



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Enfermería -Programa de Magister en Enfermería

**ACTIVOS PARA LA SALUD PERCIBIDOS POR TRABAJADORES
(AS) DE ATENCIÓN PRIMARIA: UN ESTUDIO CUALITATIVO,
CONCEPCIÓN, CHILE.**

Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de
Concepción para optar al grado académico de Magíster en
Enfermería.

POR: JACQUELINE DEL CARMEN DURÁN
YÁÑEZ
PROFESORA GUÍA: DRA. SANDRA VÉRONICA
VALENZUELA SUAZO

MARZO, 2026

Concepción, Chile

© 2026. Jacqueline Durán Yáñez.

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

Dedicatoria

Con mucho cariño a Gonzalo:

*Mi pequeño gran niño, quien con una sola sonrisa
cambia el curso de mi vida y con una sola
palabra me hace llorar de alegría.*

*Mi pequeño niño hermoso, quiero agradecerte
porque tus pequeñas manos sostienen mi
mundo.*

Te quiero y todo el esfuerzo va dedicado a ti.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la fortaleza en los momentos de dudas manteniendo viva la fe y la esperanza en nuevos comienzos.

Para mis padres Jaqueline y Alejandro quienes desde pequeña me impulsaron a seguir mis sueños de forma incondicional en todas las etapas y confiaron en mis decisiones, a ustedes les debo agradecer infinitamente que desde su bondad me apoyarán e impulsarán a ser una mejor persona.

Jorge, agradezco por brindarme siempre fortaleza y ánimo de seguir adelante con su infinito optimismo, templanza y amor; también por apoyarme en todas las aventuras que ha traído consigo esta etapa.

Para mí guía de tesis, Dra. Sandra, quien gentilmente me abrió las puertas a un nuevo camino en la investigación, con su gran comprensión y conocimiento digno de admiración.

Claudia por su pasión por la enfermería, la investigación cualitativa que transmite en todo momento, gracias por tu infinita generosidad y empatía, por brindarme un apoyo sincero, escucharme y ayudarme en todo ámbito.

Agradezco a mis amistades por quienes me he sentido acompañada e impulsada, a ustedes que son un grupo de personas geniales, con quienes puedo reír y llorar, les agradezco a cada uno por estar siempre para mí, como yo para ustedes.

A la comunidad de trabajadores (as) del CESFAM VMF, que me amablemente me recibieron y participaron en esta investigación, quienes me otorgaron la oportunidad de escucharlos y comprender su mirada.

Y todos a aquellos que directa o indirectamente han sido parte de este proceso y han aportado con un grano de arena en esta etapa de mi vida.

Solo debo agradecerles y decir que las palabras son pocas para expresarles todo mi cariño y admiración.

Los quiero, atte. Jacqueline.

ÍNDICE

RESUMEN	x
SUMMARY	xi
1. Introducción	12
2. Objetivos	30
3. Marco referencial	31
4. Marco empírico	41
5. Marco teórico-filosófico	48
6. Metodología	53
7. Muestra	64
8. Criterios de selección	68
9. Plan de levantamiento de información	69
10. Plan de análisis de datos	76
11. Validación de la pregunta	78
12. Criterios de Calidad	79
13. Consideraciones Éticas	80
14. Resultados	85
15. Discusión	110
16. Conclusión	119
17. Limitaciones y sugerencias	123
18. Referencias Bibliográficas	125
19. Anexos	
Anexo 1: Organigrama institucional	134
Anexo 2: Carta de Respaldo Centro de Salud Familiar	135
Anexo 3: Carta de Solicitud de Apoyo de la Institución	136
Anexo 4: Consentimiento Informado	138
Anexo 5: Consentimiento Informado grupo promotor	141
Anexo 6: Documentos de registros de información	145

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Categorías de trabajadores (as) del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández, 2025.	56
Tabla N° 2: Rango etario de trabajadores (as) del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández, 2025.	58
Tabla N° 3: Índice de ausentismo anual del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández, 2026.	60
Tabla N° 4: Categorías, subcategorías y códigos de activos para la salud del CESFAM VMF.	86

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Figura N°1: Continuo de Salud-Enfermedad de Antonovsky.	35
Figura N°2: Modelo de Activos para la Salud Pública. Morgan, A., Hernán, M. (2011).	36

RESUMEN

Introducción: Reconocer los activos para la salud en los espacios laborales favorece el bienestar de las personas trabajadoras, fomentando fortalezas, talentos y competencias. **Objetivo:** Explorar los activos para la salud percibidos por los trabajadores (as) de un servicio de atención primaria de la comuna de Concepción. **Materiales y métodos:** Se realizó investigación cualitativa fenomenológica descriptiva; utilizando las técnicas de grupo focal seguida de una sesión de mapeo de activos, conformándose un total 4 grupos donde participaron 33 miembros del equipo de salud de un centro de salud familiar. A través de la realización de mapeo de activos, identificaron los activos para la salud de su entorno laboral. **Resultados:** Todos los datos obtenidos de las sesiones fueron anonimizados, posteriormente se realizó un análisis de contenido según Bardin con apoyo del software Atlas ti, emergieron cuatro categorías de activos para la salud las cuales fueron organizadas según su relevancia en: “activos colectivos”, “activos institucionales”, “activos del entorno físico” y “activos perdidos”, esta última considerada una categoría emergente. Los activos identificados permitieron a la comunidad laboral observar desde otra perspectiva el trabajo, dándoles la oportunidad de valorar los activos existentes y los que pueden recuperar destacando espacios, personas, situaciones que les generan bienestar. **Conclusión:** La identificación de activos para la salud en el entorno laboral se consolida como una estrategia efectiva que permite resignificar la experiencia de trabajo y enfocarse en los aspectos positivos que contribuyen al bienestar integral de los trabajadores (as) y orientando futuras intervenciones de promoción de la salud en estos contextos.

Palabras claves: Promoción de la Salud, Recursos en Salud, Trabajadores, Atención Primaria.

SUMMARY

Introduction: Recognizing health assets in the workplace promotes the well-being of workers, fostering strengths, talents, and skills. **Objective:** To explore the health assets perceived by workers in a primary care service in the city of Concepción. **Materials and methods:** A descriptive phenomenological qualitative study was conducted using focus group techniques followed by an asset mapping session. A total of four groups were formed, comprising 33 members of the health team from a family health center. Through asset mapping, they identified the health assets in their work environment. **Results:** All data obtained from the sessions were anonymized. Subsequently, a content analysis was performed using Bardin's framework and Atlas.ti software. Four categories of health assets emerged, which were organized according to their relevance as: "collective assets," "institutional assets," "physical environment assets," and "lost assets," the latter considered an emerging category. The identified assets allowed the work community to view work from a different perspective, giving them the opportunity to value existing assets and those they can recover, highlighting spaces, people, and situations that contribute to their well-being. **CONCLUSION:** Identifying health assets in the workplace is consolidated as an effective strategy that allows for a redefinition of the work experience and focuses on the positive aspects that contribute to the overall well-being of workers, guiding future health promotion interventions in these contexts.

Keywords: Health Promotion, Health Resources, Workers, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

El trabajo es una parte importante de la vida de quienes lo desarrollan. Se estima que la mitad de la población mundial está constituida por trabajadores (as) (1) que ocupan un tercio de su tiempo en el lugar de trabajo (2), por lo tanto, las condiciones laborales tienen importantes efectos en su salud.

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud ocupacional es “la promoción y mantenimiento del mayor grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores (as) en todas las ocupaciones mediante la prevención de la salud, control de riesgos y adaptación del trabajo a las personas, y las personas a sus puestos de trabajo” (1).

Esta investigación se centró en la “promoción de la salud” en el ámbito laboral, entendiendo la promoción de la salud como un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las encaminadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La Promoción de la Salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarlos, según la OMS (3).

En la actualidad las personas ya no ven el trabajo como un lugar donde sólo se ocasionan enfermedades y accidentes laborales cuando las actividades

laborales se ejercen en condiciones de riesgo para la salud, con capacitación inadecuada o cuando carece del apoyo de los compañeros de labores si no, que desde la mirada de la promoción de la salud se plantea la visión del trabajo como un espacio de desarrollo y de mejora de habilidades personales, autorrealización y autonomía (2). Esta nueva mirada centrada en la promoción de la salud laboral ha ido integrándose y cambiando paradigmas enfocados en la rehabilitación y/o enfermedad, lo cual ha llevado a replantearse la manera en que el trabajo afecta o favorece el bienestar, el diario vivir individual y comunitario (4).

Resulta ser un desafío esta mirada promotora de la salud que busca profundizarse en espacios del mundo del trabajo en el paradigma de promoción de la salud en ámbitos laborales se incorpora el modelo de activos para la salud, que pretende revitalizar elementos relacionados con las acciones, las evidencias y las evaluaciones desde la promoción de la salud, identificando los activos para la salud que generan bienestar en las personas trabajadoras.

Los activos para la salud son, por lo tanto, un concepto clave, entendiéndose como cualquier factor o recurso reconocido a nivel individual o comunitario como “riqueza” para mantener y mejorar su bienestar de forma que ellos aprovechen al máximo sus fortalezas, talentos y habilidades (5). Estos recursos presentes en la comunidad pueden actuar a nivel individual, familiar y/o comunitario y tienen como denominador común la capacidad de fortalecer la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud (5). Por lo tanto, para que un recurso sea un “activo” debe ser conocido, valorado

positivamente y utilizado por las personas de una comunidad (6).

Como ejemplo de activos para la salud en la literatura se informa a nivel individual la competencia social, resistencia, compromiso con el aprendizaje, valores positivos, autoestima y voluntad. En la comunidad emergen activos como redes familiares y de amigos, solidaridad intergeneracional, cohesión comunitaria, grupos afines, tolerancia religiosa y armonía. Y a nivel de organización o institución se pueden encontrar activos para la salud como recursos medioambientales necesarios para promocionar la salud física, mental y social, seguridad laboral y oportunidades de voluntariado, viviendas seguras y agradables, democracia política y oportunidades de participación, justicia social y fomento de la equidad (7).

La conceptualización de activos para la salud sigue la lógica de hacer fáciles y accesibles las opciones sanas, orientadas al bienestar, crecimiento o envejecimiento saludable y a la protección de la salud (8).

El enfoque de activos para la salud se caracteriza por centrarse en potenciar los recursos salutogénicos que fomentan la autoestima y la capacidad de afrontamiento de los individuos y las comunidades. Por ende, aspira a que los programas de salud creen las condiciones que potencien las capacidades y habilidades de los individuos y colectivos, para favorecer que las poblaciones sean menos dependientes de los servicios sociales y de salud, los cuales muchas veces cuentan con recursos limitados, por lo que deben priorizar sus acciones a

determinados sectores de la población (9).

Este enfoque pretende que los individuos se posicionen en el eje central del proceso de desarrollo de la salud, por ende, se pretende que la población participe en el desarrollo y sostenibilidad de los programas de salud dirigidos hacia ellos. Las formas más efectivas de conseguir dicha implicación son, entre otras, la existencia de políticas que garanticen una inversión a largo plazo, la apertura a cambios organizativos y culturales que permitan la participación colectiva (10).

Por lo tanto, el concepto de activos para la salud ha sido ampliamente utilizado en el área comunitaria enfocando su objetivo en empoderar a la comunidad en la toma de acciones promotoras de su salud (5). Sin embargo, en el ámbito laboral la aplicación de este enfoque es nuevo, ya que la salud ocupacional se ha centrado principalmente en controlar los accidentes y las enfermedades mediante la reducción de las condiciones de riesgo, según la OMS (11), limitándose a objetivos más bien preventivos y curativos de la enfermedad ocupacional y accidentes.

Una mirada promotora de la salud desde los propios trabajadores (as) permitiría la identificación de los activos para la salud, lo cual sería una estrategia promotora de la salud laboral imprescindible centrada en el bienestar, ya que, permitiría que las personas y los grupos de trabajo identifiquen y reconozcan los factores o recursos que les ayudan a mantener y sostener su salud y bienestar

en su ámbito de trabajo, y a la vez permitirá que desde los propios trabajadores (as) emerjan propuestas promotoras de salud. Esta información es sustantiva para las organizaciones laborales que buscan potenciar la salud y calidad de vida de los trabajadores (as), puesto que el generar este tipo de iniciativas en el lugar de trabajo contribuyen a reducir en un 26 % los costos de atención sanitaria para las empresas y a disminuir en un 27 % el ausentismo por enfermedad (1).

Promoción de la salud en el lugar de trabajo (PSLT)

Esta mirada promotora de la salud en el ámbito laboral se puede apreciar a nivel internacional en organismos como la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá que plantean desde 1986 en la Carta de Ottawa que *“La manera en que la sociedad organiza el trabajo, debería contribuir a crear una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de vida y de trabajo seguras, estimulantes, satisfactorias y agradables”* (2,12). Esta carta, por lo tanto, es un consenso internacional sobre la promoción de la salud laboral, en la que se considera el lugar de trabajo como uno de los componentes esencial para promover la salud; demostrando que la acción de promoción va más allá del sector de asistencia sanitaria, debe figurar en la agenda política de todos los sectores, estableciendo que la promoción de la salud consiste en *“proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”* (2,12,13). También la OMS plantea un modelo ambiente de trabajo saludables,

en el cual un Entorno Laboral Saludable es aquel en el que los trabajadores (as) y directivos colaboran en utilizar un proceso de mejora continua para proteger y promover la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores (as) y la sustentabilidad del ambiente de trabajo (14).

Otros hitos importantes se han constatado en una serie de conferencias mundiales, en las que además se ha incorporado el concepto de ambientes de trabajo favorables para la salud, donde destaca la conferencia de Sundsvall, Suecia de 1991, la cual define que *"en el contexto de la salud, el término ambiente favorable se refiere a los aspectos físicos y sociales de nuestro entorno. Abarca en dónde viven las personas, su comunidad local, su hogar y el lugar donde trabajan y se divierten"*, en resumen, considera que un entorno favorable en el lugar de trabajo contempla dimensiones físicas, sociales, económicas, espirituales y políticas, proponiendo esta forma un enfoque más holístico del tema (13).

También los países miembros de la Red Europea en el año 1997 asumieron en la Declaración de Luxemburgo "Aunar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores (as) y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo. Esto se puede conseguir combinando actividades dirigidas a mejorar la organización y las condiciones de trabajo, promover la participación activa y fomentar el desarrollo individual"(13), por ende era una prioridad para emprender futuras actividades relacionadas con sensibilizar y fomentar el compromiso de todos los integrantes de las empresas

acerca de los temas de la PSLT, identificar y difundir proyectos llevados a cabo con éxito, desarrollar guías para la práctica efectiva de la PSLT y asegurar el compromiso de los Estados miembros en la incorporación de programas de PSLT a sus políticas respectivas (13).

Posteriormente en 1998 en la III Conferencia Mundial de la promoción de la salud, se sentaron las bases para el desarrollo de la PSLT. En esta conferencia se reconoció al trabajo como un entorno propicio para implementar la promoción de la salud (2).

A continuación, en el año 2000, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzó la “Estrategia para el fortalecimiento de la PSLT en América Latina y el Caribe” destacando los siguientes principios fundamentales:

1. Carácter integral: Los programas de PSLT reconocen el efecto combinado de los factores personales, ambientales, organizacionales, comunitarios, sociales e informativos sobre el bienestar del trabajador (2).

2. Carácter participativo: Se promueve la participación de los trabajadores y directivos en las decisiones que afectan su salud, brinda una mayor seguridad a los trabajadores en su capacidad para hacer cambios en su vida y desarrollar habilidades para la promoción y protección de la salud. Además, permite que ellos puedan tener y desarrollar sus propias iniciativas en este campo (2).

3. Cooperación multisectorial y multidisciplinaria: Se da la oportunidad de participar a todos los actores sociales interesados de los diferentes sectores,

tales como el gobierno, las empresas, los sindicatos, el sector de salud, las instituciones de enseñanza superior, las organizaciones no gubernamentales, la comunidad y otras entidades. También se requieren la experticia y pericia de profesionales de distintas disciplinas (2).

4. Justicia social: Los programas de PSLT se ofrecen a todos los miembros del lugar de trabajo, independientemente de su cargo, sexo o grupo étnico (2).

5. Sostenibilidad: Para lograr su sostenibilidad, la promoción y la protección de la salud en los lugares de trabajo, debe convertirse en parte integral de la gestión y organización de la empresa o lugar de trabajo y de la organización comunitaria que la rodea (2).

En 2010, la OMS en su documento entornos laborales saludables: fundamentos

y modelo, declara que un entorno de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo con base en los siguientes indicadores:

- La salud y la seguridad concernientes al espacio físico de trabajo.
- La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del ambiente de trabajo.
- Los recursos de salud personales en el espacio de trabajo.

- Las formas como la comunidad buscan mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad (13).

Luego en año 2016 en Shanghai, se define en la 9.^a Conferencia Mundial de promoción de la salud Acuerdo de dirigentes mundiales para promover la salud en pro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que "La salud es el producto de la vida diaria, esto es, de los barrios y las comunidades donde la gente vive, ama, trabaja, compra y juega. La salud es uno de los indicadores más eficaces de que una ciudad está experimentando un desarrollo sostenible, y contribuye a que las ciudades sean lugares incluyentes, seguros y resilientes para el conjunto de la población" (13). También en esta 9° conferencia mundial plantean que la "Promoción de la salud y Promoción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 8: Promoción del empleo saludable como motor del crecimiento económico inclusivo" (13).

Y finalmente para 2021, la Carta de Ginebra para el bienestar precisa que "Las sociedades del bienestar garantizan el empleo decente y seguro, el comercio justo, sistemas de protección social inclusivos, sistemas de producción y consumo basados en los principios de una economía circular, sin discriminación estructural, así como transiciones urbanas sostenibles y el respeto y la preservación de los ecosistemas naturales. Las economías del bienestar reconocen los derechos laborales y las contribuciones de la economía informal, incluida la atención proporcionada por los cuidadores, las familias y las

comunidades" (13).

En resumen, el concepto de PSLT está presente en diversos documentos y conferencias mundiales a lo largo de los años; tiendo por objetivo crear un marco legal y de políticas públicas que aseguren las condiciones del medio ambiente físico, de la tarea y de la organización con formas de trabajo decente que involucren estabilidad laboral, seguridad social, y que integre a los individuos en procesos participativos, reconociendo el contexto en el que están inmersos (13).

En Chile, la PSLT se considera una política de Estado, enmarcada en las acciones de salud pública, contenidas en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (15) y en la Estrategia Nacional de salud para los objetivos sanitarios 2021 al 2030. Esta última considera los lineamientos provenientes de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas al 2030 apuntando en especial a los objetivos sanitarios 3 y 8 (1,2,16). El primer objetivo apunta a salud y bienestar, busca lograr la cobertura sanitaria universal y proporcionar acceso a medicamentos y vacunas seguros y asequibles para todos, de tal forma que se pueda asegurar que todas las personas puedan vivir una vida saludable, sin importar su edad, lugar de nacimiento o condición económica (16). El segundo objetivo sanitario sobre trabajo decente y crecimiento económico pretende promover el crecimiento económico inclusivo y sostenible, de tal forma que genere empleo y el trabajo decente para todos buscando mejorar las

oportunidades de empleo, especialmente entre jóvenes, reducir el empleo informal y la desigualdad en el mercado laboral (sobre todo en lo que respecta a la brecha salarial entre hombres y mujeres), promover entornos de trabajo seguros y protegidos (16).

En base a esto Chile adopta como principios el asegurar los derechos en salud, alcanzar la cobertura universal y reducir las inequidades en salud. En la mencionada estrategia nacional, se plantea la construcción de un nuevo Plan Nacional de Salud, el cual propone alcanzar en el mediano y largo plazo mejorar la salud de la población, haciendo los esfuerzos para prolongar la vida y los años de vida libres de enfermedad y, simultáneamente, actuar sobre la reducción de las desigualdades en salud, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad (17). Por lo tanto, abarca de forma transversal distintas temáticas como enfoque de equidad, perspectiva de curso de vida, modelo de salud integral e intersectorialidad, con el fin de mejorar la salud y el bienestar de la población a través de acciones preventivas, el fortalecimiento del sistema de salud y la promoción de un estilo de vida saludable, con un enfoque en la equidad y la participación comunitaria (1).

Es en este contexto que se plantean 7 ejes estratégicos, donde, para fines de este estudio, el eje 1 denominado medio ambiente y entornos saludables, el cual hace hincapié que un medio ambiente saludable es vital para “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (18)”. Este eje

estratégico aborda también la salud ocupacional y en esta dimensión tiene como objetivo disminuir la exposición de la población trabajadora a condiciones y organización del trabajo desfavorables que generen daños a la salud, afectando su seguridad y bienestar (1). Los resultados esperados para este eje son (1):

- Aumentar la cobertura de sistemas de protección y aseguramiento frente a los riesgos del trabajo formal e informal.
- Fortalecer la fiscalización con enfoque de riesgo.
- Mejorar la cobertura de programas de vigilancia ambiental y de salud. Aumentar la cobertura de acciones promocionales y preventivas.
- Aumentar el empoderamiento de los/las trabajadores/as con perspectiva de enfoque de género y derechos humanos.

Para cumplir específicamente con el objetivo de aumentar la cobertura de acciones promocionales y preventivas, Chile desde el año 2012 ha priorizado la implementación de la estrategia “Lugares de Trabajo Promotores de la Salud” , por medio de la nota técnica N°33 (2) ,la cual establece que los trabajadores (as) ocupados alcanzan a 6,5 millones (44 % de la población), siendo en quienes recae la responsabilidad del nivel de vida de su familia y el desarrollo económico y social del país (1), se estima que esta población activa ocupa más de un tercio de su tiempo en el lugar de trabajo (2).

En 2025 el Ministerio de Salud Chileno afirma que un lugar de trabajo promotor de la salud corresponde a "Un entorno laboral que promueve la salud y seguridad de las personas trabajadoras, a través de la protección de los riesgos ocupacionales (físicos, químicos y psicosociales) y que facilita prácticas de vida sana y de salud preventiva" (4).

