, visualizando posteriormente activos externos a ella, como recursos adicionales (47)(56)(41)(48)(57).

En Chile, esta herramienta ha sido utilizada en algunos equipos de atención primaria, siendo fomentada especialmente para el desarrollo de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP).

A.2 Promoción: propuestas para afrontar un proceso de reforma.

A continuación, se detallan algunas propuestas de cómo continuar avanzando y fortaleciendo procesos para la ejecución eficaz de las acciones de promoción en APS, con un enfoque de promoción de salud basado en entornos, dinamizando recursos comunitarios y promoviendo el bienestar colectivo en personas, familias y comunidades:

A.2.1 Evidenciar la promoción de salud como una función de la subsecretaría de redes y como estrategia clave del nuevo modelo de cuidados.

La importancia del *acceso equitativo a los cuidados esenciales de la APS con el propósito de que las personas gocen del más alto nivel de salud*, implica el desarrollo de un modelo de cuidados que favorezca la salud y bienestar de las personas, familias y comunidades. Para ello se estima necesario incorporar explícitamente la promoción de salud como una de las funciones anidadas en la subsecretaría de redes y no sólo en la de salud pública. Esto implica el desarrollo y fortalecimiento de la promoción de salud, y por tanto debe estar reflejado dentro de las orientaciones programáticas y los planes estratégicos; así como también en las decisiones de política institucional, de su estructura, y de las distintas instancias de trabajo con personas, familias y comunidades. En la actualidad, los recursos llegan a las comunas desde las SEREMIs y vienen estrictamente dirigidos, sin dejar espacio a abordar problemas propios de cada territorio, siendo además recursos insuficientes, así mismo, se les pide a las comunas implementar diversas actividades de promoción con el intersector sin recursos adicionales.

En el caso de la estrategia de ECICEP es particularmente relevante enfatizar el componente promocional, con una mirada positiva y amplia que se focalice en prácticas que potencian la salud, el desarrollo y el bienestar de las personas. El compromiso de la institución y la implicación de las personas en el trabajo de promoción de la salud, son centrales para un mayor impacto y sostenibilidad de su bienestar en el tiempo. La promoción de salud también podría considerarse como una estrategia transversal para el logro de los tres principios irrenunciables del modelo de atención integral: centrado en la persona, integralidad y continuidad.

A.2.2 Generar oportunidades formativas en promoción de salud en aspectos teóricos, metodológicos y de evaluación, con un enfoque salutogénico.

Para la implementación de lineamientos e intervenciones de promoción de salud es necesario contar con procesos formativos transversales orientados a fortalecer el conocimiento de los equipos de salud sobre enfoques de salud positiva como la salutogénesis y el modelo de activos para la salud y competencias asociadas a ellos, actualizando herramientas y metodologías. Se requiere establecer un marco unificado de la promoción de salud, pues muchas actividades declaradas como “promocionales” son más bien preventivas e incluso curativas.

Así también es necesario actualizar y fortalecer la formación en enfoques de género, curso de vida y equidad para incorporarlos en el trabajo en promoción de salud. De este modo se puede expandir la capacidad de acción de los equipos para colaborar e identificar activos en las personas, procesos y prácticas en los que participan, contextos en los que se desempeñan y trayectoria de vida, y que puedan contribuir a mejorar las condiciones de salud y bienestar en sus comunidades y territorios. Dado que las personas que integran los equipos de APS participan también en otros espacios fuera del ámbito sanitario, esta formación es particularmente relevante por la posibilidad de compartir estos conocimientos y aportar a la incorporación de enfoques positivos en promoción de salud en otros escenarios.

Así también se propone que en la formación en APS se fortalezca competencias asociadas no sólo a productos y resultados sino también a los procesos y los elementos que los facilitan, como por ejemplo habilidades relacionales, de comunicación, colaboración y trabajo en equipo.

Además de fortalecer intervenciones sistémicas de promoción de salud en la APS, es necesario incorporar la evaluación de ellas para valorar su impacto, disponibilidad, acceso, cobertura y nivel de apropiación de ellas por parte de las personas, familias y comunidad. Esto debiera ser parte de los lineamientos y orientaciones sanitarias en donde la evaluación de las distintas acciones implementadas sea un proceso participativo, continuo y sistemático que permita monitorearlas, revisarlas y hacer adecuaciones que permitan reorientarlas en función de sus resultados e impacto, apoyando también las decisiones a nivel político y estratégico.

El propósito de que las personas gocen del más alto nivel de salud debiera estar asociado a indicadores de salud salutogénicos y no sólo a aquellos que miden la ausencia de riesgo y/o enfermedad. Para ello se requiere revisar la elaboración de las bases de información e indicadores que permitan evaluar procesos, resultados e impacto de las intervenciones de promoción de salud, fortaleciendo la elaboración y desarrollo de indicadores que den cuenta de resultados de salud y condiciones que generan bienestar en las personas, familias y comunidades. Esto permitiría avanzar en la identificación de las intervenciones más pertinentes y efectivas en la promoción de salud.

A.2.3 Fortalecer el trabajo interdisciplinario y colaborativo en promoción de salud, y la sistematización de buenas prácticas.

La práctica de trabajo colaborativo, basado en los valores relacionados con la promoción de salud como la participación, equidad y asociatividad, es importante no sólo en el trabajo comunitario, sino también en prácticas clínicas y organizacionales de los equipos de salud y de las redes de las cuales ellos forman parte. Esto implica conocer y aplicar metodologías colaborativas, en las distintas estrategias de APS, para que sea parte de sus lineamientos y no experiencias aisladas y discontinuadas.

Del mismo modo se requiere desarrollar y difundir aplicaciones concretas de estos modelos en la APS, de manera de intercambiar y fortalecer buenas prácticas al interior de la propia Universidad, así como en sus redes y comunidad general. Asimismo, estos diálogos reflexivos permitirían el intercambio de experiencias y buenas prácticas en el ámbito de promoción de salud en los diferentes grupos de la comunidad universitaria, que pueden aportar a la transferencia de conocimiento, así como a la elaboración de propuestas de mejora.

Dado el desarrollo de acciones de promoción de salud en APS, es necesario fortalecer la sistematización y publicación de experiencias y generar conocimiento, que facilite la toma de decisiones y participación en políticas y prácticas de promoción de salud. Estas sistematizaciones se constituyen en insumos importantes para evaluar las prácticas de promoción de salud. Especialmente importante resulta difundir el trabajo que se desarrolla en diversos contextos, así como las distinciones que pueden encontrarse en ellos. Asimismo, aparece necesario fortalecer los espacios de intercambio de experiencias y resultados que den cuenta del proceso de implementación y desarrollo de la promoción de salud en APS.

Es necesario avanzar en la democratización del conocimiento, garantizando no sólo su acceso y desarrollo de habilidades para la alfabetización en promoción de salud, sino también promoviendo la participación de la comunidad general, facilitando su opinión informada en temas que les atañen y que sean de su interés. Esto implica reconocer procesos e iniciativas que aportan al fortalecimiento comunitario y territorial, comprendiendo y potenciando logros, aprendizajes y procesos en curso en los distintos espacios locales, regionales, nacionales e internacionales. La generación de evidencia

en este sentido puede contribuir a fortalecer procesos colaborativos para la formulación de políticas públicas que aporten a la salud y equidad en los territorios.

Este desafío significa también fortalecer las capacidades de los equipos de salud para comunicar, en espacios no académicos, los avances y conocimientos generados para que éstos puedan estar disponibles, ser aplicados y contribuyan a potenciar la creación y fortalecimiento de la salud de personas y comunidades.

A.2.4 Incorporación de enfoque de género, equidad y curso de vida en la promoción de salud

Este lineamiento debiera considerarse prioritario en las políticas de promoción de salud, como también a nivel general, para garantizar no sólo el acceso sino la participación y capacidad de agencia de grupos más desfavorecidos, promoviendo la inclusión y equidad. En este sentido, es de particular interés la incorporación de enfoques de colaboración que aborden los activos y condiciones de salud de diferentes colectivos en la comunidad, que se encuentran en condiciones de menos poder y mayor vulnerabilidad asociadas a determinantes de salud como género, edad, situación de discapacidad y nivel socioeconómico. Esta información permitiría la revisión, modificación y fortalecimiento de políticas y prácticas orientadas a la inclusión y participación de estos grupos en la comunidad.

B. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN EN EL NUEVO MODELO

B.1 Antecedentes generales

Al revisar antecedentes históricos nos encontramos con que en 1952, el subdirector Dr. Abraham Hortwitz, expresaba: «es necesario que el equipo de salud utilice como método de trabajo social, la técnica de desarrollo y organización de la comunidad, a concitar la colaboración de la comunidad destinada a iniciativas por ellas fijadas, lo que significara que se dignifique y se obtenga un cambio de actitud y de relación social, basado en el aumento de su capacidad, al esfuerzo aportado y al espíritu democrático generado por este proceso»

Producto de esta inquietud fue la realización de un seminario en 1962 sobre organización y desarrollo de la comunidad, donde se insiste en:

- a.- Obtener una participación más activa de la comunidad
- b.- Impulsar la formación de equipos de salud
- c.- Programar integradamente acciones de salud y usar este método donde la realidad local lo determine
- d.- En su programación y ejecución deben estar integrados representantes de todas las instituciones comunitarias

Luego, el Ministerio de Salud Pública el Decreto N° 602 mediante el cual se crean los “Consejos Locales de Salud”, cuya promulgación fue el 01-09-1971 / y se publicó el 21-09-1971.

En el Art. 3º.- se señala que “corresponderá a los Consejos Locales examinar los problemas de salud que afectan a la comunidad; propender a su solución mediante acciones rápidas y eficaces; promover el interés de los habitantes para participar en forma activa en solución de estos; colaborar

en la divulgación de los planes de acciones de salud, y representar anomalías que aparezcan en la ejecución de las acciones.

Por otra parte, en el Art.4º.5.- indica “denunciar a la autoridad local de salud las anomalías administrativas que se adviertan y proponer las medidas urgentes que se consideren necesarias para subsanarlas. Aquí aparece su rol fiscalizador y de control social.

Posteriormente, con la Declaración de Alma-Ata en septiembre de 1978 se reafirma la decisión de que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad; es un Derecho Humano Fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.

Destacando en el punto IV que, “las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la Planificación e implementación de su atención sanitaria”; y en el punto VII.5 que, “requiere y promueve un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar.

Es así como llegamos a la “Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud” - Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Astaná (Kazajstán), el 25 y 26 de octubre de 2018 (58). Instancia en la que los Jefes de Estado y de Gobierno, los ministros y los representantes de Estados y Gobiernos, que participaron reafirmaron los compromisos expresados en la ambiciosa y visionaria Declaración de Alma-Ata de 1978 y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en pos de la salud para todos, haciendo una importante declaración mediante la cual se comprometieron a:

“IV. Tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud de todos los sectores: Reafirmamos la función y responsabilidad primaria de los gobiernos a todos los niveles en la promoción y protección del derecho de todas las personas al goce máximo de salud que se pueda lograr.

Promoveremos la acción multisectorial y la CSU, recabando la colaboración de las partes. Abordaremos los determinantes económicos, sociales y medioambientales de la salud y nos propondremos reducir los factores de riesgo integrando un enfoque que incorpore la salud en todas las políticas. Lograremos la participación de más partes interesadas en el logro de la salud para todos, a fin de no dejar a nadie atrás, a la que abordaremos y gestionaremos los conflictos de intereses, fomentaremos la transparencia y estableceremos una gobernanza participativa. Nos esforzaremos por evitar o mitigar conflictos que socaven los sistemas de salud y hagan retroceder los logros sanitarios. Debemos servirnos de enfoques coherentes e incluyentes para extender la atención primaria de la salud como pilar de la CSU en las emergencias, garantizando la continuidad de la atención y la prestación de servicios de salud esenciales, en consonancia con los principios humanitarios. Proporcionaremos y asignaremos debidamente recursos humanos y de otro tipo para fortalecer la atención primaria de la salud.

Aplaudiremos el liderazgo y ejemplo de los gobiernos que han demostrado apoyar firmemente la atención primaria de la salud”.

Para continuar en “VI. Empoderar a las personas y las comunidades: Apoyamos la implicación de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad civil mediante su participación en la

elaboración y aplicación de políticas y planes que repercutan en la salud. Promoveremos la educación sobre la salud y trabajaremos para satisfacer las expectativas de las personas y las comunidades en cuanto a la obtención de información fiable sobre la salud. Ayudaremos a las personas a adquirir los conocimientos, habilidades y recursos necesarios para mantener su salud o la salud de aquellos a quienes atienden, guiados por profesionales sanitarios. Protegeremos y promoveremos la solidaridad, la ética y los derechos humanos. Aumentaremos el empoderamiento de la comunidad y contribuiremos a la rendición de cuentas de los sectores público y privado para que un mayor número de personas vivan más sanas en entornos propicios y favorables a la salud”.