Finalmente, en febrero 2026 se reafirma las estrategias anteriores con la nueva Norma Chilena NCh3433 de "Promoción de la salud en el trabajo" (4), la cual es clave para la actualización de la gestión de salud laboral en Chile. En ella se declara que el trabajo tiene una gran influencia en la calidad de vida de las personas, en tanto opera como un entramado social dentro del cual se comparte una cultura organizacional, se establecen relaciones, se desarrollan habilidades y se definen estilos de interacción y trabajo. Dependiendo de las condiciones en las cuales se desarrolla un trabajo, éste puede implicar riesgos o tener efectos nocivos para la salud de las personas trabajadoras, así como también puede ser un factor de bienestar que favorece la salud física y mental y el desarrollo de la persona en su ámbito laboral (4). Por lo anterior, los lugares de trabajo son un entorno propicio para llevar a cabo medidas e intervenciones de promoción y prevención que impacten positivamente la salud de la población y los objetivos estratégicos de una organización. Afirman también que las organizaciones están llamadas a promover entornos laborales seguros y saludables, fortaleciendo la educación y participación de las personas trabajadoras de todos sus estamentos y líneas jerárquicas (4).

Por consiguiente, esta norma sitúa la promoción de la salud en el trabajo como un eje central del bienestar social y económico, entrega requisitos para proteger contra riesgos físicos, ambientales y psicosociales, promoviendo entornos saludables, el desarrollo integral del trabajador y la calidad de vida, alineándose con la prevención de riesgos y la normativa vigente (4).

A raíz de estos planteamientos se evidencia que el trabajo, tanto a nivel internacional como nacional, ya no se considera como un lugar donde sólo se pueden ocasionar enfermedades y accidentes para los trabajadores (as) si no, que, desde la mirada de la promoción de la salud, se plantea la visión del trabajo como un sitio en que se amplía el desarrollo personal y se adquieren y mejoran habilidades personales (2). Es en este espacio donde los activos para la salud buscan identificar los recursos que generan bienestar en las personas trabajadoras, reconociendo a los trabajadores (as) como agentes de su propia salud.

Por lo tanto, a nivel sanitario y en particular para enfermería, el desarrollar investigaciones en el ámbito laboral con una mirada PSLT enfocada en los activos para la salud es relevante, ya que permite tener una mirada desde el enfoque de promoción de salud, la cual se integra con el modelo tradicional de déficit, el cual centra su mirada en los indicadores sanitarios vinculados a la enfermedad, lo que permitirá tener un panorama completo del entorno laboral para generar así acciones acordes a las necesidades de los trabajadores. Por lo

tanto, los estudios en esta área son una inversión efectiva a corto y largo plazo, la que puede ayudar a crear y/o potenciar los programas existentes de seguridad y salud laboral, al apoyar a los trabajadores (as) en su salud y bienestar, permitiéndoles conservar su motivación de trabajar y de seguir siendo miembros activos y productivos de la sociedad (2).

Al mismo tiempo, en el ámbito empresarial y organizacional, estos estudios contribuyen al bienestar de los trabajadores (as) y de las organizaciones laborales, ya que, se pueden tomar como guía para el desarrollo de prácticas laborales más eficientes, más humanas y a su vez rentables (2), beneficiando tanto a la empresa como a los trabajadores (as) de forma directa e indirecta, dado que los trabajadores (as) en un ambiente de apoyo se sienten mejor, más motivados y saludables, lo cual a su vez lleva a un menor ausentismo y rotación, mayor estímulo y productividad, una imagen positiva y una responsabilidad social corporativa consistente (1).

Los activos para la salud en el ámbito laboral han sido poco explorados, por lo tanto las investigaciones en el área traerán beneficios al ambiente laboral a nivel individual, organizacional y a la salud en general, por lo que será importante incorporar este enfoque promotor en salud que permitirá conocer la percepción de los propios trabajadores (as) e identificar como estos activos para la salud influyen en su vida laboral diaria, para que desde ellos emerjan planes de acción que potencien su bienestar y sean así agentes activos de su propia salud.

Es por es ello que se realiza esta investigación con abordaje cualitativo en un Servicio de Atención Primaria, Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández (CESFAM VMF), puesto que es uno de los centros de salud más grandes ubicado en la ciudad de Concepción y dependiente del Servicio de Salud Concepción. Este centro es el mejor equipado tanto en recursos físicos como humanos, caracterizándose por trabajar en red y en estrecha vinculación con la comunidad, por lo cual declaran estar comprometidos con la equidad en salud, la interculturalidad y la formación asistencial docente, contribuyendo al bienestar y desarrollo de la comunidad (19).

El CESFAM VMF atiende a una población de 40.000 personas, basándose en el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar y Comunitario, promoviendo la participación activa de las personas en el cuidado de su salud. Para ello cuenta con un equipo interdisciplinario que trabajan de manera colaborativa con la comunidad, fortaleciendo la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el autocuidado, junto con garantizar la continuidad de la atención en recuperación y rehabilitación cuando es necesario (19).

Este CESFAM se encuentra conformado por un total de 370 funcionarios profesionales y técnicos como médicos, odontólogos, matronas, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, kinesiólogos, nutricionistas, podólogos, Técnicos de enfermería de nivel superior (Tens), Técnicos dentales; así como administrativos; es un espacio especialmente comprometido de forma activa con

la salud de los pacientes y de sus trabajadores (as) que lo conforman, lo cual declaran explícitamente en su visión la cual tiene por objetivo ser un centro de salud familiar y comunitario reconocido por su accesibilidad, calidad, seguridad y trato humanizado, donde la prevención y promoción de la salud sean fundamentales, con la participación activa de la comunidad, apoyados por un equipo humano resolutivo y comprometido, incorporando tecnología y estrategias innovadoras (19).

De igual forma el CESFAM VMF tiene como su misión ser un centro de salud asistencial-docente, entregando una atención de salud integral, inclusiva y de calidad, centrada en la persona, familia y comunidad, durante su ciclo vital, otorgando servicios con enfoque biopsicosocial y de salud familiar con equipos multidisciplinarios capacitados y comprometidos, respetando la diversidad cultural y de género. Orientados a la promoción, prevención y recuperación de la salud, para mejorar la calidad de vida y fomentar el autocuidado de sus usuarios (19).

Se espera que los resultados de esta investigación permitan explorar los activos para salud que los trabajadores (as) del CESFAM VMF identifican en su lugar de trabajo y como estos influyen en su vida diaria potenciando su bienestar. Por lo tanto, para esta investigación se espera que los activos para la salud emerjan desde la comunidad de trabajadores (as), considerándolos como propios por medio del reconocimiento, valoración y utilización por parte de la comunidad

de trabajadores y trabajadoras.

Esta información tributará a futuras intervenciones en promoción de la salud que pueden ser planificadas para mantener y reforzar aspectos que favorezcan la salud y bienestar o corregirlos.

Según lo expuesto se puede plantear que se desconocen los activos para la salud percibidos por los trabajadores (as) del CESFAM VMF, por lo cual surge la pregunta de investigación:

¿Cuáles son los activos para la salud laboral percibidos por los trabajadores (as) del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández, de la comuna de Concepción durante el año 2025?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Explorar los activos para la salud laboral percibidos por la comunidad de trabajadores (as) del CESFAM VMF, de la comuna de Concepción durante el año 2025.

Objetivos específicos:

- Identificar los activos para la salud laboral a nivel de la comunidad de trabajadores (as), que contribuyen a la promoción de la salud en el lugar de trabajo.
- Describir los activos para la salud laboral comunes para la comunidad de trabajadores (as).
- Clasificar los activos para la salud laboral comunes para la comunidad de trabajadores (as).

MARCO REFERENCIAL

La presente investigación se sustenta en base del “Modelo de Activos para la Salud Pública” (MASP) propuesto por Morgan y Ziglio, en el año 2011, (20,21) y que será el soporte teórico de la presente investigación. Se destaca que este modelo emerge de la Teoría salutogénica de Antonovsky propuesta en el año 1979 (20).

La Teoría salutogénica y el MAS, se alinean con la propuesta de empoderar a las personas y las comunidades para promover su salud y bienestar, considerando los factores personales y cognitivos que influyen en la toma de decisiones y comportamientos saludables.

La visión de Antonovsky, médico y sociólogo, estadounidense-israelí iniciador de la Teoría salutogénica propuesta hacia finales de los años setenta (20); quien acuñó el término “salutogénesis” que proviene del latín “salud” (salud) y el griego “génesis” (creación u origen), el cual se podría interpretar como “origen de la salud” (20). Esta interpretación permite a la vez formular la pregunta clave de esta teoría que es “¿cuáles son los orígenes de salud?”, para dar respuesta a esta interrogante se plantea que “los orígenes de la salud se encuentran en un sentido de coherencia” (20).

La teoría se enfoca en entender los factores y procesos que promueven la salud y el bienestar, en lugar de concentrarse en las causas de la enfermedad. Antonovsky sostenía que las personas tienen una capacidad innata para

mantener y mejorar su salud, incluso en condiciones adversas. Por lo tanto, en esta teoría se apuesta por una mayor participación de las personas y las comunidades en su bienestar, involucrando los recursos activos de que disponen tanto a nivel individual como colectivo. Generando así un enfoque de salud desde una aproximación positiva que se contrapone a la perspectiva patogénica (20).

Los conceptos clave de la teoría salutogénica

Incluyen recursos generales de resistencia (GRR) y sentido de coherencia (SOC), los cuales interactúan y se potencian mutuamente:

Recursos generales de resistencia (GRR):

Son “cualquier característica de la persona, el grupo o el entorno que puede facilitar una gestión eficaz de la tensión” (20). Estos recursos se clasifican en tres grandes grupos: el primero sería la adaptabilidad a nivel fisiológico, bioquímico, psicológico, cultural y social. El segundo, son los vínculos profundos con otros concretos e inmediatos. Y, finalmente el tercero son el compromiso y vínculos institucionalizados entre el individuo y la comunidad total (20).

Como ejemplo estos recursos pueden ser internos o externos a la persona, como lo son la identidad cultural, estrategias de afrontamiento, apoyo social, inteligencia y conocimiento, religión, recursos materiales, genética, entre otros (22).

En resumen, los GRR son todos los factores físicos, sociales, psicológicos que posee la persona, sumado a los vínculos y compromiso con otros como el grupo o la comunidad, los cuales contribuyen a afrontar de forma efectiva a los

estresores presentes en el diario vivir para así generar salud y bienestar. Por lo tanto, los GRR conducen a experiencias de vida que promueven el desarrollo de un fuerte SOC.

Sentido de Coherencia (SOC):

Es el concepto central en la teoría, el cual se define como una disposición global que refleja la forma en que las personas perciben y enfrentan las situaciones estresantes. Por ende, es la capacidad que facilita comprender toda la situación y utilizar los recursos disponibles, que permite generar el orden dentro del caos (23).

El SOC se forma por tres componentes interrelacionados (24):

1. Comprensibilidad (componente cognitivo): donde el individuo tiene la capacidad de comprender, interpretar y dar sentido a las situaciones compleja y cambiante de su vida y entorno.
2. Manejabilidad (componente de comportamiento): es la capacidad de identificar y movilizar los recursos y habilidades disponibles para enfrentar las demandas de la vida.
3. Significatividad (componente motivacional): es la fuerza motivadora, que otorga sentido a los desafíos que se presentan en el transcurso de la vida, desde el sentido emocional es una forma de ver la vida como algo que vale la pena vivir, proporcionando la fuerza motivadora: “lo que lleva a uno a buscar ordenar el mundo y transformarlo” (24).

Estas tres dimensiones del SOC se encuentran vinculadas e interrelacionadas

estrechamente, pero, para Antonovsky la significatividad es considerada como la más importante, ya que, al existir significado, se imponen estructuras y se buscan recursos, por tanto, se fortalecen los otros dos componentes (comprensibilidad y manejabilidad) (22).

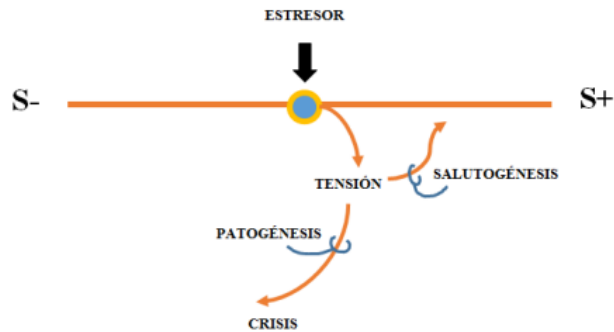
La teoría demuestra que el SOC y los diferentes GRR trabajan juntos en una interacción mutua. Planteando así que cuantos más GRR sean conscientes para las personas y que sean capaces de movilizar y utilizar, mayor será el SOC. Un SOC más alto, a su vez, ayudará a las personas a movilizar más GRR, lo que conducirá a una mejor salud y bienestar.

Salud y bienestar

Antonovsky define que la salud es parte de un ámbito más amplio de bienestar. La salud se entiende mejor como un continuo, rechazando así las categorías de enfermo o sano (20). Planteando que las personas se sitúan en una línea con dos extremos, entre la ausencia total de la salud (S-) y la salud total (S+) (Figura N°1). Sin embargo, se debe comprender que las personas pueden poseer componentes de salud y enfermedad, y no estar precisamente en los extremos (21). Más bien todos estamos ubicados en un continuo de bienestar/enfermedad desde el máximo de enfermedad hasta el máximo de bienestar. Por lo tanto, se plantea que el punto importante es centrarse en lo que mueve a un individuo hacia el polo de bienestar del continuo, independientemente de dónde se encuentre inicialmente siendo este el proceso de salutogénesis (20). Para lograr

este movimiento de un extremo a otro es necesario considerar como la principal variable el SOC.

Figura N°1: Continuo de Salud-Enfermedad de Antonovsky.



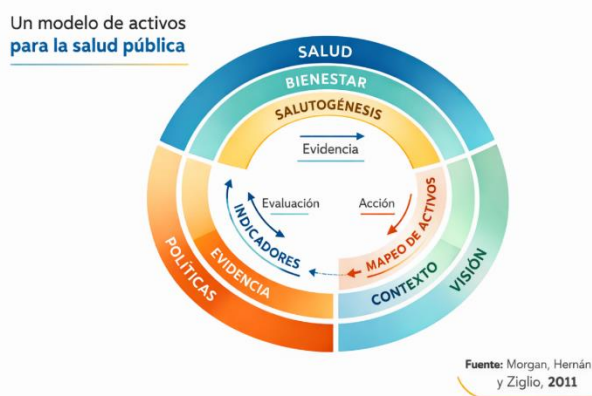
Fuente: Continuo de Salud-Enfermedad por Antonovsky. Adaptado de “Hitchhiker’s Guide to Salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion” por Lindström & Eriksson, 2010. Copyright Folkhälsan Research Center (22).

En resumen, es importante destacar que la teoría salutogénica no descarta la importancia de la medicina tradicional y la atención a la enfermedad, pero sí hace énfasis en la relevancia de promover activamente la salud y el bienestar, en las personas y comunidades, en lugar de simplemente prevenir la enfermedad.

Modelo de Activos para la Salud Pública (MASP)

El Modelo de Activos para la Salud Pública (MASP) es una propuesta que pretende revitalizar elementos relacionados con las acciones, las evidencias y las evaluaciones en promoción de salud y fue desarrollado por Morgan y Ziglio (21); este modelo tiene como fin acentuar la capacidad positiva para identificar problemas y activar soluciones, centrándose en potenciar los recursos salutogénicos que fomentan la autoestima y la capacidad de afrontamiento de los individuos y las comunidades, lo que a la larga conduce a una menor dependencia de los servicios profesionales (25,26). Por lo tanto, el MASP (figura N°2) pretende añadir valor a una serie de conceptos e ideas preexistentes que poseen el potencial de fomentar nociones de salud positivas.

Figura N°2: Modelo de Activos para la Salud Pública. Morgan, A., Hernán, M. (2011)



Fuente: Morgan A., Hernán M.. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. Rev. esp. sanid. penit.2013 (26).

El modelo utiliza un abordaje de la salud pública en tres fases:

La primera fase plantea la “identificación de los activos para la salud”, que se pueden definir como cualquier recurso que mejora la capacidad de los individuos, grupos, comunidades poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, los cuales ayudan a reducir las desigualdades en salud (21). Todos estos recursos son reconocidos por la comunidad como riqueza para mantener y mejorar su bienestar. Al mismo tiempo los recursos pueden actuar a nivel individual, familiar y/o comunitario y tienen como denominador común la capacidad de fortalecer la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud (5).

En esta fase el MASP establece que entre más posibilidades tenga alguien a lo largo de su vida de experimentar y acumular los efectos positivos de una serie de activos, mayores serán también las posibilidades de lograr los objetivos en salud (27). En términos salutogénicos, la adquisición de activos para la salud desarrolla el SOC necesario para que los individuos y los colectivos comprendan y gestionen el mundo en el que viven (28). Por lo tanto, aquellas personas con un mayor SOC son más capaces de tomar las decisiones correctas en términos de salud y de enfrentarse a las circunstancias más adversas.

En esta primera fase toda la evidencia conseguida contribuye a delinear la hoja de ruta de aquellos activos para la salud protectores, así como, un mejor entendimiento de cómo los activos identificados pueden integrarse para construir el camino hacia la consecución de resultados positivos. Los resultados obtenidos

de esta primera fase constituyen el punto de partida para la fase siguiente.

La segunda fase denominada “fase de acción” compone el terreno de experimentación para establecer si las hipótesis generadas durante la primera fase tienen sentido en la vida real. Para implementar esta fase es esencial fomentar la confianza y el respeto entre los profesionales y las personas a nivel local, lo cual se realiza mediante el “mapeo de activos para la salud”, que es una técnica que tiene un enfoque estratégico y participativo que sirve para identificar y visualizar los recursos, capacidades y fortalezas disponibles en una comunidad o contexto específico, con el propósito de promover la salud y el bienestar de las personas (28).

Esta metodología de “mapeo de activos” para la salud pone énfasis en reconocer los aspectos positivos y las oportunidades presentes en la comunidad, mediante un proceso colaborativo que involucra a miembros de la comunidad. Este proceso colaborativo consta de dos etapas claves que son la visibilización y movilización. En la primera etapa los colectivos tienen la oportunidad de establecer sus propias prioridades en salud y en la segunda se les proporciona el apoyo preciso para identificar y adquirir los activos necesarios para cumplir esa visión, estos activos pueden o no corresponderse con los previamente identificados en la primera fase (23). Este hecho es relevante, ya que, reconoce el proceso dinámico de la salud y que las poblaciones cambian con el tiempo, con nuevas exigencias, retos y oportunidades. El proceso reiterativo promovido por el MASP permite que el itinerario identificado en la primera fase se mantenga

actualizado.

Todo este proceso de mapeo de activos para la salud permite entonces recopilar información detallada sobre activos tangibles e intangibles, como instalaciones, redes sociales, habilidades individuales, organizaciones locales y recursos culturales (26). Por lo tanto, el mapeo de activos para la salud es importante puesto que potencia el empoderamiento de las comunidades al permitirles identificar y utilizar sus propios recursos para abordar desafíos de salud y promover el bienestar. Al enfocarse en las fortalezas y capacidades existentes, esta herramienta promueve una participación activa y un sentido de pertenencia, además de fomentar la colaboración y la cohesión comunitaria.

En resumen, el mapeo de activos para la salud es una estrategia poderosa para impulsar la promoción de la salud de manera sostenible y contextualizada, al permitir que las comunidades sean agentes activos en su propio proceso de mejora de la salud y calidad de vida (26). En esta investigación se propuso abordar los activos para la salud en una comunidad de trabajadores (as), un tema que ha sido poco abordado en investigaciones previas.

Finalmente, la tercera fase denominada de evidencia promueve un enfoque sistemático para documentar por qué las acciones participativas emprendidas en la segunda fase han tenido éxito. La evaluación es un elemento clave para el desarrollo de la fase de evidencia es necesaria para fortalecer el modelo y permite generar marcos de evaluación que contribuyen a asistir a los profesionales comprometidos con los colectivos locales para afrontar el cambio y

lograr resultados; garantizar que los resultados de las actividades emprendidas se correspondan con los recursos disponibles y con el tiempo invertido en las mismas y finalmente, para seleccionar los indicadores que reflejan las nociones positivas sobre salud y bienestar (26).

Esta fase pretende desmitificar la investigación por medio de la promoción de una mayor cooperación entre técnicos y participantes de forma que se asegure que el bagaje de un enfoque de activos para la salud adecuado pueda ser más aplicable y transferible. Un punto de partida para ello es concebir la evaluación a modo de narración, de tal forma que describa qué se ha realizado y cómo y por qué las acciones implicadas en el desarrollo de iniciativas pueden considerarse acertadas (26).

En síntesis, el MASP se centra en los factores de protección y promoción de la salud positiva para la creación de la salud más allá de la prevención de la enfermedad. A la vez que promueve un enfoque del curso vital para comprender los activos clave en cada fase “clave de la vida”, lo cual ayuda a reconstruir el conocimiento existente y a reunir nuevo conocimiento para facilitar a los legisladores y especialistas la promoción de enfoques positivos para la salud, el bienestar y el desarrollo (7).