Para luego señalar, “VII. *Alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales*: Hacemos un llamamiento a todas las partes interesadas – Profesionales de salud, pacientes, la sociedad civil, asociados locales e internacionales, organismos y fondos, el sector privado, organizaciones confesionales y otras entidades – para que se alineen con las políticas, estrategias y planes nacionales en todos los sectores, en particular a través de enfoques centrados en las personas y sensibles a las cuestiones de género, y para que emprendan iniciativas conjuntas con el fin de instaurar una atención primaria de la salud más fuerte y sostenible en pro de la cobertura sanitaria universal. El apoyo de las partes interesadas puede ayudar a los países a destinar suficientes recursos humanos, tecnológicos, financieros y de información a la atención primaria de la salud. Al aplicar la presente Declaración, los países y las partes interesadas trabajaran juntos con un espíritu de colaboración y cooperación eficaz para el desarrollo, compartiendo conocimientos y buenas prácticas y respetando plenamente la soberanía Nacional y los Derechos Humanos”.

Como integrantes de esta mesa valoramos la voluntad política de incrementar la participación de la comunidad en todas las instancias que fomenten su bienestar físico, emocional y social, sin embargo, dicha voluntad debe venir acompañada de un financiamiento acorde al impacto que los mecanismos de participación social pueden lograr en el bienestar de las comunidades, toda vez que el esfuerzo y compromiso de las y los trabajadores se hace insuficiente.

B.2 Mecanismos de Participación en el Nuevo Modelo: propuestas para afrontar un proceso de reforma con éxito.

Sugerimos:

B.2.1 Potenciar presupuestariamente los procesos que promuevan la Participación Vinculante (63), capacitando a los equipos y aprovechando todas las instancias que las nuevas tecnologías brindan para que la información llegue en forma clara e inclusiva a toda la comunidad.

En la actualidad, la motivación de las comunidades por participar de diversas actividades se va mermando al darse cuenta de que el tiempo invertido en reuniones y las palabras compartidas con pasión y sentimiento, quedan en nada y sus demandas y propuestas de soluciones planteadas no son incluidas en los Planes de Salud Comunal o en el Plan Trianual de Promoción; entonces les aborda el conformismo y la desesperanza. Mas aun cuando llegan los tiempos de elecciones, aparece otra cara que fomenta el clientelismo y la desconfianza entre los mismos vecinos, sus dirigentes y con las instituciones. Por lo que pasar de una participación social meramente consultiva a una vinculante es clave para recuperar las confianzas, el respeto y relevar el hacerse parte de las decisiones que pudieran afectar la propia salud y la de la comunidad.

Observamos además, la necesidad de incluir en los planes anuales de capacitación, la formación de equipos y directivos en todos los ámbitos de participación ciudadana, brindándoles herramientas para un manejo apropiado de grupos, actualización en metodologías y técnicas que les permitan construir por ejemplo, el Plan Trienal de Promoción con participación real de la comunidad para luego dar cumplimiento a las soluciones planteadas a las demandas de las/los vecinos, con un trabajo intersectorial pertinente, en tiempo oportuno y de excelente calidad. Con capacitación evitamos que las instancias de participación se transformen en espacios de violencia verbal y física hacia los funcionarios/as.

En tiempos en los que la tecnología permite la difusión de información rápida y entretenida, sugerimos potenciar el uso de las redes sociales con cápsulas informativas inclusivas, esto es que la información llegue a distintos grupos etarios con material adaptado a personas con discapacidad auditiva, visual, física e intelectual, liderado desde comunicaciones de MINSAL. En la línea del uso de las tecnologías, si bien las reuniones presenciales fortalecen los vínculos, proponemos la realización de reuniones con la comunidad en forma mixta (virtuales y presenciales) y así llegar a otros grupos etarios, incluyendo una intérprete de lenguaje de señas, por ejemplo.

B.2.2 Potenciar desde la estructura institucional la Participación:

- a. **De los trabajadores**, aumentar el número de horas directas programadas para actividades de participación, con definición de rol y resguardo del tiempo asignado, garantizando un abordaje efectivo de los planes de mejora construidos con la comunidad, apoyados con recursos de movilización, meriendas para reuniones y otros que sean pertinentes, rendibles e incluidos en algún programa de reforzamiento, por ejemplo.
- b. **De los representantes de la comunidad funcionaria** en todo lo relacionado a la construcción, implementación y avances de la “APS Universal *“aprovechando su conocimiento y experiencia, y de paso, reduciendo sus naturales temores”*. Sobre todo, los funcionarios de establecimientos dependientes de las Direcciones de los Servicios de Salud, quienes sienten que no se les ha considerado en el proceso.
- c. **De los representantes de los Consejos de la Sociedad Civil**, los aportes que reciben los consejos de la sociedad civil y sus representantes quedan a merced de los/as directores/as de los Servicios de Salud con una variación que va de los cero pesos a viáticos modestos que cubren el gasto en movilización y alimentación.
- d. **Extender la figura del agente comunitario a cada sector**, como una práctica habitual que permita replicarla excelente llegada que se ha logrado en los CECOSF y en los sectores de CESFAM donde se han incorporado. Existen experiencias en hospitales comunitarios, en donde el aporte en las atenciones ambulatorias es notable.