MARCO EMPÍRICO

El mapeo de activos para la salud se puede realizar en diversas áreas de la comunidad; centro sanitario; asociación; institución local o a cualquier ciudadano/a, con el fin de promover la salud. Esta premisa se ve ejemplificado en la búsqueda bibliográfica realizada en tres bases de datos como Biblioteca virtual en salud (BVS), Pubmed y Web of Science, utilizando las palabras claves: Promoción de la salud, salud pública, activos para la salud y mapeo de activos, en español, inglés y portugués, se logró identificar una serie de estudios, a nivel internacional y nacional, que abordarán la temática de mapeo, que se expondrán a continuación:

A nivel internacional se identificó la siguiente literatura:

- Investigadores españoles en el año 2016, propusieron incorporar el MASP en programas, proyectos e intervenciones en promoción de la salud, por medio de la técnica de mapeo de activos para la salud en un territorio, desarrollado en diferentes comunidades autónomas de España. Dentro de estas comunidades se destacaron grupos de ciudadanos de un determinado barrio, personas de asociaciones "de" o que trabajan "con" población en situación de vulnerabilidad social (especialmente inmigrante y de etnia gitana) y población general, así como profesionales de diferentes sectores. También en mujeres adultas que acudieron a consultar al centro de salud, a la vez plantearon el mapeo comunitario en población infantil y juvenil para detectar, catalogar y compartir los activos de su

salud en su municipio. En todas estas comunidades el estudio planteó incorporar el modelo de activos para la salud con el fin de desarrollar e implementar intervenciones en políticas de salud que dieron respuesta a las necesidades de los ciudadanos, comunidades y/o instituciones. Demostrando así que la identificación de activos se puede realizar desde cualquier centro sanitario, asociación, institución local o cualquier ciudadano/a (21).

-También en España, 2022. Se desarrollo un estudio cuyo objetivo fue analizar las desigualdades de salud por medio de la adaptación metodológica y conceptual de la dinámica de mapeo de activos para la salud, para así lograr explorar los datos del conjunto de la población y finalmente utilizar los resultados en la toma de decisiones municipales. Este estudio fue realizado en un organismo autónomo llamado Dipsalut de la Diputación de Girona que es el encargado de dar cobertura a los 221 ayuntamientos, quienes en conjunto con la Universidad de Girona dieron inició a un programa piloto, que utilizó la dinámica de mapeo de activos, para elaborar planes municipales que incorporaron la perspectiva de promoción de la salud con una visión salutogénica, la participación comunitaria y los ejes de desigualdad social (edad, sexo, territorio, clase y etnia) . El estudio permitió concluir que el mapeo de activos se puede considerar como una buena herramienta, que debe incorporar la visión de la ciudadanía, puesto que permite identificar lo que la población considera como beneficioso para su bienestar, facilitando el diseño posterior de políticas. A la vez, hace posible el análisis con más profundidad de la relación entre percepción de la salud y espacio urbano(29).

-Investigadores colombianos en 2021, plantearon un estudio cualitativo, donde se realizó un mapa de activos comunitarios en un asentamiento informal de Medellín, con el objetivo de describir esa comunidad identificaba sus activos para la salud, los utiliza para hacer frente a los desafíos de la vida mediante la capacidad de agencia colectiva y generar procesos de desarrollo comunitario para así crear una estrategia de participación que profundizará en la situación de salud de la comunidad. El estudio obtuvo como resultado la identificación de 12 activos comunitarios individuales, 12 colectivos, 13 institucionales y 10 en el entorno, el principal activo comunitario descrito fue la participación comunitaria desde la capacidad de agencia, principalmente, desde sus líderes, quienes participaban en organizaciones propias que incentivaron el desarrollo, la construcción de identidad y el bienestar. Por lo tanto, el mapeo de activos para la salud permitió identificar activos intangibles para la comunidad, fue útil para fortalecer la capacidad de agencia y así promover su salud y bienestar lo cual les ayudo a crear un lugar más habitable y desarrollar una capacidad comunitaria para resolver sus propios problemas a través de la solidaridad y el apoyo comunitarios (30).

- En Argentina, 2022, un grupo de investigadores desarrollo un estudio cualitativo en el que plantearon implementar un modelo de activos en amplios territorios urbanos. Para lograr este objetivo desarrollaron y evaluaron estrategias de mapeo de recursos y activos en la ciudad de Buenos Aires. Para desarrollar el estudio, plantearon dos fases: en la primera, se identificaron los recursos con

entrevistas a informantes clave, en búsqueda de fuentes de información y relevamiento en terreno en algunos barrios piloto, y una segunda fase donde se realizó una campaña de comunicación masiva para difundir el mapa virtual colaborativo. Finalmente, plantearon una tercera fase donde se reforzó el trabajo comunitario en terreno en distintos barrios, logrando obtener para el estudio 1144 recursos y activos identificados, los cuales se agruparon en cinco categorías, que permitieron identificar las riquezas en los barrios. El estudio concluyó que la implementación de una estrategia de mapeo de activos para la salud con participación comunitaria en una gran ciudad es posible y a la vez replicable en otros contextos. También esta estrategia ayuda a optimizar los tiempos, recursos y alcances complementando acciones de participación comunitaria, y, sobre todo, en lugares donde el acceso al sistema de salud tradicional es un gran desafío. En resumen, los proyectos de mapeo de activos en las instituciones de salud contribuyen a generar lazos entre los sistemas de salud y la comunidad (31).

- En España, 2023, investigadores plantearon la aplicación del mapeo de activos para la salud en una comunidad urbana de Zaragoza conformada por 5 distritos, identificando recursos que favorecieron el bienestar de la población. El estudio tuvo como objetivo la búsqueda e identificación de estos activos con la participación de profesionales de salud y vecinos del barrio. Se utilizó una metodología descriptiva mediante una investigación mixta donde se analizaron los datos cuantitativos de las encuestas y fichas en una tabla de frecuencias, y los datos de carácter cualitativo, mediante el análisis de las opiniones expresadas

por las personas participantes encuestas y mapas comunitarios. Como resultado, se identificaron 57 activos para la salud, principalmente relacionados con actividad física, cultura, ocio y enfermedades crónicas. El estudio destacó la importancia de la participación comunitaria para fortalecer la prevención y promoción de la salud, demostrando que la colaboración ciudadana resulta clave para hacer este proceso de mapeo exitosos. El estudio concluyó que el mapeo de activos es una herramienta útil para mejorar las intervenciones en atención primaria y la salud comunitaria (32).

A nivel nacional se identificó la siguiente literatura:

-Investigadores chilenos, en el año 2022, plantaron un estudio cualitativo. El cual destacó que las Universidades Promotoras de Salud (UPS) aspiran a generar un ambiente de aprendizaje y cultura organizacional orientado a mejorar la salud y el bienestar de la comunidad, permitiendo que las personas alcancen su máximo potencial. Este estudio tuvo por objetivo explorar las propuestas de acción que contribuyeran a fortalecer activos en una comunidad universitaria chilena. La investigación fue conformada por 72 hombres y 77 mujeres estudiantes, trabajadores, jubilados y exestudiantes, con quienes realizaron mapeo de activos por medio de entrevistas individuales y grupos focales. Para, posteriormente, efectuar un análisis de contenido. Como resultado las propuestas fueron identificadas y agrupadas en las siguientes categorías: desarrollo de la participación e inclusión, promoción de la salud mental, mantenimiento y mejora de áreas verdes e infraestructura, y fortalecimiento del acceso a actividades

deportivas, culturales y de extensión universitaria. De este mapeo se destacó que las participantes mujeres valoraron la difusión de activos comunitarios y el cuidado de las personas y el entorno. En cambio, los hombres, el fortalecimiento del capital social, la docencia y la transferencia de conocimiento. Las propuestas de acción planteada por el estudio tienen una orientación colectiva que favorece el vínculo de las personas con su entorno y el desarrollo del sentido de comunidad. El estudio concluyó que el fortalecimiento de activos en una universidad puede ser parte de un proceso de reflexión mayor que impulse políticas institucionales salutogénicas. También evidenciaron que los resultados obtenidos manifiestan la necesidad de avanzar en el desarrollo de experiencias de promoción de la salud más allá del estilo de vida saludable en las UPS. Las propuestas de acción que emergen de este estudio apuntan al bienestar colectivo y al desarrollo del sentido de comunidad en la universidad. Estas acciones pueden reforzarse con la incorporación del enfoque de determinantes sociales de la salud y las sinergias entre la salutogénesis y el MASP (33).

De esta revisión de la literatura se logra concluir la importancia que tiene el mapeo de activos para la salud en los individuos, comunidades y/o instituciones, tanto a nivel internacional como nacional, como estrategia promotora de la salud, sin embargo, esta revisión permitió identificar, también, que en la actualidad son escasas las referencias relacionadas con el mapeo de activos en el área laboral, específicamente en comunidades de trabajadores.

Por lo tanto, esta será un área interesante de explorar, innovadora, puesto que la implementación de una estrategia de mapeo de activos para la salud con participación de trabajadores (as) permitirá abordar, desde una visión PSLT, la identificación de activos para la salud que emergen desde los trabajadores sanitarios, con el fin último de desarrollar e implementar posteriores intervenciones encaminadas a reforzar aspectos vinculados con la mejora de su salud y bienestar.

MARCO TEÓRICO FILOSÓFICO

Fenomenología Social de Schütz

Para responder a la pregunta de investigación se utilizó como marco teórico-filosófico, la Fenomenología Social de Alfred Schütz, la cual como filosofía y método permite comprender y ahondar en los fenómenos sociales por medio de las vivencias del ser humano en el mundo (34,35). Esta metodología es el resultado de un largo proceso de selección y adaptación de aspectos relevantes de las teorías de Husserl y Weber, para lo cual Schütz tuvo que realizar una continua articulación de los conceptos trabajados por estos dos filósofos teniendo como único propósito establecer los fundamentos de una sociología fenomenológica, generando, así, un contenido interrelacionado (36).

Schütz estudia las estructuras de la vida cotidiana buscando las experiencias del ser, captando la realidad social del individuo dentro de su mundo vida, el cual es un mundo compartido, intersubjetivo. A continuación, se explican brevemente los principales conceptos utilizados por Schütz

a) **Mundo de la vida cotidiana:** “Es el ámbito de la realidad” (37), es el lugar o escenario donde la persona actúa, a la vez que lo modifica; de esta forma, es “la escena de la acción social” (38). Por lo tanto, se refiere al ámbito en el que vivimos nuestras vidas cotidianas y experimentamos la realidad. Este espacio no es privado ni personal, porque en él también existen otras personas, de las que se asume poseen la misma conciencia, siendo así un mundo intersubjetivo, ya

que “se construye considerando al otro y en interacción con el otro” (39), este mundo de la vida es la base para comprender la realidad social y la interacción humana.

En la presente investigación, el mundo de la vida cotidiana, que menciona Schütz, será el mundo del trabajo donde no sólo interactúan los trabajadores (as) de la salud y sus jefaturas o empleadores, sino que, las condiciones de trabajo o ambiente laboral serán muy importantes y deberán ser exploradas.

b) Situación biográfica: Es la manera en cómo la persona se sitúa en el mundo cotidiano, producto de las formas culturales e históricas que lo preceden y transmiten sus padres. Es así, que se interpreta el mundo cotidiano en función de sus propias perspectivas y experiencias como lo son los “intereses, motivos, deseos, aspiraciones, compromisos religiosos e ideológicos (38)”. Por lo tanto, las experiencias pasadas moldean cómo percibimos y reaccionamos a las situaciones actuales.

c) Acervo de conocimiento: Está determinado por la situación biográfica y se entiende como el acúmulo de saberes procedente de sus vivencias, los que son transmitidos por los individuos que lo anteceden y le suceden estos le permiten entender, desenvolverse y dan significado a nuevas experiencias en el mundo de la vida de manera subjetiva (38).

d)

e) Intersubjetividad: El mundo de la vida es un espacio subjetivo, en cuanto se entrega significado a las cosas desde su situación biográfica y acervo de conocimiento. Sin embargo, se debe considerar que en este mundo existen otros que, de la misma forma, poseen su subjetividad. Por lo tanto, el mundo cotidiano es inminentemente intersubjetivo, debido a que, en la relación con otros, existe una vinculación de influencias y tareas comunes, logrando una comprensión del otro y el otro alcanza una comprensión del yo (38); se entiende entonces que la intersubjetividad se refiere a la comprensión y comunicación que se establece entre individuos dentro de un contexto social. Es así como “puede considerarse una precondition de la vida social y de la relación de convivencia (38)”. En resumen, la intersubjetividad se refiere a la capacidad de las personas para entenderse y comunicarse en un contexto social, compartiendo significados y construyendo una realidad a través de la interacción y la interpretación. Aunque cada individuo tiene una perspectiva única, la intersubjetividad permite que estas perspectivas se encuentren y se integren en un mundo de significado compartido. El levantamiento de información a través de grupos focales permitirá profundizar en esta intersubjetividad.

f) Acción social: Toda acción es consciente, en tanto implica una intencionalidad (39). Por lo tanto, la acción social establece que es la relación entre dos sujetos que van creando un significado subjetivo. En la medida en que los significados individuales van contextualizándose en la relación intersubjetiva, va configurándose un sentido social. En el espacio de trabajo el sentido social y

conciencia de comunidad es muy relevante.

g) Tipificación: Es un concepto clave que hace referencia al proceso mediante el cual las personas simplifican y categorizan su experiencia cotidiana para poder interactuar de manera efectiva en su mundo social. A través de la tipificación, las personas crean esquemas o tipos ideales que les permiten dar sentido a situaciones y acciones recurrentes. Las tipificaciones entonces son abstracciones mentales que resumen características comunes y relevantes de una situación o evento. Estas tipificaciones ayudan a las personas a predecir y anticipar comportamientos, a tomar decisiones y a actuar en función de las expectativas compartidas (39).

h) Motivo para: Referida a la motivación para proyectar un acto en el futuro (40).

i) Motivos por qué: Referido a las experiencias pasadas y presentes que explican el proyecto, entendido como el acto a futuro (40).

Entonces, para trabajar con la metodología de Schutz, se debe dar lectura y relectura de la transcripción del material que emergen de los grupos focales y del mapeo de activos, tratar de escuchar atenta y cuidadosamente el discurso de los sujetos en sus expresiones naturales, después continuar con el análisis de los datos transcritos en busca de convergencia de los "motivos para" y los "motivos porque".

El desarrollo de un sistema ordenado de los contenidos significativos implica varios pasos y exige una organización sistematizada la cual permitirá responder al objetivo del estudio y a la pregunta orientadora (36).

METODOLOGÍA

Esta investigación, es de abordaje cualitativo con enfoque fenomenológico basada en la perspectiva para el análisis de datos aplicando el enfoque EMIC y ETIC de la investigación cualitativa, las cuales se describen a continuación:

En la perspectiva EMIC se genera un contexto de interacción entre observador e informante, priorizando la explicación de los actores participantes o miembros de una cultura de como ellos ven el mundo, bajo su propia visión (41).

La perspectiva ETIC es la interpretación de las experiencias de los participantes, priorizando la conducta observable, esta interpretación la realizan personas ajenas a ellos, en este caso sería la investigadora (41).

Por lo tanto, para esta investigación el escenario o contexto es el CESFAM VMF de la comuna de Concepción, región del Bio-Bio, Chile, donde se buscó explorar los activos para la salud que los trabajadores (as) identificaran en su entorno laboral. Para ello esta investigación se realizó en un periodo comprendido desde abril del 2025 hasta diciembre del 2025.

Desde el enfoque EMIC se buscó explorar los activos para salud desde el punto de vista de sus participantes en este caso de las/los trabajadores (as) del CESFAM VMF; y desde el enfoque ETIC la investigadora se centró en la descripción de hechos observables, para, así poder descubrir el significado que estos participantes les otorgan a los activos para la salud en su ambiente laboral.

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO O ABORDAJE PRINCIPAL:

El tipo de estudio para esta investigación es de abordaje cualitativo descriptivo, con enfoque fenomenológico, para ello se basó en la fenomenología social de Alfred Schütz que estudia las estructuras de la vida cotidiana buscando las experiencias del ser, captando la realidad social del individuo dentro de su mundo-vida, el cual es un mundo compartido, intersubjetivo (36,37), puesto que se pretende comprender y describir ciertos fenómenos humanos. Para esta investigación se identificaron los activos para la salud percibidos por los trabajadores (as) del CESFAM VMF, los cuales emergieron desde la misma subjetividad de los individuos. También la investigación buscó comprender las experiencias y perspectivas de los trabajadores (as) en relación con los activos para la salud que influyeron en su bienestar y vislumbraron ubicándolos en un mapa de activos para la salud, utilizando las técnicas de grupos focales y de mapeo de activos.

Contexto: Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández.

El CESFAM VMF, se encuentra ubicado en la ciudad de Concepción y es dependiente del Servicio de Salud Concepción, posee una construcción que data del año 1976 (19).

Este centro de salud primario es el más grande y mejor equipado tanto en recursos físicos como humanos, se caracteriza por trabajar en red y en estrecha vinculación con la comunidad, por lo cual declaran estar comprometidos con la equidad en salud, la interculturalidad y la formación asistencial docente, contribuyendo al bienestar y desarrollo de la comunidad (19).

Este centro de salud atiende a una población de 40.000 personas, basándose en el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar y Comunitario, promoviendo la participación activa de las personas en el cuidado de su salud. Para ello cuenta con un equipo interdisciplinario de 370 funcionarios que abarcan los distintos estamentos tanto profesionales como no profesionales (médicos, odontólogos, matronas, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, kinesiólogos, nutricionistas, podólogos, oftalmólogo como administrativos); que trabajan de manera colaborativa con la comunidad, fortaleciendo la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el autocuidado, junto con garantizar la continuidad de la atención en recuperación y rehabilitación cuando es necesario (19).

En su organización interna (Anexo N°1 Organigrama institucional), se muestra como eje principal la Dirección, desde la cual se subdivide en secretaria dirección,

comités asesores, oficina de partes, equipo gestor y unidad de participación ciudadana de la cual se desprenden sus diferentes subunidades (19).

Posteriormente, se presentan las 2 principales subdirecciones (subdirección clínica y subdirección administrativa) de las cuales emergen las distintas unidades y departamentos respectivos que conforman el Centro de Salud Familiar (19).

Población

Trabajadores (as) del CESFAM VMF, de la comuna de Concepción. Está constituida por administrativos, auxiliares, bioquímicos, directivos, médicos, odontólogos, enfermeras, asistentes sociales, químicos farmacéuticos y técnicos (Tabla N°1), lo cual se conforma por un total de 370 trabajadores (as).

Tabla N°1: Categorías de trabajadores (as) del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández, 2025.

Categoría de trabajadores (as)	Población (número de trabajadores(as) según categoría)
Administrativos	36
Auxiliares	19
Médicos	32
Odontólogos	51

Profesionales no médicos: asistente social, educadora de párvulos, enfermera, kinesiólogo, matrona, nutricionista, psicólogo, técnicos universitarios, terapeuta ocupacional.	116
Químicos farmacéuticos	3
Técnicos	113
Total	370

Fuente: Datos obtenidos bajo la autorización del Dpto. Calidad de Vida Laboral, CESFAM VMF. 2025.

Estos trabajadores (as) a la vez se dividieron según su sexo obteniendo un total de 260 mujeres y 110 hombres.

El rango etario de estos trabajadores (as) fluctuó entre los 24 y 65 y más años, los cuales se detallan en la Tabla N°2.

Tabla N°2: Rango etario de trabajadores (as) del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández, 2025.

Rango etario	Número de trabajadores(as)
24 o menos años	3
25-34 años	81
35-44 años	135
45-54 años	94
55-59 años	25
60-64 años	18
65 y más años	14
Total	370

Fuente: Datos obtenidos bajo la autorización del Dpto. Calidad de Vida Laboral, CESFAM VMF. 2025.

La relación contractual de estos 370 trabajadores (as) con el CESFAM es por dos sistemas de contratos; contrata y planta. El primero, contrata es aquél de carácter transitorio que se consulta en la dotación de una institución (42), en el CESFAM actualmente posee un total de 269 trabajadores (as) con este sistema de contrato.

El segundo tipo de contrato planta, es el conjunto de cargos permanentes asignados por la ley a cada institución (42), el CESFAM cuenta con un total de 101 trabajadores (as).

Según los datos obtenidos, desde el Departamento de Calidad de Vida Laboral del CESFAM VMF, el índice de ausentismo de los funcionarios se relaciona directamente con la licencias médicas, algunas con una duración mayor a 6 meses , en los últimos 7 años a contar de 2019 este índice ha oscilado entre un 1.8 a un 3.28 (Tabla N°3), destacando que los meses de invierno junio a agosto son los con mayor ausentismo, seguidos los meses de octubre a diciembre, los cuales coinciden con fin de año, permitiendo deducir que el ausentismo es estacional.

Tabla N°3: Índice de ausentismo anual del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández, 2026.

AÑO/MES	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
ENERO	2,1	2,0	1,9	2,1	1,93	3,27	2,85	2,34
FEBRERO	1,8	2,2	1,6	1,8	2,34	3,66	2,51	2,44
MARZO	2,0	3,0	2,5	2,3	2,31	3,62	2,45	
ABRIL	1,6	2,5	2,3	1,6	1,81	3,51	2,64	
MAYO	1,4	2,0	2,4	2,2	2,36	3,29	2,81	
JUNIO	2,1	1,6	1,9	2	2,52	2,91	2,80	
JULIO	2,1	1,7	1,7	2,3	3,22	3,20	2,45	
AGOSTO	2,2	1,5	1,5	2,4	3,41	3,10	2,73	
SEPTIEMBRE	1,5	1,3	1,7	2,4	3,31	2,95	2,19	
OCTUBRE	2,0	1,0	1,6	3,2	3,25	3,34	2,33	
NOVIEMBRE	1,6	1,8	1,8	2,2	-	3,08	2,79	
DICIEMBRE	1,7	1,9	1,9	2,2	-	3,39	2,22	
TOTAL	22,1	22,5	22,8	26,7	-	39,3	30,77	
PROMEDIO	1,8	1,9	1,9	2,2	-	3,28	2,56	

Fuente: Datos obtenidos bajo la autorización del Dpto. Calidad de Vida Laboral, CESFAM VMF. 2026.

Entre otros datos de interés se encuentra el plan de fortalecimiento de clima laboral y riesgos psicosociales (43), del CESFAM VMF, publicado en el año 2019, el cual fue realizado por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) en el contexto de estudios de diagnósticos de clima organizacional, para ello se realizó una evaluación de los riesgos Psicosociales por medio de la aplicación del cuestionario ISTAS 21, el cual mide cinco dimensiones: Exigencias Psicológicas Cuantitativas; Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades; Apoyo Social en la Empresa y Calidad del Liderazgo; Compensaciones y Doble Presencia (43):

1. Exigencias psicológicas en el trabajo, significa que las exigencias sobre los trabajadores son elevadas, o que el esfuerzo que realizan es alto, pero también que las exigencias emocionales son elevadas. Hace referencia a cuando el trabajo requiere que se escondan sentimientos, callarse la opinión, tomar decisiones difíciles y de forma rápida, o excesivas demandas sensoriales (43).

2. Trabajo activo y desarrollo de habilidades, "Trabajo activo" es un trabajo donde es posible desarrollarse como persona, principalmente a través de la autonomía y las posibilidades de aprendizaje que tienen los trabajadores. En esencia se trata de la autonomía del trabajador (cuánto puede decidir sobre horarios, horarios, ritmo, métodos, variedad, iniciativa, calidad). Una alta prevalencia de personas "en rojo" puede significar que los trabajadores tienen escaso control sobre sus tareas, o que estas son irrelevantes, y por lo mismo son escasas las posibilidades de aprendizaje.

3. Apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo, esta dimensión evalúa principalmente el liderazgo y las relaciones con los compañeros de trabajo. Hace referencia a situaciones tales como cuando hay que trabajar aislado, sin apoyo de los superiores o compañeros (as), con las tareas mal definidas o sin la información adecuada y a tiempo (43).

4. Compensaciones, representa principalmente el reconocimiento que recibe el trabajador por el esfuerzo realizado, también mide la estabilidad del trabajo. Una alta prevalencia de personas "en rojo" puede significar que sienten escaso reconocimiento por su labor, o que su trabajo es inestable (43).

5. Doble presencia, representa las exigencias sincrónicas o simultáneas del ámbito laboral y familiar del trabajador/a. Una alta prevalencia de personas "en rojo" puede indicar que los/las trabajadores/as tienen exigencias incompatibles en los dos ámbitos (por ejemplo, por horarios de trabajo extensos o incompatibles) (43).

El cuestionario fue aplicado al 61% del número total de trabajadores (as). Los resultados indicaron que el CESFAM VMF evidencia niveles de riesgo bajo en todas las dimensiones: Exigencias psicológicas en el trabajo, Trabajo activo y desarrollo de habilidades, Apoyo social en la Empresa y calidad de liderazgo, Compensaciones y Doble presencia. Aunque no existe riesgo a nivel de establecimiento, el plan de mejora va dirigido a fortalecer el buen clima laboral a través de la ejecución de acciones que permitan prevenir situaciones y condiciones inherentes al trabajo y relacionadas al tipo de organización, al

contenido del trabajo y la ejecución de la tarea, y que tienen la capacidad de afectar, en forma positiva o negativa, el bienestar y la salud (física, psíquica de su rendimiento laboral, como también elementos negativos, constituyéndose en este caso en riesgos para la salud relacionados entre otros al ausentismo, la motivación y el desempeño (43).

UNIDAD DE ANÁLISIS

Trabajador o trabajadora que ejerce su labor en forma en el CESFAM VMF. Además, se entregará información diferenciada de los siguientes profesionales: bioquímicos, médicos, odontólogos y químicos farmacéuticos.

MUESTRA

Fue seleccionada desde de la comunidad de trabajadores (as) del CESFAM VMF, que accedieron a participar en el proyecto y que cumplieron con los criterios de selección ; hasta lograr la saturación de los datos la que se entiende como el punto en el que las personas participantes no aportan más información al tema estudiado, es decir, “cuando no emerge ya nada nuevo” (44).

Selección de los participantes se realizó a través de muestreo por conveniencia de participantes voluntarios. Para resguardar la participación de todos los trabajadores (as), en una primera instancia se tomó contacto con los directivos y encargados de Recursos Humanos del establecimiento, con quienes se realizó una reunión de presentación, en las dependencias del CESFAM, de aproximadamente 30 min e la que se les explicó en qué consistía el estudio cuales eran sus objetivos y cuál era el tipo de metodología a utilizar, para que estuvieran en conocimiento de cuál sería la participación de las personas interesadas . En una segunda instancia se realizó una nueva reunión también de 30 minutos aproximadamente, con los representantes gremiales de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (FENPRUS), Federación Nacional de Trabajadores de la Salud Pública (FENATS), Federación Nacional de Asociaciones de funcionarios Técnicos de los Servicios de Salud (FENTENSS); para sociabilizar la investigación, a la vez se les invitó a cada uno de los integrantes de estos gremios a participar de forma

voluntaria en una sesión de grupo focal junto con mapeo de activos, de 7 participantes , de 60 minutos de duración, que se desarrolló en una fecha posterior en el mismo CESFAM (durante el mes de octubre de 2025), los cuales fueron grabados en audio de cada sesión y se tomaron notas de campo; esta sesión fue también dirigida por la investigadora; el fin de esta sesión es que ellos fueran el grupo promotor. En esta reunión se hizo entrega de trípticos informativos para que los representantes gremiales repartieran a cada estamento de trabajadores (as) de cada departamento. Este tríptico contenía el título de la investigación, objetivos, se especificó que era de carácter voluntario, esta invitación contó también con los datos de la investigadora, para que los interesados en participar en el estudio se comunicaran vía correo y/o telefónicamente, a la vez este tríptico contenía un QR (que derivaría a un formulario Google forms), para que los interesados dejaran sus datos si requirieran ser contactados por la investigadora. En este primer contacto vía telefónica o correo electrónico, se explicó el estudio y se dio la instancia de aclarar dudas, se explicó en que constaba el grupo focal y el mapeo de activos, estos constaron de una sesión única de aproximadamente 60 minutos la cual se realizó en dependencias del CESFAM VMF, a la vez se explicó que se grabaría el audio de cada sesión y se tomarían notas de campo, posteriormente, a los interesados en participar se les informó los criterios de selección. Para llegar a los participantes también se utilizó como estrategia enviar un correo electrónico informativo, por medio de la encargada de la unidad de Bienestar y Calidad de

Vida del CESFAM, y a la vez se coordinó con la jefa de enfermeras quien se comunicaba con las jefaturas a cargo de los grupos para así ayudar a agilizar el proceso.

Una vez que cumplieron con estos criterios de inclusión fueron invitados a participar en el estudio, posteriormente se solicitó al CESFAM VMF, fijar una fecha y hora, según su disponibilidad, en la cual pudieran liberar a los y las participantes para realizar un grupo focal y mapeo de activos, durante la jornada laboral, para el desarrollo de estas sesiones el CESFAM facilitó como espacio físico tres áreas el auditorio, sala anexo y la “pérgola”, las cuales se utilizaron según la disponibilidad de los espacios, donde se contó con espacio tranquilo y privado para realizar dicha actividad.

Cada sesión de grupo focal junto con el mapeo de activos para la salud constó de 5 a 11 participantes, los cuales fueron separados según estamento al que pertenecían (profesionales médicos, profesionales no médicos, técnicos, administrativos y auxiliares) para que de esta forma cada grupo fuera representativo, cada uno de estos grupos fueron dirigidos por la investigadora, el número total de grupos dependió de cuando se logró la saturación teórica de las sesiones (generales sin diferenciar por estamentos) de grupo focal y de mapeo de activos para la salud , es decir, cuando se llegó a un punto en el cual la investigadora no encontró nuevos datos al analizar los relatos de las y los participantes, indicando que la cantidad de personas reclutadas fueran

suficientes para que emergieran categorías del fenómeno que se persiguió investigar y permitirá levantar las categorías en común entre estamentos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión

- Trabajadores (as) pertenecientes al equipo de planta del CESFAM VMF, de la comuna de Concepción, independiente del cargo.
- Trabajadores (as) que lleven al menos un año de contrato, ya sea contrata o titular con el CESFAM VMF.

Exclusión

- Trabajadores (as) con una licencia médica continua y/o discontinua superior a 6 meses.

PLAN DE LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

Para esta etapa se realizó la recolección de datos por medio de dos técnicas cualitativas de grupos focales seguido de aplicación de mapeo de activos para la salud, con el fin de abordar los objetivos previamente planteados.

El “mapeo de activos para la salud” se define como la identificación de las riquezas y los recursos de la comunidad de trabajadores (as) que generan salud entre sus integrantes a través de un proceso participativo y centrado en lo que los hace estar sanos (5,6). Este proceso tiene como fin obtener "la expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad, en la que interesa comprender la interacción entre las características individuales y familiares, los factores del medio social, cultural y ambiental, así como el papel de los servicios de salud y las políticas” (5).

Este proceso de mapeo se realizó en siete fases las cuales se describen a continuación (5).

Fase 1 Formación del grupo promotor

Para generar una intervención comunitaria basada en activos es útil conformar un “grupo promotor” (GP). Este GP, generalmente, estuvo formado por profesionales del ámbito de la salud, en esta investigación el representante del área de la salud fue la investigadora y de una parte de la comunidad de

trabajadores (as) del CESFAM VMF, en este caso fueron los integrantes de los gremios FENPRUS, FENATS, FENTENSS, con el fin de crear un proyecto común en su comunidad laboral (5).

Fase 2 Visión general de la salud de la comunidad laboral

Buscó otorgar una visión general de la comunidad laboral con la que se trabajó, sus necesidades y aquellas características de la salud del colectivo local. Para lograr aquello la investigadora realizó reuniones previas con los directivos, encargados de recursos humanos y los gremios del CESFAM VMF; a los gremios se les solicitó si alguno de ellos deseaba participar de forma voluntaria en una sesión de grupo focal junto con mapeo de activos, de 7 participantes, de 60 minutos de duración, que se desarrolló en una fecha posterior en el mismo CESFAM, la cual fue grabada en audio y se tomaron notas de campo; esta sesión fue también dirigida por la investigadora con el fin de conocer previamente el entorno físico, características demográficas, características socioeconómicas y la percepción de salud de la comunidad de trabajadores (as) a estudiar (5). Esta sesión fue considerada en la investigación final.

Fase 3 Planificación del mapeo

Esta fase fue esencial, por lo cual la investigadora planificó y delimitó el área a mapear, identificando los problemas o necesidades de salud, también se identificaron los informantes claves, los cuales son considerados como miembros

que conocen la comunidad o algún activo específico y a la vez son informantes que representaron a miembros minoritarios de la comunidad; dichos informantes claves emergieron desde los gremios de funcionarios y trabajadores (as) que conforman el GP de la comunidad de trabajadores (as) del CESFAM VMF. En esta fase se definió el alcance de los activos para la salud, se escogió la metodología de trabajo y los recursos (5).

Fase 4 Mapeo de activos

Posterior a la fase de planificación se realizó el mapeo de activos para la salud, para ello se definió la técnica a utilizar para la recogida de activos para la salud (5). Para esta investigación se aplicaron técnicas cualitativas de grupos focales y de mapeo de activos, el grupo final se constituyó por grupos de 5 a 11 participantes, los cuales fueron separados según estamento al que pertenecían (profesionales médicos, profesionales no médicos, técnicos, administrativos y auxiliares), estas técnicas se desarrollaron en una sesión única de 60 minutos, la cual se realizó en dependencias del CESFAM VMF, se le solicitó al CESFAM fijar una fecha y hora, según su disponibilidad, durante la jornada laboral en la cual liberaron a las y los participantes; estas 4 sesiones fueron dirigidas por la investigadora, se grabó el audio de cada sesión y se tomaron notas de campo.

-Grupos Focales:

Consta de una entrevista grupal dirigida por la moderadora, en este caso la investigadora, a través de un guion de temas o de entrevista. Buscó la interacción entre los y las participantes como método para generar información. El grupo estuvo constituido por un número limitado de personas (5 -11 participantes), un moderador que en este caso fue la investigadora (5).

El objetivo del grupo focal fue comprender los discursos de un determinado grupo social y obtener información de un tema en profundidad, sobre lo que las personas opinan y hacen, explorando los por qué y los cómo de sus opiniones y acciones (45,46).

Esta técnica permite la interacción entre los y las participantes, puesto que ellos hablan entre ellos libremente, se responden, se apoyan o discrepan. Esto permite, en poco tiempo, obtener mucha información y que esta sea más profunda, a la vez ayuda a la libertad de puntos de vista y capta información de la vida real en un ambiente que busca reflejar la experiencia social cotidiana (46).

Para el desarrollo de esta actividad primero se dio una breve introducción sobre el objetivo de la investigación. Posteriormente, se explicó nuevamente el concepto de activos para la salud. Posterior a esta explicación se realizaron las preguntas orientadoras ¿Cuáles son los elementos que te facilitan el bienestar en tu lugar de trabajo? si no lograban comprender cuales eran los elementos que facilitaban el bienestar se replanteaba la pregunta a ¿Cuáles son las personas,

grupos, lugares o situaciones que te facilitan el bienestar en tu lugar de trabajo?, posteriormente, se les permitió reflexionar, comentar y describir al grupo cuales eran los activos para la salud que ellos identificaron en su comunidad laboral, que contribuyen a la promoción de la salud en el “Lugar de Trabajo”. La investigadora guio al grupo durante esta conversación y permitió que cada uno de los participantes dieran su opinión y discutieran con el grupo sobre los activos para la salud identificados, una vez que todos tuvieron la posibilidad de participar, se continuó con el mapeo de activos.

-Mapeo de activos: Fue conformado por el mismo grupo de 5 a 11 participantes del grupo focal, donde una vez ellos lograron identificar estos activos para la salud se les permitió a los trabajadores (as) mediante el dialogo priorizar los activos para la salud que ellos encontraron que eran comunes en su lugar de trabajo, para ello se les pregunto: ¿Cómo priorizarían y ubicarían estos elementos que han nombrado durante esta sesión?; luego de esta acción el grupo de trabadores (as) seleccionó los principales activos para la salud, para ello debieron escribir los principales activos en unos “post it” que ellos priorizaran, luego pegarlos para poder así elaborar un mapa de activos para la salud; en esta etapa ellos se reunieron para cartografiar en una cartulina (mapa del CESFAM) de forma colectiva los activos identificados.

Una vez que los trabajadores (as) lograron reconocer los activos para la salud seleccionados se priorizaron.

Fase 5 Conexión entre activos y acción

En esta fase se pretendió explicar por qué el activo identificado tiene una clara relación con lo que potencia, mejora, mantiene o favorece la salud y el bienestar con relación a un asunto común que afecta a la comunidad de trabajadores (as) del CESFAM VMF. Por ello se hace necesaria, tras la fase de trabajo de campo, una vez lograda la saturación teórica y analizados los datos, la investigadora realizó una segunda reunión conjunta con el GP y voluntarios del grupo de trabajadores(as) que participaron en la investigación, en las dependencias del CESFAM VMF, de 30 minutos aproximadamente, para consensuar la inclusión de los activos para la salud previamente identificados y priorizados en el mapa (5).

Fase 6 Devolución a la comunidad y difusión de la información

En esta etapa se planteó usar la estrategia de difusión planificada de la información obtenida, para ello la difusión de la información fue compartida por medio de una reunión de difusión de 30 minutos en las dependencias del CESFAM VMF, con los trabajadores (as) de los distintos estamentos, incluyendo a participantes del proyecto, que desearon participar de esta instancia (5), para mantener la confidencialidad de los datos en esta etapa la información obtenida de la investigación fue entregada de manera general y no por estamento.

Fase 7 Recomendación comunitaria

El mapeo de activos para la salud es, además de un proceso mediante el cual se generaron nuevas alianzas; el inicio de un proceso de intervención comunitaria en el que es indispensable saber con qué cuenta la comunidad de trabajadores (as) para poder aprovechar las propias fortalezas.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

El análisis del contenido del mapeo de activos para la salud, obtenido de los grupos focales y del mapeo de activos, por medio de los registros de audio y de las notas de campo fueron transcritos. Todo esto se registró organizó y analizó, según la propuesta de Laurence Bardin (47). Esta consta de 4 etapas que se describen a continuación:

- a) Establecimiento de las categorías temáticas para el análisis: en esta fase se realizó la definición de las categorías temáticas que luego fueron objeto de análisis. En cada una de las categorías, se organizó la información presente en la unidad de análisis seleccionada, en relación con los objetivos previamente delineados en la investigación.
- b) Creación del sistema de codificación para evaluar las unidades de análisis: para esta fase se creó un sistema o manual de codificación destinado a valorar las unidades de análisis. Siendo así el objetivo de esta fase el registró de la información proveniente de las unidades de análisis de manera óptima y asignarla a las diversas categorías establecidas en la sección previa.
- c) Codificación de la data en las unidades de análisis: en esta etapa se generó la codificación de la información encontrada en las unidades de análisis, asignándole a cada una de las categorías previamente establecidas y siguiendo la escala de medida definida.

d) Deducciones y análisis de los datos: para esta fase se realizó las agrupaciones pertinentes de los datos recolectados como resultado del proceso investigativo. Teniendo como objetivo principal llevar a cabo un análisis descriptivo, que permitió obtener conclusiones adecuadas a los objetivos establecidos al inicio de la investigación.

Para apoyar este análisis se utilizó el Software para análisis cualitativo de datos Atlas.ti versión 23.

VALIDACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Se solicitó la validación de las preguntas orientadoras de investigación, que se utilizó en los grupos focales: ¿Cuáles son los elementos que te facilitan el bienestar en tu lugar de trabajo? si no lograban comprender cuales eran los elementos que facilitaban el bienestar se replanteaba la pregunta a: ¿Cuáles son las personas, grupos, lugares o situaciones que te facilitan el bienestar en tu lugar de trabajo?, y también la pregunta que se aplicó en el mapeo de activos: ¿Cómo priorizarían y ubicarían estos elementos que ha nombrado durante esta sesión?; las preguntas fueron presentadas de forma remota a un grupo de investigadores cualitativos expertos externos al proyecto pertenecientes a la Universidad de Concepción y Universidad de Girona (España), en una instancia previa al inicio de la investigación, una vez aprobadas las preguntas fueron utilizada en los grupos focales y en el mapeo de activos.

CRITERIOS DE CALIDAD DE LOS DATOS

Con el propósito de asegurar el rigor metodológico del estudio, la presente investigación siguió los criterios de calidad según Valle (48).

1. Credibilidad: para ello se realizó análisis de las entrevistas de los grupos focales, el mapeo de activos y las notas de campo, con el objetivo de triangular los datos. Los resultados conseguidos fueron mostrados a un grupo de investigadores(as) expertas(os) en análisis cualitativo para su evaluación y a los /las participantes con el objetivo de mostrarles los resultados obtenidos.

2. Transferibilidad: se cumplió el contexto en el que se desarrolló el estudio, por medio del método de selección de la muestra y sumado a los criterios de inclusión/exclusión, con el único propósito de asegurar que el fenómeno de que se deseaba estudiar fuera ser captado en su esencia.

3. Dependibilidad: Los registros digitales obtenidos de este proyecto, como grabaciones de las entrevistas y fueron protegidos y respaldados en un dispositivo (computadora personal de la investigadora), el cual es de uso exclusivo para este fin. También la documentación escrita como las notas de campo se mantendrán guardados en una oficina privada de la investigadora. Todo este material tanto físico como digital se mantendrá disposición por un periodo de 15 años (48).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto de investigación se realizó en conformidad con la Ley N° 20.120, del año 2006, sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohibición de la clonación humana; la Ley N° 20.584, la cual regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (CIOMS, 2017). Para el cumplimiento de los aspectos éticos, se consideraron las pautas éticas internacionales de investigación en salud propuestos por Emanuel (49):

1. Asociación colaborativa: Se adjunta carta de respaldo y de apoyo (Anexo N°2 y N°3) de la Dra. Vilma Razmilic Bonacic, Directora del CESFAM VMF. La asociación con el CESFAM VMF a la cual están adscritos los trabajadores (as) fue valiosa para el desarrollo de esta investigación. De modo que los resultados de este estudio permitieron explorar estrategias para mantener y/o mejorar la percepción de los activos para la salud de los trabajadores (as) lo cual ayudo a conocer e identificar áreas que generan salud y bienestar y otras, susceptibles de mejora e intervención para otorgar así un cuidado holístico y de calidad a comunidades de trabajadores (as) de la salud.

2. Valor científico o social: Existe evidencia que el mapeo de activos para la salud en la comunidad es una estrategia promotora de la salud, que permite generar, mantener el bienestar y fortalecer los mecanismos de seguimiento y mejorar la motivación, por lo tanto, es importante conocer la percepción de los trabajadores

(as) sobre los activos para la salud que ellos identifican, para así evidenciar las fortalezas que permitan potenciar su bienestar. La investigación propuesta se considera de gran valor y de carácter innovador puesto que tiene potencial para contribuir significativamente a la promoción de la salud en el contexto laboral de trabajadores (as) de la salud de un servicio de salud primario.

3. Validez científica: La investigadora siguió rigurosamente el método científico bajo la perspectiva cualitativa durante el transcurso de la investigación para evitar sesgos, errores y asegurar la solidez de los resultados. Para resguardar la participación y representatividad de todos los trabajadores (as) cada grupo focal y mapeo de activos para la salud fue separado según estamento al que pertenecían.

4. Selección equitativa de los participantes: Todos los trabajadores(as) del CESFAM VMF tuvieron la posibilidad a participar de forma voluntaria en la investigación. La muestra fue establecida para dar respuesta a la pregunta de investigación, para ello se establecieron los criterios de inclusión y exclusión; la forma de reclutamiento fue por medio de un tríptico que fue entregado y repartido por los gremios del CESFAM. Este tríptico contenía el título de la investigación, objetivos, se especificó que era de carácter voluntario, y esta invitación contó también con los datos de la investigadora, para que los interesados en participar del estudio se comunicaran vía correo y/o telefónicamente, a la vez este tríptico contenía un QR (que derivaría en un formulario Google forms), para que los

interesados dejaran sus datos si querían ser contactados por la investigadora; para resguardar la participación de todos los trabajadores (as) cada grupo focal y mapeo de activos fue separado según estamento al que pertenecían para que de esta forma cada grupo fuera representativo. Además de justificar que el estudio era necesario en la comunidad laboral, ya que, el hecho de que los equipos de trabajadores (as) dieran a conocer su percepción de los activos para la salud permitió identificar beneficios y a la vez visibilizar áreas susceptibles de mantención y/o mejora.