C. TRABAJO INTERSECTORIAL

C.1 *Antecedentes Generales*

El desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud no es un ámbito exclusivo del sector salud, sino que requiere la incorporación del intersector, así ha quedado claro desde la convencional de Alma Ata de 1978 capítulo VII número 4 que dice “Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario” (66) y su vigencia 40 años después. Por lo tanto, es una estrategia que atraviesa no sólo el sector salud, sino también a todas las políticas (65).

De esta manera una estrategia intersectorial es salud en todas las políticas, significa una puesta en común entre los distintos ministerios, seremis, programas, municipalidades, sociedad civil, comunidades y territorios, como quedó muy en claro en el Acta de Huechuraba por un país saludable del año 1999 que ha tenido una trayectoria cambiante en virtud de los diversos gobiernos y sus prioridades, pero se encuentra más vigente que nunca. Es así como proponemos relevar una coordinación entre los distintos sectores en pos de alcanzar comunidades, comunas y municipios saludables.

Resulta relevante una estrategia intersectorial que considere el enfoque de determinantes sociales de la salud, donde la promoción de salud no tenga una atribución principalmente individual en la responsabilidad del estado de salud, sino que considere los determinantes estructurales como el contexto socioeconómico y político, clase social, género, etnia, educación, ocupación e ingreso. Pudiendo de esta manera afectar en las personas desde todas las políticas públicas con pertinencia regional y local.

C.2 *Trabajo Intersectorial:* propuestas para afrontar en un proceso de reforma.

Sugerimos fomentar Promoción de la Salud en el territorio considerando los determinantes sociales de la salud tanto intermedias como estructurales, para lo que se hace necesaria el trabajo intersectorial y la articulación desde las Direcciones de los Servicios de Salud con las SEREMIs con Direcciones de Desarrollos Comunitarios (DIDECO), Educación, Medio Ambiente, Deporte, Cultura, Transporte y Comunicaciones, Seguridad.

Lo anterior, para enfrentar las determinantes sociales de salud que generan inequidades producto de políticas sociales, públicas altamente centralizadas y focalizadas o la ausencia de estas, carentes de la participación de las comunidades y su involucramiento, así como las inequidades producto de la ocupación, género, ingresos, clase social y etnia (determinantes estructurales).

Proponemos dar respuesta a la detección de los problemas planteadas por la comunidad en instancias participativas relevadas en el territorio en conjunto con Servicios de Salud, SEREMIs, Direcciones de Desarrollos Comunitarios (DIDECO), Educación, Medio Ambiente, Deporte, Cultura, Transporte y Comunicaciones, Seguridad. Siempre en búsqueda de mejorar la calidad de vida de las

comunidades, por ejemplo, ante faltas de agua potable, ante faltas de recorridos de locomoción pública o la implementación de mesas de seguridad, desigualdad de género.

Atendiendo a la APS Universal, es inminente el trabajo intersectorial que permita resolver el problema de infraestructura que están teniendo las comunas pioneras para atender a las/los nuevos inscritos. Los nuevos espacios necesitan contar con acceso a agua potable, a empalmes eléctricos con capacidad suficiente, conexiones estables a internet (inalámbrico o satelital), los terrenos deben estar saneados para conseguir autorización sanitaria de la SEREMI por lo tanto, urge constituir una mesa intersectorial que incorpore al GORE, a Bienes Nacionales, a MINSAL, a Ministerio de Energía, Transporte y Telecomunicaciones, inclusive el Ministerio del Interior (pensando en el impacto que el robo de cables tiene en el funcionamiento de un centro de salud), a las comunas pioneras, a las Direcciones de los Servicios de Salud y SEREMIs involucradas, más aún si pensamos en la expansión que tendrá la estrategia a nuevas comunas.