5. Proporción Riesgo-Beneficio: Para esta investigación el beneficio estimado fue mayor que los riesgos. El riesgo de participar en esta investigación fue mínimo y estuvo asociado a revivir hechos o experiencias negativas relacionadas con el ámbito laboral. Frente a estos riesgos la investigadora proporcionó los primeros auxilios psicológicos correspondientes a cada trabajador y trabajadora del CESFAM VMF que lo requiera, posteriormente, se sugirió a la persona solicitar una atención psicológica si esta última estima que lo requiere, según su sistema de salud ya sea este público como el Fondo nacional de salud (FONASA), o privado como las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Sin embargo, este riesgo no ocurrió por lo cual no fue necesario prestar los primeros auxilios. Por otra parte, los beneficios de la investigación pudieron dar un sentido de utilidad a la experiencia vivida por la persona, al contribuir al conocimiento que busca identificar sus activos para la salud.

6. Evaluación independiente: para garantizar a la comunidad de trabajadores (as) que los y las participantes fueran tratados de acuerdo con las normas éticas, se solicitó las respectivas evaluaciones al Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción y al Comité Ético Científico de la Dirección Servicio de Salud Concepción. A la vez se aplicaron los ajustes pertinentes en base a las observaciones de dichos comités. También se debe destacar que la investigación fue autofinanciada.

7. Respeto a las y los participantes: Se aseguró el anonimato de datos personales de los participantes de la investigación, los resultados de los grupo focales y de mapeo de activos fueron de carácter anónimo para mantener la confidencialidad de estos datos en la etapa de devolución a la comunidad y difusión la información obtenida fue entregada de manera general y no por estamento los datos generados de la investigación fueron almacenados bajo el sistema de encriptación en el computador personal de la investigadora y las notas de campo fueron almacenadas en una oficina privada de la investigadora, siendo la única que tendrá acceso a ellos, manejándolos de forma confidencial y anónima, empleándolo exclusivamente para los fines de esta investigación y posteriormente eliminándolos al cabo de 15 años. También, se les informó a los participantes sobre los riesgos y beneficios del estudio, se les indicó que podrían retirarse en cualquier momento sin ninguna clase de perjuicio. Como ya se

mencionó con anterioridad, para garantizar su bienestar se les ofrecieron los primeros auxilios psicológicos correspondientes y posteriormente, se sugirió a la persona solicitar una atención psicológica si esta última estimaba que lo requería, según su prestador de salud. Apoyos que durante la investigación no fueron requeridos.

8. Consentimiento informado: Fue entregado a los participantes para su lectura, se les dio unos minutos para aclarar dudas, se solicitó su firma en caso de aceptar o rechazar su participación, una vez que el participante aceptó formar parte de la investigación se continuó con las siguientes etapas, de este modo se aseguró la libertad y voluntariedad en su participación. El consentimiento fue diseñado en base a la ley n°20.120 sobre la investigación científica en seres humanos (Anexo N°4 y N°5).

RESULTADOS

En colaboración con los trabajadores(as) del CESFAM Víctor Manuel Fernández se realizaron 4 grupos focales seguido de la aplicación de sesiones de mapeo de activos para la salud, integradas por un total de 33 de funcionarios. Los participantes fueron dirigentes de los gremios FENPRUS, FENATS, FENTENSS, enfermeras(os), TENS y administrativos (Anexo N° 7).

Del total de participantes, un 78.7% eran mujeres (26 trabajadoras) y 21.2% eran hombres (7 trabajadores). Sus edades fluctuaban entre los 24 a 65 años.

Las sesiones de grupo focal y mapeo de activos para la salud tuvieron una duración de entre 45 min a 1 hora. En la sesión de mapeo se les permitió a los trabajadores (as) mediante el dialogo priorizar los activos para la salud que ellos encontraron que eran comunes en su lugar de trabajo, una vez que seleccionaron activos para la salud, los fueron escribiendo en unos “post it”, que adhirieron al cartografiar en una cartulina (mapa del CESFAM).

Posterior al análisis de los datos obtenidos tanto de los grupos focales como de mapeo de activos para la salud, emergieron cuatro grandes categorías, las cuales fueron priorizadas y consensuados en una reunión según los relatos de los trabajadores (as), estas categorías son: “Activos colectivos”, “Activos institucionales”, “Activos del entorno físico” y “Activos perdidos”, la cual se ha considerado una categoría emergente.

Cada categoría está compuesta por subcategorías y códigos, los

cuales se muestran en la siguiente tabla:

Tabla N°4: Categorías, subcategorías y códigos de activos para la salud del CESFAM VMF.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	CÓDIGOS
1. ACTIVOS COLECTIVOS	1.1 Miembros del equipo	1.1.1 Don Juanito
		1.1.2 Sra. Rosita
		1.1.3 Sra. Mónica
		1.1.4 Álvaro
		1.1.5 Dr. Marchant.
		1.1.6 Jefaturas
	1.2 Pacientes	
	1.3 Situaciones	1.3.1 Reuniones CESFAM
		1.3.2 Almuerzo
1.3.3 Cumpleaños		
2. ACTIVOS INSTITUCIONALES	2.1 Grupos	2.1.1 Junta de vecinos
		2.1.2 Equipos

		2.1.3 Talleres
2. ACTIVOS ENTORNO FÍSICO	3.1 Lugares	3.1.1 Casino 3.1.2 Sala cultural 3.1.3 Pérgola 3.1.4 Jardín de paliativos 3.1.5 Sala cuna
4.ACTIVOS PERDIDOS	4.1 Personas	4.1.1 Quienes jubilaron y/o fallecieron
	4.2 Actividades recreativas	

Fuente: Elaboración propia, marzo 2026.

Categoría 1: ACTIVOS COLECTIVOS

Durante el desarrollo de los grupos focales, las y los participantes identificaron, personas y situaciones que favorecían su bienestar laboral. Esta categoría está compuesta por las subcategorías “Miembros del equipo”, “pacientes” y “situaciones”,

1.1 Miembros del equipo:

En todos los grupos se mencionaron personas que eran parte del equipo de trabajo, que favorecían el bienestar de las y los trabajadores (as) del CESFAM.

Destacaron como códigos, personas como Don Juanito (guardia de seguridad), la señora Rosita (encargada del quiosco), señora Mónica (encargada del SOME infantil), Álvaro (enfermero) y Dr. Marchant (odontólogo).

1.1.1 Don Juanito

Don Juanito es guardia de una empresa externa y trabaja en la entrada del CESFAM desde antes de la pandemia (alrededor de 10 años), por lo que conoce a todos los funcionarios y diariamente las y los saluda por su nombre.

“...Don Juanito es el guardia y trabaja para una empresa externa, pero aun así él es como parte de nosotros ya sentimos que es parte del CESFAM. De hecho, han cambiado esta empresa externa y él renuncia y se cambia dentro de la misma empresa y siempre está adelante, entonces él nos ayudaba bastante porque va guiando a la gente, nos va orientando a las personas...” Orador 1 (grupo 2)

“...Don Juanito que es el guardia estrella que nos conoce a todos...” Orador 1 (grupo 2)

“...O sea se sabe nuestros nombres es el guardia que nos saluda, dice tal, se aprende tu nombre...” Orador 3 (grupo 2)

“...Y que sabe cómo estamos ... y dice y usted que no la he visto ...” Orador 5
(grupo 2)

“...A pesar de que no son como ...decir... funcionarios del CESFAM. Igual son importantes porque llevan años y por ejemplo Don Juanito maneja muy bien la información... a pesar de todo...” Orador 1 (grupo 4)

1.1.2 Señora Rosita

Sra. Rosita atiende el quiosco que se ubica dentro del establecimiento y vende desayunos y otros alimentos a funcionarios y pacientes. Los relatos la describen como una persona amable, conoce sus gustos e, incluso, ha establecido una forma eficaz de comunicarse a través de WhatsApp, lo cual les permite solicitar alimentos mientras se encuentran en sus actividades.

“...A la señora Rosita del quiosco, ¿es la persona que atiende, ella es como parte del CESFAM, que nos conoce y que ella sabe cosita y ya sabe qué es lo que a uno le gusta y nos prepara el sándwich? Exacto...” Orador 6 (grupo 2)

“...Es una gran ayuda. Y también la señora Rosita... (pausa) porque ella varias veces nos da facilidades... nosotros a veces ahí fila y fila y ella nos dice pídanme por WhatsApp nos de esa facilidad ... yo no lo he usado nunca pero el hecho de que nos digan eso da como seguridad ... porque nosotros en ventanilla siempre andamos corriendo ...” Orador 5 (grupo 4)

“...El quiosco... que atiende por dos partes... por la parte de los usuarios y por parte de los funcionarios. Es una ventanita en donde la tía nos da café nos vende pancito. ...” Orador 3 (grupo 4)

1.1.3 Señora Mónica

La TENS encargada del SOME infantil, tiene gran experiencia, por lo que es reconocida como un apoyo fundamental en la gestión de la atención de pacientes infantiles.

“...Sí, la señora Moni es la TENS de allá de SOME...es de control sano. Y en realidad la señora Mónica nos salva un montón. Y la Boni igual ... que son dos funcionarias de SOME que son ...aparte que las agendas, cuando uno tiene dudas en niño le pregunta a la señora Mónica, de repente uno se quiere conseguir no sé una hora para un paciente y va donde la señora Mónica. Entonces yo creo que ella es un activo para todas, porque más encima se peina perfecto en todas

las cosas. De hecho, va a jubilar, no sé qué vamos a hacer...” Orador 2 (grupo2)

“...Las que hacemos extensiones, ella igual se queda en las extensiones y siempre te salva...” Orador 3 (grupo2)

“...Si en todo, es que ella es una funcionaria antigua y que siempre ha sido bien comprometida en su trabajo. Entonces es una persona que uno confía en un 100% en todo.

Y, De hecho, cuando uno recién llega como alumna como interna siempre nos ayuda...” Orador 5 (grupo2)

1.1.4 Enfermero (Álvaro).

Enfermero a cargo del programa de calidad, tiene su oficina en el primer piso del CESFAM, todas sus colegas recurren a él para resolver sus dudas ya que dicen que lo sabe todo, lo consideran un activo importante.

“...Alvarito es un buen activo para nosotros. Si, siempre nos resuelve dudas...”

Orador 3 (grupo 2)

“...Alvarito...es nuestro y es importante. Todo al Álvaro, porque uno le pregunta lo que sea... Si, lo sabe todo...” Orador 1 (grupo 2)

“...Si la oficina del Álvaro... es que uno va ahí a resolver las dudas es como Álvaro necesito ayuda... entonces ahí busca la información.” Orador 6 (grupo 2)

1.1.5 Dr. Marchant

Odontólogo del CESFAM, que lleva años trabajando con los equipos. Ha realizado controles a todos los hijos de los y las colegas, se refieren a él como alguien comprometido y proactivo.

“...Él es el odontólogo que va a los domicilios entonces. Nos trae nuestra educación, igual nosotros le pedimos a todos los profesionales saquen la educación a los postrados y él es único que llega con las educaciones...” Orador 1 (grupo 2)

“...Lo que pasa es que él es una persona bastante proactiva, es como dinámico, es eléctrico, sí es super comprometido...” Orador 5 (grupo 2)

“... Yo creo que Albert te ha visto todos los hijos de funcionarios que tiene este CESFAM...Siempre tiene buena voluntad...” Orador 3 (grupo 2)

1.1.6 Jefaturas

A cargo de cada grupo de funcionarios, algunas destacan y son nombradas activos por sus trabajadores (as) como personas con características de flexibilidad, comprensión y seguridad, algunos son nombrados durante los grupos focales y otros en el mapeo de activos.

“...Bueno dentro de mi unidad yo también puedo destacar a nuestra jefatura, en lo personal por el tema cuando uno pide permiso ... es una jefa muy flexible... En lo personal puedo decir y lo que he visto también con mis colegas. Puedo decir que ella siempre tiene una buena disposición para los permisos. Eso igual es bueno para nosotros) ...” Orador 3 (grupo 4)

“... Es valioso, porque nos da esa seguridad, por ejemplo, cuando no podemos ir a la casa esa presión psicológica de que un hijo está enfermo no sé, eso es un gran apoyo emocional para nosotros, tener esa jefatura que, de esa flexibilidad, entonces eso facilita...” Orador 5 (grupo 4)

“...Es accesible. Como cualquier cosa uno puede comunicarse ...” Orador 1 (grupo 4)

“...Sii pu los compañeros de trabajo, la jefatura que se llevan bien...” Orador 2 (grupo 3)

1.2 Pacientes

Esta subcategoría menciona la relación de los funcionarios con los pacientes como agentes que favorecen el bienestar, se refirieren a ellos como amigos, que ya los conocen, a la vez explican el compromiso con ellos y como la atención con los pacientes les genera satisfacción en su trabajo.

“...El tema está en que por cultura acá el funcionario lo que prima es la atención al usuario. Si quiere que él logre tener su operación que salga bien de acá, que llegue a mejorar...” Orador 2 (grupo 1)

“...Es que atender un paciente es grato ir a verlos, se alegran con uno, le ofrecen cosas ... quiere un cafecito ... y que les den las gracias ...uno queda satisfecho ...” Orador 10 (grupo 3)

“...Para los que nos repetimos los pacientes constantemente ya no son pacientes, son amigos... Bueno, yo creo que en todos los sectores nos tocan pacientes que son de extrema pobreza, y sabemos cuándo comen y cuando no comen... entonces sabemos su vida ... que paso, porque está aquí. Es grato a veces, pero también a la vez penoso...” Orador 8 (grupo 3)

“...uno es parte ya como de la familia de los pacientes ...” Orador 5 (grupo 3)

1.3 Situaciones

Otra subcategoría dentro de los activos colectivos, destacan una serie de situaciones que son consideradas por los diferentes grupos, dentro de las cuales están los códigos “Reuniones CESFAM”, “aniversario”, “almuerzo” y “cumpleaños”.

1.2.1 Reuniones CESFAM

Los momentos de reunión son consideradas por los trabajadores (as) como instancias en las que pueden desarrollarse en otros espacios o contextos fuera de su ambiente cotidiano lo que les permite hacer más ameno el ejercicio de su trabajo.

“...La salida con los sectores, eso también es cuidado. Qué son una vez al año. Se hace la reunión fuera del CESFAM...” Orador 3 (grupo 2)

“...Se hace igual la reunión, pero uno puede ir a un restaurant... otra parte... eso ya es otro espacio y eso se agradece.” Orador 1 (grupo 2)

“...Los viernes, estos espacios. Porque es bueno se crea el espacio para poder hacer este tipo de reuniones, entonces si no tendríamos que hacerlo quitando los

horarios de alimentación...” Orador 7 (grupo 2)

“...En esas reuniones, por lo menos nosotros, no sé si todos los sectores, pero siempre hay una persona que tiene que llevar algo para compartir, entonces se nos hace una reunión más amigable ...” Orador 8 (grupo 2)

“...Por ejemplo a fin de año en navidad siempre hacemos el amigo secreto. Somos poquitos, pero esa instancia. En navidad armamos un pinito pequeño...” Orador 2 (grupo 3)

1.2.2 Almuerzo

Otro código nombrado por los grupos, hacen referencia que el CESFAM les ofrece el almuerzo durante la semana y tienen un día con comida especial (mejorada) que son todos los viernes, generando para ellos una instancia que les facilita su labor.

“...Yo creo que el hecho de que nos den la alimentación es un gran peso que nos quitan de encima, ósea en traer la comida en donde calentar, que nos den el almuerzo y tener el espacio físico. eso bueno...” Orador 5 (grupo 2)

“El casino, que nos dan el almuerzo diariamente...los viernes...comida especial más rica” Orador 1 (grupo 3)

“...Yo quede sorprendida con la comida aquí porque a nosotros no nos daban, no teníamos jugo, sopa ni pan a veces porque en el hospital no hay nada...”
Orador 9 (grupo 3)

“...la colación es de lunes a viernes, pero los viernes son mejoradas...” Orador 2
(grupo 4)

“...La comida es más rica en general... sí... (pausa) salen tallarines, arroz... las papas siempre las hacen de forma especial...” Orador 5 (grupo 4)

“...Es bastante más cómodo para cualquier persona que trabaje tener la colación en la pega ... por ejemplo, yo conozco harta gente que por no tener este beneficio tiene que andar trayendo comida todos los días. Por ejemplo, para mi es re fome andar trayendo la comida todos los días, calentar ... en cambio a aquí uno llega y servido en bandeja ...” Orador 1 (grupo 4)

1.2.3 Cumpleaños

Dentro de las situaciones también destaca el código de cumpleaños, el cual es una instancia que les permite a los funcionarios (as) generar un momento de reconocimiento entre colegas, la forma de celebración depende de la organización interna de cada estamento.

“...Porque en la oficina se da esto de que somos pocos y se celebran los cumpleaños...” Orador 1 (grupo 1)

“...Es que siempre a fin de año ... por ejemplo acá siempre celebramos cumpleaños...” Orador 2 (grupo 3)

“...Por ejemplo nuestro SOME es chiquitito y también organizamos los cumpleaños del mes. Y yo lo encuentro que es genial, porque da esa facilidad de que, aunque el espacio es chiquitito... (pausa) que bajamos, corremos, comemos y aunque una que lleve el queque o el sándwich que hacemos ... es genial. Yo casi nunca bajo, pero es rico sentirse considerado... y que las chiquillas están sirviéndose algo rico... aunque sean unos minutos...” Orador 5 (grupo 4)

Categoría 2: ACTIVOS INSTITUCIONALES

En esta categoría los trabajadores (as) reconocen e identifican una serie de agrupaciones de personas que ellos consideran que les generan bienestar y que

fortalecen sus lazos durante sus labores, las cuales quedaron plasmadas en la subcategoría grupos.

2.1 Grupos

Los trabajadores(ras) durante la sesión destacaron como activos una serie de grupos pertenecientes a su institución entre los cuales encontramos “Junta de vecinos”, “Equipos de trabajo” y “talleres”.

2.1.1 Juntas de vecinos

Son organizaciones comunitarias pertenecientes a los respectivos sectores del CESFAM, los trabajadores (as) destacan en ellas el gran apoyo recibido para organizar la comunidad y la proactividad de sus miembros.

“...Para mí. Que yo soy coordinadora de sector, para mí un activo son las juntas de vecinos. Mi Junta de vecinos las que pertenecen a mi sector, son super salvadoras, entonces como que yo de repente que necesito algo y siempre hay alguno de los vecinos, que esta para ayudar...” Orador 1 (grupo 2)

“...Son juntas de vecinos que son súper comprometidas y siempre cuando hay que hacer alguna actividad en el CESFAM siempre se destacan porque vienen y participan...” Orador 2 (grupo 2)

2.1.2 Equipos

Cada uno de los grupos logró identificar que sus propios equipos de trabajo eran activos en sí mismos, refirieron que cada uno de ellos ya se conocen y ha generado lazos laborales y de amistad.

“... Y que estamos generalmente las 3 juntos, estamos en la misma oficina y nos hemos como afiatado. Nos hemos aprendido a conocer y nos llevamos súper bien. Entonces los chiquillos son como contención. Y nos reímos y también con obviamente igual nosotros todo lo que tenemos que resolver y son cosas importantes, pero también está este minuto de relajo es que tú puedes hablar de otras cosas y eso te da también la libertad o el espacio de poder avanzar...”

Orador 3 (grupo 1)

“...En mi caso particular en mi lugar de trabajo. Antes vida sana ahora en la oficina de FENPRUSS. Esos son lugares son como lugar de refugio, de espacio seguro...” Orador 2 (grupo 1)

“...Mi grupo prácticamente desde que llegué es el mismo, yo llevo acá como 18 años, entonces igual los lazos obviamente son distintos, se ha ido incorporando más gente y todo con los años...” Orador 4 (grupo 1)

“...Claro, porque yo creo que todas, si bien nos apoyamos entre todos, entonces tenemos ya un vínculo, una relación, entonces es un activo que siempre está. O sea, falta una persona, claro, se siente ese vacío de esa persona ...” Orador 4 (grupo 2)

“...Siempre hay alguien que nos va a ayudar, independiente de que no sea tu programa...pero siempre entre todos tratamos de ir y de ayudar... Mi equipo, mi equipo de sector, también para mi es un activo...” Orador 1 (grupo 2)

“...Como decían las chiquillas, el equipo de trabajo. Pero, obviamente siempre van a haber diferencias. Entonces ...lamentablemente, se pueden hacer grupos, pero por afinidad. Pero igual eso también te hace un entorno agradable. Y después a veces hay situaciones en que uno sale del trabajo y de repente uno puede compartir fuera...” Orador 3 (grupo 3)

“...En realidad para mí... en lo personal... (pausa) me gusta harto la convivencia que tenemos del equipo... en mi área trabajo en mi espacio, que es SOME central, encuentro que tenemos una super buena convivencia, eso igual es un agrado cuando uno viene a trabajar. Hay buena onda... a veces tiramos tallas, a veces cuando escuchamos música, entonces igual uno trabaja, pero también... (pausa) se hace una vida social agradable. Porque, finalmente... uno pasa más tiempo acá que en la casa...” Orador 3 (grupo 4)

“...En mi caso mi equipo de trabajo ... yo trabajo en el área de interconsulta somos 3, y somos un apoyo uno para el otro, tenemos buena comunicación ...hay respaldo...” Orador 4 (grupo 4)

2.1.3 Talleres

Los talleres son una serie de actividades de autocuidado organizadas por el departamento de bienestar, para mejorar la calidad de vida de sus trabajadores(as) entre ellas destacaron coro, arte terapia entre otros.

“Los talleres igual que hacen por bienestar. Que ahora hay de cerámica de arteterapia...” Orador 2 (grupo 2)

“...Y lo otro que les trajeron ... acupuntura, los masajes, las limpiezas faciales ... eso es bienestar...” Orador 10 (grupo 3)

“...Si por bienestar tenemos varios ...actualmente tenemos varios talleres en que podemos participar...” Orador 1(grupo 4)

“...Y los talleres son de diferentes áreas, ahí como área deportiva, de arte, de relajación...” Orador 3 (grupo 4)

Categoría 3: ACTIVOS DEL ENTORNO FÍSICO

Los trabajadores (as) identificaron una serie de espacios físicos que permiten ayudar a las labores del día a día y que a la vez son espacios de esparcimiento para los funcionarios que les permite la conexión con sus compañeros y la naturaleza como lo son el casino, la pérgola y el jardín de palíativos.

3.1 Lugares

En esta subcategoría emergen una serie de espacios físico, identificados por los funcionarios tanto en el grupo focal como en el mapeo de activos.

3.1.1 Casino

Espacio físico donde los funcionarios se reúnen para almorzar, el cual identifican como un activo por ser también un punto de reunión entre ellos.

“...El casino ...aparte te encuentras con colegas con los que no están durante una jornada. Ahí se cuentan, lo contamos todo. Entonces ves amigos que durante la mañana no ves...” Orador 3 (grupo 1)

“...Uno conversa un ratito, mientras que una espera...” Orador 1 (grupo 1)

“...El casino que nos dan el almuerzo diariamente...” Orador 1 (grupo 3)

“...Lo que me gusta en el casino por ejemplo la comida, el espacio todo...” Orador 2 (grupo 3)

3.1.2 Sala cultural

Es una sala pequeña que se ocupa en el primer piso del CESFAM, en la cual se reúnen a la hora del desayuno y para los cumpleaños.

“...Como lo que sea en la en la sala cultural, igual por la mañana, cuando va la gente a comprar y se hace la fila y se juntan de diferentes unidades, igual será como ese esa dinámica...” Orador 2 (grupo 1)

“...Y nuestra sala cultural ... que esa esta adentro esa ya la usamos más en invierno...” Orador 5 (grupo 4)

“...la sala cultural no se si ya la nombraron. No está dentro de SOME, pero esta al ladito y como que conecta con el quiosco... que atiende por dos partes... por la parte de los usuarios y por parte de los funcionarios. Es una ventanita en donde la tía nos da café nos vende pancito. Y ese espacio cerrado es como agradable porque ahí es donde nosotros podemos hacer nuestro break ...” Orador 3 (grupo 4)

3.1.3 Pérgola

Espacio físico que se encuentra al aire libre en exterior del CESFAM, cuenta con mesas, sillas, árboles. Muchos de ellos refieren que es un espacio que le permite desconectarse del trabajo y conectar con la naturaleza.

“...Por ejemplo, la pérgola se ocupa para ir a almorzar...” Orador 5 (grupo 1)

“...Y la pérgola que en esta fecha es más agradable, entonces un día puedes comer al aire libre y tener un poquito de esparcimiento y comer en el pastito, en las banquitas...” Orador 5 (grupo 2)

“... Los espacios que hay acá como este mismo, porque no todos los hospitales tienen por ejemplo la pérgola. Donde uno puede tomar solcito, son espacios más cómodos...” Orador 3 (grupo 3)

“...Yo siento que todos los espacios que son así como al aire libre son maravillosos porque otros CESFAM no lo tienen...” Orador 2 (grupo 4)

3.1.4 Jardín de paliativos

Es un jardín exterior pequeño, el cual comentan se remodeló hace poco, también lo consideran un espacio de desconexión.

“...Es un espacio al aire libre para no estar tan encerrados...” Orador 3 (grupo 1)

“...En general todas nuestras áreas libres, son bonitas, o sea hay un moai. Por alrededor está un jardín que hicieron de cuidados paliativos, que esta super bonito igual...” Orador 8 (grupo 2)

“...Si porque uno toma solcito ... es tan lindo porque tiene arbolitos...y hace poco lo remodelaron...” Orador 1 (grupo 4)

3.1.5 Sala cuna

Es un lugar donde los funcionarios con hijos pequeños los pueden dejar mientras trabajan, es un beneficio que les otorga el CESFAM.

“...Lo otro bueno que tiene acá este consultorio es acá la sala cuna...” Orador 1
(grupo 3)

“...Si la sala cuna también sería un activo... uno ve cómo van con los bebés en la mañana, que es un beneficio para los papás o mamás que trabajan aquí...”
Orador 2 (grupo 4)

Categoría 4: CATEGORÍA EMERGENTE ACTIVOS PERDIDOS

En esta categoría emergen una serie de activos que no se esperaban encontrar, los cuales se subdividen en subcategorías personas y actividades recreativas, los trabajadores(ras) identifican personas que no están actualmente en la institución, pero que aún representan un activo para ellos y una serie de actividades recreativas que ya se dejaron de realizar, las cuales esperan recuperar.

4.1 Personas

4.1.1 Quienes se jubilaron o fallecieron

En este código emergen una serie de nombres de personas que ya no forman

parte de la institución ya sea porque jubilaron o fallecieron, sin embargo, para ellos simbolizan activos que aún recuerdan y atesoran destacando sus labores y actitudes positivas mientras ejercieron cargos dentro del CESFAM:

“...Antes, la señora Jessica también, la persona que estaba antes en bienestar. Ella era sequísima. Se sabía el nombre de todos y cada uno de los funcionarios que andaba por aquí y sabía todo perfecto, una pregunta por cualquier cosa y ella todo lo manejaba y todo lo hacía. Tenía un montón de funciones como lo hacía, no lo hacía la Jessica, la señora Jessica era un súper activo que teníamos. Que bueno jubiló...está siendo feliz...” Orador 1 (grupo 2)

“...Y si es dirigente que hace poco falleció el fin de semana, don José, que era el presidente de la junta de vecinos de todos, no lo despedimos aquí en la entrada todos con globitos...” Orador 8 (grupo 2)

“...Y el chofer del móvil que era muy amable que falleció...él fue nuestro activo...”
orador 6 (grupo 2)

4.2 Actividades recreativas

Se mencionan actividades recreativas como aniversarios, salidas a lugares fuera de la institución que antes se realizaban tanto por estamento como para funcionarios en general, las cuales se perdieron debido a hechos externos como la pandemia y al cambio de algunas dinámicas internas del CESFAM VMF, los trabajadores (as) mencionaron que sería interesante recuperar, ya que, les permitía mejorar su autocuidado.

“...El aniversario también, que ha sido pelea porque el aniversario es ahora la mitad de las actividades que se hacían antes. Ahora tenemos solo una hora al día de 4 a 5, pero no hay bloqueo de agenda... Antes era mediodía entonces, si no te bloquean la agenda ¿cómo pueden participar? ...” Orador 3 (grupo 1)

“...Es que igual hubo problemas con el tema de la corporación, porque antes aportaba todos los años una cantidad de plata importante para el desarrollo de la actividad con los funcionarios como el aniversario... Por lo tanto, los recursos que aportan para la actividad de los funcionarios disminuyeron de tal manera y eso y eso ha afectado porque la calidad de las mismas actividades es pese a que salen igual, la calidad cambió totalmente...” Orador 2 (grupo 1)

“...Lo que ocurre, que es tanta la demanda usuaria. Que no te permite ir a esas actividades. Antiguamente bienestar tenía el por grupito, el que iba al spa camino al agua y alguna otra actividad de autocuidado. No nos reuníamos y trabajaba el tema y eso ya también se fue perdiendo...” Orador 5 (grupo 1)

“...Yo creo que quizá la gente que se fue que eran las antiguas, no le dejaron las herramientas para que ella pudiera seguir. Lo que la chica, que la profesional que está ahí en este momento ella ha recopilado de nosotros en alguno y ha podido tratar de llegar, pero los convenios y todo eso seguramente no, no tienen los contactos, la forma de llegar. Entonces hay hartos factores que si tú lo llevas finalmente somos nosotros los perjudicados, el usuario, digamos el interno...”

Orador 5 (grupo 1)

DISCUSIÓN

En esta investigación los principales hallazgos muestran que en un entorno laboral de atención primaria se pueden identificar una serie de activos para la salud, los cuales son propios de esta comunidad de trabajadores (as).

Los activos una vez priorizados, permitieron su análisis del cual emergieron categorías relacionadas a activos colectivos, institucionales, del entorno físico y activos perdidos. En cada una de estas categorías se obtuvieron una serie de subcategorías con sus respectivos códigos.

Dentro de los “activos colectivos” destacaron tres subcategorías la primera “miembros del equipo” los grupos identificaron una serie de personas de distintos estamentos que llevan tiempo trabajando en el CESFAM y que son identificadas por el grupo como activos en su lugar de trabajo refiriéndose a ellos como importantes, proactivas y comprometidas.

Como segunda subcategoría también los trabajadores(ras) identifican a sus “pacientes” como amigos, definiéndolos como personas que conocen, dentro de sus relatos también demuestran el compromiso con ellos y hacen referencia a como la atención directa y los lazos que forman con los usuarios les genera satisfacción en su trabajo.

Ambas subcategorías se condicen con la literatura donde en diversos estudios los de individuos o personas emergen como recursos implicados en la vida diaria y que, por sus circunstancias personales o

profesionales, pueden actuar como dinamizadoras de las acciones que se lleven a cabo en la mejora de la comunidad (50). En otras investigaciones los participantes también identifican a las distintas personas como líderes de acciones centradas en el bienestar colectivo e identificando habilidades y conocimientos, expresados en acciones instrumentales o afectivas, que ofrecen los miembros de la comunidad para ayudar a los demás (33). Para el caso de esta comunidad laboral tanto los “miembros de los equipos” como los “pacientes” son identificados como agentes claves, en los cuales se ven reflejados atributos similares como acciones de apoyo, flexibilidad, comprensión, afecto y amistad.

La tercera subcategoría en ser nombrada es “situaciones” como reuniones, almuerzos y cumpleaños las cuales son actividades grupales que tiene como factor común que son instancias de encuentros informales de la comunidad de trabajadores (as), dentro de su contexto laboral donde pueden compartir de forma más distendida y amigable. Esta categoría emerge en otras investigaciones donde se destaca que tener una buena salud emocional implica un estado de bienestar psicológico en el que la persona puede hacer frente a las actividades cotidianas, a los factores de estrés y mantener un funcionamiento eficaz (51). Por lo tanto, el levantamiento los activos para la salud laboral ayuda a identificar, generar un estado de bienestar y de refuerzo afectivo para hacer frente a condiciones estresantes del trabajo.

Estas tres subcategorías “miembros del equipo”, “pacientes” y

“situaciones” se pueden también relacionar con tres de los factores determinantes de la salud emocional más importantes que son: estilos de vida activos y saludables, soporte social y participación activa (51) los cuales son de suma importancia para mantener el bienestar colectivo de esta comunidad de trabajadores (as).

En la segunda categoría “activos institucionales” se desprende la subcategoría “grupos” donde los trabajadores (as) destacaron a agrupaciones de personas tanto internar como externas al CESFAM que los apoyan en sus labores como lo son “junta de vecinos” de los respectivos sectores a los que pertenecen, a la vez identificaron a cada uno de “los equipos” que se forman por estamento, ya que, forman lazos de amistad y de compañerismo. Y finalmente los diversos “talleres” que les otorga el CESFAM desde el departamento de calidad como son arte terapia, actividad física entre otros; que les permite ejercer su auto cuidado y desconexión. En la literatura los recursos institucionales también hacen referencia a las organizaciones formales, los servicios que proporcionan y los recursos que controlan, (ayuntamientos, centros cívicos o juveniles, residencias de la tercera edad, centros educativos, policía, centros sanitarios, federaciones, sindicatos, etc.), estos activos contribuyen a la construcción conjunta del territorio, la promoción de procesos organizativos y la formación de los líderes (50,28)

La tercera categoría “entornos físicos” se subdivide en “lugares” donde se logró identificar una serie de activos como los espacios físicos que permiten ayudar las labores del día a día y que a la vez son espacios de esparcimiento para los funcionarios que les permite la conexión con sus compañeros y la naturaleza como son “el casino, sala cultural, pérgola, el jardín de paliativos y la sala cuna”. Al revisar la evidencia esta categoría tiene estrecha relación con los recursos físicos, los cuales al ser identificados permiten que la comunidad conozca y valore sus potenciales usos (espacios naturales, parques y jardines, espacios públicos abiertos, calles peatonales, edificios municipales, plazas, huertos urbanos, etc.) (50).

Algunos autores señalan que los recursos físicos identificados se valoraban principalmente por facilitar el intercambio entre las personas y se considera que contribuyen a generar un sentimiento de pertenencia, un factor clave para construir una imagen de comunidad, lo cual demuestra que disponer de espacios compartidos tiene una repercusión en la salud de las poblaciones (33,52). En el relato de los trabajadores(ras) tanto en los grupos focales como en las sesiones de mapeo estos espacios físicos eran relevantes he incluso eran nombrados como propios con frases como “nuestras áreas”, las cuales debían ser mantenidas y cuidadas.

La cuarta categoría “Activos perdidos” dentro de la investigación fue considerada una categoría emergente ,ya que, son una serie de activos que no

se esperaba encontrar en ella emergen las subcategorías “personas y actividades recreativas” , en la subcategoría “personas” los trabajadores(ras) identifican personas que no están actualmente en la institución , ya sea porque jubilaron o fallecieron , sin embargo, para ellos simbolizan activos que aún recuerdan y atesoran destacando sus labores y actitudes positivas mientras ejercieron cargos dentro del CESFAM. De las “actividades recreativas” se identifican los “aniversarios, salidas a lugares fuera de la institución” que antes se realizaban tanto por estamento como para funcionarios en general, las cuales se perdieron debido a hechos externos como la pandemia y al cambio de algunas dinámicas internas del CESFAM VMF, los trabajadores (as) mencionan que sería interesante recuperar ya que les permitían mejorar su auto cuidado.

Respecto a esta categoría algunas referencias coinciden que el mapeo permite que muchos activos que fueron previamente desconocidos por la población pueden ser redescubiertos y resignificados (53).

Por lo tanto, el mapeo en esta investigación permitió identificar los “activos perdidos” los cuales según el relato de los funcionarios (ras) no se evidencian a simple vista, el hecho de identificarlos podría en un futuro ayudar a crear un camino colectivo que garantice su recuperación.

Esta serie de activos identificados por la comunidad de trabajadores (as) en esta investigación coinciden con otras investigaciones, en las cuales se hace referencia a categorías similares, principalmente relacionadas con los

activos para la salud a nivel comunitario, individual (incluidos los biológicos, las perspectivas, el estilo de vida y las actividades de ocio) y activos a nivel organizacional (7,54).

Los resultados de este estudio permitieron a la comunidad laboral observar desde otra perspectiva el trabajo, dándoles la oportunidad de analizar desde una mirada positiva su labor, ayudándoles a identificar espacios, personas, situaciones que les generan bienestar. A la vez en esta instancia lograron valorar los activos existentes y los que pueden recuperar.

También demuestra que identificar los activos en los ambientes de trabajo es una estrategia efectiva para la promoción de la salud que genera bienestar integral en los trabajadores (as) (55). Según diversos autores la implementación de esta estrategia por parte de las instituciones ayuda mejorar las condiciones laborales y los estilos de vida de los trabajadores permitiéndoles tener una vida laboral sana, segura y productiva (55-57). Particularmente, la cohesión social tiene un impacto significativo en la salud comunitaria en este caso en la comunidad laboral, lo cual permite mejorar el bienestar individual y colectivo al fortalecer la resiliencia, reducir la desigualdad y promover la participación. Una comunidad cohesionada facilita la futura implementación de programas de salud, crea un ambiente social positivo y reduce la carga de enfermedades (58).

Esto se alinea con las recomendaciones de la OIT que identifica la promoción de un ambiente de trabajo saludable como un elemento clave para

mejorar la salud y el bienestar de los trabajadores (as) (1); a la vez los hallazgos se relacionan con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 y 8 , el primero que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (16), se ve especialmente reflejado en la categoría “activos colectivos” los cuales contribuyen a fortalecer la cohesión y el apoyo entre pares aumentando la satisfacción laboral, elementos que se vinculan directamente con la promoción del bienestar planteada en el ODS 3. Respecto al ODS 8, orientado a promover el crecimiento económico inclusivo y sostenible, así como el trabajo decente para todos (16); se puede ver reflejado en los resultados de la categoría “ activos institucionales”, en sus grupos de apoyo internos y externos, el trabajo en equipos por estamento y la oferta de talleres de autocuidado promovidos por la institución, refleja prácticas organizacionales que favorecen condiciones laborales más saludables, en la medida en que promueven ambientes de trabajo más seguros, participativos y humanizados, favoreciendo el desarrollo de una vida laboral digna y productiva.

Tal como se mencionan diversos estudios, los ambientes laborales saludables permiten a los trabajadores tener una mejor salud física y mental, lo que se traduce en un menor ausentismo laboral, una mayor satisfacción laboral y un mayor compromiso con la organización (59). La creación de un ambiente de trabajo saludable puede mejorar la productividad y la rentabilidad de la institución, una reducción en los costos de atención médica y una mayor eficiencia en el trabajo (59).

Esta investigación sobre los activos para la salud también permitió identificar las relaciones positivas entre colegas, jefaturas y usuarios, son relevantes, ya que, según la literatura estas son un factor importante para mejorar la salud mental y emocional de los empleados y reducir el estrés. Por lo tanto, la calidad de las relaciones sociales en el lugar de trabajo se relaciona con la satisfacción laboral, el compromiso y la salud mental (59).

La implementación de esta investigación centrada en los activos para la salud fue una estrategia valorada por los trabajadores(ras) del CESFAM VMF, ya que les dio la oportunidad de sentirse escuchados y participes de su propio bienestar.

Por lo tanto, generar estudios en esta área es relevante puesto que permite visibilizar los activos para la salud y como estos son valorados por la comunidad de trabajadores (as), en este sentido el profesional de enfermería es clave ya que puede ayudar a generar investigaciones en el área, ya sea por medio de estudios cualitativos o cuantitativos, los cuales pueden ser un gran aporte a la comunidad laboral. Puesto que el profesional de enfermería como participante de las investigaciones cuenta con una serie de competencias técnicas, habilidad de manejo de la información y el nivel de complejidad que se administra en los lugares de trabajo (60- 63). Estas pueden ayudar tanto a la institución como a la comunidad trabajadores (as) a finalmente generar las bases para estrategias centradas en la promoción de la salud (45).

En resumen, la identificación de activos para salud representa una oportunidad valiosa para reorientar la mirada de los trabajadores (as), lo cual a futuro puede generar políticas y prácticas de salud en el trabajo hacia modelos más positivos, participativos y sostenibles. A la vez las investigaciones por parte de enfermería permitirán la identificación y fortalecimiento de estos activos para que puedan contribuir significativamente a la mejora del bienestar de las personas trabajadoras (as) y al desarrollo de organizaciones más saludables.

CONCLUSIÓN

La investigación realizada permitió cumplir con el objetivo planteado de explorar los activos para la salud laboral percibidos por la comunidad de trabajadores (as) del CESFAM VMF, con un enfoque cualitativo y desde una mirada centrada en el modelo de activos para la salud, permitió que las personas identificaran recursos de colectivos, a través del mapeo desde el cual emergieron una serie de recursos tangibles e intangibles disponibles en su comunidad laboral.

Los resultados mostraron que identificar y describir los activos para la salud hace que los grupos se desconecten de la mirada de salud laboral tradicional, llevándolos a un enfoque salutogénico, a la vez la clasificación y priorización de los activos los hace replantearse en su contexto y adueñarse de sus propios espacios, permitiendo de esta manera a la comunidad laboral resignificar su experiencia de trabajo y enfocarse en los aspectos positivos que les generan bienestar.

Esta resignificación se vio reflejada en los relatos de los y las participantes, desde los que emergieron elementos colectivos, institucionales y del entorno físico que brindan bienestar en el trabajo. También destaca la categoría de “activos perdidos” , conformados por personas y situaciones que actualmente no se encuentran presentes en el CESFAM, pero que aun así son valorados y su remembranza permite un momento de conversación y reflexión por parte de los trabajadores (as), logrando poner en evidencia la importancia de recuperar una

serie de prácticas y vínculos que favorecían tanto el autocuidado como la cohesión del equipo, lo cual representa una oportunidad para el diseño de futuras estrategias institucionales enfocadas en la promoción de la salud. Se debe destacar que esta categoría emergente puede tener relación directa con el contexto temporal, ya que, el estudio se realizó en un periodo post pandemia COVID-19 y posterior a un periodo de cambios internos a nivel institucional, lo cual pudo influir en mayor o menor medida en la valoración de ciertos activos que fueron identificados como “activos perdidos”. Lo cual hace pensar que quizás este periodo de cambios y de crisis sanitaria podrían haber intensificado la nostalgia o la idealización de actividades y relaciones previas.

En general los activos para la salud emergentes en este estudio permitieron a los trabajadores(ras) reconocer elementos que fortalecen su satisfacción laboral, su sentido de pertenencia y su compromiso con la institución.

Esta investigación también permitió evidenciar que el bienestar laboral no depende únicamente de factores estructurales e institucionales sino también de las relaciones humanas, dinámicas comunitarias, espacios compartidos y la memoria colectiva construida en el tiempo. Demostrando, así que, investigar los activos para la salud también implica escuchar a los trabajadores (as) y hacerlos partícipes de su propio bienestar.

En este sentido, la identificación de activos para la salud se consolida como una estrategia efectiva de promoción de la salud en los entornos laborales, coherente

con la evidencia científica y con las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, que nos hacen comprender que la identificación y fortalecimiento de activos para la salud en los entornos laborales no solo contribuye al bienestar de los trabajadores, sino que también se alinea con los objetivos globales de desarrollo sostenible, particularmente con la promoción de la salud y el bienestar (ODS 3) y con la generación de entornos de trabajo decentes y saludables (ODS 8). En consecuencia, promover estrategias institucionales basadas en el reconocimiento de estos activos puede contribuir al desarrollo de organizaciones más saludables, resilientes y sostenibles en el tiempo. Con el fin de generar espacios de trabajo promotores de la salud, enfocándose en el bienestar y el trabajo decente, ya que por medio de los activos para la salud se puede contribuir a mejorar la salud física y mental, la satisfacción laboral, el compromiso organizacional y la productividad de los trabajadores(ras).