Principales Conclusiones

El trabajo de la mesa temática número cinco “nuevo modelo de participación social en salud” contempló la evaluación diagnóstica cualitativa, el compartir buenas prácticas, plantear dificultades para la práctica diaria en el territorio y generar las propuestas que fueron priorizadas en el texto precedente, en los tres ámbitos que el Equipo Reforma de MINSAL nos solicitó: Promoción de la Salud, Mecanismos de Participación en el nuevo modelo y el Trabajo Intersectorial.

Concluimos que trabajar en una participación social real, efectiva y representativa de toda la comunidad incluyendo a las personas con discapacidad en su amplia gama: auditiva, visual, cognitiva, física, se requiere un presupuesto garantizado para asegurar actividades de promoción y participación con pertinencia territorial y con un abordaje intersectorial de las problemáticas detectadas en instancias de participación comunitaria e incluidas en el Plan de Salud Comunal y en el Triannual de Promoción de Salud por priorización realizada con la participación de la misma comunidad.

Apoyamos la implementación de la APS Universal en territorio Nacional y sugerimos potencial el trabajo intersectorial, con el presupuesto respectivo, para abordar el problema de infraestructura y conectividad a internet, así como el saneamiento de los terrenos para avanzar cumpliendo la normativa vigente.

Creemos imprescindible invertir en informar en salud, en lo que significa la Universalización en Salud, utilizando los avances que las tecnologías y los medio ponen a nuestra disposición, teniendo presente que la entrega de dicha información debe ser inclusiva.

Instamos a las autoridades a realizar esfuerzos por incrementar la participación funcionarios de la salud de todos los estamentos, de sus representantes. Además, para avanzar en la construcción de un Estado Saludable es necesario involucrar a las personas, familias, comunidades en todas las decisiones que afecten su bienestar emocional, físico, mental y espiritual, lo que creemos se logrará cuando la participación sea vinculante.

Bibliografía

Referencias:

1. Ministerio de Salud de Chile. Resolución Exenta N° 112. Aprueba programa de universalización.pdf. Santiago; 2013.
2. Salud C ejecutiva para la universalización de la A-M de. Documento de Posición: Universalización de la Atención Primaria de Salud. Santiago: Ministerio de Salud, Chile;
3. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la planificación y programación en red 2022. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Santiago; 2022.
4. Moena González BP. Promoción de la salud. Análisis crítico y propuesta de construcción de metas e indicadores coherentes. *Benessere Rev Enfermería*. 2019;3(1):53–63.
5. Salvador J, Bruna B. Promoción De La Salud Como Práctica Psico-Social comunitaria en la política Social Chilena. *Rev Interdiscip Filos y Psicol* [Internet]. 2018;13(43):67–79. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/limite/v13n43/0718-1361-limite-13-43-67.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. 9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Shangai; 2016. p. 2. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1>
7. Vega-Franco L. La salud en el contexto de la nueva salud pública. Vol. 42. México, D.F: El Manual Moderno/Universidad Nacional Autónoma de México; 2000. 148 pp.
8. Domench P, Specogna M, Rolla M, Bolado M. Políticas públicas saludables. Algunas estrategias que facilitan la relación estado y sociedad. Promoción de la salud y participación. In: IV Jornadas de Sociología de la UNLP [Internet]. La Plata: Memoria Académica.; 2005. Available from: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.6751/ev.6751.pdf
9. Paho. WHO | The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. WHO. World Health Organization; 1986 [cited 2018 Jul 19]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Inf la Reun Int sobre la Salud en Todas las Políticas Adelaida [Internet]. 2010;4. Available from: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
11. World Health Organization (WHO/OMS). Promoción de la Salud: Glosario [Internet]. OMS. 1998. p. 36. Available from: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
12. Bravo-Valenzuela P, Cabieses B, Zuzulich MS, Muñoz M, Ojeda M. Glosario para universidades promotoras de la salud. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2013 May 1 [cited 2018 Jul 20];15(3):465–77. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/29731>
13. Carbo JC, Marzo Páez N. La promoción de salud para la creación de entornos saludables en América Latina y el Caribe. *MEDISAN* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 19];21(12):3415. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n12/san162112.pdf>
14. Marmot M, Pellegrini Filho A, Vega J, Solar O, Fortune K. Action on socialdeterminants of health in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(6):379–81.
15. Newman L, Baum F, Javanparast S, O'Rourke K, Carlon L. Addressing social determinants of health inequities through settings: A rapid review. *Health Promot Int*. 2015;30:ii126–43.
16. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. FINAL