Cabe destacar que la mayoría de los estudios en que realizan sobre mapeo de activos para la salud se ha centrado principalmente en grupos de población migrante, pacientes crónicos, comunidades desfavorecidas, centros comunitarios y/o educacionales, entre otros. Sin embargo, el área de salud laboral ha sido poco explorada, por lo tanto, esta investigación es novedosa, ya que, en general en salud laboral los estudios realizados son la mayoría cuantitativos y centrados en la prevención de enfermedades y no siempre consideran la promoción de la salud. Por lo tanto, este estudio cualitativo con técnica de mapeo de activos para la salud es innovador, ya que su objetivo principal es comprender la realidad

laboral desde la mirada de los propios trabajadores(ras), por medio de sus relatos desde donde emergen los distintitos recursos.

Es en este punto donde la investigación de activos para la salud laboral se torna importante para la disciplina, ya que el rol del profesional de enfermería desde su función de investigador se vuelve clave, siendo un aporte metodológico, técnico, con capacidad para liderar procesos de promoción de la salud y con una mirada cercana a la comunidad laboral, lo cual le permite trabajar en conjunto con los trabajadores (as) para visibilizar los activos identificados potenciarlos y generar el sustrato para futuras intervenciones centradas en la promoción de salud.

A la vez el mapeo de activos para la salud es una metodología práctica para el ejercicio profesional, ya que ayuda a trabajar en conjunto con distintas comunidades, permitiendo cuidar, apoyar y acompañar a las personas en la mejora de sus condiciones de vida y mantenimiento de la salud, a través de acciones de promoción, por lo que implementar este enfoque salutogenico favorece a las personas, grupos y comunidades a mantener conductas y entornos saludables para la salud y el bienestar.

Por lo tanto, desarrollar y fortalecer estudios centrados en activos para la salud resulta fundamental para visibilizar los recursos existentes en los equipos de trabajo y para sentar las bases de intervenciones orientadas a la construcción de ambientes laborales más saludables, participativos y sostenibles.

LIMITACIONES

Algunas de las limitaciones encontradas en el desarrollo de esta investigación fue que al ser este estudio de carácter voluntario provocó una cierta dificultad para reunir al personal en su totalidad, por lo cual, se debieron usar una serie de estrategias como trípticos, correos electrónicos informativos, comunicación directa con las respectivas jefaturas para llegar a los participantes y así ayudar a agilizar el proceso de selección. Pese a ello no todos se adhirieron a la invitación por lo cual sus respectivas jefaturas debieron sociabilizar y facilitar los horarios para poder trabajar con el personal, cabe destacar que las jefaturas y los participantes seleccionados en general presentaron alta adherencia y compromisos con el desarrollo de la investigación. Por lo tanto, se puede considerar que esta participación por parte de los grupos podría tener un grado de sesgo de selección, ya que, es posible que hayan participado principalmente personas con mayor motivación, compromiso institucional o una percepción más positiva de su entorno laboral.

SUGERENCIAS

Generar más estudios centrados en activos para la salud laboral, puede abrir una nueva visión y cambiar la imagen del trabajo, asociándolo al área de la promoción de la salud. A la vez incorporar enfoques metodológicos mixtos en futuras investigaciones permitirá complementar el enfoque cualitativo con métodos cuantitativos, logrando así medir el impacto de los activos para la salud asociándolo a variables como salud mental, bienestar laboral, ausentismo, satisfacción laboral o productividad.

De igual forma se sugiere continuar estudios sobre activos para la salud con este grupo de trabajadores(ras) de atención primaria, ya que permitiría observar la evolución de los activos para la salud a lo largo del tiempo y su relación con cambios organizacionales y contextos sociales, fortaleciendo la comprensión de su sostenibilidad, lo cual podría ayudar a generar políticas internas relacionadas con espacios de trabajo promotores de la salud en las cuales se consideren las experiencias de sus propios funcionarios.

Finalmente se sugiere incluir en futuras investigaciones a los gremios de trabajadores(ras), ya que sus aportes otorgan una mirada más cercana de los propios trabajadores, debido a que ellos están día a día abordando temáticas transversales de sus equipos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030 [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2022. [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
2. Ramos M. Promoción de la salud en el ámbito laboral [Internet]. Santiago: Instituto de Salud Pública, Ministerio de Salud; 2016 [citado 12 oct 2023]. Disponible en: https://www.ispch.cl/sites/default/files/Nota_Tecnica_N_33_Promocion_de_Salud_en_el_Ambito_Laboral.pdf
3. De La Guardia M, Ruvalcaba J. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR [Internet]. 2020 [citado 07 abr 2026]; 5(1): 81- 90. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
4. Aprevmac, Centros de Salud Capredena, CONADECUS, Fundación Chile Unido, Ideal, Acuña I, et cols. Promoción de la salud en el trabajo – Requisitos. NCh3433:2026. Santiago, INN; 2026.
5. García MH, Cardo A, Barranco JF, Belda C, Páez E, Rodríguez S, et. al. Guía breve salud comunitaria basada en activos [Internet]. Andalucía; 2019 [citado 05 oct 2023]. Disponible en: https://www.easp.es/wp-content/uploads/dlm_uploads/2019/01/EASP_Guia_breve_SaludComActivos-FUM-05-12-18.pdf
6. López S, Suárez O, Cofiño R. Guía rápida para la recomendación de activos (“prescripción social”) en el sistema sanitario [Internet]. Asturias: Principado de Asturias; 2017 [citado 05 oct 2023]. Disponible en: <https://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/9747/1/Archivo.pdf>
7. Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública [Internet] España; 2013 [citado 20 nov 2023]. Disponible en: <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>

8. Hernán M, Lineros C. Los activos para la salud. promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. Escuela Andaluza de Salud Pública [Internet]. Andalucía. España; 2010. [citado 05 oct 2023]. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-rio-negro/alimentos-y-salud/los-activos-para-la-salud-promocion-de-la-salud-en-contextos-personales-familiares-y-sociales/57185841>
9. Popay J. Community empowerment and health improvement: the English experience. En: Morgan A, Davies M, Ziglio E, editor. Health assets in a global context: theory methods action. New York: Springer; 2010. p. 183- 195.
10. National Institute for Health and Care Excellence. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities [Internet]. 2016 [citado 05 oct 2023]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/PH9>
11. Auqui-Carangui DA. Reflexiones científicas sobre la salud ocupacional y el sistema general de riesgos profesionales en Ecuador. Pol Con [Internet]. 2020 [citado 20 dic 2023]; 5(4). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7398379>
12. López-Fernández LA, Solar O. Repensar la carta de Ottawa 30 años después. Gac Sanit [Internet]. 2017 [citado 12 oct 2023]; 31(6): 443- 445. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.013>.
13. Muñoz A. Promoción de la salud en los lugares de trabajo: conceptos y desafíos. En: De Arco O, editor. Salud y seguridad en el trabajo: aproximaciones, perspectivas y reflexiones [Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2024 [citado 03 abr 2026]. Disponible en: <https://www.perlego.com/es/book/4629980/salud-y-seguridad-en-el-trabajo-aproximaciones-perspectivas-y-reflexiones-pdf>
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ambientes de Trabajo Saludables: un modelo para la acción [Internet]. Suiza:OMS; 2010 [citado 30 mar 2024] Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Healthy%20Workplaces_Print%20Version_SPANISH.pdf
15. Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020 [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2016 [citado 12 oct 2023]. Disponible en:

<https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

16. Naciones Unidas. Objetivos y metas de desarrollo sostenible, [Internet]. Desarrollo Sostenible. 2018.[citado 10 feb 2026] Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>

17. Ministerio de Salud. Los objetivos Sanitarios para la década 2000-2010 [Internet]. Santiago: Subsecretaria de Redes Asistenciales; 2006 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/5.pdf>

18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Determinantes ambientales de salud [Internet]. Washington: OPS; 2021 [citado 30 mar 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud>

19. Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández. Conózcenos [Internet]. Concepción: Servicio de Salud Concepción; 2025 [citado 16 ago 2025]. Disponible en: <http://cvmf.cl>

20. Vinje HF, Langeland E, Bull T. Antonovsky's development of salutogenesis, 1979 to 1994. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, Espnes GA, editors. The Handbook of Salutogenesis [Internet]. Cham: Springer; 2017 [citado 02 nov 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435860/>

21. 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 [citado 01 nov 2023]; 30(1):93- 98. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>

22. Lindström B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona: Documentia Universitaria; 2011.

23. Eriksson M. The sense of coherence in the salutogenic model of health. En: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, Espnes GA, editors. The Handbook of Salutogenesis [Internet]. Cham: Springer; 2017 [citado día 02 nov 2023]. Disponible en: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-79515-3>

24. Rivera F, Ramos P, Moreno C, García H. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2011 [citado 23 nov 2023]; 85(2): 129-139. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200002&lng=es.
25. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ* [Internet]. 2007 [citado 01 nov 2023];14(2): 17- 22. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/10253823070140020701x>.
26. Morgan A, Hernán M. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Rev Esp Sanid Penit* [Internet]. 2013 [citado 23 nov 2023]; 15(3):78- 86. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v15n3/01_editorial.pdf
27. Morgan A. Social capital as a health asset for young people's health and wellbeing. *J Clin Child Adolesc Psychol* [Internet]. 2010 [citado 23 nov 2023]; (suppl 2): 19- 42 Disponible en: <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/40819>
28. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* [Internet]. 1993. [citado 23 nov 2023]; 36(6): 725-733 Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)
29. Pou-Martí N, Oliveras-Casadellà S, Batlle-Amat P, Del Acebo P X, Estrada-Oconby M, Juvinyà-Canala D. La toma de decisiones en salud comunitaria a través del mapeo de activos en salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2022 [citado 20 nov 2023]; 36(4): 392- 395. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2022.v36n4/392-395/es>
30. Molina-Betancur JC, Agudelo-Suárez A, Martínez-Herrera E. Mapeo de activos comunitario para la salud en un asentamiento informal de Medellín (Colombia). *Gac Sanit* [Internet]. 2021 [citado 20 nov 2023]; 35(4): 333- 338. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301151>

31. Garipe LY, Pace N, Cane L, García MH, Cofiño R, Perman G. Estrategia de mapeo de activos comunitarios para la salud y el bienestar en la ciudad de Buenos Aires. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba* [Internet]. 2022 [citado 16 nov 2023]; 79(2):156- 161. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v79.n2.30899>
32. Cemeli M. Montesinos T. Monforte M. Martín-Albo V. Iniciación en el mapeo de activos en un centro de salud urbano de Zaragoza. *Comunidad* [Internet]. 2023 [citado 6 mar 2026] ; 25(3): 80-87. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2339-78962023000300005&lng=es. Epub 15-Ene-2024. <https://dx.doi.org/10.55783/comunidad.250305>.
33. Pérez-Wilson P, Marcos-Marcos J, Carrasco-Portiño M, Ruiz-Cantero MT, Alvarez-Dardet C. Asset map in a Chilean health promoting university: 'a strategy for revitalization'. *Health Promot Int* [Internet]. 2022. [citado 16 nov 2023]; 37(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/daab038>
34. De Jesus MC, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues B, et al. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for the nursing. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [citado 20 ago 2023]; 47(3): 736- 741. Disponible en: <https://www.scielo.br/reeusp/a/hLcpxVjMwdJC74hNhqfTVNg/?lang=en>
35. Soto CA, Vargas IE. La fenomenología de Husserl y Heidegger. *Cult Cuid* [Internet]. 2017 [citado 20 ago 2023]; 21(48): 43- 48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.05>
36. Do Prado M, De Souza M, Monticelli M, Cometto M, Gómez P. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. 10° ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2013.
37. Mora H. Mundo de la vida, comprensión y acción intersubjetiva en la sociología fenomenológica de Alfred Schütz. *CUHSO* [Internet]. 2024 [citado 8 abr 2026]; 18(1): 51- 68. Disponible en: <https://cuhso.uct.cl/index.php/CUHSO/article/view/293/279>

38. Schütz A. El problema de la realidad social. Amorrortu Editores España SL; 2008.
39. Hernández Y, Galindo R. El concepto de intersubjetividad en Alfred Schütz. Espacios Públicos [Internet]. 2007 [citado 20 ago 2023];10(20): 228- 240. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/676/67602012/>
40. Schütz A. La constitución de la vivencia significativa en la corriente de la conciencia que quien la constituye. En: Schütz A., editor. La construcción significativa del mundo social. Barcelona: Paidós; 1993.
41. Diaz RJ, Rodríguez LD, Saavedra ME. Investigación cualitativa etnográfica: una alternativa para los profesionales de enfermería. ACC CIETNA [Internet]. 2019 [citado 28 abr 2024]; 6(1): 81- 88. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/235/1630>
42. DFL 29. Fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley nº 18.834, sobre estatuto administrativo (16 de marzo de 2005). En Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [Internet].2025 [citado 13 mar 2026]. Disponible en: Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=236392>
43. Centro de Salud Dr. Víctor Manuel Fernández. Plan de fortalecimiento de clima laboral y riesgos psicosociales CESFAM Dr. V.M. Fernández [Internet]. Concepción: Superintendencia de Seguridad Social; 2019. [citado 08 abr 2026]. Disponible en: <https://cvmf.cl/wp-content/uploads/2019/11/Plan-de-Clima-Laboral-y-Riesgos-Psicosociales-2019.pdf>
44. Vives VT. Hamui SL. La codificación y categorización en la teoría fundamentada, un método para el análisis de los datos cualitativos. Inv Ed Med [Internet]. 2021 [citado 28 abr 2024]; 10(40): 97- 104. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102345>
45. Piza ND, Amaiquema FA, Beltrán GE. Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. Conrado [Internet]. 2019 [citado 28 abr 2024]; 15(70): 455- 459. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000500455&lng=es&tlng=pt.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000500455&lng=es&tlng=pt)

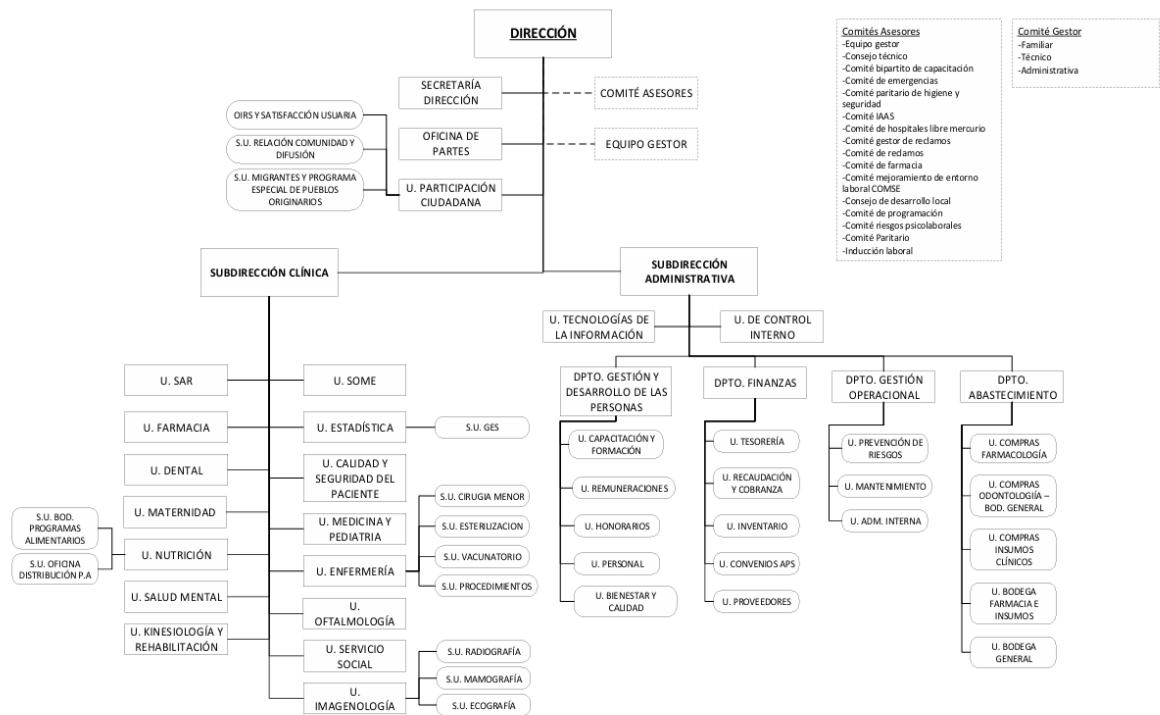
46. Cubillo J, García D, Cofiño R, Hernán- García M. Técnicas de identificación de activos para la salud. Aplicable a cada centro de salud. FMC [Internet]. 2019 [citado 23 ene 2024]; 26 (extraordin 2): 18- 26. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1134207219301720?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1134207219301720%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fwww.semanticscholar.org%2F>
47. Tinto JA. El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva. Un ejemplo de aplicación práctica utilizado para conocer las investigaciones realizadas sobre la imagen de marca de España y el efecto país de origen. Provincia [Internet]. 2013 [citado 13 dic 2023]; (29): 135- 173. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55530465007>
48. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis Editorial; 1999.
49. Suárez F. un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones: la propuesta de ezekiel j. emanuel. pers.bioét. [Internet]. 2015 [citado 2 mar]; 19(2): 182-197. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222015000200002&lng=en. <https://doi.org/10.5294/PEBI.2015.19.2.2> .
50. Sáinz-Ruiz PA, Martínez-Riera JR. Activos en el Trabajo comunitario. En: Matínez-Riera J, del Pino R. Manual práctico de enfermería comunitaria [Internet]. Barcelona: Elsevier Editor; 2020. Disponible en: https://www.google.cl/books/edition/Manual_pr%C3%A1ctico_de_enfermer%C3%ADa_comunitaria/tZIIEAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1
51. Dandicourt C, Bartasal A, Villalobos MN, Fariñas LM, Mora R. Prescripción social y activos de salud comunitaria para la promoción de salud y bienestar de las personas. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2023 [citado 9 abr 2026]; 39 (1): e5784.Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5784>

52. Beltrán B, Provencio-Herranz V, Santa-María A, Martínez T, Iscar R. Estudio descriptivo de los activos para la salud identificados por la población de la ciudad de Madrid. Comunidad [Internet]. 2021 [citado 10 abr 2026]; 23(3). Disponible en: <https://doi.org/10.55783/comunidad.230302>
53. Lanao A, Felices V, Zaragoza A, Marín I, Cosculluela M, Vaquero A. Atención primaria con enfoque salutogénico. Experiencias en mapeo de activos. Rev Sanit Investig [Internet]. 2025 [citado 10 abr 2026]; 6(8). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/atencion-primaria-con-enfoque-salutogenico-experiencias-en-mapeo-de-activos/>
54. Van Bortel T, Wickramasinghe ND, Morgan A, Martin S. Health assets in a global context: a systematic review of the literature. BMJ Open [Internet]. 2019 [citado 10 abr 2026]; 9(2):e023810. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023810>
55. Vergara AC, Valencia DP, González-Gutiérrez JS, López-Laverde J. Entorno laboral saludable en Asia y América del Norte revisión de alcance. Rev salud pública [Internet]. 2022 [citado 25 ene 2026]; 24(2): 1- 5. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n2.97150>
56. Massoudi AH, Aldin SS. The Consequence of Work Environment on Employees Productivity. IOSR J Bus Manag [Internet]. 2017 [citado 25 ene 2026]; 19(1): 35- 42. Disponible en: https://eprints.cihanuniversity.edu.iq/id/eprint/4523/1/Article_IOSR-JBM_01-01-2017.pdf
57. Vicente-Herrero MT, Ramírez-Iñiguez-de la Torre MV, Capdevila-García L. La promoción de la salud en el trabajo. Un paso más en prevención de riesgos laborales. Revisión. Rev Asoc Esp Espec Med Trab [Internet]. 2022 [citado 25 ene 2026]; 31(3): 300- 309. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S3020-11602022000300008&lng=es&nrm=iso
58. Sepúlveda CC, Medina NF, Campillay M, Rivas EE. Modelo basado en activos en salud: fundamentos, experiencias internacionales y aplicabilidad en el contexto chileno. Horiz Enferm [Internet]. 2025 [citado 12 abr 2026]; 36(2): 819-833. Disponible en: http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.36.2.819-833

59. Barreno MP, Yanca MM, Mena PP. Evaluación del entorno de trabajo saludable en la empresa Balcomad S.A. de la ciudad de Santo Domingo. *Univ soc* [Internet]. 2024 [citado 3 mar 2026]; 16(1): 350- 357. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202024000100350&lng=es&tlng=es.
60. Haddon, J. The impact of employees' well-being on performance in the workplace. *Strategic HR Review* [Internet]. 2018 [citado 8 mar 2026]; 17(2): 72-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/SHR-01-2018-0009>
61. Raso R, Fitzpatrick J, Masick K. Clinical nurses' perceptions of authentic nurse leadership and healthy work environment. *J Nurs Adm* [Internet]. 2020 [citado 8 mar 2026]; 50(9): 489- 494. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000921>
62. Aboshaiqah AE. Nursing work environment in Saudi Arabia. *J Nurs Manag* [Internet]. 2015; [citado 10 mar 2026]; 23(4): 510- 520. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jonm.12164>.
63. Almuhsen F, Alkorashy H, Baddar F, Qasim A. Work environment characteristics as perceived by nurses in Saudi Arabia. *Int J Adv Nurs* [Internet]. 2017 [citado 10 mar 2026]; 6(1): 45- 55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14419/ijans.v6i1.7453>.

ANEXOS

ANEXO N° 1 ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR DR. VÍCTOR MANUEL FERNÁNDEZ



Fuente: Datos obtenidos bajo la autorización del Dpto. Calidad de Vida Laboral, del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández. 2024.

ANEXO N°2

CARTA DE RESPALDO DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR DR. VÍCTOR MANUEL FERNÁNDEZ



CARTA DE RESPALDO DEL JEFE DE SERVICIO O SITIO PARA LA PRESENTACION DE PROYECTO AL CEC SS CONCEPCIÓN

Concepción, 05 de junio 2025

Sr. Nelson Pérez Terán
Presidente Comité Ético Científico
Servicio de Salud Concepción
PRESENTE

REF: Carta Apoyo Presentación Protocolo/ Proyecto de Investigación

Estimado Sr. Nelson Pérez:

En mi calidad de Director(a) del CESFAM Dr. Victor Manuel Fernández Dra. Vilma Razmilic Bonacic, declaro conocer el protocolo/proyecto de investigación titulado: "VISIBILIZAR LOS ACTIVOS EN SALUD PERCIBIDOS POR TRABAJADORES(AS) DE UN SERVICIO DE ATENCION PRIMARIA DE LA COMUNA DE CONCEPCIÓN "y sus documentos anexos, el cual autorizo para que sea presentado a evaluación / aprobación por el CEC por el Sr/Dña Sr. Nelson Pérez Terán

A este respecto:

- Certifico que Jacqueline Del Carmen Durán Yáñez tiene la experiencia y conocimientos necesarios para ser el Investigador Responsable de este proyecto de investigación.
- Declaro que el Investigador Responsable tiene la competencia suficiente para asumir las tareas inherentes a esta función.
- Certifico que este protocolo/proyecto no contraviene las guías de buenas prácticas vigentes en este servicio.
- Declaro que existe infraestructura y recursos humanos que permiten desarrollar este protocolo/proyecto
- En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho protocolo/proyecto en nuestro Servicio y estoy de acuerdo con que sea presentado al Comité Ético Científico para su revisión/aprobación.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted

DRA. VILMA RAZMILIC B
MEDICINA FAMILIAR
7.277.424-8

Dra. Vilma Razmilic Bonacic

CESFAM Dr. Victor Manuel Fernández



ANEXO N° 3:

CARTA DE SOLICITUD DE APOYO DE LA INSTITUCIÓN

Dra. Vilma Razmilic Bonacic

**Cargo Directora (CESFAM
VMF)
Presente.**

**Ref.: Solicita apoyo en
investigación. Proyecto**

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento mi nombre es Jacqueline Durán Yáñez, actualmente en calidad de investigadora /a responsable del proyecto titulado: “VISIBILIZAR LOS ACTIVOS EN SALUD PERCIBIDOS POR TRABAJADORAS(ES) DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNA DE CONCEPCIÓN”. Desarrollado en el contexto del programa de Magister de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en establecimiento que dirige.

El objetivo de la investigación propuesta en el proyecto antes individualizado es explorar los activos para la salud percibidos por los trabajadores (as) del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández, de la comuna de Concepción durante el periodo 2025.

El diseño metodológico considera la participación de carácter cualitativo descriptivo con enfoque fenomenológico.

Las actividades para la recolección de la muestra incluyen el mapeo de activos por medio de las técnicas de grupos focales y mapeo de activos.

El procedimiento de acceso a los/ la participante será: en una primera instancia por medio de trípticos informativos que contendrán el título de la investigación, objetivos, se especificará que es de carácter voluntario, y esta invitación contara también con los datos de la investigadora, para que los interesados en participar

del estudio se comuniquen vía correo y/o telefónicamente. A la vez este tríptico contendrá un QR (que derivara a un formulario Google forms), para que los interesados dejen sus datos si quieren ser contactados por la investigadora. Este primer contacto vía telefónica o correo electrónico, se explicará el estudio y se dará la instancia de aclarar dudas, se explicará la técnica de mapeo por medio de grupos focales y mapeo de activos, posteriormente a los interesados en participar se les aplicará los criterios de selección, y se solicitará a vuestro Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández fijar una fecha y hora, según su disponibilidad, en la cual puedan liberar a los participantes seleccionados para realizar los grupos focales y mapeo activos.

Los participantes deberán realizar la siguiente actividad: grupos focales (que consta de entrevistas grupales) y de mapeo de activos (es la elaboración de un mapa de los activos para la salud; por medio de una cartografía), donde los participantes identificarán y priorizarán los activos para la salud.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo, y a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo de la vuestra entidad, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que el proyecto será también evaluado por el Comité ético científico de la Facultad de Enfermería y por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción.

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración. Atentamente,

Nombre y Firma Jacqueline Durán Yáñez
Investigadora Responsable

ANEXO N°4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

N° _____

Concepción, ____ de _____ de 2025

Estimado (a) participante:

Usted ha sido invitado(a) a participar en el estudio que se enmarca en el Proyecto de Tesis para optar al grado de Magíster en Enfermería por la Universidad de Concepción titulado “VISIBILIZAR LOS ACTIVOS EN SALUD PERCIBIDOS POR TRABAJADORAS(ES) DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNA DE CONCEPCIÓN”. La ejecución de investigación propuesta en este proyecto será conducida por la Enfermera Jacqueline Durán Yáñez en calidad de Investigadora Responsable, cuyo email es: jacduran@udec.cl, fono: +56967470499.

El trabajo es una parte importante de la vida de quienes lo desarrollan; en la actualidad las personas ven el trabajo como un sitio donde se puede encontrar el origen del desarrollo personal y el motivo de mejora de las habilidades personales.

Profundizando esta mirada se encuentra el modelo de activos para la salud, que busca identificar los activos para la salud que generan bienestar en las personas trabajadoras, de forma que ellos aprovechen al máximo sus fortalezas, talentos y habilidades, y la vez se conviertan en agentes de su propia salud.

Los activos para salud en el ambiente laboral son por lo tanto todos los factor o recurso reconocidos por la comunidad de trabajadores (as) como riquezas para mantener y mejorar su bienestar. Estos tienen la capacidad de fortalecer la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud dentro de los entornos de trabajo.

Por lo tanto, el objetivo principal de esta investigación es explorar los activos en salud percibidos por los trabajadores (as) del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández, de la comuna de Concepción durante el periodo 2025. Se espera que la información obtenida con la investigación permita a las y los profesionales de enfermería realizar análisis de los datos para así conocer la percepción de los trabajadores (as) sobre los activos, identificarlos con

el fin de encontrar las ventajas a partir de las cuales se podrá plantear planes de mejora para incorporación y/o mantención de estos activos en los ambientes de trabajo.

Su participación en el estudio consistirá:

- En primer lugar, se le realizará un breve contacto vía telefónica o correo electrónico donde se le explicará el estudio y se dará la instancia de aclarar dudas.

-En segundo lugar, se le invitará a participar en un grupo focal y mapeo de activos según la fecha y hora, estipulada según la disponibilidad del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández, para realizar el mapeo de activos para la salud, el grupo focal junto con el mapeo de activos será en una sala destinada previamente por la institución donde se cuente con espacio tranquilo y privado.

Cada grupo focal y de mapeo de activos estará conformado por 10 participantes y tomará aproximadamente entre 30 minutos a 1 hora de su tiempo aproximadamente, esta sesión será realizada en una sola ocasión según su disponibilidad y la del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández durante y/o posterior su jornada laboral. En esta sesión se grabará en formato de audio y se tomarán notas de campos para posteriormente transcribir la información recabada. También se tomarán fotografías a la cartografía (una cartulina) y post it que serán el material que permita la realización de la priorización de activos, por lo cual se solicita su autorización para generar este registro.

No existen riesgos físicos asociados a la participación, pero si puede existir riesgos asociados a revivir hechos o experiencias negativas relacionadas con el ámbito laboral, en el caso de existir este riesgo se garantizará su bienestar por lo cual se les ofrecerá por parte de la investigadora los primeros auxilios psicología correspondientes , y en casos de ser necesario posteriormente se sugerirá solicitar una atención psicológica si usted así lo estima, según su sistema de salud ya sea este público o privado . Por otra parte, los beneficios de la investigación podrán dar un sentido de utilidad a la experiencia personal vivida, al contribuir al conocimiento que busca identificar sus activos para la salud.

Los resultados serán anónimos y se presentarán a la institución (Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández) al equipo de salud para que en conjunto establezcan herramientas que vayan en pro de mejorar los ambientes laborales

saludables.

Su participación en esta investigación es libre y voluntaria, no tendrá ninguna retribución económica y de existir costos económicos como el uso de algún tipo de material físico y/o digital durante las sesiones de grupo focal y de mapeo de activos serán asumidos por la investigadora. La información que se recoja será confidencial, manteniendo su reserva y los resultados de sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas, por lo que, en una eventual publicación, en una revista científica o expuestas en un congreso de investigación, se mantendrá el anonimato y confidencialidad y no se usarán para ningún otro propósito fuera de los ya explicados.

Los datos obtenidos tanto en papel como digital serán almacenados por un periodo de 15 años en una base de datos y oficina personal de la investigadora, los datos digitales serán encriptados (con contraseña) y luego de este periodo ambos formatos serán destruidos.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer todas las preguntas que requiera, igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas de la entrevista, no le parece o crean duda, usted tiene el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas, sin que esto lo afecte. El objeto de esta información es ayudarlo a tomar la decisión de participar o no. Se le hará entrega de una copia de esta ficha de consentimiento y puede pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Si usted lo requiere, le será entregada la información o se le pondrá en contacto con el equipo de encargado de la investigación. Para esto puede contactar a la investigadora al correo anteriormente mencionado.

Frente a cualquier consulta sobre sus derechos, puede comunicarse con Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, al teléfono 41 – 3270867, correo electrónico cec@ssconcepcion.cl o dirigirse personalmente a sus oficinas ubicadas en Avenida Roosevelt 1582, Concepción.

Si acepta estos términos puede continuar a la segunda etapa que consta en la realización del grupo focal. Desde ya le agradezco su participación.

Jacqueline Durán Yáñez Investigadora responsable

ANEXO 5:
CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO PROMOTOR

N° _____

Concepción, ___de _____de 2025

Estimado (a) participante:

Usted ha sido invitado(a) a participar en el estudio que se enmarca en el Proyecto de Tesis para optar al grado de Magíster en Enfermería por la Universidad de Concepción titulado “VISIBILIZAR LOS ACTIVOS EN SALUD PERCIBIDOS POR TRABAJADORAS(ES) DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNA DE CONCEPCIÓN”. La ejecución de investigación propuesta en este proyecto será conducida por la Enfermera Jacqueline Durán Yáñez en calidad de Investigadora Responsable, cuyo email es: jacduran@udec.cl, fono: +56967470499.

El trabajo es una parte importante de la vida de quienes lo desarrollan; en la actualidad las personas ven el trabajo como un sitio donde se puede encontrar el origen del desarrollo personal y el motivo de mejora de las habilidades personales.

Profundizando esta mirada se encuentra el modelo de activos para la salud, que busca identificar los activos para la salud que generan bienestar en las personas trabajadoras, de forma que ellos aprovechen al máximo sus fortalezas, talentos y habilidades, y la vez se conviertan en agentes de su propia salud.

Los activos para salud en el ambiente laboral son por lo tanto todos los factor o recurso reconocidos por la comunidad de trabajadores (as) como riquezas para mantener y mejorar su bienestar. Estos tienen la capacidad de fortalecer la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud dentro de los entornos de trabajo.

Por lo tanto, el objetivo principal de esta investigación es explorar los activos en salud percibidos por los trabajadores (as) del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández, de la comuna de Concepción durante el periodo 2025. Se espera que la información obtenida con la investigación permita a las y los profesionales de enfermería realizar análisis de los datos para así conocer la percepción de los trabajadores (as) sobre los activos, identificarlos con el fin de encontrar las ventajas a partir de las cuales se podrá plantear planes de mejora para incorporación y/o mantención de estos activos en los ambientes de trabajo.

Su participación en el estudio consistirá:

- En primer lugar, se le invitará a participar en un grupo focal y mapeo de activos según la fecha y hora, estipulada según la disponibilidad del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández, para realizar el mapeo de activos para la salud, el grupo focal junto con el mapeo de activos para la salud será en una sala destinada previamente por la institución donde se cuente con espacio tranquilo y privado.

Cada grupo focal y de mapeo de activos para la salud estará conformado por 5 participantes y tomará aproximadamente entre 30 minutos a 1 hora de su tiempo aproximadamente, esta sesión será realizada en una sola ocasión según su disponibilidad y del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández, durante y/o posterior su jornada laboral. En esta sesión se grabará en formato de audio y se tomarán notas de campos para posteriormente transcribir la información recabada. También se tomarán fotografías a la cartografía (una cartulina) y post it que serán el material que permita la realización de la priorización de activos, por lo cual se solicita su autorización para generar este registro.

- En segundo lugar, en una fase posterior a la etapa de trabajo de campo, finalizada las sesiones con todos los grupos focales y de mapeo de activos para la salud, lograda la saturación teórica y analizados los datos de la investigación, la investigadora lo invitará a realizará una reunión conjunta, en las dependencias del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández, de 30 minutos aproximadamente, para consensuar la inclusión de los activos para la salud previamente identificados y priorizados en el mapa.

No existen riesgos físicos asociados a la participación, pero si puede existir riesgos asociados a revivir hechos o experiencias negativas relacionadas con el ámbito laboral, en el caso de existir este riesgo se garantizará su bienestar por lo cual se les ofrecerá por parte de la investigadora los primeros auxilios psicología correspondientes, y en casos de ser necesario posteriormente se sugerirá solicitar una atención psicológica si usted así lo estima, según su sistema de salud ya sea este público o privado . Por otra parte, los beneficios de la investigación podrán dar un sentido de utilidad a la experiencia personal vivida, al contribuir al conocimiento que busca identificar sus activos para la salud.

Los resultados serán anónimos y se presentarán a la institución (del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández) y al equipo de salud para que en conjunto establezcan herramientas que vayan en pro de mejorar los ambientes laborales saludables.

Su participación en esta investigación es libre y voluntaria, no tendrá ninguna retribución económica y de existir costos económicos como el uso de algún tipo de material físico y/o digital durante las sesiones de grupo focal y de mapeo de activos para la salud serán asumidos por la investigadora. La información que se recoja será confidencial, manteniendo su reserva y los resultados de sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas, por lo que, en una eventual publicación, en una revista científica o expuestas en un

congreso de investigación, se mantendrá el anonimato y confidencialidad y no se usarán para ningún otro propósito fuera de los ya explicados.

Los datos obtenidos tanto en papel como digital serán almacenados por un periodo de 15 años en una base de datos y oficina personal de la investigadora, los datos digitales serán encriptados (con contraseña) y luego de este periodo ambos formatos serán destruidos.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer todas las preguntas que requiera, igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas de la entrevista, no le parece o crean duda, usted tiene el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas, sin que esto lo afecte. El objeto de esta información es ayudarlo a tomar la decisión de participar o no. Se le hará entrega de una copia de esta ficha de consentimiento y puede pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Si usted lo requiere, le será entregada la información o se le pondrá en contacto con el equipo de encargado de la investigación. Para esto puede contactar a la investigadora al correo anteriormente mencionado.

Frente a cualquier consulta sobre sus derechos, puede comunicarse con Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, al teléfono 41 – 3270867, correo electrónico cec@ssconcepcion.cl o dirigirse personalmente a sus oficinas ubicadas en Avenida Roosevelt 1582, Concepción.

Si acepta estos términos puede continuar a la segunda etapa que consta en la realización del grupo focal. Desde ya le agradezco su participación.

Jacqueline Durán Yáñez
Investigadora responsable

ACTA DE FIRMA

Confirmando que he leído la información proporcionada y declaro que:

- Se me han expuesto las razones de la realización del estudio.
- He tenido la posibilidad de negarme a ser incluido en el estudio.
- Se me ha comunicado que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento durante la aplicación del instrumento.
- Certifico que todas mis dudas han sido aclaradas antes de firmar, y que comprendo y estoy de acuerdo con todo lo anteriormente expuesto.

Por lo tanto, acepto participar en este estudio.

Nombre del Participante:

Firma del Participante:

Fecha:

Nombre del Investigadora: Jacqueline Durán
Yáñez.

Firma del Investigadora:

Fecha:

Nombre del Director o Representante Servicio de Salud Concepción:

Firma del del Director o Representante Servicio de Salud Concepción:

Fecha:

ANEXO 6:
DOCUMENTOS DE REGISTRO DE INFORMACIÓN

MODELO TIPO DE NOTAS DE CAMPO

ESCENARIO

Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández

Subdirección:

Unidad:

Departamento:

Descripción del espacio físico donde se realizará el mapeo de activos:

•

PARTICIPANTES

X trabajadoras y X trabajadores, pertenecientes al estamento X del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández.

N°	Alias
1	
2	
3	
4	
5	

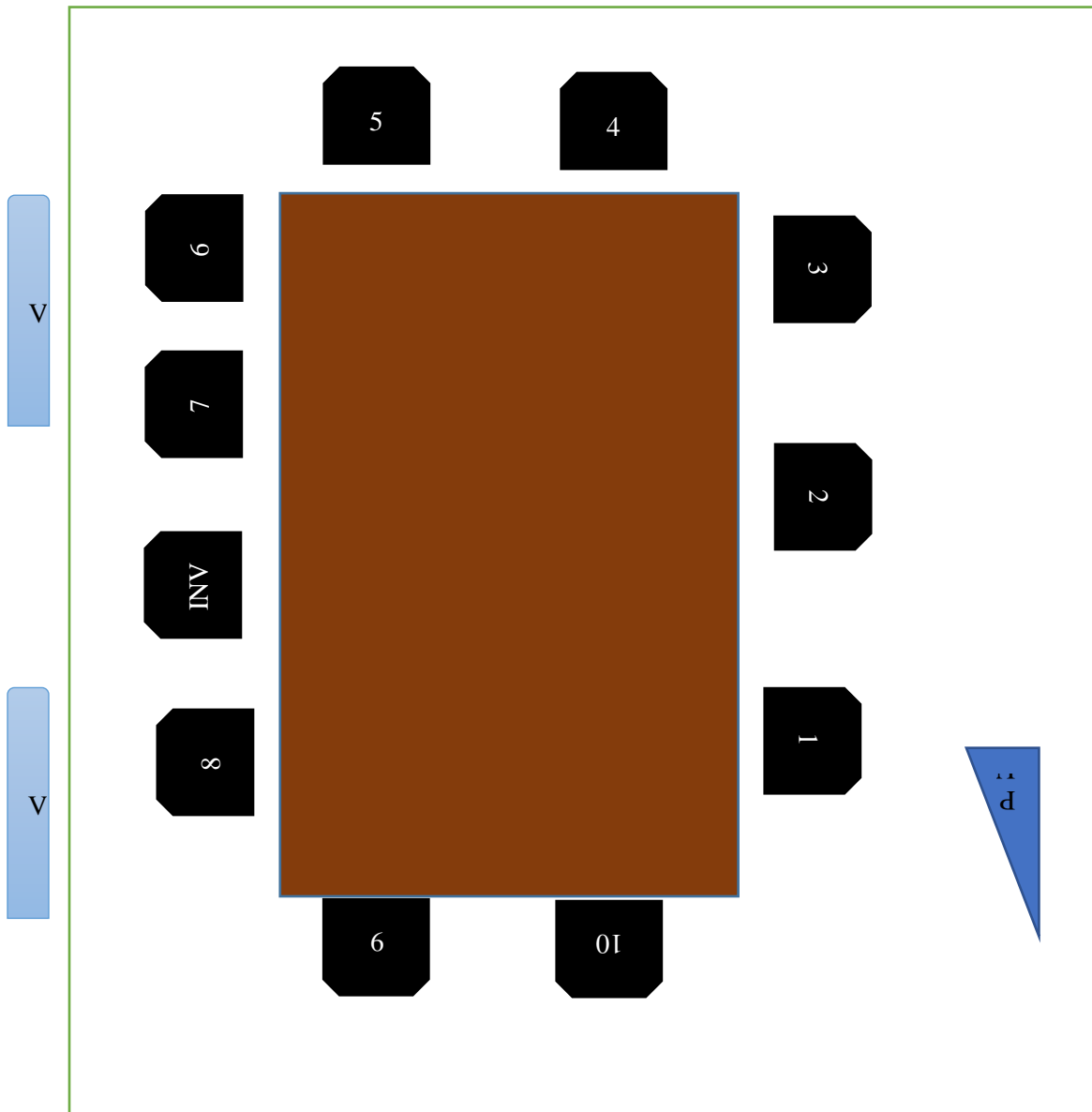
N°	Alias
6	
7	
8	
9	
10	

Nota: El alias será un dato que posteriormente anonimizado.

DIBUJO DEL ESPACIO FISICO (FORMATO EJEMPLO)



* INV: INVESTIGADOR



DESCRIPCIÓN	COMENTARIOS OBSERVADOR (CO)
<p>Frente a mí un grupo de 10 trabajadores (as) del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández, el cual consta de X mujeres y X hombres, sentados alrededor de una mesa ...</p> <p>A la cabecera de la mesa la investigadora cualitativa encargada de dirigir al grupo (moderadora)...</p>	
<p>Se lee el consentimiento informado a los trabajadores (as), y la moderadora inicia la actividad con una breve introducción sobre la temática activos para la salud.</p> <p>Intervenciones</p> <p>Trabajador 1, 2...10 ...</p>	

Nota : La información recopilada por medio de las grabaciones de audio quedara transcrita en formato Word, se adjuntarán fotografías del trabajo realizado en la priorización de activos (cartografía y post it).

ANEXO 7:

FOTOGRAFÍAS DE LA ACTIVIDAD DE GRUPO FOCAL Y MAPEO DE ACTIVOS REALIZADAS:



Imagen 1: Grupo promotor gremios CESFAM VMF, FENPRUS, FENATS, FENTENSS enfermería, técnicos en enfermería y administrativos



Imagen 2 y 3: Grupo focal técnicos en enfermería.



Imagen 4: Mapeo de activos grupo técnicos en enfermería.



Imagen 5 y 6: Grupo focal enfermería.



Imagen 7: Mapeo de activos grupo enfermería.



Imagen 8 y 9: Grupo focal administrativos.