- REPORT | EXECUTIVE SUMMARY. World Health Organization. Geneva; 2008.
17. Torp S, Kokko S, Ringsberg KC. Promoting health in everyday settings: Opportunities and challenges. *Scand J Public Health* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jul 19];42(15):3–6. Available from: www.hbv.
 18. Castiel LD, Álvarez-Dardet C. La salud persecutoria. *Rev Saude Publica*. 2007;41(3):461–6.
 19. Chapela M. Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. In: Jarillo E, Guinsberg E, editors. *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*. Buenos Aires; 2008. p. 347-373.
 20. García Calvente M del M, Jiménez Rodríguez ML, Martínez Morante E, Río Lozano M del. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud [Internet]. 2010. Available from: <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/2575>
 21. Link B, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of health inequalities. *J Health Soc Behav*. 2010;51((S)):S28–40.
 22. Borrell C, Malmusi D, Artazcoz L, Diez E, Rodríguez-Sanz IP y. M, Campos P, et al. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2012;26(2):182–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.024>
 23. Organización Mundial de la Salud, Salud OP de. ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE 2019-2030 [Internet]. Retrieved May. Washington; 2019. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Consejo+directivo#8%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Consejo+Directivo#8>
 24. Morgan A, Hernán M. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Rev Esp Sanid Penit* [Internet]. 2013 [cited 2018 Sep 9];15:78–86. Available from: www.abcdinstitute.
 25. Lindström B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico: camino salutogénico hacia la promoción de la salud. 2011.
 26. World Health Organization. *Health 2020: The European policy for health and wellbeing*. Copenhagen; 2013. p. 22.
 27. Antonovsky A. Health, Stress, and Coping. *New Perspectives on Mental and Physical Well-Being* [Internet]. First. San Francisco: Jossey-Bass; 1979. 1–255 p. Available from: <https://archive.org/details/healthstresscopi00antorich>
 28. Mittelmark MB, Bauer GF. The Meanings of Salutogenesis. In: *The Handbook of Salutogenesis*. Springer; 2016. p. 7–13.
 29. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well*. Jossey-Bass; 1987. 218 p.
 30. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion 1. *Health Promot Int*. 1996;11(1):11–8.
 31. Pelikan JM. The Application of Salutogenesis in Healthcare Settings. In: *The Handbook of Salutogenesis*. 2016. p. 1–461.
 32. Antonovsky A. Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Soc Sci Med* [Internet]. 1993 Oct [cited 2019 Jun 28];37(8):969–74. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0277953693904276>
 33. Pérez-Wilson P, Marcos-Marcos J, Morgan A, Eriksson M, Lindström B, Álvarez-Dardet C. ‘A synergy model of health’: an integration of salutogenesis and the health assets model. *Health Promot Int*. 2020;1–11.
 34. Lindström B, Eriksson M. *The Hitchhiker’s Guide to Salutogenesis : Salutogenic pathways to health promotion*. Folkhälsan; 2010.

35. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. IUHPE – Promot Educ [Internet]. 2007 [cited 2018 Jul 22];(suppl 2). Available from: www.ucl.ac.uk/
36. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the Public Health Evidence Base: An Asset Model. In: Health Assets in a Global Context [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2010 [cited 2019 Apr 12]. p. 3–16. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-5921-8_1
37. Van Bortel T, Wickramasinghe ND, Morgan A, Martin S. Health assets in a global context : a systematic review of the literature. *BMJ Open*. 2019;1–11.
38. Lindström B, Eriksson M. A Salutogenic Approach to Tackling Health Inequalities. In: Health Assets in a Global Context [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2010 [cited 2018 Jul 15]. p. 17–39. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-5921-8_2
39. Hernán García M, Morgan A, Mena ÁL. Formación en salutogénesis y activos para la salud [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. 2013. 184 p. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Formación+en+salutogénesis+y+activos+para+la+salud#0>
40. Kretzmann JP, McKnight JL. A guide to capacity inventories: Mobilizing the community skills of local residents [Internet]. Evanston, IL: Asset-Based Community Development Institute; 1997. 96 p. Available from: [http://communitymagic.org/public/A Guide to Capacity Inventories.pdf](http://communitymagic.org/public/A%20Guide%20to%20Capacity%20Inventories.pdf)
41. Cameron J, Gibson K. ABCD meets DEF: Using asset based community development to build economic diversity [Internet]. Asset Based Community Development conference, 2008. p. 1–10. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:ABCD+Meets+DEF:+Using+Asset+Based+Community+Development+to+Build+Economic+Diversity#0>
42. Álvarez-Dardet C, Cantero MTR. Patrimonio de salud ¿son posibles las políticas salutogénicas? *Rev Esp Salud Publica*. 2011;85(2):123–7.
43. Restrepo HE, Málaga HH. Promoción de la salud: Como construir vida saludable. Primera. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 2001. 298 p.
44. Kretzman -John JP, Mcknight L. Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilizing a community's assets. [Internet]. Evanston, IL; 1993 [cited 2018 Jul 22]. Available from: http://www.ekarifoundation.org/wp-content/uploads/2013/06/Kretzman_McKnight_BuildingCommunitiesInsideOut.pdf
45. Rans S, Altman H. Asset-Based Strategies for Faith Communities. *ABCD Workb*. 2002;117.
46. Blickem C, Dawson S, Kirk S, Vassilev I, Mathieson A, Harrison R, et al. What is Asset-Based Community Development and How Might It Improve the Health of People With Long-Term Conditions? A Realist Synthesis. *SAGE Open* [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 12];8(3). Available from: <https://doi.org/10.1177/2158244018787223>
47. McKnight J, Russell C. The Four Essential Elements of an Asset-Based Community Development Process What Is Distinctive about an Asset-Based Community Development Process? [Internet]. Chicago; 2018 [cited 2019 Apr 12]. Available from: https://www.nurtureddevelopment.org/wp-content/uploads/2018/09/4_Essential_Elements_of_ABCD_Process.pdf
48. Kretzmann JP, McKnight JL, By John Kretzmann C-DP, with Sarah Dobrowolski C-D, Coordinator P, Punttenney D. DISCOVERING COMMUNITY POWER: A GUIDE TO MOBILIZING LOCAL ASSETS AND YOUR ORGANIZATION'S CAPACITY [Internet]. Evanston, IL: Asset-Based Community Development Institute; 2005 [cited 2018 Jul 22]. 1–37 p. Available from: www.northwestern.edu/ipr/abcd.html.
49. Kramer S, Amos T, Lazarus S, Seedat M. The Philosophical Assumptions, Utility and

- Challenges of Asset Mapping Approaches to Community Engagement. *J Psychol Africa* [Internet]. [cited 2019 Apr 12];22(4):537–44. Available from: https://www.academia.edu/2875876/The_Philosophical_Assumptions_Utility_and_Challenges_of_Asset_Mapping_Approaches_to_Community_Engagement
50. Sánchez-Casado L, Paredes-Carbonell J, López-Sánchez P, Morgan A. Mapa de activos para la salud y la convivencia. Propuestas de acción desde la intersectorialidad. *Index de Enfermería* [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 12];26(3):180–4. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200013
 51. McKnight J. Mapa de activos en las comunidades. In: Hernán García M, Morgan A, Mena ÁL, editors. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013. p. 103–25. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Formación+en+salutogénesis+y+activos+para+la+salud#0>
 52. Casseti V, Powell K, Barnes A, Sanders T. A systematic scoping review of asset-based approaches to promote health in communities: development of a framework. *Glob Health Promot.* 2019;0(0):1–25.
 53. 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.* 2013;27(2):180–3.
 54. McKnight J. Asset Mapping in Communities. In: *Health Assets in a Global Context* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2010 [cited 2018 Jul 15]. p. 59–76. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-5921-8_4
 55. Cofiño R, Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, et al. Mapas de déficits y mapas de activos en prevención de la obesidad infantil. *Pediatría Atención Primaria.* 2012;14(21):23–7.
 56. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2018 Sep 9];30:93–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021391111630125X>
 57. Cofiño R, Pasarín M a. I, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(SUPPL.1):88–93.
 58. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Declaración de Astaná, 2018 <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
 59. Ley 20.500 Sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública. Ministerio Secretaría General de Gobierno (2011)
 60. Ley 20422 Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Ministerio de Planificación (2010)
 61. Ley 20609 Establece medidas contra la discriminación. Ministerio Secretaría General de Gobierno (2012)
 62. Ley 21303 Modifica la Ley N° 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, para promover el uso de la lengua de señas. Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2021)
 63. Oficio (O) 007 del 18 de agosto 2022, S.E. El Presidente de la República. Imparte instrucciones para el fortalecimiento de la Participación Ciudadana en la Gestión Pública.

65. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R (2018). Atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. *Rev. Panamá Salud*,42: e104.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
66. Salas, Sofía P. (2018). Cuarenta años después: Volver a Alma-Ata. *Revista médica de Chile*, 146(3), 405-406. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000300405>